



Argumente der Regierung, warum Kinder flächendeckend gegen Sars-Cov-2 geimpft werden sollen.

1. Kinder könnten an COVID19 sterben oder schwer erkranken

- Es gibt in Deutschland ca. 14 Millionen Kinder. In Deutschland sind seit Anbeginn der Pandemie nur 4 bis 6 Kinder an COVID19 verstorben, weniger als 1500 wurden im Krankenhaus und nur knapp 70 auf Intensivstationen behandelt (<https://dgpi.de/stellungnahme-dgpi-dgkh-hospitalisierung-und-sterblichkeit-von-COVID19-bei-kindern-in-deutschland-18-04-2021/>).
- Gesunde Kinder haben ein sehr geringes Risiko an COVID19 schwer zu erkranken oder gar zu versterben; es liegt bei 0,0009% (<https://www.freitag.de/autoren/fro/hurra-bald-auch-mrna-impfstoff-fuer-babys>).
- Bei Kinder mit Vorerkrankungen können durch eine Impfung höchstwahrscheinlich schwere Verläufe einer Covid19 Erkrankung verhindert werden, dazu ist aber eine individuelle Risiko-Nutzen-Analyse erforderlich (siehe u.a. <https://dgpi.de/impfung-gegen-sars-cov-2-covid-impfung-bei-kinderonkologischen-patienten/>; https://www.individuelle-impfentscheidung.de/pdfs/info3_Rabe_2021.pdf).

Fazit: Es bedarf einer sehr genauen Risiken-Nutzen-Analyse, die mehrheitlich dazu führt, dass der Nutzen für Kinder nicht ersichtlich ist.

2. Long Covid/Folgeschäden

- Nach Aussage des RKI ist über den klinischen Verlauf von COVID19 nach sehr milden Krankheitsverläufen oder asymptomatischen Infektionen bislang nur wenig bekannt (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html;jsessionid=0851A1DCFAC055A4BAC0910885ED173D.internet111?nn=13490888#doc13776792bodyText3). Da gerade Kinder hierzu neigen, ist zu erwarten, dass auch selten Langzeitfolgen auftreten.
- Befürchtungen, dass für Kinder mit milden Krankheitsverläufen unter dem Begriff „Long-Covid“ bekannte gewordene Langzeitfolgen entstehen könnten, haben sich – wie **zwei** Studien belegen (The Lancet v. 20. April 2021, *“Post-acute COVID19 outcomes in children with mild and asymptomatic disease”*, abrufbar unter [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(21\)00124-3](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(21)00124-3) und *“Late conditions diagnosed 1–4 months following an initial COVID19 encounter: a matched cohort study using inpatient and outpatient administrative data — United States, March 1–June 30, 2020”*, abrufbar unter <https://academic.oup.com/cid/advance-article/doi/10.1093/cid/ciab338/6257082>: *“Children with COVID19 were not more likely to experience late conditions than children without COVID19.”*) – als unbegründet erwiesen; nebenbei bemerkt existiert kein Beleg dafür, dass „Long-Covid“-Folgen (deren Symptomatik denkbar vielfältig zu sein scheint) auch in anderen Altersgruppen über das Maß hinausgehen, was an Spätfolgen bei anderen viralen Erkrankungen zu konstatieren ist (Vgl. *“SARS-CoV-2 infection and risk of clinical sequelae during the post-acute phase: a retrospective cohort study”*, abrufbar unter <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.03.12.21253448v1>).
- Die Studie kommt zu einem Anteil von 14.6 % der zwischen 18 und 65 Jahren Erkrankten, die eine von 50 Langzeitfolgen aufweisen. Allerdings sind entsprechende Langzeitfolgen nach der Studie bei anderen viralen Erkrankungen nicht unüblich und treten bei anderen Virus-Erkrankungen in rund 13 % der Fälle auf).



Homepage

Fazit: Langzeitfolgen sind bei Kindern und Jugendlichen eher unwahrscheinlich. Langzeitfolgen sind insgesamt nicht Besonderes und zumeist verschwinden die Folgen auch wieder.

3. PIMS

- Das PIMS Syndrom gibt es im Nachgang zu Covid Erkrankungen, auch wenn ein direkter Nachweis noch nicht geführt ist. Allerdings gibt es nur sehr wenige Fälle.
- Die DGPI hat mittels eines Surveys, die in der Zeit vom 27.5.2020 bis zum 23.05.2021 **323 bei Kindern und Jugendliche** gemeldeten Fälle, ausgewertet; weitere Fälle werden gesucht. Ähnlich gering sind die Zahlen in England und Irland ([https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762\(21\)00052-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanep/article/PIIS2666-7762(21)00052-1/fulltext)).
- Fälle wurden als PIMS gewertet, wenn neben (1) Fieber, (2) erhöhte systemische Inflammationsparameter (CRP oder PCT), (3) mindestens zwei Organbeteiligungen und (4) Evidenz einer aktuellen (positiver SARS-CoV-2 PCR- oder Antigen-Nachweis) oder stattgehabten (positive SARS-CoV-2 Serologie) SARS-CoV-2-Infektion oder eines SARS-CoV-2-Kontaktes nachzuweisen waren, sowie (5) andere infektiologische Ursachen ausgeschlossen werden konnten.
- Die Mehrheit der PIMS-Fälle wurden zwar **intensivmedizinisch** behandelt, fast alle Patienten erhielten **immunmodulatorische Therapien**, ein hoher Prozentsatz auch eine **systemische Antibiotikatherapie**, aber insgesamt ist dieses Syndrom gut behandelbar.
- **Folgeschäden** (v.a. bezogen auf Herz- und Kreislauf) wurden in weniger als <10% der Fälle bei Entlassung beobachtet. Tödliche Verläufe wurden bisher nicht berichtet (<https://dgpi.de/pims-survey-update/>).
- Auch von ECDC und RKI wird das Risiko einer immer wieder beschworenen Kawasaki-ähnlichen Erkrankung („PIMS“) als „gering“ eingeschätzt (vgl. Ziffer 16 des Epidemiologischen Steckbriefs, unten).
- Es besteht aber die Gefahr, dass auch durch die Impfung, dieses Syndrom hervorgerufen werden kann, da es die Antwort des Körpers auf eine Infektion ist ([https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(21\)00212-7/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(21)00212-7/fulltext); so auch Drosten, <https://www.ndr.de/nachrichten/info/coronaskript290.pdf>).

Fazit: Das PIMS Syndrom tritt äußerst selten auf und endete kein einziges Mal tödlich. Vielmehr ist es gut behandelbar und hinterlässt nur sehr selten Langzeitfolgen.

4. Tragen besonders stark zum Infektionsgeschehen bei/Reduktion der Transmission

- Dass Kinder besonders stark am Infektionsgeschehen beteiligt sind, ist eine reine Behauptung (so auch <https://www.dgkj.de/detail/post/presseinfo-kinder-sind-teil-des-sars-cov-2-infektionsgeschehens-zahlen-steigen-aber-nicht-ueberproportional>).
- Insbesondere auch das RKI hat bereits im November 2020 festgestellt, dass Kinder dem allgemeinen Infektionsgeschehen hinterherlaufen, also gerade nicht Treiber der Pandemie sind. Im epidemiologischen Bulletin 13/2021 (https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2021/Ausgaben/13_21.pdf?blob=publicationFile; so übrigens auch die CoKi Studie https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Projekte_RKI/KiTa-Studie-Berichte/KiTASTudie_Quartal_2021.pdf?blob=publicationFile).
- Dort heißt es: „Eine grundsätzliche Beobachtung aus den Meldedaten ist, dass die Inzidenzen in den jüngeren Altersgruppen – bis etwa 15 Jahre – erst dann zu steigen begannen, als sie schon



mehrere Wochen bei den jüngeren Erwachsenen erhöht waren. Entgegen des Ausbreitungsprofils bei anderen Atemwegserregern scheint also im aktuellen pandemischen Geschehen keine substantielle treibende Kraft von diesen Altersgruppen auszugehen.“

- Auch die hohen Meldeinzidenzen rund um Ostern führen nicht zu einem anderen Ergebnis, denn sie beruhen auf den hohen Steigerungsraten bei der Testung, d. h. es wurde nur Dunkelfeld erhellt. Vor allem, wenn man bedenkt, dass die Positivrate unter das Niveau der Allgemeinbevölkerung sank (<https://www.imwiarda.de/2021/03/30/es-sind-nicht-die-schulen/>).
- Zudem sind Kinder zumeist asymptomatisch infiziert und asymptomatisch Infizierte sind an der Übertragung kaum beteiligt. Eine Meta-Analyse aller Studien zu den Ansteckungen bei gemeinsam in einem Haushalt lebenden Personen, in denen es üblicherweise enge Kontakte gibt, – zeigt, dass die Wahrscheinlichkeit, sich an einer asymptomatischen Person anzustecken, nur bei 0,7 % liegt („Household Transmission of SARS-CoV-2 – A Systematic Review and Meta-analysis“, abrufbar unter <https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2774102>).
- In Israel hat man die dort lebenden 3 Millionen Kinder bisher kaum geimpft, dennoch verbreitet sich das Virus unter der jungen Bevölkerung kaum, was darauf hinweist, dass Kinder und Jugendliche keine großen Infektionsherde sind (Interview mit Kinderarzt Dr. Alexander Konietzky: https://www.ndr.de/fernsehen/sendungen/schleswig-holstein_magazin/Zaungespraech-Corona-Impfungen-von-Kindern,shmag83000.html).

Fazit: Kinder tragen nur nachgeordnet zum Infektionsgeschehen bei, sodass ihre Impfung auch nicht signifikant die Infektionsrate beeinflussen kann.

5. Britische Mutante wird durch Kinder stärker verbreitet

- Die britische Variante ist wohl etwas ansteckender, aber insgesamt gibt es bei Kindern und Jugendlichen keinen stärkeren Anstieg (unter <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S2352-4642%2821%2900030-4>; <https://www.tagesspiegel.de/wissen/kinderaerzte-praesident-warnt-vor-lockdown-folgen-kitas-und-schulen-in-brennpunkten-muessen-sofort-geoeffnet-werden/26856206.html>; https://impf-info.de/covid19-impfstoffe_kinder#kinder-spielen-fu%CC%88r-die-verbreitung-von-COVID19-eine-untergeordnete-rolle).
- Es gab auch keinen Anstieg von Kindern auf Intensivstationen (https://www.covid19.statistik.uni-muenchen.de/pdfs/codag_bericht_14.pdf).

Fazit: Auch die britische Variante ändert daran nichts.

6. Schutz der Lehrer:innen und Erzieher:innen

- Anders als vielfach behauptet, bleiben die „Ausbrüche“ an Schulen/Kitas eher überschaubar und werden – wenn überhaupt – von Lehrer:innen und Erzieher:innen in die Einrichtungen getragen. Eine Studie zum Infektionsgeschehen an rheinland-pfälzischen Kitas und Schulen zwischen dem 17. August und dem 16. Dezember 2020 führt zu dem Ergebnis, dass in Schulen und Kinderbetreuungseinrichtungen die Infektionsgefahr für Kontakte bei ca. 1 % lag, was ausgesprochen niedrig ist. Lehrer haben dort viermal so viele Personen angesteckt wie Kinder –



und zwar hauptsächlich andere

Lehrer(<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.02.04.21250670v1>).

- Eine Untersuchung des Gesundheitsamtes Frankfurt kommt zu dem Ergebnis, dass Kontaktpersonen von COVID19-Fällen in Schulen nur in seltenen Fällen infiziert wurden. Schulen und Schüler seien demnach bei Einhaltung der Hygienemaßnahmen nicht die „Treiber“ der SARS-CoV-2-Pandemie (<https://www.aerzteblatt.de/archiv/217182/COVID19-in-Schulen-Keine-Pandemie-Treiber>).
- Nach einer internen Auswertung der Hamburger Schulbehörde ist die Ansteckungsgefahr **in der Schule** viel geringer als außerhalb. So haben sich von 372 zwischen den Sommer- und Herbstferien mit Corona infizierten Schülerinnen und Schülern mit großer Wahrscheinlichkeit mindestens 292 (78 Prozent) nicht in der Schule infiziert. (https://www.tagesschau.de/faktenfinder/schulen-studien-corona-101.html?utm_source=pocket-newtab-global-de-DE).

Fazit: Auch der Schutz von Lehrkräften und Erzieher:innen kann über eine Impfung nicht relevant verbessert werden, denn das Risiko sich zu infizieren, ist in diesen Berufsgruppen ohnehin sehr niedrig und zudem tragen die Erwachsenen die Infektionen in die Einrichtungen, wobei sie mehrheitlich andere Erwachsene infizieren.

7. Schutz der Eltern

- Nach Studienlage sind Eltern deutlich weniger von COVID19 betroffen. D.h. man vermutet, dass Kinder das Infektionsgeschehen eher bremsen und daher Eltern seltener erkranken.
- In Bezug auf Schulkinder im Haushalt kommt eine schottische Studie zu dem Ergebnis, dass mit der Anzahl von Schulkindern im Haushalt das Risiko einer schweren COVID19 Erkrankung sogar sinkt („Relation of severe COVID19 in Scotland to transmission-related factors and risk conditions eligible for shielding support: REACT-SCOT case-control study“, abrufbar unter <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.03.02.21252734v1.full>).
- Besonders bemerkenswert an der schottischen Studie ist, dass die Analyse nach Risikogruppen getrennt wird, aber zu dem Schluss kommt, dass sowohl Hochrisikopatienten also auch sonstige Bevölkerung vom Zusammenleben mit Kindern durch ein Absinken des Risikos eines schweren Verlaufs profitiert. Die Annahme einer protektiven Wirkung entspricht in Teilen den Ergebnissen der „Heinsberg-Studie“, der zufolge das Risiko einer Ansteckung in einem Vierpersonenhaushalt lediglich bei 18 % lag und mit zunehmender Zahl der Haushaltsangehörigen sinkt, ([https://www.ukbonn.de/C12582D3002FD21D/vwLookupDownloads/Streeck et al Infection fatality rate of SARS CoV 2 infection2.pdf/\\$FILE/Streeck et al Infection fatality rate of SARS CoV 2 infection2.pdf](https://www.ukbonn.de/C12582D3002FD21D/vwLookupDownloads/Streeck_et_al_Infection_fatality_rate_of_SARS_CoV_2_infection2.pdf/$FILE/Streeck_et_al_Infection_fatality_rate_of_SARS_CoV_2_infection2.pdf))
- sowie den Ergebnissen einer Studie aus Münster (<https://www.ijidonline.com/action/showPdf?pii=S1201-9712%2820%2930720-7>)
- und einer Studie aus Mannheim (<https://osf.io/5n8da/>).

Fazit: Nach Studienlage infizieren sich Eltern seltener als andere Bevölkerungsgruppen, was vermuten lässt, dass Kinder die Infektionen eher bremsen, sodass ein besonderer Schutz von Eltern (es sei denn diese sind vorerkrankt) grds. nicht erforderlich ist, da diese kaum gefährdet sind.



8. Impfung zum Erreichen der Herdenimmunität erforderlich

a. Kann die Herdenimmunität überhaupt erreicht werden?

- Es ist fraglich, ob überhaupt eine Herdenimmunität erreichbar ist, denn auch wenn man die Kinder impft, wird man sehr wahrscheinlich nicht auf die geforderte Größe in der Erwachsenenwelt kommen.
- Wie hoch der immune Anteil der Bevölkerung sein muss, um eine Herdenimmunität zu erreichen, ist je nach Krankheit unterschiedlich. Bei COVID19 lag dieser Schwellenwert lange zwischen 60 und 70 % (Ionannidis <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/eci.13423>). Mittlerweile wird dieser eher bei 80% oder höher angesiedelt.
- Ob diese Marke erreicht werden kann, erscheint fraglich, da sich viele der Erwachsenen nicht impfen lassen wollen (<https://www.pharmazeutische-zeitung.de/das-ziel-sind-jetzt-80-prozent/>) und viele sich auch nicht impfen lassen können (<https://www.quarks.de/gesundheit/medizin/warum-ein-impfstoff-die-pandemie-auch-2021-nicht-beendet/>). Insgesamt liegt das Mittel der Impfbereitschaft bei ca. 75% (siehe zuvor).
- Zudem wissen wir, dass die Covid-Impfstoffe keine sterile Immunität erzeugen, also ist nicht ausgeschlossen, sondern vielmehr wahrscheinlich, dass Geimpfte das Virus weitergeben. Hierzu führt das RKI aus: *„In welchem Maß die Impfung darüber hinaus die Übertragung des Virus weiter reduziert, kann derzeit nicht genau quantifiziert werden. Auf Basis der bisher vorliegenden Daten ist davon auszugehen, dass die Viruslast bei Personen, die trotz Impfung mit SARS-CoV-2 infiziert werden, stark reduziert und die Virusausscheidung verkürzt ist. In der Summe ist daher das Risiko einer Virusübertragung stark vermindert. Es muss jedoch davon ausgegangen werden, dass einige Menschen nach Kontakt mit SARS-CoV-2 trotz Impfung (asymptomatisch) PCR-positiv werden und dabei auch infektiöse Viren ausscheiden“* (<https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/COVID-Impfen/gesamt.html>).
- In der mittlerweile vorliegenden 4. Aktualisierung der Stiko heißt es: *"Auf Basis der bisher vorliegenden Daten ist anzunehmen, dass die Virusausscheidung bei nach vollständiger Impfung Infizierten stark reduziert ist und damit das Risiko der Transmission vermindert ist. Es muss jedoch davon ausgegangen werden, dass Menschen nach Kontakt mit dem Virus (Exposition) trotz Impfung symptomatisch oder asymptomatisch infiziert werden können und dabei das Virus SARS-CoV-2 ausscheiden (nachgewiesen durch PCR-Testung). Deshalb sollten auch nach Impfung die allgemein empfohlenen Schutzmaßnahmen weiterhin eingehalten werden."* (https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Empfehlungen/Vierte_Empfehlung_01_042021_Download.pdf?blob=publicationFile) - die STIKO geht also unverändert grundsätzlich von einer möglichen Infektiosität auch vollständig Geimpfter aus.
- Zudem können Mutationen den Schwellenwert beeinflussen und auch das Verhalten der Geimpften (<https://www.spektrum.de/news/warum-herdenimmunitaet-wahrscheinlich-unmoeglich-ist/1852930>).

Fazit: Wenn aber ohnehin keine Herdenimmunität erreicht werden kann, stellt sich die Frage, ob dieses Ziel durch die Impfung der Kinder weiterverfolgt werden sollte.

b. Sind Kinder für eine gewisse Herdenimmunität notwendig?

- Zudem stellt sich die Frage, ob Kinder überhaupt nötig sind, denn in England hat man bereits viele Menschen geimpft, Kinder aber nur wenige, und dennoch sinken die Zahlen. D.h. auch



Homepage

wenn die Quote einer angedachten Herdenimmunität von 80 bis 90% nicht erreicht ist und möglicherweise nicht erreichbar ist, sinken die Zahlen.

- Auch in Israel, das eine sehr junge Bevölkerung hat und, wo gerade Kinder und Jugendliche noch nicht oft geimpft wurden, liegt die Zahl der Neuinfektionen seit Wochen unter 100. Die Positivrate bei den Tests liegt bei nur noch 0,1 Prozent, und dass bei einer Impfquote von insgesamt 60% (<https://www.juedische-allgemeine.de/israel/israel-kinder-koennen-geimpft-werden/>).
- D. h. es scheint sehr fraglich zu sein, ob Kinder überhaupt für die Herdenimmunität gebraucht werden (Interview mit Kinderarzt Dr. Alexander Konietzky: https://www.ndr.de/fernsehen/sendungen/schleswig-holstein_magazin/Zaungespraech-Corona-Impfungen-von-Kindern,shmag83000.html).
- Auch der **CODAG Bericht Nr. 12** der LMU München vom 1. April 2021 stellt fest, dass „steigende Inzidenzen bei Kindern und Jugendlichen sich nur schwach auf die Inzidenzentwicklung in anderen Altersgruppen auswirken“, stattdessen aber „ein Großteil der Infektionsketten **bei der Arbeit [startet]** und im Haushaltsumfeld gestoppt“ wird (CODAG Bericht Nr. 12 vom 1. April 2021, S. 10 und S. 16, abrufbar unter https://www.covid19.statistik.uni-muenchen.de/pdfs/codag_bericht_12.pdf).

Was spricht gegen eine Impfpflicht?

1. Fremdnützigkeit

Nach dem zuvor Gesagten, hat eine Impfung für Kinder und Jugendliche fast überhaupt keinen individuellen Nutzen (<https://www.mdr.de/wissen/corona-impfen-kinder-debatte100.html>).

Fazit: Eltern müssten mit ihren Kindern frei und individuell entscheiden können; ein Drängen oder gar eine Impfpflicht ist abzulehnen (so auch Buyx, Ethikrat <https://www.zdf.de/nachrichten/panorama/corona-impfung-zulassung-12-jaehrige-102.html>).

2. Impfnutzen

- In allen bisherigen Studien zu den COVID19-Impfstoffen betrafen die schweren und schwersten Nebenwirkungen vor allem jüngere Menschen. Mittel- und langfristige Impffolgen sind zurzeit noch nicht abzuschätzen, ihr Risiko wiegt aber bei Kindern und Jugendlichen besonders schwer. Dass Kinder wegen ihres besonders aktiven Immunsystems besonders heftig auf eine Impfung reagieren könnten, könne nicht ausgeschlossen, so Stiko Chef Mertens (<https://www.rtl.de/cms/corona-impfung-fuer-kinder-welche-nebenwirkungen-sind-zu-erwarten-4761195.html>).
- Die bisher begonnenen Impfstoff-Studien an Kindern und Jugendlichen sind viel zu klein, und ihre Beobachtungsdauer ist darüber hinaus viel zu kurz, um die bei Kindern und Jugendlichen besonders hohen Anforderungen an die Sicherheit der Impfstoffe zu erfüllen (https://www.individuelle-impfentscheidung.de/pdfs/Plakat_Kinderimpfungen_DINA4.pdf).
- Im Rahmen der Zulassungsstudie sind laut BVKJ insgesamt nur rund 1130 Jugendliche aus den USA mit dem Impfstoff geimpft worden, d.h. sichere Erkenntnisse liegen nicht vor (https://www.sr.de/sr/home/nachrichten/politik_wirtschaft/kinderaerzte_warren_vor_schnellem_Einsatz_von_coronaimpfung_bei_kindern_100.html).
- Wie die amerikanische Zulassungsstelle FDA berichtete, seien bei den Teilnehmern der Studie allerdings Nebenwirkungen wie Schmerzen an der Injektionsstelle, Müdigkeit, Kopfschmerzen, Schüttelfrost, Muskelschmerzen, Fieber und Gelenkschmerzen aufgetreten



Homepage

(<https://www.hna.de/gesundheit/corona-impfung-kinder-nebenwirkungen-wirksamkeit-impfstoff-biontech-gesundheit-90659800.html>).

- Nach Angaben von US-Behörden trat eine sogenannte Myokarditis häufiger bei jungen Männern auf, die bereits zum zweiten Mal geimpft worden waren. Um wie viele Fälle es sich handelt und wie alt die Betroffenen sind, gab die Behörde nicht bekannt

(<https://www.tagesschau.de/newsticker/liveblog-coronavirus-montag-203.html#CDC-untersucht-Faelle-von-Herzmuskelentzündungen>).

Fazit: Die Impfnutzen sind schlichtweg noch nicht ausreichend untersucht, sodass sich eine Risiken-Nutzen-Abwägung kaum treffen lässt.

3. Impflangzeitfolgen

- Mögliche langfristige Auswirkungen der Impfstoffe (z. B. die weiterhin nicht vollständig auszuschließende Integration viraler DNA der Virus-Vektor-Impfstoffe in das menschliche Erbgut hätten bei Kindern besonders schwerwiegende Konsequenzen (<https://www.spektrum.de/news/vektor-impfstoff-wird-adenovirus-dna-ins-genom-eingebaut/1835725>).

- Bei Virus Vektor Impfstoffen entsteht neben der gewünschten Immunität gegen das verimpfte Antigen immer auch eine Immunität gegen den Virus-Vektor. Dies kann nach aktuellem Kenntnisstand Auffrischimpfungen mit solchen Virus-Vektor- Impfstoffen in der Wirksamkeit beeinträchtigen oder gar unmöglich machen (https://impf-info.de/covid19-impfstoffe_kinder#kinder-sind-durch-die-langfristigen-folgen-der-impfkampagne-besonders-gef%C3%A4hrdet).

- Es ist auch nicht auszuschließen, dass eine natürliche Immunität, durch „Durchmachen“ der Krankheit für Kinder besser ist und einen nachhaltigeren Effekt hat.

Fazit: Auch hier ist die Datenbasis sehr gering. Da aber gerade bei Kindern eine Impfentscheidung besonders sorgfältig getroffen werden muss, ist eine Impfpflicht abzulehnen, da eine derartige gründliche Abwägung derzeit schlichtweg nicht getroffen werden kann.

4. Globale Verantwortung

- Die WHO appelliert an die reichen Industrienationen, erst einmal alle vulnerablen Erwachsenen zu impfen, bevor man Kinder impft.

Vertiefende Quellen:

- Eine sehr ausführliche Auseinandersetzung mit den verschiedenen Argumenten findet sich hier: Martin/Simon/Schwarz, https://www.researchgate.net/publication/351662151_COVID19_Impfung_fur_Kinder_und_Jugendliche_Vierzehn_Argumente_fur_einen_rationalen_Weg_in_Deutschland_COVID19_vaccination_for_children_and_adolescents_Fourteen_arguments_for_a_rational_approach_in_G
- Deutsches Netzwerk Evidenzbasierte Medizin e.V.: <https://www.ebm-netzwerk.de/de/veroeffentlichungen/nachrichten/stellungnahme-impfung-kinder-jugendliche>