

Empfehlungen für die Gesundheitsbehörden im Umgang mit SARS-CoV-2-Infektionen im Kindes- und Jugendalter

Stand: 14. September 2020

Empfehlungen für die Gesundheitsbehörden im Umgang mit SARS-CoV-2-Infektionen im Kindes- und Jugendalter

SARS-CoV-2 Epidemiologie im Kindes- und Jugendalter

Bei der durch SARS-CoV-2 verursachten Infektion handelt es sich v.a. um eine Tröpfcheninfektion, bei der Viren über aus dem Respirationstrakt ausgeschiedene Sekret-Tröpfchen von einem Menschen auf den anderen übertragen werden. Wie bei vielen anderen Tröpfcheninfektionen (z. B. Influenza, Erreger anderer sog. grippaler Infekte) sind grundlegende Hygienemaßnahmen zielführend und sollten auch in der „Nicht-Pandemie-Situation“, v.a. saisonal bedingt, zur Anwendung kommen. Dazu zählen, neben der Husten- und Niesetikette auch das regelmäßige Händewaschen, damit von kontaminierten Gegenständen (Türgriffe etc.) aufgenommene Viren nicht über den Kontakt zum Gesichtsbereich und in weiterer Folge den Schleimhäuten zu einer Infektion führen können. Zusätzlich führt das Wahren eines Sicherheitsabstandes von mindestens einem Meter, in dem Bereich, in dem ausgeschiedene Tröpfchen zu Boden sinken, zu einer Reduktion des Ansteckungsrisikos. Erfahrungsgemäß besteht ein hohes Risiko sich mit SARS-CoV-2 zu infizieren bei zumindest kumulativem 15-Minuten-Kontakt von Angesicht zu Angesicht mit einer ansteckenden Person. Ein bloßes aneinander Vorbeigehen ist in der Regel ungefährlich. Diese Werte stellen Richtwerte zur Orientierung dar und müssen nicht für jeden Fall zutreffen.

Internationale Studien zeigen, dass der Anteil der Kinder unter 10 Jahren an den für SARS-CoV-2 positiv getesteten Fällen zwischen 1 % und 2 % liegt. Der Anteil an den Gesamtkontaminationen zwischen 10 und 19 Jahren liegt zwischen 4 % und 6 %. Die tatsächliche Infektionsprävalenz im Kindes- und Jugendalter ist noch unklar.

Die derzeitige Datenlage lässt allerdings darauf schließen, dass die symptomatische Infektionsrate („Erkrankungsrate“) im Kindes- und Jugendalter geringer als im Erwachsenenalter ist. Die meisten Infektionen verlaufen demnach asymptomatisch bzw. oligosymptomatisch.

Schwere Verläufe im Kindes- und Jugendalter sind sehr selten und treten vornehmlich bei Kindern und Jugendlichen mit schweren Vorerkrankungen auf.

Nach einer Infektion wurde bei Kindern Virus-RNA in nasopharyngealen Sekreten in gleicher Konzentration nachgewiesen wie bei Erwachsenen. Aufgrund der derzeitigen Evidenz- und Datenlage lässt sich dennoch schließen, dass das Übertragungsrisiko von Kindern auf andere Personen, insbesondere Erwachsene, geringer ist, da bei den meisten gesicherten SARS-CoV-2-Nachweisen bei Kindern eine erwachsene Person (z. B. Eltern oder andere Haushaltsmitglieder) die Ansteckungsquelle war. Die Ursachen für diese Beobachtungen werden derzeit evaluiert, beispielhaft seien das geringere Atem- und Hustenvolumen sowie die geringere Häufigkeit und kürzere Dauer von Husten (forcierte Generierung von infektiösen Tröpfchen) bei COVID-19-Erkrankungen im Kindesalter erwähnt.

Fernbleiben vom Besuch von Bildungseinrichtungen

Naturgemäß kann man gerade bei respiratorischen Infekten aufgrund der klinischen Symptomatik nicht eindeutig auf den auslösenden Erreger rückschließen. Es erscheint daher nicht zielführend, dass v.a. bei Kindern unter 10 Jahren unspezifische Symptome banaler Atemwegsinfektionen (saisontypische Erkältungszeichen wie z. B. Schnupfen, milder Husten, jeweils ohne Fieber) als klinische Alleinstellungsmerkmale einer SARS-CoV-2 Infektion zu interpretieren sind, die ein Fernbleiben von der Bildungseinrichtung notwendig machen. Unabhängig vom Alter sollen Kinder die sich subjektiv krank fühlen bzw. Symptome aufweisen, die ein regelrechtes Folgen des Unterrichts verhindern der Bildungseinrichtung fernbleiben, jedenfalls aber bei Auftreten von Fieber, Erbrechen oder Durchfall.

Abklärung von COVID-19-Verdachtsfällen bei Kindern

Nach derzeitiger Evidenzlage nehmen **Kinder unter 10 Jahren**, auch wenn selbst infiziert, keine wesentliche Rolle in der Ausbreitung von SARS-CoV-2 ein. Aufgrund der geringen Rolle als Überträger, dem zumeist asymptomatischen Verlauf und aufgrund der Tatsache, dass eine Infektion mit einem anderen Krankheitserreger um ein Vielfaches wahrscheinlicher ist, müssen Kinder unter 10 Jahren mit leichten Symptomen (Konjunktivitis, Otitis oder Atemwegssymptome wie akute Rhinitis, Husten oder Pharyngitis, jeweils ohne Fieber) nicht in jedem Fall getestet werden.

Es gilt zunächst durch den betreuenden Arzt/die betreuende Ärztin oder die Gesundheitsbehörde bzw. über die 1450-Hotline abzuklären, ob das symptomatische Kind in den letzten 10 Tagen einer Situation mit erhöhtem Risiko einer Ansteckung mit SARS-CoV-2 ausgesetzt war, wie z. B. Kontakt mit einem bestätigten Fall, insbesondere im gemeinsamen Haushalt. Ist dies der Fall, sollte jedenfalls eine Abklärung mittels PCR-Testung erfolgen. Hat das Kind regelmäßigen engen Kontakt mit einer Person, die zu einer Risikogruppe gehört, kann es nach Rücksprache mit der zuständigen Gesundheitsbehörde ebenfalls getestet werden.

Trifft jedoch keiner dieser Punkte zu, kann bei Kindern unter 10 Jahren von einer Testung auf SARS-CoV-2 abgesehen werden. Das Kind sollte grundsätzlich bis 24 Stunden nach Abklingen der Symptome die Bildungseinrichtung nicht besuchen (Ausnahme saisonale Erkältungszeichen wie z. B. Schnupfen, oder Husten, jeweils ohne Fieber, sofern dem Unterricht gefolgt werden kann). Die üblichen Vorkehrungen im Erkrankungsfall, z. B. telefonische Kontaktaufnahme mit einem Arzt/einer Ärztin falls notwendig, sind zu treffen.

Bei Vorliegen von COVID-19 typischen Symptomen mit Fieber ohne erkennbare andere Ursache (z. B. anderes, bereits negativ getestetes Kind mit Fieber im Haushalt, Varizellen, Streptokokken-Angina, diagnostizierte Influenza – abgesehen vom Verdacht auf eine Doppelinfektion bei schwerem Verlauf) soll auch bei Kindern unter 10 Jahren ein PCR-Test auf SARS-CoV-2 durchgeführt werden.

In Bildungseinrichtungen beschäftigte Personen sowie **Kinder über 10 Jahre** haben beim Vorliegen von Symptomen welche mit einer SARS-CoV-2-Infektion vereinbar sind (siehe Verdachtsfalldefinition für eine SARS-CoV-2 Infektion), von der Bildungseinrichtung fernzubleiben und sind entsprechend diagnostisch abzuklären.

Bis zum Vorliegen des Testergebnisses muss die symptomatische Person zu Hause bleiben. Die Kontaktpersonen des Verdachtsfalles können bis zur Bestätigung des Tests vorerst weiter die Bildungseinrichtung besuchen.

Vorgangsweise bei einem bestätigtem COVID-19 Fall – Kontaktpersonenmanagement

Das positiv getestete Kind wird nach Vorgabe der zuständigen Gesundheitsbehörde, entsprechend der gültigen Richtlinien, abgesondert. Der Klassenverband/die Kindergarten-Gruppe wird als enger Kontakt angesehen.

Angesichts des geringen Risikos einer Übertragung durch **Kinder unter 10 Jahren** kann der Klassen- oder Gruppenverband bzw. die Betreuungspersonen in Bildungseinrichtungen bis zur 5. Schulstufe jedoch lediglich als Kategorie II-Kontakt eingestuft werden. Analog zu Kontaktpersonen der Kategorie I sollen diese Personen jedoch einer PCR-Testung zugeführt werden. Werden ≥ 2 Kinder in einem Abstand von weniger als 10 Tagen in derselben Klasse/Gruppe positiv getestet, oder ist eine Lehr-/Betreuungsperson positiv getestet, entscheidet die zuständige Gesundheitsbehörde über die Absonderung von Teilgruppen oder des gesamten Klassen- oder Gruppenverbandes im Sinne von Kontaktpersonen der Kategorie I. Entwickelt ein Kind im betroffenen Klassen- oder Gruppenverband bzw. eine Betreuungsperson innerhalb von 10 Tagen nach Letztkontakt zum bestätigten COVID-19 Fall entsprechende Symptome sollte ebenfalls eine PCR-Testung veranlasst werden.

Bei **Kindern über 10 Jahren** erfolgt eine Absonderung der engen Kontakte nach Vorgaben der zuständigen Gesundheitsbehörde (siehe Dokument „Behördliche Vorgangsweise bei SARS-CoV-2 Kontaktpersonen: Kontaktpersonennachverfolgung“).

Kinder und Jugendliche mit Grunderkrankungen

Bei relevanten Grunderkrankungen ist eine individuelle Risikoeinschätzung in Abstimmung mit dem betreuenden Arzt/der betreuenden Ärztin sinnvoll. Unter Grunderkrankungen werden schwere Erkrankungen wie z. B. erste Monate nach Knochenmarkstransplantation und Organtransplantation, schwere angeborene Immundefekte sowie Kinder unter Chemotherapie und schwere Lungen- sowie Herzerkrankungen verstanden. Prinzipiell ist der Besuch der Bildungseinrichtung möglichst zu gewährleisten. Bei Auftreten von positiven Fällen in der Bildungseinrichtung sind in Rücksprache mit dem behandelnden Arzt/Ärztin bzw. schulmedizinischen Dienst, unter der Berücksichtigung der Kontaktwahrscheinlichkeit, individuelle Lösungen zu suchen.

Kinder aus Haushalten, in denen Personen leben, die Risikogruppen angehören

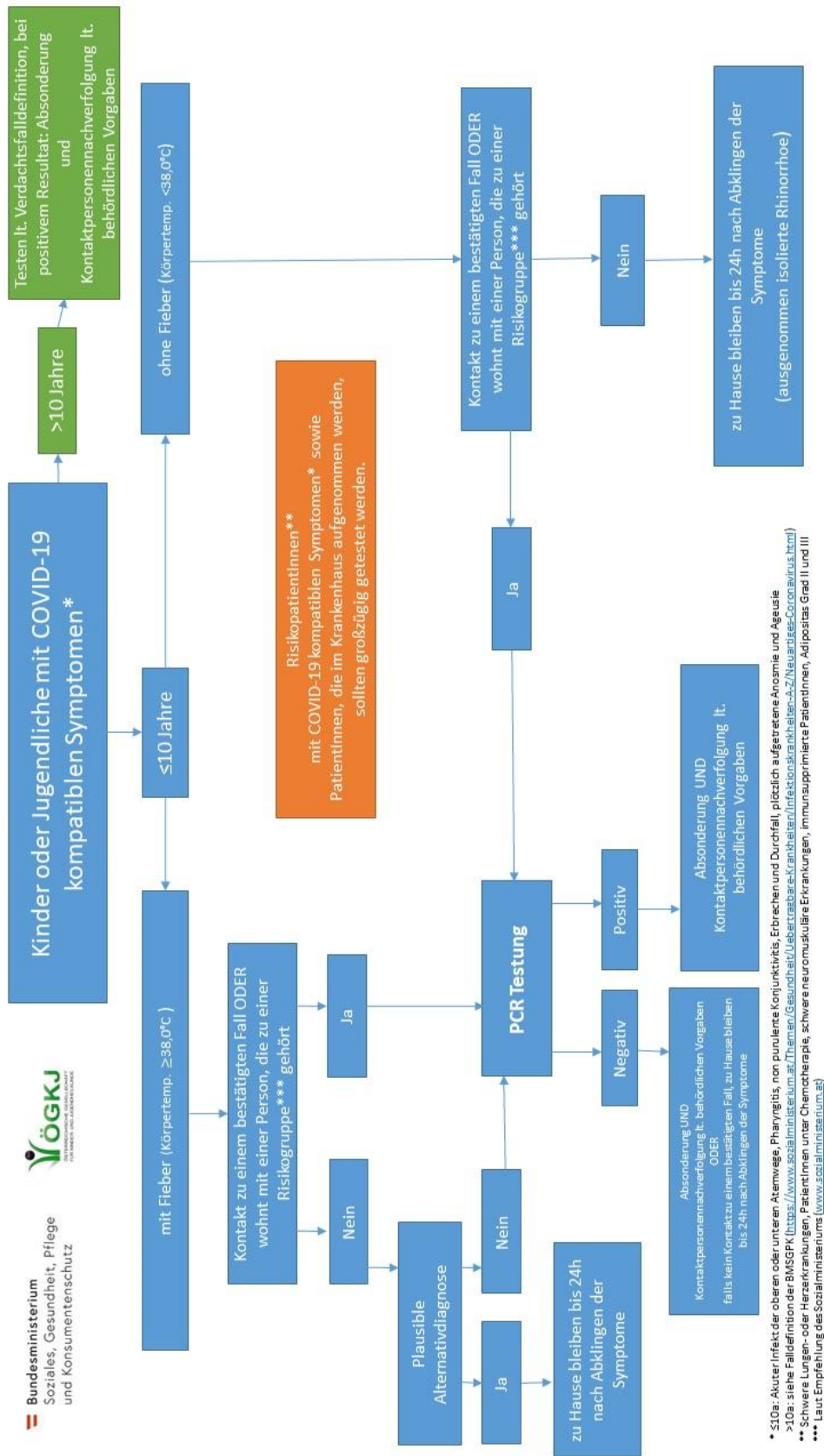
Unter Befolgung der beschriebenen Schutzmaßnahmen ist der Besuch der Bildungseinrichtung grundsätzlich möglich. Bei Auftreten von positiven Fällen in der Bildungseinrichtung sind in Rücksprache mit dem behandelnden Arzt/der behandelnden Ärztin bzw. schulmedi-

zinischen Dienst unter der Berücksichtigung der Kontaktwahrscheinlichkeit individuelle Lösungen zu suchen. Es sind jedenfalls immer vorrangig Lösungen anzustreben, welchen einen fortgesetzten Besuch der Bildungseinrichtung ermöglichen.

Überprüfen von Symptomen an der Bildungseinrichtung (z. B. Temperaturmessungen)

Symptomuntersuchungen zeigen nur, dass eine Person möglicherweise eine Krankheit hat, und nicht, dass die Krankheit COVID-19 ist. Viele der Symptome von COVID-19 treten auch häufiger bei anderen Kinderkrankheiten wie der saisonalen Erkältung, Influenza oder saisonalen Allergien auf. Andere haben möglicherweise Symptome, die so mild sind, dass sie nicht angegeben werden. Tatsächlich sind Kinder eher asymptomatisch als Erwachsene oder haben nur leichte Symptome. Dies bedeutet, dass einige Schüler mit einer SARS-CoV-2-Infektion, die das Virus möglicherweise auf andere übertragen können, selbst dann nicht identifiziert werden, wenn an den Schulen Symptomuntersuchungen durchgeführt werden. **Aus den genannten Gründen wird empfohlen von Routine-Symptomuntersuchungen an Bildungseinrichtungen abzusehen.**

Abbildung 1: Algorithmus COVID-19 bei Kindern und Jugendlichen



Referenzen

- ECDC, Objectives for COVID-19 testing in school settings (10.08.2020), <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/objectives-covid-19-testing-school-settings>
- ECDC, COVID-19 in children and the role of school settings in COVID-19 transmission (06.08.2020), <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/children-and-school-settings-covid-19-transmission>
- CDC, Interim Considerations for K-12 School Administrators for SARS-CoV-2 Testing, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/schools-childcare/k-12-testing.html>, (access: 12.08.2020)
- CDC, Screening K-12 Students for Symptoms of COVID-19: Limitations and Considerations, <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/schools-childcare/symptom-screening.html>, (access: 12.08.2020)
- BMSGPK, Falldefinition SARS-CoV-2 (16.04.2020), <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Uebertragbare-Krankheiten/Infektionskrankheiten-A-Z/Neuartiges-Coronavirus.html>
- BMSGPK, Empfehlung zur Entlassung von COVID-19-Fällen aus der Absonderung (23.07.2020), <https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Coronavirus---Fachinformationen.html>
- BMSGPK, Behördliche Vorgangsweise bei SARS-CoV-2 Kontaktpersonen: Kontaktpersonennachverfolgung (25.08.2020), <https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Coronavirus---Fachinformationen.html>



**Bundesministerium für
Soziales, Gesundheit, Pflege
und Konsumentenschutz**

Stubenring 1, 1010 Wien

+43 1 711 00-0

[sozialministerium.at](https://www.sozialministerium.at)