



Impfungen gegen SARS-CoV-2 bei Minderjährigen

„Einwilligungsfähigkeit“ von Kindern und ihren gesetzlichen Vertretern

ANDREA STEINDL / CHRISTIAN SCHUBERT*

Die Vakzine von BioNTech/Pfizer und Moderna wurden nunmehr auch für die Anwendung an Kindern ab zwölf Jahren bedingt zugelassen, seither wird auch die flächendeckende Durchimpfung von Minderjährigen propagiert. Dieser Beitrag beschäftigt sich mit der Frage, ob und unter welchen Voraussetzungen Impfungen gegen SARS-CoV-2 bei Minderjährigen rechtlich möglich und mit dem Kindeswohl vereinbar sind.

I. Einwilligungserfordernis

Zunächst stellt sich die Frage, ob der Minderjährige selbst in die Verabreichung des neuartigen – derzeit nur vorläufig zugelassenen – Impfstoffs einwilligen kann. Gem § 173 Abs 1 ABGB können Minderjährige selbst in eine medizinische Behandlung einwilligen, wenn die **Entscheidungsfähigkeit** im konkreten Fall bejaht werden kann, wobei diese **bei mündigen Minderjährigen gesetzlich vermutet** wird.¹ Mangelt es an der notwendigen Entscheidungsfähigkeit, so ist die Zustimmung der Person erforderlich, die mit der gesetzlichen Vertretung bei Pflege und Erziehung betraut ist.

Gem § 173 Abs 2 ABGB ist neben der Einwilligung des Minderjährigen zusätzlich die **Zustimmung einer mit der Obsorge im Bereich der Pflege und Erziehung betrauten Person** auch dann erforderlich, wenn die medizinische Behandlung gewöhnlich mit einer **schweren oder nachhaltigen Beeinträchtigung** der körperlichen Unversehrtheit oder Persönlichkeit verbunden ist. Eine Beeinträchtigung ist dann schwer, wenn eine länger als 24 Tage dauernde Gesundheitsschädigung iSd § 84 StGB mit der Behandlung verbunden ist.² Eine nachhaltige Beeinträchtigung liegt dann vor, wenn diese nur sehr schwer oder überhaupt nicht beseitigt werden kann.³

Der gesetzliche Vertreter muss jedenfalls im Sinne des Kindeswohls (s Pkt C.) entscheiden, dabei aber auch das Selbstbestimmungsrecht des entscheidungsfähigen Kindes berücksichtigen.⁴

A. Der Begriff der medizinischen Heilbehandlung

Die Verabreichung von Impfungen ist grundsätzlich vom Begriff der medizinischen Behandlungen umfasst, weil sie einen **Eingriff in die körperliche Integrität** darstellen.⁵

Die bisherigen herkömmlichen, jahrzehntelang erprobten und voll zugelassenen Impfstoffe gegen Masern, Mumps, Kinderlähmung usw unterscheiden sich jedoch erheblich von den Injektionen gegen SARS-CoV-2. Dieser Umstand

muss bei der Beurteilung der medizinischen Behandlung entsprechend berücksichtigt werden.

Die **neuartige mRNA-Injektion** wird von manchen Wissenschaftlern als gentechnikbasierte Substanz bezeichnet und es wurde diese zuvor noch nie präventiv am Menschen eingesetzt. Fraglich ist daher, ob überhaupt von einer Impfung gesprochen werden kann, zumal die neuartigen Substanzen auch zu keiner sterilen Immunität führen. Die Zulassung konnte iSd VO (EG) 507/2006 nur bedingt erteilt werden, weil die verkürzten Studien zur Wirksamkeit und Sicherheit noch nicht abgeschlossen wurden. Die Ergebnisse der Studien müssen erst im Jahr 2022 (*Moderna*) bzw 2023 (*BioNTech/Pfizer*) vorgelegt werden, also zu einem Zeitpunkt, in dem schon ein Großteil der Minderjährigen geimpft sein wird.⁶

Zudem liegen noch **keine Daten zu allfälligen Langzeitfolgen** vor und die Auswirkungen dieser sogenannten Impfstoffe auf die Fertilität sind mangels entsprechender Studienergebnisse noch nicht gesichert.⁷ Die Europäische Arzneimittelbehörde (EMA) selbst spricht von einer „Real World Safety Study“⁸

Inwiefern medizinische Experimente noch als (Heil-)Behandlung oder als sittenwidrige Körperverletzung zu bewerten sind, ist nach der Lit stets vom Einzelfall abhängig.⁹

B. Exkurs zu § 42 AMG

Im Rahmen der **bedingten Zulassung** werden die Daten zur Sicherheit und Wirksamkeit im sogenannten Post-Marketing erhoben. Das bedeutet, dass jedes minderjährige Kind, das in den nächsten Monaten einer Impfung unterzogen wird, faktisch als **Studienteilnehmer ohne ärztliche Überwachung** fungiert. Diskutiert werden muss daher in diesem Zusammenhang die (analoge) Anwendung des § 42 AMG. Zweck dieser Bestimmung ist der Schutz von Minderjährigen im Rahmen von klinischen Studien, weil diese aufgrund ihrer physiologischen Situation häufig nicht in der Lage sind, wirksam einzuwilligen.¹⁰

Eine **klinische Prüfung** eines Arzneimittels an Minderjährigen ist gem § 42 Abs 1 AMG **nur unter strengen Voraussetzungen** zulässig. Das Arzneimittel muss zum einen zur Heilung, Linderung oder Verhütung von Krankheiten

* Mag^a. Andrea Steindl ist Rechtsanwältin in Grieskirchen. Univ.-Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. M. Sc. Christian Schubert ist Arzt, Psychologe und Psychotherapeut an der Medizinischen Universität Innsbruck, Department für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie.

¹ Vgl dazu ausführlich Stormann in Schwimann/Kodek, ABGB⁵, § 173 Rz 13 ff; Fischer-Czermak in Kletečka/Schauer, ABGB-ON¹⁰⁴, § 173 Rz 3 (Stand 1. 10. 2018, rdb.at); Beck, Kindschaftsrecht² (2013) Rz 399.

² Vgl Weitzenböck in Schwimann/Neumayr, ABGB⁵, § 173 Rz 12; Fischer-Czermak in Kletečka/Schauer, ABGB-ON¹⁰⁴, § 173 Rz 5.

³ Vgl Fischer-Czermak in Kletečka/Schauer, ABGB-ON¹⁰⁴, § 173 Rz 5; Weitzenböck in Schwimann/Neumayr, ABGB⁵, § 173 Rz 12; Beck, Kindschaftsrecht², Rz 400.

⁴ Vgl Hopf/Höllwerth in KBB, ABGB⁵, § 173 Rz 6.

⁵ Vgl Stormann in Schwimann/Kodek, ABGB⁵, § 173 Rz 3; Weitzenböck in Schwimann/Neumayr, ABGB⁵, § 173 Rz 2; Beck, Kindschaftsrecht², Rz 392.

⁶ Vgl https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/comirnaty-epar-product-information_en.pdf (Zugriff am 20. 10. 2021).

⁷ Vgl https://www.ema.europa.eu/en/documents/variation-report/comirnaty-h-c-5735-ii-0030-epar-assessment-report-variation_en.pdf (Zugriff am 20. 10. 2021).

⁸ Vgl <https://www.ema.europa.eu/en/news/advancing-international-collaboration-covid-19-real-world-evidence-observational-studies> (Zugriff am 20. 10. 2021).

⁹ Vgl Stormann in Schwimann/Kodek, ABGB⁵, § 173 Rz 3.

¹⁰ Vgl Haas/Plank/Unterkofler, AMG³ (2015) 382; ErlRV 384 BlgNR 22. GP 16.



bei Minderjährigen bestimmt und die Prüfung an Kindern unbedingt erforderlich sein. Zum anderen muss der mit der klinischen Prüfung verbundene Nutzen für den Prüfungsteilnehmer das Risiko überwiegen. Der Minderjährige muss in der Lage sein, das Wesen, die Bedeutung, die Tragweite und die Risiken der klinischen Prüfung einzusehen und den Willen danach zu bestimmen. Von dieser Fähigkeit muss sich ein geeigneter – im Umgang mit Minderjährigen erfahrener – Prüfer überzeugen und beurteilen, ob eine entsprechende Aufklärung erfolgt ist. Neben der **Einwilligung des Minderjährigen** muss auch die **Zustimmung des gesetzlichen Vertreters** nach entsprechender Aufklärung erteilt werden und es dürfen keinerlei Anreize oder finanzielle Begünstigungen für die Teilnahme geschaffen werden.

Die klinische Prüfung muss vom **Prüfplan der Ethikkommission** befürwortet werden, mit möglichst wenigen Beschwerden verbunden und die Risiken vorhersehbar sein. Im Zweifel müssen die Interessen des Minderjährigen über den öffentlichen Interessen stehen. Eine Arzneimittelprüfung ist an Minderjährigen iSd § 42 Abs 2 AMG unter erleichterten Bedingungen nämlich für den Fall, dass die klinische Prüfung keinen potenziellen direkten Nutzen für den Minderjährigen darstellt, nur dann zulässig, wenn diese eine wesentliche Erweiterung des wissenschaftlichen Verständnisses einer Krankheit zum Ziel hat. Zumal eine **Impfung** eine **präventive Maßnahme** darstellt, sohin kein entscheidender Erkenntnisgewinn iZm einer Krankheit erwartet wird, ist der Anwendungsbereich des § 42 Abs 2 AMG nicht eröffnet.

Ob die **Anwendung der nunmehrigen Substanz** der Hersteller *BioNTech/Pfizer* und *Moderna* im Rahmen der bloß bedingten Zulassung und der noch nicht abgeschlossenen Studien unter den Begriff der medizinischen Behandlung iSd § 173 ABGB subsumiert werden kann, ist aufgrund der vorliegenden Fakten **fraglich**. Selbst wenn man trotz dieser Umstände von einer medizinischen Behandlung im Sinne des Gesetzes ausgehen sollte, stellt sich aber die Frage der Einwilligungsfähigkeit.

C. Einwilligungsfähigkeit des Kindes

Die Einwilligungsfähigkeit des Kindes setzt jedenfalls Entscheidungsfähigkeit voraus. Als entscheidungsfähig gilt gem § 24 Abs 2 ABGB eine Person, welche die Bedeutung und die Folgen ihres Handelns im jeweiligen Zusammenhang verstehen, ihren Willen danach bestimmen und sich entsprechend verhalten kann. Der **Begriff der Entscheidungsfähigkeit** ist daher **dreigliedrig** und besteht aus einem kognitiven Element, nämlich der Fähigkeit, Anlass, Grund und die wesentlichen Auswirkungen der Behandlung zu erfassen, wobei es nicht nur auf professionelle medizinische Kenntnisse ankommt, sondern auf solche, die von einem informierten Laien erwartet werden können. Daher wird die Entscheidungsfähigkeit umso weniger gegeben sein, je komplexer und damit schwieriger überschaubar die Problemlage ist, etwa unter Berücksichtigung von Alternativen. Zusätzlich erforderlich ist ein weiteres, nämlich ein **voluntatives Element**. Es ist daher darauf abzustellen, ob das vom Minderjährigen zur Beurteilung herangezogene Wertesystem in sich schlüssig ist und nicht durch einen geistigen Defekt ver-

zerrt wurde. Des Weiteren muss die Fähigkeit vorhanden sein, sich „entsprechend“ zu verhalten.¹¹

Der Minderjährige muss daher in der Lage sein, die Folgen einer medizinischen Behandlung anlassbezogen richtig einzuschätzen, den Willen nach dieser gewonnenen Einsicht zu bestimmen und sich seiner Einsicht und Willensbestimmung „entsprechend zu verhalten“. Ist die **Entscheidungsfähigkeit des Minderjährigen selbst nicht gegeben**, so kann nur die Person zustimmen, die mit den Angelegenheiten der Pflege und Erziehung betraut ist. Dabei kommt jedem **mit der Obsorge betraute Elternteil ein Alleinvertretungsrecht** zu, somit kann ein Obsorgeberechtigter ohne Mitwirkung des anderen auch in eine medizinische Behandlung einwilligen. Selbst wenn zwischen den beiden Elternteilen kein Einvernehmen besteht, ist eine Erklärung grundsätzlich wirksam. Werden aber gleichzeitig widerstreitende Erklärungen gegenüber einem Dritten abgegeben, kommt keine Einwilligung zustande.¹²

Kann zwischen den Eltern kein Einvernehmen hergestellt werden, so kann das Pflęschaftsgericht auf Antrag gem § 181 Abs 2 ABGB die Obsorge (auch teilweise) oder Einwilligungs- und Zustimmungsrechte entziehen. Gefährdet eine allfällige Uneinigkeit der Obsorgeberechtigten das Wohl des Kindes, so müsste das Vertretungsrecht gem § 181 Abs 1 ABGB teilweise oder gänzlich entzogen werden. Im Einzelfall kann das Gericht auch eine gesetzlich erforderliche Einwilligung oder Zustimmung ersetzen, wenn keine gerechtfertigten Gründe für die Weigerung vorliegen.¹³

D. Kindeswohl

Die Frage, ob die Zustimmung erteilt werden kann, hat sich ausschließlich am Kindeswohl zu orientieren.¹⁴ Die Kriterien zur Beurteilung des Kindeswohls sind in § 138 ABGB normiert und stellen die zentralen Prinzipien des Kindschaftsrechts dar.¹⁵

Beim Begriff des Kindeswohls handelt sich um einen Rechtsbegriff, daher müssen die genannten Kriterien bei sämtlichen Angelegenheiten, die das Kind betreffen, sohin auch in medizinischen Belangen, berücksichtigt werden.¹⁶ Zu nennen ist in diesem Zusammenhang der Schutz der körperlichen und seelischen Integrität und die Vermeidung der Gefahr für das Kind zu Schaden zu kommen.

Der **besondere Schutz von Kindern** ist nicht nur im nationalen Recht, sondern in der Verfassung (BVG Kinderrechte), in der UN-Kinderrechtskonvention und in der EU-Grundrechtecharta verankert. Allesamt sehen vor, dass bei sämtlichen Maßnahmen, die Kinder betreffen, das Wohl des Kindes vorrangig berücksichtigt werden muss. Dieser Vorrang ist nicht nur von öffentlichen oder privaten Einrichtungen der sozialen Fürsorge, Gerichten und Verwaltungsbehörden zu beachten, sondern auch von Gesetzgebungsorganen.

¹¹ Vgl Stormann in *Schwimmann/Kodek*, ABGB⁵, § 173 Rz 13; Weitzenböck in *Schwimmann/Kodek*, ABGB⁵, § 24 Rz 6 ff.

¹² Vgl Hopf/Höllwerth in *KBB*, ABGB⁶, § 167 Rz 1; Nademleinsky in *Schwimmann/Kodek*, ABGB⁵, § 167 Rz 2.

¹³ Vgl Nademleinsky in *Schwimmann/Kodek*, ABGB⁵, § 167 Rz 2.

¹⁴ Vgl Hopf/Höllwerth in *KBB*, ABGB⁶, § 173 Rz 6.

¹⁵ Vgl Hopf/Höllwerth in *KBB*, ABGB⁶, § 138 Rz 1; ausf dazu auch Beck, *Kindschaftsrecht*², Rz 295 ff.

¹⁶ Vgl dazu ausf Gitschthaler in *Schwimmann/Kodek*, ABGB⁵, § 138 Rz 4.



In der Diskussion wird oftmals auch auf den Nutzen der Impfung von Kindern für die Öffentlichkeit hingewiesen. Hier gilt es festzuhalten, dass mittlerweile auch molekularbiologisch bestätigt wurde, dass Kinder SARS-CoV-2 sehr früh in den Atemwegen immunologisch abwehren, was verringerte SARS-CoV-2-Infektionsraten und Erkrankungsrisiken der Kinder zur Folge hat.¹⁷ Aus den Zulassungsunterlagen ergibt sich weiters, dass sämtliche derzeit bedingt zugelassenen Impfstoffe eine Virustransmission nicht verhindern können und im besten Fall zu einer klinischen Immunität führen, eine Impfung schützt daher nicht vor Ansteckung und die Zulassung basiert auf der Annahme, dass die Substanzen nur demjenigen nützen, der sich impfen lässt. Aus diesem Grund wurden die Stoffe auch ausschließlich für die Prävention der Krankheit COVID-19 zugelassen.¹⁸ Das **Argument eines öffentlichen Interesses** ist daher schon aus medizinischen Gründen **fraglich**. Die Kriterien zur Beurteilung des Kindeswohls sehen zudem ausschließlich die Interessen des Kindes vor, die Berücksichtigung allfälliger anderer Interessen findet im Begriff des Kindeswohls keinerlei Deckung. Zudem ist in rechtlicher Hinsicht der verfassungsrechtlich verankerte Vorrang des Kindeswohls zu beachten.

E. Zustimmung des gesetzlichen Vertreters erforderlich

Zum Ergebnis, dass die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters auch bei mündigen Minderjährigen erforderlich ist, gelangt man auch, wenn man iZm den Injektionen gegen SARS-CoV-2 die Voraussetzungen des § 173 Abs 2 ABGB bejaht. Bei Beantwortung der Frage, ob eine medizinische Behandlung gewöhnlich mit einer schweren oder nachhaltigen Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit oder Persönlichkeit verbunden ist, wird auf die statistische Wahrscheinlichkeit abgestellt. Völlig atypische Folgen sind nicht von Relevanz und es bedarf der **Beurteilung der Risikoeignung und Belastungsintensität**.¹⁹

Aufgrund des Umstands, dass die Studien zur Sicherheit des Impfstoffs gegen SARS-CoV-2 auch bei für 12- bis 15-Jährigen noch nicht abgeschlossen und deutlich verkürzt wurden, sind **weder die typischen Folgen bzw Nebenwirkungen noch allfällige mittelfristige Schäden und Langzeitschäden bekannt**. Die bisher einzige Zulassungsstudie für BNT162b2 von BioNTech/Pfizer basiert auf lediglich 1.131 Probanden, denen der Impfstoff verabreicht wurde, und 1.129 Probanden, die Placebo erhielten. Diese Studie hatte nur eine kurze Beobachtungszeit von bis zu drei Monaten. Für diesen Zeitraum konnte gezeigt werden, dass BNT162b2 neben einer hohen Effektivität gegen COVID-19 oftmals auch lokale und systemische Impfreaktionen hervorruft. Fast alle Geimpften Kinder (91 %) erlebten lokale Schmerzen an der Einstichstelle. Weiters traten bei 20 % bis 78 % der Geimpften milde bis moderate systemische Impfreaktionen (Abgeschlagenheit, Kopfschmerz, Schüttelfrost, Myalgien, Fieber, Gelenkschmerzen) sowie bis zu einer Häu-

figkeit von 2,4 % schwere lokale und systemische Reaktionen auf. Es muss betont werden, dass in dieser Zulassungsstudie aufgrund der kurzen Nachbeobachtungszeit und der zu geringen Zahl an Probanden unerwünschte Ereignisse mit einer Auftretenswahrscheinlichkeit von 1 pro 100 verabreichten Impfmitteldosen und verzögert nachgewiesene unerwünschte Ereignisse kaum erfasst werden können.²⁰

Besondere Bedeutung kommt in diesem Zusammenhang der **Mangel an Langzeitstudien** zur Wirksamkeit von BNT162b2 bei Kindern zu, da sich viele Systeme im Körper, wie Gehirn, Immunsystem und Geschlechtsorgane, noch in der Entwicklung befinden.²¹ Die **WHO hat keine allgemeine Empfehlung zur Impfung von Kindern** gegen SARS-CoV-2 abgegeben, zumal nach Ansicht dieser bei der Anwendung der sogenannten Impfstoffe an Kindern mehr Evidenz erforderlich ist. Empfohlen wird die Verabreichung der Substanzen nur bei Kindern mit hohem Risiko.²² Auch warnen immer mehr Ärzte in Österreich vor den enormen Risiken iZm der Impfung von Minderjährigen. Schweden hat die Verabreichung der neuartigen Substanzen gegen SARS-CoV-2 an Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren sogar verboten.²³ Derzeit (Stand 19. 10. 2021) finden sich in der Datenbank der EMA 5.553 gemeldete Verdachtsfälle iZm den sogenannten Impfungen bei Kindern; dabei werden 3.752 als schwer gelistet, 180 als lebensbedrohlich und finden sich in der Altersklasse der 0- bis 17-Jährigen bereits 33 Todesfälle.²⁴ Es existieren Hinweise dahingehend, dass BNT162b2 von BioNTech/Pfizer mit der angeborenen Immunität in einer Weise interferiert, dass daraus das Risiko eines kompromittierten Immunschutzes geimpfter Kinder erwachsen kann.²⁵

II. Conclusio und Schlussbemerkungen

Nach Ansicht der Autoren ist bei der Verabreichung der Substanzen gegen SARS-CoV-2 an Minderjährige der **Anwendungsbereich des § 42 AMG eröffnet**, zumal die Studien zur Wirksamkeit und Sicherheit noch nicht abgeschlossen sind und somit eine klinische Prüfung vorliegt. Bei einer (analogen) Anwendung des § 42 AMG müsste man wohl mangels Vorliegens der im Gesetz genannten Voraussetzungen zum Ergebnis gelangen, dass die klinische Prüfung der Substanzen gegen SARS-CoV-2 an Minderjährigen nicht zulässig ist. Vor diesem Hintergrund ist **fraglich, ob Eltern überhaupt eine Einwilligungsfähigkeit besitzen**. Selbst wenn man von einer herkömmlichen, notwendigen medizinischen Behandlung iSd § 173 ABGB ausgehen sollte, ist die **Entscheidungsfähigkeit von Minderjährigen** anhand der dargestellten Grundsätze in Bezug auf die Impfung gegen

¹⁷ Vgl. Loske et al, Pre-activated anti-viral innate immunity in the upper airways controls early SARS-CoV-2 infection in children, Nature Biotechnology 2021.

¹⁸ Vgl. https://www.ema.europa.eu/en/documents/variation-report/comirnaty-h-c-5735-ii-0030-epar-assessment-report-variation_en.pdf (Zugriff am 20. 10. 2021).

¹⁹ Vgl. Stormann in Schwimann/Kodek, ABGB⁷⁵, § 173 Rz 18; Beck, Kindschaftsrecht², Rz 401 mwN.

²⁰ Vgl. Frenck et al, Safety, Immunogenicity, and Efficacy of the BNT162b2 Covid-19 Vaccine in Adolescents, The New England Journal of Medicine 2021, 239.

²¹ Vgl. Kane/Ismail, Puberty as a vulnerable period to the effects of immune challenges: Focus on sex differences, Behavioural Brain Research 2017, 374.

²² Vgl. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/covid-19-vaccines/advice> (Zugriff am 20. 10. 2021).

²³ Vgl. <https://www.krisinformation.se/en/hazards-and-risks/disasters-and-incidents/2020/official-information-on-the-new-coronavirus/children-and-parents> (Zugriff am 20. 10. 2021).

²⁴ Vgl. <https://www.adrreports.eu/> (Zugriff am 20. 10. 2021).

²⁵ Vgl. <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.05.03.21256520v1> (Zugriff am 20. 10. 2021).



SARS-CoV-2 aufgrund der Faktenlage uE nach eindeutig zu verneinen.

Zur Frage, ob die Verabreichung des vorläufig zugelassenen Vakzins an gesunde Minderjährige überhaupt medizinisch und ethisch vertretbar ist, sind sich sogar Experten uneinig. Auch vor diesem Hintergrund kann man unmöglich davon ausgehen, dass Jugendliche die Bedeutung und Folgen dieser Entscheidung verstehen können. Darüber hinaus ist zum Schutz der Minderjährigen und im Sinne des Kindeswohls aufgrund der unvollständigen und nicht aussagekräftigen Datenlage äußerste Vorsicht geboten und zwingend von der Anwendung des § 173 Abs 2 ABGB auszugehen, so dass im Ergebnis ebenfalls die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters erforderlich ist.

Bereits wenige Monate nach bedingter Zulassung der Vakzine werden immer mehr negative Auswirkungen bekannt und ist schon in einer Veränderung des Immunsystems eine nachhaltige Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit zu sehen. Insb unter Berücksichtigung der Intention der Bestimmung – nämlich dem Schutz des Minderjährigen – ist vom Erfordernis der Zustimmung eines Elternteils auszugehen. Der gesetzliche Vertreter darf Entscheidungen wiederum ausschließlich zum Wohl des Kindes treffen. Stellt man die Risiken eines noch nicht ausreichend geprüften, neuartigen Impfstoffs dem Nutzen für ein gesundes Kind gegenüber und berücksichtigt man dabei, dass Kinder kaum ein Risiko haben, schwerwiegend an COVID-19 zu erkranken, so wird man uE eine Injektion gegen SARS-CoV-2 im Sinne des Kindeswohls nur in Einzelfällen, zB bei entsprechenden Vorerkrankungen, bejahen können. Das Immunsystem eines gesunden Kindes ist in der Lage, derartige Viruserkrankungen natürlicherweise abzuwehren, daher fehlt es in den meisten Fällen schon an der Notwendigkeit einer Impfung gegen SARS-CoV-2.²⁶

Diese Notwendigkeit kann auch nicht mit Long-COVID-Symptomen (va Erschöpfung, Kopfschmerzen, Anosmie) begründet werden, die bei Kindern sehr selten auftreten und üblicherweise komplikationslos abklingen, wie eine kürzlich

veröffentlichte britische Studie zeigt: Long-COVID-Symptome traten hier bei 1,8 % der untersuchten 5- bis 17-Jährigen bis 56 Tage nach COVID auf.²⁷ Diese und weitere aktuelle Studien zeigen auch, dass Long-COVID-Symptome sowohl bei seropositiven als auch seronegativen Kindern vorkommen können, was zumindest bei Teilen der Kinder auf eine psychische, somatoforme Genese von Long-COVID bzw Long-Pandemic Syndrome schließen lässt.²⁸ Ähnliches dürfte für das noch seltener auftretende und ebenfalls ätiologisch unklare PIMS (Pediatric Inflammatory Multisystem Syndrome) gelten.²⁹

Sollte ein minderjähriges Kind infolge Verweigerung der Zustimmung durch den gesetzlichen Vertreter das Pflsgerichts anrufen, so könnte uE die Zustimmung im Rahmen der Prüfung des Kindeswohls aufgrund der derzeit vorliegenden Datenlage nicht ohne Einholung eines Gutachtens ersetzt werden. Vor dem Hintergrund des Umstands, dass eine nur bedingte Zulassung vorliegt, die Studien zur Sicherheit noch nicht abgeschlossen sind und sich bereits wenige Wochen nach Erteilung der bedingten Zulassung schwere Nebenwirkungen gezeigt haben, wird wohl eine eindeutige Feststellung zu treffen sein, inwieweit eine Verabreichung dieser Stoffe im konkreten Fall medizinisch erforderlich ist und dem Kindeswohl entspricht. Die Frage nach dem Kindeswohl stellt sich auch dann, wenn sich Eltern zur Frage der Impfung uneinig sind und ein Obsorgeberechtigter beantragt, diese Angelegenheit alleine entscheiden zu dürfen. Aufgrund der derzeitigen wissenschaftlichen Erkenntnisse zu COVID-19 und der unzureichenden und unvollständigen Studienergebnisse zu den Substanzen gegen SARS-CoV-2, ist eine Impfung von gesunden Minderjährigen uE nicht mit dem Kindeswohl vereinbar.

²⁶ Vgl Eberhardt/Stegrist, Is there a role for childhood vaccination against COVID-19? Pediatric Allergy and Immunology 2021, 9.

²⁷ Vgl Molteni et al, Illness duration and symptom profile in symptomatic UK school-aged children tested for SARS-CoV-2, Lancet Child & Adolescent Health 2021, 2352.

²⁸ Vgl <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2021.05.11.21257037v1> (Zugriff am 20. 10. 2021).

²⁹ Vgl Opoka-Winiarska/Grywalska/Roliński, PIMS-TS, the New Paediatric Systemic Inflammatory Disease Related to Previous Exposure to SARS-CoV-2 Infection- "Rheumatic Fever" of the 21st Century? International Journal of Molecular Sciences 2021, 4488.

Neue Regelbedarfssätze

Der Senat 43 des LGZ Wien hat im Sommer 2021 seine Berechnungen zum neuen Regelbedarf bekannt gegeben. Die neuen Regelbedarfssätze sind gültig von 1. 7. 2021 bis 30. 6. 2022; in dem Monat, in dem das Kind die neue (höhere) Altersstufe erreicht, ist bereits der für diese geltende Regelbedarfssatz heranzuziehen.

Altersstufe	Regelbedarf 2020/2021	Regelbedarf 2021/2022
bis 3 Jahre	213 €	219 €
3 bis 6 Jahre	274 €	282 €
6 bis 10 Jahre	352 €	362 €
10 bis 15 Jahre	402 €	414 €
15 bis 19 Jahre	474 €	488 €
19 bis 25 Jahre	594 €	611 €

Peter Barth