



23.05.2022

## Transkript

# „Aktualisierte Stiko-Empfehlung für die COVID-19-Impfung bei 5- bis 11-jährigen“

## Experten auf dem Podium

---

- ▶ **Dr. Martin Terhardt**  
Kinder- und Jugendarzt und Mitglied der Ständigen Impfkommission (Stiko)
- ▶ **Prof. Dr. Tim Niehues**  
Chefarzt des Zentrums für Kinder- und Jugendmedizin am Helios Klinikum Krefeld
- ▶ **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
- ▶ **Annegret Burkert**  
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/aktualisierte-covid-19-impfempfehlung-fuer-5-bis-11-jaehrige>
- ▶ Falls Sie eine Audiodatei oder eine Sprecheransicht des Videomitschnitts benötigen, können Sie sich an [redaktion@sciencemediacenter.de](mailto:redaktion@sciencemediacenter.de) wenden.



## Transkript

---

### **Moderatorin [00:00:00]**

Ich bin Annegret Burkert. Ich bin Redakteurin für Medizin und Lebenswissenschaften hier am Science Media Center. Und wir wollen über die aktualisierte Impfpfempfehlung sprechen. Im November wurde der Impfstoff von Comirnaty auch für die Fünf- bis Elfjährigen von der Ema zugelassen, und im Dezember gab es dann bereits eine erste Empfehlung von der Stiko, weil ab 20. Dezember der Impfstoff auch in Deutschland verfügbar war. Eine allgemeine Impfpfempfehlung gab es zu der Zeit noch nicht, weil es einfach noch nicht ausreichend Daten gab, sondern zu diesem Zeitpunkt sprach sich die Stiko dafür aus, dass vorerkrankte Kinder diesen Impfstoff erhalten sollten und Kinder, die in einem Haushalt mit einem Risikokontakt leben. Und darüber hinaus hat sich die Stiko dafür ausgesprochen, dass alle Eltern, die gerne ihre Kinder impfen lassen würden, das machen können. Und nun gab es viele internationale Studien, und die Daten sind zusammengekommen, sodass die Stiko sich noch mal wieder zusammensetzen konnte, um die Daten zu sichten, und jetzt eine neue Empfehlung aussprechen kann. Und diese Empfehlung wird morgen veröffentlicht. Morgen um 11 Uhr wird die Pressemitteilung vom RKI online gehen mit dem dazugehörigen RKI-Bulletin, in dem die aktualisierte Fassung zu lesen sein wird. Das heißt, dieses Press Briefing heute steht unter Embargo bis morgen 11 Uhr. Und die wissenschaftliche Begründung zu der Empfehlung können Sie auf Nachfrage gerne von uns erhalten. Schreiben Sie hierfür bitte an die Adresse [redaktion@sciencemediacenter.de](mailto:redaktion@sciencemediacenter.de) eine E-Mail, und dann können wir Ihnen im Anschluss an das Press Briefing die wissenschaftliche Begründung auch zuschicken. Und wie gesagt, diese Begründung und das Press Briefing stehen unter Sperrfrist bis morgen 11 Uhr. Wenn Sie jetzt schon während des Press Briefings Fragen haben, dann stellen Sie die bitte wie gewohnt im Frage-und-Antwort-Tool, welches Sie unten finden. Und jetzt möchte ich gerne die Experten vorstellen. Das ist zum einen Dr. Martin Terhardt. Er ist Kinder- und Jugendarzt und ist Mitglied der Ständigen Impfkommision und hat an dieser aktualisierten Empfehlung mitgewirkt und wird sie uns gleich vorstellen. Darüber hinaus ist anwesend Prof. Dr. Tim Niehues. Er ist Chefarzt des Zentrums für Kinder- und Jugendmedizin am Helios-Klinikum in Krefeld. Und als Dritten im Bunde begrüße ich Prof. Dr. Reinhard Berner. Er ist Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin am Universitätsklinikum Carl Gustav Carus in Dresden, und Herr Berner ist auch externer Sachverständiger der Ständigen Impfkommision. Herr Terhardt, jetzt sind wir aber alle ganz gespannt. Was steht denn jetzt in der aktualisierten Fassung? Können Sie uns das einmal erläutern?

### **Martin Terhardt [00:02:52]**

Liebe Frau Burkert, diese technischen Probleme, die werden wir jetzt alle bewältigen. Liebe Damen und Herren, die Stiko hat ja kontinuierlich die Impfpfempfehlung für die Kinder weiterbewertet, auch nach unserer Empfehlung im Dezember, und in den letzten zwei Monaten ist das entstanden, was jetzt morgen veröffentlicht wird. Das beruht auf Daten, die halt aber auch sehr viel damit zusammenhängen, dass Omikron viel verändert hat. Bisher sollten alle Kinder mit Vorerkrankungen, die ein Risiko für schwere Verläufe von COVID-19 haben, zweimal geimpft werden, und dann auch eine Booster-Impfpfempfehlung ist ausgesprochen worden. Vor allen Dingen die Kinder mit schweren Immunerkrankungen brauchten diesen Booster. Und jetzt hat die Stiko neu entschieden, dass ab sofort oder ab morgen alle bisher nichtgeimpften Kinder auch ohne Vorerkrankungen im Alter von fünf bis elf Jahren eine einzige Impfstoffdosis des für diese Altersgruppe zugelassenen mRNA-Impfstoffs erhalten. Das ist das Comirnaty zehn Mikrogramm. Es gibt auch den Spikevax-Impfstoff mit 50 Mikrogramm, für den aber deutlich weniger Erfahrungen weltweit bestehen. Und wir empfehlen [...] präferenziell den Impfstoff von Biontech Comirnaty zehn Mikrogramm. Und diese Empfehlung gilt sowohl für die Kinder, die SARS-CoV-2 schon durchgemacht haben, in einem empfohlenen Abstand zwischen Infektion und Impfung von drei Monaten, als auch für Kinder ohne bisher nachgewiesene Infektion. Und für alle anderen bisher noch nicht geimpften Kinder mit Vorerkrankungen gilt weiterhin die bisherige Empfehlung, dass sie zweimal geimpft werden sollen und dann auch noch eine zusätzliche Auffrischimpfung brauchen. Das Ziel dieser jetzt angepassten, veränderten Impfpfempfehlung ist es, bei allen fünf- bis elfjährigen



Kindern jetzt eine möglichst gute Basisimmunität aufzubauen als Vorsorge für kommende uns noch nicht bekannte Infektionswellen und als Grundlage für weitere Antigenkontakte. Keiner kann den Verlauf der Pandemie in den nächsten Monaten vorhersagen. Es ist zu erwarten, dass neue Virusvarianten kommen. Es können aber auch bekannte Virusvarianten zurückkehren. So kann es zum Beispiel im Herbst oder Winter dazu kommen, dass wir eine höhere Infektionswelle wieder bekommen, auch mit einer eventuell höheren Krankheitslast. Dann kann die jetzt durch eine einmalige Impfung erreichte Basisimmunität dann durch eine weitere Impfung sofort noch weiteroptimiert werden, eventuell auch durch einen angepassten Impfstoff. Und wir hoffen, dass wir durch diese Impfempfehlung für alle Kinder verhindern können, dass weitere schwere Verläufe in Zukunft auch bei Nichtrisikokindern vorkommen können. Die frühzeitig aufgebaute Basisimmunität, die wir jetzt im Sommer aufbauen wollen, sorgt aber dafür, dass der Schutz der Kinder bei Bedarf ab Herbst/Winter jetzt rechtzeitig vorbereitet wird und dann eventuell mit einem relativ großen Abstand, was immunologisch sehr sinnvoll ist, durch eine zweite Impfung eventuell noch ergänzt werden kann, von der wir aber noch gar nicht genau wissen, welche das sein wird und ob wir sie überhaupt brauchen werden. Das vielleicht in Kürze das, was die Stiko sich überlegt hat.

**Moderatorin [00:06:09]**

Ja, wunderbar, vielen Dank, Herr Terhardt. Da möchte ich direkt mal als nächstes Herrn Niehues fragen: Sie haben ja auch einen Schwerpunkt in Immunologie. Wie schätzen Sie denn jetzt diese Empfehlung ein, nur eine Impfung zu geben? Reicht diese einer Impfung aus, um wirklich eine ausreichende Immunität erst mal herzustellen?

**Tim Niehues [00:06:30]**

Ja, die Immunität gegenüber SARS-CoV-2 ist ja sehr interessant. Das ist so, dass man trotz, wenn man eine Infektion gehabt hat, nicht unbedingt einen Schutz wieder gegen Infektion hat, dass aber wahrscheinlich mehrere Kontakte das Immunsystem boostern und dass es damit dann eben doch zur Immunität kommt. Eine interessante Beobachtung ist, dass wenn Kinder praktisch eine Infektion gehabt haben, also sich mit SARS-CoV-2 mal infiziert haben, dass dann als Folge, wenn man die dann impft, eine sehr hohe Antikörperantwort beobachtet wird. Das nennt man hybride Immunität, so ist das bezeichnet worden, sodass das ein bisschen dazu geführt hat, dass man gesagt hat, wenn man jetzt Kinder impft, die schon eine SARS-CoV-2-Infektion hatten, mit dem Impfstoff, dann hat man einmal die Immunität, die man natürlich gewonnen hat, plus das, was man jetzt als Impfung noch dazugibt. Und da geht man [davon] aus, dass das eine bessere Immunität gibt. Man muss aber dazu immer sagen, das sind Daten, die rein in vitro erzeugt [sind], das sind keine Daten aus Studien an Kindern, sondern es ist praktisch schon ein bisschen eine theoretische Annahme, aber die ist ganz gut belegt. Die Antikörper-Titer sind wirklich deutlich höher gewesen und sie sind neutralisierend, das heißt sie sind sehr effektiv, wenn man eine Vorinfektion hatte und dann noch mal mit der Impfung kommt.

**Moderatorin [00:07:49]**

Jetzt sprechen Sie aber von der hybriden Immunität. Den Kindern, die ja bisher das Virus noch gar nicht gesehen haben, wird ja auch nur eine Impfstoffdosis empfohlen. Wie sieht es denn da aus?

**Tim Niehues [00:08:00]**

Wir müssen davon ausgehen, dass sehr, sehr viele Kinder infiziert sind. Wir können es nicht genau sagen, aber [...] ein sehr hoher Prozentsatz an Kindern dürfte inzwischen durch die auch infektiösere Omikron-Variante infiziert sein, sodass Kinder, die gar nicht infiziert sind, das wird wahrscheinlich ein geringer Anteil sein, sodass bei den Kindern, die praktisch dann noch überhaupt keinen Kontakt mit SARS-CoV-2 hatten, wird auch die



press briefing

eine Impfung schon eine gewisse Vorimmunität liefern. Und auch das wird vor schweren Verläufen etwas schützen.

**Moderatorin [00:08:30]**

Gut, dann machen Sie mir den Übergang sehr leicht zu Herrn Berner. Schwere Verläufe, Herr Berner, bei Ihnen in Dresden sammelt die Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie die Daten zur Hospitalisierung und zu den PIMS-Fällen. Würde denn eine einfache Impfung jetzt auch bei Kindern, die noch keinen Kontakt haben, die Immunität so weit unterstützen, dass die sehr schweren Verläufe oder eventuell auch PIMS nicht mehr [auftreten]? Vielleicht können Sie noch mal ganz kurz sagen, was PIMS ist und wann das zu sehen ist.

**Reinhard Berner [00:09:04]**

Ja, wir haben ja bei den Kindern gesehen seit Beginn der Pandemie, dass die schweren Krankheitsverläufe bei an sich gesunden Kindern [...] ganz selten sind. Auch in unserem Register, das wir seit März 2020 pflegen, haben wir einen ganz kleinen Teil von Kindern, die ohne Vorerkrankung tatsächlich auf einer Intensivstation behandelt werden mussten. Daneben gibt es die Kinder, die dieses PIMS (*Pediatric Inflammatory Multisystem Syndrome; Anm. d. Red.*), was Sie angesprochen haben, erleiden. Das ist eine Erkrankung, die wenige Wochen nach einer milden Coronavirusinfektion auftreten kann, die durch hohes Fieber und eine groß angelegte Entzündungsreaktion im Körper die Kinder wirklich auch schwer krank machen kann. Was wir jetzt gesehen haben im Verlaufe der Pandemie ist schon auch, dass wir im Grunde mit Omikron [...] trotz hoher Infektionszahlen milde Verläufe gesehen haben. Und auch die PIMS-Erkrankung scheint eigentlich nach Omikron seltener aufzutreten, sodass ich glauben würde, dass der Ansatz der Stiko jetzt zu sagen, wir reagieren jetzt nicht nur auf eine unmittelbar drohende primäre Krankheitslast, das heißt, wir wollen jetzt die nächsten schweren Verläufe verhindern, sondern zu sagen [...] – und das ist ja aus meiner Sicht zu Recht auch ein Vorwurf gewesen, den die Politik sich machen muss, dass sie in die jeweilige nächste Herbst-Winter-Saison relativ unvorbereitet hineingegangen ist –, [...] das will man dieses Jahr anders machen. Man möchte den Kindern mit dieser Impfung, die für das einzelne Kind sicher einen gewissen Schutz bieten wird .... Aber man möchte die Population insgesamt davor schützen, dass sie im nächsten Winter mit vielen Erkrankungsfällen und darunter eben auch dem einen oder anderen schweren Erkrankungsfall zu kämpfen haben wird, jetzt mal ganz abgesehen – aber das ist auch wichtig – von all den sekundären Folgen der Pandemie und den Auswirkungen. Also, ich glaube, was man erreichen kann mit dieser [Immunsierung] – Professor Niehues hat es gesagt, Herr Terhardt hat es auch gesagt –, man möchte die Gruppe der Kinder sozusagen vorausschauend vorbereiten auf den kommenden Herbst.

**Moderatorin [00:11:22]**

Jetzt kommen direkt ein paar Nachfragen zu der Sache, dass es hierbei nur um eine Impfdosis geht. Wieso empfehlen Sie denn wirklich nur eine? Durch welche Studien ist das gedeckt? Erklären Sie das bitte noch mal!

**Martin Terhardt [00:11:37]**

Also, wir wissen aus den Meldedaten, die am Robert Koch-Institut gesammelt werden, dass über 50 Prozent dieser Kinder schon eine PCR-bestätigte gemeldete Erkrankung hatten in der Altersgruppe von fünf bis elf. Wir wissen darüber hinaus schon die ganze Zeit über, dass wir eine Dunkelziffer haben, von der wir annehmen müssen, dass sie fast das Doppelte ist. Das heißt, alle vernünftigen Wissenschaftler gehen davon aus, dass wir einer Durchseuchungsrate der Kinder mit dieser Infektion – bemerkt oder unbemerkt – von 70 bis 100 Prozent haben. Und wenn wir jetzt auch wissen, dass wir ja eine zusätzliche Impfung vorher schon bei Erwachsenen und Jugendlichen auch nach der Infektion empfohlen haben, um den Schutz zu verlängern und



den Schutz zu verbreitern, dann wollen wir [den] jetzt bei den Fünf- bis Elfjährigen nutzen diesen Effekt. Denn wir haben gesehen in der Literatur, teilweise auch bei kleinen Kindern, aber zum größten Teil bei Jugendlichen und Erwachsenen, dass dieser Effekt, Immunschutz durch Infektion plus Immunschutz durch Impfstoff, eine synergistische Wirkung entfaltet, dass halt verschiedene Systeme des Immunsystems verschieden gut angesprochen werden und dass das wahrscheinlich für die Zukunft, wenn andere Varianten kommen, wovon wir ja ausgehen, einen besseren Schutz bietet, als wenn man sich nur auf eine Komponente verlässt. Und bei den Kindern müssen wir davon ausgehen, im deutlichen Unterschied zu den anderen Bevölkerungsgruppen, dass sie die höchste Durchseuchungsrate haben. Und deswegen ist es vertretbar, jetzt eine Impfung zu geben, denn wir wollen damit nicht jetzt Omikron eindämmen – das schaffen wir mit dem Impfstoff nicht, dafür ist er nicht gut genug –, sondern wir wollen damit die Basis schaffen, für zukünftige Wellen eine breite Basisimmunität zu haben, die man dann bei Bedarf noch anpassen kann. Und das ist unser Ziel, wie Herr Berner das gerade gesagt hat, vorausschauend jetzt die Basisimmunität der Kinder zu verbessern.

**Moderatorin [00:13:36]**

Den 11- bis 15-Jährigen oder den älteren Kindern und Jugendlichen, denen werden ja drei Impfstoffdosen empfohlen – warum die Diskrepanz? Können Sie das mal erklären, wieso dort an der Grenze der elf Jahre von einer Impfdosis zu drei Impfdosen dieser Sprung entsteht?

**Martin Terhardt [00:13:57]**

Das kann man eigentlich nur historisch erklären. Die Jugendimpf-Empfehlung besteht ja schon jetzt fast ein Jahr. Das war ja im Sommer 2021, da gab es den Impfstoff für die kleinen Kinder ja noch gar nicht. Und da war Omikron noch nicht da. Da war Delta noch gar nicht da. Da kam erst Delta. Die ganzen verschiedenen Virusvarianten haben ja die Pandemie sehr verändert, und auch die Wirksamkeit der Impfstoffe hat sich verändert. Und wenn wir jetzt heute eine Entscheidung für die Jugendlichen treffen müssten, weil wir vorher noch keinen Impfstoff gehabt hätten, wäre die vielleicht sogar ähnlich ausgefallen. Aber zum damaligen Zeitpunkt war die Situation eine andere. Wir hatten ein etwas höheres Risiko, immer noch niedrig, von schwereren Erkrankungen als jetzt unter Omikron. Und deswegen wurden damals andere Entscheidungen gefällt. Bei den kleinen Kindern ist es so gewesen, dass halt die Krankheitslast so unvergleichlich niedriger zu allen anderen Altersgruppen war, also bei den Fünf- bis Elfjährigen, dass es sehr, sehr gute Gründe braucht, diesen Kindern diese Impfung zu empfehlen, von der wir aber zu dem Zeitpunkt damals im Dezember noch nicht genau wussten, ob sie auch Risiken in sich trägt. Das wissen wir jetzt deutlich besser. Die Komplikationen der Impfstoffe, die wir bei den größeren Jugendlichen und jungen Erwachsenen kennen hinsichtlich der Herzmuskelentzündung, sind in dieser Altersgruppe verschwindend gering, in einigen Ländern bisher gar nicht aufgetreten. In Deutschland bisher gibt es noch keinen bewiesenen Fall, dass durch Impfstoff eine Myokarditis erzeugt wurde in dieser Altersgruppe. Und insofern ist die Abwägung jetzt auch eine andere. Und das Impfziel hat sich verändert.

**Moderatorin [00:15:28]**

In den USA hat die Fda bereits dem Booster für die Fünf- bis Elfjährigen zugestimmt. Auch in Österreich, meine ich, werden zwei Impfungen plus Booster den Kindern in der gleichen Altersgruppe empfohlen. Herr Niehues, können Sie uns erklären, warum in anderen Ländern die Empfehlung so unterschiedlich ausfällt?

**Tim Niehues [00:15:49]**

Ja, die Situationen sind in den Ländern ja ganz unterschiedlich. Auch die Krankheitsversorgungssysteme sind unterschiedlich. In den USA ist die Versorgung eine andere als in Deutschland, ist eine andere als in



Österreich. Und aus diesen verschiedenen Situationen heraus werden natürlich auch unterschiedliche Empfehlungen entwickelt. Das Immunsystem der Kinder ist natürlich gleich. Allerdings muss man auch noch mal sagen, es ist halt wichtig zu verstehen, dass wir davon ausgehen, dass viele, viele Kinder Kontakt mit SARS-CoV-2 haben. Und ob man jetzt nur mit der einen Dosis boostert und die hatten vorher zwei Infektionen, eine Durchbruchinfektion oder so, oder ob man praktisch zweimal impft und einmal boostert, ist letztendlich kein großer Unterschied.

**Moderatorin [00:16:40]**

Dann gibt es noch eine Frage einer Journalistin, glaube ich. Sie fragt: Warum stützt die Stiko-Empfehlung ihre Empfehlung auf theoretische In-vitro-Daten, wenn wir aus den Zulassungsstudien ganz gute klinische Daten für die Zweifachimpfung haben?

**Martin Terhardt [00:16:54]**

Die Situation hat sich ja, wie gesagt, verändert. Wir gehen davon aus, dass der allergrößte Teil dieser Population schon infiziert ist. Und wir wissen, dass dieser Impfstoff, auch wenn man ihn zweimal gibt, bei Omikron keine so gute Wirksamkeit hat, wie er in den Zulassungsstudien gezeigt werden konnte. Da gibt es Daten zu, auch zu den Altersgruppen der Kinder aus verschiedenen Ländern, dass die Impfstoffeffektivität in Bereiche zwischen 60 und 30 Prozent sinkt, um eine jegliche Infektion zu verhindern. Die Effektivität, schwere Erkrankungen zu verhindern, ist weiterhin besser, nicht ganz so gut wie bei den Erwachsenen. Aber die Kinder, die ein Risiko haben, schwerer zu erkranken, die haben ja schon lange eine Impfempfehlung, zweimal geimpft zu werden und jetzt auch ein drittes Mal noch geboostert zu werden. Das heißt, für die Kinder mit dem höchsten Risiko – und das ist bekanntermaßen, auch bewiesenermaßen die Gruppe der vorerkrankten Kinder – existiert diese Empfehlung ja. Es geht uns jetzt um die Kinder, die kein hohes Risiko haben. Und für die ist es unter der Situation, in der wir in Deutschland sind, zu erwarten, dass fast 100 Prozent, wenn es vielleicht 90 Prozent sind – wir wissen es nicht hundertprozentig genau –, schon infiziert waren und durch eine zusätzliche Impfung eine Verbreiterung ihrer Immunität erfahren werden, die sie davor schützen sollen im Herbst und Winter, eventuell ergänzt durch eine weitere Impfung, dann noch besser geschützt zu werden. Genau für dieses Szenario kann es natürlich noch keine Studien geben. Aber wir haben viele Studien aus anderen Altersgruppen, die gezeigt haben, dass dieser hybride Immunschutz aus zwei oder drei Antigenkontakten, gemischt durch Impfung und Infektion, dass diese hybride Immunität die beste Immunität ist, die wir erreichen können. Das heißt, dass wir dann für die Zukunft besser geschützt sind, als wenn wir uns nur auf ein System verlassen.

**Moderatorin [00:18:48]**

Herr Berner, [...] man geht davon aus, genau zu wissen, dass das Kind noch keine SARS-CoV-2-Infektionen durchlebt hat, weil wir uns als Familie super viel getestet haben und häufig auch PCR-Tests gemacht wurden in Kindergarten und Schule. Würden Sie dann trotzdem nur eine Impfung empfehlen, oder ist es dann nicht sinnvoll, das Kind zweimal impfen zu lassen?

**Reinhard Berner [00:19:16]**

Also, ich kann Herrn Terhardt nur zustimmen. Ich meine, erstens, glaube ich, kann keiner von uns für sein eigenes Kind oder für sich selbst sicher sagen, dass eine Infektion bisher nicht stattgefunden hat. Dafür sind die Verläufe einfach zu unterschiedlich und zum Teil auch ohne relevante Symptome. Ich glaube, auch wenn man so vorsichtig wie möglich gewesen ist, sicher vorhersagen kann man das nicht. Das ist der eine Punkt. Der zweite Punkt, der ist wirklich wichtig, was Herr Terhardt gesagt hat: Es geht nicht darum, ein einzelnes gesundes Kind mit dieser einen Impfung vor einer jetzt kommenden schweren Infektion zu schützen, sondern



es geht darum, dass wir die Gruppe der Kinder insgesamt, deren Immunstatus sozusagen, aufbauen oder vorbereiten auf eine möglicherweise im Herbst [auftretende] neue Variante, wo auch die zweite Impfung gar nicht helfen würde [...]. Ich halte das für eine wirklich weise und kluge vorausschauende Entscheidung der Stiko zu sagen: Wir machen es anders, als auch andere Empfehlungen in der Vergangenheit in anderen Ländern gewesen sind, die aber auch in einer anderen epidemiologischen Situation und in anderer Kenntnis von Daten und mit anderen Varianten entstanden sind. [...] Wir wagen einen Blick in die Zukunft und sagen: Wir wollen die Kinder in ihrem dritten Corona-Winter so vorbereiten, dass sie möglichst sicher durch diese Zeit kommen. Und da ist auch für das bisher nicht-infizierte Kind eine Impfdosis – ein Priming, wie man sagt –, also eine Vorbereitung des Immunsystems auf eine dann im Herbst stattfindende Infektion oder eben durch einen angepassten Impfstoff zu erwartende, dann stabile Immunität.

**Moderatorin [00:21:03]**

Hier wird gefragt: Geht es denn dann wirklich um den individuellen Vorteil für das Kind, also den individuellen Vorteil durch diese Impfung, oder geht es hier eigentlich auch um den Populationsschutz – Herr Terhardt hat das Basisimmunität genannt – im Hinblick auf den Herbst?

**Reinhard Berner [00:21:18]**

Also, wenn ich das vielleicht noch ergänzen darf: Natürlich geht es auch um das individuelle Kind, aber man differenziert jetzt nicht zwischen dem Kind, das schon eine Infektion durchgemacht hat, oder [dem] Kind, das noch keine durchgemacht hat, sondern auch für das einzelne Kind, auch für das, das noch, wie Sie es geschildert hatten, noch keine Infektion hatte, ist zu erwarten, dass es von dieser einen Impfdosis individuell profitieren wird, weil es durch eine nächste entweder Impfung oder Infektion dann einen stabilen Immunstatus aufbauen wird, der es einigermaßen sicher durch die nächste Infektionswelle führen wird.

**Martin Terhardt [00:21:50]**

Das kann ich vielleicht auch noch ergänzen: Wir wissen von anderen Altersgruppen, wenn die eine Impfung bekommen haben und der Abstand zur zweiten Impfung länger wird, so wie wir das jetzt planen – wenn es eine zweite Impfung geben sollte, wird dieser Abstand ja länger, als er bisher üblich war von drei bis sechs Wochen, sondern er kann vielleicht zehn, zwölf oder mehr Wochen sein –, dass dann die Immunität nach der zweiten Impfung besser ist, wenn dieser Abstand länger ist, als wenn dieser Abstand kurz ist. Das heißt, wenn wir jetzt eine längere Pause haben zwischen dieser ersten und einer später eventuell notwendigen zweiten Impfung, dann ist das ein zusätzlicher Vorteil, weil dann die Gedächtniszellen in der Zeit [sich] vermehrt haben und dann die Immunantwort auf die zweite Impfung noch besser ist, als wenn der Abstand kurz ist. Wir haben jetzt verschiedene Vorteile, die wir auf diesem Weg erreichen können, und der zusätzliche Vorteil ist halt auch, dass das Risiko von Komplikationen am Herzen, das sowieso ja sehr gering ist in diesem Alter, auch niedriger ist, wenn der Abstand besonders groß ist.

**Moderatorin [00:22:51]**

Mit Blick aufs kindliche Immunsystem: Ich meine, dass die Daten mit dem längeren Abstand von Erwachsenen kommen. Ist das so einfach zu übertragen?

**Tim Niehues [00:23:01]**

Was das Immunsystem des Kindes angeht, muss man ja sagen, dass das eigentlich insgesamt sehr gut funktioniert. Die Kinder haben eine Thymusdrüse noch so im vorderen Mediastinum, also im Brustkorb drin, die gut funktioniert. Und jede Boosterung wird die Immunität da besser machen mit dem Abstand. Wie lange



die Impfungen voneinander entfernt sind, das sind Daten, wie Sie richtig sagen, die von Erwachsenen sind, die nicht von Kindern sind. Es ist aber nicht zu erwarten, dass das jetzt im Kindesalter so viel anders ist. Man [kann mit einer] etwas weiter entfernten Boosterung entweder durch eine Durchbruchinfektion, durch eine richtige Infektion oder durch eine Impfung ein sehr gutes Boostern des Immunsystems erreichen. Es kann keiner sagen, ob man das nach acht Wochen machen muss, nach zwölf Wochen oder nach achtzehn. Es gibt da keine guten Daten für, es ist auch schwierig, eine klinische Studie dazu zu machen, aber der weite Abstand, so wie er jetzt gewählt wird, wird auf jeden Fall natürlich dazu führen, dass sowohl die Antworten, was die Antikörperproduktion angeht, als auch was die T-Zellen angeht, die ganz wichtig sind, die in der Diskussion immer eine untergeordnete Rolle spielen, aber diese T-Lymphozyten, die sind auch ganz wichtig, dass die auch noch mal sozusagen gekitzelt werden und dann das Immunsystem noch mal mit dem Erreger in Kontakt tritt, dann wird diese Antwort in den Schleimhäuten noch viel besser sein, als wenn praktisch nur einmal die Infektion stattgefunden hat oder nur einmal kurz ein Booster war.

**Moderatorin [00:24:25]**

Hier kommt noch eine Frage mit ein bisschen Ausblick in den Herbst, und zwar: Welche Empfehlung gibt es im Hinblick auf den Herbst für doppelt geimpfte Kinder, die bislang noch keinen Kontakt mit dem Virus hatten?

**Martin Terhardt [00:24:38]**

Ja, wenn das keine Risikokinder sind, würde ich denen genauso raten abzuwarten wie den Kindern, die jetzt einmal geimpft werden. Wir werden im Herbst wissen, wie es weitergeht, oder wir werden im Spätsommer vielleicht wissen, wie es im Herbst weiterzugehen hat. Und ich denke, Kinder, die bis jetzt zweimal geimpft worden sind, sind genauso zu behandeln wie Kinder, die jetzt einmal geimpft werden.

**Moderatorin [00:24:58]**

Und nach welchen Kriterien würde dann eine zweite Impfung oder dann vielleicht eventuell sogar eine dritte Impfung im Herbst empfohlen werden?

**Martin Terhardt [00:25:08]**

Das hängt ja von vielen Sachen ab. Das hängt von der Epidemiologie der dann vorherrschenden Varianten ab. Das hängt von der Wirksamkeit der Impfstoffe ab. Das hängt von der Impfabzeptanz ab, die wir jetzt bei der ersten Impfung, die wir jetzt ja aussprechen diese Impfeempfehlung, ja auch erst mal abwarten müssen. Und ich hoffe, dass diese Akzeptanz gut wird. Da arbeiten wir ja heute dran. Und diese vielen Gesichtspunkte, die es da zu berücksichtigen gilt, die wird die Stiko sorgfältig beobachten und auch beraten. Aber das Lesen in die Zukunft [ist wie] in einer Glaskugel [lesen]. Und das können wir jetzt noch gar nicht alles wissen, was uns in den nächsten zwei, drei Monaten beschäftigen wird.

**Reinhard Berner [00:25:46]**

Ja, wenn ich das trotzdem gerade noch kurz ergänzen darf: Also, ich glaube, was wir schon wissen, ist, was Herr Niehues vorhin gesagt hat, dass diese hybride Immunität, das heißt also auch der Wechsel von einer Variante zur nächsten auf der Basis einer Grundimmunität sehr viel wirksamer und stabiler ist, als wenn das auf noch keiner Immunität beruht. Das heißt also, egal was für eine Variante, also nicht egal ... Aber wenn die Varianten im Rahmen von dem sich bewegen werden, was wir in der Vergangenheit an Variationen hatten, dann wird es mit dieser Grundimmunisierung gelingen, relativ schnell einen effektiven Immunschutz aufzubauen.





**Tim Niehues [00:26:25]**

Ich würde da auch gerne noch mal ergänzen: Es ist halt extrem wichtig, dass die Pandemie sozusagen länger dauert, weil dann die Anzahl der Boosterungen für das Immunsystem automatisch zunimmt. Ein Grund, warum die Omikron-Variante so viel besser verläuft als die anderen Varianten vorher, ist eben auch dieser Booster-Effekt. Das hat gar nichts mit der Variante selber zu tun – auch, aber nicht nur, sondern auch mit dem Immunsystem, was mehrfach inzwischen schon Kontakt hatte bei den allermeisten Kindern und dann dazu führt, dass die Varianten nicht mehr viel ausrichten können.

**Moderatorin [00:27:00]**

Am Ende in der Empfehlung lassen Sie ja offen, dass man im Frühherbst noch mal mit längerem Abstand dann eventuell eine zweite Dosis empfiehlt und auch in Abhängigkeit von der dann zirkulierenden Variante. Ich habe mich gefragt, ist das nicht ein bisschen verwirrend, wenn die Stiko ihre Empfehlungen immer wieder aktualisiert? Wäre es nicht auch mal gut für die Eltern, dass sie wissen, woran sie sind, jetzt mal endgültig eine Empfehlung auszusprechen?

**Martin Terhardt [00:27:25]**

Das wäre auch für die Stiko gut, wenn es so einfach wäre. Aber so einfach ist es eben nicht. Wir haben Pandemie. Die anderen Impfempfehlungen, die wir aussprechen, da können wir das alles sehr gut berechnen und epidemiologisch begründen, wie wir unsere Entscheidung zu fällen haben. Aber in einer Situation, in der wir jetzt sind, gibt es kein Beispiel, es gibt keine Blaupause. Wir können nicht von irgendwelchen bestehenden Plänen unsere Entscheidungen abhängig machen. Wir müssen von Monat zu Monat entscheiden. Sie können sich vorstellen, das war für uns auch als Stiko eine sehr neue und sehr anstrengende Erfahrung, dass man praktisch nie wusste, was in den nächsten Wochen kommt. Wir haben uns wöchentlich getroffen. Wir haben uns jetzt zum ersten Mal einen längeren Abstand gegönnt. Und das wird aber so weitergehen. Und da müssen wir ja alle mit leben, nicht nur die Stiko, sondern auch die Journalisten und erst recht die Bevölkerung und leider auch die Politik, dass wir uns nicht auf alles sofort hundertprozentig genau vorbereiten können. Und ich finde es auch nicht verkehrt, was Herr Lauterbach jetzt gemacht hat, dass er drei verschiedene Impfstoffe für die Zukunft einkauft, wo wir noch gar nicht genau wissen, welcher davon dann der beste sein wird. Aber wir haben schon mal dafür gesorgt, dass wir die haben werden. Und so ähnlich gehen wir jetzt auch vor.

**Moderatorin [00:28:33]**

Und kann man denn dann nicht vielleicht auch direkt davon sprechen, also von zwei Impfungen sprechen und anzukündigen, dass die zweite Impfung dann halt mit einem längeren Abstand kommt oder erst im Herbst? Oder was würde denn davon abhalten, eine zweite Impfung überhaupt zu geben? Herr Berner.

**Reinhard Berner [00:28:51]**

Ich meine, wenn weiter Omikron, was jetzt eher unwahrscheinlich ist, das Spiel bestimmen wird, wüsste ich jetzt keinen Grund, warum man im Herbst eine zweite Impfung geben sollte. Wenn wir also das beste Szenario sozusagen uns vorstellen, also im Grunde eine abgeschwächte Variante, viele haben die Infektion schon durchgemacht, gäbe es aus meiner Sicht jetzt keinen Grund, im Herbst eine zweite Impfung zu machen. Herr Niehues hat es auch schon gesagt: Die Pandemie muss lange genug andauern, es [müssen] immer wieder Kontakte mit diesem Antigen stattfinden, um in der Bevölkerung insgesamt populationsbezogen eine ausreichende Immunität zu haben, die uns dann auch mit ein bisschen Gelassenheit und ein bisschen



Entspanntheit auch in die nächsten Jahre hineingehen lassen wird. Und insofern ist es in jedem Fall richtig, diese Entscheidung jetzt heute so zu treffen, selbst wenn wir keine zweite Impfung im Herbst geben.

**Moderatorin [00:29:50]**

Wollen Sie noch etwas ergänzen, Herr Terhardt?

**Martin Terhardt [00:29:53]**

Nein, das war alles perfekt.

**Moderatorin [00:29:55]**

Man würde die Stiko dann prüfen, ob ein neuerer Impfstoff Sinn macht. Und käme die Empfehlung dann wirklich rechtzeitig vor dem Winter? Bei den ersten Impfstoffen hat die Stiko ja sehr lange geprüft und auch noch Studien abgewartet, bevor Sie die Empfehlung ausgesprochen haben.

**Martin Terhardt [00:30:10]**

Das sind jetzt sehr viele Konjunktive, die ich dazu anbringen muss, weil wir noch keinen angepassten Impfstoff haben, der zugelassen ist, auch noch nicht für diese Altersgruppe. Es gibt verschiedene Modelle der verschiedenen Hersteller, es gibt bivalente Impfstoffe, es gibt verschiedene Mischungen von zwei Komponenten in den Impfstoffen, es gibt an Omikron angepasste Impfstoffe, die in der Entwicklung sind und in Phase-III-Studien kurz vor dem Zulassungsantrag stehen. Das wissen wir alles noch nicht so genau und das ist auch sehr schwer zu berechnen und mit Daten zu belegen. Da muss sehr viel modelliert werden und da kann gar nicht so sehr viel auf Studiendaten [bezogen werden], außer, dass es in einer bestimmten Studiengruppe irgendwie wirksam war. Zu dem Zeitpunkt, wo der Impfstoff dann in den Markt kommt, hat sich vielleicht schon wieder so viel geändert. Das wird auch in der Zukunft ein schwieriges Feld bleiben, diese Entscheidung zu fällen. Da muss viel abgewogen werden. Wir versuchen ja immer, so evidenzbasiert zu arbeiten, wie es irgendwie geht, aber das ist in einer Pandemie nicht immer einfach und das wird auch in den nächsten Monaten nicht einfach sein. Aber wir werden kontinuierlich weltweit beobachten, was passiert und weltweit auch gucken, was mit der Impfstoffwirksamkeit passiert und werden in Deutschland auf die Krankheitslast gucken. Wir müssen in Deutschland im Unterschied zu den USA auch immer unsere Krankheitslast sehen und die ist ganz anders als in den USA. In den USA haben sie jetzt entschieden zu boostern, weil die wesentlich mehr schwere Verläufe in dieser Altersgruppe haben als wir. Das hat viele verschiedene Gründe, die hat Herr Niehues ja schon benannt, das ist so und das ja auch vorher schon so. Wir haben eine andere Situation, wir müssen deswegen auch immer angepasst entscheiden.

**Moderatorin [00:31:48]**

Herr Niehues, zur Prävention. Wissen Sie, ob die Impfung auch vor Long Covid-Symptomen auch bei Kindern schützen kann?

**Tim Niehues [00:31:57]**

Dazu gibt es keine Daten. Es ist ohnehin schwierig, eine gute Case Definition, also eine Falldefinition für Long Covid zu machen. Ob wir mit der Impfung einen Einfluss auf Long Covid haben – bisher kenne ich keine guten Studiendaten, die das belegen können.



**Moderatorin [00:32:17]**

Jetzt kam nochmal eine Nachfrage zum Drei-Monats-Abstand. Sie haben anfangs gesprochen von drei Monaten Abstand zu einer Infektion, gehen aber zeitgleich von einer hohen Dunkelziffer aus. Wie hoch ist das Risiko, das unbemerkt bei vielen Kindern zu nah an der Infektion geimpft wird und was wäre denn dann die Folge?

**Martin Terhardt [00:32:38]**

Wir empfehlen diesen Drei-Monats-Abstand immer dann, wenn der Infektionszeitpunkt ganz genau bekannt ist. Wenn der nicht bekannt ist, dann haben wir bei den Erwachsenen die Möglichkeit, wenn das dann unbedingt gemacht werden möchte, eine Serologie zu bestimmen und vier Wochen nach der Serologie dann abzuwarten, um den Mindestabstand zu haben. Das machen wir aber bei Kindern nicht, weil wir auch nicht wollen, dass bei den Kindern jetzt deswegen Blut abgenommen wird, sondern wir wollen, dass das bei allen Kindern, die bisher gar nicht geimpft sind, einmal geimpft wird. Angenommen, die haben jetzt vor zwei Monaten ihre Infektion gehabt, dann kann es sein, dass dieser Booster-Effekt, diese Erhöhung der Basisimmunität quantitativ nicht so groß ausfällt, als wenn es drei Monate wären, aber es wird trotzdem einen Booster-Effekt geben. Optimal ist, wenn es bekannt ist und wenn man dann drei Monate Mindestabstand einhält, aber das ist nicht Bedingung.

**Moderatorin [00:33:34]**

Herr Berner oder Herr Niehues, haben Sie [Erfahrung damit, was passiert] wenn die Impfung und die Infektion zusammenfällt, kann das auch Nachteile mit sich bringen?

**Reinhard Berner [00:33:44]**

Ich weiß nicht, ob man das so ganz konkret beantworten kann. In unserem Register ist das nicht als ein Faktor aufgetaucht, der Krankheitsschwere verschlechtert oder verschärft hätte. Ich glaube da auch nicht dran, Herr Terhardt hat es gesagt, das Schlimmste, was passieren kann, ist, dass wenn die Impfung zu früh nach einer Infektion kommt, dass der Booster-Effekt nicht so ausgeprägt ist, als wenn man den Abstand gehabt hätte. Aber das ist aus meiner Sicht nachdem, was wir an Meldungen haben, das einzige Risiko, das man eingeht, wenn das denn ein Risiko ist.

**Moderatorin [00:34:23]**

Hätte es denn Nachteile, wenn sich Eltern dafür entscheiden, ihre Fünf- bis Elfjährigen nach dem zugelassenen Impfschema impfen zu lassen? Sie haben ja schon gesagt: Je länger der Abstand, umso höher ist die Impfwirkung. Gibt es eventuell noch andere Nachteile?

**Martin Terhardt [00:34:40]**

Es würde nur ein ganz geringer Zusatzvorteil sein, wenn das Kind jetzt zweimal geimpft würde. Wir würden aber davor warnen, dass die Eltern dann denken würden, dass ihr Kind dann besser geschützt wäre, als wenn es nur einmal geimpft ist. Der Schutz lässt in jedem Fall auch nach zwei Impfungen nach und nach einer Impfung ohne Infektionen in der Zwischenzeit oder danach lässt er auch nach. Der zusätzliche Vorteil einer zweiten Impfung ist zu vernachlässigen. Insofern empfehlen wir diese im Moment nicht, sondern bitten da abzuwarten. Aber die Möglichkeit bestand ja bisher auch schon und ungefähr 22 Prozent der Kinder in dieser Altersgruppe in Deutschland sind zweimal geimpft und wir gehen davon aus, dass wir nur ungefähr zehn Prozent haben, die die Indikationen eines Risikokindes erfüllt haben. Wir haben jetzt einen



Sättigungseffekt erreicht. Das heißt, viele Eltern sind jetzt nicht mehr gekommen, die diese Impfung gefordert haben. Wir erwarten, dass sich diese Situation jetzt durch diese angepasste, neue aktualisierte Empfehlung wieder verändern wird, und wünschen uns sehr, dass es in den Kinderarztpraxen jetzt auch wieder möglich gemacht wird, dass diese Impfung angeboten wird. Das ist ja durchaus eine Herausforderung. Ein Impfstoffflasche enthält zehn Impfstoffdosen. Das heißt, die Kinderärzte müssen in ihren Praxen organisieren, dass zehn Kinder möglichst an einem Impftag, Impfvormittag oder Impfnachmittag auch kommen. Das ist in den nächsten Monaten eine Herausforderung für die Kinder- und Jugendarztpraxen. Aber es ist auch eine Impfung weniger und ich halte es für gut schaffbar, jetzt im Sommer den Großteil der Kinder, für die das jetzt empfohlen wird und die das hoffentlich auch in Anspruch nehmen, zu impfen.

**Moderatorin [00:36:21]**

Da es relativ aktuell ist, obwohl es nicht hundertprozentig reinpasst: Es geht um den Impfstoff für die noch kleineren Kinder. Biontech hat heute bekanntgegeben, dass bei den unter Fünfjährigen drei Impfstoffdosen von dem Comirnaty-Impfstoff gegeben werden sollen und jetzt wird gefragt, wie das zusammenpasst. Können Sie dazu schon was sagen?

**Martin Terhardt [00:36:47]**

In den Impfstoffstudien von Comirnaty mit drei Mikrogramm, also ein Zehntel der Dosis des Erwachsenen-Impfstoffes, ist festgestellt worden, dass zwei Impfungen überhaupt nicht ausreichend waren, vor allem in der Altersgruppe zwei bis vier Jahre. Deswegen wurde die Studie auf ein Drei-Dosis-Impfschema geändert, weil sonst gar keine vernünftige Wirksamkeit erzielt werden konnte. Diese Zulassungsstudie hat ja nichts mit unserer Empfehlung zu tun. Zulassungsstudien finden so statt, dass ein bestimmtes Impfkonzzept geprüft wird, nachdem dann Ergebnisse erzielt werden können. Da hat sich in dieser Altersgruppe gezeigt, dass zwei Dosen alleine nicht so guten Schutz bieten, wie die zwei Dosen bei älteren Kindern und deswegen ist es erweitert worden. Ich habe sogar gelesen, dass bei den Zwei- bis Vierjährigen eventuell sogar auch an die Dosis von zehn Mikrogramm gedacht wird, dass man davon ausgeht, dass bei den sechs Monate bis zwei Jahre alten Kindern diese Dosis mit drei Mikrogramm ausreichend ist, aber darüber nicht. Aber ich glaube, die Studien sind noch nicht alle beendet, das sind sicherlich Zwischenmitteilungen. Wir werden sehen, was die Fda, die Food and Drug Administration, als erstes dazu sagt, mehr weiß ich allerdings auch noch nicht dazu.

**Moderatorin [00:37:55]**

Herr Niehues, in die gleiche Richtung. In dem Spikevax-Impfstoff ist ja mehr mRNA enthalten. Denken Sie, dass es vielleicht auch zu einer besseren Immunität führt, wenn man das Kind dann einfach mit Spikevax impft anstatt mit Comirnaty?

**Tim Niehues [00:38:13]**

Das kann ich ohne klinische Daten nicht sagen. Da bedarf es der Kenntnis der Daten aus den Studien, um das beurteilen zu können. In die Immunität fließen so viele Dinge ein, das ist nicht nur die Dosis, sondern es kommt darauf an, wie man es spritzt, welche Bestandteile noch darin sind und so weiter. Das ist sehr schwer vorherzusagen.

**Martin Terhardt [00:38:35]**

Wir haben als Stiko die Zulassungsdaten, die eingereicht worden sind, gesehen und bewertet. Die Wirksamkeit ist vergleichbar mit zehn Mikrogramm Impfstoff Comirnaty. Die Sicherheitsdaten, die aus der Zulassungsstudie bekannt sind, sind auch vergleichbar. Aber dieser Impfstoff ist weltweit noch viel geringer



verimpft worden als Comirnaty, insofern haben wir noch keinerlei Erfahrung, was die seltenen unerwünschten Ereignisse, also die schweren Impfkomplicationen angeht, was wir bei Comirnaty zehn Mikrogramm ja schon besser wissen. Aber der Impfstoff ist auch von der Ema, der European Medicines Agency, zugelassen worden und kann geimpft werden. Aber da ist das praktische Problem, von dem ich gesprochen habe, noch viel größer. In einer Impfflasche sind 20 Impf[dosen] drin, das heißt, da muss ein Kinder- und Jugendarzt in seiner Praxis möglichst 20 Kinder an einem Tag impfen. Das wird mit diesem Impfstoff sicherlich auch ein bisschen schwieriger sein als mit dem Comirnaty-Impfstoff.

**Moderatorin [00:39:30]**

Wir nähern uns dem Ende. Hier wird gefragt, wird das die Eltern nicht völlig verwirren: Ganz kleine Kinder sollen drei Dosen bekommen, Fünf- bis Elfjährige nur eine Dosis, ab zwölf Jahren, dann wieder zwei Dosen.

**Martin Terhardt [00:39:58]**

Das mit den ganz kleinen Kindern sollte man bitte erst mal wieder vergessen. Der Impfstoff ist noch nicht zugelassen, es gibt noch keine Stiko-Empfehlung dazu und wir müssen das erst beraten. Darum geht es jetzt überhaupt nicht. Es geht jetzt wirklich um die andere Altersgruppe und da ist jetzt die Stiko-Empfehlung, einmal zu impfen. Für die kleinen Kinder würde ich alle Journalisten bitten: Vertagen Sie das Thema noch einmal, da müssen wir die Datenlage besser beurteilen können.

**Moderatorin [00:40:25]**

Gut. Dann möchte ich langsam zum Abschluss kommen und möchte Sie alle drei bitten, die wichtigsten Punkte noch einmal herauszukristallisieren und dann auch noch einmal klarzustellen, welche Motivation die Eltern haben sollten, jetzt ihre Kinder auf jeden Fall nach der Empfehlung impfen zu lassen. Ich beginne mit Ihnen, Herr Berner.

**Reinhard Berner [00:40:50]**

Um den anderen noch etwas übrig zu lassen, will ich nur ein einen Satz sagen. Ich glaube, man muss einfach verstehen, dass diese Impfung und diese Impfempfehlung als Vorbereitung auf den kommenden Herbst und Winter gedacht ist. So ist es angelegt, so ist es gedacht und so ist es aus meiner Sicht auch sinnvoll. Ich sage auch das noch einmal: Die Kinder gehen in den dritten Winter einer Corona-Pandemie. Wir müssen alles dafür tun, dass wir sie besser als die letzten beiden Winter durch diese Saison bringen. Dafür sind alle Anstrengungen notwendig und dazu gehört jetzt auch diese [Empfehlung]. Ich finde es nicht so kompliziert. Fünf- bis Elfjährige, die noch nicht geimpft sind, sollen jetzt eine Impfung erhalten. Einfacher geht es eigentlich nicht.

**Moderatorin [00:41:35]**

Herr Niehues.

**Tim Niehues [00:41:37]**

Jede Boosterung, jede Reinfektion, jede Infektion hilft dem Immunsystem. Die Pandemie hat gezeigt, dass mit der Dauer der Pandemie die Immunitätslage besser wird. Eine solche Impfung ist aufgrund des sehr guten Sicherheitsprofils der Impfung eine Stärkung des Immunsystems und deswegen würde ich sie den Eltern



empfehlen. So wie ich mich selber boostern lasse, würde ich das auch den Eltern empfehlen, dass man das bei den Kindern machen kann und dass das die Immunitätslage wahrscheinlich insgesamt verbessert.

**Moderatorin [00:42:14]**

Herr Terhardt, bevor wir zu Ihrer abschließenden Empfehlung kommen, eine Frage, die hier wirklich wiederholt gestellt wurde, ist die Frage nach der Kommunikation in der Stiko. Waren sich die Stiko-Mitglieder alle einig, gab es viele Gegenstimmen, wie schwer war es zu dieser Entscheidung zu kommen?

**Martin Terhardt [00:42:30]**

Es hat etwas länger gebraucht. Wir haben auch hin und her entschieden, weil wir die Datenlage kontinuierlich bewertet haben. Aber es gab jetzt bei der letzten Entscheidung, so viel kann ich sagen, keine Gegenstimme. Aber es war ein langer Weg, weil die Datenlage dazu ja wirklich nicht so zufriedenstellend ist, wie das bei anderen Situationen war, weil es für diese Altersgruppe noch nicht so viele Daten gibt und weil das eine sehr ungewöhnliche Entscheidung ist, die wir jetzt getroffen haben. Ich kann da mein Schlusswort ergänzend anschließen. Ich denke, das ist ein sehr ernst gemeintes und sehr verantwortungsvoll ausgesprochenes Angebot, das wir den Eltern machen, ihre Fünf- bis Elfjährigen jetzt für die Zukunft noch besser zu schützen, die sowieso schon genug erleben mussten – sowohl die Eltern als auch erst recht die Kinder. Wir können uns nur vorstellen, dass wir durch diese einmalige Impfung den Kindern, die zum allergrößten Teil jetzt schon [Kontakt zu dem Virus hatten] oder in den nächsten Wochen oder Monaten Kontakt zu dem Virus haben werden, eine bessere Immunität, die sogenannte hybride Basisimmunität vermitteln können, die einen guten Schutz für die weiteren Verläufe, die wir zu erwarten haben, bietet und eventuell durch eine weitere Impfung später noch einmal ergänzt werden kann. Aber jetzt erst mal das Angebot bitte prüfen und bestenfalls auch annehmen: Einmal impfen.

**Moderatorin [00:43:51]**

Vielen Dank. Ich entschuldige mich erst noch einmal für die technischen Probleme am Anfang. Ich danke den Experten, dass Sie zumindest stabile Kamera- und Internetsysteme hatten und die vielen Fragen beantwortet haben. Ich möchte Sie noch mal daran erinnern, dass dieses Press Briefing unter Sperrfrist ist. Sie können ab morgen, 11 Uhr am Vormittag, über dieses Thema berichten. Dann wird auch die offizielle Pressemitteilung online gehen. Auf Nachfrage können Sie von uns auch die wissenschaftliche Begründung von der Ständigen Impfkommision erhalten. Hierfür schicken Sie bitte eine E-Mail an [redaktion@sciencemediacenter.de](mailto:redaktion@sciencemediacenter.de). Morgen um 11 Uhr wird dann auch das Transkript fertig sein und das Video wird auch auf unserer Website zur Verfügung stehen. Ich danke Ihnen vielmals für die vielen Fragen. Ich hoffe, es konnte so weit alles gut geklärt werden. Danke noch mal an die Experten und ich wünsche Ihnen einen schönen Nachmittag. Vielen Dank. Auf Wiedersehen.



press briefing

## Ansprechpartnerin in der Redaktion

### **Annegret Burkert**

Redakteurin für Medizin und Lebenswissenschaften

Telefon +49 221 8888 25-0

E-Mail [redaktion@sciencemediacenter.de](mailto: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](http://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

