



Schriftliche Anfrage

der Abgeordneten **Christina Haubrich BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN**
vom 04.03.2021

COVID-19-Virusmutationen bei Kindern und Jugendlichen

Ich frage die Staatsregierung:

- 1.1 Wie schätzt die Staatsregierung den Einfluss neuer COVID-19-Virusmutationen auf das Infektionsgeschehen bei Kindern und Jugendlichen ein (bitte Quellen angeben)? 2
- 1.2 Welche Studien kennt die Staatsregierung zur Infektiosität neuer Virusmutationen bei Kindern und Jugendlichen (bitte Studien angeben und nach bayerischen, deutschen, europäischen sowie internationalen Studien aufschlüsseln)? 2
- 1.3 Liegen der Staatsregierungen Erkenntnisse darüber vor, um wie viel ansteckender die Mutationen von COVID-19 bei Kindern und Jugendlichen sind (bitte Quellen und Ergebnisse angeben)? 2

- 2.1 Gibt es Erkenntnisse über den Krankheitsverlauf bei Kindern und Jugendlichen, die sich mit einer der neuen Mutationen angesteckt haben? 3
- 2.2 Welche Studien über den Krankheitsverlauf bei Kindern und Jugendlichen liegen der Staatsregierung vor (bitte Ergebnisse und Studien angeben und nach bayerischen, deutschen, europäischen sowie internationalen Studien aufschlüsseln)? 3
- 2.3 Sind weitere Studien in Deutschland geplant? 3

- 3.1 Wie fließen die Ergebnisse der Studien zur Infektiosität neuer Virusmutationen bei Kindern und Jugendlichen in die Pandemiepolitik der Staatsregierung ein? 4
- 3.2 Wie fließen die Ergebnisse der Studien zum Krankheitsverlauf neuer Virusmutationen bei Kindern und Jugendlichen in die Pandemiepolitik der Staatsregierung ein? 4

4. Welche zusätzlichen Schutzmaßnahmen will die Staatsregierung treffen, um im besonderen Kinder und Jugendliche vor der Ansteckung mit COVID-19-Mutationen zu schützen? 4

5. Wie gut sind die bayerischen Kinderkrankenhäuser gerüstet, um die Behandlung von Kindern, die mit einem schweren PIMS-Syndrom (PIMS = Paediatric Inflammatory Multisystem Syndrome) eingeliefert werden, zu meistern? 5

- 6.1 Gibt es valide Aussagen darüber, wie sich eine COVID-19-Infektion langfristig auf die Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen auswirkt? 6
- 6.2 Sind der Staatsregierung Studien zu Long-COVID-Symptomen bei Kindern und Jugendlichen bekannt (bitte Ergebnisse der Studien angeben)? 6
- 6.3 Wie stellt die Staatsregierung sicher, dass Kinderarztpraxen darauf vorbereitet sind? 6

Hinweis des Landtagsamts: Zitate werden weder inhaltlich noch formal überprüft. Die korrekte Zitierweise liegt in der Verantwortung der Fragestellerin bzw. des Fragestellers sowie der Staatsregierung.

Antwort

des Staatsministeriums für Gesundheit und Pflege
vom 28.04.2021

- 1.1 **Wie schätzt die Staatsregierung den Einfluss neuer COVID-19-Virusmutationen auf das Infektionsgeschehen bei Kindern und Jugendlichen ein (bitte Quellen angeben)?**
- 1.2 **Welche Studien kennt die Staatsregierung zur Infektiosität neuer Virusmutationen bei Kindern und Jugendlichen (bitte Studien angeben und nach bayerischen, deutschen, europäischen sowie internationalen Studien aufschlüsseln)?**
- 1.3 **Liegen der Staatsregierungen Erkenntnisse darüber vor, um wie viel ansteckender die Mutationen von COVID-19 bei Kindern und Jugendlichen sind (bitte Quellen und Ergebnisse angeben)?**

Inzwischen liegen zahlreiche Untersuchungen vor, die sich mit der Rolle von Kindern und Jugendlichen bei der Ausbreitung des SARS-CoV-2-Infektionsgeschehens befassen. Sie zeigen teils heterogene Ergebnisse; noch ist das Ausmaß der Infektiosität von Kindern nicht abschließend geklärt. Zwar deuteten einige Studien darauf hin, dass Kinder weniger infektiös als Erwachsene sein könnten, gleichzeitig ist aber auch unbestritten, dass Kinder und Jugendliche als Teil des Infektionsgeschehens zu betrachten sind. Insgesamt zeigte sich bereits Ende vergangenen Jahres ein deutlicher Anteil an COVID-19-Fällen bei Kindern und Jugendlichen, insbesondere in der Altersgruppe der zehn- bis 19-Jährigen, aber auch im Grundschulalter. Die Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina stellt in ihrer Stellungnahme vom 16.11.2020 heraus, dass Schülerinnen und Schüler ein wesentlicher Teil des Infektionsgeschehens sind. Diese Einschätzung verstärkt sich derzeit. Das Robert Koch-Institut (RKI) führt dazu am 16.03.2021 aus: „Aktuell scheint sich die Rolle von Kindern und Jugendlichen bei der Ausbreitung von SARS-CoV-2 zu ändern. Die Meldeinzidenzen steigen bei Kindern und Jugendlichen in allen Altersgruppen an. Dies zeigt sich besonders frühzeitig in der Altersgruppe 0–5 Jahre und betrifft auch die Daten zu Ausbrüchen in Kitas, die sehr rasch ansteigen und über den Werten von Ende letzten Jahres liegen. Eine ähnliche Entwicklung deutet sich mit zeitlicher Verzögerung (aufgrund der erst kürzlich erfolgten Öffnung) auch für die Schulen an. Bei dieser Entwicklung spielt die Ausbreitung leichter übertragbarer, besorgniserregender Varianten (VOC; insbesondere B.1.1.7) nach den uns vorliegenden Hinweisen eine Rolle (...) Der stärkste Anstieg ist bei Kindern zwischen 0–14 Jahren zu beobachten, wo sich die 7-Tage-Inzidenzen in den letzten vier Wochen verdoppelt haben.“ (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Maerz_2021/2021-03-16-de.pdf?__blob=publicationFile).

Im aktuellen täglichen Lagebericht des RKI (Stand 05.04.2021) wird ausgeführt, dass COVID-19-bedingte Ausbrüche momentan insbesondere private Haushalte betreffen, zunehmend auch Kindertageseinrichtungen, Schulen und das berufliche Umfeld, während die Anzahl der Ausbrüche in Alters- und Pflegeheimen abgenommen hat (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Apr_2021/2021-04-05-de.pdf?__blob=publicationFile).

Dabei ist dem Europäischen Zentrum für die Prävention und Kontrolle von Krankheiten (European Center für Disease Control and Prevention, ECDC) zufolge jedoch keine höhere Übertragbarkeit der neuen SARS-COV-2-Varianten bei Kindern per se anzunehmen, sondern vielmehr davon auszugehen, dass epidemiologisch die Infektionen bei Kindern dem Infektionsgeschehen bei Erwachsenen folgen und damit im Zuge der Ausbreitung von stärker ansteckenden SARS-CoV-2-Varianten in der Allgemeinbevölkerung auch die Wahrscheinlichkeit steigt, Folgefälle in Kindertageseinrichtungen und Schulen zu finden (<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-risk-related-to-spread-of-new-SARS-CoV-2-variants-EU-EEA-first-update.pdf>).

Der Technical Report vom 14.01.2021 zu den besorgniserregenden Virusvarianten (Variants of Concern, VOC) von Public Health England zeigt, dass auch bei Vorliegen von VOC bei Kontaktpersonen, die sog. Attack Rate (i. S. des Anteils der Kontaktpersonen, die selbst zu positiven Fällen werden) unter den Kontakten aufgeschlüsselt nach dem Alter bei den unter 19-Jährigen geringer ist im Vergleich zu allen anderen Altersgruppen (Public Health England (PHE): Investigation of novel SARS-CoV-2 variant,

Variant of Concern 202012/01, Technical briefing 5, https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/957504/Variant_of_Concern_VOC_202012_01_Technical_Briefing_5_England.pdf).

Eine aktuelle Studie aus Großbritannien „Transmission of SARS-CoV-2 Lineage B.1.1.7 in England: Insights from linking epidemiological and genetic data“ (Vorveröffentlichung, noch kein geprüftes „peer-reviewed“-Papier) diskutiert bei Vorliegen von VOC jedoch eine „geringe, aber statistisch signifikante Verschiebung“ der Altersverteilung zu den unter 20-Jährigen im Vergleich zu den bisher vorherrschenden Wildtypen von SARS-CoV-2. Dem können den Autoren zufolge unterschiedliche Effekte zugrunde liegen: Eine allgemein höhere Übertragbarkeit der VOC speziell zu einer Zeit, in der Schulen offen waren, aber in anderen Gesellschaftsbereichen ein Lockdown herrschte, eine möglicherweise höhere Empfänglichkeit der unter 20-Jährigen für eine Infektion oder ein Verlauf der Infektion mit stärkeren Symptomen, der zu vermehrten Testungen führen würde (<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.12.30.20249034v2>).

In einem Artikel, der am 23.12.2020 in der Zeitschrift „British Medical Journal“ erschienen ist, wird der Direktor des „Medical Research Council’s Centre for Global Infectious Disease Analysis“ am „Imperial College“ dahin gehend zitiert, dass Kinder für die neue Virusvariante B.1.1.7 wohl anfälliger seien (<https://www.bmj.com/content/bmj/371/bmj.m4944.full.pdf>). Während des Lockdowns im November 2020 habe es eine allgemeine Verschiebung in der Verteilung des Virus in Richtung der Kinder gegeben (sowohl für die Variante als auch für die herkömmliche Form). Das sei zu erwarten gewesen, weil die Schulen geöffnet blieben. Unter den unter 15-Jährigen habe es etwas mehr Fälle der Variante des Virus als der Nicht-Variante gegeben; dies sei allerdings nicht signifikant gewesen (<https://www.bundestag.de/resource/blob/832376/2017b51ba38b391f4f82c4e88be20546/Kindern-im-Corona-Pandemiegeschehen-data.pdf>).

Die anderen VOC (B.1.351 oder P1) sind insbesondere wegen ihrer geringeren Verbreitung bzw. der Verbreitung in Gebieten mit weniger gut ausgeprägten Surveillance-Strukturen, generell noch nicht so gut untersucht wie B.1.1.7, bei der vor allem Studien aus Großbritannien vorliegen. Dementsprechend liegen dem Staatsministerium für Gesundheit und Pflege (StMGP) derzeit keine Studien zu Kindern bei VOC außer zu B.1.1.7 vor.

- 2.1 Gibt es Erkenntnisse über den Krankheitsverlauf bei Kindern und Jugendlichen, die sich mit einer der neuen Mutationen angesteckt haben?**
- 2.2 Welche Studien über den Krankheitsverlauf bei Kindern und Jugendlichen liegen der Staatsregierung vor (bitte Ergebnisse und Studien angeben und nach bayerischen, deutschen, europäischen sowie internationalen Studien aufschlüsseln)?**
- 2.3 Sind weitere Studien in Deutschland geplant?**

Die Datenlage zu COVID-Langzeitfolgen bei Kindern ist derzeit noch sehr begrenzt, zur Rolle von VOC ist hierbei derzeit noch sehr wenig bekannt.

Mit weniger als 1 Prozent der Fälle sind Kinder und Jugendliche insgesamt deutlich seltener als Erwachsene von COVID-19 betroffen. Im Vergleich zu Erwachsenen zeigt sich bei Kindern ein deutlich milderer Krankheitsverlauf und schwere Verläufe sind selten. Der Grund hierfür ist unklar. Insgesamt müssen pädiatrische Patienten nur sehr selten auf eine pädiatrische Intensivstation (PICU) aufgenommen werden. Knapp ein Drittel der auf die PICU aufgenommenen Patienten war <1 Jahr alt, wobei es sich hier in der überwiegenden Anzahl der Fälle um eine kurze stationäre Beobachtung aufgrund des jungen Lebensalters gehandelt haben dürfte und nur wenige schwere Verläufe beschrieben wurden.

Es sind bisher nur einzelne Todesfälle im Zusammenhang mit COVID-19 im Kindesalter beschrieben. Die für das pädiatrische Kollektiv errechnete Letalität ist mit 0,0018 Prozent extrem niedrig, wobei die Datengrundlage für diese Berechnung auch bei Kindern eventuell nicht ausreichend ist (u. a. wegen asymptomatischer, bisher nicht gezählter COVID-19-Fälle). Bisher wurden im Register der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI) für Deutschland bei 922 stationär aufgenommenen Patienten nur drei Todesfälle gemeldet (<https://dgpi.de/covid-19>). In einem Review von 2 914 pädiatrischen Patienten hatten 47 Prozent im Verlauf der Erkrankung Fieber. Die häufigsten sonstigen Symptome sind Husten (48 Prozent) und Pharyngitis (29 Prozent), in ca. 10 Prozent der Fälle auch gastrointestinale Symptome mit Durchfall sowie Übelkeit und Erbrechen. Zusätzlich wurde eine Fallserie von Kindern mit COVID-19 assozii-

ierten akuten Krupp-Anfällen publiziert. Bisher wurden bei Säuglingen und Kindern nur Einzelfallberichte über die bei Erwachsenen häufig auftretende COVID-19-Pneumonie oder ein akutes Lungenversagen berichtet (https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/113-001l_S3_Empfehlungen-zur-stationaeren-Therapie-von-Patienten-mit-COVID-19_2021-04.pdf)

Das vom Staatsministerium für Gesundheit und Pflege geförderte Verbundprojekt Bay-VOC, ein Zusammenschluss der bayerischen Universitätsmedizin und des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Bayern, wird Daten zu molekularen Sequenzierungen von SARS-CoV-2-Virusvarianten mit klinisch-epidemiologischen Daten zusammenführen und kurz- sowie langfristig auswerten. Innerhalb dieses Projekts werden Daten zu Personen aller Altersstufen erhoben und analysiert.

- 3.1 Wie fließen die Ergebnisse der Studien zur Infektiosität neuer Virusmutationen bei Kindern und Jugendlichen in die Pandemiepolitik der Staatsregierung ein?**
- 3.2 Wie fließen die Ergebnisse der Studien zum Krankheitsverlauf neuer Virusmutationen bei Kindern und Jugendlichen in die Pandemiepolitik der Staatsregierung ein?**

Wie dargestellt, ist die Datenlage bezüglich VOC-Infektionen bei Kindern im Hinblick auf Infektiosität und Krankheitsverlauf bisher sehr begrenzt. Sie wird von der Staatsregierung in Zusammenarbeit mit dem RKI und dem Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit genauestens beobachtet und analysiert sowie in das politische Handeln zur Bewältigung der Corona-Pandemie einbezogen.

- 4. Welche zusätzlichen Schutzmaßnahmen will die Staatsregierung treffen, um im besonderen Kinder und Jugendliche vor der Ansteckung mit COVID-19-Mutationen zu schützen?**

Wie bei Erwachsenen, ist der Hauptübertragungsweg für SARS-CoV-2 bei Kindern und Jugendlichen die respiratorische Aufnahme virushaltiger Partikel, die beim Atmen, Husten, Sprechen, Singen und Niesen entstehen.

Auch bei Kindern und Jugendlichen zählen Kontaktreduktion, die Beachtung der AHA+L-Regeln (Abstand halten, Hygiene beachten, im Alltag Masken tragen und Lüften) und bei akuten Atemwegssymptomen das Zuhausebleiben zu den wichtigsten Schutzmaßnahmen. Diese Maßnahmen schützen auch vor Ansteckung mit den besorgniserregenden Varianten.

Erklärtes Ziel der Staatsregierung ist es, auch bei dynamischen Infektionsgeschehen so viel Präsenzunterricht wie möglich bei bestmöglichem Infektionsschutz für alle Beteiligten durchzuführen. Aufgabe der Politik ist es in dieser Situation, alle Positionen miteinander abzuwägen und einen Weg zu finden, der den erforderlichen Infektionsschutz in den Einrichtungen und den Anspruch der Kinder auf Bildung bestmöglich verbindet.

Das endgültige Ziel der Wiederaufnahme des Regelbetriebs kann nur erreicht werden, wenn sowohl epidemiologische wie medizinische und schulorganisatorische Aspekte gleichzeitig betrachtet und parallel hierzu geeignete Schutzmaßnahmen ergriffen werden. Um diese Ziele erreichen zu können, wurde bereits ein umfangreicher Schutzmaßnahmenkatalog erarbeitet, welcher im „Rahmenhygieneplan Schule“ erfasst wird. Dieser unterliegt einer permanenten Aktualisierung an das aktuelle Infektionsgeschehen und an die neuen wissenschaftlichen Erkenntnisse.

Der Rahmenhygieneplan für die bayerischen Schulen enthält umfangreiche Maßnahmen und Hinweise, die eine Ausbreitung von SARS-CoV-2 an einem Lüftungs- und Testkonzept.

Nach wie vor kommt umfangreichen Testungen erhebliche Bedeutung zu. Das Testen ermöglicht das Aufspüren und Brechen von Infektionsketten und schafft so Sicherheit. Es ermöglicht das Offenhalten von gesellschaftlich wichtigen Bereichen wie insbesondere dem Schulbetrieb. Im Bildungsbereich zeigt sich, dass auch Schulen Teil des Pandemiegeschehens sind. Um Schülerinnen und Schüler sowie Lehrkräfte bestmöglich zu schützen, wird in Bayern die Teststrategie konsequent umgesetzt und bedarfsgerecht ausgestaltet: Bei einer 7-Tage-Inzidenz unter 100 gilt für Schülerinnen und Schüler eine zweimal wöchentliche Testung an der Schule als Voraussetzung für

eine Teilnahme am Präsenzunterricht. Bei einer 7-Tage-Inzidenz von über 100 werden diese Testungen mindestens zweimal wöchentlich vorgeschrieben. Diese Zugangsbeschränkungen gelten ebenso für Lehrkräfte und das weitere an Schulen tätige Personal. Die Rechtsgrundlagen werden durch die Zwölfte Bayerische Infektionsschutzmaßnahmenverordnung (12. BayIfSMV) geschaffen. Die Staatsregierung stellt den Schulen umfangreiche Kontingente an Selbsttests zur Verfügung. Schülerinnen und Schüler führen diese Selbsttests unter ggf. verbaler Anleitung sowie Aufsicht der Lehrkräfte in der Schule durch. Eine Staffelung des Unterrichtsbeginns ist insbesondere bei Schulen denkbar, die einen zentralen Ort für die Testung vorsehen (z. B. Aula oder Turnhalle) und über den gestaffelten Unterrichtsbeginn für eine Steuerung des Zustroms der Schülerinnen und Schüler sorgen. Voraussetzung dabei ist, dass eine solche Regelung mit den Gegebenheiten der Schülerbeförderung kompatibel ist. In der Mehrzahl der Fälle dürfte aber das Klassenzimmer Ort der Testung sein, sodass im Hinblick auf die Testverfahren kein Anlass besteht, den Unterrichtsbeginn zu staffeln. Zudem dürfte das Infektionsgeschehen nach derzeitigem Stand dafür sorgen, dass die überwiegende Zahl der Schulen in Gebieten mit einer Inzidenz über 100 liegen und somit dort – wenn überhaupt – nur relativ wenige Klassen Präsenzunterricht haben. Darüber hinaus hat das StMGP mehrere Pilotversuche zu Gurgel-Pooltestungen gestartet, um die Anwendbarkeit und Zuverlässigkeit dieser Tests in verschiedenen Regionen Bayerns und in unterschiedlichen Anwendungsbereichen zu erproben. Bei diesen Testmethoden handelt es sich um „Schwämmchen“-Tests, die in der Schule durchgeführt werden können.

Für den Bereich der Kinderbetreuung (Kindertageseinrichtungen, Kindertagespflegestellen, heilpädagogische Tagesstätten [HPT] der Jugendhilfe und HPT der Behindertenhilfe) sieht die Bayerische Teststrategie vor, dass sich die Beschäftigten in der Kinderbetreuung wöchentlich zweimal kostenfrei mittels eines Selbsttests auf eine Coronavirus-Infektion testen können. In der Kinderbetreuung sind in Bayern rund 157 800 Personen tätig. Die Verteilung der Testkits über die Kreisverwaltungsbehörden verläuft plangemäß. Das Testangebot wird von den Beschäftigten in den Einrichtungen außerordentlich begrüßt, weshalb mit einer hohen Inanspruchnahme zu rechnen ist.

Die VOC B.1.1.7 ist noch leichter von Mensch zu Mensch übertragbar als die zuvor zirkulierenden Varianten und weist eine höhere Reproduktionszahl auf, sodass deren Ausbreitung schwerer einzudämmen ist. Dies gilt sowohl bei Erwachsenen als auch bei Kindern und Jugendlichen. Deshalb kann eine regelmäßige Testung von Kindern über die bisher schon verpflichtende Testung von Kindern mit leichten Symptomen hinaus ein zusätzliches Maß an Sicherheit für Kindertagesstätten im (eingeschränkten) Regel- oder im Notbetrieb bieten. Das Staatsministerium für Familie, Arbeit und Soziales (StMAS) und das StMGP werden ein Konzept für solche Testungen erarbeiten.

5. Wie gut sind die bayerischen Kinderkrankenhäuser gerüstet, um die Behandlung von Kindern, die mit einem schweren PIMS-Syndrom (PIMS = Paediatric Inflammatory Multisystem Syndrome) eingeliefert werden, zu meistern?

Aufgrund der veröffentlichten Daten der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI), die regelmäßig den sog. PIMS-Survey (<https://dgpi.de/pims-survey-update/>) aktualisiert, ist aus Sicht des StMGP davon auszugehen, dass das „PIMS-Syndrom“ in den Intensivstationen der Abteilungen für Kinder- und Jugendmedizin der bayerischen Krankenhäuser fachlich und kapazitiv gut versorgt werden kann. Dafür spricht insbesondere, dass auch in den Zeiten, für die die DGPI den Höchststand der Erkrankungen annimmt (Ende Dezember 2020), über keinerlei Engpässe in den Kinderkliniken berichtet wurde.

Die Annahme wird bestätigt durch telefonische Auskünfte gegenüber dem StMGP vonseiten des Klinikums Dritter Orden in München, das als Krankenhaus mit großer pädiatrischer Abteilung um eine Einschätzung gebeten wurde. Es wurde bestätigt, dass die Zahl der Erkrankungsfälle mit der allgemeinen Entwicklung des Infektionsgeschehens korreliert und dass, abgesehen von der generell knapp bemessenen Personalausstattung in der stationären pädiatrischen Versorgung, speziell das „PIMS-Syndrom“ nicht zu kapazitiven Schwierigkeiten führt. Dem Vernehmen nach sind die Pädiater mittlerweile sehr gut auf das Erkennen des Syndroms eingestellt, nicht zuletzt, weil es große Ähnlichkeiten mit dem bereits bekannten sog. Kawasaki-Syndrom bei Kindern aufweise. Auch bei niedergelassenen Ärzten steige das Bewusstsein für das Syndrom.

- 6.1 Gibt es valide Aussagen darüber, wie sich eine COVID-19-Infektion langfristig auf die Gesundheit und Entwicklung von Kindern und Jugendlichen auswirkt?**
- 6.2 Sind der Staatsregierung Studien zu Long-COVID-Symptomen bei Kindern und Jugendlichen bekannt (bitte Ergebnisse der Studien angeben)?**

Laut einem Bericht im „Deutschen Ärzteblatt“ entwickeln Kinder nicht nur viel seltener Symptome nach einer SARS-CoV-2-Infektion, diese sind auch deutlich milder als die der Erwachsenen, und Todesfälle sind eine extreme Seltenheit (<https://cdn.aerzteblatt.de/pdf/117/49/a2416.pdf?ts=01%2E12%2E2020+14%3A00%3A17>).

Wenn Kinder Spätfolgen entwickeln, ähneln diese denjenigen der Erwachsenen, wie eine kleine Fallserie aus Schweden beschreibt. Darunter imponieren Fatigue, Dyspnoe, Herzstolpern, Brustschmerz, Kopfschmerzen, Konzentrationsprobleme, Muskelschwäche, Schwindel und Halsschmerzen. Es sind eher Mädchen als Jungen betroffen (Ludvigsson J. F. Case report and systematic review suggest that children may experience similar longterm effects to adults after clinical COVID-19. Acta Paediatr. 17. November 2020, doi: 10.1111/apa.15673).

Das multisystemische inflammatorische Syndrom (MIS-C) oder PIMS, an dem einige wenige Kinder nach einer – häufig asymptomatischen – Infektion mit SARS-CoV-2 erkranken, kann zu schweren Schäden am Herzmuskel und den Koronargefäßen führen, die nach Einschätzung von Experten in EClinicalMedicine (2020; DOI: 10.1016/j.eclinm.2020.100527) eine lebenslange Betreuung erforderlich machen könnten. Nach den von einem Team um Alvaro Moreira vom University of Texas Health Science Center in San Antonio vorgestellten Ergebnissen einer systematischen Übersicht zu 662 Patienten aus 39 Studien stehen die kardialen Komplikationen im Vordergrund. Insgesamt 71,0 Prozent der Patienten wurden auf einer Intensivstation behandelt, bei 60,0 Prozent war es zu einem schweren Kreislaufschock gekommen, 52,3 Prozent mussten mit herunterstützenden Medikamenten behandelt werden.

Im sog. PIMS-Survey der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie e.V. (DGPI) wurden seit Beginn der PIMS-Erfassung am 27.05.2020 bis zum 28.03.2021 255 Kinder und Jugendliche gemeldet, die die Falldefinition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) erfüllen. Eine retrospektive Erfassung war dabei möglich. Bei den gemeldeten Kindern und Jugendliche mit PIMS in Deutschland und Österreich konnte nur in vereinzelt Fällen der Direktnachweis von SARS-CoV-2 mittels PCR erbracht werden, aber ein relevanter Anteil der Patienten wies Antikörper gegen das Virus auf. Im Gegensatz zu den COVID-19-Fällen in der Altersgruppe bis 15 Jahre sind Personen mit PIMS älter und eher männlichen Geschlechts. PIMS-Fälle sind seltener mit Grunderkrankungen assoziiert als COVID-19-Fälle (<https://dgpi.de/pims-survey-update/>).

Im „Deutschen Ärzteblatt“ erläuterte Dr. med. Reinhard Berner, Direktor der Universitätskinderklinik in Dresden, im Dezember 2020, dass in Deutschland in einem Register, an dem sich mehr als 250 Kinderkliniken beteiligen, die schweren Verläufe von COVID-19 bei Kindern erfasst werden, aber über mögliche tatsächliche Langzeitfolgen noch keine zuverlässigen Daten vorliegen (<https://cdn.aerzteblatt.de/pdf/117/49/a2416.pdf?ts=01%2E12%2E2020+14%3A00%3A17>).

- 6.3 Wie stellt die Staatsregierung sicher, dass Kinderarztpraxen darauf vorbereitet sind?**

Die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung ist nach den Vorgaben des zuständigen Bundesgesetzgebers nicht Aufgabe der Staatsregierung. Vielmehr hat der Bundesgesetzgeber die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung den Kassenärztlichen Vereinigungen – in Bayern damit der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns – übertragen, die diese Aufgabe als Selbstverwaltungsangelegenheit in eigener Zuständigkeit und Verantwortung erfüllen.