

GAST: THOMAS MERTENS, STIKO, ZU IMPFUNGEN FÜR KINDER

Korinna Hennig

Wir haben einen Gast heute im Podcast. Denn wir wollen das Thema „Corona-Impfung für Kinder?“ ein bisschen ausruher beleuchten. Dazu sind wir jetzt zusammengeschaltet mit Professor Thomas Mertens. Auch er ist Virologe. Vor allem aber leitet er nun schon im vierten Jahr die STIKO, die Ständige Impfkommission, die als unabhängiges und ehrenamtliches Gremium alle Fragen rund um Schutzimpfungen prüft und dann ihre Empfehlung abgibt. Herr Mertens, die Politik, der Gesundheitsminister, aber auch andere Politiker, haben sich schon sehr weit ins Feld geworfen und propagieren eigentlich eine Kinderimpfung. Aber die STIKO-Empfehlung steht noch aus. Sie sind noch in den Beratungen. Wer jetzt aufmerksam die Medien verfolgt, der weiß, dass Sie von der STIKO bislang eher zurückhaltend sind. Was ist der Hauptgrund für Ihre Zurückhaltung?

Thomas Mertens

Es geht bei uns im Augenblick weniger um Beratung als vielmehr um die Auswertung der Daten und das Schaffen der Evidenz für diese Empfehlung. Aus Sicht der STIKO ist das Entscheidende, das wir sicher sein müssen, dass die Empfehlung genau den Interessen der Gesundheit der Kinder dient. Für uns steht ganz im Vordergrund, dass die Empfehlung wirklich den besten Gesundheitsinteressen der Kinder dient. Die STIKO hat vor etlichen Jahren eine Arbeitsanweisung erarbeitet, die genau festlegt, wie bei einer Erarbeitung einer Empfehlung vorzugehen ist. Die Hauptsache für die STIKO ist, dass die Empfehlungen auf der besten verfügbaren Evidenzbasis getroffen werden. Viele Menschen haben den Eindruck, dass die STIKO zusammensitzt und Meinungen diskutiert. Das ist aber überhaupt nicht der Fall. Sondern es geht immer nur darum, alle verfügbaren Daten genau zu prüfen, zu analysieren und dann letztendlich daraus Schlüsse für eine Empfehlung zu ziehen.

Sandra Ciesek

Was man oft auch in Social Media lesen kann, sind Vorwürfe oder Unterstellungen, sage ich jetzt mal, dass man seine Entscheidung abhängig macht von dem, wer einem Geld gibt. Also bekommt man dafür denn Geld, wenn man bei der STIKO mitwirkt?

Thomas Mertens

Nein, das ist eine ehrenamtliche Tätigkeit. Weder ich noch jemand anderes aus der STIKO hat dafür je einen Euro bekommen.

Korinna Hennig

Das heißt, Sie sind auch völlig unabhängig von der Politik. Das kann man jetzt in dieser kleinen Diskrepanz - Risikobewertung, was für Folgen werden daraus gezogen - ganz gut sehen. Sie haben die Evidenzbasis angesprochen, Herr Mertens. Nun wissen wir relativ gesichert, dass Kinder eher selten erkranken.

In UK wurden seit März 2020 über 500.000 Infektionen bei Kindern und Jugendlichen nachgewiesen, in den USA hatten sich bis Ende Mai 4 Millionen Kinder infiziert. In Deutschland hat das RKI bis 1. Juni 2021 über 113.000 Fälle bei Kindern in Kitas und Schulen erfasst. Demgegenüber wurden im gleichen Zeitraum 88.000 Infektionen von Mitarbeitern im Gesundheitswesen registriert. Die meisten Eltern dürften sehr vorsichtig gewesen sein und etliche haben ihre Kinder vorsorglich aus Schulunterricht oder Kitabetreuung herausgenommen und private Kontakte stark reduziert. Wir wissen also nicht, wie sich Kinder infizieren, wenn sie so in Kita oder Schule gehen und ihren Freizeitaktivitäten nachgehen würden wie vor der Pandemie. Außerdem werden vor allem bei jüngeren Kindern auch weniger Infektionen erfasst, einfach weil man ihnen das Testen ersparen will und weil bei Kindern viel kleinere Stichproben für die Tests gewonnen werden oder an der falschen Stelle gesucht wird (zB sind Stuhlproben häufiger besser geeignet als Rachen/Nasenabstriche, werden aber selten angewandt).

Wenn sie erkranken, dann in der Regel überhaupt nicht schwer. Aber es gibt noch ein paar mehr Dimensionen, die dabei zu bedenken sind, bei so einer Risikoabschätzung. Wir haben im Podcast mit Frau Ciesek auch schon darüber gesprochen, dass die Datenlage zum Beispiel zu Long Covid, also zu Langzeitfolgen einer Infektion bei Kindern, dünn ist. Die Studien, die es dazu gibt, haben verschiedene Einschränkungen, geringe Fallzahlen. Man kann gar nicht sagen, wie

aussagekräftig die tatsächlich sind, was die Prävalenz von Long Covid angeht, also die Häufigkeit. Aber dass es vorkommt, kann man schon als gesichert ansehen, oder? Auch bei Kindern.

SCHLECHTE DATENLAGE ZU „LONG COVID“ BEI KINDERN

Thomas Mertens

Ja, wie Sie zu Recht gesagt haben, das ist auch das Ergebnis unserer Literaturanalyse, dass das Problem des sogenannten Long Covid bei Kindern wirklich sehr schlecht hinsichtlich der Datenlage ist. Das fängt schon damit an, dass das Krankheitsbild bei Kindern nicht gut definiert ist und dass es zwar die bekannte Publikation aus England gibt, die da Prozentzahlen angibt.

Ich habe die Arbeit von Thomson, Helen 2021 Children with long covid aus Großbritannien, gefunden, die von anhaltenden Symptomen bei fast der Hälfte der erkrankten Kinder berichtet. Erwachsene berichten von Fatigue, Muskel- und Gelenkschmerzen, Kopfschmerzen, Schlafstörungen und kardiale Symptome (Palpitationen). Andere gehen von bis zu 100 weiteren Symptomen nach durchgemachter Infektion aus (gastrointestinale Beschwerden, Übelkeit, Schwindel, Krampfanfälle, Halluzinationen und Hodenschmerzen)

In einer italienischen Arbeit wurden bei mehr als der Hälfte der erkrankten Kinder eines Krankenhauses im Alter von 6-16 mindestens ein Symptom länger als 120 Tage (4 Monate) erfasst, die bei mind. 42.6% zu dauerhaften täglichen Einschränkungen geführt haben.

In UK wurden bei 12,9% der Kinder von 2-11 Jahren und 14,5% der Kinder von 12-16 Jahren persistierende Symptome noch Wochen nach der Infektion erfasst.

In Deutschland hat die DGPI jetzt eine Meldemöglichkeit für Ärzte, die Kinder mit long Covid und auch Kinder nach PIMS betreuen, geschaffen.

Aber letztendlich sind wir zu der doch literaturgestützten Auffassung gekommen, dass es hinsichtlich Long Covid in dieser Altersgruppe - wohlgemerkt es geht hier um die Zwölf- bis 17-Jährigen, also um die, die jetzt möglicherweise geimpft werden sollen - die Datenlage praktisch völlig unzureichend ist. Aber vielleicht sollte man noch mal sagen, was Covid an sich für diese Altersgruppe bedeutet. Wir wissen, dass der Meldestatistik ungefähr 188.000 Kinder und Jugendliche in diesem Alter, also 12 bis 17, erfasst worden sind. Und von diesen 188.000, die eine Infektion gesichert hatten - das werden sicher noch mehr sein - aber letztendlich die, die gemeldet worden sind, sind etwa ein Prozent, 1800 hospitalisiert worden. Von diesen 1800 wiederum sind nur ein Prozent intensivmedizinisch behandelt worden. Das handelt sich also, wenn man das runterrechnet, um ungefähr 18 Kinder und Jugendliche. Es hat zwei Todesfälle gegeben. Das macht dann einen Prozentsatz von 0,001 Prozent aus. Da muss man sagen, beide Todesfälle betrafen Kinder, die schon praktisch in palliativer Situation waren. Das heißt, sie waren sehr schwer krank. Man muss auch sagen, dass viele der Infektionen bei den Kindern in den Krankenhäusern, wenn sie hospitalisiert wurden, zufällig entdeckt worden sind. Also ein Beispiel: Ein Kind kommt wegen einer akuten Blinddarmentzündung ins Krankenhaus. Es wird ein Test gemacht und dabei stellt sich raus, dass das Kind auch PCR-positiv ist für SARS-CoV-2. Dann hat das Kind definitionsgemäß eine Infektion, aber die Einweisung ins Krankenhaus erfolgte wegen des Blinddarms. Zusammengenommen ist es wirklich eine ausgesprochene Rarität. Und die zwei registrierten Todesfälle in dieser Altersgruppe betrafen alle Kinder, die schon ohne Covid sehr schwer krank waren.

Hier wird irgendwie vieles durcheinandergebracht: Es geht um die Häufigkeit von long Covid bei den 12-17jährigen, die jetzt geimpft werden könnten. Dazu liegen wenig Daten vor. Ich bin in einer Facebook-Gruppe mit Eltern, deren Kinder persistierende Symptome nach Covid haben. Die Gruppe hat 172 Mitglieder. Erst jetzt bilden sich an manchen Kliniken Nachsorgestellen für Kinder. Ich gehe hier also von einer Untererfassung aus, ohne sagen zu können, wieviele Kinder wirklich betroffen sind. Aber ich kann auch nicht sagen, dass long Covid eine absolute Rarität darstellt.

Interessant ist doch die große Zahl von 188.000 erfassten Infektionen allein bei den 12-17jährigen. Außerdem werden Zahlen zur Hospitalisierung (1800 allein in dieser Altersgruppe) und Intensivbetreuung („nur“ 18 bei den 12-17jährigen) und „nur“ 2 Todesfälle, die sowieso palliativ waren (das finde ich besonders unangemessen!). Insgesamt sind in Deutschland bislang 20 Patienten unter 19 Jahren an Covid 19 verstorben.

Nun ist es aber so, dass long Covid eben nicht nur bei Intensivpatienten oder denen mit Sauerstoffbedarf auftritt, sondern insbesondere auch bei den „milden“ Verläufen und auch bei denen, die gar keine Symptome von der Infektion verspürt haben!
Außerdem muss man sagen, dass Kinder bei Infektionen generell selten ins Krankenhaus kommen, sondern auch bei hoch fieberhaften Infekten von den Eltern zu Hause betreut werden. Das trifft zB auch auf Maserninfektionen zu, die regelhaft zu Hause auskuriert werden und nur bei Pneumonien oä Komplikationen zu Klinikeinweisungen führen. Also - die Zahl der Hospitalisierungen sagt meiner Meinung nach nicht viel über die Schwere des Krankheitsverlaufes aus und ist ein schlechtes Kriterium, um daraus eine Harmlosigkeit der Infektion abzuleiten.

Korinna Hennig

Nun fällt aber auf, dass das international unterschiedlich bewertet wird. In den USA zum Beispiel sind schon über zwei Millionen Kinder in dieser Altersgruppe - oder Jugendliche muss man ja eigentlich sagen - geimpft worden. Die EMA hat auch eine Zulassung empfohlen, die Europäische Arzneimittel-Agentur. Welche Rolle spielen denn so länderspezifische Unterschiede, gerade was diese Datenlage für das Krankheitsrisiko der Kinder angeht, in der Bewertung?

Thomas Mertens

Zunächst muss man einmal klar sagen, dass die STIKO- Empfehlung und die Zulassung durch die EMA oder FDA etwas völlig anderes ist. Auch in den Vereinigten Staaten ist es so, dass die FDA einen Impfstoff zulässt, wie die EMA in Europa oder das Paul-Ehrlich-Institut in Deutschland. Dann gibt es auch in den USA mit der ACIP oder in Deutschland die STIKO solche Gremien, die dann über die Frage entscheiden, wie soll diese zugelassene Impfung erfolgen? Insofern sind das unterschiedliche Dinge. Und natürlich haben Sie Recht, dass die die jeweiligen Situationen in den Ländern sehr unterschiedlich sind und demzufolge auch andere Dinge zugrunde gelegt werden.

Ganz ehrlich: ich weiß nicht, wo hier der eklatante epidemiologische oder medizinische Unterschied zwischen USA, UK und Deutschland sein soll, der ein so unterschiedliches Vorgehen bei der Covid-Impfung rechtfertigt?

Die STIKO erarbeitet ihre Empfehlung schon unter Berücksichtigung von sehr viel mehr Aspekten, als das die Zulassung der EMA umfasst.

Korinna Hennig

Vielleicht wollen wir die Aspekte der Reihe nach ein bisschen angucken. Frau Ciesek?

Sandra Ciesek

Ja, das war eigentlich meine Frage. Manchmal hat man den Eindruck, dass die Menschen denken, dass wenn die STIKO das nicht empfiehlt, dass dann das Kind, der Jugendliche nicht geimpft werden kann. Oder dass es dann zum Beispiel keine Kostenübernahme gibt. Oder dass - wenn es zu Problemen nach der Impfung kommt - man wieder rechtliche Probleme kriegen kann. Vielleicht kann man das noch mal einordnen. Was bedeutet diese STIKO-Empfehlung oder nicht Empfehlung? Und was bedeutet das für den niedergelassenen Arzt dann, wenn er trotzdem impft zum Beispiel?

IMPFFEN OHNE EMPFEHLUNG DER STIKO?

Thomas Mertens

Da muss man unterscheiden zwischen der jetzigen Covid-19-Impfung und den anderen generellen Impfungen. Bei den anderen Impfungen ist es tatsächlich so, dass die Erstattung durch die Kassen davon abhängt, dass es erstens eine STIKO-Empfehlung gegeben hat. Und zweitens eine Übernahme dieser Empfehlung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss. Also für andere Impfungen gibt es schon einen Zusammenhang der Erstattung mit der STIKO-Empfehlung und GDA-Entscheidung. Bei Covid-19 ist das jetzt nicht der Fall, weil das ja völlig außer der Reihe läuft. Dort wurde Impfstoff zentral beschafft, also durch die Bundesrepublik. Und der wird zentral verteilt. Da sind andere Regelmechanismen im Gange. Wenn ein Impfstoff zugelassen ist, dann kann der Arzt mit diesem Impfstoff impfen. Das ist völlig richtig. Und er ist auch rechtlich abgedeckt, wenn er damit impft, das Problem besteht nicht. Insofern haben Sie Recht, das hat

auch Herr Spahn jetzt mehrfach betont, dass die Impfung nach der Zulassung möglich ist und dass dann dem impfen- den Arzt auch keine rechtlichen Nachteile entstehen.

Korinna Hennig

Das heißt, man muss an der Stelle auch noch mal klar sagen, wenn die STIKO einen Impfstoff nicht empfiehlt, heißt es nicht im Umkehrschluss, dass sie davon aktiv abrät, diesen Impfstoff zu verabreichen.

Thomas Mertens

Es hat schon beides gegeben. Aber in der Regel ist es so, dass sie nicht aktiv abrät. Es gibt allerdings auch Situationen, wo die STIKO von der Anwendung eines Impfstoffes in einer bestimmten Situation tatsächlich abgeraten hat. Also beides ist es schon vorgekommen. Aber im aktuellen Fall ist es so, wie Sie sagen.

Korinna Hennig

Vielleicht können wir ein bisschen durchgehen, was für Gründe da noch hineinspielen. Das ist eine komplexe Entscheidung, sonst würden Sie längst mit Ihren Beratungen fertig sein. Das ist eine sehr emotional geführte Diskussion, gerade unter Eltern, die wir im Moment haben. Ich habe eben das Stichwort Long Covid schon angesprochen. Ein weiteres fällt, auf das viele Eltern besonders ängstlich gucken, auf das multisystemische Entzündungssyndrom, das bei Kindern mehrere Wochen nach Infektion auftreten kann - in seltenen Fällen - PIMS, haben wir hier auch schon gesprochen im Podcast. Das schließt auch unbemerkte Infektionen ein. Nun gibt es Schätzungen, dass das bei eins zu 1000 oder eins zu 5000 liegt. Welche Rolle spielen diese Überlegungen in Ihrer Risikoabschätzung? Das ist ja schon nicht ganz so selten, eins zu 1000 oder eins zu 5000.

PIMS UND RISIKOABSCHÄTZUNG

Thomas Mertens

Ja, natürlich gibt es in Deutschland ganz gute Daten von der Erfassung der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie. Die wurden natürlich sehr genau diskutiert. In der Tat ist es so, dass es diese Erkrankung gibt. Und bei den Zwölf- bis 17-Jährigen wurden im gesamten Beobachtungszeitraum von Beginn im Jahr 2020 bis zum 30. April 2021 390 Fälle gemeldet. Von denen wurden 131 Kinder dann wegen Covid-19 hospitalisiert. Was auch zu sagen ist in diesem Zusammenhang und was wichtig ist, die Kinder mit PIMS hatten auch im Durchschnitt zu etwa 50 Prozent, also zur Hälfte, eine Komorbidität, wie man sagt, oder eben eine weitere Erkrankung.

Hier wäre es wirklich gut, mal die Komorbiditäten zu nennen. Ich kann als Kinderärztin weder den Eltern sagen, woran die verstorbenen oder intensivpflichtigen Kinder noch gelitten haben und ob das zu einem schweren Verlauf der Covid-Erkrankung geführt hat. Ich weiß bisher nur eines, Jungen sind häufiger als Mädchen vom PIMS betroffen und der Altersgipfel ist 9 Jahre.

Das ist auch gut dokumentiert worden. Es ist niemand verstorben von diesen Kindern. Die sind zwar zum Teil intensivmedizinisch behandelt worden, aber es gab keinen Todesfall in Deutschland bei PIMS. Und die Auskunft der pädiatrischen Infektiologen sagt auch ganz eindeutig, dass viele dieser Kinder auch prophylaktisch stationär beziehungsweise auf Intensivstation aufgenommen wurden, weil man sich noch relativ unsicher fühlte hinsichtlich dieses Krankheitsbildes.

Wenn es sich um ein komplettes oder inkomplettes Multi-Inflammationssyndrom handelt, würde ich das Kind so wie auch jedes Kind mit Verdacht auf Kawasaki natürlich stationär einweisen. Das sagt nichts über den potentiellen Verlauf aus. Die „lediglich prophylaktische“ Aufnahme auf Kinderintensiv kann man doch nicht als Kriterium für eine Harmlosigkeit hernehmen.

Zusammengefasst: Natürlich ist das genau angeschaut worden, aber das Risiko für PIMS ist gering.

Chr. Drosten geht von einem Risiko von 1:1000 aus, was der Inzidenz der Masernenzephalitis entspricht! Wegen dieser gefürchteten Komplikation, die in der Folge zur tödlich verlaufenden SSPE führen kann (1:3.300) haben wir die Masern zur Pflichtimpfung in Europa gemacht!

Die Prognose ist gut. In diesem Zusammenhang glauben wir auch, dass PIMS jetzt nicht die klare Indikation für die Impfung aller gesunden Kinder darstellt. Das ist ja der Punkt, dass wir sicherlich eine Empfehlung aussprechen werden für die Kinder, die auch definiert sind, mit Vorerkrankungen zu impfen. Daran kann eigentlich kein vernünftiger Zweifel bestehen. Damit wären auch die meisten Kinder, die wirklich betroffen waren von Covid oder auch von den Folgeerkrankungen, durchaus in die Impfindikation gefallen. Es ist nicht so, dass wir diskutieren, überhaupt kein Kind impfen lassen zu wollen. Wir sind schon der Ansicht, dass bei den Kindern mit Vorerkrankungen, die auch wiederum in der Literatur gut belegt sind, dass man diese Risikokinder natürlich wird impfen wollen.

Hier wirds für mich abenteuerlich: was ist denn nun? Haben wir zu wenig Daten zur Impfung? Oder wissen zu wenig über long Covid? Wenn wir nicht impfen wollen, weil zu wenig Daten vorliegen, dann ist völlig unklar, warum plötzlich für Kinder mit Vorerkrankungen genug Daten vorliegen. Die Zulassungsstudie, die mit über 2200 Kindern von 12-15 durchgeführt wurde, hat gesunde Kinder eingeschlossen und war sicher. Entweder ist die Impfung unsicher, dann spielt es aber keine Rolle, ob das Kind Vorerkrankungen hat oder nicht! Oder sie ist so sicher, dass ich sie für Kinder mit Vorerkrankungen empfehle, dann muss sie aber auch ausreichend sicher für gesunde Kinder sein.

Sandra Ciesek

Bei Ihrer Entscheidungsfindung, spielt da eigentlich auch ein Vergleich zur Grippe, also zur Influenza-Impfung, eine Rolle? Das wird ja auch nicht empfohlen in Deutschland.

Thomas Mertens

Genau, das haben wir über viele Jahrgänge der Influenza gemacht. Die Daten sind genau analysiert worden. Man kann generell sagen, dass es keinen Aspekt gibt, dass Covid-19 in dieser Altersgruppe über das Risiko einer Influenza-Erkrankung bei diesen Kindern hinausging. Genau das haben wir natürlich auch gemacht. Diese Ergebnisse sind auch sehr klar.

Korinna Hennig

Frau Ciesek, Sie sind ja auch Ärztin, wenn wir jetzt gerade beim Stichwort Influenza sind. Die STIKO empfiehlt für Kinder keine Influenza-Impfung. Trotzdem wissen Sie als Ärztinnen und Virologin, dass es da auch Komplikationen gibt. Und es gibt ja auch Eltern, die ihre Kinder gegen Influenza impfen lassen. Gibt es da so einen Grenzbereich, wo Sie die Sorgen von Eltern trotzdem auch von sachlicher Ebene nachvollziehen können in Bezug auf Covid?

Sandra Ciesek

Ja, auf jeden Fall. Bei der Influenza gilt, dass es keine generelle Empfehlung für alle Kinder gibt. Dass es aber natürlich bestimmte Kinder gibt, bei denen eine Impfung auch gegen Influenza jedes Jahr sinnvoll ist. Zum Beispiel bei vorerkrankten Kindern, bei organtransplantierten Kindern zum Beispiel. Wir sehen auch bei Influenza immer wieder schwere Verläufe, die stationär aufgenommen werden müssen. Auch bei Jugendlichen und Kindern. Und deshalb kann man das natürlich nachvollziehen. Es ist eine individuelle Entscheidung der Eltern, der Jugendlichen, ob man sich gegen Influenza impfen lässt. Ist auch ein bisschen abhängig von den Lebensumständen, sage ich immer. Wenn man in einem Haushalt wohnt, wo zum Beispiel ein anderes Mitglied immunsupprimiert ist oder unter Chemotherapie, dann möchte ich das ja schützen. Dann kann das ein Grund sein, dass man sagt, ich impfe den Jugendlichen gegen Influenza. Andersrum gibt es andere, die sich dagegen entscheiden. Ich denke, da ist es eigentlich ein ganz gutes Beispiel, dass das eine freie Entscheidung ist, die abhängig ist von den äußerlichen Bedingungen.

Korinna Hennig

Herr Mertens, da spielt ja noch eine ganz andere Sache mit rein. Sie haben die ganze Zeit darüber gesprochen, wie die individuelle Risikoabschätzung für Covid-19 und möglichen Folgeerkrankungen für Kinder ist. Es geht aber auch darum: Was wissen wir tatsächlich über die Wirkung des Impfstoffs bei Kindern und Jugendlichen ab zwölf Jahren? Biontech/Pfizer haben jetzt eine Studie vorgelegt mit den Daten, die sie zu Kindern erhoben haben. Was sagt Ihnen diese Studie? Welche Fragen sind da für Sie noch völlig offen geblieben? Und welche sind beantwortet worden?

Thomas Mertens

Diese Zulassungsstudie, da sind also ungefähr 1100 Kinder geimpft worden.

In der Zulassungsstudie waren über 2200 Kinder von 12-15 eingeschlossen. Davon haben 1100 die Impfung erhalten.

Und sie sind in den Daten, die zur Verfügung stehen, zwei Monate nachbeobachtet worden.

Bereits in der Zulassungsstudie für die Erwachsenen wurden Impfungen bei Kindern mit erfasst: ein Studienarm die 12-15Jährigen und ein weiterer Studienarm die 16-17Jährigen. Aufgrund dieser Daten wurde nämlich die Zulassung für Biontech ab 16 Jahre von Anfang möglich. Die Nachbeobachtung läuft seitdem, wie generell bei allen Phase III Studien. Wir verfügen also sehr wohl über Daten bereits aus dem vergangenen Jahr!

Aus immunologischer Sicht ist das Immunsystem bei Kindern ab 12 Jahre „reif“ und dem der jungen Erwachsenen sehr ähnlich. Es ist mir nicht plausibel, warum es hier grundsätzlich zu anderen als den bekannten Nebenwirkungen kommen sollte. Somit brauche ich auch keine gigantische Stichprobe von über 40.000 Probanden wie bei der Erstzulassung. Es geht um eine Erweiterung der Zulassung.

Also eine sehr kurze Zeit und sehr kleine Zahl von Kindern. Ich habe Ihnen geschildert oder versucht zu schildern, wie das tatsächliche Risiko bei den Kindern ist. Wenn man sich nur vorstellt, dass es zu einer wie immer gearteten Spätfolgen kommen kann. Also ich nenne jetzt einfach nur als Beispiel die Narkolepsie bei Pandemrix...

Und hier wird es sehr schwurbelig: weder ist die Zeit sehr kurz (oder erwartet Herr Mertens allen Ernstes Impfreaktionen noch nach Jahren?), noch ist die Zahl der Kinder gefährlich klein. Inzwischen liegen Anwendungsdaten aus USA und anderen Ländern sehr wohl vor. Mir ist nicht klar, warum die Stiko diese Daten nicht berücksichtigt. Und auch die vage Formulierung der „wie auch immer gearteten Spätfolgen....“ lässt die Phantasie natürlich sprießen! Was erwartet er hier? Krumme Füße, schiefe Ohren, verschiedenfarbige Augen? Da erwarte ich wirklich wissenschaftlich haltbare Vermutungen, welche Spätfolgen und innerhalb welches Zeitraumes diese auftreten könnten. Es ist ja nicht die erste Kinderimpfung, die hier zugelassen werden soll. Der Pathomechanismus der Narkolepsie nach Pandemrix ist inzwischen auch aufgeklärt worden. Wenn er dies hier anspricht, sollte man vermitteln, warum es zu dieser Antikörperbildung gegen ZNS Strukturen gekommen ist und warum das nur bei Pandemrix auftrat. Und er sollte auch hinzufügen, dass in jedem Grippeimpfstoff die Komponente H1N1 enthalten ist, weil H1N1 die dominierende Influenza seit Jahren darstellt. H1N1 hat in den ersten Jahren viele Kinder infiziert, mit kurzen Verläufen und geringem Schweregrad. Inzwischen ist H1N1 in den USA der häufigste bei Kindern gefundene Influenzastamm, die an Influenza verstorben sind. Deshalb impfen die USA sehr konsequent ab dem 6. LM alle Kinder gegen Influenza. Hier halte ich aus kinderärztlicher Sicht die Zurückhaltung der STIKO auch für falsch.

Korinna Hennig

Bei der Schweinegrippe-Impfung.

Thomas Mertens

Oder ich nenne auch nur jetzt das Beispiel von den TTS-Fällen bei Vektor-Impfstoffen.

Korinna Hennig

TTS, also die seltenen Sinusvenenthrombosen mit Blutplättchenmangel.

Thomas Mertens

Dann gibt es sehr schnell die Situation - vom Sicherheitsaspekt her – dass das mögliche Risiko durch die Impfung höher wird als das Risiko durch die Erkrankung in dieser Altersgruppe. Wohlgedenkt, das ist ja immer die Voraussetzung. Von daher sind wir natürlich sehr zurückhaltend. Denn auch die Tatsache, dass in der USA jetzt zwei Millionen Kinder geimpft worden sind, die hilft uns da gar nicht weiter. Es gibt überhaupt keine Daten über Nebenwirkungen, über irgendwelche Dinge, die nach der Impfung geschehen sind. Also nur diese statistische Angabe ersetzt jetzt überhaupt keine Studien. 1,3 Prozent der geimpften Kinder, nur von diesen 1100, hatten nach Einschätzung der Studien schwerer Reaktionen. Also der Impfstoff ist schon sehr reaktogen, wie wir sagen, bei den Kindern. Und wenn man mal 1,3 Prozent hochrechnet auf fünf Millionen Kinder, die zu impfen wären, dann gibt es eine ganze Menge auch schwere akute Impfreaktionen, die nicht zu Schäden führen müssen, aber immerhin. Das sind

auch Dinge, die man einfach berücksichtigen muss bei den Entscheidungen.

Sandra Ciesek

Was ich vielleicht noch ergänzen würde, ist, Sie haben schon erwähnt, dass es sich um rund 1000 Jugendliche handelt, die in dieser Studie eingeschlossen waren, dass die Nachbeobachtungszeit sehr kurz vor und auch nicht alle umschließt, das waren knapp 60 Prozent nur, also noch mal geringer die Zahl. Und dass man so natürlich seltenere Nebenwirkungen gar nicht erfassen kann. Wir haben das jetzt schon beim AstraZeneca-Impfstoff gesehen und dass die Nebenwirkungen mit den Thrombosen selten auftraten. Und das kann man in so einer Studie gar nicht ausreichend untersuchen.

Korinna Hennig

Die Reaktogenität, also die Frage, wie stark sind die Impfreaktionen, unterscheidet sich andererseits aber bei den Zwölf- bis 15-Jährigen nicht so stark, dieser Studie zufolge, von denen der jungen Erwachsenen, der 16- bis 25-Jährigen.

NEBENWIRKUNGEN BEI KINDERN NACH IMPFUNG

Thomas Mertens

Das ist richtig. Aber auch bei denen ist die Reaktogenität höher als bei den noch älteren Jahrgängen. Von daher kann man schon sagen, dass dieser Impfstoff recht reaktogen ist. Ich kann an dieser Stelle nur sagen und vielleicht auch um Verständnis werben, dass es wirklich wichtig ist, sich die Dinge und die Zahlen, viele Zahlen, sehr genau anzuschauen, bevor man da einer generellen Impfempfehlung für alle Kinder kommt.

Reaktogenität hat aber nichts mit schweren Impfreaktionen oder gar Spätfolgen zu tun. Alle bisher zugelassenen Coronaimpfstoffe weisen eine höhere Reaktogenität auf, also das Auftreten von Impfreaktionen. Sie beschreiben die Häufigkeit von frühen Reaktionen des Körpers auf die Impfung und nicht um echte unerwünschte Nebenwirkungen. Hier muss das Impfpersonal in erster Linie die Impflinge und Eltern gut informieren, wann welche Reaktionen auftreten können, was man dann machen kann und was man bei gesteigerten oder lang anhaltenden Impfreaktionen machen soll. Grundsätzlich zeigt die Reaktogenität auch einfach an, dass das Immunsystem die Impfung erkannt hat und seinen „Job“ macht.

Außerdem frage ich mich, was will Herr Mertens da ausdrücken? Die EMA schaut nicht genau hin? Und die FDA auch nicht? Und die Amerikaner sind alle verrückt, ihre Kinder so ungeprüft impfen zu lassen?

Hier verfällt Herr Mertens m.Mn. genau der Argumentation vieler Impfgegner: er überbetont die bislang gefundenen, aber sehr geringen Impfrisiken und verharmlost die Risiken einer „natürlichen“ Infektion. Die Meinung, dass Kinder nicht betroffen seien, stammt aus den Anfängen der Pandemie. Wir wissen inzwischen, dass Kinder sich genau so infizieren wie Erwachsene, dass sie bezogen auf ihre Größe ähnliche Viruslasten wie Erwachsene in sich tragen, dass sie schwer erkranken, versterben oder mitunter sehr sehr lange an den Folgen der Infektion leiden können. So geht das aber nicht. Ch. Drosten sagt ganz klar, wer nicht geimpft ist, wird sich unweigerlich infizieren. Die Impfung ist die EINZIGE medizinische Prävention, die wir haben. Eine kausale Therapie ist immer noch nicht in Aussicht. Wer nicht geimpft ist, kann sich nur durch nicht medizinische Maßnahmen vor einer Infektion schützen: das bedeutet, weiter Masken tragen, weiter bei Ausbrüchen in Schulen Quarantäne, Distanz- und Wechselunterricht, weiterhin stark eingeschränkte Freizeitaktivitäten. Die Eltern haben ein gesundes Kind. Das ist richtig. Sie wollen, dass es gesund bleibt und als Ärztin muss ich mit den Eltern besprechen, wie hoch das Risiko einer ungewollten Infektion samt den bisher bekannten Verläufen ist und wie hoch das Risiko einer ungewollten Impfreaktion. Dann entscheiden die Eltern, die ja auch noch ihren beruflichen und privaten Hintergrund haben, und das Kind, ob eine Impfung gewünscht ist. Ich rede nicht von Zwangsimpfungen, aber davon, dass jedem Kind ohne Überbetonen hypothetischer Impf-Risiken und unter Weglassen realistischer Erkrankungsrisiken eine faire Impfmöglichkeit angeboten werden muss.

Die Frage der Induktion von Myokarditiden durch den mRNA-Impfstoff ist nicht abschließend geklärt. Wir bewegen uns da hart an der Grenze von einem Signal. Und da kann man sich sehr leicht Szenarien vorstellen, wo man dann hinterher sich sagen muss: Na ja, wir haben vielleicht doch nicht das Beste für die Kinder getan, indem wir alle gesunden Kinder jetzt geimpft haben. Man kann mit diesen 1100 geimpften Kindern nicht nur seltene Nebenwirkung nicht ausschließen,

man kann eigentlich schon das, was über fünf Prozent geht, nicht ausschließen. Das heißt, diese Zahl der in der Studie geimpften Kinder ist einfach zu gering, um eine belastbare Aussage über die Sicherheit in dieser Altersgruppe zu machen.

In den USA sind bisher 7 Fälle von Myokarditis bei Kindern nach Biontech bekannt geworden. Alle Kinder waren für 1-2 Tage stationär, sind alle ohne Beschwerden entlassen worden und keines ist dauerhaft erkrankt oder verstorben. Da wir Kinder nach durchgemachter Infektion überhaupt nicht systemisch untersuchen und nachverfolgen, werden wir insbesondere bei den a- und oligosymptomatischen Patienten eine Untererfassung von Myokarditiden nach Infektion haben.

Korinna Hennig

Kurz zur Erklärung, Myokarditis, da geht es um Herzmuskelentzündungen, die bei jungen vor allen Dingen jüngeren Männern nach Impfung mit mRNA-Impfstoffen aufgefallen ist. Man weiß noch nicht genau, ob es da einen Zusammenhang gibt. Und wenn Sie sagen, an der Grenze zu einem Signal, heißt das in der Fachsprache. Ein Signal könnte sein, dass es da einen Zusammenhang zur Impfung tatsächlich gibt, dass das gehäuft auftaucht.

Thomas Mertens

Ja.

Korinna Hennig

Herr Mertens, Sie haben die Spätfolgen angesprochen. Das ist für alle, bei denen jetzt nicht die Angst vor der Infektion bei den Kindern überwiegt, sondern die Angst vor unbekanntem Größen in Zusammenhang mit einer Impfung - so ein Wort, das ein bisschen in einem nebulösen Bereich sich bewegt. Wir wissen eigentlich, haben gelernt in unserer aufmerksamen Betrachtung dieses Themas Impfungen, die viel größer diskutiert wird in der Covid-19-Frage als bei anderen Impfstoffen. Dass es eigentlich immer nur darum geht, ob in einem Zusammenhang mit der Impfung etwas langfristig auffällt. Meistens geht es dann um den Bereich so zwei Wochen nach der Impfung und nicht um etwas, das Monate später auffällt. Ist das bei Kindern aber noch mal ein anderes Thema, dass man sich vorstellen kann, dass tatsächlich sich Spätfolgen richtig zeigen nach der Impfung?

Thomas Mertens

Das ist nicht nur ein Thema bei den Kindern. Das ist natürlich - wenn man ehrlich ist - ein Thema auch bei Erwachsenen-Impfung. So sehr man da theoretische Überlegung machen kann, auch Überlegungen zu möglichen Mechanismen, mit denen eine Schädigung auftreten kann, wissen wir natürlich, dass bestimmte Spätfolgen einer Impfung schon auch nach Monaten sehr selten natürlich, aber möglich sind. Ich sehe das gar nicht so sehr als ein spezielles Problem der Kinder, sondern ich sehe das als ein generelles Problem. Dann kommen wir wieder zu der gleichen Aussage: Wenn wir das wissen beziehungsweise nicht wissen, dann müssen wir umso sicherer sein, dass sozusagen die Kinder diesen Impfstoff aufgrund ihrer eigenen Gesundheit wirklich brauchen. Denn das gibt ja sozusagen auch die Argumentation dafür, die Verantwortung für diese generelle Kinderimpfung zu übernehmen.

Das klingt mir hier sehr nach einem persönlichen, wissenschaftlich wenig fundierten, Problem, das Herr Mertens generell mit Impfungen hat. Wundert mich sehr für den Vorsitzenden der Impfkommision. Wenn eine Impfung das Potential für eine sehr seltene, sehr spät auftretende Spätfolge hat, dann ist es in der Regel so, dass das auch für die Infektion mit dem Wildtyperreger besonders zutrifft. Die bekannteste Spätfolge der Impfungen ist, dass die Erkrankungen nicht mehr auftreten. Versuche, z.B. die Zunahme von Allergien durch die Zunahme von Impfungen im frühen Kindesalter zu erklären, sind epidemiologisch nicht haltbar. Gerade da, wo viel und konsequent geimpft wird, treten Allergien seltener auf. Die Pathogenese von Autoimmunerkrankungen ist so vielgestaltig, dass ich mich auch sehr schwer tue, das den Impfungen in die Schuhe zu schieben. Und auch hier bleibt die Frage: wieviele Autoimmunreaktionen werden durch echte Infektionen getriggert, wenn ich schon Sorge habe, dass der Mensch durch die Impfung eine Autoimmunerkrankung bekommt.

Korinna Hennig

Ich würde gern noch einmal ganz kurz das Thema Spätfolgen, Nebenwirkungen ausloten, weil das eben immer so vage ist und so viele Ängste wecken kann. Worum kann es denn dabei gehen? Im

Prinzip ist ja die Grundidee, dass alles, was verimpft wird, an Bestandteilen vom Körper abgebaut wird. Das ist anders als bei einem Medikament, wo ein Wirkstoff länger im Körper bleiben kann. Geht es da um die Rolle des Spike-Proteins zum Beispiel, die besondere Aufmerksamkeit bedarf? Also dass die Produktion des Spike-Proteins im Körper durch den Impfstoff bestimmte Folgereaktionen triggern könnte. Wie auch bei der Infektion. Oder worum geht es da?

SPÄTE IMPFREAKTIONEN UND SEHR SPÄTE IMPFREAKTIONEN

Thomas Mertens

Allgemein gesprochen geht es um die Frage, ob es Situationen geben kann, in denen die Impfung in irgendeiner Form zu einem späteren Autoimmungeschehen beitragen kann. Das sind Dinge, die können sich natürlich dann von der Krankheit her sehr unterschiedlich äußern. Aber das ist eine der Fragen, denen man sich durch Experimente und auch durch Überlegungen nähern kann. Aber letztendlich kann man erst eine definitive Antwort geben, wenn man längere Beobachtungszeiten hat. Das Zweite, was bei Impfungen als Langzeitfolge gelegentlich eine Rolle spielt, sind neurologische Komplikationen, die unter Umständen dann auch wieder zusammenhängen mit Autoimmunprozessen. Also es gibt schon so ein paar kleine Schubladen, auf die man immer wieder schaut, und eben hofft, zu Recht hofft, dass die dann keine Rolle spielen. Aber eben ganz sicher sein kann man nicht. Man muss immer wieder sagen: Den Kindern bietet man ja kein Lakritzbonbon an, sondern das ist ja ein medizinischer Eingriff. Der muss eben entsprechend indiziert sein, das ist eigentlich das Entscheidende.

Sandra Ciesek

Vielleicht kann ich hier noch was ergänzen. Zum Beispiel mit dem Immunsystem. Nach einer Impfung kann sich theoretisch eine Veranlagung oder eine Erkrankung demaskieren. Das heißt, man hat eine Veranlagung für eine bestimmte Autoimmunerkrankung, die durch die Impfung und durch die dadurch ausgelöste Immunreaktion sozusagen beginnt oder angestoßen wird. Das kann man natürlich vorher nicht abschätzen. Und es ist zum Glück selten, aber kommt vor. Aber das ist auch nicht abhängig vom Impfstoff, sondern kann natürlich bei verschiedenen Impfungen ausgelöst werden.

Korinna Hennig

Sie haben, Herr Mertens, jetzt mit neurologischen Komplikationen und auch mit Autoimmunreaktionen da so Vokabeln benutzt, die wir auch im Zusammenhang mit der Infektion kennen. Vor allen Dingen bei Erwachsenen. Also Komplikationen, die das Virus hervorrufen kann. Ist es denn denkbar, wenn Sie tatsächlich mehr Daten aus den USA bekommen, tatsächlich ausgewertete Daten auch zu den Folgen einer Impfung oder ausbleibenden Folgen einer Impfung bei Kindern, dass die Haltung der STIKO sich dann doch noch mal verschiebt, selbst wenn die Risikoeinschätzung, was die Erkrankung der Kinder angeht, gleich bleibt?

ENTSCHEIDUNGEN DER STIKO SCHWANKEN WEGEN WISSENSCHAFTLICHEN VORGEHENS

Thomas Mertens

Ja, natürlich. All das, was bisher durch die STIKO empfohlen worden ist, ist immer genau nach diesem Prinzip erfolgt. Wir haben immer die jeweils verfügbaren Daten genau geprüft und analysiert und dann darauf eben eine Empfehlung gegründet. Das werden wir auch weiterhin tun. Auch in dem Wissen, dass es in der Bevölkerung dann heißt, die STIKO wisse ja selbst nicht, was sie wolle. Damit müssen wir einfach leben, weil eben in der Bevölkerung - leider, trotz Ihres schönen Podcast - das wissenschaftliche Vorgehen nicht so vertraut ist. Das ist ein Problem, was sich in den letzten Monaten und im letzten Jahr immer deutlich gesehen habe. Die Tatsache, dass Wissenschaft immer von den aktuell verfügbaren Daten abhängt und dass wir nur auf der Grundlage der aktuell verfügbaren Daten etwas entscheiden können auch letztendlich. Das führt auch zu den geänderten Empfehlungen. Und nicht etwa, dass die Meinung in der STIKO sich zu irgendetwas geändert habe.

Korinna Hennig

Wie generell in der Wissenschaft.

Sandra Ciesek

Was auch noch eine Rolle spielt, sind nicht nur die Daten, sondern auch die Qualität der Daten. Also das ist ja nicht alles gleich, was ich in irgendeinem Medium lese versus einem gereviewten Paper oder Journal. Und das muss man natürlich auch noch mit einfließen lassen.

Korinna Hennig

Generell in der Wissenschaft, wenn man das richtig verstanden hat, sollte es eher beruhigend sein, wenn sich die Wissenschaft aufgrund neuer Erkenntnisse korrigiert, als wenn sie starr bei ihrer Haltung bleibt. Das wird dann leider oft genau andersrum ausgelegt. Es gibt ja historisch so ein paar Beispiele für Nachkorrekturen bei STIKO-Entscheidungen, auch gerade beim Thema Kinderimpfungen, was Komplikationen angeht. Eine der erst in jüngster Zeit empfohlenen Impfungen von der STIKO ist die gegen Rotaviren zum Beispiel, die schwere Durchfallerkrankungen auslösen kann. Und anders als Covid-19 bei Kindern eben sehr häufig heftige Symptome verursacht. Auch da gibt es einen Impfstoff. Aber auch da gibt es ja eine Komplikation durch den Impfstoff, also eine seltene Komplikation, wo ein Darmabschnitt sich einstülpen kann. Wie sind Sie damit umgegangen? Können Sie uns das noch einmal schildern?

NUTZEN-RISIKO-ANALYSE AM BEISPIEL ROTAVIREN-IMPfung

Thomas Mertens

Ja, das war natürlich ein großes Thema bei dieser Empfehlung. Aber da ist natürlich die Situation folgende gewesen: Die kindliche Gastroenteritis, also Rotavirus-verursachte Darmerkrankung, ist in einer bestimmten Altersgruppe in Deutschland wirklich die häufigste Ursache für die Hospitalisierung, also die Krankenhausaufnahme von Kindern. Und die Krankheitslast, die dadurch bei den Kindern und bei den Eltern natürlich entsteht, ist sehr, sehr hoch gewesen. Der nächste Punkt ist, wenn man die Kinder nach der Impfung ausreichend überwacht, dann ist das Risiko der möglichen Invagination, die Sie erwähnen haben, die sehr selten sogar ist, aber vorkommen kann, wie auch übrigens nach der natürlichen Infektion mit diesen Viren auch, wenn man die gut überwacht, dann passiert nichts im Sinne von etwas Schwerem. Insofern, Sie haben völlig recht, die mögliche Invagination wurde natürlich sehr genau abgewogen, auch bei der Impfeempfehlung zu den Rotaviren. Aber da war sozusagen am Ende die Nutzen-Risikoanalyse ganz klar zugunsten der Impfung zu entscheiden.

Hier sage ich als Kinderärztin: ja, Rotainfektionen waren vor Einführung der Impfung ein häufiger Aufnahmegrund in der Notaufnahme, vor allem bei Säuglingen. Invaginationen kommen bei vielen Erregern viraler Gastroenteritiden immer wieder vor. Die Rotainfektion ist in Deutschland keine tödlich verlaufende Infektion, weltweit sterben 500.000 Kinder pro Jahr, weil sie keine Möglichkeit einer medizinischen Versorgung haben. Die Krankheit ist nicht schön, aber nach meinem bisherigen Erfahrungsstand sind Rotaviren sicher keinesfalls schlimmer, belastender für die Eltern wie eine Sars-Cov-2-Infektion! Hier verstehe ich überhaupt nicht, wie er meinen kann, dass die Krankheitslast von Covid 19 geringer sei als die von Rota!

Korinna Hennig

Und Sie haben ein deutliches Zeitfenster definieren können, indem die Impfung stattfinden sollte, um dieses Risiko zu minimieren, also ein Alterszeitfenster. Richtig?

Thomas Mertens

Ganz genau. Zusammengenommen mit der Aufforderung, diese Kinder auch zu überwachen nach der Impfung. Was heißt überwachen... Darauf zu achten, dass die Kinder eben nicht besondere Situationen entwickeln, also abdominale Schmerzen haben und dann auch die Kinder bei diesen sehr, sehr seltenen Manifestationen rechtzeitig zum Arzt zu bringen. Das zusammengenommen - mit dieser von Ihnen genannten Zeitspanne - minimiert das Risiko, dass etwas Schlimmes passiert, praktisch fast auf null.

Korinna Hennig

Herr Mertens, ich würde gerne abschließend noch einmal auch ein bisschen voraus blicken auf den Herbst, wo wir noch viele Fragezeichen haben, was die weitere Entwicklung angeht. Es gibt Fachleute, Christian Drosten zum Beispiel gehört dazu, die sagen: Ich gehe davon aus, jetzt auch auf für Erwachsene gesprochen, wenn ich mich gegen eine Impfung entscheide, entscheide ich mich eigentlich mehr oder weniger dafür, früher oder später die Infektion zu bekommen. Wir

haben die epidemiologische Bedeutung der Kinder in diesem Zusammenhang auch immer mal wieder diskutiert. Also spielen sie eine Rolle für eine Art von Herdenimmunität zum Schutze aller? Wenn Sie jetzt das individuelle Risikoprofil der Kinder angucken und das über alles stellen, dann rückt das natürlich eher in den Hintergrund. Aber kann sich im Herbst so was nicht trotzdem noch verändern? Auch wenn wir die Virusvarianten angucken und sagen: Da entsteht doch ein gewisser Druck. Zum einen auf die Kinder, wenn das die einzigen verfügbaren Wirte für das Virus noch sind, zum anderen aber auch, was die Gesamtbevölkerung angeht, weil dann so ein Selektionsdruck entsteht und ansteckendere Varianten und sich unter Kindern leichter verbreiten können, vielleicht auch mit Immunescape?

BLICK IN DEN HERBST

Thomas Mertens

Für mein Gefühl sind das auch mehrere Dinge, die jetzt von Ihnen zusammengebunden worden sind. Zunächst muss man sagen, um das mal klarzumachen: Es handelt sich nur um diese Altersgruppe der 12- bis 15-Jährigen, die zusätzlich geimpft werden können.

Die Altersgruppe ist wichtig, da sie wesentlich mehr Kontakte außerhalb der Familie haben wie Kitakinder. Wir brauchen diese Kindergruppe, damit wir irgendwann den nächsten Schritt gehen und ruhigen Gewissens die noch jüngeren Kinder impfen können.

Insofern sind die Fragen zum Beispiel, das muss man auch mal sagen, der Schulöffnung eigentlich von vornherein nicht besonders sinnvoll, die mit der Impfung zu verknüpfen. Denn alle unter Zwölfjährigen, die ja auch zur Schule gehen, wie wir wissen, die sind ja auch gar nicht durch die Impfung zu schützen derzeit. Insofern glaube ich, dass es ein Fehler ist, dass man manchmal so leichthin Dinge postuliert, die ohne Weiteres nicht zu halten sind. Das ist zum Beispiel diese Frage der Schulöffnung, der Sportvereine. Da kann ich nur sagen, die STIKO – und ich glaube auch viele andere vernünftige Leute – halten diese sprachliche Verbindung von Impfung als Voraussetzung für das normale Leben der Kinder für einen Irrweg. Den hätte man nicht beschreiben sollen.

Da die Impfung die einzige medizinische Präventionsmöglichkeit ist, die zu einem Beenden der Kontaktvermeidung führt, sehe ich ganz klar den Sinn darin, dass Kinder nach Impfung ohne permanentes Testen wieder Schulen, Kinos, Sportvereine etc besuchen können. Das machen wir Erwachsenen doch auch! In meinem Praxisgebäude gibt es ein Fitnessstudio für Senioren. Hier wurde während des Lockdowns einfach weiter trainiert, sogar ohne Masken. Und die Patienten, die zu mir wollten, haben rücksichtsvoll mit ihren Kindern im Auto gewartet, um nicht im Haus zu stehen, bis sie in die Praxis kommen durften und andere Besucher des Hauses zu gefährden. Senioren buchen jetzt fröhlich Kreuzfahrten, eben weil sie geimpft sind, aber Kinder sollen nicht deshalb geimpft werden, um wieder etwas mehr Teilhabe an ihrem Leben zu haben?

Jetzt zur Frage der Pandemiebekämpfung. Wir haben natürlich auch mathematische Modellierungen genau zu der Frage angestellt: Was bedeutet diese Impfung? Nehmen wir mal an, man würde so und so viel Prozent der Kinder jetzt aufgrund einer Empfehlung impfen, was passiert dann? Natürlich gibt es einige mehr Infektionen.

Was meint er hier? Das versteh ich überhaupt nicht ???????

Das kann man ja nicht leugnen, das ist auch zu erwarten. Aber zum Beispiel der Unterschied bei Hospitalisierung, das bezieht sich auf alle, nicht nur auf die Kinder, und die Frage, wie viele Todesfälle handelt man sich dadurch....

wodurch? Durch Infektion oder durch Impfung? Bei Durchseuchung werden wir bei 14 Mio unter 18jährigen ca 1000 Todesfälle haben. Bei über 1 Mio geimpfter Kinder in den USA bislang kein einziger Todesfall. Todesfälle in den USA durch Covid über 300.

.....ein, und zwar jetzt im Vergleich von Impfung aller und Impfung der Risikokinder, das ist der Vergleich, der für uns ansteht.

Das sind die beiden Strategien, die wir vergleichen müssen. Dann sieht man sehr deutlich, dass die Unterschiede, abgesehen von der Inzidenz der Infektion, minimal sind. Also auch die im Modell auftretenden Unterschiede sind praktisch zu vernachlässigen. Was will ich damit sagen?

Man sollte die Hoffnung auf den epidemiologischen Effekt der Impfung dieser Kinder nicht überziehen und nicht übertreiben. Dazu ist das auch eine relativ schmale Alterskohorte.

Nochmal: jedes geimpfte Kind ist ein Beitrag zur Eindämmung der Pandemie, egal ob es ohne Impfung asymptomatisch, symptomatisch, schwer, lebensbedrohlich oder tödlich erkrankt wäre und egal ob es ein Kind mit bekannter oder noch unbekannter Vorerkrankung oder ein gesundes Kind ist. Jedes Kind ab 12, das geimpft wurde, ist ein Schritt hin zu einer Impfung auch für die ganz jungen. Die Studie wurde ja bereits (ohne Beteiligung Deutschlands) begonnen.

Jedes Kind, dessen Immunsystem nach Impfung eine Virusvermehrung bremst oder gar völlig unterbindet, unterdrückt die Mutationsrate des Virus und damit auch das Auftreten weiterer Mutationen.

Dann kommt ja noch Folgendes hinzu: Wenn man jetzt sagt: Wir impfen jetzt die Kinder, um einen epidemiologischen Effekt zu erzielen. Dann ist die derzeitige Situation so, dass der Impfstoff, den die Kinder bekommen, den können die 50-Jährigen und die 40-Jährigen nicht kriegen. Denn wir haben keinen zusätzlichen Impfstoff für die Kinder. Das war auch eine klassische Fehlinformation, die auch mittlerweile von der Kanzlerin korrigiert worden ist. Das heißt, wir mussten uns letztendlich entscheiden: Wollen wir hier präferenziell die Kinder impfen mit all den genannten Rahmenbedingungen, die wir jetzt heute besprochen haben? Oder impfen wir lieber die 40-, 50-Jährigen, die noch ungeimpft sind und die letztlich immer ein höheres Risiko auch für Erkrankung haben und die das Virus genauso verbreiten? Ich glaube eben, und das ist mein Punkt, dass viele Argumente leichthin genannt worden sind, die bei einer Nachprüfung nicht standhalten.

(Und jetzt bitte das folgende als meine persönliche private Meinung sehen: DA liegt also der Hase im Pfeffer: jung versus alt. Es mangelt an Impfstoff. Und das sollen dann bitte weiter die Kinder ausbaden? Familien sind nach meiner Einschätzung im Pandemieverlauf mehr als alle anderen Lebensbereiche stark eingeschränkt worden. Kita weg, Schule weg, Freizeit weg, keine Geburtstage feiern, Großeltern nicht besuchen.... Hauptsache aber, die Eltern konnten weiter arbeiten, da sich die Industrie da offenbar gut in der Regierung gegen generelles Homeoffice etc durchsetzen konnten....

Es kommt mir sehr verlogen vor, der EMA ungenügende Sachkunde und Genauigkeit bei der Zulassung zu unterstellen oder den Stellenwert der Erkrankung für Kinder zu relativieren oder über seeeeeehr sehr hypothetische Risiken und Ultraspätfolgen einer Impfung zu philosophieren, wenn das eigentliche Problem der Mangel ist. Und ich finde es unterträglich, besorgten Eltern aufgrund des Mangels Angst vor der Kinderimpfung zu machen, um in 2 oder 3 Monaten, wenn die Deltavariante hier durchschlägt, dann doch schnell die Kinder impfen zu wollen!)

Korinna Hennig

Die 40- bis 50-Jährigen sind möglicherweise auch die Eltern eben dieser Kinder, die sich bei ihren Kindern anstecken können und schwere Verläufe haben.

Thomas Mertens

Ganz genau. Insofern ist es auch daher eigentlich nicht sinnvoll, diese Vorstellung. Plötzlich wurde gesagt, wir machen eine große Schulimpfkampagne und reservieren Impfstoffe für die Kinder. Das ist wirklich von der Logik her meines Erachtens grenzwertig. Das kann keinen positiven Effekt geben und bei etwas Nachdenken sollte eigentlich jeder darauf kommen.

Korinna Hennig

Noch einmal kurz nachgefragt, Sie gehen auch davon aus, dass sich dieser Aspekt der Pandemiebekämpfung, von dem Sie sagen, der ist jetzt gar nicht so groß, insbesondere wenn man diese spezielle Altersgruppe betrachtet, dass der sich auch durch Virusevolution, durch Varianten nicht maßgeblich verändert?

Thomas Mertens

Also, die Varianten, das sagte ich vorhin, das sind unterschiedliche Themen. Wenn wir wirklich Immun-escape-Varianten bekommen, dann müssen wir ja wirklich noch mal auch in vieler Hinsicht neu nachdenken. Was wir dann brauchen, sind vor allen Dingen modifizierte Impfstoffe. Inwieweit ich das jetzt im Augenblick als Argument für die allgemeine Kinderimpfung in dem

Bereich zwölf bis 15 Jahre heranziehen würde, da habe ich persönlich keine richtige Meinung dazu.

Korinna Hennig

Abschließend, Herr Mertens, was ändert sich eigentlich, wenn es noch mal um andere Impfstoffe geht? Wir wissen ja, dass Novavax zum Beispiel einen Impfstoff in den Startlöchern sozusagen hat, der vielleicht Anfang nächsten Jahres oder so kommen könnte, wenn die Daten gut aussehen. Ein Protein-basierter Impfstoff, der schon viel bekannter ist, schon viel mehr verimpft wird. Wo die Bedenken des Risikos durch den Impfstoff für Kinder vielleicht geringer sind.

Thomas Mertens

Ja, klar. Ein Impfstoff wie Novavax oder so was, dem sehe ich auch mit großen Hoffnungen entgegen. Viele Leute. Aber eines muss man auch noch erwähnen, was noch nicht diskutiert wird. Auch bei SARS-CoV-2 wäre natürlich ein gut funktionierender Lebendimpfstoff vielleicht eine sehr gute Sache. Man weiß ja, dass in den Vereinigten Staaten zumindest frühe Studien auch mit so einem Lebendimpfstoff schon begonnen worden sind. Wenn Sie schon von neuen Konzepten bei der Impfung sprechen, dann würde ich klar die Peptid- Impfstoffe nennen. Und auch mit großer Spannung auf die möglichen Lebendimpfstoffe schauen.

Der Influenza-Lebendimpfstoff für Kinder ist leider gefloppt. Es kam zu einer Rückentwicklung des Virus hin zu höherer Virulenz und zu Übertragungen auf andere Personen, ähnlich wie bei der Lebend-Polio.

MÖGLICHE STELLUNGNAHME DER STIKO

Korinna Hennig

Das heißt, da gibt es über die nächsten Monate wahrscheinlich auch noch viel Redebedarf mit der STIKO. Jetzt steht aber erst mal diese Entscheidung an. Sie haben sich schon ziemlich klar positioniert. Wann wird die STIKO denn ihre Empfehlungen abgeben?

Thomas Mertens

Wir hoffen, dass wir am kommenden Montag in der Stellungnahme vorangehen können. Erfahrungsgemäß ist das Stellungnahme-Verfahren zwar formal vertraulich. Aber diese Vertraulichkeit hält nicht, weil dann zu viele Leute das schon bekommen haben, sodass sich mal davon ausgehe, dass die am nächsten Montag, wenn alles halbwegs vernünftig läuft, mehr oder weniger öffentlich sein wird. Formal wird das noch mal zwei, drei Tage dauern nach dem Montag, weil der Rücklauf aus dem Stellungnahmeverfahren noch diskutiert werden muss, wird auch immer gründlich diskutiert. Aber Sie wissen selbst, das ist im Augenblick mit der Vertraulichkeit wirklich ein Problem.

Korinna Hennig

Herr Mertens, haben Sie vielen Dank für Ihre Zeit hier in dem Podcast. Vielen Dank für die ehrenamtliche Arbeit in der STIKO. Ich glaube, auch das kann man an der Stelle mal sagen. Wir entlassen Sie jetzt in ihr Tag- werk und reden noch ein bisschen weiter mit Sandra Ciesek.

Sandra Ciesek

Vielen Dank auch von mir.

Korinna Hennig