

Thesenpapier-Autorengruppe

7. Adhoc-Stellungnahme

Die Pandemie durch SARS-CoV-2/CoViD-19:

Fehlende medizinische Evidenz: Impfkampagne bei Kindern aus politischer Motivation?

Zur geänderten STIKO-Impfempfehlung für 5-11jährige Kinder
ohne Vorerkrankungen

7. Adhoc-Stellungnahme der Thesenpapier-Autorengruppe
Köln, Berlin, Bremen, Frankfurt, Graz, Hamburg
Endfassung 23.6.2022, 18:00h

Autorengruppe

Dr. med. Andrea Knipp-Selke

Ärztin und Wissenschaftsjournalistin

Hedwig François-Kettner

Pflegemanagerin und Beraterin, ehem. Vorsitzende des Aktionsbündnis Patientensicherheit, Berlin

Prof. Dr. Dr. med. René Gottschalk

Ehemaliger Leiter des Gesundheitsamtes Frankfurt am Main

Franz Knieps

Jurist und Vorstand eines Krankenkassenverbands, Berlin

Prof. Dr. rer. pol. Philip Manow

Universität Bremen, SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik

Dr. med. Martin Sprenger

Medizinische Universität Graz, Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie

Prof. Dr. rer.nat. Gerd Glaeske †

Universität Bremen, SOCIUM Public Health, ehem. Mitglied im Sachverständigenrat Gesundheit

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe

Universität Köln, ehem. Stellv. Vorsitzender des Sachverständigenrates Gesundheit

Kontakt

Dr. med. Andrea Knipp-Selke

Waldhausstr. 32, 51069 Köln

andrea.knipp@t-online.de

+49 221 3401457

Hinweis: Zu den bisherigen Thesenpapieren und Stellungnahmen der Autorengruppe s. <https://www.schrappe.com/ms2/akt24a.htm> und auf der Webseite Info-Plattform Corona, <https://corona-netzwerk.info/>

Überraschend hat sich die Ständige Impfkommission (STIKO) am 24. Mai nun doch für die einmalige Impfung gesunder Kinder im Alter von 5 bis 11 Jahren ausgesprochen. Empfohlen wird die einmalige Impfung mit einem mRNA-Impfstoff, vorzugsweise mit Comirnaty^R. Diese Impfeempfehlung werde vorsorglich ausgesprochen, so die STIKO, weil ein erneuter Anstieg von SARS-CoV-2- Infektionen im kommenden Herbst bzw. Winter zu erwarten sei. Erneut sprach sie sich zudem explizit dagegen aus, dass der Zugang von Kindern und Jugendlichen zu sozialer Teilhabe vom Vorliegen einer Impfung abhängig gemacht werde. Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach beeilte sich dann auch, im Rahmen einer Pressekonferenz auf dem Deutschen Ärztetag in Bremen zu betonen, dass die Entscheidungshoheit über die Impfung den Eltern überlassen bleiben müsse. Doch sind dieser Freiheit enge Grenzen gesetzt. So ist „in Fällen von widersprüchlichen Einstellungen gemeinsamer Sorgeberechtigter bei gerichtlichen Auseinandersetzungen in der Regel davon auszugehen, dass demjenigen Sorgeberechtigten die Entscheidungsbefugnis übertragen wird, der die Impfung befürwortet.“ Auf diesen 2017 vom Bundesgerichtshof ergangenen Beschluss¹ weist die STIKO in ihrer Empfehlung ausdrücklich hin. Und dass die Politik diesem Appell der STIKO nicht unbedingt zu folgen geneigt ist, hat sich schon bei der Impfeempfehlung für die 12- bis 17-Jährigen gezeigt: selbige wurde ignoriert und die 2G-Regeln auf 16- und 17-Jährige ausgeweitet.

Zur Vorgeschichte

Im November 2021 erfolgte die Empfehlung der Europäischen Arzneimittel-Agentur EMA für die Zulassung des Corona-Impfstoffes für 5- bis 11-Jährige. Am 17. Dezember empfahl die STIKO dann für Kinder von 5 bis 11 Jahren mit Vorerkrankungen eine Grundimmunisierung mit 2 Impfstoffdosen des mRNA-Impfstoffs Comirnaty (BioNTech/Pfizer) in altersgemäß zugelassener Formulierung. Begründet hat die STIKO dies mit deren erhöhtem Risiko für einen schweren Verlauf der COVID-19- Erkrankung. Zusätzlich wurde die Impfung 5- bis 11-jährigen Kindern empfohlen, in deren Umfeld sich Angehörige oder andere Kontaktpersonen mit hohem Risiko für einen schweren Verlauf befanden.

Im Dezember 2021 schrieb die STIKO, dass nach sorgfältiger Analyse der verfügbaren Daten – auch aus der vorangegangenen 4. Infektionswelle – in dieser Altersgruppe für Kinder ohne Vorerkrankungen nur ein geringes Risiko für eine schwere COVID-19- Erkrankung, Hospitalisierung und Intensivbehandlung bestehe. So seien in Deutschland während der gesamten bisherigen Pandemie bei gesunden Kindern im Alter von 5 bis 11

¹ Makoski, jurisPR-MedizinR 8/2017 Anm. 2

Jahren keine COVID-19-bedingten Todesfälle aufgetreten. Eine allgemeine Impfpflicht wurde aufgrund ungenügender Daten zur Impfstoffsicherheit und in Anbetracht der sehr geringen Krankheitslast nicht ausgesprochen. Auch versprach man sich Modellierungsstudien zufolge nur einen geringen Effekt auf die damals herrschende Infektionswelle. Exakt zwei Jahre nach dem Beginn ihrer Veröffentlichungen legt die Autorengruppe ihre 6. Adhoc-Stellungnahme zu SARS-CoV-2/CoViD-19 vor. Besonders durch die Eigenschaft der asymptomatischen Übertragung hat die Epidemie den zu erwartenden Verlauf genommen und die einseitig auf *containment* beruhenden Maßnahmen bedeutungslos werden lassen. Das europäische Ausland hat (mit sehr wenigen Ausnahmen, s.u.) alle Beschränkungen eingestellt und belässt es bei der Kombination von Impfung und sich weiter verstärkender natürlicher Immunität.

STIKO: jetzt Impfung auch für 5- bis 11-Jährige *ohne* Vorerkrankungen

Am 24.5.2022 hat die STIKO allerdings nun doch eine generelle Impfpflicht für alle 5- bis 11-Jährigen ausgesprochen. Dabei stellt sich die Frage, was sich seither geändert hat und aufgrund welcher neuen Daten und Erkenntnisse die STIKO ihre bisherige Impfpflicht nun auf alle Kinder im Alter von 5 bis 11 Jahren ausdehnt. Das ist insbesondere in Anbetracht der Tatsache bemerkenswert, dass das ohnehin schon geringe Risiko für diese Altersgruppe inzwischen noch geringer geworden sein dürfte. Modellierungen des RKI zufolge nämlich hatten inzwischen rund 80 Prozent bereits (mindestens) einen Kontakt mit dem Virus. An der vorliegenden wissenschaftlichen Evidenz jedenfalls kann es nicht gelegen haben: Die von der STIKO aufgelisteten Referenzen lassen keine Daten erkennen, die nicht im Januar 2022 schon vorhanden gewesen wären, abgesehen von der höheren Infektiosität unter Omikron bei gleichzeitig nochmals verringerter Krankheitslast.

Zur Frage der Krankheitslast

In der wissenschaftlichen Begründung² zur neuen Empfehlung heißt es:

- SARS-CoV2-Infektion bei 5- bis 11-Jährigen verlaufen idR asymptomatisch bis mild.
- Weniger als 1/10.000 SARS-CoV-2-infizierten Kindern im Alter von 5 bis 11 Jahren ohne Vorerkrankungen musste wegen einer therapiebedürftigen SARS-CoV-2-Infektion hospitalisiert werden.
- Sowohl Hospitalisierungen wie auch Covid-19-assoziierte intensivmedizinische Behandlungen sind in der Gruppe der 5- bis 11-Jährigen im Vergleich zu allen

² https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2022/Ausgaben/21_22.pdf?__blob=publicationFile

anderen Altersgruppen am niedrigsten. Zusätzlich ist zu berücksichtigen, dass in Deutschland von den insgesamt 103 im Register der DGPI (Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie) wegen Corona erfassten hospitalisierten Kindern 57% (n = 59) vorerkrankt waren.

- Die Letalität war bei den 5- bis 11-Jährigen mit 0,0004% gleichfalls am niedrigsten im Vergleich zu allen anderen Altersgruppen. Insgesamt wurden dem Robert Koch-Institut 9 Todesfälle im Alter von 5 bis 11 Jahren übermittelt, davon litten alle unter schweren Vorerkrankungen – für diese bestand bereits eine Impfempfehlung.
- Seit Beginn der Pandemie wurden in Deutschland keine tödlichen PIMS-Verläufe (*Pediatric Inflammatory Multisystem Syndrome temporally associated with SARS-CoV-2, auch: PIMS-TS*) gemeldet. Die Häufigkeit von PIMS nach Omikron kann noch nicht quantifiziert werden. Registerdaten deuten aber darauf hin, dass diese (noch) seltener sind als unter Delta.
- *Long Covid* tritt häufig bei älteren Kindern und Jugendlichen auf und ist diagnostisch schwer von z. B. *Long Pandemic* abzugrenzen.

Fragliche Nutzen-Risiko-Abwägung

Bislang lag den Impfempfehlungen der STIKO eine Nutzen-Risikoabwägung zugrunde, die den Nutzen einer Impfung z. B. hinsichtlich vermiedener Hospitalisierungen gegenüber dem Risiko durch Nebenwirkungen in Bezug setzte. Diese Nutzen-Risiko-Abwägung erlaubte im Januar keine Impfempfehlung aller 5- bis 11-Jährigen während Delta. Jetzt dominiert eine Variante, die noch weniger schwere Verläufe bei Kindern verursacht. Nicht nur deshalb erscheint der Nutzen der Impfung speziell in dieser Altersgruppe hierzulande zumindest fraglich, anders als beispielsweise in den USA, wo der Zugang zu medizinischen Versorgungsleistungen für Kinder bestimmter Bevölkerungsgruppen deutlich erschwert und der Anteil an Risikopatienten (Vorerkrankungen, Ethnie etc.) höher ist. Schon in der Vergangenheit war es so, dass US-amerikanische Studien/Impfempfehlungen aus diesen Gründen nicht ohne Weiteres auf deutsche Verhältnisse übertragbar waren und sind.

Vakzineeffektivität

Weiter heißt es in der medizinischen Begründung der Impfempfehlung, dass die ermittelte Vakzineeffektivität bezüglich COVID-19-bedingten Hospitalisierungen statistisch nicht signifikant sei. Einer Kohortenstudie aus NY zufolge liege *„die Vakzineeffektivität gegen jegliche SARS-CoV-2-Infektionen zwischen 68% (Studienbeginn) und 12% (nach 6*

Wochen)“.³ Die Wirksamkeit gegen Infektionen scheint demnach sehr schnell abzufallen. Was die Wirksamkeit gegen PIMS betrifft, so heißt es weiter in der medizinischen Begründung, lägen keine Daten vor, nicht einmal Schätzungen. Auch sei die Impfeffektivität zur Reduktion des Übertragungsrisikos bei 5- bis 11-Jährigen bislang nicht untersucht worden, jedoch deuteten „Daten aus Dänemark und Norwegen auf ein höheres Übertragungsrisiko nach Omikron als nach Delta“ hin, wobei die „Unterschiede zwischen ungeimpften und grundimmunisierten Personen für beide Varianten gering“ seien. Unerwähnt dabei blieb, dass in der norwegischen Studie Kontakte im Alter von 0 bis 15 Jahren aus den Impfeffektivitäts-Berechnungen ausgeschlossen wurden, da zu diesem Zeitpunkt Kinder im Alter von 12 bis 15 Jahren nur für eine Impfdosis und Kinder im Alter von 0 bis 11 Jahren gar nicht für eine Impfung in Frage kamen.⁴ Angesichts dieser Daten erscheint es zumindest zweifelhaft, inwieweit ausgerechnet die Impfung eine Verbesserung des Immunschutzes bewirken können sollte.

Surrogatparameter: Möglicherweise zu erwartender Anstieg der Neutralisationskapazität

Als Ziel der Impfung wird der Aufbau einer verstärkten Basisimmunität i.S. einer „hybriden“ Immunität angeführt. In diesem Abschnitt bezieht man sich jedoch nicht auf evidenzbasierte Studiendaten, sondern argumentiert mit einem „**zu erwartenden Anstieg der Neutralisationskapazität**“ und davon, dass eine solche hybride Immunität „**möglicherweise** nutzen **könnte**, um Kinder vor einer erneuten Infektion zu schützen.“ Dabei stellt sich jedoch die Frage, warum gesunde 5- bis 11-Jährige vor einer Infektion geschützt werden sollen, an der sie der Datenlage zufolge weder unter Omikron noch unter Delta schwer erkranken können.

Studien beziehen sich ausschließlich auf Erwachsene

Fraglich erscheint auch, wie die STIKO zu dem Schluss kommen kann, dass „*a single dose for survivors*“ den Immunschutz bei Kindern zu verstärken vermag, wenn über die Schutzdauer nach durchgemachter Omikron-Infektion bislang noch keine Daten vorliegen. Bei der in der STIKO-Begründung zitierten Literaturstelle handelt es sich um keine Studie,

³ Dorabawila V, Hoefler D, Bauer UE, Bassett MT, Lutterloh E, Rosenberg ES. Effectiveness of the BNT162b2 vaccine among children 5 – 11 and 12 – 17 years in New York after the Emergence of the Omicron Variant. medRxiv 2022.02.25.22271454; doi:<https://doi.org/10.1101/2022.02.25.22271454>

⁴ Jalali N, Brustad HK, Frigessi A, MacDonald EA, Meijerink H, Feruglio SL, et al. Increased household transmission and immune escape of the SARS-CoV-2 Omicron variant compared to the Delta variant: evidence from Norwegian contact tracing and vaccination data. medRxiv 2022.02.07.22270437; doi:<https://doi.org/10.1101/2022.02.07.22270437>

sondern um einen *Letter* vom Mai 2021⁵ (also sogar noch vor der Delta-Welle), in dem ganze 5 Referenzen angegeben werden, die sich ausschließlich auf Erwachsene beziehen können. Auch die übrigen zitierten Literaturstellen sind aus dem Jahr 2021 und beziehen sich nur auf Erwachsene und Delta.^{6,7,8,9,10,11,12} Von einer Impfung der 5- bis 11-Jährigen war man zu diesem Zeitpunkt weit entfernt.

Immunität der Kinder unterscheidet sich von der Erwachsener

Nun gibt es aber einige Belege dafür, dass sich die Immunität der Kinder deutlich von der Erwachsener unterscheidet. An dieser Stelle sei beispielhaft nur auf die prospektive multizentrische Kohortenstudie von Renk et al. hingewiesen, in der 328 Haushalte (548 Kindern und 717 Erwachsene), in denen mindestens ein Mitglied eine vorherige laborbestätigte SARS-CoV-2-Infektion hatte, 3-4 Monate und 11-12 Monate nach der Infektion auf ihre serologischen Reaktionen kontrolliert wurden. Insgesamt waren die mit SARS-CoV-2 exponierten Kinder zu beiden Kontrollzeitpunkten (T1: 33,76%, T2: 37,56%) deutlich seltener seropositiv als die Erwachsenen (T1: 57,88%, T2: 49,56%). Alle seropositiven Teilnehmer der Studie erkrankten nur leicht oder waren asymptomatisch infiziert. Bei Kindern war die Wahrscheinlichkeit einer Serokonversion ohne Symptome fünfmal höher als bei Erwachsenen. Trotz eines häufig asymptomatischen Infektionsverlaufs wiesen die Kinder höhere spezifische Antikörperspiegel auf und ihre Antikörper persistierten länger als die der Erwachsenen – 96,22 % vs. 82,89 % waren noch 11-12 Monate nach der Infektion seropositiv. Die Autoren schlossen daraus, dass die langfristige humorale Immunantwort auf eine SARS-CoV-2-Infektion bei Kindern robust ist und auch nach einer asymptomatischen Infektion einen langfristigen Schutz bieten kann.¹³ Auf Basis solcher Ergebnisse stellt sich die Frage, ob man bei Kindern nicht auch nach Omikron-Infektionen von einem deutlich höheren Schutz im Vergleich zu Erwachsenen ausgehen muss.

⁵ Frieman M, Harris AD, Herati RS, Krammer F, Mantovani A, Rescigno M, et al. SARS-CoV-2 vaccines for all but a single dose for COVID-19 survivors. *EBioMedicine*. 2021;68.

⁶ Crotty S. Hybrid immunity. *Science*. 2021;372(6549):1392-3.

⁷ Wang Z, Muecksch F, Schaefer-Babajew D, Finkin S, Viant C, Gaebler C, et al. Naturally enhanced neutralizing breadth against SARS-CoV-2 one year after infection. *Nature*. 2021;595(7867):426-31.

⁸ Reynolds CJ, Pade C, Gibbons JM, Butler DK, Otter AD, Menacho K, et al. Prior SARS-CoV-2 infection rescues B and T cell responses to variants after first vaccine dose. *Science* 2021 Apr 30:eabh1282 doi: 10.1126/scienceabh1282.

⁹ Stamatatos L, Czartoski J, Wan Y-H, Homad LJ, Rubin V, Glantz H, et al. mRNA vaccination boosts cross-variant neutralizing antibodies elicited by SARS-CoV-2 infection. *Science*. 2021;372(6549):1413-8.

¹⁰ Abbasi J. Study suggests lasting immunity after COVID-19, with a big boost from vaccination. *JAMA*. 2021;326(5):376-7.

¹¹ Ibarondo FJ, Hofmann C, Ali A, Ayoub P, Kohn DB, Yang OO, et al. Previous Infection Combined with Vaccination Produces Neutralizing Antibodies with Potency against SARS-CoV-2 Variants. *mBio*. 2021;12(6):e02656-21.

¹² Gazit S, Shlezinger R, Perez G, Lotan R, Peretz A, Ben-Tov A, et al. Comparing SARS-CoV-2 natural immunity to vaccine-induced immunity: reinfections versus breakthrough infections. *medRxiv* 2021.08.24.21262415; doi:<https://doi.org/10.1101/2021.08.24.21262415>

¹³ Renk, H., Dulovic, A., Seidel, A. et al. Robust and durable serological response following pediatric SARS-CoV-2 infection. *Nat Commun* 13, 128 (2022). <https://doi.org/10.1038/s41467-021-27595-9>

Es heißt, höhere (humorale) Antikörper-Spiegel seien mit einem besseren Immunschutz gleichzusetzen. Da aber keine Daten zur Schutzdauer nach Omikron-Infektionen vorliegen, ist nicht ersichtlich, wie die STIKO zu dem Schluss kommen kann, dass Omikron-Infektionen zu einer weniger verlässlichen Immunität bei Kindern führt als jene mit Delta, insbesondere angesichts der Tatsache, dass es sich bei dem AK-Spiegel um einen Surrogatparameter von unklarer klinischer Bedeutung handelt. Wenn man diesen aber als Impfziel definiert, dann ließen sich mit der gleichen Begründung weitere Boosterungen empfehlen. Unbeantwortet bleibt in der wissenschaftlichen Begründung der STIKO auch die Frage, was mit Kindern ist, die bereits mehrfach Infektionen durchlaufen haben, vor allem jenen, bei denen diese symptomlos verlaufen sind, und wie die STIKO das Risiko eines übersättigten Immunsystems einschätzt.

Schutz für die Zukunft mit Impfstoff aus der Vergangenheit?

Nachdem nun bereits knapp 80% der 5- bis 11-Jährigen mindestens einen Kontakt mit dem Erreger hatten, empfiehlt die STIKO eine Impfung mit einem Impfstoff zur Immunisierung gegenüber dem Wildtyp, der einen besseren Schutz gegen bekannte Virusvarianten vermitteln soll, gegen die im Januar wegen marginaler Krankheitslast noch nicht geimpft werden sollte. Möglicherweise, so weiter, bestehe damit auch gegen neue Varianten ein besserer Schutz. Offen bleibt dabei, wie wahrscheinlich aus epidemiologisch-historischer Perspektive die Entstehung pathogenerer Varianten durch Mutationen beim Übergang von der Pandemie zur Endemie sind. Um einen Vergleich zur Influenzaimpfung zu bemühen: Auch hier wird nicht proaktiv ein Impfstoff verabreicht, der auf einer 2,5 Jahre zurückliegenden Variante beruht, sondern jährlich angepasst. In diesem Fall aber soll eine Grundimmunisierung mit einem Impfstoff erfolgen, der auf dem 2,5 Jahre zurückliegenden Wildtyp beruht, um vor neuen Varianten zu schützen.

Wenig Daten über mögliche schwere Nebenwirkungen

Auch über mögliche schwere Impfnebenwirkungen bei 5- bis 11-Jährigen liegen nur wenige Daten vor; die Datenlage zur Einschätzung des Myokarditisrisikos beurteilt die STIKO als nicht hinreichend. („*Bislang gibt es global keine hinreichende Datenlage, um u. a. das Myokarditisrisiko vollständig abzuschätzen. Initiale Berichte lassen eine deutlich geringere Myokarditis-Inzidenzrate als bei Jugendlichen ab 12 Jahren und jungen Erwachsenen erwarten.*“)¹⁴ Somit stellt sich die Frage, warum Eltern angesichts der marginalen Krankheitslast, die mit einer Corona-Infektion für gesunde 5- bis 11-Jährige

¹⁴ https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2022/Ausgaben/21_22.pdf?__blob=publicationFile

verbunden ist, überhaupt das Risiko von Nebenwirkungen eingehen sollten, ob sie nun schwer oder leicht sein mögen.

Eine Dosis – wo ist die wissenschaftliche Basis?

Die Zulassungsstudie empfiehlt 2 Dosen im Abstand von 21 Tagen bei seronegativen Personen¹⁵, die CDC inzwischen sogar eine Boosterimpfung für 5- bis 11-Jährige, ungeachtet der Tatsache, dass dort ebenso viele Kinder bereits infiziert gewesen sein dürften¹⁶ und ohne dass Daten vorliegen, die den Nutzen eines solchen Vorgehens belegen könnten. Hier sollen die Kinder nur 1x geimpft werden. Daten für ein solches Vorgehen liegen nicht vor, der Impfstoff ist für ein solches Schema nicht zugelassen. Offen bleibt auch, auf welcher wissenschaftlichen Basis der Abstand von (mindestens) drei Monaten zu einer vorangegangenen Infektion begründet ist. Möglicherweise hat man bei diesem zeitlichen Abstand an die Dauer des Genesenenstatus gedacht, der in Deutschland drei Monate gilt. Allerdings beschreitet Deutschland damit im internationalen Vergleich einen Sonderweg und es ist zumindest fraglich, ob es auf Basis der begründeten Annahme, dass Kinder eine weitaus stabilere Immunität nach Infektion entwickeln als Erwachsene, gerechtfertigt ist, diesen Abstand zwischen Infektion und Impfung zu empfehlen.

Kriterien für eine Impfempfehlung nicht erfüllt

Die STIKO empfiehlt Impfungen, wenn diese im öffentlichen Interesse sind. Dafür muss mindestens eines der folgenden Kriterien erfüllt sein:¹⁷

- Durch die Impfung können Todesfälle, schwere Krankheitsverläufe und Folgeschäden vermieden werden (Individualschutz)
- Das Impfziel erfordert den Aufbau einer Herdenimmunität, nur durch Impfung vieler ist der Schutz von Menschen, die nicht geimpft werden können, möglich
- Die Elimination oder Eradikation von Krankheitserregern wird angestrebt
- Durch die Impfung kann der Verlauf von Epidemien, die das öffentliche Leben in relevantem Maß beeinträchtigen können, günstig beeinflusst werden

Todesfälle bei nicht vorerkrankten 5- bis 11-Jährigen gab es in Deutschland nicht, die Hospitalisierungsrate ist die niedrigste unter allen Altersgruppen, eine Herdenimmunität

¹⁵ Walter EB, Talaat KR, Sabharwal C, Gurtman A, Lockhart S, Paulsen GC, et al. Evaluation of the BNT162b2 Covid-19 Vaccine in Children 5 to 11 Years of Age. N Engl J Med. 2021.

¹⁶ Clarke KE, Jones JM, Deng Y, et al. Seroprevalence of Infection-Induced SARS-CoV-2 Antibodies — United States, September 2021–February 2022. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2022;71:606-608
DOI: <http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm7117e3>

¹⁷ Von Kries R, Kaiser V Corona-Impfung für 5 bis 17Jährige, Kinderärztliche Praxis, 2022; 93 (3) Seite 188-193

lässt sich mit der Impfung nicht erreichen, der Krankheitserreger lässt sich nicht eliminieren. Blicke das Argument, dass die Impfung der 5- bis 11-Jährigen den Verlauf der Pandemie günstig beeinflussen könnte, was angesichts der Tatsache, dass die Impfung von sehr begrenzter Wirkdauer ist und keine sterile Immunität hinterlässt, nicht überzeugen kann.

Und wieder droht die Gefahr der Diskriminierung nicht geimpfter Kinder

Sicherlich kann man die STIKO nicht dafür verantwortlich machen, was die Politik aus ihren Empfehlungen macht. Auch hat sich die STIKO in jeder ihrer Empfehlungen explizit dagegen ausgesprochen, dass der Zugang von Kindern und Jugendlichen zur Teilhabe an Bildung, Kultur und anderen Aktivitäten des sozialen Lebens vom Vorliegen einer Impfung abhängig gemacht wird. Fakt aber ist, dass es erst die Impfempfehlungen der STIKO waren, die es ermöglicht haben, Kindern und Jugendlichen gleichfalls 2G/3G-Regelungen aufzuerlegen. Und wenn die STIKO in ihrer Empfehlung die Reduktion indirekter Folgen von SARS-CoV-2-Infektionen, z. B. von Isolations- und Quarantänephase, anführt, dann ist das keine medizinische, sondern eine politische Indikation. An dieser Stelle muss dann die Frage erlaubt sein, ob die STIKO glaubt, die in anderen Ländern als nicht zeitgemäß betrachteten und damit redundanten Isolations- und Quarantänemaßnahmen durch eine Impfung reduzieren zu können.

Das Vertrauen in die STIKO hat in den letzten Monaten deutlich gelitten. Die STIKO aber ist und bleibt eine wichtige Institution im Rahmen jeglicher Infektionskontrolle. Es wäre zu wünschen, dass sie auch bereit ist, Beschlüsse bei mangelnder Evidenzlage zu revidieren.