

Die 4. Welle: Strategieanpassung in Schulen und Kitas - Der Berliner Weg*

**Hamburg, NRW und Hessen haben dieses Kontaktpersonenmanagement schon umgesetzt oder sind im Prozess der Anpassung.*

Die **12 Berliner Gesundheitsämter** und deren Kinder- und Jugendmediziner:innen haben in einer gemeinsamen Stellungnahme das Kontaktpersonenmanagement (KPM) in Schulen und Kitas dem aktuellen Pandemieverlauf sowie dem wissenschaftlichen Kenntnisstand angepasst. D.h. es wird von pauschalen Gruppenabsonderungen abgewichen zugunsten einer selektiven, auf Risikoermittlung beruhenden Quarantänisierung im Schul- und Kita Setting. Haushaltskontakte werden standardmässig erfasst und in der Quarantänisierung berücksichtigt.

Wie läuft es bisher?

Bisher orientieren sich die Berliner Gesundheitsämter an den Empfehlungen des Robert Koch Instituts (RKI) aus dem Jahr 2020: Die Einschätzung und Bewertung von SARS-CoV-2 Infektionsgeschehen im Schulsetting sowie die damit verbundene Anordnung von Isolation und Quarantäne obliegt lokalen Gesundheitsbehörden. Dabei gibt es zwei unterschiedliche Vorgehen: Die individuelle Risikoermittlung und die Quarantänisierung ganzer Gruppen. Bei der individuellen Risikoermittlung wird mit Hilfe der Verantwortlichen (z.B. Schulleitung, in Kenntnis der Gegebenheiten vor Ort) zusammen die Lage eruiert und Absonderungen für das Kontaktpersonenmanagement definiert. In der Praxis ist dies jedoch oft nicht umgesetzt und kaum möglich und so bedeutet es allzu häufig, dass es zur Quarantänisierung ganzer Schulklassen, Lern- oder Kitagruppen kommt. Das Quarantänisieren ganzer Gruppen ist gut überschaubar und es schont Arbeitsressourcen, der Aufwand bisher ist geringer gewesen. Es wurde also in der Praxis, aufgrund der besseren Handhabbarkeit und der örtlichen Bedingungen, die individuelle Risikoermittlung zugunsten einer breiter ausgelegten Quarantänisierung und damit Absonderung von **überwiegend nicht betroffenen Kindern und Jugendlichen** angewendet. Dabei zeigen die Daten, dass beispielsweise das Setting Schule einem **Feststellungsort** gleicht und **keinem Ansteckungsort**. Aktuelle Daten zeigen, dass Infektionsketten in Kitas und Schulen **weit unter 10%** aller Ansteckungsorte vorkommen. Für die Einordnung als ansteckungsverdächtige Kontaktperson, die in Quarantäne geschickt wird, ist aber rechtlich grundsätzlich zu verlangen, dass eine Ansteckung in dem entsprechenden Setting **überwiegend wahrscheinlich** ist. Bei den meisten Kindern, die im Klassenverband grundsätzlich pauschal als Kontaktperson mit quarantänisiert wurden, liegt bei individueller Risikoermittlung aber gar nicht die überwiegende Wahrscheinlichkeit vor, dass sie sich tatsächlich angesteckt haben.

Was ist die Kritik an dem bisherigen Vorgehen?

Die Berliner Amtsärzt:innen sehen die undifferenzierten Gruppenabsonderungen in Anbetracht einer **pädiatrischen sowie bevölkerungsmedizinischen Nutzen-Schadens-Abwägung** zum jetzigen Kenntnisstand als nicht mehr tragbar an. Die undifferenzierten Absonderungsmaßnahmen für Kita-Kinder, Schüler:innen und Eltern sind medizinisch aufgrund der veränderten Gesamtlage (u.a. Impfraten, STIKO Impfeempfehlung für 12-17 Jährige, eingespielte, effektive Schutzschirme) nicht mehr begründbar.

Mit dem bisherigen Kontaktpersonenmanagement wurden Infektionsketten nur in seltenen Fällen im Kita- und Schulsetting belegbar unterbrochen (unter 5% von nachgewiesenen Infektionsketten). Ein weiteres Problem der Massenquarantänisierung ganzer Gruppen ist die

zugleich stattfindende Belastung vieler Eltern. Zudem entstehen hierdurch zusätzliche Belastungen in unserer Gesellschaft durch Ausfälle in Pflegeheimen, Krankenhäusern und Verwaltungen erzeugt werden.

Was kritisiert die Rechtsprechung an dem bisherigen Vorgehen?

Gesundheitsämtern obliegt die Feststellung eines Ansteckungsverdächtigen. Kinder und Schüler gelten als ansteckungsverdächtig, wenn anzunehmen ist, dass sie Krankheitserreger aufgenommen haben ohne krank, krankheitsverdächtig oder Ausscheider zu sein (nach § 2 Nr. 7 IfSG). Diese Feststellung obliegt einem Arzt bzw. dem Gesundheitsamt.

Nach dem Bundesverwaltungsgerichtsurteil vom 22.03.2012 sind für die Beurteilung des Ansteckungsverdachts folgende Aspekte zu berücksichtigen: Die Eigenheiten der Krankheit, epidemiologische Erkenntnisse und Wertungen sowie die jeweiligen Erkenntnisse über Zeitpunkt, Art und Umfang der möglichen Exposition und über die Empfänglichkeit der Person für den Erreger.

Wichtigster Punkt ist, dass für das **Bundesverwaltungsgericht** die Annahme der Aufnahme eines Krankheitserregers, **also der Infektion, wahrscheinlicher sein muss** als das Gegenteil, um das Merkmal „ansteckungsverdächtig“ in diesem Sinne bejahen zu können. Da in Schulen und Kitas es deutlich seltener zu Infektionsketten kommt als an anderen Orten und ein folgenschwerer gesundheitlicher Schaden mit geringerer Wahrscheinlichkeit erfolgt, folgt die Berliner Strategieanpassung der aktuellen Rechtsauffassung des Bundesverwaltungsgerichts. Der Berliner Weg setzt zudem den § 1 der Bundesärzteberufsordnung um. Amtsärzt:Innen dienen der Gesundheit der Bevölkerung wie auch des einzelnen Menschen in gleicher Weise.

Was ist neu am Berliner Weg*?

Für Kita-Kinder und Schüler:innen, die auf das SARS-CoV-2 mittels PCR positiv getestet wurden, gilt eine häusliche Quarantäne. Damit verbunden gelten im Setting Schule und Kita nur deren Haushaltskontakte (z.B. Geschwisterkinder) oder Kontakte in haushaltsähnlichen Settings als enge Kontaktpersonen, und damit besteht nur für diese Kontaktpersonen ebenfalls eine Quarantänepflicht. Kita-Kinder und Schüler:innen in der betroffenen Gruppe, die vormals als enge Kontaktpersonen galten, müssen nicht mehr abgesondert werden. An dieser Stelle ist die selektive Helikopter-Strategie vorgesehen, bei der beispielsweise nur direkte, enge Kontakte ohne Schutzmaßnahmen, also beste Freunde, Geschwisterkinder oder Sitznachbarn quarantänisiert werden.

Ein niedrigschwelliges Testangebot für Schulen und Kitas wird dabei fortwährend aufrechterhalten. Die etablierten Schutzmaßnahmen wie Mund-Nasen-Schutz und regelmäßiges Lüften zur Vermeidung von Aerosolansammlungen bestehen weiterhin.

Die individuelle Risikoermittlung bzw. symptombezogene Ermittlung (z.B. Husten mit oder ohne Fieber) erfolgt weiterhin durch das jeweils zuständige Gesundheitsamt.

Man überlässt die Kinder und Eltern also nicht schutzlos sich selbst. Übertragungen sollen durch diese Schutzmaßnahmen in möglichst sicheren Schulen verhindert werden. Es wird lediglich die Quarantänisierungen ganzer Gruppen nicht mehr geben, die ohnehin nur in verschwindend geringem Maße etwas gebracht haben und deshalb auch nicht mehr wissenschaftlich tragbar ist. Die negativen Auswirkungen für die Kinder durch die Quarantänemaßnahmen sind hingegen deutlich.

Wie lief der Entscheidungsprozess zur Berliner Strategieanpassung?

Wer stimmte der Berliner Strategieanpassung zu?

Die Zusammenarbeit der Berliner Amtsärzt:Innen mit der Senatsverwaltung für Gesundheit (Haus Kalayci) sowie Bildung, Jugend & Familie (Haus Scheeres) läuft auf Arbeitsebene fachlich konstruktiv und gut ab.

Wichtig: Der Berliner Weg wurde mit beiden Senatsverwaltungen vorab eng abgestimmt und beide Senatsverwaltungen haben den Berliner Weg fachlich begrüßt (schriftliche und mündliche Zustimmung erfolgte aus beiden Senatsverwaltungen).

Wie sehen Kinderärzt:innen dieses Vorgehen?

Seit Anbeginn der Pandemie haben die Kinderärzterverbände eine konkrete Nutzen-Schadensabwägung bei Isolationsmaßnahmen (Quarantänisierung) von Kindern und Jugendlichen gefordert (Krutz et al., 2021). Mit Beginn der 4. Welle bestehen zudem günstige Rahmenbedingungen: Ausreichend Impfstoff, eine Impfquote von nahezu 60%, hohe Impfquoten bei den 60 Jährigen und Älteren, eine evidenzbasierte STIKO Empfehlung für Impfen bei 12-17 Jährigen, etablierte Schutzmaßnahmen zum Vermeiden von Virusübertragungen in geschlossenen Räumen.

Wie sind die Rückmeldungen von Eltern?

Wir im Gesundheitsamt Neukölln haben erste Rückmeldungen aus der Neuköllner Elternschaft zum veränderten Kontaktpersonenmanagement. Diese zeigen ein durchweg positives Bild: die individuellen Belastungen von Quarantänisierungen scheinen bisher immens gewesen zu sein, insbesondere wenn diese wiederholt vorkommen. Elternvertretungen begrüßen die an die aktuelle Lage angepasste Strategie.

Eltern und Kinder erleben die 14 tägigen Quarantänezeiten als körperlich und seelisch maximal belastend, für sich selbst, für das Beziehungsgefüge der Partnerschaft und vor allem für ihre Kinder. Alle Eltern, die eine Quarantäneanordnung ihrer Kinder erlebt haben, wollen auf keinen Fall dies wieder erleben. Bei bestätigten Fällen (PCR bestätigte Fälle) nämlich sehen Eltern sehr wohl die Sinnhaftigkeit der Absonderung an. Ein kleiner Teil (ca. 20-30%) der Elternschaft fühlt sich in der Pandemie unsicher und wünscht sich und für ihre Kinder mehr Schutzmaßnahmen, als heute in dem Schul- und Kitasetting vorgesehen sind. Für dieses Klientel muss mehr Sicherheit durch Information und direkter Austausch mit Kinderärzten und Experten erfolgen. Diesen Beitrag versuchen die Gesundheitsämter zu leisten, sie sind aber auch auf die Unterstützung der Senatsverwaltung und Bundesinstitute angewiesen, da für die Bürger-Kommunikation keine Mittel und Personal vorgesehen ist. D.h. die bisherige Kommunikationsarbeit der Gesundheitsämter ist aus eigener Initiative und mit hohem Eigenengagement geschehen. Die Elternvertretungen in Neukölln haben die konsentrierte Senat und Amtzärzterstrategie begrüßt und sind in Anbetracht der Verfügbarkeit von ausreichend Test, Impfstoff und Impfmöglichkeiten in Neukölln froh für ein selektives, individuelles Absonderungsverfahren in Kitas und Schulen.

Testungen an Kitas und Schulen?

Weiterhin empfiehlt das Gesundheitsamt Neukölln die Teststrategie mit zwei Testungen pro Woche im Setting Schule aufrecht zu erhalten. Zudem bietet das Neuköllner Gesundheitsamt eine **etablierte Kombitestung** an. Diese erlaubt es, bei positivem Nachweis, aus einem Antigenschnelltest direkt eine PCR Testung zu entnehmen. Das heißt, es braucht nach einem Antigenschnelltest keinen weiteren Abstrich mehr. Der Vorteil der Kombitestung liegt damit auf der Hand: die PCR erfolgt unmittelbar und aus der gleichen Probe wie der Antigenschnelltest.

Was ist der Vorteil der Kombitestung?

Es bedarf nur eines Abstriches und die PCR Bestätigung erfolgt direkt aus der gleichen Probe und zwar zeitnah. Dies entlastet das betreffende Kind, die Erziehungsberechtigten, die Lehrer:innen und die Schulorganisation sowie das Umfeld. Umständliches Aufsuchen einer Teststelle entfällt somit und beschleunigt die Aufklärung für Eltern, Kinder und Einrichtung.

Strategieanpassung, weil Gesundheitsämter Entlastung wünschen?

Die Berliner Strategieanpassung erfolgt nicht aus dem Wunsch nach Entlastung, sondern ist allein motiviert aus der Berücksichtigung und Umsetzung des aktuellen wissenschaftlichen Kenntnisstands. Es ist uns bewusst, dass wir in besonderen politischen Zeiten sind, sehen allerdings Anpassungen in einer pandemischen Lage von nationaler Tragweite aus wissenschaftlicher Sicht geboten an. Das bisherige Quarantänisieren ganzer Gruppen hat sich als ressourcenschonend erwiesen und damit auch bei hohen Inzidenzen als Maßnahme zur Aufrechterhaltung der Arbeitsfähigkeit von Gesundheitsämtern. Das darf heute jedoch nicht mehr Grund für Massenquarantänisierungen mehr sein. Die Gesundheit der Kinder und Jugendlichen bedürfen einer Gesamtbetrachtung, die in der Bundesärzteberufsordnung in § 1 klar fixiert ist:

Ärztinnen und Ärzte dienen der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung.

Eltern und Politik vor den Wahlen?

Die pandemische Lage zwingt aufgrund sich ändernder Rahmenbedingungen und zunehmender Evidenz kontinuierlich zu neuen Entscheidungen. Und das ohne Rücksicht auf den politischen Kalender. In einem politischen Spannungsfeld, kurz vor den anstehenden Wahlen, erscheint ein flexibles, wissenschaftsbasiertes Agieren besonders schwierig. Aus wissenschaftlicher Sicht ist eine Anpassung des Kontaktpersonenmanagement im Setting Kita und Schule jedoch aktuell nicht mehr aufzuschieben und die Entscheidung der Berliner Amtsärzt:innen eine folgerichtige Konsequenz.

Referenzen:

RKI: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Hilfestellung_GA_Schulen.html

Deutsches Ärzteblatt: *Kinder reagieren auf Viren anders als Erwachsene*,
www.aerzteblatt.de/lit2920

Berliner Schulstudie - BECOSS; www.charite.de/Themenschwerpunkt_Coronavirus/teststrategie

Stellungnahme von DGPI und DGKH zu Hospitalisierung und Sterblichkeit von Covid-19 bei Kindern in Deutschland - Stand April 2021; www.Dgkj.de

ECDC: *Covid -19-in-children and –the-role-of-school-settings in transmission-second-update*/www.ecdc.europa.eu

Krutz B. et al, *Kinder in der Pandemie: Gesundheitsämter als Vermittler des Gesundheitsschutzes in Schulen*. *Gesundheitswesen* 2021 ; 83 : 487 □ 489 |

Klaus Stöhr „Corona nachgehakt!“ Ein Interview vom 22.08.2021 Phoenix; ARD Mediathek

Reinhard Berner, Jörg Dötsch, Gerd Fätkenheuer, Florian Klein, Gérard Krause und Berit Lange, ZEIT https://www.zeit.de/gesundheit/2021-08/kinder-corona-krise-schule-oeffnungen-corona-impfung-infektionsschutz?utm_referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com%2F

James A. Feinstein, *The Toll of the COVID-19 Pandemic on Mental Health in the Young*. *New England Journal of Medicine*, 2021

Racine N et al. *Global prevalence of depressive and anxiety symptoms in children and adolescents during COVID-19: A meta-analysis*. *JAMA Pediatr* 2021 Aug 9; [e-pub]. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.2482>

Vorgabe der Berliner AmtsärztInnen (Votum 12 von 12) zum Umgang mit positiv getesteten Personen und Kontaktpersonen im Setting Schule und Kita

Stand 25.08.2021

Für die per PCR positiv getestete Person gilt eine Isolation. Grundsätzlich gelten im Setting Schule und Kita nur deren Haushaltskontakte (z.B. Geschwister) oder in zu ihr haushaltsähnlichen Settings lebende Personen, als enge Kontaktpersonen im Sinne der Quarantänepflicht.

Ausnahmen entscheidet im Einzelfall das jeweils zuständige Gesundheitsamt.