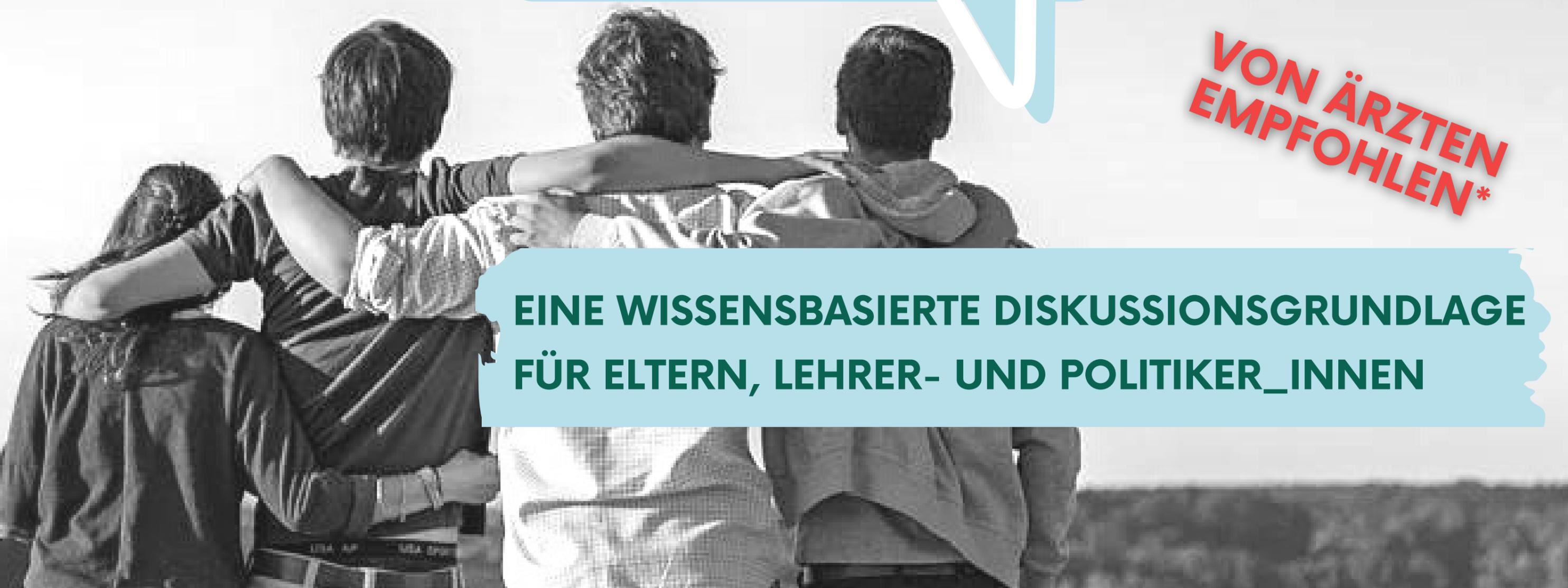




**"WIE BRINGEN WIR  
DIE KIDS GUT  
ÜBER DEN WINTER?"**



**VON ÄRZTEN  
EMPFOHLEN\***

**EINE WISSENSBASIERTE DISKUSSIONSGRUNDLAGE  
FÜR ELTERN, LEHRER- UND POLITIKER\_INNEN**

## Warum es diese Broschüre gibt

Wer liest schon gerne Studien? Niemand. Im Falle von Covid-19 und dem damit einhergehenden Übertragungs- und Erkrankungsrisiken ist es jedoch notwendig. Denn unser tägliches Leben, die Ausübung unserer Grundrechte, unser soziales Miteinander und vor allem aber die Frage, wie wir unsere Kinder gut über den Winter bringen, hängen davon ab.

Unter Eltern gibt es sehr unterschiedliche Meinungen darüber, wie an Schulen und Kitas weiter vorgegangen werden sollte. Die einen wollen so viele Vorsichtsmaßnahmen wie möglich, die anderen wünschen sich nichts sehnlicher, als endlich wieder Normalität für alle Kinder. Wieder andere machen sich Sorgen, weil ihre Kinder im Unterricht nicht mehr mitkommen, die Motivation verloren gegangen ist oder weil sie psychische Belastungen aus den Lockdowns mitgenommen haben. Dass dies nicht wenige Schüler betrifft, zeigen mittlerweile diverse Studien.



## Verfügbare Informationen zum Infektionsgeschehen an Kitas und Schulen sind lückenhaft



Leider sind die Meldungen in den Medien, die sich auf das Infektionsgeschehen bei Kindern und Jugendlichen beziehen, oft widersprüchlich und verwirrend: Zugunsten der schnellen Schlagzeile verzichten Zeitungs- und Rundfunkredaktionen auch schon mal auf die sorgfältige Überprüfung von „Fakten“. Oder sie ordnen das Berichtete nicht ein. Dann wird z.B. über „Ausbrüche an Schulen“ berichtet, genannt wird aber nur die Zahl der in Quarantäne geschickten Schüler. Ob tatsächlich Infektionen stattfanden, ob Schüler oder Lehrer betroffen waren und wenn ja wie viele, ob jemand schlimm erkrankt ist und ob die Schule der Ort der Ansteckung war, erfährt man in der Regel nicht.

Doch auch wer sich auf den Seiten des Robert-Koch-Institutes (RKI) umschaute, findet nur wenig zielführende Informationen zum Thema Kinder und Covid-19. Oder blicken Sie durch, **wie** die täglich publizierten Inzidenzwerte eigentlich erhoben werden, **wie** diese im Verhältnis zu schweren Erkrankungen und der Intensivbettenbelegung stehen, **wie viele „Fälle“** lediglich positiv getestet oder aber schwer erkrankt sind und wie sich das Ganze für Kinder und Jugendliche darstellt? Eine realistische Einschätzung der altersgruppenbezogenen Gefahrenlage ist und bleibt auf dieser Basis schwierig.

## Evidenzbasiertes Vorgehen

Wichtigste Ausgangsbasis für alle Entscheidungen darüber, wie unsere Kinder den Winter 2021/22 verbringen werden, muss jedoch die Empirie sein, also Fakten, wissenschaftliche Erkenntnisse, sowie reale Erfahrungswerte aus den Schulen, von Eltern und von Kindern. Und zwar sowohl zum tatsächlichen Infektionsgeschehen bei den Jüngeren, als auch zu den Belastungen und Risiken, die aus den Kontaktbeschränkungen, AHA-Regeln und den wachsenden Druck auf Kinder und Jugendliche zur Impfung resultieren.

Wir leben nun schon fast 1 ¾ Jahr in der Pandemie, vieles ist bereits erforscht, auch was die Rolle der Kinder betrifft. Dieses Wissen soll hier so kompakt und verständlich wie möglich aufbereitet werden.



## 1.) Zur Infektionsgefahr: Wie leicht stecken sich Kinder mit „Corona“ an?

Kinder, so denken viele, sind dem Infektionsgeschehen besonders ausgeliefert, denn sie spielen und toben und kommen sich dabei nahe. Außerdem ist in Schulen und Kitas oft viel zu wenig Platz. Studien, die in internationalen Fachmagazinen publiziert wurden, zeigen jedoch: Kinder haben bei Exposition gegenüber SARS-CoV-2 ein deutlich geringeres Ansteckungsrisiko als Erwachsene.

**Wussten Sie beispielsweise, dass Kinder sich häufig nicht einmal anstecken, wenn sie mit einer (oder sogar mehreren) nachweislich infizierten Person(en) im selben Haushalt leben?**

Dieser Studie zufolge betrug die Wahrscheinlichkeit, sich bei einem Infizierten im gleichen Haushalt anzustecken, ein Drittel bei Kindern im Vergleich zu knapp zwei Dritteln bei Erwachsenen:

<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.07.20.21260863v1>

### Geringere Ansteckungswahrscheinlichkeit bei Kindern und Jugendlichen

Die geringere „Suszeptibilität“ (Fachausdruck für Ansteckungsrisiko) von Kindern gegenüber SARS-CoV-2 ist auch das Ergebnis eines umfassenden systematischen Reviews (Viner et. al. 2021), das 32 Kontaktverfolgungsstudien aus 21 Ländern mit Daten von 41.640 Kindern und Jugendlichen und 268.945 Erwachsenen auswertete:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32975552/>

### Ansteckungsgefahr in der Schule geringer als in der jeweiligen Gemeinde

Eine internationale Metaanalyse, die 90 Studien zum Übertragungsgeschehen in Haushalten und Schulen einbezog, bestätigt die deutlich geringere Ansteckungsgefahr von Kindern (< 10 J.) und kam zu dem interessanten Ergebnis, dass das untersuchte Ansteckungsgeschehen in Schulen geringer (!) war als in den jeweiligen Gemeinden:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34326997/>

### Deutlich geringes Ansteckungsrisiko von Kindern und Jüngeren insgesamt

Dieser Studie zufolge, die auch im RKI-Steckbrief als Beleg für die geringere Ansteckungsgefahr von Kindern zitiert wird, beträgt das Risiko, sich bei einem infizierten Indexpatienten im Haushalt anzustecken, bei Kindern und Jugendlichen (0-24 J.) nur 0,3%. [http://www.enfermedadesemergentes.com/articulos/a744/or1\\_bellido\\_web.pdf](http://www.enfermedadesemergentes.com/articulos/a744/or1_bellido_web.pdf)



### Bereits die „Heinsberg-Studie“ zeigte das geringere Risiko für Kinder

Auf den Befund, dass sich nicht zwingend alle Haushaltsmitglieder bei einem oder sogar mehreren Infizierten anstecken, und dass sich insbesondere Kinder seltener anstecken, machte übrigens bereits der Virologe Prof. Hendrik Streeck am 10. April 2020 bei der Vorstellung der Ergebnisse seiner so genannten Heinsberg-Studie aufmerksam. Er wurde jedoch damals wegen der von ihm prognostizierten Sterblichkeit im Zusammenhang mit Covid-19 schwer kritisiert und das Thema Kinder geriet in Vergessenheit.

### Geringe Ansteckungsgefahr für Kinder auch bei langen Aufenthalten in Innenräumen

In einer neuen Studie zeigen Streeck und sein Team u.a., dass sich Kinder auch in Räumen mit schlechter Belüftung, in denen stundenlang gefeiert, getrunken und gesungen wird, seltener mit Covid-19 anstecken als Erwachsene (und zwar ohne jegliches Abstandhalten und Masketragen). <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.09.01.21262540v1>

In Deutschland wurden nur wenige qualitativ hochwertige Kontaktverfolgungsstudien durchgeführt. International publizierte Fachartikel zeigen: Kinder stecken sich seltener an als Erwachsene, und zwar auch ohne Maske und trotz engem Kontakt mit Infizierten. Das liegt u.a. an ihrem guten Immunsystem, das die Viren gleich beim „Eintrittsversuch“ über die Schleimhäute abwehrt.

## 2.) Zum Erkrankungsrisiko: Wie gefährlich ist Covid-19 für Kinder & Jugendliche?

Wie im vorherigen Abschnitt gezeigt, stecken sich Kinder und generell Jüngere offenbar nicht so leicht mit „Corona“ an, selbst wenn sie in engem Kontakt mit Infizierten sind.

Wenn sich Kinder jedoch anstecken, dann erkranken sie deutlich seltener schwer als Erwachsene. **Alle bisher vorliegenden Studien und Statistiken belegen das.** [Dieser Artikel](#) im Deutschen Ärzteblatt, der die Auswertung zahlreicher internationaler Studien einschließt, fasst zusammen: "Kinder erkranken seltener an COVID-19 als Erwachsene. In den größten Kohorten aus China, Italien und den USA waren nur ein bis zwei Prozent aller Patienten unter 18 Jahre alt."

<https://www.aerzteblatt.de/archiv/213829/Coronakrise-Kinder-haben-das-Recht-auf-Bildung>

### STIKO: "Überwiegend asymptomatische oder milde Verläufe"

Auch die Ständige Impfkommission (STIKO) schreibt [in diesem Text](#) (S. 11): „Der überwiegende Teil zeigt einen asymptomatischen oder milden bzw. moderaten Infektionsverlauf von ein- bis zweiwöchiger Dauer.“ Zitiert wird u.a. ein systematischer Review, der internationale Studien mit Daten von insgesamt 7.480 Kindern und Jugendlichen im Alter von 0-18 J. einschloss. Ergebnis: Bei nur 0,7 % von nachweislich Infizierten <18 J. gab es einen kritischen Verlauf, 2 % erkrankten schwer, kein Kind starb. Auch die STIKO beschreibt zuvor das geringere Risiko für Kinder, sich überhaupt anzustecken. Bekannt ist, dass die STIKO lange zögerte, die Impfung für 12-17jährige zu empfehlen, und offenbar nur unter Druck anders entschied (vgl. z.B. [tagesschau vom 2.08.21](#) oder [FAZ vom 4.08.21](#) Link zum von der STIKO zitierten Review: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32424745/>)

### Intensivbettenbelegung durch Kinder mit "Corona" gering

Wie diese Krankenhausstatistik zeigt, belegen die 0-17jährigen mit einer Covid-19-Erkrankung nur zu einem minimalem Anteil (0,6 %, Stand 17.11.21) die Intensivbetten. <https://www.intensivregister.de/#/aktuelle-lage/altersstruktur>



### Wie verläuft Corona bei Kindern im Vergleich zu Erkältungsviren?

Ein im September 2021 veröffentlichter Artikel im Deutschen Ärzteblatt gibt folgende Einordnung, beruhend auf internationalen Studien: „Die Pneumonien, die sich aufgrund einer SARS-CoV-2-Infektion bei pädiatrischen Patienten entwickeln, verlaufen erkennbar milder als jene, die aufgrund vieler anderer respiratorischer Viren entstehen.“ Sprich: Im Vergleich zu üblichen Erkältungsviren verläuft Covid-19 für unsere Kinder (anders als bei Älteren!) weniger schlimm. Tatsächlich sind die Kinderkliniken momentan (Stand Herbst 2021) auch nicht durch Corona, sondern vor allem durch das bekannte RSV (respiratory-syncytial-virus) belastet.

<https://www.aerzteblatt.de/archiv/221031/RSV-und-respiratorische-Infekte-Der-Virenwinter-beginnt-schon-im-Sommer>

Das deutlich geringere Erkrankungs- und Sterberisiko für Kinder war bereits früh bekannt und hat sich seitdem immer weiter bestätigt, auch bei unterschiedlichen Virusvarianten. Diesem [Bericht einer internationalen Expertenkommission](#) zufolge, zeigten Erhebungen in verschiedenen chinesischen Provinzen schon zu Anfang des Jahres 2020, dass von allen nachweislich infizierten Kindern nur 2,4 % an Covid-19 auch erkrankten. Der zitierte Fachbericht wurde unter Leitung der WHO in Kooperation mit dem Chinese Center for Disease and Prevention erstellt:

<https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>



[Dieser Statistik](#) zufolge betrug der Anteil der Covid-Verstorbenen unter den 0-19jährigen 0,014 %, fast alle Betroffenen hatte schwere Vorerkrankungen. Den höchsten Anteil an allen Todesfällen seit Beginn der Pandemie gibt es mit 46,4 Prozent in der Altersgruppe von 80 bis 89 Jahren. Insgesamt waren 89 % aller Corona-Toten seit Beginn der Pandemie im Alter von 70+.

<https://de.statista.com/infografik/23756/gesamtzahl-der-todesfaelle-im-zusammenhang-mit-dem-coronavirus-in-deutschland-nach-alter/>

### Was ist mit Langzeitfolgen wie PIMS und Long-Covid?

Die STIKO macht den sehr wichtigen Hinweis, dass Long-COVID bislang nur in Studien ohne Kontrollgruppe beschrieben wurde. „Dadurch ist die Aussagekraft limitiert, da auch die veränderten Alltagsbedingungen in der Pandemie (insbesondere Lockdown und Schulschließungen) zu Krankheitssymptomen bei Kindern und Jugendlichen führen können.“ Damit sagt die STIKO klar und deutlich, dass Long-COVID – übrigens nicht nur bei Kindern – auch durch die Maßnahmen zur Bekämpfung des Coronavirus verursacht sein könnte.

**Es gibt bislang keine ausreichende wissenschaftliche Evidenz zu Long-Covid bei Kindern und Jugendlichen.** Das sagt auch das RKI – der entsprechende [FAQ-Beitrag](#) (zuletzt abgerufen 6.11.21) ist auf dem Stand vom 21.05.2021 und wurde seither nicht aktualisiert. Das bedeutet: Es wird in den Medien viel Wind um eine Sache gemacht, die durch Forschung nicht belegt ist. Das RKI wörtlich: „Auch Kinder können von gesundheitlichen Langzeitfolgen von COVID-19 betroffen sein. Wie ausgeprägt und wie häufig sie betroffen sind, ist allerdings noch unklar.“

[https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/NCOV2019/FAQ\\_Liste\\_Gesundheitliche\\_Langzeitfolgen.html#FAQId16065740](https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/NCOV2019/FAQ_Liste_Gesundheitliche_Langzeitfolgen.html#FAQId16065740)

### Bericht für Bundestag: „Noch keine ausreichend gesicherte Datengrundlage für Long-Covid“

Dies konstatiert auch die „Interministerielle Arbeitsgruppe Long-Covid“ der Bundesregierung in ihrem Bericht an den Deutschen Bundestag ([BT-Drs. vom 29.09.21](#)): „Gerade bei Kindern und Jugendlichen kann anhand der aktuellen Datenlage nicht sicher zwischen

Gesundheitsstörungen als Folge von pandemiebedingten Belastungen und solchen aufgrund von Long-COVID unterschieden werden“.

[Link zur Bundestags-Drucksache: https://dserver.bundestag.de/btd/19/326/1932659.pdf](https://dserver.bundestag.de/btd/19/326/1932659.pdf)

Auch der **GKV-Spitzenverband** schreibt in seiner [neuesten Stellungnahme](#), dass die „Erkenntnislage zu Häufigkeit, Ausmaß und Art der längerfristigen Beeinträchtigung derzeit noch sehr unsicher“ sei und es „wesentlich an vergleichenden Studien fehlt, die den Zusammenhang der berichteten Symptomatik zur Covid-19-Erkrankung klären könnten“. So seien Langzeitprobleme von hospitalisierten Covid-19-Patienten zu einem großen Teil auch auf die intensivmedizinische Behandlung (Intubierung) zurückzuführen:

[https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/press\\_e/p\\_stellungnahmen/20210622\\_SN\\_GKV-SV\\_zu\\_Long\\_Covid.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/press_e/p_stellungnahmen/20210622_SN_GKV-SV_zu_Long_Covid.pdf)

### Besorgte Lehrer und Erzieher, verzweifelte Eltern melden sich zu Wort - bislang hört sie keiner

Insbesondere Depressionen, Essstörungen und Suchterkrankungen als Folge von Isolationsmaßnahmen und Kontaktbeschränkungen wurden auch schon durch andere Studien belegt. Viele Eltern sowie auch Lehrer, Erzieher und Schulsozialpädagogen haben bei dem im Frühjahr durchgeführten „**Forum Schule – wie weiter?**“ entsprechende Fälle bei Kindern und Jugendlichen beschrieben. Die hier zu findende Auswertung basiert auf Hunderten von Zuschriften:

<https://llu.futur-iii.de/forum-schule01/>

**Mangelnde Sozialkontakte, Überdigitalisierung und wegfallende Tagesstrukturen sind höchst problematisch - gerade für Teenager. Diese waren im letzten Lockdown bis zu fünf (!) Monate ausgesperrt.**



### 3.) Zum Übertragungsrisiko von SARS-CoV-2 – wie ansteckend sind Kinder?

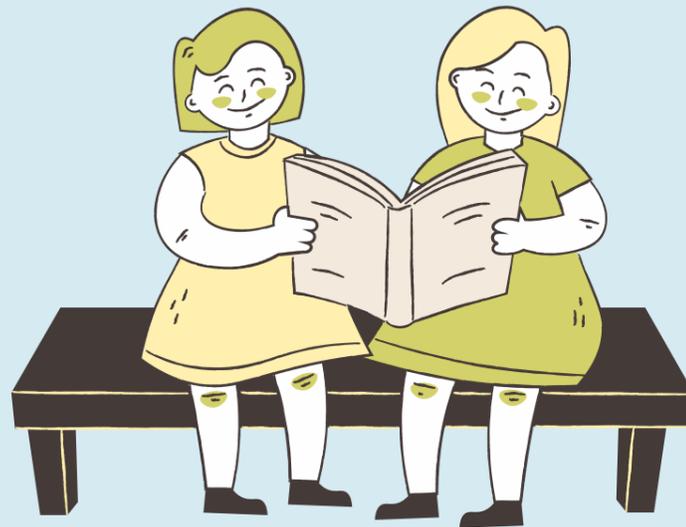
"Die Datenlage zeigt, dass Infektionen sehr viel häufiger von Erwachsenen auf Kinder übertragen werden als umgekehrt. Aktuelle Arbeiten zeigen eine Ansteckungshäufigkeit von Kind zu Kind von nur 0,3 % gegenüber 4,4 % bei Erwachsenen", fasst eine Stellungnahme der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ, Nov. 2020) zusammen. Die zugrundeliegende Studie von Macartney et. al. über das Ansteckungsgeschehen in australischen Schulsettings findet sich hier:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32758454/>

Das heißt: Kinder übertragen das Virus deutlich seltener als Erwachsene auf andere, und zwar auch dann, wenn sie keine Maske tragen, keinen Abstand halten und nicht geimpft sind. Lehrer und Lehrerinnen, Erzieher und Erzieherinnen brauchen keine Angst vor Kindern zu haben – die größten „Virenquellen“ in Schulen stellen die Erwachsenen dar!

#### Was weiß die Forschung über die Effekte von Schulschließungen?

Eine Vergleichsstudie zwischen Finnland und Schweden aus dem Jahr 2020 zeigte, dass die Corona-Infektionsraten bei Kindern und Jugendlichen (0-19 J.) in beiden Ländern ähnlich waren, obwohl in Schweden die Schulen offen und in Finnland geschlossen (KW 12-20) waren, und das obwohl Schweden im Erhebungszeitraum stärker vom



Infektionsgeschehen betroffen war als Finnland. In beiden Ländern gab es nur eine sehr geringe Anzahl von Corona-positiven Kindern, die auf eine Intensivstation eingewiesen werden mussten und keine Todesfälle. In Schweden wurde festgestellt, dass Lehrer – auch in der Ganztagsbetreuung – kein erhöhtes Infektionsrisiko gegenüber anderen Berufsgruppen zu verzeichnen hatten; demgegenüber ermittelten die Forscher ein relatives Risiko von 4,8 für Taxifahrer und 4,5 für Pizzabäcker.

Link zur Vergleichsstudie Schweden-Finnland:

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/c1b78bffbfbde4a7899eb0d8ffdb57b09/covid-19-school-aged-children.pdf>

#### DGKH: Kein erhöhtes Risiko im Lehr- oder Schulbetrieb

Die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) forderte schon im Mai 2020 eine nach Alter der Kinder differenzierte Corona-Strategie, „basale Hygienemaßnahmen“ seien ausreichend, Lehrer hätten kein erhöhtes Ansteckungsrisiko im Schulbetrieb gegenüber dem allgemeinen Risiko in der Öffentlichkeit. Link zur Stellungnahme: [https://www.krankenhaushygiene.de/pdffdata/2020\\_05\\_19\\_Stellungnahme\\_DGKH\\_Covid-19\\_Kinder.pdf](https://www.krankenhaushygiene.de/pdffdata/2020_05_19_Stellungnahme_DGKH_Covid-19_Kinder.pdf)

„Die Wiedereröffnung von Kitas und Schulen hat in keinem der Länder, in denen ein allgemeiner Rückgang der Infektionen in der Allgemeinbevölkerung zu verzeichnen war und in denen grundlegende Präventionsmaßnahmen in der Allgemeinbevölkerung weiter verfolgt wurden, zu einem Anstieg der Infektionszahlen bei Kindern und Jugendlichen geführt“, so die DGKH in einer Stellungnahme von Mai 2020.

Dieser Befund wurde seither in internationalen Studien immer wieder bestätigt, allerdings in der deutschen Debatte regelmäßig in Frage gestellt. Schlimme Folge: In kaum einem anderen Land waren die Schulen so lange geschlossen wie in Deutschland, auch wenn anderswo die ersten Lockdowns härter waren als hierzulande.

Und nirgendwo auf der Welt mussten und müssen Kinder und Jugendliche so lange Masken tragen wie in Deutschland – nicht einmal in Österreich. In England, Irland, den Niederlanden, Dänemark, Schweden, Finnland und vielen anderen Ländern gibt es keine Maskenpflicht an Bildungsorten und teilweise auch keine Testungen mehr.

#### Sind Kinder Superspreader oder „Virenschleudern“?

Die Maßnahmen unterstellen jedem Menschen ein gleich hohes Verbreitungsrisiko im Zusammenhang mit SARS-CoV-2, sollte er oder sie infiziert sein. Hierbei wird bislang weder nach Alter noch nach anderen Faktoren unterschieden. Wie im Abschnitt zuvor gezeigt, ist aber das geringere Verbreitungsrisiko, das von Kindern ausgeht, mittlerweile wissenschaftlich gut belegt. Ebenfalls belegt ist, dass Kinder sich seltener anstecken als Erwachsene und dass sie seltener schwer erkranken.

Die Forschung „weiß“ aber auch bereits, welche Eigenschaften Personen mit sich bringen, die im Falle einer Infektion zum „Superspreader“ werden können: Die Wahrscheinlichkeit steigt mit dem Alter und einem erhöhten Body-Mass-Index (BMI). Denn ältere und übergewichtige Menschen produzieren mehr Aerosole, so [dieser Ärzteblattartikel](#). „Wer unter 26 Jahre alt war und wer einen niedrigeren BMI als 22 hatte, war stets ein „low spreader“, wird das Ergebnis zusammengefasst. Link: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/218351/SARS-CoV-2-Was-Superspreader-auszeichnet>

Die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) schrieb im November 2020 über das Infektionsgeschehen an Schulen: „Einzelne Fälle von SARS-CoV-2 Infektionen werden in die Einrichtungen hereingetragen, es kommt aber nur selten zur Ausbreitung auf weitere Personen. Hinweise auf Ausbrüche mit vielen nachgewiesenen sekundären Infektionsfällen (sog. Superspreader-Events) gibt es bisher nicht. (...) Schulen sind auch im aktuellen Stadium der 2. Welle keine Hotspots der Pandemie“. <https://www.gesundheit-adhoc.de/dakj-presseinformation-lasst-die-schulen-offen-auch-unter-hohen-sars-cov-2-infektionszahlen.html>

Zusammengefasst heißt das: Ein normalgewichtiger, jüngerer Mensch ohne Krankheitssymptome ist in aller Regel nicht infektiös für andere. Die Vorstellung, ein Klassenraum mit symptomlosen, also gesunden Kindern könnte zur Gefahrenzone werden, ist wissenschaftlich nicht begründbar. Die hier zitierten Studienergebnisse beziehen sich ausschließlich auf ein überprüftes Übertragungsgeschehen ohne Masken und andere AHA-Regeln, als noch keine Impfstoffe zugelassen waren.



## Brauchen Kinder eine Impfung, damit im Winter die Schulen nicht geschlossen werden?

Kinder mit einem normal funktionierendem Immunsystem sind durch Corona praktisch nicht gefährdet. Die Impfung schützt jedoch vor allem vor schweren Verläufen. Es ist mittlerweile bekannt, dass sie weder verlässlich vor einer Ansteckung schützt, noch Übertragungen verhindern kann. **Geimpfte Kinder und Erwachsene können also genauso ansteckend sein wie ungeimpfte**, wie z.B. dieser [Bericht in The Lancet vom 19.11.](#) zeigt. Der Schutz von anderen kann also eigentlich nicht länger ein Argument für eine Corona-Impfung sein.



Was viele Eltern ratlos macht: Die verfügbaren Informationen über Nebenwirkungen und Todesfälle im Zusammenhang mit der Impfung von Minderjährigen sind inaktuell und für Laien kaum verständlich. Der letzte Bericht des Paul-Ehrlich-Institutes (PEI) über Impfkomplicationen schließt Fälle bis zum 29.09. mit ein (Stand 15.12.21). Bis Ende September waren in Deutschland offenbar fünf 12-16jährige in engem zeitlichen Zusammenhang mit den Impfungen verstorben. Bei drei der Verstorbenen bestanden laut PEI schwere Vorerkrankungen, wobei sich die Frage stellt: Wurde zwischen Impfung und Nichtimpfung sorgfältig abgewogen und ärztlich beraten? Warum wurde bei Vorliegen einer Vorerkrankung am Herzen nicht auf eine Impfung verzichtet, wenn Myokarditen laut STIKO eine seltene, aber gesicherte Nebenwirkung vor allem für Jungen und junge Männer sind? [Link zum PEI-Bericht](#) (ab S. 15 bzw. S. 18)

Die STIKO empfiehlt die Impfung gegen Covid-19 für 5-11jährige nur bei bestimmten Vorerkrankungen und hat lange gezögert, sie für die 12-17jährigen zu empfehlen. Berichten zufolge tat sie dies nur unter starkem Druck (vgl. z.B. [tagesschau vom 2.08.21](#) oder [FAZ vom 4.08.21](#)). Begründet wurde die Kursänderung vor allem mit dem Argument, auch bei Covid-19 bestehe ein Risiko für schwere Herzerkrankungen. Allerdings wurde laut [dieser Krankenhausstatistik](#) bisher in Deutschland kein einziger Patient unter 19 Jahren mit einer Covid-19 verursachten Myokarditis behandelt (Stand 15.12.21) <https://dgpi.de/covid-19-survey-update/#entlass-diagnosen>



## Wie ist die Immunantwort bei Kindern nach einer SARS-CoV-2-Infektion?

Die Immunantwort nach einer Sars-CoV-2-Infektion ist den bisherigen Erkenntnissen zufolge nicht nur „breiter“, sondern auch dauerhafter als die nach einer Impfung, [schreibt die STIKO](#). Dies gelte für alle Personengruppen, insbesondere aber für Kinder. „In einer prospektiven Multicenter-Studie wurde die humorale SARS-CoV-2-Immunantwort bei Kindern in Deutschland 3-4 Monate und 11-12 Monate nach SARS-CoV-2-Infektion untersucht. **Trotz des häufigeren asymptomatischen Infektionsverlaufs waren die spezifischen Antikörperkonzentrationen höher und die Immunantwort bei Kindern dauerhafter als bei Erwachsenen**“ (S. 12). [https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/Ausgaben/33\\_21.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/Ausgaben/33_21.pdf?__blob=publicationFile)



## Wie sicher schützt die Impfung vor der weiteren Verbreitung des Virus?

Stefan Kluge, Direktor der Klinik für Intensivmedizin am Universitätsklinikum in Hamburg-Eppendorf in der „Welt“: „**Die Impfung schützt mit einer sehr hohen Wahrscheinlichkeit vor einem schweren Verlauf oder dem Tod, nicht aber so gut vor einer Infektion**“. Eine "sterilisierende Immunität", also ein Schutz vor Ansteckung und damit auch vor Weitergabe, sei bislang noch nicht für die Corona-Impfstoffe nachgewiesen, teilt auch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung mit. Das bedeutet, dass auch geimpfte Personen das Virus verbreiten können. **Die Aussage „mit der Impfung schützt Du Dich und andere“, die Kindern seit Monaten eingetrichtert wird, ist widerlegt**.

## Was ist mit Meldungen über steigende Fallzahlen bei Kindern und Jugendlichen?

Leider werden viele Zahlen, die in den Medien publiziert werden, nicht ins Verhältnis gesetzt. So sind z.B. **Schul- und Kitakinder die einzige Bevölkerungsgruppe, die seit Monaten konsequent und nahezu 100 % bis zu 3 x die Woche getestet werden**. Mittlerweile ist bestätigt, dass auch Geimpfte das Virus übertragen können, doch getestet werden sie allenfalls gelegentlich. Aussagen wie: „Die Fallzahlen in der jüngeren Bevölkerungsgruppe nehmen zu!“ helfen daher nicht, um das Infektionsgeschehen in der Gesamtbevölkerung beurteilen zu können. Das wäre nur möglich, wenn eine repräsentative Stichprobe aller Altersgruppen in regelmäßigen Abständen unabhängig vom Impfstatus getestet würde.



## Sind die neuen Virusvarianten gefährlicher für Kinder?

Bisher haben auch die neueren Virusvarianten nicht zu schwereren Krankheitsverläufen bei Kindern und Jugendlichen geführt – weder die Beta-Variante noch die aktuelle Delta-Variante verursachen eine höhere Hospitalisierungsrate zur Folge. Dies sagt die STIKO zur Delta-Variante: „Bisher gibt es auf Grundlage der Surveillancedaten zu C-19 keine Hinweise darauf, dass das Aufkommen der Delta-Variante zu einer Zunahme von Covid-19-assoziierten Hospitalisierungen und Todesfällen bei Kindern und Jugendlichen führt.“



[In diesem Artikel](#) im Hessischen Ärzteblatt (10/21) konstatieren die Autoren: „Die Zunahme der Delta-Variante ist bisher mit einer Steigerung der Meldungen, aber nicht der Hospitalisierungen assoziiert – ebenso wie in England. (...) Bei den Kindern verläuft – wie bei den vorherigen Wellen auch – die Hospitalisierungsrate eng assoziiert mit der Melderate, eine höhere Pathogenität der Delta-Variante (Indikator Hospitalisierung) ist bislang nicht erkennbar“. Link: [https://www.laekh.de/fileadmin/user\\_upload/Heftarchiv/Einzelartikel/2021/10\\_2021/Ansichten\\_Narrative\\_Angststatt\\_Erfahrung\\_Evidenz.pdf](https://www.laekh.de/fileadmin/user_upload/Heftarchiv/Einzelartikel/2021/10_2021/Ansichten_Narrative_Angststatt_Erfahrung_Evidenz.pdf)

Auch die Deutsche Gesellschaft für pädiatrische Infektologie (DGPI) sagt: „Der Kenntnisstand hat sich auch unter den zusätzlichen Einflüssen neuer Virus-Varianten (zuletzt der Delta-Variante) gefestigt und bestätigt; grundlegende Erkenntnisse mussten nicht revidiert werden.“ Link zur gemeinsam mit der DGKH verfassten Stellungnahme: [https://dgpi.de/wp-content/uploads/2021/09/2021-09-13-Stellungnahme-DGPI-DGKH\\_kurz.pdf](https://dgpi.de/wp-content/uploads/2021/09/2021-09-13-Stellungnahme-DGPI-DGKH_kurz.pdf)

Im vergangenen Herbst wurden **Hunderttausende Schüler in Quarantäne gesetzt**, weil es 1-2 positive Schnelltests an ihrer Schule gab. In den meisten Fällen wurde nicht überprüft, ob es tatsächlich zu Übertragungen im Schulzusammenhang kam. Die Kinder wurden 14 Tage und länger zu Hause eingesperrt – in den meisten Fällen ohne "Freitesten".

## Wieviel Testen macht Sinn?

Dr. Thomas Fischbach, Präsident des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ), hat sich für eine Abschaffung der regelmäßigen Corona-Tests an Schulen ausgesprochen. „Wir brauchen die anlasslosen Corona-Massentests in Schulen nicht mehr“, sagte Fischbach Mitte Oktober der Bild-Zeitung. Der Aufwand für Schnelltests lohne sich nicht und führe nicht selten zu falschen Ergebnissen.

## Bis zu 350.000 € Kosten für ein positives Testergebnis

Auch ein [Artikel im Hessischen Ärzteblatt](#) konstatiert: „Eine anlasslose Testpflicht für Schüler ist nicht sinnvoll. Im Rahmen der Antigen-Testpflicht für Schüler in Deutschland wurden bei Millionen von Tests in Hessen zwischen 0,003 und 0,06 % der Schüler und 0,04 % Lehrer und 0,00-0,06 % der Kinder respektive Erzieher in Kitas positiv auf SARS-CoV-2 getestet. Je niedriger die 7-Tage-Inzidenz, desto höher ist der Anteil der „falsch positiven“ Antigen-Tests (Abb. 3). Bei Abschätzung der Analyse-Kosten nach Corona-Testverordnung ergeben sich in den Studien bis ca. 350.000 € pro einem positiv getesteten Fall (Tab. 1) — obwohl es sich in der Regel um asymptomatisch Infizierte bzw. nur leicht Erkrankte handelt, die wiederum nur selten weitere Personen infizieren.“ Bei den Autoren handelt es sich um zwei ehemalige Gesundheitsamtsleiter. [https://www.laekh.de/fileadmin/user\\_upload/Heftarchiv/Einzelartikel/2021/10\\_2021Ansichten\\_Narrative\\_Angststatt\\_Erfahrung\\_Evidenz.pdf](https://www.laekh.de/fileadmin/user_upload/Heftarchiv/Einzelartikel/2021/10_2021Ansichten_Narrative_Angststatt_Erfahrung_Evidenz.pdf)

## Inzidenzorientierung fragwürdig

Die derzeit immer wiederkehrenden Schlagzeilen über hohe Inzidenzen bei Jüngeren werden nicht ins Verhältnis gesetzt: Schüler und Schülerinnen sind die einzige Bevölkerungsgruppe, die seit mehr als einem halben Jahr zu nahezu 100 Prozent bis zu 4x die Woche getestet wird. Eine realistische Risikoeinschätzung wäre nur möglich, wenn geimpfte und ungeimpfte Erwachsene ebenfalls regelmäßig getestet würden und es verständliche und nachvollziehbare Informationen über die Zahl der schwer Erkrankten gäbe.



# Kinder-Corona ist nicht Erwachsenen-Corona!

## 1) Geringeres Ansteckungsrisiko für Kinder und Jugendliche

Wissenschaftlich sehr gut belegt, aber leider in der deutschen Debatte bislang unberücksichtigt ist die Tatsache, dass Kinder und Jugendliche sich deutlich seltener mit SARS-CoV-2 infizieren als Erwachsene. Dies gilt international publizierten Studienergebnissen zufolge auch dann, wenn Personen <19 J. über längere Zeiträume in engem Kontakt mit Infizierten waren, z.B. im gemeinsamen Haushalt, oder aber auch bei gut besuchten Festivitäten in Innenräumen ohne Abstandsregeln und Maskenpflicht. (Vgl. S. 2-3)

## 2) Geringeres Risiko für schwere Erkrankungen, milde Verläufe

Alle bisher vorliegenden Statistiken zeigen, dass Kinder und Jugendliche nur in sehr geringem Maße gefährdet sind, schwer an Covid-19 zu erkranken. (Vgl. S. 4-5) Alle bisher vorliegenden Studien zeigen: Für Kinder und Jugendliche ist Corona grundsätzlich harmlos. Es gibt selten schwere Erkrankungsverläufe, und diese sind im Vergleich zu schweren Verläufen anderer Erkältungsviren weder schlimmer noch häufiger. Die Kinderkliniken sind nachweislich mehr belastet durch herkömmliche Erkältungsviren (v.a. RSV) als durch Corona.

## 3) Der Mythos vom unerkannten Superspreader trifft Kinder zu Unrecht

Wie auf den Seiten 6-7 gezeigt, sind Kinder und Jugendliche auch weniger ansteckend als vermutet. Von der Wissenschaft identifizierte Risikofaktoren für "typische" Superspreader ist höheren Lebensalters, übergewichtig und symptomatisch erkrankt. Dieser Umstand wird in der medialen und politischen Debatte peinlich beschwiegen. Das wäre hinnehmbar, wenn nicht gleichzeitig Kindern und Jugendlichen unterstellt würde, sie seien wesentliche Träger des Infektionsgeschehens.



## 5) Langzeitfolgen von Covid-19 bei Kindern nicht belegt, Langzeitfolgen der Maßnahmen zu befürchten

Auch wenn es in den Medien immer wieder thematisiert wird, fehlen laut STIKO, GKV und verschiedenen Fachmediziner wissenschaftliche Belege für Langzeitfolgen von Covid-19, die eindeutig auf die Krankheit und nicht auf die massiven Einschränkungen im Lebensalltag von Kindern infolge der Maßnahmen zurückzuführen sind. Wer 14 Tage und länger von Sozialkontakten, Tageslicht und Sport ausgesperrt wird, erleidet mit hoher Wahrscheinlichkeit Einschränkungen seiner psychischen Gesundheit, die sich auch körperlich zeigen können. (vgl. S. 3-4)

## 6) Diskriminierung ungeimpfter Jugendlicher ist im vollen Gange

Entgegen der ausdrücklichen Empfehlung der STIKO findet eine schleichende Ausgrenzung ungeimpfter Jugendlicher bereits statt: So dürfen sie teilweise bei Klassenfahrten nicht mitfahren, werden vom Chor ausgeschlossen, von gemeinsamen Feiern u.v.m. Für die Betroffenen ist dies äußerst verletzend und bedrückend. Sogar Genesene werden diskriminiert, indem ihnen kein dauerhafter Status zugestanden wird, obwohl die Immunantwort nach einer SARS-CoV-2-Infektion dauerhafter und breiter ist als bei einer Impfung, insbesondere bei Jüngeren. (Vgl. S. 8)

## 7) Schulschließungen ineffektiv, berufstätige Eltern überlastet

Der Besuch von Schulen und Kitas hatte in keinem der Länder, in denen diese Einrichtungen offen blieben oder früh wieder geöffnet wurden, nennenswerte Auswirkungen auf das Infektionsgeschehen in der Gesamtbevölkerung. In kaum einem anderen Land der Welt gab und gibt es so lange und massive Einschränkungen für Schüler und Schülerinnen wie in Deutschland.



Während Erwachsene feiern, reisen, in Fußballstadien strömen und sich über Tinder etc. zum Date verabreden, sollen und sollten Kinder und Jugendliche das Infektionsgeschehen "retten". Mit ihnen betroffen sind ihre Eltern, von denen viele einfach nicht mehr können. Insbesondere Mütter und Alleinerziehende haben teilweise bereits ihre Erwerbstätigkeit reduziert oder aufgegeben oder stehen kurz davor. Es sollte dringend evaluiert werden, inwieweit der Personal-mangel im Pflegebereich auch darauf zurückzuführen ist.

Wir müssen mit dem Virus leben. Die gesamte internationale Studienlage zeigt: Für Kinder und Jugendliche ist das eigentlich kein Problem. Gesichert ist aber auch, dass Übergewicht und psychische Beschwerden bei den Jüngeren stark zugenommen haben. Viel zu viele kommen auch in der Schule nicht mehr gut mit oder haben sich insgesamt zurückgezogen. Nun müssen wir als Eltern, Lehrer\_innen und Politiker\_innen entscheiden, wie wir mit diesen Informationen verantwortungsvoll umgehen!

Von Ärztinnen und Ärzten unterstützt, u.a.:

Dr. med. Alexander Kreibitz, Intensivmediziner

Dr. med. Michael Kronawitter, Facharzt für Allgemeinmedizin, MPH

Claudius Loga, Facharzt für Allgemeinmedizin

Stefan Richardt-Stroh, Facharzt für Innere Medizin (alle aus Berlin)

Wenn auch Sie diese Broschüre empfehlen wollen, schreiben Sie uns: [post@lernen-aus-corona.de](mailto:post@lernen-aus-corona.de)

Impressum

AG Evidenzbasierte Maßnahmen für Kinder beim [Netzwerk Critical Ma's](#)

Text: Sandra Reuse und AG-Mitglieder  
<https://www.lernen-aus-corona.de/broschuere-kinder/>