

Infektionsschutz und psychische Gesundheit für Kinder und Jugendliche müssen in der Pandemie nicht konträr, sondern gemeinsam gedacht und optimal gefördert werden! Hohe Pandemiedynamik macht psychosozialen Stress, je länger psychosozialer Stress andauert, desto mehr macht er psychisch und körperlich krank.

Kinder, Jugendliche und Familien sind durch die Pandemie in vielfacher Weise betroffen⁵. Starke Veränderungen ihrer Lebenswelt, umfassende Erschwernisse der Möglichkeiten der sozialen und emotionalen Teilhabe, finanzielle und existenzielle Sorgen in Familien sowie die Krankheit selbst stellen ein vielfältiges Netz von Belastungsfaktoren dar, die sich wechselseitig verstärken^{5,19,25}. Als interdisziplinäre Gruppe von Fachpersonen aus dem Bereich der Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und Familien fordern wir: **Maßnahmen des Infektionsschutzes und des Kinderschutzes müssen jetzt zusammen gedacht und umgesetzt werden, um Kinder, Jugendliche und Familien bestmöglich zu schützen.**

Kinder haben mittlerweile deutschlandweit fast die höchsten Inzidenzen aller Bevölkerungsgruppen und sind damit häufig von Infektion, Isolation und Quarantäne betroffen. Sie nehmen an der Pandemie teil, können infiziert werden und andere infizieren. Auch wenn die primäre Erkrankung meist weniger schwer als bei Erwachsenen verläuft, kann doch auch für Kinder eine nennenswerte Krankheitslast gemessen werden^{13,14,28}. Aktuelle Daten aus USA und UK weisen auf erhöhte Hospitalisierungsraten unter der Ausbreitung der Omikron-Variante hin. Neben der akuten Erkrankung sind assoziierte Krankheitsbilder wie das "pediatric inflammatory multisystem syndrome" PIMS^{7,22} und Langzeitfolgen^{15,20,31}, die bei anderen viralen Erkrankungen bereits gut beschrieben sind und sich bei SARS-CoV-2 andeuten, als relevant für die Beurteilung der Krankheitslast anzuerkennen^{13,14}. Die akuten, subakuten und chronischen Folgen der Infektion bei Kindern sind lange nicht ausreichend berücksichtigt worden. Weitere schwerwiegende medizinische Langzeitfolgen einer Infektion sind bei Kindern und Jugendlichen nicht sicher auszuschließen^{8,9,13,16,17,20,21,23,24,26,29,30}. Eine erhöhte Infektionsdynamik von Kindern überträgt sich in die Familien und kann zu weiteren Schädigungen durch schwere Krankheitsverläufe³, chronische Erkrankungen und eine erhöhte Mortalitätsrate in der Eltern und Großelterngeneration führen, wodurch die Kinder ebenfalls psychisch belastet werden⁵.

Kinder und Jugendliche müssen bestmöglich vor der Infektion geschützt werden.

Die Coronapandemie hat Kinder, Familien und Jugendliche neben dem direkten Infektionsrisiko massiv psychosozial belastet²⁵. Psychische Belastungen für Kinder und Familien resultieren sowohl aus Einschränkungen aus Infektionsschutzmaßnahmen als auch aufgrund der allgemeinen Pandemiedynamik und Infektionsängsten¹⁹. Dies betrifft insbesondere Familien mit bestimmten Risikokonstellationen: Familien, deren Strukturen und Lebensumstände auch vor der Pandemie schon als vulnerabel und/oder belastet beschrieben wurden, Familien mit einem psychisch erkrankten Familienmitglied und Familien, die von Armut betroffen sind oder durch die Pandemiebedingungen einem Armutsrisiko oder der Gefahr des wirtschaftlichen Abstieges ausgesetzt sind⁵.

Aktuelle Zahlen zeigen nahezu eine Verdopplung der behandlungsbedürftigen psychischen Probleme bei Kindern und Jugendlichen²⁵. Gleichzeitig ist das bereits vor der Pandemie stark ausgelastete psychosoziale Versorgungssystem nicht in der Lage, die Mehrzahl

betroffener Kinder und Jugendlichen überhaupt zu versorgen^{6,11}. Unhaltbar lange Wartezeiten auf Beratungs- und Therapieangebote sind die Folge¹². Familien benötigen dringend eine aktive psychosoziale Unterstützung in der pandemischen Situation. Diese ist nicht durch "geöffnete" Bildungseinrichtungen allein gesichert⁵.

Auch jetzt schon ist absehbar, dass die psychosozialen Folgen der Pandemie sowie die Infektionsfolgen Kinder, Jugendliche und Familien noch weit über das Ende der Pandemie hinweg begleiten werden^{4,25}. Daher muss das oberste Ziel politischer Maßnahmen sein, das Infektionsgeschehen und die Folgen bestmöglich zu kontrollieren.

Dies bedeutet für uns konkret

- Kinder und Jugendliche müssen bestmöglich vor einer COVID-19 Infektion geschützt werden und insbesondere die Empfehlungen zum Infektionsschutz flächendeckend und verbindlich umgesetzt (z. B. AWMF S3-Leitlinie für sichere Schulen¹⁰) und um weitere Maßnahmen wie PCR Testungen und effiziente Masken erweitert werden.
- Die Impfungen von Kindern sollten effizient durchgeführt, niederschwellig angeboten und im Sinne einer Impfkampagne beworben werden^{18,27}. Dabei könnte durch Impfungen an Schulen eine große Zahl an Kindern ein Impfangebot bekommen.
- Die Entwicklung von konkreten, verständlichen und umsetzbaren Empfehlungen wie Kinder und Jugendliche sichere Kontakte auch außerhalb der Schule gestalten können inklusive einer Aufklärungskampagne analog den AHA-Regeln.
- Die Sicherstellung des Kinderschutzes insbesondere in vulnerablen Gruppen wie sozial benachteiligten Familien und Familien mit Sprachbarrieren muss in Verbindung mit Infektionsschutzmaßnahmen Priorität haben.
- Im Fall von Schulschließungen und Quarantänen müssen niedrigschwellige, an sozialen Kriterien orientierte Notbetreuungskonzepte für gefährdete Familien angeboten und Jugendhilfemaßnahmen erheblich verstärkt werden. Zusätzlich sind die Entwicklung und Implementierung von digitalen Konzepten notwendig, um auch Familien, die vom Unterricht fernbleiben, zu unterstützen.
- Nur eine Minderheit von Kindern und Jugendlichen hat Zugang zur psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung⁶. Dafür werden dauerhafte und evidenzbasierte psychosoziale Angebote insbesondere mit schulischer Anbindung benötigt, da nur so alle Kinder und Jugendlichen erreicht werden können.
- Alle Maßnahmen müssen kontinuierlich evaluiert und ggf. angepasst werden. Dies bedeutet u. a. die Einrichtung eines prospektiven digitalen „Coronabarmeters“ für Kinder und Jugendliche: wie geht es Kindern und Jugendlichen körperlich, psychisch, wie ist die Impfbereitschaft?
- Der Kontrollverlust für Kinder und Familien muss beendet und die größtmögliche Vorhersagbarkeit geschaffen werden. Daher bedarf es auf allen Ebenen einer kohärenten Kommunikation, die für *alle* Bevölkerungsgruppen verständlich, konkret und umsetzbar ist.

AutorInnen der Stellungnahme in alphabetischer Reihenfolge:

Prof. Dr. phil. habil. Menno Baumann
Intensivpädagogik
Fliedner Fachhochschule Düsseldorf

Cornelia Beeking
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin
Mitglied im Vorstand der Psychotherapeutenkammer

Dr. Georg Hillebrand
Chefarzt Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Cornelia Metge
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin
Mitglied im Vorstand der BPTK
Sprecherin des Ausschusses für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie der OPK

Dr. Joachim Riedel
Ärztlicher Leiter Werner Otto Institut
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin mit dem Schwerpunkt Neuropädiatrie

Prof. Dr. Julian Schmitz
Klinische Kinder- und Jugendpsychologie
Leipziger Forschungszentrum für frühkindliche Entwicklung
Psychotherapeutische Hochschulambulanz für Kinder und Jugendliche
Universität Leipzig

Prof. Dr. Silvia Schneider
Klinische Kinder- und Jugendpsychologie
Forschungs- und Behandlungszentrum für psychische Gesundheit (FBZ)
Ruhr-Universität Bochum

Dr. Jana Schroeder
Fachärztin für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie & Infektiologin
Chefärztin des Instituts für Krankenhaushygiene und Mikrobiologie der Stiftung Mathias-Spital, Rheine

Referenzen

1. Aly-Aly, Z., Bowe, B., Xie, Y. (2021) *Long Covid after Breakthrough COVID-19: the post-acute sequelae of breakthrough COVID-19*. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-1062160/v1>
2. American Chemical Society (2021). *SARS-CoV-2 protein interacts with Parkinson's protein, promotes amyloid formation*. Verfügbar unter: <https://medicalxpress.com/news/2021-12-sars-cov-protein-interacts-parkinson-amyloid.html> (Zugriff am 13.01.2022)

3. Baig, A. M. (2022). Counting the neurological cost of COVID-19. *Nature Reviews Neurology*, 18, 5–6. <https://doi.org/10.1038/s41582-021-00593-7>
4. Baranne, M. & Falissard, B. (2018). Global burden of mental disorders among children aged 5–14 years. *Journal of Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 12(19). <https://doi.org/10.1186/s13034-018-0225-4>
5. Baumann M (2021). COVID-19 and mental health in children and adolescents: A diagnostic panel to map psycho-social consequences in the pandemic context. *Discover Mental Health*, 1(1). <https://doi.org/10.1007/s44192-021-00002-x>
6. Bundespsychotherapeutenkammer (2018). Ein Jahr nach Reform der Psychotherapie-Richtlinie: Wartezeiten 2018. Verfügbar unter: https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20180411_bptk_studie_wartezeiten_2018.pdf (Zugriff am 13.01.2022).
7. Canadian Paediatric Society (2021). *Paediatric inflammatory multisystem syndrome temporally associated with COVID-19 (spring 2021 update)*. Verfügbar unter: <https://cps.ca/en/documents/position/pims> (Zugriff am 13.01.2022).
8. Carossino, M., Montanaro, P., O'Connell, A., Kenney, D., Gertje, H., Grosz, K. A. et al. (2021). *Fatal neuroinvasion and SARS-CoV-2 tropism in K18-hACE2 mice is partially independent on hACE2 expression*. <https://doi.org/10.1101/2021.01.13.425144>
9. Dempsey, L. A. (2021). SARS-CoV-2 neuroinvasion. *Nature Immunology*, 22(7). <https://doi.org/10.1038/s41593-020-00758-5>
10. Deutsche Gesellschaft für Epidemiologie (DGEpi), Deutsche Gesellschaft für Public Health (DGPH), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), Deutsche Gesellschaft für pädiatrische Infektiologie (DGPI), Gesellschaft für Hygiene, Umweltmedizin und Präventivmedizin (GHUP e.V.). *S3-Leitlinie – Maßnahmen zur Prävention und Kontrolle der SARS-CoV-2-Übertragung in Schulen – Lebende Leitlinie, Langfassung Version 1.1 2021*. Verfügbar unter: <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/027-076.html> (Zugriff am 13.01.2022).
11. Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (2021a). *Report Psychotherapie 2021*. Verfügbar unter: <https://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=12066&token=1df8e79efd02d7d2a85b54cbdeae6a8884adcdc4> (Zugriff am 13.01.2022).
12. Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (2021b). *Patientenanfragen während der Corona-Pandemie*. Verfügbar unter: <https://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=11802&token=68422b9d5fec27bb7944192837a7dc5d8b5a0292> (Zugriff am 13.01.2022).
13. Diorio, C., McNerney, K. O., Lambert, M., Paessler, M. Anderson, E. M. Henrickson, S. E. (2020). Evidence of thrombotic microangiopathy in children with SARS-CoV-2 across the spectrum of clinical presentations. *Blood Advances*, 4(23), 6051–6063. <https://doi.org/10.1182/bloodadvances.2020003471>
14. Gomes, I., Karmirian, K., Oliveira, J. T. Pedrosa, C. S. G. Mendes, M. A., Rosman, F. C. (2021). SARS-CoV-2 infection of the central nervous system in a 14-month-old child: A case report of a complete autopsy. *The Lancet Regional Health Americas*, 2(10). <https://doi.org/10.1016/j.lana.2021.100046>
15. Gurdasani, D., Athena, A., Bradley C. V., Costello, A., Greenhalgh, T., Flaxman S. et al. (2022). Long COVID in children. *The Lancet*, 6(1). [https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(21\)00342-4](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(21)00342-4)
16. Hall, P. A., Meng, G., Hudson, A., Sakib, M. N., Hitchman, S. C. & Fong, G. T. (2022). *Executive dysfunction following SARS-CoV-2 infection: A cross-sectional examination in a population-representative sample*. <https://doi.org/10.1101/2022.01.01.22268614>

17. Huang, Y., Pinto, M. D., Borelli, J. L., Meherabadi, M. A., Abrihim, H., Dutt, N. et al. (2021). *COVID Symptoms, Symptom Clusters, and Predictors for Becoming a Long-Hauler: Looking for Clarity in the Haze of the Pandemic*. <https://doi.org/10.1101/2021.03.03.21252086>
18. Ledford, H. (2021). Do vaccines protect against long COVID? What the data say. *Nature*, 599(11), 546–548. <https://doi.org/10.1038/d41586-021-03495-2>
19. Luijten, M.A.J., van Muilekom, M.M., Teela, L. et al. The impact of lockdown during the COVID-19 pandemic on mental and social health of children and adolescents. *Qual Life Res* **30**, 2795–2804 (2021). <https://doi.org/10.1007/s11136-021-02861-x>
20. Morand, A., Campion, J.-Y., Lepine, A., Bosdure, E. Luciani, L., Cammilleri, S. et al. (2021). Similar patterns of [18F]-FDG brain PET hypometabolism in paediatric and adult patients with long COVID: a paediatric case series. *European Journal of Nuclear Medicine and Molecular Imaging*. <https://doi.org/10.1007/s00259-021-05528-4>
21. Needham, E. J., Ren, A. L., Digby, J. G., Outtrim, J. G. Chatfield, D. H., Manktelow, A. E. et al. (2021). *Brain Injury in COVID-19 is Associated with Autoinflammation and Autoimmunity*. <https://doi.org/10.1101/2021.12.03.21266112>
22. Payne, A. B., Gilani, Z., Godfred-Cato, S. et al. (2021). Incidence of Multisystem Inflammatory Syndrome in Children Among US Persons Infected With SARS-CoV-2. *JAMA Network Open*, 4(6). <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.16420>
23. Petersen, E. L., Goßling, A., Adam, G., Aepfelbacher, M., Behrendt, C.-A., Cavus, E. et al. (2021). Multi-organ assessment in mainly nonhospitalized individuals after SARS-CoV-2 infection. The Hamburg City Health Study COVID programme. *European Heart Journal* (2021), 1–14. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab914>
24. Philippens, I. H. C. H. M., Böszörményi, K. P., Wubben, J. A., Fagrouch, Z. C. van Driel, N., Mayenburg, A. Q. et al. (2021). *SARS-CoV-2 causes brain inflammation and induces Lewy body formation in macaques*. <https://doi.org/10.1101/2021.02.23.432474>
25. Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Erhart, M., Devine, J., Hölling, H., Schlack, R. et al. (2021). Quality of Life and Mental Health in Children and Adolescents during the First Year of the COVID-19 Pandemic in Germany: Results of a Two-Wave Nationally Representative Study. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01889-1>
26. Szenghy, R. E., Province, V. M., Stute, N. L., Augenreich, M. A., Koontz, L. K., Stickford, J. L. et al. (2021). Carotid stiffness, intima–media thickness and aortic augmentation index among adults with SARS-CoV-2. *The Physiological Society*. <https://doi.org/10.1113/EP089481>
27. Taquet, M., Dercon, Q. & Harrison, P. (2021). *Six-month sequelae of post-vaccination SARS-CoV-2 infection: a retrospective cohort study of 10,024 breakthrough infections*. <https://doi.org/10.1101/2021.10.26.21265508>
28. Ugas-Cjarcape, C. F., Ucar, M. E., Almanza-Aranda, J., Rizo-Patrón, E., Lazarte-Rantes, C., Caro-Domínguez et al. (2021). Pulmonary imaging in coronavirus disease 2019 (COVID-19): a series of 140 Latin American children. *Pediatric Radiology*, 4, 1–1. <https://doi.org/10.1007/s00247-021-05055-2>
29. Wenzel, J., Lampe, J., Müller-Fielitz, H., Schuster, R., Zille, M. Müller, K. et al. (2021). The SARS-CoV-2 main protease M pro causes microvascular brain pathology by cleaving NEMO in brain endothelial cells. *Nature Neuroscience*, 24(11), 1522-1533. <https://doi.org/10.1038/s41593-021-00926-1>
30. Yang, J., Zhong, M., Zhang, E., Hong, K., Yang, Q. Zhou, D. et al. (2020). *Broad phenotypic alterations and potential dysfunctions of lymphocytes in COVID-19 recovered individuals*. <https://doi.org/10.1101/2020.07.01.20144030>
31. Zimmermann, P., Pittet, L. F. & Curtis, N. (2021). How Common is Long COVID in Children and Adolescents? *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 40(12). <https://doi.org/10.1097/INF.0000000000003328>