

Sehr geehrte, liebe Eltern,

wir, die im Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte im Saarland organisierten Ärztinnen und Ärzte und die Kinder- und Jugendmediziner aus den Kinderkliniken der Region möchten uns heute an Sie wenden und Ihnen einige Überlegungen zur Impfung von 5-11-jährigen Kindern mit dem Impfstoff Comirnaty™ von Biontech/Pfizer mitteilen.

1. Bei Kindern sehen wir derzeit viele Virusinfektionen (Atemwegsinfektionen, Magen-Darm-Infekte, etc.), aber nur wenige mit einer Infektion durch SARS-CoV-2.
2. Die saarländischen Kinderkliniken behandeln nur ganz vereinzelt schwer kranke Kinder mit COVID-19, auch das Pediatric Inflammatory Multisystem Syndrom (PIMS) ist mit Dominanz der Delta-Variante seltener geworden.
3. Kinder mit einem hohen Risiko für einen komplizierten Verlauf von SARS-CoV-2-Infektionen sind klar charakterisiert und können von einem frühen Impfangebot gegen COVID-19 profitieren.
4. Bei der Impfstoffzulassung stand die Wirksamkeit im Vordergrund, weniger die Impfstoffsicherheit. Diese ist aus der Zulassungsstudie mit ca. 1.500 geimpften Kindern kaum ermittelbar (vgl. Myokarditis-Risiko bei der Impfung Jugendlicher). Für eine allgemeine Impfpflicht sind belastbare Daten zur Sicherheit besonders wichtig.
5. Die Impfung darf nicht zur Voraussetzung zur Teilnahme am öffentlichen Leben gemacht werden. Unsere Kinder dürfen nicht für impfverweigernde Erwachsene in die Pflicht genommen werden. Wir erläutern dieses weiter unten ausführlich.
6. Die saarländischen Kinder- und Jugendärzt:innen werden die COVID-19-Impfung i.d.R. im Rahmen der STIKO-Empfehlung anbieten.

Im Folgenden erläutern wir Ihnen gerne die Hintergründe unserer aktuellen Einschätzung:

Zurzeit gibt es in unseren Praxen und im kinderärztlichen Notdienst der Kinderkliniken sehr viele Kinder mit Husten, Schnupfen, Fieber oder auch mit Übelkeit, Bauchschmerzen und Erbrechen, deren Beschwerden in den allermeisten Fällen durch Virusinfektionen verursacht werden. Einige dieser Kinder sind so krank, dass sie vorübergehend in einer Notfallambulanz der Kinderkliniken behandelt oder sogar stationär aufgenommen werden müssen. **Die guten Nachrichten sind jedoch: unter diesen vielen Kindern sind nur sehr wenige mit einer Infektion durch das neue Coronavirus (SARS-CoV-2) und diese mit SARS-CoV-2 infizierten Kinder sind in den allermeisten Fällen nicht schwer krank.**

Wir wissen, dass sich auch Kinder mit diesem Virus anstecken (häufiger, seit die Delta-Variante die meisten Infektionen verursacht) und das Virus auf andere übertragen können. Schwere Erkrankungen, die eine stationäre Therapie oder sogar eine intensivmedizinische Behandlung notwendig machen, sind jedoch bei den 5-11-jährigen Kindern äußerst selten. **Wir sehen in den Kinderkliniken nur ganz vereinzelt schwer kranke Kinder mit COVID-19** (so heißt die durch SARS-CoV-2 hervorgerufene Erkrankung). Das sogenannte Pediatric Inflammatory Multisystem Syndrom (PIMS), das bei sehr wenigen Kindern (ca. 5/10.000) einige Wochen nach der SARS-CoV-2 Infektion auftritt, ist noch einmal deutlich seltener geworden, seit nahezu alle Infektionen durch die Delta-Variante verursacht werden.

Die Schwere der Erkrankung in einer bestimmten Bevölkerungsgruppe bezeichnen wir als „Krankheitslast“ und **die durch das SARS-CoV-2 Virus verursachte Krankheitslast ist bei den 5-11-jährigen sehr gering.** Von dieser Regel ausgenommen sind lediglich Kinder mit bestimmten Grunderkrankungen, bei denen ein erhöhtes Risiko für einen komplizierten Verlauf von Virusinfektionen der Atemwege besteht (orientierende Hinweise in Tabelle 1). Dass es auch unter den

5-11-jährigen Kindern einige wenige mit erhöhtem Risiko gibt, gilt keineswegs nur für das SARS-CoV-2 Virus, sondern für viele andere Viren.

Hierzu gehört zum Beispiel das Respiratory Syncytial Virus (RSV), mit dem in den letzten Wochen ein hoher Anteil der Säuglinge und Kleinkinder, die eine stationäre Behandlung brauchen, infiziert sind.

Tabelle 1: Beispiele für Kinder, bei denen wahrscheinlich ein erhöhtes Risiko für Komplikationen besteht, wenn sie sich mit dem SARS-CoV-2 Virus infizieren [6]

- Chronische Erkrankung der Atemwege, durch die das Kind auch sonst im Alltag in Hinblick auf seine Belastbarkeit deutlich eingeschränkt ist (die meisten Kinder mit Asthma und Mukoviszidose gehören nicht dazu!)
- Chronische Erkrankung des Herzens, z.B. ein angeborener Herzfehler, der noch nicht operativ korrigiert wurde, durch den zuviel Blut in den Lungenkreislauf gelangt oder der Widerstand im Lungenkreislauf ständig erhöht ist. Diese Kinder haben meist eine sogenannte Herzinsuffizienz und sind in ständiger Behandlung durch Kinderkardiolog:innen.
- Kinder mit schwerwiegender neuromuskulärer Erkrankung, die sich bei gesteigerter Atemarbeit rasch erschöpfen oder Sekret, das sich in den Atemwegen ansammelt, nicht richtig abhusten können.
- Kinder mit Down Syndrom
- Kinder mit bestimmten angeborenen Immundefekten oder nach einer Stammzell- oder Organtransplantation

Ein Grund für eine Impfung kann auch sein, dass ein Kind täglich engen Kontakt zu einem wirklich gefährdeten Erwachsenen hat (Familienmitglied), der oder die nicht geimpft werden kann oder nicht in der Lage ist, auf die Impfung eine ausreichende Impfantwort auszubilden.

Was ist mit der STIKO los? Warum gibt es noch keine allgemeine Empfehlung für die Impfung von 5-11-jährigen, obwohl die Europäische Arzneimittelbehörde den Impfstoff freigegeben hat?

In unseren Praxen ist das Impfen von Kindern sozusagen tägliches Brot und wir befürworten ausdrücklich alle Impfungen, die von der Ständigen Impfkommision beim Robert Koch Institut (STIKO) empfohlen werden. **Die STIKO ist eine für unser ärztliches Handeln ganz entscheidende unabhängige Expertenkommission** [3], die sehr sorgfältig prüft, ob ein zugelassener Impfstoff für Kinder und Jugendliche empfohlen werden soll. Wir haben großes Vertrauen in die STIKO, weil die Methoden, die sie anwendet und die Sorgfalt, mit der sie vorgeht, in Deutschland dafür sorgen, dass Impfungen bei Kindern und Jugendlichen effektiv und sicher sind.

Eine Zulassungsstudie [5] mit 1.517 Kindern zwischen 5 und 11 Jahren, die eine für diese Altersgruppe geeignete Dosis Comirnaty™ (in einer Zubereitungsform speziell für diese Altersgruppe) erhalten haben, reicht nicht aus um seltene unerwünschte Wirkungen der Impfung zu entdecken. Bei männlichen Jugendlichen ist die (glücklicherweise sehr seltene und in aller Regel milde verlaufende) Herzmuskelentzündung nach der SARS-CoV-2 Impfung mit Comirnaty™ erst als Nebenwirkung erkannt worden, nachdem sehr viele Jugendliche in Israel und in den USA die Impfung erhalten haben (Häufigkeit ca. 100 Fälle auf 1 Mio. Zweitimpfungen) [1]. Es kann nicht einfach angenommen werden, dass die Nebenwirkungen bei Kindern von 5-11 Jahren denen bei Jugendlichen [2] oder jungen Erwachsenen entsprechen.

Ausreichende Sicherheitsdaten zur Comirnaty™-Impfung bei Kindern zwischen 5 und 12 Jahre liegen bisher noch nicht vor. Die Impfung soll das geimpfte Individuum vor einer schweren Erkrankung schützen und die mit der Impfung assoziierten Risiken müssen sehr sorgfältig gegen den zu erwartenden Nutzen abgewogen werden. Genau das wird die STIKO tun und auch rechtzeitig eine entsprechende Empfehlung herausgeben.

„Wenn mein Kind geimpft ist, kann es wieder uneingeschränkt am öffentlichen Leben teilnehmen.“

Dieses Argument hören wir leider oft, obwohl es eigentlich nichts mit dem Schutz vor COVID-19 zu tun hat. Wir Kinder- und Jugendmediziner [4] und auch die STIKO haben immer wieder darauf hingewiesen, dass bei Kindern und Jugendlichen die **Impfung keine Bedingung für den Zugang zu Gemeinschaftseinrichtungen (Schulen, Kitas usw.), Sportvereinen, Schwimmbädern usw. sein darf.** Hier werden die Kinder und Jugendlichen kompensatorisch in die Pflicht genommen und in ihren Rechten und Entwicklungsmöglichkeiten eingeschränkt, weil eine Minderheit der erwachsenen Menschen sich nicht gegen das SARS-CoV-2 Virus impfen lässt. Das ist zutiefst ungerecht und unangemessen.

Selbst wenn 50% der Kinder zwischen 5 und 11 Jahren geimpft werden, sind dies nur etwa 3 % der Bevölkerung. Für die Ausbreitung der Pandemie und für die Anzahl der schwer kranken Erwachsenen auf den Intensivstationen, ist das (auch nach publizierten Berechnungen des Robert Koch Institutes) im Verhältnis zum Nutzen einer Impfung (inkl. Boosterung) Erwachsener von untergeordneter Bedeutung.

Wir haben deshalb – auch im direkten Gespräch mit den politisch verantwortlichen Entscheidungsträgern - vorgeschlagen, alle Kinder unter 12 Jahre aus den behördlich verordneten Eindämmungsstrategien herauszunehmen. Interventionen sollen sich vor allem auf die Erwachsenen (v.a. die mit hohem Risiko) konzentrieren [4].

Dass jeder Nachweis von SARS-CoV-2 bei einem milde symptomatischen oder sogar asymptomatischen Kind eine Standardkaskade der Kontaktnachverfolgung auslöst, legt die Gesundheitsämter lahm und führt - wegen akuter Überlastung dieser Ämter - zu nicht gerechtfertigten Schließungen.

Wie sollte es weitergehen mit der Impfung der 5-11-jährigen Kinder?

Wir plädieren ausdrücklich dafür, die entsprechende Empfehlung der STIKO abzuwarten und dann zuerst die Kinder mit erhöhtem Risiko für einen komplizierten Verlauf der SARS-CoV-2 Infektion zu impfen (im Saarland sind dies etwa 5000). Angesichts der geringen Krankheitslast und des nicht abschließend zu beurteilenden Sicherheitsprofils halten wir dies für sinnvoll und solidarisch.

Jedes Kind, dass nach Einschätzung der STIKO eine Impfung gegen SARS- CoV-2 benötigt, soll und wird sie zeitnah erhalten.

Für den Berufsverband der Kinder und Jugendärzte (bvkj e.V.) im Saarland



Werner Meier

Für das Paedine^{Saar} Netzwerk und die Kinderkliniken der Region

Prof. Dr. med. Arne Simon

Literaturangaben zum Weiterlesen

1. Paul Ehrlich Institut (PEI). SICHERHEITSBERICHT: Verdachtsfälle von Nebenwirkungen und Impfkomplicationen nach Impfung zum Schutz vor COVID-19 seit Beginn der Impfkampagne am 27.12.2020 bis zum 31.08.2021.
https://www.pei.de/SharedDocs/Downloads/DE/newsroom/dossiers/sicherheitsberichte/sicherheitsbericht-27-12-bis-31-08-21.pdf?__blob=publicationFile&v=5 2021; 20.09.2021
2. Ständige Impfkommission (STIKO) am Robert Koch Institut. Mitteilung der Ständigen Impfkommission beim Robert Koch-Institut. Beschluss der STIKO zur 9. Aktualisierung der COVID-19-Impfempfehlung und die dazugehörige wissenschaftliche Begründung. Aktualisierung vom 18. August 2021. Epidemiologisches Bulletin des Robert Koch Instituts 2021, DOI: 10.25646/8942: 3-46
3. Walger P, Berner R, Nothacker M et al. Zur zentralen Bedeutung der STIKO für wissenschaftlich fundierte und Evidenz-verpflichtete Impfempfehlungen - Stellungnahme vom 01.06.2021. <https://dgpide/bedeutung-der-stiko-fuer-wissenschaftlich-fundierte-und-evidenz-verpflichtete-impfempfehlungen-01-06-2021/> 2021; Aktualisiert am 03.06.2021
4. Walger P, Exner M, Heudorf U et al. Infektions- und Übertragungsrisiken von SARS-CoV-2 und die Morbidität und Mortalität bei Kindern und Jugendlichen. Einfluss von saisonalem Verlauf, Virusvarianten und Impfeffekten. Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) und der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI). <https://dgpide/sars-cov-2-risiken-kinder-einfluss-saisonalem-verlauf-virusvarianten-impfeffekt/> 2021; 15.09.2021
5. Walter EB, Talaat KR, Sabharwal C et al. Evaluation of the BNT162b2 Covid-19 Vaccine in Children 5 to 11 Years of Age. N Engl J Med 2021; online first
6. Zepp F, Knuf M. „Coronavirus disease 2019 (COVID-19)“ im Kindes- und Jugendalter Klinik, Epidemiologie und Impfprogramme. Monatsschr Kinderheilkd 2021; 169: 1010–1033