

COVID-19 Zwischenbilanz: Was haben wir gelernt?

Mitte Februar 2022 berichten die Zeitungen von einer Umfrage des Forsa-Instituts zur Frage der Kinder-(Un-)Freundlichkeit Deutschlands. Zwei Drittel betrachteten unser Land als eher unfreundlich zu Kindern. Auch der Präsident des Kinderhilfswerks sieht die Interessen der Kinder zu häufig übergangen. Mit Blick auch auf die deutsche Politik zur COVID-19 Pandemie werden diese Einschätzungen von pädiatrischer Seite geteilt. Nun haben die für den Umgang mit der Pandemie verantwortlichen Politiker und Interessenvertreter ihrerseits Gründe für ihre Entscheidungen angeführt und sie weisen den Vorwurf der Kinderfeindlichkeit zurück. Deshalb ist es im dritten Corona-Jahr an der Zeit für eine Zwischenbilanz, um für die Zukunft besser entscheiden zu können. Es geht immerhin um Gesundheit und Schicksal von bis zu 15 Millionen Kindern und Jugendlichen.



Prof. Dr. med.
Hans-Iko Huppertz¹



Prof. Dr. med.
Karl-Heinz Wehkamp²

Hat man sich in Deutschland hinreichend in die Situation von Kindern und Jugendlichen versetzt? Ist man ausreichend von ihren Interessen ausgegangen? Wurden Vor- und Nachteile der politischen Entscheidungen und ihrer Auswirkungen genügend eruiert? Wurden die Wünsche von Kindern erfragt, wurden sie erfüllt? Wurde ihr „best interest“ im Sinne der UN-Kinderrechtskonvention zum Maßstab genommen? Wurden die Auswirkungen auf das Leben der Kinder und Jugendlichen und ihrer Familien im Sinne eines Monitorings beobachtet, erforscht und berücksichtigt?

Die aufgeworfenen Fragen muss man aus unserer Sicht alle verneinen! Eher muss man annehmen, dass bei der Abwägung von Pro und Contra der Entscheidungen die Kinderrechte nicht berücksichtigt und die Schäden unterschätzt wurden, die durch die Schließung von Schulen und Kitas, von Spiel- und Sportplätzen, durch Kontaktverbote mit Freunden, durch anlassloses Testen und Quarantänemaßnahmen sowie durch das Einschließen in oft sehr kleinen Wohnungen entstehen können und inzwischen nachweislich entstanden sind. Bedeutung und Gewicht dieser Maßnahmen für die Lebensqualität, Befindlichkeit und gesundheitliche Entwicklung der Kinder und Jugendlichen waren entweder nicht genügend bekannt oder sie wurden in ihrem Stellenwert unterschätzt. Umgekehrt wurden die positiven Effekte der Maßnahmen in Bezug auf die Ausbreitung der Pandemie überschätzt. In einem am 19.2.2022 in der FAZ abgedruckten Beitrag erklärt der Bundesgesundheits-

minister mit Bezug auf den ExpertInnenrat, der Schutz der Kinder vor der Erkrankung rechtfertigt auch weiterhin Masken, Testungen und Quarantäne. Es finden sich aber leider keine Hinweise auf die negativen Effekte dieser Maßnahmen und keine Überlegungen im Sinne von Abwägungen. Also selbst im dritten Jahr der Pandemie vermissen wir immer noch die Berücksichtigung der Bedürfnisse der Kinder.

Während die Verbände der Kinder- und Jugendärzte einen Kurswechsel forderten, Kinder für kaum gefährdet halten und eine Konzentration auf den Schutz vor schweren Verläufen für angemessen halten, orientierten sich ranghohe Politiker an den Prognosen von Epidemiologen und Mathematikern. Die Erfahrung der Kinderärzte, ergänzt durch epidemiologische und klinische Studien und Register, wurde entsprechend abgewertet. Somit scheint die getroffene Auswahl der zur Beratung bevorzugten Wissenschaften entscheidend dazu beizutragen, vitale Interessen von Kindern und Jugendlichen zu übergehen, und ist auch wissenschaftlich nicht zu begründen.

Eine bessere Datenlage ermöglicht uns heute einen klareren Blick auf das Thema COVID-19 und Kinder/Jugendliche.

Sind Kinder und Jugendliche besonders gefährdet durch SARS-CoV-2 und seine Varianten?

In der Pädiatrie ist sehr gut gezeigt, dass Kinder selten schwer erkranken. Es gab sehr selten Sterbefälle, fast nie ohne andere schwere Grunderkrankungen. Auch fanden sich Fälle von an COVID-19

- 1 Prof. Dr. med. Hans-Iko Huppertz, Schwachhauser Heerstr. 163a, 28211 Bremen, hihuppertz@hotmail.de
- 2 Prof. Dr. med. Karl-Heinz Wehkamp, Universität Bremen, SOCIUM Research Center on Inequality and Social Policy, Mary-Somerville-Straße 3, 28359 Bremen, karl.wehkamp@uni-bremen.de

erkrankten Kindern nur sehr selten auf Intensivstationen. Nach den vorliegenden Daten der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI) und des RKI wird deutlich, dass die Sterbefälle von Kindern meist nicht auf SARS-CoV-2 zurückzuführen sind, dass sie also zwar mit, aber nicht an SARS-CoV-2 verstorben sind.

Berichte, die scheinbar einen hohen Schutzbedarf der Kinder nahelegten, haben sich bei näherer Betrachtung als wenig aussagekräftig erwiesen. Wir wurden aufgeschreckt, weil in England die pädiatrischen Corona-Stationen überbelegt waren. Als Grund erwiesen sich dann aber nicht schwere Fälle von COVID-19, sondern der Umstand, dass alle Kinder, die in Kinderkliniken aufgenommen wurden, auch auf SARS-CoV-2 getestet worden waren. Bei hoher Inzidenz in der Region war der regelmäßig vor der Aufnahme bei allen Kindern jedweder Diagnose durchgeführte Test auf SARS-CoV-2 ebenfalls häufig positiv, so dass diese Kinder mit z.B. Fraktur, Appendizitis oder Juveniler Idiopathischer Arthritis auf die Infektions-Station aufgenommen wurden, ein typisches, mehrfach wiederholtes Missverständnis. Nicht weil sie COVID-19 hatten, sondern SARS-CoV-2 positiv waren, durften sie nicht auf normale Stationen gelegt werden.

Richtig ist, dass auch Kinder selten schwer an COVID-19 erkranken können, selbst wenn keine Risikofaktoren bekannt sind. Kinder, meist zwischen 5 und 10 Jahren, können einige Wochen nach der Infektion mit SARS-CoV-2 das hoch entzündliche Syndrom PIMS (Pediatric inflammatory multisystem syndrome) bekommen, eine schwere Erkrankung, deren Häufigkeit auf 1 Fall pro 4.000 Infektionen geschätzt wurde. Das hochentzündliche, potenziell lebensbedrohliche Krankheitsgeschehen ist eine neue Differentialdiagnose des Fiebers ungeklärter Ursache und kann zu bleibenden Schäden wie Koronararterienaneurysmen führen. Bei rechtzeitiger Diagnose ist es mit Intensivtherapie, Immunglobulinen und Glukokortikoiden gut behandelbar. Zudem scheinen die Delta- und Omikron-Varianten deutlich seltener mit PIMS assoziiert zu sein als die früheren Varianten.

Auch „Long COVID“ (LC), also persistierende Beschwerden nach der Infektion mit SARS-CoV-2, wird als Gefahr für Kinder angeführt. Bis heute ist aber immer noch unklar, wie man die Krankheitserscheinungen mit Fatigue, Kopfschmerzen und

vielen weiteren Beschwerden bei Kindern definiert und wie man es von Post-Lockdown Erkrankungen unterscheidet. Eine Arbeitsgruppe mehrerer pädiatrischer Gesellschaften wird sich des Themas annehmen. Die erhöhte Rate von Ketoazidosen wird auf in der Pandemie verspätete Diagnostik bei auf Typ-1-Diabetes hinweisender Symptomatik zurückgeführt. Unklar ist noch, warum während der Pandemie und ihren Infektionswellen signifikant mehr Kinder an Typ-1-Diabetes erkrankt sind.

Welche Rolle haben PIMS und LC bei den politischen Entscheidungen gespielt? Selbst wenn nicht explizit erwähnt schwang das immer mit, als „ungeklärte Gefahren, die für Schulschließung sprechen“. Daraus abgeleitete Argumente von einigen Eltern und Schülervertretern, es sei zu gefährlich in die Schule zu gehen, sind aus klinisch-pädiatrischer Sicht unbegründet. Vielmehr ist es für die meisten Kinder und Jugendlichen gefährlicher, nicht zur Schule zu gehen.

Sind Kinder und Jugendliche Multiplikatoren von SARS-CoV-2, sind sie eine Gefahr für andere?

Kinder und Jugendliche können sich infizieren und das Virus weitergeben. Unter den Varianten Alpha und Delta waren Kinder seltener als Erwachsene in Ausbrüche verwickelt. Das hat sich unter Omikron vermutlich angeglichen, d.h. Kinder verbreiten SARS-CoV-2 nicht stärker als andere Altersgruppen. Ihre Betreuer wie Erzieher und Lehrer haben keine erhöhten Infektionsraten im Vergleich zu ihrer Altersgruppe. Zudem können sich diese Betreuer durch Impfungen und Maskentragen gut gegen COVID-19 schützen.

Sind Gemeinschaftseinrichtungen wie Schulen und Kitas von eher geringer Bedeutung für die psychosoziale und gesundheitliche Entwicklung, so dass ihre passagere Schließung hingenommen werden kann?

Die Bedeutung der Gemeinschaftseinrichtungen für Kinder und Jugendliche ist in der Literatur gut belegt. Dies betrifft sowohl deren psychosoziale und motorische Entwicklung einschließlich Spracherwerb und Verhalten in der Gemeinschaft (mit Fähigkeiten wie Nachgeben, sich Einordnen und Durchsetzen) als auch somatische Aspekte wie körperliches Training in der Gruppe oder Training des Immunsystems. Diese hohe Bedeutung ist akzentuiert bei Kindern aus sozioökonomisch benachteiligten Familien, mit Migrationshintergrund, mangelnden Sprachkenntnissen, chronischen Erkrankungen, Mehrfachbehinderung oder psychisch kranken Eltern.

Was wissen wir über gesundheitliche Beeinträchtigungen von Kindern und Jugendlichen durch die Maßnahmen der Pandemiebekämpfung?

Bereits 2020 lagen durch internationale Studien sowie eine kontinuierlich fortgeführte Studie am Universitätsklinikum Hamburg aussagekräftige Daten vor, die an der besonderen Vulnerabilität der Kinder und Jugendlichen durch COVID-19 und Lockdown keinen Zweifel ließen. Die repräsentative Befragung älterer Kinder (Durchschnittsalter 14,3 Jahre) zeigte



Foto: © Fokussiert – stock.adobe.com

deutliche gesundheitliche Belastungen und Störungen bei gleichzeitiger sozialer Schichtabhängigkeit. Gegenüber der Vor-COVID-19-Zeit waren psychosomatische Störungen und psychische Auffälligkeiten deutlich angestiegen. Im weiteren Verlauf der Pandemie verschlechterten sich die Daten von Kindern und Jugendlichen jeweils erneut bei Verschärfung der Einschränkungen. So hat diese Studie gezeigt, dass Befindlichkeitsstörungen, Angst, Einsamkeit, psychosomatische Erkrankungen und Depressionen durch die Lockdown-Situation zunahmten. Diese monatelang anhaltende psychosoziale Ausnahme-situation hat sich tief in die Seele mancher Kinder eingegraben.

Ist die Schließung von Schulen und Kitas durch von den Kindern ausgehende Gefahren für die Lehrerschaft, Erzieherinnen, alte Menschen zu begründen?

Das Narrativ der Politik, Ministerpräsidenten und Kanzleramt, war meist wie folgt: Argumente für Schließungen waren Schutz der Lehrer und Erzieher, dann Schutz der Kinder, dann Schutz von bedrohten Bevölkerungsteilen: Das Kind steckt sich in der Schule an, bringt die Infektion mit nach Hause, steckt die Oma an, ohne es zu merken. Alle diese Szenarien konnten in Studien und bei der Nachverfolgung durch die Gesundheitsämter nicht als bedeutsam erkannt werden.

1. Unter Alpha und Delta haben meist die Erwachsenen die Kinder angesteckt.
2. Der Besuch in Heimen war stark reglementiert. Infektionsprobleme in Pflegeheimen entstanden durch das Personal, nicht Besucher, also nicht durch Kinder.
3. Wenn man verfolgt hat, wo sich Kinder angesteckt haben, dann waren es eher private Treffen. So waren die Inzidenzen am höchsten am ersten Schultag nach den Ferien, so dass man dem geordneten Ablauf in der Gemeinschaftseinrichtung einen präventiven Charakter mit Schutz vor Ansteckung zuschreiben kann.

Entsprechend ist das Argument, dass die Alten geschützt werden, indem die Schulen geschlossen werden, falsch. Im Gegenteil, Schulen und Kindergärten waren auch mit Hilfe der Gesundheitsämter gut organisiert, haben dazu beigetragen,

die Infektion nicht zu verbreiten. Durch Schließung der Gemeinschaftseinrichtungen ist also niemand geschützt worden, aber den Kindern und Jugendlichen hat man geschadet.

Wie sind Isolierung und Quarantäne für Kinder und Jugendliche einzuschätzen?

Politiker und Laien verwechseln oder vermischen Isolierung, also Absonderung Infizierter oder Erkrankter, und Quarantäne, also Absonderung von Kontaktpersonen Infizierter.

Die Isolierung erkrankter Kinder sollte unstrittig sein. Ein Erziehungsberechtigter sollte von der Arbeit freigestellt sein, das Kind pflegen und eigenverantwortlich das Kind z.B. an die frische Luft begleiten. Die Isolierung von gesunden Kindern, bei denen im Rahmen von Reihenuntersuchungen eine Infektion mit SARS-CoV-2 festgestellt wurde, entbehrt einer Evidenzbasierten Begründung.

Quarantäne wurde häufig unter Alpha und Delta missbräuchlich genutzt als eine Art Teilschließung von Gemeinschaftseinrichtungen, indem ganze Klassen oder größere Verbände z.T. sogar über 2 Wochen nach Kontakt mit einer infizierten Person in Quarantäne geschickt wurden. Da die wenigsten dieser Kinder tatsächlich infiziert waren, war diese Art der Quarantäne ineffektiv und schädlich für die Kinder. Teilweise wurde die Quarantäne modifiziert, so dass nur unmittelbare Sitznachbarn der infizierten Person in Quarantäne geschickt wurden oder indem sie weiter am Unterricht teilnahmen, aber fortlaufend getestet wurden und dann bei tatsächlicher Infektion in Isolation geschickt wurden. Eine solche gezielte Quarantäne war unter Alpha und Delta sinnvoll, unter Omikron ist Quarantäne sinnlos geworden, da die Inzidenzen um bis zu 2 Zehnerpotenzen höher liegen, Ansteckungen unkontrolliert und unentdeckt erfolgen und es keine Nachverfolgung durch die Gesundheitsämter mehr gibt.

Quarantäne für Vorschulkinder ist schon immer sehr kritisch zu betrachten gewesen: wenn das gesunde Kind bis zu 14 Tage streng zuhause sein muss mit Eltern möglicherweise im Homeoffice oder außerhalb auf der Arbeit, dann kann man eine solche Quarantäne eigentlich nur noch als Kindesmisshandlung bezeichnen. Viele Eltern mussten diese Situation mit

ihren Kindern sogar mehrfach ertragen. Deshalb sollte Quarantäne bei Vorschulkindern generell ausgeschlossen sein.

Welche Interessen bestehen, Gemeinschaftseinrichtungen zu schließen?

Bei der von den verantwortlichen Politikern zu leistenden Abwägung, ob Gemeinschaftseinrichtungen für Kinder geöffnet, teilweise geöffnet oder geschlossen werden sollen, gab es immer auch Gruppierungen, die stark für restriktivere Maßnahmen eintraten: Lehrerverbände und Gewerkschaften, besorgte Eltern, einzelne Schülervereine, das Robert-Koch-Institut und Gesundheitsämter.

1. Lehrerverbände und Gewerkschaften sorgten sich um die Gesundheit ihrer Mitglieder, was nachvollziehbar ist, und forderten eingeschränkten Betrieb oder Schließung, was nicht nachvollziehbar ist. Unsere ärztliche Perspektive ist natürlich eine andere und wir und unsere Verbände würden nicht die Schließung von Praxen und Krankenhäusern in Erwägung ziehen. Nach Verteilung von FFP-2-Masken im Herbst 2020 und ausreichenden Mengen an Impfstoff ab Sommer 2021, gibt es aber keine objektiven Gründe für eine solche Haltung, die auch bei vielen Lehrern umstritten war.
2. Die Sorgen der Eltern waren anfangs gut nachvollziehbar. Mit der Erkenntnis, dass Kinder selten schwer erkranken und Infektionen weitgehend verhindert werden können, ab Sommer 2021 sogar Impfstoffe für Kinder verfügbar waren, gibt es hierfür keine generellen Grundlagen mehr. Allerdings gab es Berichte von Kindern, die dankbar für die Befreiung von der Schulpflicht wegen Mobbing-Erfahrungen waren. In diesen Fällen ist es Aufgabe der Schule, zusammen mit Eltern, Lehrern und Psychologen nach einer Lösung zu suchen. Zudem bedürfen insbesondere Kinder mit Risikofaktoren wie Adipositas, Trisomie-21, Behandlung mit einzelnen Immunsuppressiva mit B-Zell-Verminderung oder T-Zell-Inhibition, Morbus Duchenne, nicht-korrigierten Vitien oder weiteren seltenen Tatbeständen einer gesonderten Betrachtung. Allen anderen Kindern schaden ihre Eltern eher, wenn sie sie von den Gemeinschaftseinrichtungen

fernhalten. Entsprechend gibt es sehr engagierte Elternverbände, die sich für die Offenhaltung eingesetzt haben.

- Das RKI und seine Vertreter hatten immer nachvollziehbar Sorge, die Pandemie könne aus dem Ruder laufen und bei unbeherrschbaren Ausbrüchen werde ihnen von der Politik die Verantwortung zugeschoben. Diese Sorge hat vielleicht manchmal den Blick für die Chancen verstellt, wann Öffnung zum Wohl der Kinder möglich war. Die immer wieder auftretende Überlastung und Überforderung des öffentlichen Gesundheitswesens, das über Jahrzehnte in Deutschland klein gespart worden war, hat sicher zusätzlich dazu beigetragen, auch wenig effektive Maßnahmen zu befürworten.

In der Konsequenz gab es bei Schulschließungen meist wenig Widerstand, die Maßnahme war leicht umzusetzen und die Politik konnte Aktivität zeigen. Das erlaubte der Politik, andere Felder nicht zu betreten, auf denen es wesentlich mehr Widerstand gegeben hätte und bei denen die Öffentlichkeit wesentlich stärker nachgefragt hätte. So erscheint es uns erstaunlich, dass das Wirtschaftsleben in Betrieben und Fabriken ohne die Möglichkeit von Homeoffice gänzlich unbeeinträchtigt weiterlief, obwohl die Kontakt- und Übertragungsmöglichkeiten hier oft viel schwerer zu kontrollieren waren als in Schulen. Als Konsequenz ist zu fordern, dass Einschränkungen des

Schulbetriebes nur dann in Erwägung zu ziehen sind, wenn auch das allgemeine Wirtschaftsleben im Interesse der Gesundheit heruntergefahren wird.

Wie ist das anlasslose Testen von Kindern und Jugendlichen einzuschätzen?

Anlassloses Testen meint die regelmäßige Testung des Nasen-Rachenraumes auf SARS-CoV-2 beim Gesunden zur Entdeckung einer möglichen asymptomatischen Infektion. Im Laufe der Pandemie konnte gezeigt werden, dass SARS-CoV-2 ebenso gut im Speichel nachgewiesen werden kann, so dass man den Kindern den unangenehmen und manchmal traumatisch durchgeführten tiefen Rachenabstrich ersparen kann. Das Ziel anlassloser Tests ist, das so als positiv entdeckte Kind in Isolation zu schicken, um eine Ansteckung in der Gemeinschaftseinrichtung zu vermeiden. Die Testcharakteristik der verwandten Antigen-Schnellteste erlaubt keine eindeutige Aussage. Die hohe Rate an präanalytischen Fehlern, falsch positiven und falsch negativen Ergebnissen und die Verzögerung bis zur Durchführung und Ergebnismitteilung des PCR-basierten Bestätigungstestes führten zum ungerechtfertigten Ausschluss vieler Kinder. Zudem kann man nicht einmal sicher sein, ob sich unter den negativ Getesteten nicht doch infizierte Kinder verbergen, so dass die Testungen eine falsche Sicherheit vermitteln. Auch haben die Studien über regel-

mäßige Tests an Kindern selbst unter der hoch ansteckenden Delta-Variante nicht zeigen können, dass Ausbrüche dadurch verhindert wurden. Deshalb sollte das anlasslose Testen in Gemeinschaftseinrichtungen für Kinder beendet werden.

Was ist falsch gelaufen?

Die 2020 vorhandenen Pandemiepläne waren naturgemäß auf Influenza bezogen, ein Virus, dessen Verbreitung in Gemeinschaftseinrichtungen für Kinder und Jugendliche befördert wird, ja die Grundschüler gelten als Schrittmacher der saisonalen Influenza. Die Übertragung dieser Erfahrungen auf die Alpha- und später die Delta-Variante von SARS-CoV-2 erwies sich als falsch: trotz ähnlich hoher Virus-Konzentrationen im Rachen übertrugen Kinder das Virus seltener als Erwachsene, wie die pädiatrischen Infektiologen ab Frühsommer 2020 betont haben, obwohl dies virologischerseits bestritten wurde. Das Beispiel zeigt den Unterschied zwischen der Labor-basierten Virologie und der patientennahen Infektiologie. Im Vergleich zur nachgewiesenen Infektion ist die Viruskonzentration im Rachen ein in diesem Falle sogar in die Irre führender Surrogatparameter. Zur Beschreibung der Infektiologie gehören eben Erreger, Wirt und sozioökonomische Bedingungen, die man kennen und bewerten muss.

Mathematiker und Informatiker wurden von der Bundesregierung als Experten zur Beratung benannt. Der spätere Bundesgesundheitsminister Lauterbach erklärte, er lese nur Science und Nature, also Zeitschriften, in denen selten etwas über Infektionen bei Kindern zu lesen ist. Entsprechend wurde das Wort von Pädiatrischen Infektiologen und anderen Klinikern nicht gehört, obwohl diese die eigentlichen Fachleute gewesen wären.

Sehr viele Ärzte für Kinder- und Jugendmedizin sind der Überzeugung, dass für eine gesunde Entwicklung grundlegend notwendige Aspekte schlicht nicht genügend ernst genommen wurden. Dies sollte sich in Zukunft ändern.

Der Ansatz der Politik, die Wissenschaften zu befragen, war gut, aber von der alten Bundesregierung bis September 2021 wurden zu wenig die praktischen Wissenschaften zugezogen, die sich mit den tatsächlichen Problemen befassen. So fragten Bildungspolitiker Kinder- und



Foto: © famveldman - stock.adobe.com

Jugendärzte und speziell pädiatrische Infektiologen um Rat und ließen sich auch überzeugen, dass die Schließung von Gemeinschaftseinrichtungen für Kinder eine unbedingt zu vermeidende Maßnahme ist mit erheblichen Folgeschäden für die junge Generation. Die Ministerpräsidenten und die Bundeskanzlerin folgten diesen Ansichten jedoch nicht, sondern versuchten in der Ideologie von „Zero COVID“ alle Infektionen zu verhindern, eine Strategie, die nur in isolierten kleinen Gemeinschaften wie z.B. Neuseeland funktionieren konnte, und auch da nur vorübergehend. Seit April 2020 haben die deutschen Kinderärzte auf die Schädlichkeit der Schließung der Gemeinschaftseinrichtungen hingewiesen und im August 2020 zusammen mit den Krankenhaushygienikern ein umfassendes Konzept für die hygienisch abgesicherte Öffnung und Offenhaltung der Gemeinschaftseinrichtungen vorgelegt. Trotz vielfacher Pressemitteilungen und Artikel in den Medien hat die Politik immer wieder mit Bedenken reagiert und die Kinder und Jugendlichen und ihre Interessen anderen Aspekten untergeordnet.

Inzwischen hat die neue Bundesregierung einen ExpertInnenrat gebildet, dem erstmals auch zwei Kinderärzte angehören. In seiner 7. Stellungnahme vom 17.02.2022 schreibt der Rat in schöner Analogie zu den Kinderrechten: „Bei allen Maßnahmen in der Pandemie, die Kinder und Jugendliche betreffen, ist vorrangig das Kindeswohl zu berücksichtigen.“ Regeln sollen „einheitlich nach dem Prinzip der maximal möglichen Teilhabe“ gestaltet werden. Bei den konkreten Maßnahmen bezieht der ExpertInnenrat sich leider auf die AWMF-S3-Leitlinie 027-076 aus der Zeit, als die Alpha-Variante in Deutschland vorherrschte. Die für die Leitlinie herangezogene Literatur wurde nur bis zum 9.12.2020 berücksichtigt, also ein früher Zeitpunkt mit geringem Kenntnisstand, als z.B. noch keine Impfung gegen COVID-19 zugelassen war. Leider wurden von den ExpertInnen keine konkreten Maßnahmen der Lockerung bei Kohortierung, Quarantäne, anlassloser Testungen und Masken beschrieben, möglicherweise in Folge der Auseinandersetzungen im Rat. So sollen zwar Lokale und Diskotheken ohne AHA-Regeln betrieben werden, Kindern sollen aber weiterhin einschneidende Hygienemaßnahmen auferlegt werden. In der Folge

werden die Gemeinschaftseinrichtungen für Kinder manchmal nach irrationalen Ängsten vor Kindern und den Wünschen von Gewerkschaftern gesteuert, die sich für ihre Wiederwahl profilieren möchten. Die Politik schafft es in dieser Situation nicht sich ein unabhängiges Bild zu verschaffen. So möchte die Regierung eines Bundeslandes zwar Quarantäne und Isolierung von Kindern abschaffen, aber dafür paradoxerweise die anlasslose Testung aller Schüler und Kindergartenkinder beibehalten.

Sehr viele gute und zeitgerechte Daten zur Epidemiologie kamen aus Skandinavien und besonders aus England, das ein intelligent aufgestelltes öffentliches Gesundheitswesen mit angemessener Laborkapazität besitzt. Dass diese Daten nicht auch aus Deutschland kommen, wird häufig mit dem Datenschutz begründet. Aber das Schutzniveau der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) der EU gilt in der aktuellen Übergangsphase in England genauso. Deshalb ist die im Vergleich zu England mangelnde Fähigkeit Deutschlands, die Daten zu erheben und zusammenzuführen, sie intelligent zu interpretieren, Schlüsse zu ziehen und zu veröffentlichen, eher Ausdruck mangelnder staatlicher Organisation, über die DSGVO hinausgehender unsinniger „Datenschutz“, fehlender Wille zur Kooperation und falsch interpretierter Föderalismus. Alle Daten müssen an einer Stelle zusammengeführt werden, wenn man belastbare Aussagen zur Epidemiologie in Deutschland machen möchte. Ein trauriges Beispiel ist die Unsicherheit über die Zahl der gegen SARS-CoV-2 Geimpften und die scheinbar unüberwindlichen Hindernisse ein Impfregeister aufzubauen.

Warum ändern sich die Empfehlungen der Behörden und Fachgesellschaften?

Jedes Virus hat seine eigene Epidemiologie, Analogieschlüsse z.B. vom Influenzavirus auf SARS-CoV-2 sind problematisch. Zudem hat das neue Coronavirus seit seinem Erscheinen in Wuhan, China und erstmaligen Auftreten in Deutschland im Januar 2020 eine erhebliche Entwicklung seines Genoms mitgemacht. Daher hat jede Variante von SARS-CoV-2 ihre eigene, unterschiedliche Epidemiologie und Klinik. Das zeigte sich besonders deutlich

beim Übergang von Delta auf Omikron Anfang 2022 in Deutschland. Omikron erreichte den Menschen nach einer Passage in der Maus mit über 60 Mutationen und besitzt eine stärkere Übertragbarkeit durch höhere Bindung an den ACE-2 Rezeptor und leichtere Spaltbarkeit des Spikeproteins. Auch nimmt Omikron einen anderen Weg in die Zelle (ohne TMPRSS2) mit geringer Beteiligung der Lunge und hohen Viruskonzentrationen in den oberen Atemwegen. Omikron induziert weniger Fusion infizierter Zellen, wodurch der Gewebeschaden kleiner bleibt, hat weniger Neurotropismus mit seltenerem Auftreten von Geschmacks- und Riechverlust und antagonisiert weniger Interferon-1 mit milderem Krankheitsverlauf. Trotz erheblichem Verlust der Wirksamkeit neutralisierender Antikörper, induziert nach 3 Impfungen mit mRNA-Impfstoffen gegen das Wuhan-Virus oder nach Infektion mit früheren Varianten, bleibt Omikron für die dabei aufgebaute zelluläre Immunität mit CD8+ T-Zellen erreichbar, so dass Hospitalisation und Tod fast immer vermieden werden können. 3-fach Geimpfte erkranken leichter, seltener und scheiden bei asymptomatischem Verlauf der Infektion weniger Virus aus. Natürlich bleiben die Hygienemaßnahmen der AHA-Empfehlungen (Maske, Nies-/Hustenhygiene, Abstand) + Lüften auch bei Omikron wirksam. Ohne näher auf die Auswahl der besten Maske für Erwachsene und Kinder einzugehen: die wichtigste Voraussetzung für die Wirksamkeit der Maske ist der richtige Sitz am Gesicht.

Entsprechend ändern sich auch die Empfehlungen für dieses neue Virus: Es ist nicht möglich alle Infektionen zu verhindern, stattdessen sollten die Vulnerablen geschützt werden. Zu letzteren gehören nur ganz wenige Kinder und Jugendliche, so dass alle Einschränkungen für sie aufgehoben werden können und müssen. Kinder und Jugendliche können zudem durch Impfung geschützt werden, ab 11 Jahre unter einer allgemeinen STIKO-Empfehlung und von 5 bis 10 Jahren mit einer wirksamen und sehr gut verträglichen Vakzine mit verminderter Wirkstoffdosis (10 µg statt 30 µg ab 11 Jahre), bei deren Gabe die gleichen rechtlichen Bedingungen gelten wie bei einer allgemeinen Empfehlung.

Die vielen und oft kurzfristigen Änderungen der Empfehlungen können



Foto: © Yvonne Bogdanski – stock.adobe.com

also primär mit der Änderung des Virus und der wachsenden wissenschaftlichen Evidenz begründet werden. Darüber hinaus ergaben sich aber immer wieder Probleme aus der mangelnden zentralen Koordination der auf kommunaler Ebene recht selbständig angesiedelten Gesundheitsämter. Die oft widersprüchlichen, scheinbar willkürlich variierenden Aussagen, Empfehlungen und Anordnungen unterschiedlicher Länder und Kommunen haben aber auch mit Uninformiertheit, Beratungsresistenz, Kleinstaaterei und kommunaler Kirchturmpolitik zu tun.

Was muss in Zukunft stärker beachtet werden?

Das Kindeswohl muss tatsächlich vorrangig berücksichtigt werden bei allen Maßnahmen, die Kinder und Jugendliche betreffen. Als wissenschaftliche Experten hierzu müssen WissenschaftlerInnen gehört werden, die sich mit dem Thema bei Kindern auskennen. Aktuell bei der Pandemie sollten zuerst die Kinder- und JugendärztInnen und pädiatrischen Infektiologen gehört werden.

Schulen und Kitas dürfen nicht geschlossen werden. In Frankreich wurden Schulen als Manifestation der laizistischen Republik nur ganz kurzzeitig während der Pandemie geschlossen, ohne nachteilige Folgen für die Gesellschaft, denn alle Kinder gehen in die Schule, die Schule kann nicht geschlossen werden!

Dies darf auch nicht unterlaufen werden durch exzessive Auslegung von Maßnahmen wie Quarantäne.

Um dies durchzusetzen, muss regelmäßig immer das „best interest“ der Kinder vorrangig beachtet werden, müssen also die Kinderrechte ins Grundgesetz aufgenommen werden, wie das die alte Bundesregierung beabsichtigte und nun die neue ebenfalls plant. Dabei ist zu überlegen, den Anspruch der Kinder auf altersgemäße förderliche Betreuung in Gemeinschaftseinrichtungen ebenfalls im Grundgesetz festzulegen. Schulen und Kindergärten sollen unter den Schutz des Grundgesetzes gestellt werden.

Die Missachtung des Wohlergehens der Kinder in Deutschland während der Pandemie ist ein Musterbeispiel dafür, was passiert, wenn Kinder und ihre Bedürfnisse nicht beachtet werden. Das Land wird kinderfreundlicher werden, wenn Politik, Rechtsprechung und Verwaltung gezwungen werden, bei allen Maßnahmen und Entscheidungen die Auswirkungen auf Kinder zu berücksichtigen, analog zur Umweltverträglichkeitsprüfung. Bis die Kinderrechte tatsächlich im Grundgesetz stehen, müssen wir weiterhin für die Kinder und ihre Interessen eintreten, zusammen mit Gleichgesinnten.

Die Autoren danken Herrn Prof. Dr. Arne Simon, Homburg/Saar für wertvolle Hinweise.