



Sondervotum der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) e.V. zur S3-Leitlinie
Maßnahmen zur Prävention und Kontrolle der SARS-CoV-2-Übertragung in Schulen |
Lebende Leitlinie, AWMF-Registernummer 027-076 Kurzfassung Version 2.0, September 2022

Die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene e.V. (DGKH) hat der Version 2.0 der S3-Leitlinie zu Maßnahmen zur Prävention und Kontrolle der SARS-CoV2-Übertragung in Schulen in einer zusammenfassenden Bewertung nicht zugestimmt.

Die Ablehnung erfolgte durch einen Beschluss des Vorstands der DGKH mit nachfolgender Begründung, die in Form eines Sondervotums entsprechend den Regeln der AWMF der Leitlinien-Leitung eingereicht wurde.

Die Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) hat sich von Beginn an in zahlreichen Stellungnahmen zum Pandemiemanagement dem Ziel eines umfassenden Patienten- und Personalschutzes vor übertragbaren Erkrankungen und im Besonderen vor der Infektion des neuen pandemischen Coronavirus SARS-CoV-2 verschrieben. Dabei haben die eigenen Erfahrungen im praktischen Infektionsschutz, im täglichen Schutz der Patienten und des Personals vor übertragbaren Infektionen im Krankenhaus, in der ambulanten Medizin und in den Pflege- und Seniorenheimen geholfen, auch für andere Bereiche des öffentlichen und sozialen Lebens effektive Infektionsschutzmaßnahmen zu begründen, abzuleiten und in Form konkreter Empfehlungen umzusetzen. Insbesondere die Auswirkungen von Covid-19-assoziiierter Morbidität in den Bereichen der kritischen Infrastruktur und hier besonders in medizinischen Einrichtungen hat die DGKH von Beginn an veranlasst, auch zum Infektionsschutz in Schulen und Kitas Stellung zu beziehen und an konkreten Schutzprogrammen mitzuwirken.

Das aktuelle Update der S3-Schulleitlinie war deshalb sowohl Anlass, über die Effektivität der bisherigen Schutzkonzepte in Schulen nachzudenken, ihre Verhältnismäßigkeit zu überprüfen und in Anbetracht der aktuellen Phase der Corona-Pandemie sowie im Kontext neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse aktualisierte Empfehlungen zu formulieren.

So war der Auftakt der Leitlinienkonferenz in ihrem ersten Treffen von der Einschätzung gekennzeichnet, dass Maßnahmen, die zu einer Einschränkung des Präsenzunterrichtes führen wie Kohortierung oder Reduktion der Schülerzahlen, nur dann umgesetzt werden sollen, wenn eine neue Virusvariante mit erhöhter Virulenz auftritt. Gleichzeitig sollte auf Begründungen des Fremdschutzes verzichtet werden und die negativen Auswirkungen von Schulschließungen und weiteren unverhältnismäßigen Einschränkungen des Präsenzunterrichtes stärker berücksichtigt werden. Eine entsprechende Empfehlung 1 der Leitlinie wurde mit großer Mehrheit verabschiedet. Entgegen dieser eindeutigen Beschlusslage zur Empfehlung 1 wurde die Abstimmung mit folgender Begründung per Mail an alle Konferenzteilnehmer aufgehoben: „Die sehr engagierte Diskussion und der etwas verschlungene Weg zur Entscheidungsfindung zu Empfehlung 1 am vergangenen Dienstag hat doch bei vielen von Ihnen – und auch bei uns – ein gewisses Gefühl des Unbehagens ausgelöst, das vielleicht am stärksten von der Sorge getragen war, den eigenen Ansprüchen und der notwendigen Wissenschaftlichkeit und Sorgfalt in dieser Form nicht in ausreichendem Maße Rechnung tragen zu können. Dennoch bleiben die durchaus berechtigten Bedenken, mit dem Ausbleiben aktualisierter Empfehlungen auch eine gewisse Unterlassung zu Ungunsten unserer Kinder einzugehen“.

De facto war mit dieser Korrektur der ersten Abstimmung zur Empfehlung 1 die Weiche gestellt, dass das Auftreten einer Virusvariante mit erhöhter Virulenz und daraus folgendem neuen Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko für Kinder und Schüler als alleiniger Grund für eine Neuauflage der bisherigen



Leitlinienempfehlungen nicht akzeptiert wurde. Die Vertreter dieser Auffassung, gemäß erster Abstimmung der Empfehlung 1 die Mehrheit der Mandatsträger, wurden nach der Diktion der o. g. Mail dem Vorwurf ausgesetzt, „...mit dem Ausbleiben aktualisierter Empfehlungen auch eine gewisse Unterlassung zu Ungunsten unserer Kinder einzugehen“. Der Wiederholung der Abstimmung zur Empfehlung 1 ging die Ausarbeitung einer Präambel voraus, in der die Ziele der Leitlinie beschrieben wurden, insbesondere aber der Begriff der „infektionsepidemiologischen Risikolage“ definiert wurde. Neben dem Auftreten einer SARS-CoV2-Variante mit erhöhter Virulenz sollte für die Schulleitlinien-Empfehlungen auch das regionale Infektionsgeschehen und die damit einhergehende Überlastung des Gesundheitswesens entscheidend sein.

Die DGKH sah in dieser Entscheidung wesentliche Entwicklungen des aktuellen Infektionsgeschehens unberücksichtigt:

1. Die dominierenden SARS-CoV-2-Varianten, Untergruppen der Omikron-Variante, haben seit Frühsommer 2022 zu einer massiven Ausbreitung von SARS-CoV-2-Infektionen geführt, ohne dass es zu einer Zunahme von Morbidität und Mortalität in der Bevölkerung gekommen ist. Die ohnehin vorbestehende sehr geringe Krankheitslast bei Kindern und Jugendlichen ist noch einmal deutlich gesunken.
2. Nicht nur internationale Seroprävalenzstudien sondern auch deutsche Daten ergeben, dass es im Laufe des Sommers 2022 bis in den September hinein (kumulative Daten aus 8 Erhebungen, zusammengefasst in der 2. Interimsanalyse des IMMUNEBRIDGE-Projektes zur Kommunikation von vorläufigen Ergebnissen an das Modellierungsnetz für schwere Infektionskrankheiten, https://zenodo.org/record/7177592#.Y1_EBXbMKUk) zu einer Seroprävalenzrate in der Gesamtbevölkerung (Kombination aus Impfung und Infektion) von ca. 95% gekommen ist. Nach Ansicht der Bundesministerin für Bildung und Forschung, Frau Bettina Stark-Watzinger, zeigen diese Daten, „...dass wir gut für den Herbst und Winter aufgestellt sind. Mit Blick auf den Entscheidungsspielraum der Länder heißt das: Sie müssen nur dann auf zusätzliche Schutzmaßnahmen nach dem Infektionsschutzgesetz zurückgreifen, falls sich eine neue, gefährlichere Variante durchsetzen sollte“.
3. Sekundärkomplikationen der SARS-CoV2-Infektion wie das Pediatric Inflammatory Multisystem Syndrome (PIMS) sind nahezu verschwunden, Long-Covid oder Post-Covid bei Kindern und Jugendlichen ist eine Seltenheit und nach neueren Daten, auch unter Berücksichtigung bislang fehlender Eindeutigkeiten bei der Diagnosestellung, offensichtlich zeitlich deutlich begrenzt.
4. Die Kollateralschäden durch Schulschließungen, Einschränkungen des Präsenzunterrichtes und die Belastungen durch die fehlenden Sozialkontakte sind dagegen massiv. Sie umfassen ein weites Spektrum psychischer, physiologischer, somatischer und sozialer Komplikationen und Belastungen, die für einen Teil der betroffenen Kinder und Jugendlichen zu uneinholbaren Entwicklungsdefiziten führen werden.
5. Allen betroffenen Personen im Umfeld von Kindern und Jugendlichen stehen neben dem Impfangebot sämtliche weiteren Schutzkonzepte zur Verfügung, um sich individuell vor Ansteckungen schützen zu können. Infektionsschutzmassnahmen für Kinder und Jugendliche dürfen nicht mehr mit der Indikation eines Fremdschutzes von Lehr- und Schulpersonal, Familienangehörigen oder sonstigen Kontaktpersonen begründet werden.
6. Der Begriff der Vulnerabilität hat sich bei einer aktuellen (Stand Mitte September 2022) weitgehenden Bevölkerungsimmunität von ca. 95% komplett geändert. Die wichtigsten Risikofaktoren für Tod oder schwere Erkrankung durch SARS-CoV2 sind Alter über 80 und der Erwerb



einer partiellen oder kompletten sekundären Immundefizienz. Kinder und Jugendliche gehören mit wenigen Ausnahmen, d. h. bekannter primärer oder sekundärer Immundefizienzsyndrome oder schwerer Komorbiditäten, hingegen nicht zu den vulnerablen Personengruppen.

7. Die Personalausfälle in den Bereichen der kritischen Infrastruktur sind wesentlich durch Isolations-bedingte und nicht durch Erkrankungs-bedingte Abwesenheiten verursacht.

Auf der Grundlage dieser Entwicklungen konnte die DGKH einer Neuauflage der Schulleitlinie mit ihren umfassenden Empfehlungen zum optionalen Einsatz der Schutzmaßnahmen nur dann zustimmen, wenn ein Infektionsgeschehen im kommenden Herbst und Winter durch eine neue Virusvariante geprägt wird, die von einer erhöhten Virulenz mit nachweisbaren Auswirkungen auf die Morbidität und Mortalität von Kindern und Jugendlichen bzw. tendenziell des jüngeren Teils der Bevölkerung gekennzeichnet ist.

Aktuell ist nach Angaben der WHO weltweit keine einzige SARS-CoV2-Variante identifiziert, die sich durch eine Virulenzzunahme auszeichnet.

Da sich die Schulleitlinie diese Einschränkung der zukünftigen Entwicklung nicht zu eigen gemacht hat, hat sie stattdessen den Begriff der „Infektionsepidemiologischen Risikolage“ definiert. Hierunter wird nicht nur „(a) das Auftreten einer SARS-CoV-2 Variante mit erhöhter Virulenz, die zu einer anerkannt deutlich höheren Krankheitschwere und/oder Rate an Langzeitfolgen und/oder Mortalität bei Kindern und Jugendlichen bzw. Schüler*innen führt“ verstanden, sondern auch „(b) ein regionales Infektionsgeschehen, bei dem wegen einer z.B. erheblich erhöhten Übertragbarkeit, Pathogenität, Immunflucht oder abnehmendem Immunschutz in der Bevölkerung gegen einen schweren Verlauf aktuell oder in absehbarer Zukunft eine Überlastung des Gesundheitssystems und/oder der kritischen Infrastruktur (im Wesentlichen durch Personalausfälle z. B. auch in Schulen) erwartet wird“.

Weil damit auch die Infektions-assoziierten Personalausfälle bei hoher Übertragbarkeit trotz geringer Krankheitslast als Begründung für die Ziele der Leitlinie benannt wurden, kann die DGKH diesem Update nicht zustimmen. Nach Ansicht der DGKH fehlen hier zentrale Aspekte einer kritischen Bewertung von Isolationsauflagen für gesunde oder nur geringgradig symptomatische Infizierte, die fehlende Berücksichtigung einer individuellen Risikoanalyse für den Arbeitseinsatz dieser Gruppe nicht-erkrankter Personen unter den Bedingungen eines effektiven Hygieneschutzes und auch die fehlende Unterscheidbarkeit typischer saisonaler respiratorischer Infekte von einer SARS-CoV2-Infektion. Die DGKH teilt die Ansicht vieler internationaler aber auch zunehmend nationaler Experten, zuletzt auch vom Vorsitzenden der STIKO, Herrn Prof. Mertens geäußert, dass wir uns am Ende der Pandemie im Übergang zur Endemie befinden und uns daran gewöhnen müssen, dass SARS-CoV2 zukünftig auf nicht absehbare Zeit zum Spektrum der saisonalen Erreger respiratorischer Infektionen gehören wird.

Die DGKH hat darüber hinaus einige weitere Gründe, die zur Ablehnung des Schulleitlinien-Updates beigetragen haben.

So wurden in den Einzelempfehlungen und den zugeordneten Begriffserklärungen zum Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes (FFP2-Maske oder medizinischer MNS), zum Testen ohne Befunde einer manifesten Infektion und zur ausnahmsweisen Aufstellung von Mobilien Luftreinigungsgeräten das Fehlen von Daten zur Evidenz oder Widersprüche zu einschlägigen Empfehlungen des Arbeitsschutzes oder zur Indikation von Lüftung von Innenräumen nicht ausreichend berücksichtigt.

Nach den mehrfach veröffentlichten Einschätzungen der DGKH, die in einer aktuellen Stellungnahme der KRINKO (Epidemiologisches Bulletin 42/2022 vom 20. Okt. 2022) bestätigt wurden, gibt es keinerlei Evidenz für einen Vorteil von FFP2-Masken gegenüber dem medizinischen MNS. Die Definition der Masken in den Begriffserklärungen, der zufolge der medizinische MNS nur einen eingeschränkten Schutz der Träger*innen bietet, während die FFP2-Maske einen Schutz der Träger*innen und des Umfeldes



bietet, da auch Filtration von Aerosolen gegeben sei, widerspricht dem infektionsepidemiologischen Kenntnisstand.

Die Empfehlung zum Tragen einer FFP2-Maske für Personen mit besonderem Risiko für schwere COVID-19-Krankheitsverläufe kann daher wegen fehlender Evidenz für einen Unterschied zum med. MNS nicht aufrechterhalten werden.

Auch die Definition der Risikofaktoren von Personen, die schwere COVID-19-Erkrankungsverläufe erleiden, berücksichtigt nicht die Änderungen der Vulnerabilität, die durch den hohen Grad an Immunität in Folge der Impfungen oder durchgemachter Infektionen entstanden sind. Bestehende Vorerkrankungen ohne weitere Spezifizierung, die Nennung des Übergewichtes (erhöhter Body Mass Index) sowie das zunehmende Alter ohne Quantifizierung, suggerieren eine Risikolage, wie sie zu Beginn der Pandemie existierte, nicht aber mehr in der aktuellen Phase.

Die Widersprüchlichkeit der Masken-Empfehlung wird auch dadurch ersichtlich, dass unter „Ausgestaltung der Maßnahmen“ Bedingungen zum Tragen der Masken empfohlen werden, die nicht ansatzweise in der Realität gegeben sind: „Die Übung und Erklärung zum sachgerechten Umgang mit und Sinn von MNS ist erforderlich (z. B. Passform, Dichtsitz, korrektes hygienisches An- und Ablegen, Nutzungsdauer)“. Das gilt auch im Besonderen für die arbeitsschutzrechtlichen Rahmenbedingungen beim Tragen einer FFP2-Maske wie die arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen sowie die damit verbundenen Pausenregelungen, die nicht gegeben sind.

Beim Thema „Mobile Luftreiniger“ begrüßt die DGKH die Empfehlung, dass auf deren Einsatz aufgrund des Fehlens einer jeglichen infektionsepidemiologischen Evidenz verzichtet werden sollte. In zahlreichen vorherigen Stellungnahmen hat die DGKH auf die fehlende Evidenz und die grundsätzlichen Risiken hingewiesen, die mit der Aufstellung mobiler Luftreinigungsgeräte verbunden sind. Es ist nach Meinung der DGKH nicht nachvollziehbar, dass die Leitlinie mit der Empfehlung zu Ausnahmeindikationen die Tür wieder geöffnet hat für eine Fortsetzung der Debatte entgegen schwerwiegender Bedenken. Die Ausnahme wird für solche Räume empfohlen, in denen eine ausreichende Belüftung vorhanden sei. Das Beispiel wird wie folgt beschrieben: „...wäre ein Klassenraum mit Oberlichtern, in dem der Grenzwert für CO₂ durch Lüften eingehalten wird, aufgrund ungünstiger Strömungsverhältnisse aber nur ein Teil der Luft effektiv ausgetauscht wird. In Rücksprache mit fachlicher Expertise (Lüftungsingenieur*in) und in Abhängigkeit des Infektionsgeschehens kann ein Luftreiniger hier sinnvoll sein“.

Damit steht diese Empfehlung im Widerspruch zur Stellungnahme des Umweltbundesamtes, die für Räume, in denen eine ausreichende Frischluftzufuhr, gemessen an einem CO₂-Gehalt unterhalb des kritischen Grenzwertes, gegeben ist, eine Luftreinigung als überflüssig ansieht.

Die Messung von Inhomogenitäten in einem Klassenraum durch ungünstige Strömungsverhältnisse bei einer insgesamt ausreichenden Frischluft als Maßstab für eine mobile Luftreinigung zu benennen, entbehrt jeglicher Rationalität, da wechselnde Strömungsverhältnisse je nach Position der Infektquelle logischerweise auch mit wechselnder Position des Luftreinigungsgerätes beantwortet werden müsste.

Hier ist die Absicht, mobilen Luftreinigungsgeräten überhaupt noch eine Erwähnung zu ermöglichen, unverkennbar.

Peter Walger, mandatiertes Vertreter der DGKH in der Leitlinienkonferenz
Vorstand der DGKH