

Kleine Anfrage

der Abgeordneten Dr. Janosch Dahmen, Dr. Kirsten Kappert-Gonther, Maria Klein-Schmeink, Kordula Schulz-Asche, Dr. Anna Christmann, Kai Gehring, Erhard Grundl, Ulle Schauws, Charlotte Schneidewind-Hartnagel, Margit Stumpp, Beate Walter-Rosenheimer und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Kenntnisstand Gesundheit von Kindern und Jugendlichen nach einem Jahr Pandemie

Seit mehr als einem Jahr bestimmt die Corona-Pandemie das Leben von Kindern und Jugendlichen maßgeblich. Dennoch liegen in Deutschland verhältnismäßig wenig Informationen zu möglichen gesundheitlichen Auswirkungen von SARS-CoV-2 auf Kinder und Jugendliche vor.

Dabei können auch Kinder und Jugendliche unmittelbar vom SARS-CoV-2-Infektionsgeschehen betroffen sein. So verzeichnete das Robert Koch-Institut (RKI) zuletzt einen starken Anstieg der COVID-19-Fallzahlen bei Kindern und Jugendlichen ebenso wie zunehmend mehr Übertragungen und Ausbruchsgeschehen, die auch von dieser Altersgruppe ausgehen (vgl. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Apr_2021/2021-04-13-de.pdf?__blob=publicationFile). Waren die gemeldeten Fälle bei Kindern und Jugendlichen zu Beginn des Jahres 2021 noch rückläufig, kam es nach Daten des RKI ab Mitte Februar 2021 zu einem steilen Anstieg der Meldeinzidenz. Innerhalb von sechs Wochen verdreifachten sich demnach etwa die gemeldeten Zahlen bei den 0- bis 5-Jährigen, und die Meldeinzidenz in dieser Altersgruppe stieg zwischen den Kalenderwochen 6 und 11 von 35 auf 105 an. Dieser Trend lasse sich laut RKI nicht allein durch vermehrte PCR-Testung erklären, sondern zeige auch den Effekt, den die rasante Ausbreitung der als besorgniserregend eingestuften SARS-CoV-2-Variante B.1.1.7 auf das Pandemiegeschehen in Deutschland habe (vgl. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Projekte_RKI/KiTa-Studie-Berichte/KiTASTudie_03_2021.pdf?__blob=publicationFile). Aktuell bestehen laut einer ersten britischen Fallstudie keine Hinweise darauf, dass B.1.1.7 bei Kindern und Jugendlichen häufiger zu schweren Krankheitsverläufen führt. Gleichwohl habe sich die Zahl der Ende 2020 und Anfang 2021 aufgrund einer COVID-19-Erkrankung hospitalisierten Kinder und Jugendlichen im Vergleich zum Beginn der Pandemie deutlich erhöht, wahrscheinlich aufgrund der insgesamt höheren Inzidenzen sowohl in ihrer Altersgruppe, als auch in der Gesamtbevölkerung (vgl. [https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642\(21\)00030-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanchi/article/PIIS2352-4642(21)00030-4/fulltext)).

Während die überwiegende Mehrheit aller an COVID-19 erkrankten Kinder und Jugendlichen einen asymptomatischen oder lediglich von leichten Symptomen begleiteten Krankheitsverlauf aufweist, wird in seltenen Fällen von schweren Erkrankungen ebenso wie von postviralen Folgeerkrankungen berichtet.

Seit dem Frühjahr 2020 ist das sogenannte Paediatric Inflammatory Multisystem Syndrome (PIMS oder PIMS-TS), auch bezeichnet als Multisystem Inflammatory Syndrome in Children (MIS-C), bekannt. Erkrankte Kinder und Jugendliche weisen ein weites Spektrum klinischer Symptome auf, das u. a. von hohem Fieber, gastrointestinalen Symptomen, Haut- und Schleimhautentzündungen bis zu einer Entzündung der Herzkranzgefäße mit Kawasaki-Syndrom-ähnlichen Begleiterscheinungen reichen kann. Zumeist tritt PIMS zwei bis sechs Wochen nach einer SARS-CoV-2-Infektion auf, die entsprechend bei den Betroffenen oft nur per Antikörpertest nachgewiesen werden kann. Die weitaus meisten schwer an PIMS erkrankten Kinder und Jugendlichen können erfolgreich behandelt werden, die Mortalitätsrate liegt bei den auf Intensivstationen behandelten Patientinnen und Patienten unter 3 Prozent (vgl. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1751722220302250#bib8>). Für Deutschland stellt die Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI) einen regelmäßig aktualisierten Bericht zu PIMS-Erkrankungen bereit. Datengrundlage sind Fälle, die im Rahmen des PIMS-Surveys der Universitätsklinik Dresden gemeldet wurden. Zwischen dem 27. Mai 2020 bis zum 25. April 2021 wurden so 281 an PIMS erkrankte Kinder und Jugendliche, ihre Symptome und Krankheitsverläufe registriert (vgl. <https://dgpi.de/pims-survey-update/>). Knapp die Hälfte der im PIMS-Survey gemeldeten Patientinnen und Patienten konnten bislang gesund entlassen werden. Bei etwa jedem zehnten Kind treten nach einer schweren PIMS-Erkrankung allerdings womöglich bleibende gesundheitliche Schäden auf (vgl. <https://www.spiegel.de/wissenschaft/medizin/coronavirus-s-pims-syndrom-so-gefaehrlich-ist-covid-19-fuer-kinder-a-efc7bed2-0002-0001-0000-000176418868>).

Eine Meldepflicht, wie sie für COVID-19-Infektionen nach § 6 des Infektionsschutzgesetzes gilt, besteht für PIMS in Deutschland nicht. Auch auf EU-Ebene fehlt ein umfassendes Lagebild von PIMS-Fällen und PIMS-verläufen, ebenso wie Informationen darüber, ob die aktuelle Ausbreitung der besorgniserregenden Virusvarianten einen Effekt auf die Häufigkeit und Schwere von PIMS-Erkrankungen zeitigt (vgl.: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/RRA-covid-19-14th-update-15-feb-2021.pdf>).

Spätfolgen einer COVID-19-Infektion sind auch bei Kindern und Jugendlichen nicht auf PIMS und seine möglichen gesundheitlichen Auswirkungen begrenzt. Zunehmend finden sich auch in Deutschland Berichte, dass Kinder und Jugendliche von sogenannten Long COVID-Symptomen betroffen sind (vgl. etwa: <https://www.zdf.de/nachrichten/panorama/corona-spaetfolgen-zunahme-kinder-jugendliche-100.html>). Diese können auch bei asymptomatischen oder leichten Krankheitsverläufen im Nachgang einer COVID-19-Infektion auftreten und umfassen etwa Symptome wie Fatigue, Atemschwierigkeiten, Muskel- und Gelenkschmerzen oder Konzentrationsstörungen in unterschiedlichen Schweregraden. Aktuell sind wenige Daten und Informationen zu Vorkommen und Ausprägungen von Long COVID bei Kindern und Jugendlichen verfügbar. Dennoch gibt es deutliche Hinweise, dass Long-COVID auch in ihrer Kohorte verbreitet ist. So zeigen etwa im Februar 2021 veröffentlichte Daten des fortlaufenden „UK Coronavirus Infection Survey (CIS)“ in Großbritannien, dass 13 Prozent der unter 11-Jährigen und circa 15 Prozent der 12 bis 16-Jährigen Untersuchten auch fünf Wochen nach einer bestätigten COVID-19-Infektion mindestens ein Krankheitssymptom weiterhin aufwiesen (vgl. https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/962830/s1079-ons-update-on-long-covid-prevalence-estimate.pdf). Im Rahmen einer Fallstudie in Italien wiesen von 129 befragten Kindern und Jugendlichen sogar mehr als die Hälfte auch 120 Tage nach ihrer COVID-19-Infektion mindestens ein weiterhin bestehendes Symptom auf, 42,6 Prozent von ihnen fühlten sich in ihrem Alltag dadurch beeinträchtigt (vgl. <https://assets.publishin>

[g.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/962830/s1079-ons-update-on-long-covid-prevalence-estimate.pdf](https://www.g.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/962830/s1079-ons-update-on-long-covid-prevalence-estimate.pdf)).

Aktuell liegen der Bundesregierung, wie aus ihrer Antwort auf die Kleine Anfrage auf Bundestagsdrucksache 19/28419 hervorgeht, keine systematisch erhobenen Daten zu Häufigkeit, Symptomen und Dauer ihres Auftretens in bestimmten Altersgruppen in Deutschland vor. Die in der Antwort der Bundesregierung angeführte und u. a. vom Bundesministerium für Gesundheit und RKI initiierte Studie „Corona Monitoring Lokal“, in deren Rahmen auch Nachbefragungen einer seroepidemiologischen Studie zu Long-COVID vorgesehen sind (vgl. ebd.), richtet sich bislang allein an volljährige Teilnehmerinnen und Teilnehmer (vgl. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/JoHM_S5_2020_Studienprotokoll_CORONA_MONITORING_lokal.pdf?__blob=publicationFile).

Darüber hinaus weisen mehrere Studien darauf hin, dass sich die Coronapandemie und deren Bekämpfung auch auf die seelische Gesundheit insbesondere von Kindern und Jugendlichen auswirken. Aus der zweiten Befragungsrunde der COPSY-Studie etwa geht hervor, dass sich die Lebensqualität und psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Verlaufe der Coronapandemie verschlechtert haben; etwa jedes dritte Kind in Deutschland leidet mittlerweile unter psychischen Auffälligkeiten, darunter depressive Symptome und psychosomatische Beschwerden. Besonders betroffen sind Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Verhältnissen oder mit Migrationshintergrund (vgl. https://www.uke.de/allgemein/presse/pressemitteilungen/detailseite_104081.html).

Eine ausreichende Datengrundlage ist Voraussetzung für risikoadjustierte Entscheidungen und verantwortliches, politisches Handeln. Die Kleine Anfrage dient dem Erkenntnisgewinn zur Lageeinschätzung und Beurteilung der gesundheitlichen Folgen der andauernden SARS-CoV-2-Pandemie auf Kinder und Jugendliche durch die Bundesregierung.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Wie viele Kinder und Jugendliche (Altersgruppe 0 bis 18 Jahre) haben sich nach Kenntnis der Bundesregierung bisher mit dem SARS-CoV-2-Virus infiziert?
2. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über den Umfang von Übertragungen des SARS-CoV-2-Virus von Kindern und Jugendlichen auf deren Sorgeberechtigte, und welche Schlussfolgerungen zieht die Bundesregierung hieraus?
3. Wie viele Minderjährige haben nach Kenntnis der Bundesregierung ein oder mehrere Sorgeberechtigte durch eine COVID-19-Erkrankung verloren?
4. Wie viele Kinder und Jugendliche sind nach Kenntnis der Bundesregierung bisher an COVID-19 erkrankt?
5. Wie viele Kinder und Jugendliche werden oder wurden nach Kenntnis der Bundesregierung bisher in Deutschland wegen einer COVID-19-Erkrankung oder ihrer Folgen in einem Krankenhaus behandelt (bitte nach Anzahl und Kalenderwoche aufschlüsseln)?

6. Welche Altersgruppen der unter 18-Jährigen sind nach Wissensstand der Bundesregierung wie häufig von Krankenhauseinweisungen aufgrund einer COVID-19-Infektion betroffen, und welche Risikofaktoren, die zu einer vermehrten Hospitalisierung von Kindern und Jugendlichen aufgrund einer COVID-19-Erkrankung beitragen können, sind der Bundesregierung bekannt?
7. Worauf führt die Bundesregierung den seit Mitte Februar 2021 zu verzeichnenden abrupten Inzidenzanstieg von COVID-19 bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland zurück, und welche Schlussfolgerungen zieht sie daraus?
8. Ist der Bundesregierung bekannt, welchen messbaren Effekt Infektionen mit der SARS-CoV-2-Variante B.1.1.7 oder anderen besorgniserregenden Virusvarianten auf die deutlich gestiegenen Inzidenzen in der Gruppe der Kinder und Jugendlichen zeitigen (bitte nach Virusvariante (inklusive Wildtyp), Alter der Infizierten und Meldezeitraum aufschlüsseln)?
9. Welche Kenntnisse besitzt die Bundesregierung über Inzidenz und Prävalenz von PIMS in der Bundesrepublik Deutschland (bitte nach Meldezeitraum, Dauer der Erkrankung, Landkreis und Alter aufschlüsseln), und auf welcher Datengrundlage basieren diese?
10. Plant die Bundesregierung die Einführung einer verpflichtenden Meldung und Dokumentation von PIMS-Fällen in der Bundesrepublik Deutschland, und wenn ja, welchen Zeitplan verfolgt die Bundesregierung dabei, und wenn nein, warum nicht?
11. Existiert nach Kenntnis der Bundesregierung eine einheitliche medizinische Definition für das sogenannte PIMS, und wenn ja, wie lautet diese?
12. Welche medizinische Definition des sogenannten PIMS legt die Bundesregierung ihren Kenntnissen über PIMS zugrunde?
13. Ist der Bundesregierung bekannt, wie viele der in der Bundesrepublik Deutschland an PIMS erkrankten Kinder und Jugendlichen vor ihrer Erkrankung asymptomatische und wie viele symptomatische Verläufe einer SARS-CoV-2-Infektion aufwiesen, und wenn ja, auf welcher Datengrundlage beruhen diese Kenntnisse?
14. Sind nach Kenntnisstand der Bundesregierung Folgeerkrankungen und/oder Folgeschäden von PIMS-Erkrankungen in Deutschland bekannt, und wenn ja, auf welcher Datengrundlage beruhen diese Kenntnisse (bitte nach Symptom, Häufigkeit des Symptoms, Dauer der Folgeerkrankung, Alter und Landkreis aufschlüsseln)?
15. Welche Behandlungsmöglichkeiten akuter PIMS-Erkrankungen sind der Bundesregierung bekannt?
16. Welche Bedarfe sind der Bundesregierung für die Folgebehandlung von Kindern und Jugendlichen, die von einer akuten PIMS-Erkrankung genesen sind, bekannt?
17. Welche laufenden oder abgeschlossenen Studien sind der Bundesregierung zum Themenbereich PIMS bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland bekannt?
18. Besteht nach Einschätzung der Bundesregierung Bedarf an wissenschaftlichen Studien zu Epidemiologie, Ätiologie, Diagnostik, Verlauf, Behandlung, Prognose und möglichen Folgeschäden von an PIMS erkrankten Kindern und Jugendlichen in Deutschland, und wenn ja, beteiligt sich die Bundesregierung an deren Förderung oder fördert sie bereits?

19. Plant die Bundesregierung, sich auf europäischer Ebene für einen systematischen Daten- und Informationsaustausch u. a. zu Epidemiologie, Symptomkonstellation, Behandlungsmöglichkeiten und Spätfolgen von PIMS-Erkrankungen einzusetzen, und wenn ja, welchen Zeitplan verfolgt die Bundesregierung hierbei, und wenn nein, warum nicht?
20. Sind der Bundesregierung Fälle von Long-COVID-Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland bekannt (bitte nach Dauer der Erkrankung, Alter, Geschlecht und Landkreis aufschlüsseln)?
21. Plant die Bundesregierung eine systematische Erfassung von Long-COVID-Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen?
22. Welche laufenden oder abgeschlossenen Studien sind der Bundesregierung zum Themenbereich Long-COVID bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland bekannt?
23. Besteht nach Einschätzung der Bundesregierung Bedarf an wissenschaftlichen Studien zu Definition, Epidemiologie, Ätiologie, Diagnostik, Verlauf, Behandlung und Prognose von an Long-COVID erkrankten Kindern und Jugendlichen in Deutschland, und wenn ja, beteiligt sich die Bundesregierung an deren Förderung oder fördert sie bereits?
24. Sind der Bundesregierung Rehaeinrichtungen und Rehamaßnahmen in Deutschland bekannt, die speziell auf die Bedürfnisse von an Long-COVID erkrankten Kindern und Jugendlichen ausgerichtet sind, und wenn ja, sind die Plätze in diesen nach Kenntnis der Bundesregierung ausreichend für den Bedarf?
25. Welche Kenntnisse besitzt die Bundesregierung zu Stand und aktuellen Ergebnissen von Studien zur Anwendung von SARS-CoV-2-Impfstoffen an Kindern und/oder Jugendlichen (bitte nach Impfstoff, Anzahl und Alter der Studienteilnehmenden, voraussichtlicher Abschluss der Studie auflisten)?
26. Welche Anstrengungen unternimmt die Bundesregierung etwa durch die Gewährung weitergehender Forschungsförderung, um die Zulassung der in Deutschland entwickelten SARS-CoV-2-Impfstoffe für Kinder und Jugendliche voranzutreiben?
27. Wann rechnet die Bundesregierung mit einer Zulassung von COVID-19-Impfstoffen durch die Europäische Arzneimittelagentur (EMA) und das Paul-Ehrlich-Institut (PEI) für Kinder und Jugendliche (bitte nach jeweiligem SARS-CoV-2-Impfstoff und ggf. Altersgruppe aufschlüsseln)?
28. Mit welcher Dauer rechnet die Bundesregierung für mögliche weitere Zulassungsverfahren für an Virusvarianten angepasste SARS-CoV-2-Impfstoffe bis zur Zulassung und Freigabe ihrer Verimpfung an Kinder und Jugendliche?
29. Wie viele Kinder und Jugendliche sind in Folge der Corona-Pandemie nach Kenntnis der Bundesregierung an psychischen und psychosomatischen Erkrankungen erkrankt?
30. Welche laufenden oder abgeschlossenen Studien sind der Bundesregierung zum Themenbereich „psychische Erkrankungen in Folge der Corona-Pandemie bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland“ bekannt?
31. Geht die Bundesregierung von einem durch die Folgen der Corona-Pandemie nachhaltig veränderten Bedarf an psychotherapeutischen und psychosozialen Beratungsangeboten insbesondere für Kinder und Jugendliche aus, und wenn ja, inwieweit wird die Bundesregierung darauf hinwirken, das bestehende Angebot an diesen Bedarf anzupassen, und wenn nein, warum nicht?

32. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung zum allgemeinen Gesundheitszustand und physischem Aktivitätslevel von Kindern und Jugendlichen in der Pandemie?
33. Welche Maßnahmen ergreift die Bundesregierung, um mögliche gesundheitliche und psychische Folgen für von der Pandemie besonders betroffene Kinder und Jugendliche, etwa aus sozial benachteiligten Haushalten oder mit Migrationshintergrund oder für Kinder und Jugendliche mit besonderem Unterstützungsbedarf, einzudämmen und/oder die Kinder, Jugendlichen und ihre Familien bei ihrer Bewältigung zu unterstützen?

Berlin, den 18. Mai 2021

Katrin Göring-Eckardt, Dr. Anton Hofreiter und Fraktion

