

Präsidentin: a.o. Univ.-Prof. Dr. Daniela Karall
Sekretärin: PD Dr. med. Dipl. oec. troph. Sabine Scholl-Bürgi

Medizinische Universität Innsbruck
Department für Kinder- u. Jugendheilkunde
Univ.-Klinik für Pädiatrie I
Anichstr. 35
6020 Innsbruck
E-Mail: lki.ki.oegkj@tirol-kliniken.at
Internet: www.paediatrie.at

Stellungnahme zur Krankheitslast von SARS-CoV-2 für Kinder und Jugendliche und Empfehlungen für eine baldige Schulöffnung

1. Geringe Gefährdung durch SARS-CoV-2 Infektionen bei Kindern

In Österreich wurde bisher bei ca. 400.000 Personen eine Infektion mit SARS-CoV-2 nachgewiesen. Davon waren 6,3% (ca. 25.000) Kinder unter 14 Jahren (davon ca. 3.200 <5 Jahren, ca. 22.000 von 5 bis 14 Jahren).

Um aktuelle Zahlen der stationär behandelten Kinder und Jugendlichen mit Coronavirusinfektion zu erhalten, erhebt die ÖGKJ wiederholt Informationen der österreichischen Abteilungen für Kinder- und Jugendheilkunde. Seit Beginn der Pandemie wurden insgesamt 360 SARS-CoV-2 infizierte Kinder und Jugendliche (1,4% aller gemeldeten Fälle <14 Jahren) mit stationärer Behandlung an österreichischen Kinderabteilungen gemeldet. Darunter sind einige Kinder, die wegen anderer Erkrankungen behandelt werden mussten, und bei denen die SARS-CoV-2 Infektion lediglich als Zufallsbefund diagnostiziert wurde. Dies wurde für mehr als 30 der stationären Patient*innen rückgemeldet. Die Zahl der seit Beginn der Pandemie mit SARS-CoV-2 infizierten, hospitalisierten Kinder von 360 entspricht etwa 0,3% der im selben Zeitraum insgesamt hospitalisierten Kinder und Jugendlichen bzw. etwa 1,5% der mit SARS-CoV-2 Infektion hospitalisierten Personen aller Altersgruppen (siehe Abb. 1).

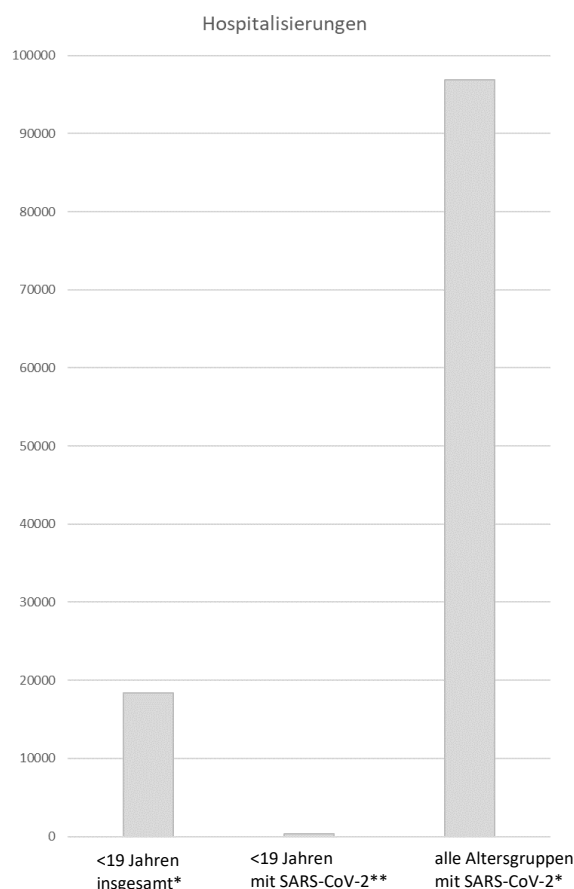


Abb. 1. Hospitalisierungen seit März 2020
(*bis einschließlich November 2020, **bis einschließlich Jänner 2021)

Bei 51 Kindern (0,2% aller gemeldeter SARS-CoV-2 Fälle <14 Jahren) wurde ein SARS-CoV-2 assoziiertes, Hyperinflammationssyndrom (PIMS-TS, MIS-C) diagnostiziert. Von diesen Patient*innen wurden 21 (41% bzw. 0,08% aller gemeldeten SARS-CoV-2 Fälle <14 Jahren) auf einer pädiatrischen Intensivstation behandelt. Soweit uns die Daten vorliegen, wurden alle diese Patient*innen in gutem Allgemeinzustand und ohne offensichtliche Folgeschäden wieder entlassen.

Zusätzlich wurden 5 pädiatrische Patient*innen (0,02% aller gemeldeten Fälle <14 Jahren) mit „akuter“ SARS-CoV-2 Infektion (ohne Hyperinflammationssyndrom) gemeldet, die auf einer Intensivstation behandelt wurden. Davon war bei einer Patientin der Grund für die Aufnahme auf die Intensiv-Station nicht mit der SARS-CoV-2 Infektion assoziiert, bei drei weiteren Patient*innen ist der ursächliche Zusammenhang mit der SARS-CoV-2 Co-Infektion fraglich.

In Österreich ist bisher kein Kind an oder mit einer SARS-CoV-2 Infektion verstorben.

Diese Daten zeigen, dass nur ein sehr geringer Anteil an Kindern von einer akuten SARS-CoV-2 Infektion so stark betroffen ist, dass eine stationäre Aufnahme erfolgt. Lediglich etwas mehr als 1,3% aller Kinder mit laborbestätigter Infektion wurden stationär behandelt, nur vereinzelt mussten Kinder auf einer Intensivstation behandelt werden.

Beachtenswert sind die 51 Patient*innen mit Hyperinflammationssyndrom, auch wenn mit 0,2% nur ein äußerst geringer Anteil der infizierten Kinder davon betroffen war. Internationale Daten wie auch die eigenen Erfahrungen zeigen, dass bei frühzeitiger Diagnose und raschem Beginn mit einer entsprechenden Therapie schwere Verläufe sehr effektiv verhindert werden können. So musste die Mehrheit dieser Patient*innen nicht auf einer Intensivstation behandelt werden.

2. Empfehlungen für die baldige Schulöffnung

In den Studien, welche den Effekt von unterschiedlichen Maßnahmen zur Kontaktreduktion untersuchen, werden wiederholt, aber nicht einheitlich, Schulschließungen als effektiv beschrieben, um die Infektionsausbreitung zu reduzieren. Allerdings führen die meisten Autoren selbst deutliche Einschränkungen dieser Studien an: Schulschließungen sind niemals ohne weitere Maßnahmen (gleichzeitig oder in kurzem zeitlichem Zusammenhang) durchgeführt worden, sodass die Auswirkungen einzelner Maßnahmen nur mathematisch modelliert werden können. Die untersuchten Schulschließungen in der ersten Pandemiewelle sind in der Regel in Schul-Situationen ohne entsprechende Transmissionsschutz-Maßnahmen erfolgt und es ist unklar, ob die errechneten Effekte tatsächlich durch die geringere Krankheitsübertragung in den Schulen selbst oder viel mehr durch die dadurch ausgelösten Reaktionen der Allgemeinbevölkerung aufgetreten sind.

Berichte aus den ersten Monaten der Pandemie zeigen, dass es ohne entsprechende Maßnahmen zu relevanten Ausbrüchen in Schulen und Kinderbetreuungseinrichtungen kommen kann. Unter Einhaltung entsprechender Maßnahmen (keine Durchmischung zwischen den Klassen, Abstandhalten, Maskentragen, Lüften etc.) wurden Übertragungen innerhalb der Einrichtungen jedoch nur in sehr geringem Ausmaß beobachtet.

Unsere Fachgesellschaft weist seit vielen Monaten auf die Gefahr von negativen physischen (z.B. Übergewicht), psychosozialen und bildungsspezifischen Folgen durch Schulschließungen hin, welche zunehmend auch in der Bevölkerung wahrgenommen werden.

Wir empfehlen daher abermals dringend, die Schulen rasch wieder zu öffnen. Um die Ausbreitung von Infektionen zu minimieren empfehlen wir neben den von den Bildungsdirektionen bereits vorbereiteten Maßnahmen (wie allgemeine Hygienemaßnahmen):

- keine Durchmischung unterschiedlicher Klassen
- regelmäßige Antigentestung (1-2x wöchentlich für Schüler*innen und Lehrer*innen)
- regelmäßiges Lüften
- Tragen von FFP2-Masken für Jugendliche ab der 9. Schulstufe (bzw. ab 14 Jahren) und das Lehrpersonal
- Tragen von Mund-Nasen-Schutz für Schüler*innen der 1. bis 8. Schulstufe

- Falls durch entsprechend große Räume oder durch die Minimierung der Schüler*innenzahl (z.B. durch Schichtunterricht) ein Mindestabstand von 2 Metern eingehalten werden kann (und regelmäßig gelüftet wird), kann in der Primarstufe (1.-4. Schulstufe) am Sitzplatz während des Unterrichts die Maske abgenommen werden.
- Turnunterricht / Bewegungseinheiten unter Einhaltung des Mindestabstandes von 2m (keine Kontaktsportarten), möglichst im Freien (dies ist auch im Winter umsetzbar)
- Dort, wo der Schulweg zu Häufung in öffentlichen Verkehrsmitteln führt, evtl. gestaffelte Schulbeginnzeiten
- In der „Oberstufe“ (ab 9. Schulstufe) evtl. Schichtbetrieb, wenn Abstandhalten aus räumlichen Gründen nicht möglich ist.
- Kinder mit Anzeichen einer Infektion sollten generell zu Hause bleiben.

Darüber hinaus empfehlen wir, dass nach PCR-Bestätigung einer Infektion die Kontaktpersonen nicht nur abgesondert, sondern auch - wie im Kontaktpersonenmanagement des BMSGPK vorgesehen – ebenfalls einer PCR-Testung zugeführt werden. Dadurch lassen sich in Zukunft Aussagen nicht nur über Infektionen von Lehrer*innen und Schüler*innen treffen, sondern auch, in welchem Ausmaß diese zu Übertragungen innerhalb der Schule führen.

Als ÖGKJ möchten wir abermals darauf hinweisen, dass im Sinne der Nutzen-Risiko-Abwägung von einer Verlängerung der Schulschließungen bzw. des Distanzunterrichtes dringend abgeraten werden muss!

Die Schulen sind auf einen Präsenzunterricht gut vorbereitet, entsprechende Maßnahmen und konsequentes Infektionsmonitoring können aus unserer Sicht das Infektionsrisiko in Schulen minimieren.

1.2.2021



Assoz.-Prof. PD Dr. Volker Strenger
ÖGKJ AG Leiter Infektiologie



Dr. Klaus Kapelari
Mitglied der Tiroler Landeseinsatzleitung



A.Univ.-Prof.Dr.Daniela Karall
Präsidentin der ÖGKJ



Univ.-Prof.Dr.Reinhold Kerbl
Generalsekretär der ÖGKJ und
ÖGKJ Ausbildungsreferent



Dr. Florian Götzinger
Programmdirektor für Kinderinfektiologie
Wiener Infektiologie Netzwerk



Priv.-Doz. Dr. Hans Jürgen Dornbusch
Leiter / ÖGKJ Impfreferat