

Monatsschr Kinderheilkd 2022 · 170:167–168  
<https://doi.org/10.1007/s00112-022-01416-9>  
Angenommen: 22. Dezember 2021  
Online publiziert: 21. Januar 2022  
© The Author(s), under exclusive licence to  
Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von  
Springer Nature 2022

**Redaktion**

Reinhard Berner, Dresden  
Gesine Hansen, Hannover  
Reinhold Kerbl, Leoben  
Fred Zepp, Mainz



# Aktualisierung des COVID-19-Übertragungsrisikos in Schulen notwendig

Michael Wilms

Praxis für Kinder- und Jugendmedizin, MVZ-Quedlinburg, Thale, Deutschland

**Leserbrief zu**

Zepp F, Knuf M (2021) „Coronavirus disease 2019 (COVID-19)“ im Kindes- und Jugendalter. Monatsschr Kinderheilkd 169:1010–1033.  
<https://doi.org/10.1007/s00112-021-01326-2>.

Sehr geehrte Autoren, liebe KollegInnen,

vielen Dank für Ihre sehr lesenswerte Übersichtsarbeit zum Thema „Coronavirus disease 2019 (COVID-19)“ im Kindes- und Jugendalter“. Ich fand es sehr angenehm, alle wichtigen Themen kurz und übersichtlich dargestellt zu bekommen. Ich bin ambulant tätig und arbeite in einer kinder- und jugendärztlichen Praxis in einer Kleinstadt am Rand des Harzes. In vielen Bereichen decken sich meine Beobachtungen aus der Praxis mit den von Ihnen geschilderten. In einem Bereich empfinde ich allerdings das Bedürfnis, die Darstellung zu ergänzen, obwohl ich natürlich nur die von mir betreuten PatientInnen überblicken kann und keine Studien mit größeren Fallzahlen aufstellen konnte. Im Beitrag wurde erwähnt, dass die Risiken für die Übertragung innerhalb von Schulen gering seien. Das Ansteckungsrisiko wird bei Einhaltung der Hygieneregeln mit nur 1% angegeben. Die Studien hierzu stammen allerdings noch aus der Zeit vor der Ära der Delta-Variante. Hier decken sie sich durchaus mit meinen praktischen Erfahrungen. Allerdings entsprechen sie jetzt nicht mehr der Realität in dieser Welle (Brief entstammt noch der Deltawelle). Ich habe

in den letzten Wochen kontinuierlich hohe Nachweisraten unter den Schulkindern in meiner Praxis. Die meisten der Ansteckungen sind auf Kontakte in der Schule oder beim Freizeitsport zurückzuführen. Es stimmt des Weiteren, dass die Kinder anscheinend weniger ansteckend sind als die Erwachsenen, denn die größten Cluster der letzten Wochen an Grundschulen gingen auf 2 positive getestete Lehrerinnen zurück (beide geimpft, Abstand zur letzten Impfung allerdings länger als 4 Monate). Jedoch habe ich kontinuierlich auch Cluster, die nicht auf Erwachsene zurückführbar sind, zu verzeichnen, und dies in allen Altersklassen von der Grundschule bis zum Abitur. Dazu muss jedoch gesagt werden, dass bis vor Kurzem in Sachsen-Anhalt keine Maskenpflicht mehr bestand, wenn die SchülerInnen an ihrem Platz in der Klasse saßen, und diese jetzt auch nur in den Klassen besteht, in denen Kinder positiv getestet wurden. Auch wird an den meisten Schulen das Hygienekonzept v. a. vor und nach der Unterrichtszeit nicht umgesetzt. Die verschiedenen Cluster der letzten Wochen zeigen mir, dass die Übertragung unter Gleichaltrigen massiv zugenommen hat. Ausgenommen von diesem Trend blieben bisher die Kindergärten. Die hier aufgetretenen Fälle ließen sich üblicherweise auf erwachsene Infizierte zurückführen. Auch habe ich bisher keine größeren Cluster in diesen Gruppen erlebt. Ich könnte sagen, dass das Auftreten des „severe acute respiratory syndrome coronavirus 2“ (SARS CoV-2) in Kindergärten



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

in unserer Region bisher auf Einzelfälle beschränkt bleibt; an den Schulen ist COVID-19 zu einer Epidemie geworden. Theoretisch bestünde die Gefahr eines gewissen Testbias, denn die Schulkinder testeten sich zurzeit 3-mal/Woche (bis zur letzten Woche 2-mal/Woche), in den Kitas erfolgen die Tests zwar ebenfalls 2-mal/Woche, jedoch werden diese bei den Kleinkindern meist nicht optimal durchgeführt. Die Eltern testeten die Kitakinder zu Hause und sind oft, zugegebenermaßen, wenig testbegeistert. Die Schulkinder testeten sich in den Schulen meist selbst und sind mittlerweile schon recht routiniert. Entsprechend könnten symptomarme Kinder in den Schulen eher auffallen als in den Kitas. Jedoch würde ich erwarten, dass trotzdem in den Familien mehr Fälle auftreten. Die meisten Kindergartenkinder wurden von ihren älteren Geschwistern angesteckt. Ich würde also unter Bedingungen der Delta-Variante sagen: In Kitas besteht weiter ein geringes Übertragungsrisiko; in Schulen, zumindest unter den Realbedingungen – ohne Luftfilteranlagen, mit oft lediglich sporadischer Lüftung und optimierungsfähiger Maskennutzung – ist das Übertragungsrisiko deutlich höher. Die Verläufe sind aber, wie in Ihrem Beitrag sehr richtig dargestellt, meist blande.

### Korrespondenzadresse

**Michael Wilms**  
Praxis für Kinder- und Jugendmedizin, MVZ-Quedlinburg  
Museumstiege 28, 06502 Thale, Deutschland  
michael-wilms@gmx.net

**Interessenkonflikt.** M. Wilms gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

## Internationale Klassifikation orofazialer Schmerzen (ICOP)



Im Jahr 2020 wurde die erste Auflage der International Classification of Orofacial Pain (ICOP) veröffentlicht. Sie erfolgte als Kooperation von internationalen Experten für orofaziale Schmerzen, u. a. der International Headache Society (IHS) sowie der International Association for the Study of Pain (IASP). Für die wissenschaftlichen Fachgesellschaften im deutschsprachigen Raum haben die Deutsche Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG, federführend), die Österreichische Kopfschmerzgesellschaft (ÖKSG) und die Schweizer Kopfwehgesellschaft (SKG) eine offizielle Übersetzung der ICOP erstellt.

Die Klassifikation soll als Forschungs- und Diagnosekompendium dienen und stellt einen Meilenstein auf dem Weg dar, das weite und bislang noch immer unvollständig erfasste Feld der Gesichtsschmerz-Syndrome künftig unabhängig vom genauen Ort des Auftretens anhand ihres zeitlichen Musters, von Begleitsymptomen und weiterer Details genauer zu charakterisieren. Gerade in der Zusammenarbeit von Experten verschiedener Fachgesellschaften aus sehr unterschiedlichen Disziplinen der Medizin, Zahnmedizin und Lebenswissenschaften liegt die Stärke dieser Klassifikation. Es ist zu wünschen, dass diese erste Auflage die so dringend nötigen Impulse für weitere wissenschaftliche Aktivitäten auf dem Gebiet der orofazialen Schmerzen mit dem Ziel liefert, auch die klinische Versorgung von Patienten mit orofazialen Schmerzsyndromen zu verbessern. Somit ist die ICOP in ihrer ersten Auflage als „Work in progress“ anzusehen. Wir laden Sie dazu ein, die deutsche Übersetzung im klinischen und wissenschaftlichen Alltag rege zu nutzen.

Die ICOP erschien als Supplement zur Zeitschrift *Der Schmerz*. Abonnenten erhalten das Heft automatisch. Einzelhefte können zu je EUR 55,- zzgl. Versandkosten bei unserem Kundenservice bestellt werden.

### So erreichen Sie unseren Kundenservice:

Springer Customer Service Center GmbH  
Kundenservice Zeitschriften  
Tiergartenstr. 15  
69126 Heidelberg  
Tel.: +49 6221 345-4303  
Fax: +49 6221 345-4229  
E-Mail: [leserservice@springer.com](mailto:leserservice@springer.com)

### Oder greifen Sie direkt online zu:

[www.springermedizin.de/der-schmerz-2-2021/19772040](http://www.springermedizin.de/der-schmerz-2-2021/19772040)



### Suchen Sie noch mehr zum Thema?

Mit e.Med – den maßgeschneiderten Fortbildungsabos von Springer Medizin – haben Sie Zugriff auf alle Inhalte von SpringerMedizin.de. Sie können schnell und komfortabel in den für Sie relevanten Zeitschriften recherchieren und auf alle Inhalte im Volltext zugreifen.

Weitere Infos zu e.Med finden Sie auf [www.springermedizin.de](http://www.springermedizin.de) unter „Abos“.