



16.11.2022

Transkript

„Stiko-Empfehlung zur COVID-19-Impfung von Kleinkindern“

Experten auf dem Podium

- ▶ **Prof. Dr. Thomas Mertens**
Ehemaliger Ärztlicher Direktor des Instituts für Virologie, Universitätsklinikum Ulm, und Vorsitzender der Stiko
- ▶ **Dr. Martin Terhardt**
Kinder- und Jugendarzt in Berlin sowie Mitglied der Stiko
- ▶ **Prof. Dr. Clara Lehmann**
Fachärztin für Innere Medizin, Infektiologie, Reisemedizin und Leiterin des Infektionsschutzzentrums, Uniklinik Köln
- ▶ **Philipp Jacobs**
Redakteur für Medizin und Lebenswissenschaften, Moderator

Mitschnitt

- ▶ Einen Videomitschnitt finden Sie unter: <https://www.sciencemediacenter.de/alle-angebote/press-briefing/details/news/stiko-empfehlung-zur-covid-19-impfung-von-kleinkindern> (sobald die Sperrfrist gefallen ist)
- ▶ Falls Sie eine Audiodatei oder eine Sprecheransicht des Videomitschnitts benötigen, können Sie sich an redaktion@sciencemediacenter.de wenden.



Transkript

Moderator [00:00:00]

Herzlich willkommen zum nächsten Briefing des Science Media Centers, heute auch zusammen mit der Stiko. Denn es geht um die neue Empfehlung der Stiko zur COVID-19 Impfung von Kleinkindern, also von Kindern im Alter von sechs Monaten bis fünf Jahren. Ich darf mich kurz vorstellen: Mein Name ist Philipp Jacobs. Ich bin Redakteur für Medizin und Lebenswissenschaften beim SMC. Und gleich vorweg vielleicht ein paar Formalia, bevor wir starten. Und zwar für Sie da draußen. Dieses Briefing ist unter Sperrfrist. Wir haben die Sperrfrist auf voraussichtlich morgen 16:00 angesetzt. Voraussichtlich deswegen: Die 16:00 Uhr sind relativ großzügig gewählt, und entscheidend ist letzten Endes, wann die fertige Empfehlung im Epidemiologischen Bulletin des Robert Koch-Instituts erscheint. Und das kann eventuell etwas früher passieren. Und wir wollen Ihnen dann auch wirklich das Go geben, wenn das fertig im Bulletin drinsteht. Das heißt, vielleicht ist es früher, vielleicht wird es aber auch 16:00 Uhr. Sie kriegen das dann über unseren üblichen Verteiler mit, im besten Fall dann schon mit Link zum Bulletin, wo Sie auch noch mal nachlesen können. Zum Transkript und zur Videoaufzeichnung: Die fertigen wir so schnell wie möglich an, aber wahrscheinlich natürlich für die Öffentlichkeit erst nach dem Embargo. Sollten Sie das Transkript aber vorher schon in einer unbearbeiteten Version haben wollen, können Sie uns gerne eine E-Mail schreiben oder an redaktion@sciencemediacenter.de, das können Sie ja. Dann melden Sie sich einfach da, falls Sie es ganz dringend brauchen. Und für Sie da draußen als Journalisten noch mal kurz: Die Fragen, die Sie vielleicht jetzt schon haben, Sie dürfen die jetzt schon gerne stellen, wenn Sie möchten. Bitte unten ins Frage Antwort Tool reinschreiben, und wir sammeln die Fragen dann und reichen sie an die jeweiligen Experten weiter, die ich jetzt natürlich auch gerne direkt vorstellen möchte. Wir haben zum Ersten Professor Dr. Thomas Mertens, ehemaliger Ärztlicher Direktor des Instituts für Virologie am Universitätsklinikum Ulm und derzeit Vorsitzender der Stiko. Hallo Herr Mertens! Dr. Martin Terhardt, Kinder und Jugendarzt in Berlin sowie ebenfalls Mitglied der Stiko. Hallo Herr Terhardt!

Martin Terhardt [00:01:52] Schönen guten Morgen!

Moderator [00:01:53]

Und Frau Professor Dr. Clara Lehmann, Fachärztin für Innere Medizin, Infektiologie, Reisemedizin und Leiterin des Infektionsschutzzentrums an der Uniklinik Köln.

Clara Lehmann [00:02:03] Guten Morgen!

Moderator [00:02:05]

Herr Mertens, ich würde Ihnen als Stiko-Mitglied natürlich ganz gerne zum Start direkt das Wort erteilen. Dass Sie vielleicht einmal im Detail noch mal beschreiben oder jetzt konkret beschreiben: Wie sieht die Empfehlung der Stiko für die Kleinsten jetzt genau aus, und was ist als Aktualisierung bei den Fünf- bis Elfjährigen gedacht? Herr Mertens, Sie dürfen gerne starten oder Herr Terhardt und wir ergänzen, wer gerne weitermachen möchte.



press briefing

Thomas Mertens [00:02:28]

Ja, also es ist so, dass wir nach Prüfung der Daten, die uns zur Verfügung stehen – und ich darf an der Stelle noch mal erwähnen, dass es ja wirklich die Aufgabe der Stiko ist, die Indikation zu prüfen, und ich sage gerne immer den einen Satz: Alles, was in der Medizin gemacht wird, sollte eine möglichst klare Indikation haben. Darum geht es ja auch. Also wir haben die Daten geprüft und wir haben jetzt im Augenblick keine generelle Impfeempfehlung für diese Gruppe der kleinen Kinder ausgesprochen; wohl eine Impfeempfehlung für Kinder, die eine gesundheitliche Vorschädigung haben, die mit einer Infektion einhergeht. Und das ist sozusagen der wesentliche Punkt für die kleinen Kinder. Und wir haben sowohl bei den ganz kleinen Kindern als auch bei den Fünf- bis Elfjährigen die Indikation der Impfung bei Kontakt mit Menschen in der Familie oder auch außerhalb der Familie, die ein besonderes Risiko für schwere Erkrankung bei Infektion haben, relativiert. Einfach deshalb, weil die Daten doch deutlich zeigen, dass der Schutz vor Infektionen und damit letztlich auch der Schutz vor Weitergabe des Virus zeitlich sehr begrenzt und auch nicht sicher ist. Das ist sozusagen zusammengefasst das, was man vielleicht zu der neuen Empfehlung sagen kann.

Martin Terhardt [00:04:05]

Ich kann vielleicht noch ergänzen: Wir haben vor 22 Monaten die ersten Impfstoffe für Erwachsene zugelassen und dann sehr schnell eine Empfehlung ausgesprochen. Und jetzt seit einem Monat sind die Impfstoffe für die Kinder von sechs Monaten bis vier Jahren zugelassen. Und das sind jedes Mal natürlich neue Studiendaten an neuen Bevölkerungsgruppen und diesmal bei den kleinsten Kindern. Und die Größe der Studien war begrenzt, die Datenlage war auch begrenzt. Die Studienlage geht bis zum April diesen Jahres. Es waren halt hauptsächlich Omikron-Fälle in den Studien vertreten, und die Größe der Studien lässt wirklich nur eine begrenzte Aussage zu. Und das waren die Grundlagen, auf denen wir entscheiden mussten. Und die Datenlage, was die Krankheitslast der Kleinkinder in dieser Altersgruppe angeht, die jetzt neu empfohlen wurde, ist halt was, was wir besser kennen als die Datenlage zur Wirksamkeit und Sicherheit des Impfstoffs. Aber so ist das immer gewesen, wenn wir Empfehlungen bei Kindern und Jugendlichen neu ausgesprochen haben, dass wir zu Beginn dieser Zeit eingeschränkte Empfehlungen ausgesprochen haben. Das war bei den Jugendlichen so, das war bei den Fünf- bis Elfjährigen so und das ist jetzt auch bei den sechs Monate bis vier Jahre alten Kindern so.

Moderator [00:05:24]

Könnten Sie vielleicht nochmal ganz kurz die Herangehensweise erklären. Die Ema als Zulassungsbehörde beziehungsweise auch als Empfehlungsgremium hat ja so gesehen empfohlen oder geraten, die Impfstoffe für Fünf- bis Elfjährige als auch für die Kinder sechs Monate bis fünf Jahre so gesehen ohne Einschränkungen, dass sie zur Verfügung stehen. Und dann ist natürlich immer die Frage oder man fragt sich: Die Stiko als Entscheidungs- oder als Empfehlungsbehörde sagt jetzt: Gerade für die Kleinsten, nur für die Risiko-Kinder. Können Sie vielleicht diesen Prozess noch mal ganz kurz etwas mehr beschreiben. Warum es jetzt gerade entgegen der Ema-Empfehlungen, die es ja so gesehen auch gibt, warum sich die Stiko ...



Thomas Mertens [00:06:00]

Vielleicht soll man an der Stelle gleich mal sagen: Sie benutzen immer das Wort Empfehlung, und die Ema macht ja keine Empfehlung. Das steht manchmal in den Texten drin, aber das ist ein Missverständnis. Die Ema empfiehlt der Europäischen Kommission die Zulassung des Impfstoffes. Daher kommt da der Begriff der Empfehlung. Ansonsten ist die Ema nicht zuständig für die Impfempfehlung. Und zwar nicht nur nicht in Deutschland, sondern in keinem der europäischen Länder. Und wie Sie wissen, haben ja auch alle europäischen Länder Impfkommisionen. Die sind unterschiedlich angesiedelt und unterschiedlich strukturiert. Aber im Großen und Ganzen macht jedes europäische Land dann auf der Basis der Ema-Zulassung seine eigenen Impfempfehlungen. Ich wiederhole das gerne noch mal: Das ist so ähnlich wie bei einem Fahrzeug. Die Zulassung erlaubt Ihnen mit einem Fahrzeug zu fahren. Und dann gibt es noch die Verkehrsregeln, und dafür wäre sozusagen die Stiko oder die analogen Kommissionen in anderen europäischen Ländern zuständig.

Moderator [00:07:09]

Alles klar, vielen Dank. Herr Terhardt, Sie hatten eben schon mal die Datenlage erwähnt. Da würde ich gleich noch mal drauf zukommen. Ich würde gerne erst mal Frau Lehmann natürlich auch noch mal das Wort erteilen [...] Frau Lehmann, bei Ihnen würde mich interessieren, Sie forschen ja unter anderem viel zu Long Covid und vor allem bei milden Krankheitsverläufen. Jetzt ist es ja so, dass Kinder, wenn sie denn erkranken, oft mild oder auch sogar asymptomatisch erkranken. Und die Frage wäre jetzt: Was kann man vielleicht aus Ihren Studien, die Sie schon gemacht haben oder die noch anstehen – mit Beyond Covid haben Sie ja auch eine neue Studie schon gestartet, wo Sie beteiligt sind – was kann man über das Long-Covid-Risiko von Kindern sagen, sollten Sie sich infizieren?

Clara Lehmann [00:07:50]

Ja, vielen Dank. Also zum einen ist es so, vor allen Dingen kümmere ich mich um Erwachsene, das Syndrom bei Erwachsenen. Trotzdem überblicke ich, glaube ich, ganz gut auch die Sachlage bei den Kindern. Es ist so, [...] zur Häufigkeit des Post-Covid-Syndroms – das ist ja eine klare Definition, also das ist eine klinische Definition von der WHO – gibt es zwar eine ganze Reihe von Studien, aber leider nur relativ wenige von guter Qualität, weil es meistens keine Kontrollgruppe gibt. Das ist wirklich ein großes Problem. Es gibt einige wenige Studien, die eben diese Kontrollgruppe haben. Auch zum Beispiel jetzt eine Arbeit aus Dresden mit einer Kontrollgruppe, können wir gleich vielleicht auch noch mal genauer darauf eingehen. Und da zeigt sich doch schon, dass Kinder – da wird unterschieden: kleine Kinder unter zehn und Adoleszente – dass die häufiger auch Symptome entwickeln. Zwar nicht so wie jetzt Erwachsene, aber trotzdem tritt es häufiger auf. Und da muss man natürlich viele Fragen stellen: Was ist jetzt wirklich Folge der Virusinfektion? Was ist Folge der Pandemie? Aber es ist nicht so, dass man sagen kann, dass Kinder und Adoleszente überhaupt gar keine Langzeitfolgen haben. Es tritt häufiger auf, deutlich weniger als bei Erwachsenen. Aber es besteht ein gewisses Risiko, dass auch diese eben Langzeitsymptome entwickeln.

Moderator [00:09:41]

Herr Terhardt, wollen Sie dazu ergänzen?

Martin Terhardt [00:09:43]

Nö, nö. Das ist jetzt nicht so unbedingt mein Wunsch gewesen. Ich habe mich nur einfach entmutet, weil Sie jetzt gleich wieder Fragen stellen.



Moderator [00:09:49]

Ja, das ist richtig. Und das ist an Sie beide dann auch gerne, Herr Mertens oder Herr Terhardt. Dann müssen Sie es vielleicht noch mal ganz kurz erklären: Bei der Stiko-Empfehlung ist es ja immer so, das ist eine Nutzen-Risiko-Abwägung ja letzten Endes oder Kosten-Nutzen- [Bewertung]. Und jetzt ist es ja so, Sie empfehlen jetzt die Impfung nur für Risikokinder. Das heißt ja, die Stiko bewertet also die Risiken für gesunde Kinder höher als den Nutzen der Impfung. So verstehe ich das zumindest.

Martin Terhardt [00:10:19]

Das generelle Problem ist, dass wir halt über das Risiko noch nicht so ganz schrecklich viel wissen aufgrund der Größe oder mangelnden Größe der bisherigen Daten. Und aus den Anwendungen in den USA wissen wir auch noch nicht viel. Da sind halt ungefähr eine Million Kinder mittlerweile geimpft worden in der Altersgruppe, wahrscheinlich auch schon etwas mehr. Aber wir haben noch keinerlei Daten aus der Surveillance. Aus den Zulassungstudien wissen wir, dass die Verträglichkeit eher gut ist, sogar ein kleines bisschen besser ist als bei den anderen Altersgruppen. Aber zu selteneren Ereignissen wissen wir naturgemäß aus den Zulassungstudien noch nicht [viel]. Und immer wenn das so ist, dann müssen wir am Anfang einer Empfehlung abwägen: Ist das Risiko der Kinder so groß, dass wir diesen noch nicht ganz sicher beurteilbaren Impfstoff schon für alle anwenden? Oder schränken wir das auf die ein, bei denen das Risiko der Erkrankung besonders groß ist? Und so haben wir uns dieses Mal entschieden. Und bei den anderen Altersgruppen haben wir uns auch jedes Mal zu Beginn der Impfeempfehlung so entschieden. Und bei den ganz kleinen Kindern jetzt von sechs Monaten bis vier Jahren kommt ja dazu, dass das die Altersgruppe ist mit dem von allen bisher empfohlenen Gruppen am geringsten ausgeprägten Immunsystem. Die müssen halt wirklich noch mit anderen Augen betrachtet werden, weil das alles sich noch verändert. Und die haben noch das angeborene Immunsystem, das anscheinend auch besser funktioniert bei der Abwehr von SARS-CoV-2 als bei älteren Altersgruppen. Und die bilden ihr spezifisches Immunsystem erst aus. Und da spielt es einfach eine ganz andere Rolle, wenn man mit Impfstoffen kommt, für die man noch nicht so viel Erfahrungen hat. Nicht umsonst werden Impfstoffe, die entwickelt werden, immer zuerst für Erwachsene empfohlen oder zugelassen und dann nach und nach für die jüngeren Altersgruppen, nachdem man Erfahrungen bei den Älteren gesammelt hat. Und so müssen wir das auch jetzt sehen. Wir haben Vertrauen in diese Impfstoffe nach den Daten, die wir bisher haben. Aber die Datenlage ist begrenzt.

Moderator [00:12:17]

Dann zur Datenlage vielleicht direkt eine Nachfrage. Das haben wir jetzt schon zwei, drei Mal gesagt, dass die Datenlage begrenzt ist. Ist die für den kurzen Zeitraum ungewöhnlich begrenzt oder ist es eigentlich für den kurzen Zeitraum, in der die Studien ja gemacht wurden, doch relativ viel, was an Daten da ist? Und was wünscht man sich eigentlich momentan, auf welcher Grundlage man vielleicht besser entscheiden könnte?



press briefing

Martin Terhardt [00:12:35]

Das ist der Natur der Sache geschuldet, dass die Datenlage nicht größer ist. Man kann in so einer Situation nicht eine Studie mit zigtausend Kindern in der Altersgruppe auflegen, die in der Kürze der Zeit zu Ergebnissen führt. Und in dieser Situation, bei dem Impfstoff, den wir jetzt in Deutschland vorwiegend anwenden, hat es sich halt zu Beginn der Studie gezeigt, dass an der Dosis etwas geändert werden musste und dass zwei Dosen nicht ausreichen und dann drei Dosen gegeben werden müssen. Dadurch hat sich der Studienbeobachtungszeitraum verlängert und dadurch gibt es auch weniger Kinder, die wirklich diese drei Dosen bekommen haben, als die, die zwei Dosen bekommen haben. Und das schwächt natürlich insgesamt die Aussagekraft so einer Studie ab. Weil die Anzahl der Erkrankungsfälle oder Infektionsfälle in der Gruppe der geimpften Kinder und in der Gruppe der Placebokinder sehr klein war. Und alles das zusammen macht die Evidenzqualität nicht sehr hoch, und wir müssen halt trotzdem entscheiden, wieviel Vertrauen haben wir in diese Daten? Und das ist die Bewertung, die wir in der Stiko vorgenommen haben und die wir jedes Mal vornehmen müssen. Und dazu haben wir uns geäußert. Dazu werden wir ausführlich in der wissenschaftlichen Begründung Stellung nehmen, die morgen erscheinen wird. Und in der Zusammenfassung haben wir uns dann halt so entschieden, wie wir uns entschieden haben, um jetzt den größtmöglichen Nutzen für die Gruppe zu erzeugen, die es am ehesten braucht. Das sind die Kinder mit Vorerkrankungen. Die bisher schon in der Liste der älteren Kinder bekannt waren und jetzt noch hinzugekommen sind, die Frühgeborenen in den ersten beiden Lebensjahren, weil da auch noch ein zusätzliches Risiko sich gezeigt hat in den bisherigen Ergebnissen.

Moderator [00:14:17]

Nun haben Sie jetzt unter anderem auch gesagt, dass man zwar der Impfung vertraut, aber dass man natürlich nicht hundertprozentig am Ende weiß, was jetzt eventuell noch auftreten kann bei Kindern. Man weiß es einfach noch nicht so ganz genau, auch bei den Kleinsten nicht. Da wäre natürlich die gleiche Frage: Man weiß ja auch, wie Frau Lehmann eben schon ein bisschen ausgeführt hat, nicht so hundertprozentig, was nach der Infektion jetzt letzten Endes passiert. Long Covid hatten wir jetzt gerade. Können Sie vielleicht noch mal ganz kurz erzählen, vielleicht Herr Mertens dann gerne, inwiefern zum Beispiel jetzt Long Covid in den Besprechungen der Siko abgewogen wird und auf welche Studien oder Datenlage, die man jetzt kennt, man vor allem da schaut?

Thomas Mertens [00:14:54]



Sagen wir mal so: Alle Folgen der Infektion spielen bei unseren Diskussionen eine große Rolle. Und die Datenlage, die ist ja die gleiche. [...] Frau Lehmann hat Teile der Daten ja auch gerade schon erwähnt. Und das Problem vor allem bei den kleinen Kindern ist sicher, dass da die Datenlage zu der Frage Long Covid noch sehr begrenzt ist, außerordentlich begrenzt ist. Und das macht natürlich ein Problem, das einzuschätzen ist. Und insofern berücksichtigen wir diese Aspekte immer ganz klar. Aber, ich komme darauf zurück, wir können sie nur auf der Basis verfügbarer Daten wirklich berücksichtigen, und das haben wir in dem Fall auch getan, und das hat jetzt keine, sagen wir mal so, das hat unsere Entscheidung zur Empfehlung jetzt in dem Fall nicht verändert. Vielleicht darf ich noch eins sagen zu dem, was Martin Terhard gesagt hat. Man muss ja klar sagen, in der Zulassungsstudie zum Beispiel bei Cominarty hat es ja weder in dem Impfarm noch in dem Placeboarm wirklich eine schwere COVID-19-Infektion gegeben. Und auch, das hast du schon gesagt, die Anzahl der Fälle war sehr, sehr gering. Wir reden von zwei und fünf Fällen oder eins und zwei Fällen. Darauf kann man natürlich eine Wirksamkeit berechnen, mathematisch, das geht. Aber insgesamt sind unsere Erkenntnisse sowohl hinsichtlich der Wirksamkeit in dieser Altersgruppe als auch hinsichtlich der Sicherheit in der Altersgruppe wirklich noch so begrenzt, dass wir das für diese kleinen Kinder berücksichtigen mussten. Es kommt noch hinzu die Frage der Ausreifung des Immunsystems. Mit fünf Jahren ist sicher das Immunsystem des normalen Kindes ausgereift. Aber wir wissen ja durch viele Untersuchungen, dass das etwa so die ersten drei Lebensjahre dauert, bis die verschiedenen Immunfunktionen ausgereift sind. Es kommt auch noch hinzu, dass diese ganz kleine Gruppe der Kinder auch hinsichtlich pharmakologischer Effekte eine besondere Gruppe ist. Das heißt also, insofern kann man diese ganz kleinen Kinder nicht als kleine Erwachsene betrachten, sondern sie sind eben in dieser Hinsicht besonders zu betrachten. Und insofern waren wir auch oder sind wir gezwungen, natürlich die, wie Sie sagen, die Nutzen- und potentielle Risikosituation ganz besonders zu untersuchen und zu durchleuchten. Und abschließend: Es spricht aus Sicht der Stiko auch natürlich nichts dagegen, wenn sich wirklich neue Daten ergeben, dass man dann auch die jeweilige Empfehlung anpasst. Das ist etwas, was nicht nur richtig, sondern was auch sinnvoll ist. Und [es] entspricht dem normalen wissenschaftlichen Vorgehen. Und es wäre schon wichtig, dass dies auch in der Bevölkerung verstanden wird, dass es nicht Ausdruck einer Unsicherheit ist der Stiko, sondern dass es Ausdruck der Tatsache ist, dass man jede Empfehlung nur auf der Basis der aktuell verfügbaren Daten geben kann.

Martin Terhardt [00:18:31]

Ich würde gerne noch was zu den Long-Covid-Geschichten und auch vielleicht zu PIMS ergänzen. Das sind ja die beiden Konflikte, die wir mit Kindern vor allen Dingen haben, über die wir halt nicht so ganz viel wissen, vor allem, was Covid in dieser kleinen Altersgruppe angeht. Weil die Symptome, die wir unter Long Covid zusammenfassen, natürlich bei Kleinkindern in dem Alter von sechs Monaten bis vier Jahren viel schwerer zu erfassen oder auch in irgendwelchen Fragebögen zu erfassen sind; weil Kinder nicht immer sagen können, wenn sie Geruchs- oder Geschmacksstörungen haben. Man merkt es dann eher hinterher, wenn sie nicht mehr essen möchten, was sie vorher gegessen haben. Man kann sie nicht fragen: Kannst du dich gerade konzentrieren? Und das sind alles viel schwierigere Diagnosekriterien in dieser Altersgruppe. Und insofern ist das da besonders schwierig zu beurteilen. Generell sagt aber die Studienlage, dass in dieser jüngeren Altersgruppe und auch bei Kindern generell Long Covid seltener ist als bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Das ist auf jeden Fall so, dass wir davon ausgehen können. Und was PIMS angeht, also diese Multi-Organ-Entzündungs-Syndrom-Krankheit, die infolge von COVID-19 bei Kindern aufgetreten ist, die zu Krankenhausaufenthalt auch Intensivstation geführt hat – das war vor allen Dingen [bei den] Ursprungsvarianten des Virus der Fall und ist unter Omikron deutlich zurückgegangen. Das heißt, die Krankheitslast, was PIMS angeht, spielt eine wesentlich geringere Rolle. Und auch die Kinderkliniken, die damit befasst sind, wissen viel besser jetzt damit umzugehen. Und daran ist bisher kein Kind in Deutschland verstorben. Die sind alle wieder gesund geworden.



press briefing

Moderator [00:20:14]

Frau Lehmann, Sie hatten sich glaub ich gemeldet.

Clara Lehmann [00:20:16]

Ja, genau. Ich glaube, das ist sehr, sehr wichtig, was Herr Terhardt hier noch einmal zusammengefasst hat. Es ist eben sehr schwierig, eine gute Datenlage zu haben. Und wir brauchen Evidenz, und die Bevölkerung versteht das nicht. Aber das ist ja der Standard, den wir haben wollen, einfach eine gute Datenqualität zu haben. Und ein Problem bei der Interpretation der Ergebnisse dieser Kohortenanalysen ist, dass wir eigentlich bislang nur Daten haben, also "nur" in Anführungsstrichen, von Infektionen mit der Wuhan Variante, die viel, viel aggressiver war, wie der Kollege Terhardt das gerade auch schon erwähnt hat. Es heißt, wir haben jetzt schon wieder eine ganz andere Situation, um diese Empfehlung dann jetzt wiederum auszusprechen. Man weiß zum Beispiel bei den Erwachsenen, dass das Post-Covid-Syndrom weniger häufig auftritt, seitdem die Omikron Variante vorhanden ist. Aber hier ist dann auch die Frage: Ist das weniger häufig, weil das Virus weniger aggressiv ist? Oder ist es weniger häufig, weil die Menschen sich insgesamt etwas sicherer fühlen? Es gibt die Impfung, sie merken, das ist nicht mehr so aggressiv. Das kann ja auch eine Komponente sein. Und genau diese Evidenz müssen wir auseinanderhalten. Und ich bin der festen Überzeugung, dass es dieses postvirale Syndrom gibt mit einem biologischen und organischen Korrelat. Aber ich denke auch, dass die Zahlen, die genannt werden, viel zu hoch sind. Und das ist jetzt unser Auftrag, das wirklich genau zu definieren, welche Patienten, welche Erwachsenen, welche Adoleszenten sind betroffen. Und bei den Kindern ist es so, wie Sie das gesagt hatten, Herr Terhardt, insbesondere bei den kleinen Kindern. Wie sollen die denn beschreiben Fatigue, Malaise? Was ist das? Das haben die auch, keine Ahnung, wenn die Durchfall haben oder so. Also das ist extrem schwierig. Und ich glaube, das ist aber wichtig, dass uns das bewusst ist, dass es dieses Krankheitsbild auf jeden Fall gibt. Und wie Herr Mertens sagte, wir müssen die Daten immer wieder auf Evidenz prüfen und daraus dann was Neues ableiten. Und das ist, glaube ich, das Wichtigste, was wir hier mitnehmen müssen.

Moderator [00:22:45]

Vielen Dank. Wir haben schon einige Journalistenfragen bekommen, die ich jetzt auch gerne mal in die Runde stellen möchte. Und die erste Frage, würde ich glauben, richtet sich eher auch an Herrn Terhardt oder Herrn Mertens. Können Eltern, die ihre Kleinkinder trotzdem impfen lassen wollen, also unabhängig davon, ob es Risikokinder sind oder nicht, können sie das einfach tun? Und dürfen die Ärzte das? Ganz platt gefragt.



Martin Terhardt [00:23:07]

Kann ich vielleicht darauf antworten. Also sobald ein Impfstoff zugelassen ist, kann er in Deutschland angewendet werden. Das heißt, es gibt keinen juristischen Grund für Ärzte, dann diesen Impfstoff nicht anzuwenden. Wir haben in unseren Stiko-Empfehlungen, in allgemeinen Impfempfehlung ja immer drinstehen, dass halt auch über Impfungen beraten werden kann und soll, die nicht innerhalb der Stiko-Empfehlungen formuliert sind. Wir haben uns jetzt entschieden, unsere Empfehlungen so auszusprechen, wie wir das eben formuliert haben. Also für Risikokinder. Aber wir hatten immer Öffnungsklauseln in den Empfehlungen, und die haben wir dieses Mal nicht wörtlich hineingeschrieben. Aber trotzdem: Wenn es Eltern gibt, die diese Impfung unbedingt möchten für ihre gesunden Kinder, gibt es für den betreuenden Arzt oder [die] Ärztin keinen Grund, nein zu sagen, auch aus juristischer Sicht. Er muss dann mit den Familien das beraten und muss das ergebnisoffen diskutieren. Und man muss davon ausgehen, dass, wenn Eltern das unbedingt wollen – sie werden immer jemanden finden, der es macht. Aber wir müssen ja auch realistisch sein. Die Impfempfehlung für die nächsthöhere Altersgruppe der Fünf- bis Elfjährigen ist ja nicht so ganz groß angenommen worden. Und wir wissen aus Untersuchungen bei Eltern, dass die Bereitschaft, die Kleinkinder zu impfen, ungefähr auf 30 Prozent geschätzt wurde. Und wir sollten jetzt da nicht so ein großes Thema draus machen, dass Eltern, die das haben möchten, das nicht bekommen dürfen. Das ist sicherlich nicht das große Problem. Unser größeres Problem ist es, dass die Kinder, die es haben müssen, es auch bekommen sollen. Und das ist besonders wichtig, dass wir uns um die kümmern, die eine Indikation haben, dass die jetzt nicht vergessen werden.

Moderator [00:24:52]

Weil die Frage eben auch schon ein paarmal kam: Können Sie vielleicht noch mal ganz kurz oder auch Herr Mertens noch einmal definieren. Was definieren Sie jetzt letztlich als Risikokinder? Also sind es auch Kontaktkinder von Risikopersonen? Dass sie das vielleicht auch noch mal ganz kurz zusammenfassen. Wer von von Ihnen beiden möchte?

Martin Terhardt [00:25:10]

Also ich kann zu den Risikogruppen vielleicht etwas sagen. Das sind zu den bekannten Risikogruppen aus den anderen Altersstufen bisschen modifizierte Angaben. Wir wissen, dass zum Beispiel Asthma in dieser Altersgruppe nicht so eine große Rolle spielt. Und wenn überhaupt, dann geht es wirklich um die schlecht kontrollierten Kinder mit frühkindlichem Asthma. Wir wissen, dass Diabetes in dieser Altersgruppe keine große Rolle spielt. Aber wir wissen, dass halt Frühgeburten in den ersten beiden Lebensjahren aus den Datenlagen, die wir aus den weltweiten Studien dazu haben, überrepräsentiert waren bei den schweren Verläufen. Und insofern haben wir die aufgenommen in unsere Liste. Ansonsten ist das halt: besonders starkes Übergewicht, angeborene Immunschwächen, Herzfehler, chronische schwere Lungenerkrankung, chronische Nierenerkrankung, neurologische Erkrankung. Das ist besonders wichtig. Kinder mit neurologischen und muskulären Erkrankungen haben auch ein sehr hohes Risiko zu erkranken und die dürfen wir nicht vergessen. Dann, wie gesagt, Frühgeburtlichkeit, schwere Herzinsuffizienz, also Herzschwäche, und angeborene Syndromerkrankungen mit verschiedenen Organenbeteiligungen, darunter auch zum Beispiel die Trisomie 21. Wo sich allerdings mittlerweile auch herausgestellt hat, dass junge Erwachsene und Erwachsene mit Down Syndrom viel häufiger von schweren Verläufen betroffen sind als Kinder. Trotzdem haben wir sie in diese Gruppe aufgenommen; und Tumorerkrankungen und andere maligne hämatologische [Erkrankungen], also bösartige Erkrankungen. Das sind die Gruppen, die darunter fallen. Wenn man das numerisch auffasst, dann sind das vielleicht zehn Prozent dieser Altersgruppe.



press briefing

Thomas Mertens [00:26:45]

Und zum zweiten Teil Ihrer Frage, nämlich dem Risiko im Kontakt. Da haben wir die Empfehlung für die gesamte Altersgruppe der Kinder, also von sechs Monaten bis elf Jahren, relativiert. Da geht es ja um den sogenannten Drittschutz, also was kann man durch die Impfung dieser Kinder erreichen in Hinblick auf den Schutz von Kontaktpersonen [technische Störung] oder auch sonstige Kontaktpersonen. Wenn diese Kontaktpersonen selbst ein hohes Risiko haben, bei Infektion schwer zu erkranken. Und da haben wir [Störung] Eltern, Großeltern und letztendlich der behandelnden Ärzte zurück [Störung] dass Kinder auch aus Drittschutzgründen geimpft werden sollen, relativiert.

Moderator [00:27:49]

Wir haben jetzt gerade nicht alles verstanden, weil Ihr Internet etwas wackelig war. Aber vielleicht kommen wir gleich auch noch mal drauf zurück. Und Frau Lehmann, Sie hatten netterweise im Chat [...] gefragt, ob Sie die Frage zur Psychosomatik und Long Covid [...] beantworten können. Das dürfen Sie natürlich gern machen. Also gehen Sie ruhig noch mal darauf ein.

Clara Lehmann [00:28:10]

Ich wiederhole vielleicht diese Frage noch einmal. Es kam die Frage auf, also zwei Dinge, ob das Post-Covid-Syndrom psychosomatisch ist und ob ich bei den Stiko-Empfehlungen beteiligt war. Ich fange erst einmal mit der zweiten Frage an: Ich war nicht bei den Stiko-Empfehlungen beteiligt. Und zu der ersten Frage, die mir ganz, ganz wichtig ist zu erläutern: Ich denke, dass das Post-Covid-Syndrom aktuell noch ein Potpourri ist [aus] zwei verschiedenen Krankheitsbildern. Das eine ist das Postvirale Syndrom mit einem wirklichen biologischen, organischen Korrelat. Und das andere kann man zusammenfassen unter dem Post-traumatic stress disorder. Das sind Erkrankungen, die bereits bekannt sind, also Syndrome, die bekannt sind schon auch vorher, die aber ganz unterschiedliche Ursachen haben und die auch ganz unterschiedlich versorgt werden müssen. Und es wäre fatal, wenn man sagte Post-Covid-Syndrom ist Psychosomatik – auf gar keinen Fall. Das Postvirale Syndrom ist wirklich eine Folge der Viruserkrankung mit einem organischen Korrelat. Man sieht zum Beispiel, das Endothel ist verändert, man sieht, dass Autoimmunantikörper nachweisbar sind, also man sieht wirklich Veränderung. Bei dem Post-traumatic stress disorder, das [sind] im Prinzip Folgen der Pandemie, also psychosoziale Stressfaktoren. Bei Erwachsenen weiß man, dass wenn die ihren Beruf verloren haben, finanzielle Sorgen haben, soziale Deprivation haben; bei den Kindern genauso: Sie konnten nicht in die Schule gehen, sie hatten ihre sozialen Kontakte nicht mehr – [das] hat einfach erhebliche Auswirkungen auf die Kinder. Und diese Menschen müssen natürlich versorgt werden, aber die müssen anders versorgt werden als Leute mit einem [...] Postviralen Syndrom. Und das ist ganz, ganz wichtig, dass man das unterscheidet und dass man nicht alles in einen Pott wirft, weil wir so eben diese Leute nicht richtig versorgen werden. Und das ist mir eben sehr, sehr wichtig, dass wir das unterscheiden, dass uns das klar ist und dass wir diese Unterschiede erarbeiten und nicht einfach sagen: Ja, das ist Psychosomatik, ist ja nichts. Psychosomatik ist im Übrigen auch sehr wichtig und muss ernst genommen werden.



Thomas Mertens [00:30:46]

Genau, dem kann ich nur voll zustimmen. Aber der entscheidende Punkt für uns ist dann: Was kann man durch eine Impfung beeinflussen? Und da ist es natürlich klar, dass man nur das durch Impfung beeinflussen kann, was wirklich durch das Virus selbst verursacht worden ist. Oder man kann nur ganz am Rande vielleicht auch einen psychischen Effekt der Impfung akzeptieren. Aber eins würde ich an der Stelle ganz gerne sagen als Virologe: Diese Post- Infektions-Problematik ist ja nicht ausschließlich eine Problematik von SARS-CoV-2. Das kennen wir ja seit vielen Jahren, Jahrzehnten. Beispiel: Epstein-Barr-Virusinfektion, Beispiel: Influenza-Virusinfektion. Also ich will damit nur mal sagen, das hat zwar keine so eindrucksvollen Namen, wie das jetzt bei SARS-CoV-2 gemacht worden ist, aber es gibt diese Syndrome nach Infektionskrankheiten auch durchaus bei ganz anderen Infektionen, und die sind uns lange bekannt. Und die Älteren unter uns können sich vielleicht noch erinnern, dass es ja mal das sogenannte Lake-Tahoe-Syndrom gab. Das war ein Chronic fatigue syndrome, was dem HHV6 zugeschrieben wurde, damals dem neu entdeckten Herpesvirus. Und auch da ist es so, dass es natürlich dieses Syndrom gibt. Aber sagen wir mal, die Vorstellung, die man kurzfristig damals hatte zu Lake Tahoe, die sind natürlich längst überholt und das Ganze ist jetzt in eine Normalität eingeordnet worden. Die Frage eines Postviralen Syndroms ist keine aus [Verbindung bricht ab].

Moderator [00:32:36] Okay, er wackelt wieder ein bisschen.

Martin Terhardt [00:32:37]

Ich kann vielleicht noch einmal ergänzen: Zum Glück haben wir ja in Deutschland mittlerweile auch einige Spezialambulanzen, die sich mit Kindern mit diesem Problem beschäftigen, die auch Diagnosekriterien entwickelt haben, die sehr ausführliche Untersuchungen durchführen mit diesen Kindern, um zu entscheiden, was jetzt die zusätzlichen Probleme sind und dann auch Vorschläge [machen], wie man Rehabilitation angeht. Man weiß aber, dass diese Long-Covid-Verläufe bei Kindern eigentlich alle auch eine bessere Chance haben, relativ bald wieder wegzugehen, besser als bei vielen Erwachsenen. Trotzdem: Jeder Einzelfall muss ernst genommen werden. Wir sind da mittlerweile dabei, viel mehr Wissen und Kompetenz gesammelt zu haben. Und ich denke, wir brauchen noch mehr Ambulanzen dafür. Aber diese Patienten werden alle eine Heimat finden. Und wir versuchen jetzt durch die Impfung das Risiko der akuten Erkrankungen, bei denen, die es angeht, zu reduzieren. Es sieht so aus, dass auch das Long-Covid-Risiko durch die Impfung reduziert werden kann. Aber auch da ist die Datenlage leider noch nicht ausreichend, dass man sich da wirklich hundertprozentig darauf stützen kann. Bei Kindern zumindest ist die Datenlage

Clara Lehmann [00:33:43]

Genau, das wollte ich nämlich gerade sagen, weil bei den Erwachsenen, muss man sagen, gibt es schon sehr gute Daten, dass die Impfung, insbesondere wenn man zwei oder drei Impfungen hat, dass das dann weniger häufig auftritt. [...] Und jetzt ist es eben das Wichtige zu schauen, wie ist bei den Kindern eben diese Evidenz zu schaffen. Ich glaube, dass Wichtige ist immer, die Evidenz zu schaffen.

Martin Terhardt [00:34:08] Ja.



press briefing

Moderator [00:34:10]

Ich würde direkt mal kurz reingrätschen, weil wir schon so viele Fragen zu Empfehlungen noch einmal haben. Das ist vielleicht noch ein bisschen unklar. [...] Herr Mertens oder Herr Terhardt vielleicht, weil Herrn Mertens Internet gerade etwas wackelig war. Können Sie vielleicht noch einmal ganz kurz sagen: Was genau ändert sich bei den Fünf- bis Zwölfjährigen? Und bleibt es bei der Empfehlung für eine Dosis bei gesunden Fünf- bis Elfjährigen – die waren es ja eigentlich?

Martin Terhardt [00:34:34]

Es geht ja um die Fünf bis Elfjährigen, genau. Ab zwölf Jahren sind ja die Erwachsenen-Impfstoffe vorgesehen und zugelassen und empfohlen. Wir haben diese Impfeempfehlung ja modifiziert, dass wir nicht nur die Risikokinder impfen lassen, sondern dass alle gesunden Kinder einmalig geimpft werden sollen mit unserer letzten Abwandlung dieser Empfehlung. Und diese Empfehlung wollten wir überprüfen jetzt im Herbst, weil es uns darum ging, die Kinder mit dieser einmaligen Impfung auf den Herbst und Winter gut vorzubereiten mit einer verbesserten Basisimmunität. Mittlerweile wissen wir, dass mindestens 90 Prozent in dieser Altersgruppe mindestens eine Infektion hatten. Und wir gehen weiterhin davon aus, dass durch eine zusätzliche einmalige Impfung in dieser Altersgruppe eine bessere Basisimmunität geschaffen werden kann und haben aber keine Notwendigkeit gesehen, diese Impfeempfehlung jetzt zu verändern und eine zusätzliche Impfung noch zu empfehlen. Wir raten aber trotzdem weiterhin allen Eltern – und das haben ja viele Eltern nicht angenommen dieses Angebot –, weiterhin dieses Angebot mit ihren Kinderärzten zu besprechen, auch dieses Angebot anzunehmen, weil wir davon ausgehen, dass sich diese beiden Mechanismen der Infektion an den Schleimhäuten mit der Ausbildung von Immunreaktionen auch an den Schleimhäuten und einer Impfung, die über den Arm, das Bein [gegeben wird], bei Kindern dazu führt, dass über das Blut andere Systeme noch angeschupst werden, Immunität oder Immunschutz zu erzeugen, dass sich diese beiden Mechanismen gut ergänzen können und wir dadurch vor weiteren Erregern dieser Virusgruppe, von der wir noch nicht wissen, was noch alles kommt – aber es werden noch andere Varianten kommen – und dass wir davor auch weiteren Schutz anbieten können durch diese zusätzliche einmalige Impfung. Das haben wir also aufrechterhalten und wir appellieren weiterhin ernsthaft an alle Beteiligten, dieses Angebot aufrechtzuerhalten.

Moderator [00:36:29]

Dann würde ich da direkt mal ganz kurz nachfragen: Diese einmalige Impfung, diese eine Dosis, die findet man ja bis jetzt zumindest in wenigen Zulassungen oder in wenigen Evidenzberichten. Diese einmalige Impfung ist selten. Man hat gewisse Impfschemata, zwei Impfungen, drei Impfungen. Bei den Fünf- bis Elfjährigen bleiben Sie bei dieser einen Dosis. Und da würde ich gerne einfach noch einmal fragen, wie die Evidenzlage für eine Dosis genau ist, die wir ja so im Zulassungsbericht noch nicht kennen?



Martin Terhardt [00:36:56]

Das ist eine schwierige Frage und auch eine schwierige Antwort, weil es tatsächlich natürlich dadurch, dass es zu diesem Thema nicht viel Evidenz geben kann, weil das nie so richtig untersucht wird. Es war halt eine Kompromissentscheidung in der Stiko, dass wir den Kindern, die jetzt zu dem Zeitpunkt, wo wir diese Empfehlungen ausgesprochen haben, auch schon eine sehr hohe Durchseuchung hatten und diese Durchseuchung nicht zu hoher Krankheitslast geführt hat, dass wir da eine Entscheidung gefällt haben für die Zukunft, dass wir dachten, dass wir mit der zusätzlichen Impfung den Basisimmunschutz noch verbessern können. Und die Zulassung des Impfstoffes ist für zwei Impfstoffe ausgesprochen worden. Und wir bewegen uns damit nicht außerhalb der Zulassung, wenn wir erst mal nur eine Impfung empfehlen, weil wir uns ja offengelassen haben, eventuell noch mal eine zweite Impfung zu empfehlen, und weil wir ja auch in anderen Situationen von Beginn an der Pandemie empfohlen haben, Menschen, die schon eine Infektion durchgemacht haben, erst mal nur einmalig zu impfen. Und später haben wir dann für die Erwachsenen noch eine Boosterimpfung zusätzlich empfohlen, weil wir ja sagen, diese immunologischen Ereignisse, Infektion und Impfung, sind gleichwertig zu beurteilen.

Moderator [00:38:12] Ja, Herr Mertens. Sie zeigen auf.

Thomas Mertens [00:38:14]

Ich würde gerne noch einen grundsätzlichen immunologischen Gedanken miteinfügen. Es ist ja bis heute auch nicht klar, ob die Tatsache einer ständig erneuten Impfung wirklich auf Dauer zu einem besseren Immunschutz führt. Das muss man mal ganz klar sagen. Das ist jetzt kein Problem der Kinder. Das gilt ganz generell. Es ist wirklich noch Aufgabe der Immunologie und in diesem Falle auch der Überwachung in großen Studien der Geimpften, um dann zu klären, wie lange sozusagen die Verbesserung der Basisimmunität durch neue Impfungen, die obendrauf gesetzt werden, wirklich möglich ist. Das muss man an der Stelle mal ganz klar sagen. Und da ist unsere Erkenntnis an dem Punkte eben noch nicht so weit, dass wir das jetzt ganz klar beantworten können.

Moderator [00:39:07]

Vielen Dank. Ich werde jetzt mit den Journalistenfragen weitermachen, weil wir noch ein paar haben und die Zeit natürlich drängt. Eine Journalistenkollegin fragt noch mal zur Konkretisierung bei dieser Einschränkung mit Kontakt zu Vulnerablen: Was mir nicht ganz klar ist, gibt es nach der Relativierung der Impfempfehlung für Kinder fünf bis elf mit Kontakten zu Vulnerablen überhaupt einen Unterschied bei den Empfehlungen für die beiden Gruppen – kleine/größere Kinder? Und welche sind das? Also, Sie schütteln schon den Kopf. Grob gesagt, keine generelle Empfehlung, nur bei Vorerkrankungen.



Martin Terhardt [00:39:39]

Der Unterschied ist ja vor allen Dingen, dass die Zwölf- bis 17-Jährigen eine generelle Impfempfehlung haben. Insofern brauchen wir da keine differenzierte Empfehlung für diese vulnerablen Gruppen, die Kontaktpersonen sind. Aber bei den kleineren Kindern, die keine generelle Impfempfehlung für eine Grundimmunisierung [haben], haben wir damals ausgesprochen, dass die zum Schutz von vulnerablen Personen im Umfeld geimpft werden sollen. Wir wissen jetzt mehr als damals, nämlich, dass dieser Schutz vor Transmission bei Omikron sehr viel geringer ist und dass man sich deswegen durch so eine Empfehlung, die Umgebung zu impfen, nicht darauf verlassen kann, dass man dadurch die vulnerablen Personen ausreichend schützt. Man kann das machen. Wir lassen das ja weiter offen, dass man das im ärztlichen Gespräch entscheidet, ob man das macht, dass man Kinder, die ansonsten keine Empfehlung haben, trotzdem impft, um die Umgebung zu schützen. Aber dieser Schutz ist geringer geworden, als wir den vorher uns gewünscht hatten. Und deswegen ist es nicht mehr so angemessen, darauf sich zu verlassen, dass das den vulnerablen Personen, um die es ja geht, dann zusätzlich ausreichend hilft. Man muss sich um diese vulnerablen Personen – und das ist mir auch ganz wichtig – in der Pandemie am meisten kümmern zurzeit, weil die wirklich das höchste Risiko haben, schwer zu erkranken oder auch zu versterben. Und die müssen persönlich gut geschützt werden und die werden ja immer wieder vergessen und die isolieren sich selber und wissen, dass sie schlecht geschützt sind. Und für die haben wir mittlerweile Therapien. Wir haben Antikörper, wir haben zusätzliche Impfschemata für Immungeschwächte. Aber die Impfung der Kinder in der Umgebung allein macht nur noch einen geringen Teil des zusätzlichen Schutzes aus. Das wollten wir damit ausdrücken.

Moderator [00:41:11]

Vielen Dank. Wir haben auch eine Frage bekommen: Ist bekannt, wie hoch der Anteil der geimpften Kinder bislang ist? Herr Terhardt.

Martin Terhardt [00:41:21]

Bei den Fünf- bis Elfjährigen ist das natürlich sehr gut bekannt, weil das ja tagesaktuell von den RKI-Impf-Surveillance-Daten erfasst wird. Und da sind wir bei 22,3 Prozent einmal geimpften Kindern bei Fünf- bis Elfjährigen. Und davon sind insgesamt 19,7 Prozent zweimal geimpft. Das heißt, das sind Zahlen, die wir uns anders vorgestellt haben und auch immer noch anders wünschen würden. Aber die Anzahl der Kinder, die zweimal geimpft sind, das sind diese 19,7 Prozent, das sind trotzdem ja noch mehr, als wir erwarten würden, die eine Indikation hatten. Auch da gehen wir von 10/15 Prozent aus. Das heißt, damals, zu Beginn der Impfkampagne, haben sehr viele Eltern diese Impfung haben wollen und sie sich geholt. Und danach wurde der Zusatzeffekt durch diese einmalige Empfehlung nun sehr gering genutzt, und wir wünschten uns, dass das noch besser würde.

Moderator [00:42:18]

Dann gibt es noch eine Frage: Wie bewerten Sie es, dass der Impfstoff für die Kleinen noch nicht an Omikron angepasst ist? Gerne Herr Mertens.



press briefing

Thomas Mertens [00:42:31]

Ich habe leider auch immer wieder Aussetzer. Ich weiß nicht, ob man mich hören kann. In der Tat gibt es ja jetzt eine Zulassung auch für den angepassten Impfstoff. Und die Frage, welchen zusätzlichen Nutzen dieser angepasste Impfstoff im Hinblick auf Schutz hat, ist aber derzeit eigentlich noch nicht richtig zu beantworten. Noch einmal gesagt: Was der zusätzliche Anteil von Schutz durch Verwendung des angepassten Impfstoffes ist, das ist derzeit noch nicht geklärt. Das wird geklärt werden, aber das ist im Augenblick noch offen.

Martin Terhardt [00:43:12]

Und für die Kinder von fünf bis elf Jahren ist jetzt ein angepasster Impfstoff in den Zulassungsverfahren. Darüber wird die Stiko jetzt auch als Nächstes beraten. Der ist in den USA auch schon verfügbar. Aber für die kleineren Kinder ist es noch in weiter Ferne, denke ich, darüber nachzudenken. Und wir wissen aber auch von den Erwachsenen, dass wir über – das hat Herr Mertens ja gerade schon gesagt –, den Zusatznutzen der Omikron-angepassten Impfstoffe aus der Studienlage begrenzte Evidenz haben für Immunogenitätsverbesserungen bei den neutralisierenden Antikörpern gegen die Omikron-Varianten. Aber [...] der Zusatznutzen bei der klinischen Effektivität ist nicht gut belegt. Und wir müssen auch da ein bisschen Skepsis anmelden, dass der wohl sehr gering ist.

Moderator [00:44:02]

Vielen Dank. Herr Terhardt, die nächste Frage geht in Ihre Richtung als niedergelassener Mediziner. Und zwar schreibt hier jemand: Ich höre immer wieder von Fällen, in denen Impfwillige ohne Vorbelastung von ihren Ärzten abgewiesen werden. Über 50-Jährige werden bei dem Wunsch nach der vierten Impfung abgewiesen. Über 80-Jährige bekommen keine fünfte Impfung. Als Begründung würde genannt, dass es jeweils keine Stiko-Empfehlung gebe. Ist das im Sinn der Stiko, wird hier gefragt, oder ist das ein falsches ärztliches Verständnis der Stiko-Empfehlungen? Vielleicht können Sie da mal ein Stimmungsbild aus der Ärzteschaft geben, was Stiko-Empfehlungen anbelangt.



Martin Terhardt [00:44:36]

Da muss man jetzt differenzieren zwischen den Erwachsenen und den Kindern. Bei den Erwachsenen haben wir da eine Klausel reingeschrieben, dass das individuell durchaus Sinn machen kann, eine fünfte Impfung zu geben oder ein fünftes Ereignis zu empfehlen. Und dass es da der Beratung bedarf und dass da vor allen Dingen die Hochbetagten oder Heimbewohner oder nicht Immungesunden oder besonders Immunoseneszenten mit gemeint sind. Und bei den Kindern ist es so, dass die Annahme dieser Impfeempfehlung bei den Eltern niedrig war, aber auch bei den Kinderärzten natürlich Skepsis herrschte, weil die Krankheitslast gering ist und weil der Aufwand unter den Bedingungen, wie dieser Impfstoff zur Verfügung steht, zu impfen, doch groß ist. Es ist immer eine größere Menge von Impfstoffen zu geben. Man muss das planen. Man muss die Eltern einbestellen und dann kommen manche nicht. Viele Praxen haben es schwer gehabt, das zu organisieren und erleben jetzt, dass die Krankheitslast deutlich abgenommen hat durch Omikron und auch BA.5 jetzt nicht schwerer geworden ist, sondern eher leichter geworden ist, sodass das Thema SARS-CoV-2 oder COVID-19 in der Kinderarztpraxis zurzeit gar nicht so ein großes ist. Da [sind] eher andere Infektionserreger das Thema zum Beispiel RSV oder jetzt beginnend Influenza oder Rhinoviren, aber COVID-19 SARS-CoV-2 ist eine wirklich gering ausgeprägte Schwere in den Kinderarztpraxen. Insofern ist das Thema, da jetzt großen Aufwand zu betreiben, um die Impfkampagne noch mal ans Laufen zu bringen, schwieriger. Und ich würde mir dennoch wünschen, dass die Bereitschaft, das durchzuführen wieder wächst und dass man sich auch Mühe gibt, gelegentliche Impfnachmittage anzubieten. Und es gibt Praxen, die das machen, die das sogar offen anbieten, die immer einmal in der Woche einen Termin anbieten und jeden, der kommt, auch dann impfen. Das ist für die Eltern aber natürlich schwierig, immer diese Ansprechpartner zu finden, wenn es ihr eigener Kinder- und Jugendarzt oder -ärztin nicht macht. Da würde ich mir durchaus wünschen, dass das ein bisschen besser laufen würde in Deutschland.

Moderator [00:46:46]

Vielen Dank. Wir haben noch einmal die Nachfrage bekommen: Wie häufig treten denn bei Kindern unter fünf Jahren schwere COVID-19-Fälle auf? Herr Mertens oder auch Frau Lehmann, falls es in Ihren Daten schon mal vorkam, dass man einfach so ein Gefühl dafür bekommt, wie schwer oder wie häufig diese Fälle sein können. Herr Mertens gerne zuerst. dann.

Thomas Mertens [00:47:16]

Schwere Fälle sind selten. Und man kann sagen, dass wenn wir einmal anfangen mit den Fällen von Kindern, die verstorben sind, das sind wenige, also in der Größenordnung von etwa zwei Dutzend. Von denen waren aber die allermeisten vorerkrankt. Das heißt, diese Kinder hätten auch durch die Stiko-Empfehlung letztlich eine Empfehlung zur Impfung gehabt. Ansonsten ist es so, dass die Hälfte etwa der Kinder, die mit SARS-CoV-2 im Krankenhaus hospitalisiert worden sind, wahrscheinlich nur wegen SARS-CoV-2 hospitalisiert worden sind, und die andere Hälfte ist wegen anderer medizinischer Notwendigkeiten hospitalisiert worden, die dann bei der Aufnahme durch die Testung aufgefallen sind. Und insgesamt sind die hospitalisierten Kinder in dieser Altersgruppe gering, wie gesagt, und die Anzahl der Kinder, die eine intensivmedizinische Behandlung erforderlich machte, liegen unter zwei Prozent der insgesamt wegen COVID-19 hospitalisierten. Man kann zusammenfassend sagen, dass die Krankheitslast bei den Kindern wirklich gering ist. Es gibt sie natürlich, aber sie ist sehr gering.



Martin Terhardt [00:49:01]

Man muss auch sagen, dass man differenzieren muss. Das erste Lebensjahr ist etwas überrepräsentiert als die Lebensjahre zwei bis vier, weil auch viele Kinder, wenn sie perinatal infiziert waren, mit der Mutter zusammen im Krankenhaus liegen und aufgenommen werden. Und generell, wenn in dieser Altersgruppe diese Diagnose gestellt wird, oft viel schneller eingewiesen wird. Aber trotzdem: Wir haben wenige schwere Verläufe. Wir haben wenige Todesfälle, auch unter Omikron, gehabt. Aber die überwiegende Zahl dieser Fälle waren Kinder mit anderen schweren Grunderkrankungen, für die wir jetzt unbedingt eine Impfeempfehlung aussprechen und die ja teilweise auch schon vorher ihre Kinder haben impfen lassen mit dem Impfstoff, der vorher für die älteren Altersgruppen zur Verfügung stand und diese dann mit einer anderen Dosierung von einem Kinderarzt haben impfen lassen. Das sind ja tausende Kinder, die so schon geimpft worden sind, weil die Eltern Sorge hatten, was ich gut verstehen kann, und für die ist jetzt das Angebot korrekt. Die Zulassung ist da, und man hat jetzt einen Impfstoff, der diesen Kindern, die noch nicht geimpft werden konnten, geben kann.

Moderator [00:50:10]

Wir sind zwar schon auf Punktzeit, aber ich würde gerne noch ein, zwei Fragen hinterherschicken, weil die noch interessant sind und auch öfters gekommen sind. Die eine wäre: Worin genau liegt das potenzielle Risiko einer Impfung ab sechs Monaten? Vielleicht können Sie das noch einmal präzisieren, Herr Mertens oder Herr Terhardt. Gerne Herr Mertens noch einmal! Herr Mertens scheint aber eingefroren zu sein. [...]

Thomas Mertens [00:50:39]

Herr Terhardt hat ja schon ausgeführt, dass einfach die verfügbaren Daten im Augenblick es eigentlich nicht zulassen, über seltenere Risiken, mögliche Risiken irgendwie eine Auskunft zu geben. Und wir sind einfach in der Situation, dass wir dieses mangelnde Wissen letztendlich über mögliche, aber nicht nachgewiesene seltene Risiken in Korrelation setzen müssen zu dem Nutzen, den die einzelnen Kinder von der Impfung haben. Das ist das Problem, und das Problem lässt sich nur dadurch lösen, dass man letztendlich abwartet, bis entsprechende Daten aus den laufenden Impfungen zur Verfügung stehen werden.

Martin Terhardt [00:51:26]

Vielleicht kann ich das noch ergänzen zu dem besonders bekannten Risiko der Myokarditis. Das ist ja etwas, was die meisten Eltern bewegt, wenn sie das hören, dass durch diese Impfung Myokarditis, also eine Herzmuskelentzündung ausgelöst werden kann. Da wissen wir von den fünf bis elfjährigen Kindern, dass das praktisch keine Rolle spielt. In Deutschland ist kein Fall bei dieser Altersgruppe gemeldet worden oder im Paul-Ehrlich-Institut aufgetaucht, der eine Myokarditis in Folge der Impfung hatte. In den USA, wo mehr Impfungen durchgeführt worden sind, sind es ganz wenige Fälle, nicht vergleichbar mit der Altersgruppe zwischen zwölf oder 14 bis 24 oder 29. Insofern ist das nicht zu erwarten, dass in dieser jüngeren Altersgruppe mit der noch einmal niedrigeren Dosis auch dieses Risiko noch einmal neu auftaucht. Damit rechnen wir nicht. Wir erwarten, dass die Surveillance aus den USA uns dabei Daten liefert, da [wurden] aber bis jetzt bei den meisten Kindern erst eine oder zwei Impfungen durchgeführt. Aber in dieser Altersgruppe erwarten wir sonst nichts Spezielles. Wir können einfach nur noch nicht genügend Gewissheit aufgrund der zur Verfügung stehenden Daten geben.



Moderator [00:52:34]

Vielen Dank. Herr Mertens, es kam noch einmal eine Frage bezüglich dieser Ema-Empfehlung. Wir hatten diese Begrifflichkeit eben schon einmal, aber vielleicht können wir das noch einmal kurz klären. Die Frage ist einfach kurz formuliert: Die Ema empfiehlt, wir haben das Wort wieder, die Impfung, also grundsätzlich Stiko nur für Risikokinder, aber die Datenbasis ist die gleiche, ist die Frage, aber wo ist der Unterschied? Warum empfiehlt die Stiko anders? Vielleicht können Sie das doch noch einmal klären, weil es, glaube ich, noch nicht ganz klar ist.

Thomas Mertens [00:53:01]

Die Ema empfiehlt nicht, die Ema lässt zu, da ist die ziemlich klare Antwort auf diese Frage. Und die Zulassungsstudien wurden ebenfalls von der Ema überprüft natürlich, aber sie haben zu der Zulassung des Impfstoffes geführt. Aber [...] letztendlich sind die Zulassungsstudien vergleichsweise klein und sie geben nur sehr bedingt und mit relativ schwacher Evidenz Qualitätsaussagen über die Schutzwirkung vor Erkrankung. Die Schutzwirkung vor Infektion ist bei den Kindern wahrscheinlich noch schwächer ausgeprägt als bei den Erwachsenen. Und insofern haben wir einfach ...

Martin Terhardt [00:53:45]

Ja, jetzt bist du wieder abgeschnitten. Ich kann vielleicht noch ergänzen, auch im Vergleich zu anderen Impfstoffen. Wir haben Rotavirus-Impfstoffe, wir haben [...].

Thomas Mertens [00:53:53] ... kein wirklicher Maßstab für die Empfehlung der Stiko.

Martin Terhardt [00:53:57]

Also, wir haben Rotavirus-Impfstoffe, Windpocken-Impfstoffe, Meningokokken-Impfstoffe von der Ema zugelassen für alle europäischen Länder, von der EU. Aber jedes Land in Europa hat andere Impfeempfehlungen dazu, hat entweder gar keine oder ganz andere Altersgruppen, ganz andere Impfschemata. Diese Entscheidung, wie in dem einzelnen Land dann geimpft werden soll, entspricht den nationalen Impfeempfehlungen. Aber ein Impfstoff muss erst mal vorher zugelassen sein. Und diese Aufgabe hat die Ema, das der EU vorzuschlagen. Die EU verabschiedet das dann, damit ein Impfstoff überhaupt in den Markt gebracht werden kann. Und wie der dann angewendet werden soll, empfehlen wir. Aber der kann natürlich auch immer außerhalb der Empfehlung angewendet werden, weil er zugelassen ist. Das ist wirklich von der Begrifflichkeit auseinanderzuhalten.

Thomas Mertens [00:54:46]

Wir haben noch einen Punkt: Bei der Empfehlung spielt natürlich die Krankheitslast in der jeweiligen Bevölkerung eine große Rolle. Das ist zum Beispiel etwas, was die Ema ja gar nicht berücksichtigt und auch letztendlich gar nicht berücksichtigen kann.

Moderator [00:55:03]

Mit Blick auf die Zeit, liebe Journalist*innenkolleg*innen, ich schaffe es wahrscheinlich nicht mehr, alle Fragen zu stellen. Ich bemühe mich aber, noch zwei hinterherzuschieben. Wir haben noch eine Frage zum Drittschutz gehabt: Warum dann nicht einfach Impfung nur für kranke Kinder empfehlen und den Drittschutz dem Einzelfall überlassen? Herr Terhardt, Sie nicken.



press briefing

Martin Terhardt [00:55:23]

Genauso haben wir es ja jetzt empfohlen. Das heißt, es ist eine Einzelfallentscheidung jetzt geworden, dass man das in dem einzelnen Fall in der Familie mit den betroffenen Personen bespricht, aber dann auch impfen kann, wenn alle das möchten.

Moderator [00:55:39]

Okay. Und dann vielleicht noch eine Frage: Die Stiko spricht von Basisimmunität durch Infektion, die ein guter Schutz sei, schützt sie aber nicht genauso wenig vor einer erneuten Erkrankung, wie es den Impfungen zugeschrieben wird. Dabei bringt eine Infektion mehr Gesundheitsrisiken mit, die die Impfung nicht hat, oder?

Thomas Mertens [00:56:03]

Ich weiß nicht, ob ich das genau verstanden habe. Beides, sowohl die Impfung wie auch die Infektion, tragen zur sogenannten Basisimmunität bei. Es gibt gute Untersuchungen, die zeigen, dass die Kombination von beidem, also die Infektion plus eine Impfung, zu einer besseren Basisimmunität bei dem Individuum führt. Das ist ein Teil der Antwort. Den anderen Teil der Frage habe ich jetzt, offen gestanden, nicht verstehen können.

Moderator [00:56:32]

Ich glaube, dass war das, worauf hinausgewollt war. Wir haben noch ein, zwei Fragen bekommen bezüglich der Dosen. Können wir die vielleicht noch einmal ganz kurz präzisieren? Bei den Kleinen sind es ja jetzt drei Dosen, bei den Erwachsenen oder bei den Mittelalten, sagen wir mal, sind es zwei. Können Sie das vielleicht noch mal ganz kurz differenzieren? Warum drei? Warum zwei?

Martin Terhardt [00:56:55] (In einer vorherigen Version dieses Transkripts stand an dieser Stelle fälschlicherweise Thomas Mertens als Sprecher. Wir bitten, den Fehler zu entschuldigen; Anm. d. Red.)

Das betrifft ja nur Comirnaty, also den BioNtech-Impfstoff. Es gibt auch von Moderna einen Spikevax-Impfstoff, der aber in Deutschland zurzeit für die kleinen Kinder nicht verfügbar ist. Und bei dem Comirnaty-Impfstoff, da sind es drei Mikrogramm, also eine separate Zubereitung des Impfstoffes pro Dosis. Und davon werden aber drei Dosen bei jedem Kind von sechs Monaten bis vier Jahren, das geimpft werden soll, empfohlen oder sind auch so zugelassen. Der erste Impfstoff wird gegeben. Dann wird drei Wochen später der zweite Impfstoff gegeben und noch mal acht Wochen nach der zweiten Impfung wird dann die dritte Impfung gegeben, und das ist dann die Grundimmunisierung. Und diese Empfehlung gilt für alle betroffenen Kinder. Es gibt derzeit keine Zusatzempfehlung für die immungeschwächten Kinder. Auch die sollen diese drei Impfungen bekommen.



Moderator [00:57:47]

Soweit ich es sehe, haben wir jetzt nicht mehr sehr viel weitere Fragen, aber wir sind auch lange schon über der Zeit. Deswegen würde ich jetzt auch schon Sie alle wieder verlassen bzw. Sie dürfen uns verlassen. Es war sehr spannend. Ich hoffe, die Journalist*innen da draußen sind zufrieden geworden mit ihren Fragen. Wenn Sie noch ein, zwei Fragen haben, die Sie dringend noch an die Experten weiterreichen wollen, schreiben Sie uns die. Vielleicht können wir dann noch einen kleinen Kontakt herstellen für ein, zwei Fragen. Das wäre sicherlich kein Problem. Und dann danke ich Ihnen allen und vor allem auch Frau Lehmann. Vielen Dank, dass Sie, obwohl Sie jetzt Ihr Hotelzimmer langsam räumen müssen, aber ich hoffe, das hat noch geklappt jetzt mit der Zeit. Sehr gerne bis bald. Und kommen Sie gut dahin, wo Sie vielleicht jetzt noch hinwollen.

Martin Terhardt [00:58:31] Vielen Dank.

Moderator [00:58:31] Danke auch. Machen Sie es gut.



press briefing

Ansprechpartner in der Redaktion

Philipp Jacobs

Redakteur 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-Pressekongress 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



science
media center
germany