



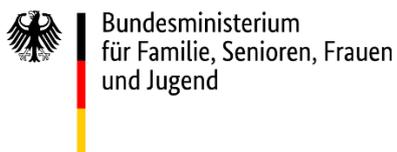
Quartalsberichtbericht der Corona-KiTa-Studie

1. Quartalsbericht (III/2020)

August 2020



Die Studie wird mit dem Beschluss der Jugend- und Familienministerkonferenz vom 28. April 2020 vom Bund und den Ländern unterstützt sowie vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend und vom Bundesministerium für Gesundheit finanziell gefördert.



Inhaltsverzeichnis

Highlights	3
Teil I – Studienbeschreibung und aktueller Stand	4
1. Die Corona-KiTa-Studie	4
1.1. CoKiss – Herausforderungen und Lösungen vor Ort	5
1.2. KiTa-Register – Entwicklung der Betreuungskapazitäten	6
1.3. CATS – Corona KiTa Surveillance	9
1.4. COALA – Infektionsnetzwerke nachverfolgen	10
Teil II – Schwerpunktthemen	11
2. Erfahrungen der Kitas während der Notbetreuung im Frühjahr 2020	11
2.1. Kontext und Fragestellungen der Studie	11
2.2. Methodische Anlage der Studie	12
2.3. Stichprobe und Durchführung	12
2.4. Ergebnisse der Leitungsinterviews	13
2.5. Ausblick	21
3. Studienlage zur Empfänglichkeit von Kindern und Jugendlichen	22
3.1. Haushaltskontaktstudien	22
3.2. Ausbruchsuntersuchungen	23
3.3. Einbezogene Literatur	25
Teil III – Monatsbericht August 2020	27
4. Öffnungsgeschehen der Kindertagesbetreuung	27
4.1. Inanspruchnahme der Kindertageseinrichtungen im Laufe des Öffnungsgeschehens	27
4.2. Das Öffnungsgeschehen der Kindertagespflege	27
5. Ergebnisse aus den Surveillancesystemen des RKI	33
5.1. Zusammenfassung	33
5.2. Begriffsklärung und Bevölkerungszahlen	33
5.3. Angaben zur Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen aus GrippeWeb	34
5.4. Meldungen des Sentinels zur elektronischen Erfassung von Diagnosecodes akuter respiratorischer Erkrankungen (SEED ^{ARE})	35
5.5. Übermittelte Fälle von COVID-19 gemäß Infektionsschutzgesetz (Meldedaten)	37
5.6. Ergebnisse der laborbasierten SARS-CoV-2 Surveillance	42

Highlights

Erfahrungen der Kitas während der Notbetreuung im Frühjahr 2020

- Mit dem Übergang in die Notbetreuung waren die betroffenen Kita-Leitungen mit einer Fülle neuer organisatorischer Anforderungen konfrontiert, die sie in einer Situation der Unsicherheit bewältigen mussten.
- Die Phase der Notbetreuung führte insbesondere bei den Einrichtungsleitungen zu einer hohen zusätzlichen Belastung, wurde insgesamt aber durchaus bewältigt. Die damals in Aussicht gestellte Rückkehr zum Regelbetrieb unter den geltenden Schutz- und Hygienerichtlinien bereitete nahezu allen Einrichtungen Sorgen, da diese Vorgaben dann nicht mehr umsetzbar seien.
- Die Motivation und das Engagement der Beschäftigten waren nach Auskunft der befragten Leitungskräfte während der Phase der Notbetreuung hoch. Zahlreiche pädagogisch Tätige schätzten die in der Notbetreuung günstigere Betreuungsrelation.

Studienlage zur Empfänglichkeit von Kindern und Jugendlichen

- Haushaltskontaktstudien zeigen, dass es Unterschiede zwischen den sekundären Erkrankungsraten (SER) in verschiedenen Ländern gibt. Dennoch stimmen die Studien darin überein, dass Kinder und Jugendliche (mit Ausnahme von Kindern im ersten Lebensjahr) generell niedrigere SER als Erwachsene haben.
- Kinder im Kindergartenalter (etwa 2-5 Jahre) hatten eine geringere oder nur leicht geringere SER als Kinder im Schulalter (6-19 Jahre).
- Ausbruchuntersuchungen zeigen, dass Kinder grundsätzlich empfänglich für SARS-CoV-2 sind und dass es auch – bei entsprechender Exposition – zu hohen Erkrankungsraten kommen kann. Die Übertragungssituation spielt daher eine wichtige Rolle für die Ausbreitung von SARS-CoV-2 Infektionen bei Kindern und Jugendlichen.

Öffnungsgeschehen der Kindertagesbetreuung

- Bereits Ende Juli waren die meisten Länder in den Regelbetrieb (unter Pandemiebedingungen) in den Kindertageseinrichtungen übergegangen oder haben dies für die folgenden Wochen angekündigt. Mit Stand Anfang September befinden sich alle Länder im Regelbetrieb.
- Die Kindertagespflege ist in den meisten Ländern bereits seit Ende Mai wieder im Regelbetrieb (unter Pandemiebedingungen).

Ergebnisse aus den Surveillancesystemen des RKI

- Nachdem sich die Inzidenz der akuten Atemwegserkrankungen seit KW 10 (Anfang März) unter dem Niveau des Vorjahres befand, hat sie sich in den letzten Wochen wieder den Werten des Vorjahres angeglichen. Es wird geschätzt, dass in KW 33 (10.08. - 16.08.2020) rund 65.000 Kinder im Alter von 0 bis 5 Jahren einen Arzt wegen akuter Atemwegserkrankungen aufgesucht haben.
- In KW 33 erreichten alle Kinder und Jugendlichen (0 bis 5 Jahre, 6 bis 10 Jahre und 11 bis 14 Jahre) einen zweiten Höhepunkt an neu übermittelten laborbestätigten Fällen von COVID-19.
- Der Anteil der positiven SARS-CoV-2-Testungsergebnisse hat sich trotz einem zweiten Höhepunkt an neu übermittelten Fällen in KW 33 in der Altersgruppe der 0- bis 5-Jährigen seit KW 26 aufgrund vermehrter Testungen bei unter 2% stabilisiert.

Teil I – Studienbeschreibung und aktueller Stand

Die Corona-KiTa-Studie ist ein Kooperationsprojekt zwischen dem Deutschen Jugendinstitut (DJI) und dem Robert Koch-Institut (RKI) und wird vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie vom Bundesministerium für Gesundheit gefördert. Gemeinsam untersuchen die beiden Institute mit dem Forschungsprojekt die Rolle von Kindern in der Kindertagesbetreuung während der Corona-Pandemie. Die Studie nahm ihre Arbeit im Mai 2020 auf. Das Projekt publiziert monatliche Kurzberichte zu den Themen: Familien, Kinderbetreuung und Infektionsgeschehen. In den vierteljährlich erscheinenden Quartalsberichten beschreibt dieser erste Teil die Studie in ihren Teilkomponenten näher und schildert den aktuellen Stand der Arbeiten. Darüber hinaus enthält der Quartalsbericht einen Teil II, in dem ausgewählte Schwerpunktthemen vertieft betrachtet werden, sowie im Teil III die Fortschreibung der Monatsberichte.

1. Die Corona-KiTa-Studie

Für viele Familien war und ist die Kindertagesbetreuung die einzige Möglichkeit, Beruf und Familie zu vereinbaren. Zugleich nimmt die KiTa (Kindertageseinrichtungen/Tagespflege) eine zentrale Stellung in der (Bildungs-)Biografie von Kindern ein; der Besuch einer Kindertagesbetreuung gehört für Kinder vor der Einschulung mittlerweile zur Normalität. Dem damit einhergehenden Interesse nach öffentlich unterstützter Bildung, Erziehung und Betreuung während der Jahre vor dem Schulbesuch steht in Zeiten einer weltweiten Pandemie das berechtigte öffentliche Interesse nach einer Eindämmung der weiteren Ausbreitung des Infektionsgeschehens gegenüber. Schließlich müssen auch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Kindertagesbetreuungsangeboten sowie Tagespflegepersonen vor möglichen Ansteckungen geschützt werden. Die Studie soll bei der schwierigen Aufgabe der Ausbalancierung dieser teilweise gegensätzlichen Interessen helfen, indem sie aktuelle und generalisierbare Informationen liefert, die den Beratungen und Entscheidungen auf politischer und administrative Ebene zugrunde gelegt werden können. Im Zentrum der Untersuchung stehen dafür fünf Forschungsfragen:

1. Unter welchen Bedingungen wird die Kindertagesbetreuung während der Corona-Pandemie angeboten?
2. Welche Herausforderungen sind für die Kindertagespflege und die Kindertageseinrichtungen, das Personal und die Familien von besonderer Bedeutung?
3. Unter welchen Bedingungen gelingt eine schrittweise, kontrollierte Öffnung von Angeboten?
4. Wie hoch sind die damit einhergehenden Erkrankungsrisiken für alle Beteiligten?
5. Welche Rolle spielt die Gestaltung der schrittweisen Öffnung für die weitere Verbreitung von SARS-CoV-2, und welche Rolle kommt dabei Kindern zu?

Im Rahmen der Kooperation werden zur Klärung dieser Fragen vier Teilvorhaben, hier „Module“ genannt, durchgeführt, die sowohl einzeln als auch gemeinsam zur Beantwortung der Forschungsfragen beitragen (vgl. Abbildung 1). Basis für die Studie bietet eine Reihe unterschiedlicher Datenerhebungen, Dokumentationsformen und Auswertungen. In den folgenden Abschnitten werden die verschiedenen Komponenten der Studie und ihr jeweiliger aktueller Stand im Detail dargestellt. Als zentrale Plattform dient die Studienhomepage unter: <https://corona-kita-studie.de>.

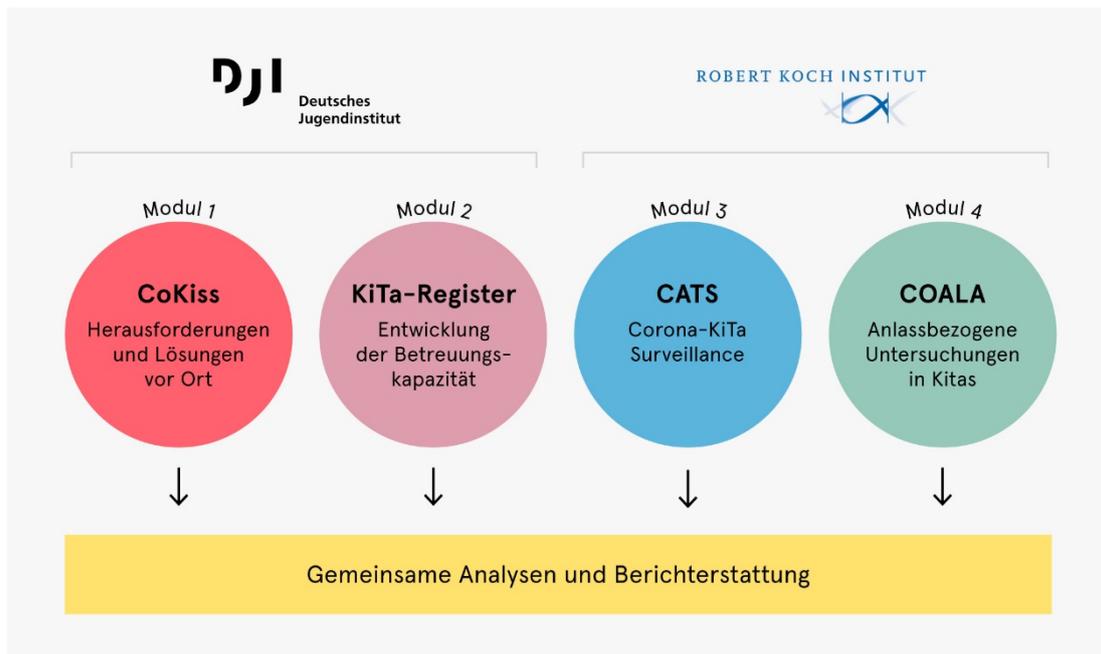


Abbildung 1: Schematische Darstellung der Module in der Corona-KiTa-Studie

1.1. CoKiss – Herausforderungen und Lösungen vor Ort

Modul I geht der Frage nach, wie die Kindertagesbetreuung und die Familien den Betreuungsalltag im Rahmen der Corona-Pandemie gestalten und bewältigen. Im Zentrum stehen dabei die organisatorischen, pädagogischen und hygienischen Herausforderungen, vor denen die Beteiligten stehen und die Lösungen, die sie entwickelt haben.

Diesen Herausforderungen und Lösungen wird im Modul I empirisch durch die Erhebung und Auswertung von Daten aus drei unterschiedlichen Befragungssträngen nachgegangen: einer umfassenden Befragung von Einrichtungsleitungen, einer repräsentativen Elternbefragung sowie einer Vertiefungsbefragung für Einrichtungsleitungen, Fachkräfte in Kindertageseinrichtungen, Tagespflegepersonen und Eltern.

1.1.1. Befragung von Einrichtungsleitungen

Der Fragebogen für die Einrichtungsleitungen beleuchtet die derzeitige Situation der Einrichtungen und bittet dazu die Teilnehmenden einer bestehenden Zufallsstichprobe (ca. 3.700 Einrichtungen) der DJI-Studie „Entwicklung von Rahmenbedingungen in der Kindertagesbetreuung (ERiK)“ um die Beantwortung je eines Fragebogens zu zwei Zeitpunkten im Abstand von ca. drei Monaten. Ziel ist dabei, Antworten von ca. 3000 Einrichtungen zu erhalten. Die Einrichtungsleitungen werden in der Umfrage nach Strukturmerkmalen wie ihren Betreuungskapazitäten gefragt, aber auch nach organisatorischen Maßnahmen (z.B. Eingewöhnung, Elternkooperation, Fortbildungen), Hygienemaßnahmen (z.B. Regeln für Kinder mit Erkältungssymptomen oder Gruppentrennungen) sowie pädagogischen Herausforderungen und Lösungen (z.B. hinsichtlich Veränderungen der Bedeutung von Aktivitäten im pädagogischen Alltag). Die Befragungen werden online oder papierbasiert durchgeführt. Die Befragungen starten, wenn sämtliche Einrichtungen in allen Bundesländern wieder aus den Sommerferien zurück sind, im September 2020.

1.1.2. Elternbefragung

Die repräsentative Elternbefragung baut auf der DJI-Kinderbetreuungsstudie (KiBS) auf (ca. 14.000 Familien in allen Bundesländern). Die Familien werden gebeten, über den Winter und das Frühjahr 2020/2021 hinweg monatlich Angaben zur Betreuungssituation in ihrer Familie zu machen. Zu Wort kommen sowohl Eltern, deren Kinder von einer Kindertageseinrichtung oder einer Tagespflegeperson betreut werden, als auch Eltern, die ihre Kinder derzeit selbst betreuen. Besonders relevant ist es zu erfahren, wie diese Familien Beruf und Familie vereinbaren, welches Infektionsrisiko sie in ihrem Alltag haben, welche Hygiene- und Schutzmaßnahmen in der Familie eingehalten werden und wie sich zum einen die Zusammenarbeit mit den Einrichtungen und zum anderen die Situation der Kinder gestaltet. Der Onlinefragebogen für die Elternbefragung wird bis Anfang September fertiggestellt. Die Befragungen starten im September 2020 und werden die Situation der Familien bis zum Frühsommer 2021 nachzeichnen.

1.1.3. Vertiefungsbefragung von Betreuungspersonen und Familien

Um zu untersuchen, wie Einrichtungen, Betreuungspersonen und Familien bei der Begegnung der aktuellen Herausforderungen zusammenarbeiten, werden in 600 der im Rahmen der Leitungsbefragung kontaktierten Einrichtungen Vertiefungsbefragungen durchgeführt. Hierzu werden möglichst viele pädagogisch Beschäftigte sowie Eltern dieser Einrichtungen um Teilnahme gebeten. Die Befragung dreht sich vor allem um die Kooperation zwischen Elternhaus und Einrichtung, um Erfahrungen mit den täglichen Interaktionen wie Bring- und Abholsituationen, um die Kommunikation zwischen den Partnern sowie um das damit einhergehende Infektionsrisiko aller Beteiligten. Die Befragungen starten nachdem die Leitungsbefragungen begonnen haben, im November 2020.

Mit einer ähnlichen Intention werden auch die Erfahrungen von Kindertagespflegepersonen in einer Vertiefungsbefragung erfasst. Die Befragung findet im inhaltlichen Verbund mit einer ERiK-Umfrage statt, generiert jedoch eine eigene Stichprobe. Ziel ist, mit der Erhebung Antworten von ca. 500 Kindertagespflegepersonen zu erhalten. Die entsprechenden Papier- und Onlinefragebögen werden derzeit vorbereitet; durchgeführt wird die Befragung im November 2020.

1.2. KiTa-Register – Entwicklung der Betreuungskapazitäten



1.2.1. Hintergrund

Wie vollzieht sich die Rückkehr in den Regelbetrieb in den Kindertageeinrichtungen und in der Tagespflege? Welche Betreuungskapazitäten können die Einrichtungen anbieten, welche Schutz- und Hygienemaßnahmen werden durchgeführt, und wie entwickelt sich das Infektionsgeschehen auf Einrichtungsebene? Antworten auf diese Fragen liefern innerhalb der Corona-KiTa-Studie die Ergebnisse des KiTa-Registers. Alle Kitas und Tagespflegepersonen in Deutschland sind aufgerufen, sich an wöchentlichen onlinebasierten Abfragen zu beteiligen. Ziel ist, ein aktuelles möglichst systematisches und regional differenziertes Monitoring, wie sich die Pandemie auf den Alltag der Kindertagesbetreuung auswirkt. Zusätzlich wird erfasst, ob einzelne Gruppen oder Einrichtungen aufgrund von COVID-19-Erkrankungen geschlossen werden müssen. Kitas und Tagespflegestellen werden dabei mit Fragen adressiert, die an die jeweiligen Modalitäten der Betreuungsform angepasst sind. Die so gewonnenen Daten unterstützen Träger, Kommunen, Länder und Bund dabei, die regionale Situation genauer einschätzen und steuern zu können.

1.2.2. Aktueller Stand

Seit dem 22. Juli können sich Kitas und Tagespflegepersonen unter www.corona-kita-studie.de für die Teilnahme am KiTa-Register anmelden. Am 11. August sind die Abfragen zunächst mit einer etwas längeren Erstbefragung gestartet. Diese erfasst Basisdaten der Einrichtungen etwa zum Träger, der Raumsituation oder dem Betreuungskonzept. Seit dem 3.09.20 laufen die wöchentlichen Meldungen, mit denen die Teilnehmenden ihre Angaben zu Kapazitäten, Personalsituation oder Erkrankungsgeschehen jeweils für die abgefragte Woche aktualisieren. Mehr als 10.000 Kitas und Tagespflegepersonen (Stand 03.09.) haben sich bislang für das Register angemeldet. Bei den Kindertageseinrichtungen liegt die Teilnahmequote in den meisten Bundesländern bereits deutlich über 10%, teilweise sogar bei über 20% (s. Abbildung 2).

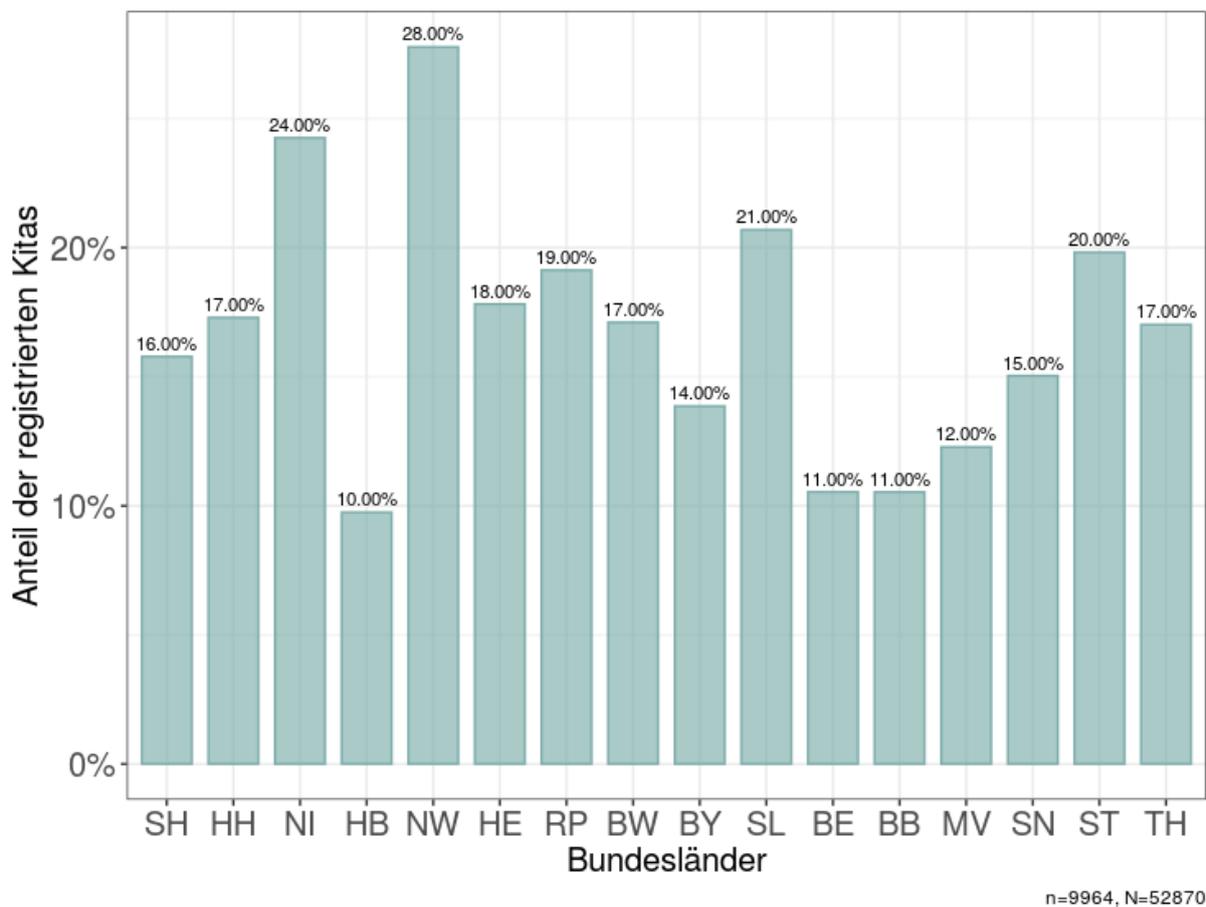


Abbildung 2: Registrierte Kindertageseinrichtungen pro Bundesland (Anzahl, in %); Stand 03.09.2020

Bei den Tagespflegepersonen liegt der Prozentsatz niedriger. Im Bundesschnitt haben sich bisher etwa 3% der knapp 45.000 Tagespflegepersonen im KiTa-Register angemeldet (s. Abbildung 3). Hier werden im Projektverlauf weitere Kommunikationsstrategien entwickelt, um diese Zielgruppe zu erreichen und für die Teilnahme zu aktivieren. Von den registrierten Einrichtungen haben 6458 Kitas und 931 Tagespflegepersonen an der Erstbefragung teilgenommen. Eine Aufschlüsselung der teilnehmenden Kitas an der Erstbefragung nach Trägerschaft zeigt die Abbildung (s. Abbildung 4).

Das KiTa-Register steht weiterhin allen Kitas und Tagespflegepersonen offen und lebt von der großen Unterstützung und der Mitwirkung der Einrichtungen und der Träger. Mehr Informationen und Anmeldung unter www.corona-kita-studie.de

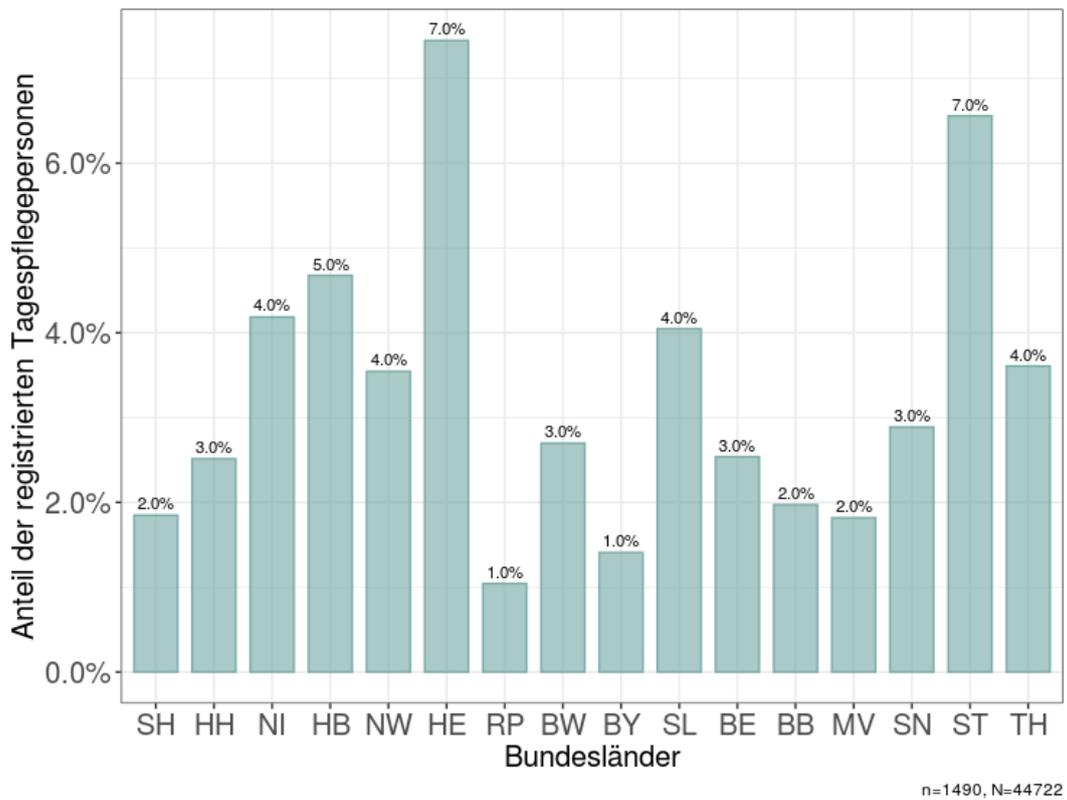


Abbildung 3: Registrierte Tagespflegeperson pro Bundesland (Anzahl, in %); Stand: 03.09.2020

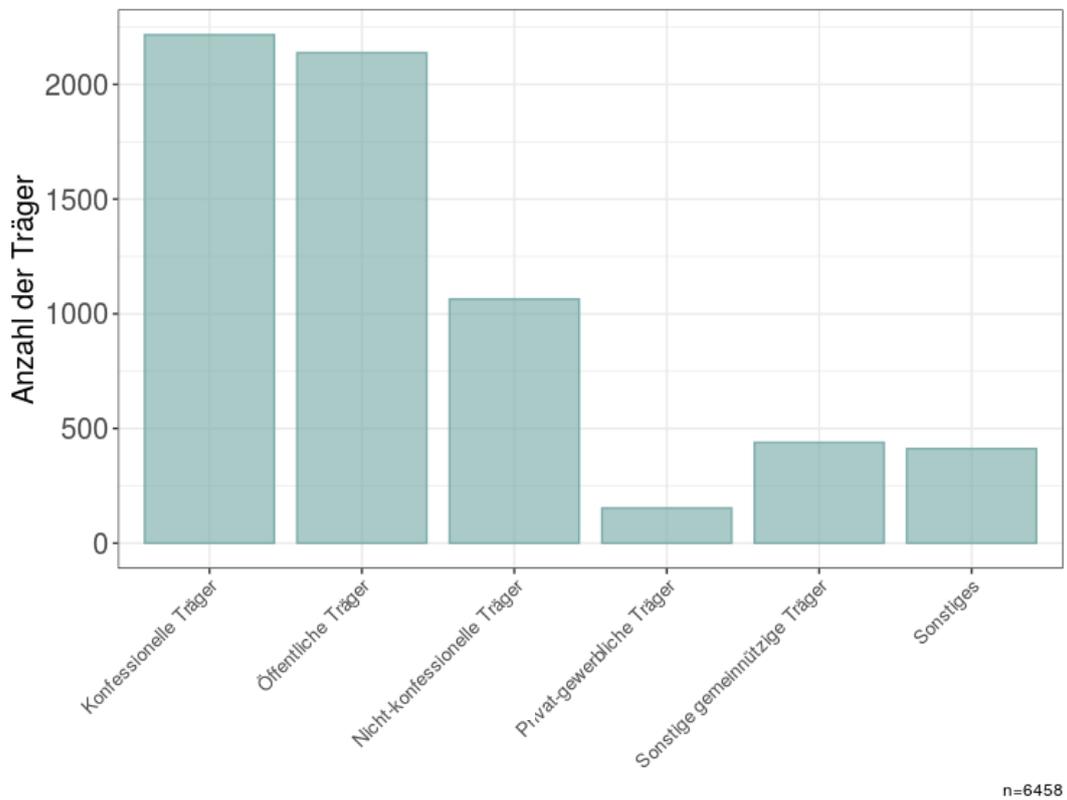


Abbildung 4: Teilnehmende Kindertageseinrichtungen an der Erstbefragung nach Träger (Anzahl) Stand: 07.09.2020

1.3. CATS – Corona KiTa Surveillance



Die Corona KiTa Surveillance (CATS) bildet das Modul 3 der Corona-KiTa-Studie und besteht aus drei Teilen:

1. Monitoring und Auswertung von COVID-19-Meldedaten und der syndromischen Surveillance (u.a. GrippeWeb - <https://grippeweb.rki.de/>)
2. Literaturanalyse von Studien zum Thema COVID-19 bei Kindern
3. Aufbau einer Kinder Corona Studien (KiCoS) Plattform zum Austausch von Metadaten klinischer und epidemiologischer Forschungsansätze zum Thema Kinder und COVID-19 in Deutschland

Ziele der Surveillance Daten Analysen sind die Untersuchung der Häufigkeit von COVID-19-Erkrankungen von Kindern mit oder ohne Teilnahme an der Kindertagesbetreuung als auch die Untersuchung der Rolle der Kinder bezüglich Suszeptibilität, Transmission sowie Krankheitsschwere bei COVID-19 durch eine für Kinder gezielte Auswertung der Meldedaten zu labordiagnostisch bestätigten COVID-19-Fällen und der syndromischen Surveillance. Bei der syndromischen Surveillance werden Daten zu Symptomen von Atemwegserkrankungen erhoben.

Um die Aussagekraft der Surveillance Daten in Bezug auf das Expositions- als auch Infektionsumfeld zu verbessern, sollen die Surveillance Instrumente angepasst werden. Dazu war das Robert Koch-Institut (RKI) im Austausch mit örtlichen Gesundheits- und Landesgesundheitsämtern, um explorativ Daten zu erheben, welche Informationen von örtlichen Gesundheitsämtern bei COVID-19 KiTa Ausbrüchen erhoben werden und wie diese Daten in die Meldesoftware (SurvNet) eingegeben werden. Auf Grundlage dessen wurden Empfehlungen entwickelt, um SurvNet anzupassen. Die Änderungen werden mit dem nächsten SurvNet Update ab dem 4. Quartal 2020 zur Verfügung stehen.

Zur Anpassung der syndromischen Surveillance wurden die Fragen in GrippeWeb erweitert, um mögliche Infektionen im KiTa Setting zu erfassen. Das Ethik- und Datenschutzwotum für den erweiterten Fragenkatalog als auch die technische Überarbeitung stehen noch aus.

Die Kinder Corona Studienplattform (KiCoS) ist ein weiterer Baustein der Corona-KiTa-Studie zur Erstellung einer Übersicht über klinische und epidemiologische Forschungsansätze in Deutschland zum Thema SARS-CoV-2 / COVID-19 bei Kindern und Jugendlichen. Hierzu wird eine Internetplattform etabliert, mit Metadaten zu den geplanten und laufenden Studien. Auf diese Weise soll ein schneller und zielgerichteter Informationsaustausch zwischen wissenschaftlichen Arbeitsgruppen sowie Organisationen, die Studien zum Thema durchführen, unterstützt werden. Darüber hinaus soll die wissenschaftliche Vernetzung der Projekte zur Rolle von Kindern und Jugendlichen bei der Transmission von SARS-CoV-2 in Deutschland gefördert und Ansatzpunkte für Kooperationen bei der Auswertung geschaffen werden. Die Plattform wird vom RKI kuratiert.

Als Teil des europäischen Datenarchivs EUDAT, gefördert durch die Europäische Kommission, wird KiCoS auf Servern in Europa betrieben und in die Europäische Forschungslandschaft eingebettet. KiCoS bietet an, Studienbeschreibungen (Hintergrund, Ziel, Methoden und ggf. Ergebnisse) bereitzustellen und dadurch die Darstellung und den Vergleich von Studien zu ermöglichen, bspw. um komplementäre Ansätze zu identifizieren, im Rahmen einer einfach zu bedienenden Online-Plattform mit freiem und sicheren Zugang zu den Inhalten.

Die Bereitstellung von Studienmetadaten erfordert eine Anmeldung. Die Kuratierung durch das RKI dient zur Qualitätssicherung. Die Urheber- und Eigentumsrechte an Studiendaten bleiben unberührt. Daten und Studien sind referenzierbar via DOI für jeden Datensatz. Der Betrieb und alle Funktionen sind kostenfrei. KiCoS steht unter <https://b2share.eudat.eu/communities/KiCoS> zur Verfügung. Eine

Anleitung zum Hochladen von Studienmetadaten auf die KiCoS Plattform steht auf der RKI Webseite der Corona-KiTa-Studie unter www.rki.de/corona-kita-studie zur Verfügung.

1.4. COALA – Infektionsnetzwerke nachverfolgen



Bisher gibt es keine gesicherten Erkenntnisse darüber, welchen Einfluss Kinder, insbesondere Kinder in der Kita, als mögliche Übertragende von SARS-CoV-2 im aktuellen Pandemiegesehen haben. Hier setzt das Modul 4 „Anlassbezogene Untersuchungen in Kitas – COALA“ an. Aufgrund eines konkreten Ausbruchs (Anlass) in einer Kita untersucht das Modul 4 das SARS-CoV-2-bedingte Infektionsgeschehen bei Kindern und Erwachsenen in Kitas. Dabei wird auch untersucht, welchen Zusammenhang es zwischen laborchemischen Befunden zu SARS-CoV-2 und der klinischen Symptomatik bei Kita-Kindern gibt und wie schnell Kinder im Kita-Alter eine Infektion bzw. Erkrankung überwinden.

Das Modul 4 ist eine Kitagruppen- bzw. haushaltsbasierte Studie mit fallbezogenem Studiendesign („case-ascertained study design“) im Kontext eines COVID-19-Ausbruchs in einer Kita. Eingeschlossen werden SARS-CoV-2-Kita-Indexfälle und deren Kontaktpersonen ersten Grades aus der Kita. Ein Indexfall kann ein Kita-Kind oder eine Kita-Beschäftigte sein. Wiederholt analysiert werden Nasen- und Gaumenabstriche, Speichelproben und Kapillarblut von Kita-Indexfällen sowie alle in ihren Haushalten lebenden Personen über einen Zeitraum von maximal 35 Tagen. Vorgesehen ist eine Stichprobengröße von ca. 200-225 Haushalten, die sich auf ca. 15-20 Kitas aufteilen. So sollen ca. 1.000 Personen eingebunden werden können. Das RKI wählt die beteiligten Einrichtungen in enger Zusammenarbeit mit den zuständigen Gesundheitsämtern aus.

Folgende Hauptfragen sollen mit Hilfe der COALA-Studie untersucht werden:

1. Welche Rolle spielen Kita-Kinder in der Übertragung des Corona-Virus?
2. Welche Symptome treten bei infizierten Kindern über welchen Zeitraum auf? In welchem Zusammenhang stehen die Symptome mit der nachweisbaren Viruslast bei Kindern?
3. Wie häufig verlaufen Corona-Infektionen bei Kindern ohne Symptome?

Die Ergebnisse des Moduls 4 (COALA) sollen dazu beitragen, die Übertragungsrisiken für eine SARS-CoV-2-Infektion im Setting Kita besser einzuschätzen. Erkenntnisse zur Ansteckungsfähigkeit und Symptomverlauf bei einer COVID-19-Erkrankung von Kita-Kindern, auch im Vergleich zu Erwachsenen, sollen Hinweise für die Gestaltung von Betreuungsformen und von Infektionsschutzmaßnahmen in Kitas liefern, solange ein allgemeines Risiko für SARS-CoV2-Infektionen besteht. Dabei ergänzen die infektionsepidemiologischen Analysen des Moduls die Ergebnisse der anderen Module zur Betreuungssituation in Kitas und zur Verbreitung von COVID-19 in Kitas auf der Grundlage von Meldedaten der Gesundheitsämter in Deutschland.

Teil II – Schwerpunktthemen

In den Quartalsberichten werden im zweiten Teil jeweils eines oder mehrere Schwerpunktthemen behandelt. Einzelne Studienkomponenten, Forschungsfragen oder Befunde können so in größerer Tiefe dargestellt und diskutiert werden.

Bei diesem Schwerpunkt sind dies zum einen ein Bericht über eine explorative telefonische Befragung von 83 Kindertageseinrichtungen in ganz Deutschland über ihre Erfahrungen in der Phase der sogenannten „Notbetreuung“ im Mai 2020 sowie die Ergebnisse eines Literaturüberblicks ausgewählter Studien zur Frage, wie leicht sich Kinder mit dem SARS-CoV-2 Virus anstecken.

2. Erfahrungen der Kitas während der Notbetreuung im Frühjahr 2020



2.1. Kontext und Fragestellungen der Studie

Der allgemeine Lockdown in Deutschland infolge der Corona-Pandemie hat das System der Kindertagesbetreuung genauso plötzlich und unvorbereitet eingeholt wie nahezu alle anderen Bereiche des öffentlichen Lebens. Zwar wechselten etliche Kitas fast aus dem Stand in einen Modus der Notbetreuung, damit zumindest der Betreuungsbedarf der Kinder von Eltern einer „kritischen Infrastruktur“, der sog. systemrelevanten Berufe soweit als möglich erfüllt werden konnte. Doch Handlungsanweisungen und Richtlinien für die Gestaltung dieser Notbetreuung wurden den Einrichtungsleitungen von Verwaltungen und Trägern erst zeitversetzt, dann allerdings in großer Flut und rascher Folge bereitgestellt.

Am 28. April 2020 wurde der gemeinsame Rahmen der Länder für einen stufenweisen Prozess zur Öffnung der Kindertagesbetreuungsangebote von der Jugend- und Familienministerkonferenz beschlossen, also sechs Wochen nach den Kita-Schließungen.¹ Grundlage war die "Empfehlung für einen gemeinsamen Rahmen der Länder für einen stufenweisen Prozess zur Öffnung der Kindertagesbetreuungsangebote von der Notbetreuung hin zum Regelbetrieb im Kontext der Corona-Pandemie" der AG Kita, welche umfassende Informationen und Vorgaben zum Schutz- und Hygienemaßnahmen, Hinweise zum Personaleinsatz, einige pädagogische Empfehlungen und schließlich die zentrale Maßgabe enthält, dass die Kinder in voneinander abgeschotteten Gruppen mit konstanter Zusammensetzung zu betreuen sind („pädagogische Settings“). Sie entwirft darüber hinaus den Plan einer stufenweisen Öffnung der Kindertagesbetreuung.

In dieser bei vielen Beteiligten von Unsicherheit und Unkenntnis geprägten Phase mit Blick auf die frühpädagogische Praxis bestand ein großes Interesse daran zu erkunden, wie die Umsetzung der Notbetreuung in den Kitas vor Ort gelingt, also einer Phase, die einerseits das Ziel der Eindämmung der Corona-Pandemie verfolgte, andererseits Familien in der elterlichen Sorge unterstützen und entlasten sowie die Kinder in dieser außergewöhnlichen Konstellation stabilisieren und fördern wollte.

Im Mittelpunkt stand zu diesem Zeitpunkt die Frage, wie die Organisation der Notbetreuung gelingt und welche Herausforderungen sich hierbei stellen. Die organisatorischen Herausforderungen insbesondere für die Einrichtungsleitungen betrafen den Zugang von Familien bzw. Kindern zur Notbetreu-

1 Der JFMK-Beschluss und die Empfehlung der AG Kita sind abrufbar unter: <https://ifmk.de/beschluesse/>.

ung, den Personaleinsatz unter Berücksichtigung von Risikofaktoren, die Bildung pädagogischer Settings, die Gestaltung von Abläufen gemäß der Hygiene- und Schutzvorgaben. Darüber hinaus wurde ein Einblick in den pädagogischen Alltag in der Notbetreuung gesucht.²

Um vor diesem Hintergrund einen ersten Eindruck zu gewinnen, wie die Kita-Landschaft in und mit der Notbetreuung zurechtkommt, wurde ab Ende April eine explorative Studie gestartet, die mithilfe einer ad hoc gebildeten Forschungsgruppe des DJI realisiert wurde.³ Diese Befragung diente gleichzeitig als Pilotstudie zur Präzisierung des Erhebungsansatzes für das KiTa-Register (Modul 2) und die KiTa-Surveys (Modul 1) der Corona-KiTa-Studie.

2.2. Methodische Anlage der Studie

Die explorativ angelegte Untersuchung wurde als halb-standardisierte telefonische Befragung konzipiert. Einige Grunddaten wurden standardisiert erfasst, alle weiteren Angaben offen erfragt. Die Themenblöcke des Interviewleitfadens umfassten

- Eckdaten der Notbetreuung (Trägerschaft, Anzahl betreuter Kinder, Öffnungszeiten);
- Fragen zur organisatorischen Umsetzung (Aufnahmekriterien für die Notbetreuung, hierüber entscheidende Instanz);
- Fragen zur Umsetzung von Schutz- und Hygienemaßnahmen (AHA-Regeln, Desinfizieren, Gestaltung der Bring- und Abholsituation);
- Fragen zur pädagogischen Arbeit unter den Bedingungen der Notbetreuung sowie
- Fragen zum Verhalten und Wohlbefinden der Kinder, ihrer Familien und des Personals.

Das in den Interviews generierte Datenmaterial bestand aus nicht transkribierten Interviewäußerungen, die von den acht eingesetzten Interviewenden in Textform in einem hierfür programmierten digitalen Fragebogen erfasst wurden („computer-assisted telephone interview“ CATI). Die Auswertung der verbalen Daten erfolgte inhaltsanalytisch. Die Entwicklung eines Kategoriensystems wurde zunächst anhand von zehn Fällen vorgenommen, die nach objektiven Kriterien ausgewählt waren (Ort, Interviewer, Datum). Die Leitfadenthemen dienten als grobe Ordnungsheuristik bei der induktiven Kodierung. Die resultierenden Kategorien wurden mit dem Ziel konsensueller Reduktion sortiert, in ein Kategoriensystem überführt und anschließend mithilfe der Software MAXQDA auf das gesamte Datenmaterial angewendet.

2.3. Stichprobe und Durchführung

Die Anwerbung der Gelegenheitsstichprobe („convenience sample“) erfolgte über institutionelle Kontakte des DJI zu ausgewählten Jugendämtern, Trägerverbänden und großen Einrichtungsträgern im gesamten Bundesgebiet. Die so kontaktierten 14 Organisationen wurden gebeten, in ihrem Geschäftsbereich Kita-Leitungen um eine Teilnahme an der Kita-Leitungsbefragung zu bitten. Insgesamt 100 Kita-Leitungen bekundeten in einer Email an die Projektgruppe ihre Teilnahmebereitschaft und informierten über ihre Erreichbarkeit. Im Zeitraum vom 30. April bis 28. Mai 2020 wurden dann Telefoninterviews mit 83 Kita-Leitungen realisiert. Die gewonnenen Informationen geben damit das Geschehen in einem Zeitraum wieder, in dem die Kitas nach einer Phase der „eingeschränkten Notbetreuung“ in

2 Die Frage nach der Gestaltung einer Frühpädagogik unter den Bedingungen der eingeschränkten Notbetreuung und nach dem Wohlbefinden der Kinder und des Personals wird in einer eigenen Publikation vertieft, die sich derzeit im Begutachtungsprozess befindet. Die exakte Quellenangabe zu dieser Zeitschriftenveröffentlichung wird auf dem Portal der Corona-KiTa-Studie alsbald nachgereicht.

3 An dieser Studie mitgewirkt haben Judith Durand, Lisa-Marie Falten, Katja Flämig, Mariana Grgic, Bernhard Kalicki, Verena Kappes, Michael Müller, Franz Neuberger, Birgit Riedel und Daniel Turani.

die Phase der „flexiblen und stufenweisen Erweiterung der Notbetreuung“ wechselten.⁴ Die Stichprobe umfasst Kitas aus elf verschiedenen Bundesländern (s. Abbildung 5). Öffentliche Kita-Träger, kirchliche Träger und nicht-kirchliche freie Träger sind in der Untersuchungsstichprobe annähernd gleichverteilt.

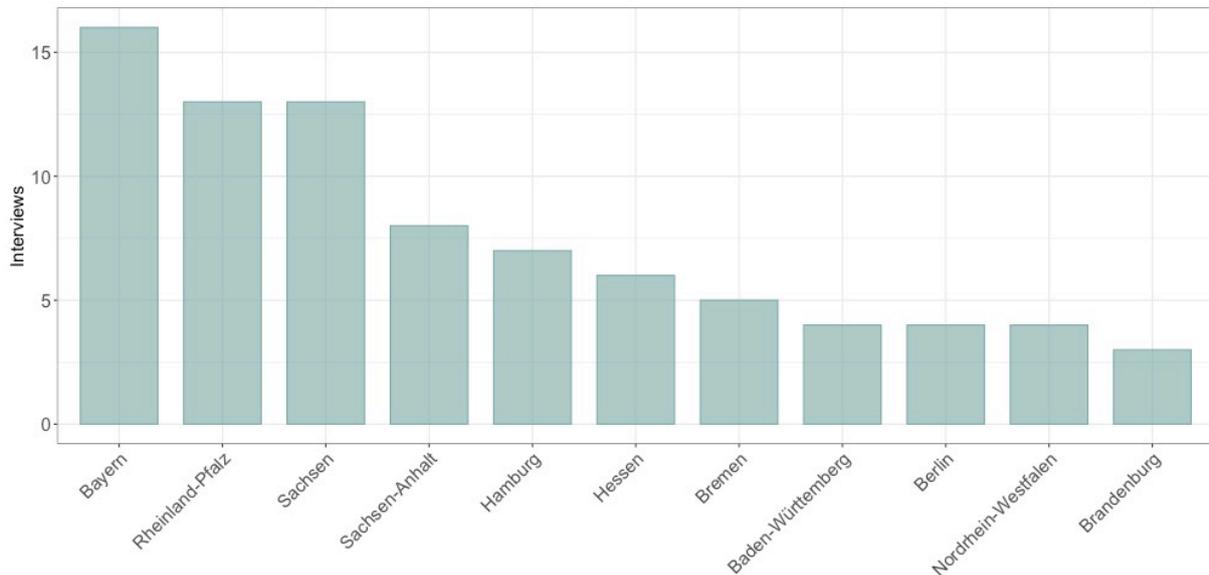


Abbildung 5: Verteilung der teilnehmenden Kindertageseinrichtungen nach Bundesländern (Anzahl der Interviews)

2.4. Ergebnisse der Leitungsinterviews

Die Notbetreuung wurde ganz überwiegend zum Stichtag 16.03.2020 (etwa jede zweite der befragten Einrichtungen) oder mit sehr kurzer Verzögerung ab 18.03.2020 angeboten. Einige Einrichtungen berichten über eine etwas spätere Aufnahme der Notbetreuung im Zeitraum zwischen 23. März und 27. April. Insgesamt kann davon ausgegangen werden, dass die große Mehrheit der Einrichtungen mit Beginn des Lockdowns, also sehr zeitnah, Notbetreuungsplätze angeboten hat und zumindest ein Teil der Kinder von Eltern in systemrelevanten Berufen ohne oder nur mit sehr kurzer Unterbrechung betreut werden konnte.

2.4.1. Auslastung der Einrichtungen

Bei der Auslastung der Einrichtungen in der Notbetreuung ergibt sich für diese nicht-repräsentative Stichprobe das folgende Bild (Abbildung 6): Gemessen an den Betreuungszeiten haben die Einrichtungen während der Notbetreuung ihr Angebot kaum reduziert, die Zahl des verfügbaren pädagogischen Personals war etwas reduziert (um ein Drittel), während nur ein Viertel der regulär betreuten Kinder anwesend war. Hieraus resultierte ein deutlich günstigeres Betreuungsverhältnis (Kinder pro Erzieherin). Ausgeschöpft wurden allerdings bei der Gruppenbildung die Raumkapazitäten. Die für diese Stichprobe typische Kita arbeitete ansonsten im Regelbetrieb viergruppig bei etwa 100 betreuten Kindern und einem Personaleinsatz von vier Erzieherinnen pro Gruppe (bei 25 Kindern). In der Notbetreuung wurden hingegen in den befragten Kitas etwa sechs Kinder pro Gruppe betreut, für die pro Gruppe drei Erzieherinnen zur Verfügung standen.

4 Über die Chronologie des Öffnungsgeschehens informiert Tab. 1 auf Seite 4 des Monatsberichts 03/2020 (Juli 2020) der Corona-KiTa-Studie. Abrufbar unter: <https://www.corona-kita-studie.de/>

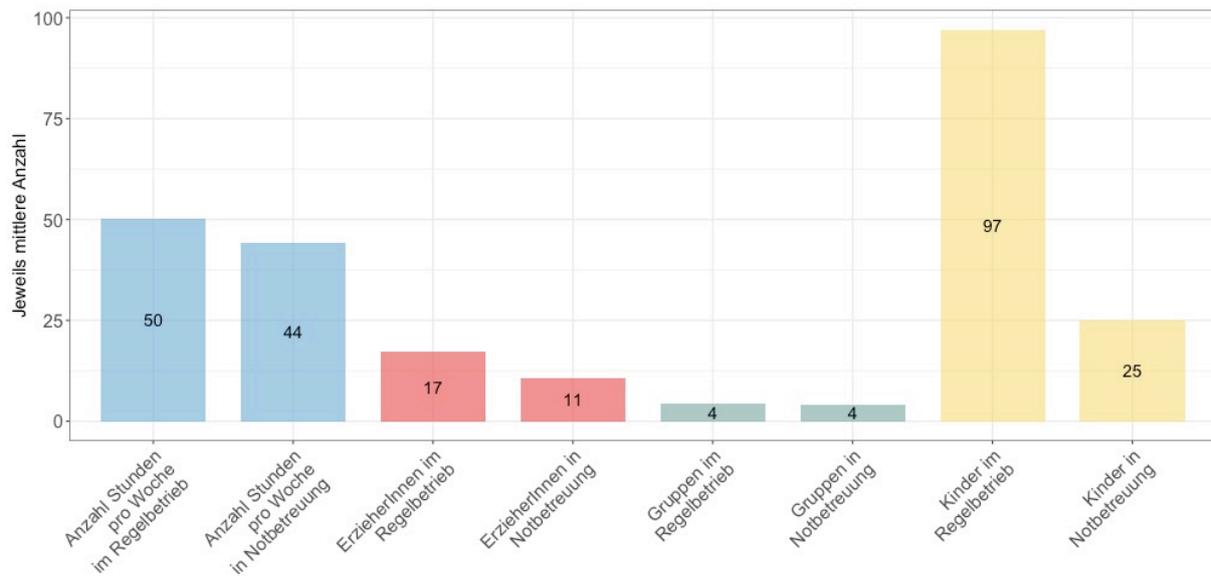


Abbildung 6: Durchschnittliche Öffnungszeiten (in Stunden pro Woche), Zahl des verfügbaren pädagogischen Personals, Zahl der Kita-Gruppen und Zahl der betreuten Kinder im Vergleich von Regelbetrieb und Notbetreuung (Mittelwerte)

Aufgrund der Vorgabe untereinander getrennter Gruppen war es auch für ansonsten mit offenen oder teiloffenen Konzepten arbeitende Einrichtungen (25 der 83 Einrichtungen) nötig, diese voneinander abzuschotten. Dies führte in manchen Fällen zu Beschwerden über die gefühlten Einschränkungen im pädagogischen Alltag. In nur 16 Kitas entsprach die Gruppenzusammensetzung während der Notbetreuung der im Regelbetrieb. Die Kinder wurden entsprechend ihres Aufnahmedatums in den Betreuungsalltag integriert und dementsprechend eingruppiert, was auch dort zu altersgemischten Gruppen führen konnte, wo dies im Regelbetrieb nicht üblich war. Insbesondere zum Beginn der Notbetreuung berichteten manche Kitas, dass diese nur zögerlich in Anspruch genommen wurde und anfangs oft nur ein Kind oder sehr wenige anwesend waren.

2.4.2. Aufnahmekriterien und Zugang zur Notbetreuung

Die Ende April – also zeitgleich mit dem Feldstart der vorliegenden Interviewstudie – im JFMK-Beschluss enthaltene Liste der Aufnahmekriterien für notbetreute Kinder umfasste neben dem gesellschaftlich definierten Bedarf an der elterlichen Arbeitskraft („Systemrelevanz“, „kritische Infrastruktur“) besondere kindliche Schutz- und Förderbedarfe sowie Aspekte familiärer Bedarfslagen.⁵ Die Kriterien wurden dabei im Sinne von Empfehlungen vorgeschlagen, nicht strikt und verbindlich vorgegeben:

- Kinder, deren Betreuung in Folge einer familiengerichtlichen Entscheidung, in Folge einer Entscheidung nach §§ 27ff. SGB VIII oder im Rahmen von Maßnahmen und Schutzplänen nach § 8a SGB VIII erforderlich ist;
- Kinder mit besonderem pädagogischen oder Sprachförderbedarf;
- Kinder, die in beengten Wohnverhältnissen leben (z.B. Fehlen eines eigenen Kinderzimmers), darunter auch Kinder in der öffentlich-rechtlichen Unterbringung;
- Kinder, die am Übergang zur Vorschule oder Schule stehen;
- Kinder von Eltern, deren Tätigkeit für die Daseinsvorsorge oder für die Aufrechterhaltung der wichtigen Infrastrukturen oder der Sicherheit bedeutsam ist;
- Kinder von Alleinerziehenden, insbesondere berufstätigen Alleinerziehenden;

5 Siehe Fußnote 1.

- Kinder von Eltern mit körperlichen oder sonstigen Beeinträchtigungen.

Erwartungsgemäß wurde die Systemrelevanz eines oder beider Elternteile nahezu von allen Kita-Leitungen als angewendetes Aufnahmekriterium genannt. Die zweithäufigste Nennung betraf die Allein-erziehendensituation, gefolgt von der vorliegenden Kindeswohlgefährdung. Vergleichsweise selten genannt wurden ein erhöhter Förderbedarf des Kindes, eine Beeinträchtigung der Eltern und auch der Vorschuljahrgang. Eine nicht-deutsche Familiensprache wurde nur vereinzelt als angewendetes Aufnahmekriterium berichtet.

Die Leitungen wurden explizit gefragt, ob sich bei der Aufnahme-prozedur Probleme ergeben hätten. Jede zweite Leitung berichteten von keinen nennenswerten Problemen bei dem Auswahl- und Aufnahme-prozess der Kinder in die Notbetreuung, in einigen wenigen Fällen wurde sogar berichtet, dass das Angebot anfangs überhaupt nicht ausgeschöpft wurde. Meist wurde der gegenwärtige Betrieb als gangbar bezeichnet, gelegentlich wurden jedoch bereits Sorgen bezüglich einer zukünftigen Ausweitung der Notbetreuung geäußert. Diese Ausweitung sei mit den gegebenen Bestimmungen weder personell noch strukturell umsetzbar – man rechnete bereits damit, gerechtfertigte Elternwünsche nach Betreuung in naher Zukunft ablehnen zu müssen und sah sich in einem Dilemma zwischen Kindeswohl, elterlichen Betreuungsbedarfen und Infektionsschutz.

Die andere Hälfte der Stichprobe berichtete schon in dieser frühen Phase von teilweise großen Schwierigkeiten. Insbesondere die Anwendung der Auswahlkriterien wurde häufig thematisiert, dabei wurde vor allem die Vermittlerrolle der Leitungen als dilemmatisch beschrieben: Leitungen mussten Eltern gegenüber Regelungen und Definitionen vertreten, welche sie selbst nicht beeinflussen konnten, deren Auslegung aber für die Alltagsgestaltung der Eltern enorme Bedeutung hatte. Dabei war es für die Leitungen sehr wichtig, sich auf konkrete Definitionen der Aufnahmekriterien stützen zu können – diese wurden aber häufig als zu unpräzise kritisiert. Insbesondere die sich wandelnde Definition von Systemrelevanz machte häufig Rückfragen sowohl bei Arbeitgebern von Eltern als auch beim jeweiligen Träger nötig.

Mitunter wurde berichtet, dass Einrichtungsleitungen als aufdringlich erlebten Eltern erklären mussten, dass sie keine systemrelevanten Berufe ausübten, auch wenn die Eltern anderer Meinung waren; in manchen Fällen wurden die Auswahlkriterien von den Eltern schlicht nicht verstanden. Gelegentlich wurde zudem berichtet, dass anfangs Unklarheit herrschte über eventuell fortlaufende Gebührenzahlungen, was zu Unmut der Eltern führte. Mehrere Einrichtungsleitungen sprachen hier von erlebter Überforderung: Einerseits wurden sie mit den Ansprüchen unzufriedener und in Notlagen befindlicher Eltern konfrontiert, andererseits erhielten sie ihren Angaben zufolge sowohl von Trägerseite als auch von der Politik zu wenig Unterstützung. Vor allem die extrem kurzfristige Änderung der Vorgaben, auch bei der Definition systemrelevanter Berufsgruppen, wurde in dieser Phase als sehr problematisch bewertet. So berichteten Leitungen mitunter, dass sie von neuen Zugangskriterien am Freitagabend in den Nachrichten erfuhren, aber am Montag schon mit der Aufnahme neuer Kinder konfrontiert waren – ein Umstand, der neben enormen organisatorischen Belastungen in manchen Fällen auch zu sehr deutlichen Unmutsäußerungen über die Informationspolitik seitens der Landesregierungen führte.

Eine Kindeswohlgefährdung wurde zwar häufig als Aufnahmekriterium genannt, spielte aber offenbar im konkreten Fall nur selten eine Rolle. In diesen seltenen Fällen gab es allerdings auch Hinweise auf Kompetenzkonflikte: So berichteten beispielsweise Einrichtungsleitungen, dass sie direkt oder indirekt mit Hilfe der Eltern ein Gesuch um Aufnahme eines ihres Erachtens gefährdeten Kindes beim Jugendamt anregten, dieses aber abgelehnt wurde. Hier wurden Wünsche nach einer besseren Koordination und einem größeren Ermessensspielraum beim Zugang geäußert. Diese waren allerdings eher selten. Ebenso häufig wurde auch von gelungenen Kooperationen der Ämter mit den Einrichtungen berichtet.

So wird deutlich, dass insbesondere Eltern aus systemrelevanten Berufen und Alleinerziehende häufig Zugang zu den Kitaplätzen erhalten haben. Der dehnbare Begriff der Systemrelevanz erwies sich dabei als besonders problematisch, obgleich dieser zwar von Seiten der Länder relativ klar definiert wurde, aufgrund der jeweiligen zeitlichen Veränderungen und insbesondere auch aufgrund der Selbstzuschreibungen mancher Eltern als systemrelevant jedoch ein gewisses Konfliktpotential barg, was die Leitungen in ihrer Vermittlerrolle mitunter überforderte.

Insgesamt halten sich Schilderungen eines problemlosen Ablaufs der Aufnahme und Problembeschreibungen in etwa die Waage. Hinzuzufügen ist, dass viele Problembeschreibungen Einzelfälle innerhalb der Einrichtungen betrafen und insofern auch in jenen Einrichtungen, die Probleme bei der Aufnahme schilderten, der Großteil der Kinder wohl relativ reibungslos in die Notbetreuung aufgenommen wurde, was auch dadurch unterstrichen wird, dass sehr viele Einrichtungen von einer großen Dankbarkeit und Erleichterung der Eltern bei Aufnahme ihres Kindes berichteten.

2.4.3. Kommunikation mit den Familien

Die befragten Leitungen äußerten, dass sie ihre Kommunikation mit Eltern immer wieder auf die neue Situation anpassen mussten und dazu größtenteils auf Telefonate und digitale Medien umstiegen. Dazu wurden Briefe bzw. Newsletter per E-Mail verschickt, die z.B. Informationen zu ministeriellen Vorgaben oder Verhaltensregeln, die in der Kita galten, oder auch Beschäftigungsangebote für die Kinder (z.B. Bastelanleitungen) enthielten. Auch die Informationsweitergabe über die aktuell gehaltene Website oder eine „Kita-App“ wurden angeführt. 13 Leitungen berichteten, dass sie für den Kontakt mit den Kindern und Eltern Videoformate genutzt haben, um Elterngespräche abzuhalten, den Kindern Videobotschaften zukommen zu lassen oder auch Online-Konferenzen durchzuführen (z.B. Infos, Vorlesen, virtuelle Rundgänge, Morgenkreise, Lieder singen).

Teils verlagerten die Fachkräfte dadurch reguläre pädagogische Aktivitäten in virtuelle und schriftliche Formate, um so auch den Kontakt zu den Kindern ohne Anspruch auf Notbetreuung aufrecht zu erhalten. So wurden ausgewählte kindbezogene Bildungsaktivitäten und Arrangements (wie Kreisgespräche, Bilderbuchbetrachtungen, Rundgänge durch die Räume der Kita, kreatives Gestalten mit verschiedenen Materialien) im Video und, soweit möglich, schriftlich aufbereitet. Auch von „Zaunbesuchen“ von Fachkräften bei den Familien zu Hause oder auch der Kinder und ihrer Familien am Kindergartenzaun wurde mehrfach berichtet. Auffällig sind hier die übereinstimmenden Nennungen von solchen pädagogischen Maßnahmen, die nicht allein auf eine kognitive und soziale Entwicklungsförderung abzielen, sondern auch die Beziehungen der Fachkraft zu dem Kind und zu den Eltern aufrechterhalten und stärken sollen.

Einige Leitungen wiesen darauf hin, dass die Kommunikation mit Eltern mit Migrationshintergrund erschwert war, da im Regelbetrieb in der mündlichen Kommunikation auf Dolmetscher zurückgegriffen werden konnte, die in der Notbetreuung nun nicht zur Verfügung standen. Die schriftliche Kommunikation schien hier mehr Ressourcen zu fordern und wurde von einigen Leitungen als große Herausforderung verbucht.

2.4.4. Personaleinsatz

Analog zu den angewendeten Kriterien für die Aufnahme der Kinder in die Notbetreuung wurden die Leitungen auch nach der Planung des Personaleinsatzes gefragt. Das fast durchgängig genannte Kriterium für die Auswahl bzw. Zurückstellung des Personals war die Zugehörigkeit zu einer Risikogruppe. Etwa jede zweite Kita-Leitung nannte die familiäre Situation des Personals (z.B. zu betreuende eigene Kinder). Entsprechend wurde vor allem zu Beginn der Notbetreuung ein Fokus auf jenes Personal gelegt, das keine eigenen Betreuungspflichten hatte. In immerhin rund einem Viertel aller befragten Einrichtungen wurde auch die Bereitschaft des Personals zur Arbeit vor Ort abgefragt und als Kriterium

für den Personaleinsatz herangezogen. So konnten auch Personen für die pädagogische Arbeit in der Notbetreuung gewonnen werden, die Risikogruppen angehörten.

Im Zeitverlauf der Erhebungen zeigte sich jedoch bereits die Tendenz, bei einer stufenweisen Öffnung dieses Kriterium der Freiwilligkeit zurückzustellen. Selten genannte Kriterien waren die Funktion als Bezugserzieherin, die Qualifikation, der Umfang der Wochenarbeitszeit oder auch der Anfahrtsweg. Vereinzelt wurde ein Rotationsprinzip praktiziert. Einige Einrichtungsleitungen setzten alle pädagogischen Beschäftigten unabhängig von familiärer Situation, Alter oder Bereitschaft ein, solange diese nicht aus gesundheitlichen Gründen (z.B. Vorerkrankung, OP-Termin oder Schwangerschaft) ausfielen.

Auf die Frage nach den Aufgaben, die das Personal übernahm, das nicht im Gruppendienst eingesetzt wurde, nannten die Kita-Leitungen eine große Bandbreite von Tätigkeiten, die insbesondere im Regelbetrieb mangels zeitlicher und personaler Ressourcen oftmals vernachlässigt wurden und in der Phase der Notbetreuung nun in den Vordergrund rückten. Besonders häufig wurden dabei folgende Stichworte genannt:

- Recherche/Fortbildung/Weiterbildung von Mitarbeiter/innen;
- Dokumentation/Portfolio/Vor- und Nachbereitung/Fallbesprechungen;
- konzeptionelle Planung;
- Eltern-/Familiengespräche (inkl. Gespräche mit Kindern);
- Ideen für Kinder bzw. Eltern sammeln, entwickeln, weitergeben;
- Ausmisten/Aufräumen/Grundreinigung/Räumlichkeiten/Außengelände.

Weitere Nennungen betrafen organisatorische Aufgaben (z.B. Pandemieplan erstellen, Hygieneplan überarbeiten, Teamsitzungen organisieren). Einzelne Einrichtungen nutzten die Phase der Notbetreuung auch für Urlaubsansprüche oder Überstundenabbau, in den anfänglichen Zeiten von Versorgungsengpässen auch zum Nähen von Alltagsmasken.

Die Leitungskräfte wurden darüber hinaus auch zum Einsatzort jener Beschäftigten befragt, die nicht im Gruppendienst eingesetzt waren. Von den gesammelten 72 Angaben hierzu betrafen zwei Drittel das häusliche Umfeld des Personals als Arbeitsort, immerhin dreizehn Kita-Leitungen berichteten von einer Mischform, in der das pädagogische Personal entweder nur anteilig in der Kita arbeitete oder aber im Rotationsprinzip tage- oder wochenweise alternierte. Sechs Einrichtungen berichteten, dass Mitarbeiter/innen nicht im Gruppendienst eingesetzt wurden, aber dennoch in der Kita tätig waren.

2.4.5. Veränderungen der Leitungsrolle

Gefragt nach der eigenen Leitungsrolle und den Veränderungen durch die Notbetreuung, gaben drei von vier befragten Leitungskräfte an, dass die Leitungsaufgaben in der Phase der Notbetreuung deutlich zugenommen hatten.

An neuen oder zusätzlichen Aufgaben, die sich für die Leitungen ergaben, wurden folgende Themen genannt, ergänzt um Eindrücke und Erfahrungen in der Leitungsverantwortung (in absteigender Häufigkeit der Nennungen):

- Verwaltungsaufgaben;
- Betriebsplanung (Gruppenkonzept, Personalplanung etc.);
- Elternarbeit, Kommunikation mit Eltern;
- organisatorische Aufgaben (Catering, Wäscherei etc.);
- Kommunikation mit dem Team;
- veränderte Kommunikationsformen (Videokonferenzen, Mailkorrespondenz etc.);
- Corona-bedingte Maßnahmen (z.B. Hygieneplan);
- gestiegene Verantwortung, (mangelnde) Unterstützung durch den Träger;

- erhöhter Abstimmungsbedarf mit anderen Akteuren (Träger, Kitas etc.);
- Wochenendarbeit, Überstunden.

In den Interviews bestand die Möglichkeit, individuelle Eindrücke der Leitungen einzufangen, die über Tatsachenbeschreibungen hinausgingen. Dabei ergab sich bezogen auf die Leitungsposition insgesamt das Bild einer starken Änderungsdynamik mit wechselnden bzw. neuen Aufgaben und Herausforderungen. Sich ständig auf veränderte Rahmenbedingungen einstellen zu müssen, wurde von den Befragten als psychisch belastend, aufwändig und herausfordernd beschrieben. Die Kurzfristigkeit der kommunizierten Richtlinien nötigte den Leitungskräften hinaus ein hohes Maß an persönlichem Einsatz und Flexibilität ab. Hier wurden notwendige Absprachen, die eigene Informationsbeschaffung, Rücksprachen mit relevanten Akteuren, aber auch die Aufklärung und Beruhigung von Mitarbeiter/innen und Eltern angeführt.

2.4.6. Umsetzung der Schutz- und Hygienemaßnahmen

Nahezu alle befragten Einrichtungsleitungen hielten sich an die Vorgabe, die Kinder während der Notbetreuung in kleinen, voneinander getrennten Gruppen zu betreuen. In der Praxis bedeutete dies zu meist, dass sich der pädagogische Alltag innerhalb einer Gruppe auf einen sog. Gruppenraum beschränkte, da vorher gemeinschaftlich genutzte Themen-, Nebenräume und Nischen abgesperrt werden mussten. Insbesondere für Einrichtungen, die im Regelbetrieb mit offenem Konzept arbeiten, bedeutete dies nicht nur räumliche Veränderungen (also den Umbau von Funktionsräumen zu Gruppenräumen), sondern auch eine Anpassung der Pädagogik, da diese Form der Betreuung mit Einschränkungen hinsichtlich Bewegungsradius, Materialien, aber auch Freiheiten der Kinder verbunden war.

Da die meisten Einrichtungen im Regelbetrieb teiloffen arbeiten, war die strikte Trennung von Gruppen für alle Einrichtungen mit deutlichen Veränderungen im Alltag sowie zahlreichen neuen Regelungen verbunden. Trotz der von den Leitungen berichteten großen Bemühung, Kinder unterschiedlicher Gruppen voneinander strikt zu distanzieren, gab es vereinzelt die Rückmeldung, dass es sehr schwierig sei, dies für jedes Kind durchgehend zu kontrollieren. Das nicht in jeder Einrichtung vermeidbare Aufeinandertreffen bei den Bring- und Abholsituationen, auf Fluren oder in gemeinsam genutzten Sanitärbereichen barg die Gefahr in sich, dass nicht in jeder Minute die Abstandsregel gewahrt werden konnte.

Trotzdem wurde in den Interviews deutlich, dass während der (erweiterten) Notbetreuung zahlreiche strukturelle Regelungen zur Gruppentrennung in Kindertageseinrichtungen eingeführt wurden. Einrichtungen fanden beispielsweise unterschiedliche Lösungen für die Umsetzung der Gruppentrennung im Außenbereich. Nahezu alle Einrichtungen hatten ihren Außenbereich räumlich aufgeteilt und teilweise durch Absperrbänder abgegrenzt. Etwa die Hälfte der befragten Einrichtungen berichtete, dass die gleichzeitige Nutzung des Außenbereichs durch mehrere Gruppen in zugewiesenen Bereichen möglich ist, während fast genauso viele Leitungen angaben, dass die Gruppen nur noch im Wechsel, nach Absprache oder nach festen Zeitplänen nach draußen konnten.

Darüber hinaus wurden zahlreiche neu eingeführte Regelungen zur Nutzung der Sanitärbereiche genannt. Etwa ein Fünftel der befragten Leitungen gab an, dass sich aufgrund der begrenzten Anzahl an Sanitärbereichen zwei bis max. drei Gruppen einen Sanitärbereich teilen mussten. In den meisten Fällen wurde der entsprechende Raum unterteilt oder Waschbecken und Toiletten wurden einzelnen Gruppen zugewiesen und entsprechend markiert. Über alle befragten Leitungen hinweg gaben zudem 15 Leitungen an, dass die Kinder bei der Nutzung des Sanitärbereichs begleitet wurden. Des Weiteren galten Abstandsregeln, und die erlaubte Anzahl an Personen im Sanitärbereich wurde vereinzelt eingeschränkt.

Eine weitere Empfehlung für Kindertageseinrichtungen legte eine feste Zuweisung von Mitarbeiterinnen zu einer jeweiligen Gruppe nahe. In Zeiten der erweiterten Notbetreuung konnten dies 59 der 83

befragten Leitungen in der Praxis umsetzen. Die meisten der übrigen Leitungen gaben an, dass sie es zwar überwiegend umsetzen konnten, dass jedoch in Krankheits- und Urlaubszeiten Ersatzkräfte eingesetzt werden mussten. Insbesondere Einrichtungen mit langen Öffnungszeiten, die im Schichtbetrieb arbeiten, berichteten diesbezüglich über wenig Spielraum, da die Betreuung in kleinen Gruppen deutlich mehr Personalressourcen in Anspruch nehmen. Wenige Einrichtungen arbeiteten mit einem Rotationsprinzip, nach dem im 7- oder 14-tägigen Rhythmus die Personalzuteilung je Gruppe wechselte. Meist geschah dies, als nur wenige Kinder in der Notbetreuung waren und viele Beschäftigte den Wunsch äußerten, nicht nur im Homeoffice zu arbeiten, sondern auch in der Gruppe eingesetzt zu werden.

Hinsichtlich der Einhaltung von Distanzregeln innerhalb einer Kita-Gruppe vertrat die Jugend- und Familienministerkonferenz eine klare Position: "Als Rahmenbedingung ist zu akzeptieren, dass sich das Distanzgebot in der Arbeit mit Kindern im Alter bis zur Einschulung nicht umsetzen lässt" (JFMK 2020, S. 2). Entsprechend ihrer Erfahrung in der Notbetreuung bestätigten 68 von 83 Leitungen, dass Distanzregeln innerhalb des pädagogischen Settings nicht umsetzbar gewesen seien. Kinder würden verunsichert, wenn man sie während des Spiels auf Abstandsregeln aufmerksam mache. Immerhin sechs Leitungen gaben an, dass auch innerhalb der Gruppe versucht wurde, Abstand zwischen Personal und Kindern zu wahren, wobei hieraus Verunsicherung sowohl beim Personal als auch bei den Kindern resultierte.

Vereinzelt ließen sich Kinder beim Trösten nicht mehr umarmen, pädagogische Fachkräfte waren unsicher und ängstlich, was sich nach deren Einschätzung auch auf die Kinder übertragen habe. Neun Leitungen betonten, dass sie immer wieder mit den Kindern über Abstandsregeln sprachen (z.B. keine Umarmungen zwischen Kindern), diese aber im Freispiel nicht einforderten. Interessanterweise berichtete aber fast die Hälfte der Leitungen, dass die Kita in einzelnen Situationen versuchte, Distanz zwischen Kindern zu organisieren, beispielsweise beim Mittagessen, Schlafen, im Morgenkreis oder durch den Verzicht auf Aktivitäten, bei denen sich die Kinder zu nahe kommen konnten (z.B. Basteln am Tisch).

Auf die Frage danach, wie die Umsetzung der Vorgaben zur Hygiene und zum Infektionsschutz jenseits der Gruppentrennung erfolgt sei, gab fast die Hälfte aller Leitungen an, dass zusätzliche Reinigungsmaßnahmen in der Kita durchgeführt wurden. Diese reichten von der mehrmals täglichen Reinigung der Sanitärbereiche, der Essensräume und Tische über die mehrmals tägliche Desinfektion von Kontaktflächen (z.B. Türklinken). Auch Spielsachen wurden in einzelnen Kitas gereinigt; vereinzelt wurde nicht desinfizierbares Spielzeug aussortiert. Diese zusätzlichen Reinigungsarbeiten wurden teilweise durch das Reinigungspersonal übernommen, wobei einzelne Leitungen hier eine deutliche, nicht immer leistbare Mehrarbeit und stellenweise höhere Kosten für Personal und Reinigungsmittel beklagten. Daher wurde das Reinigungspersonal unterstützt durch pädagogische Tätige, die immer wieder Sanitärbereiche, Spielzeug oder Kontaktflächen desinfizierten. Auch das hauswirtschaftliche Personal im Küchendienst wurde, sofern vorhanden, stellenweise hierfür eingesetzt. Vereinzelt hatten auch pädagogische Fachkräfte, die nicht in die Notbetreuung eingebunden waren, in dieser Phase eine Grundreinigung der Kita vorgenommen.

Als weitere, sehr häufig praktizierte Maßnahme wurde das Händewaschen genannt. In fast der Hälfte der Kitas wurde die Regel eingeführt, dass Kinder nach Betreten der Kita zunächst ihre Hände waschen müssen. Stellenweise waren Desinfektionsstationen für Kinder und Eltern am Eingang aufgebaut worden. Auch im Kita-Alltag versuchte das pädagogische Personal, das regelmäßige Händewaschen noch verbindlicher als zuvor zu etablieren. Relativ selten wurden Maßnahmen wie das Lüften oder eine regelmäßige Temperaturmessung genannt, die in der öffentlichen Diskussion einen größeren Stellenwert eingenommen haben.

Insbesondere in der Mittagessenssituation kamen weitere Hygienemaßnahmen zum Tragen. Diese betreffen in erster Linie das Distanzgebot. In einigen Kitas wurde im Gruppenraum gegessen, d.h. vorhandene Essensbereiche wie Bistros oder Kinderrestaurants wurden in Zeiten der Notbetreuung nicht mehr genutzt, um auch während des Mittagessens die Gruppentrennung aufrecht zu erhalten. Darüber hinaus wurde durch eine lockere Stuhlreihung beim Mittagessen versucht, Distanz zwischen den Kindern zu organisieren. Zu den häufigsten Nennungen der Leitung gehörte auch die Aussage, dass keine Selbstbedienung mehr beim Essen erlaubt werden konnte. Einzelne Leitungen gaben zudem an, dass aufgrund der geringen Kinderzahl entweder die Kinder nun selbst ihr Mittagessen mitbrachten oder es einen Wechsel beim Caterer gab. In einem Fall war die Mitversorgung über einen Caterer, der ein Pflegeheim beliefert, aufgrund der Schutzmaßnahmen des Pflegeheims nicht mehr möglich.

Etwa die Hälfte aller befragten Leitungen gab an, dass die pädagogischen Fachkräfte in der Notbetreuung keinen Mund-Nasen-Schutz bzw. Masken trugen. Vor allem im Krippenbereich gab es die Empfehlung, aufgrund der großen Bedeutung von Mimik auf eine Mund-Nasen-Bedeckung zu verzichten. In etwa der Hälfte der Kitas sei es grundsätzlich eine freiwillige Entscheidung der Beschäftigten gewesen, sich für oder gegen die Nutzung von Masken zu entscheiden. Insbesondere, wenn in der gesamten Einrichtung auf das Tragen von Masken verzichtet worden war, wurde betont, dass dies eine gemeinsame Teamentscheidung war. Nur selten wurde berichtet, dass der Träger oder das Land diese Entscheidung getroffen hatten.

In gut der Hälfte der Einrichtungen wurde zumindest in spezifischen Situationen auf einen Mund-Nasen-Schutz zurückgegriffen. Am häufigsten genannt wurde an dieser Stelle die morgendliche Übergabe des Kindes. Dementsprechend berichteten 36 Leitungen, dass die Eltern ebenfalls bei der Übergabe eine Maske trugen. Einzelne Einrichtungen führten eine verbindliche Maskenpflicht für Eltern ein, andere setzten auf die freiwillige Nutzung durch die Eltern. Darüber hinaus wurden Masken in Situationen getragen, in denen das Personal keinen Mindestabstand einhalten konnte, sowohl im pädagogischen Alltag als auch bei der Begleitung der Kinder zum Wickeln bzw. auf die Toilette.

Kinder trugen gemäß den Empfehlungen in der Notbetreuung keinen Mund-Nasen-Schutz in der Kita. Manchmal wurden Masken spielerisch mit den Kindern genutzt oder gebastelt. Auch Leitungen, die Hortkinder betreuten, erzählten, dass Schulkinder, die in der Schule das Tragen von Masken gewohnt waren, im Hort keine Masken aufsetzen mochten. Im Hort funktionierte allerdings auch die Einhaltung des Mindestabstandes deutlich besser als im Elementarbereich.

Neben der Nutzung von Masken beim Kontakt mit den Eltern wurde in einigen der befragten Kitas auch der Ort der Übergabe der Kinder in der morgendlichen Bringsituation verändert. Fast die Hälfte der Leitungen gab an, dass Eltern aus Infektionsschutzgründen die Kindertageseinrichtung nicht mehr betreten durften. Die Übergabe des Kindes fand entsprechend meistens vor der Eingangstür, seltener am Gartentor statt. Häufig verbreitet war auch die Übergabe im Eingangsbereich der Kita. Ein nennenswerter Anteil an Kitas hielt jedoch an der Übergabe vor dem Gruppenraum oder in der Garderobe fest. Insbesondere bei den unter Dreijährigen gestaltete sich die Übergabe vor der Kita schwieriger. Manchmal gab es daher innerhalb einer Einrichtung unterschiedliche Übergabeorte für Kinder unter und Kinder ab drei Jahren. In Zeiten der Notbetreuung legten nur sehr wenige Kitas feste Bringzeiten fest. Bei gleichzeitiger Ankunft der Eltern wurde gewartet und ausreichend Abstand gehalten. Laut Rückmeldung der Leitungen verhielten sich die Eltern diesbezüglich größtenteils sehr vorbildlich.

2.4.7. Einschätzungen der Kita-Leitungen zur Situation des Personals

Die befragten Leitungen schätzten die Motivation und das Engagement der Beschäftigten während der Phase der Notbetreuung ganz überwiegend als hoch ein. Zahlreiche pädagogisch Tätige schätzten die in der Notbetreuung günstigere Betreuungsrelation. Mit Blick auf ebenfalls in den Leitungsinterviews

angesprochene Ängste, Unsicherheiten oder Schwierigkeiten auf Seiten des Personals in dieser ungewohnten Situation thematisierte immerhin mehr als jede fünfte Leitung das Thema „Angst“ explizit: Einerseits berichteten Leitungen von Teams, die vollkommen angst- und sorgenfrei in den Kindertageseinrichtungen arbeiteten, an anderer Stelle wurde von großen Ängsten berichtet. Auch wurden unterschiedliche Reaktionen innerhalb eines Teams berichtet. Der Infektionsschutz des Personals wurde in etwa jedem vierten Interview als Schwierigkeit benannt. Neben der Angst vor Infektionen wurde der Wunsch nach stärkerem Schutz geäußert, mehrfach auch die mangelnde gesellschaftliche Wertschätzung für die Gruppe der Erzieherinnen: Während Verkäuferinnen oder Pflegekräfte deutlich stärker geschützt würden, gelte die Kindertagesbetreuung nicht als systemrelevant und schutzbedürftig, obwohl die Berufsgruppe der Erzieherinnen „das System am Laufen halte“.

2.4.8. Aussicht auf die stufenweise Öffnung

Auf die Frage, inwieweit die Einrichtungen unter den aktuell geltenden Bedingungen der Notbetreuung noch weitere Kinder aufnehmen könnten, wurden von allen befragten Einrichtungsleitungen klare Kapazitätsgrenzen genannt. Alle Leitungen hatten bereits vor der weiteren Öffnung maximale Kapazitäten errechnet, die Raum- und Personalplanung für potenziell eintretende Öffnungsprozesse (z.B. Öffnung für Vorschulkinder) durchdacht und ggf. entsprechende Möglichkeiten und Grenzen mit den zuständigen Stellen und dem Träger besprochen. Die damals in Aussicht gestellte Rückkehr zum Regelbetrieb unter den geltenden Schutz- und Hygienerichtlinien bereitete nahezu allen Einrichtungen Sorgen, da diese dann nicht mehr umsetzbar seien. Auch wurden Sorgen um den Schutz des Personals immer wieder genannt. Knapp die Hälfte der befragten Leitungen nannte explizit die Personalsituation als limitierenden Faktor für eine Erweiterung der Betreuungskapazitäten.

Einzelne, sehr wenige Einrichtungen hatten zudem bereits während der Notbetreuung ihre Kapazitätsgrenzen erreicht und mussten aufgrund der geltenden Gruppengrößen bereits Eltern abweisen. Mehrere Leitungen betonten, dass zum Befragungszeitpunkt bereits das gesamte Personal eingesetzt war und es diesbezüglich wenig Spielraum gebe. Viele Einrichtungen berichteten, dass es in ihrer Einrichtung bereits im Regelbetrieb einen Personalmangel gab oder dass Abwesenheiten der Beschäftigten aufgrund von Urlaub oder Fortbildungen kaum kompensiert werden konnten. Einrichtungen, die zu dieser Zeit noch auf einen Einsatz von einzelnen Personen verzichteten, die zur Risikogruppe gehörten, gaben an, dass Kapazitätserweiterungen nur möglich seien, wenn diese wieder eingebunden würden. Nur sehr wenige Einrichtungen erwähnten, dass sie zudem auf externe Springerkräfte zurückgreifen konnten. Raumprobleme wurden deutlich seltener als limitierender Faktor genannt. Hierbei war es eher die Anzahl an Gruppenräumen, die die Bildung weiterer Gruppen begrenzte, als die Anzahl der Sanitärbereiche in der Einrichtung.

2.5. Ausblick

Die ad hoc organisierte telefonische Befragung von Einrichtungsleitungen zu den in der Notbetreuung gewonnenen Erfahrungen macht deutlich, wie die Kitas den Spagat von Betreuungsauftrag und Infektionsschutz insgesamt gemeistert haben. Diese nicht repräsentativen Einblicke in die Praxis vor Ort in der Phase der eingeschränkten Notbetreuung wurden zugleich genutzt, um die standardisierten Erhebungsformate des KiTa-Registers und der KiTa-Surveys zu verfeinern und zu finalisieren. Das KiTa-Register ging am 11. August 2020 an den Start und wird künftig aktuell, regionalisiert und repräsentativ über die organisatorische Bewältigung der stufenweisen Kita-Öffnung berichten.

3. Studienlage zur Empfänglichkeit von Kindern und Jugendlichen



Die vorliegende Literaturzusammenfassung zum Thema Empfänglichkeit von Kindern und Jugendlichen basiert auf einer Auswahl von Haushaltskontaktstudien und Ausbruchsuntersuchungen, die durch eine nicht systematische Literaturrecherche sowohl eigener Datenbanken als auch den Datenbanken PubMed, EMBASE und medRxiv gefunden wurden. Da SARS-CoV-2 ein neuer Erreger ist, werden auch noch nicht von Experten begutachtete Studien (peer-reviewed) berücksichtigt. Die Literaturzusammenfassung bezieht sich auf die Fragestellung zur Empfänglichkeit (Suszeptibilität) der Kinder und Jugendlichen, insbesondere im Vergleich zu Erwachsenen. Es soll untersucht werden, inwiefern die beiden Studientypen „Haushaltskontaktstudien“ und „Ausbruchsuntersuchungen“ für die Beantwortung dieser Fragestellung etwas beitragen können.

3.1. Haushaltskontaktstudien

3.1.1. Studienlage

Haushaltskontaktstudien eignen sich gut für die Messung der Übertragbarkeit von respiratorischen Erregern, weil (1) das Übertragungsrisiko hoch ist, (2) der Indexfall im Allgemeinen leicht identifiziert werden kann, (3) eine klar definierte Anzahl an Personen eine ähnliche Exposition zum Indexfall haben und (4) die Variabilität zwischen Haushalten nicht sehr groß ist. Eine Clusterung der Personen durch die Haushalte als Beobachtungsobjekte (und den Einfluss auf die damit zusammenhängenden Ergebnisse) kann in der Auswertung berücksichtigt werden. Grundsätzlich sollten nur Haushalte einbezogen werden, die auch suszeptibel sind. Dies kann dadurch gewährleistet werden, dass zu Studienbeginn ein serologischer Test durchgeführt wird. Besonders bei „neuen“ Erregern oder saisonal neu auftretenden Erregern kann vereinfachend eine Suszeptibilität angenommen werden. Ein typischer Endpunkt bei Haushaltskontaktstudien ist die so genannte sekundäre Erkrankungsrate (SER) unter den Haushaltskontakten (HHK), d.h. die Anzahl der Infizierten geteilt durch die Anzahl der Exponierten. Obwohl prinzipiell auch eine Ansteckung durch eine Infektionsquelle außerhalb des Haushalts möglich ist, ist dies ab dem Zeitpunkt zu dem ein Haushalt quarantänisiert ist, zu vernachlässigen. Sowohl die Indexfälle als auch die exponierten Haushaltskontaktpersonen können nach Alter (Kinder, Erwachsene) stratifiziert und ausgewertet werden. Wenn der Symptombeginn als Kriterium benutzt wird, um den Primärfall in einem Haushalt zu identifizieren, ist es prinzipiell möglich, dass ein Eintrag in die Familie durch Kinder verpasst wird, weil diese relativ häufig asymptomatisch infiziert sind (Zhen-Dong et al., 2020). Darüber hinaus kann dies bei den Kindern zu einer Unterschätzung der SER führen, da diese dann nicht mehr für das Virus suszeptibel sind, oder zu einer Fehlberechnung der klinischen bzw. labordiagnostischen SER.

In einer bislang noch nicht begutachteten Haushaltskontaktstudie in Israel (Bnei Brak) wurden Haushalte mit mindestens 1 HHK identifiziert, in denen alle HHK mittels PCR getestet wurden und mindestens ein HHK SARS-CoV-2-positiv war (Dattner et al., 2020). Eingeschlossen wurden 637 Haushalte mit 1.544 Kindern und Jugendlichen bis zu 19 Jahren und 998 Erwachsene über 19 Jahre. Der Beginn der ersten Erkrankung im Haushalt wurde über die Angaben zum Symptombeginn oder durch ein positives Testergebnis definiert, abhängig davon, was zuerst kam. Die Modellierung der altersstratifizierten SER basierend auf dem ersten berichteten Symptombeginn oder positiven Testergebnis ergab für die Altersgruppen zwischen 30 und 75 Jahren zwischen 40 und 45% relativ konstante Werte. Bei Kindern und Jugendlichen dagegen stieg die SER von 10-15% in der jüngsten 5-Jahresaltersgruppe in den weiteren 5-Jahresaltersgruppen bis zu den 30-35-Jährigen fast linear an. Die einzige Ausnahme bei den Kindern waren die 0-1-Jährigen mit einer SER von ca. 35%. Hieraus ergab sich für Kinder und Jugendli-

che im Vergleich zu Erwachsenen eine relative Empfänglichkeit von etwa 45% (40%-55%). Der Manifestationsindex (= Anteil der symptomatischen Personen unter allen Fall-Personen) lag bei Erwachsenen bei 88% und bei Kinder und Jugendlichen bei 75%.

Zwei Studien aus China finden eine geringere Empfänglichkeit bei Kindern und Jugendlichen als bei Erwachsenen (Jing et al., 2020; Li et al., 2020). In einer ersten wurden 105 PCR-getestete Indexfälle und 392 Haushaltskontakte identifiziert. Während sich von 44 HHK im Alter von 0-5 Jahren ein Kind infizierte (SER 2,3%) und von 56 HHK im Alter von 6-17 Jahren drei Personen infizierten (SER 5,4%; Unterschied nicht signifikant), betrug bei den Erwachsenen die SER 21% (60/292). In einer zweiten Studie aus China wurden 212 Indexfälle und 2.075 Haushaltskontakte eingeschlossen. Obwohl die Studie auch andere familiäre Kontakte berücksichtigte, beschränken wir uns hier aus Gründen der Vergleichbarkeit mit anderen Studien auf die Haushaltsmitglieder, die zum gleichen Haushalt gehörten. Die SER betrug für Kinder und Jugendliche unter 20 Jahre 6,4% (8/125) und für Erwachsene (20-59 Jahre) 19% (59/319). Wegen einer geringen Anzahl von Fällen bei Kindern konnte die SER in den jüngeren Altersgruppen unter den Kindern nicht geschätzt werden (Jing et al., 2020). Zehn unter 20-Jährige wurden als Ansteckungsquelle identifiziert und steckten mehr Haushaltkontakte an (10%) als die Erwachsenen (6,7%) [Persönliche Kommunikation mit dem Autor].

In einem systematischen Review mit Meta-Analyse wurden die SER von Haushaltskontaktstudien untersucht (Madewell, Yang, Longini, Halloran, & Dean, 2020). Dabei war die mittlere SER bei Erwachsenen ab 18 Jahren (31%) signifikant höher als bei Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren (16%). Innerhalb der Kinder und Jugendlichen wurde die Altersgruppe der (jüngeren) Kinder nicht von den Jugendlichen getrennt analysiert. In den Altersgruppen Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren und Erwachsene ab 18 Jahren gab es eine signifikante Heterogenität, d.h. die absoluten Werte variierten stark zwischen den Studien. Das Verhältnis der SER von Erwachsenen und Kindern war jedoch sehr einheitlich. Darüber hinaus war die SER unter HHK von symptomatischen Indexfällen (20%) signifikant höher als bei asymptomatischen (0,7%). Sofern Kinder häufiger asymptomatisch infiziert sind als Erwachsene, könnte das dazu beitragen, dass Kinder weniger häufig auf andere Personen übertragen.

3.1.2. Haushaltskontaktstudien - Zusammenfassung

In der Zusammenschau sind die Unterschiede zwischen den SER in verschiedenen Ländern groß. Dennoch stimmen die Studien darin überein, dass für Kinder und Jugendliche generell niedrigere SER als für Erwachsene beschrieben werden (Dattner et al., 2020; Jing et al., 2020; Li et al., 2020; Madewell et al., 2020). Innerhalb aller Kinder hatten Kinder im Kindergartenalter (etwa 2-5 Jahre) wiederum eine geringere oder nur leicht geringere SER als Kinder im Schulalter (6-19 Jahre) (Dattner et al., 2020; Li et al., 2020). Die Daten einer einzelnen Studie aus Israel, die aufgrund der Datenlage auch feine Altersgruppen analysieren konnte, weisen darauf hin, dass Säuglinge nicht etwa die niedrigsten SER hatten, wie ansonsten vom Alterstrend zu erwarten wäre, sondern eine SER, die deutlich über derjenigen der Kleinkinder liegt (Dattner et al., 2020). Wenn sich Kinder häufiger asymptomatisch infizieren als Erwachsene und die SER ausgehend von asymptomatischen Indexpersonen signifikant niedriger ist als von symptomatischen, ist es möglich, dass Kinder weniger oft das Virus übertragen.

3.2. Ausbruchsuntersuchungen

3.2.1. Studienlage

Prinzipiell bieten Ausbruchsuntersuchungen eine gute Gelegenheit, bestimmte Fragestellungen zu untersuchen, die sonst aus ethischen Gründen nicht untersucht werden können. Man könnte z.B. nicht in einer randomisierten Studie eine Gruppe von Kindern mit einer Gruppe von Erwachsenen vergleichen, wenn sie jeweils dem Kontakt mit einem infektiösen Kind (oder Erwachsenen) ausgesetzt wer-

den. In Ausbrüchen (oder gepoolten Daten aus mehreren Ausbrüchen) können als „natürliche Experimente“ diese Fragestellungen jedoch untersucht werden, allerdings sind auch die Rahmenbedingungen im jeweiligen Ausbruchs-Setting vorgegeben und nicht immer vergleichbar.

Potentielle und tatsächliche Ausbruchssituationen in Schulen und pädagogischen, frühkindlichen Einrichtungen; New South Wales, Australien.

Aus Meldedaten wurden im australischen Bundesland New South Wales in 15 Schulen und 10 Einrichtungen zur frühkindlichen Bildung und Erziehung („Kitas“) 12 Kinder und 15 erwachsene Mitarbeitende identifiziert, die ihre Einrichtung besuchten, solange sie infektiös waren (Macartney et al., 2020). Somit waren prinzipiell die Voraussetzungen für die Entstehung von Ausbrüchen gegeben. Die mediane Dauer der Anwesenheit in den Einrichtungen während der Infektiosität betrug 2 Tage (Interquartilsbereich 1-4 Tage). Es wurden 1.448 Kontaktpersonen beobachtet. Ein PCR-Labortest wurde allen symptomatischen Kontaktpersonen angeboten. In einer Untergruppe von sieben Einrichtungen (4 Schulen und 3 Kitas) wurden sowohl symptomatischen als auch asymptomatischen Personen eine PCR und ein Antikörpertest angeboten. Bei 633 der 1.448 Kontaktpersonen wurde letztlich eine Form eines Labortests durchgeführt und 18 sekundäre Fälle (Erkrankungsrate (ER) von 1,2%) identifiziert. Diese verteilten sich auf 3 von 15 Schulen und 1 von 10 Kitas. In der Kita kam es zum einzigen Ausbruch (mit 13 der 18 Sekundärfällen), nach nur einem Tag Exposition durch eine 49-jährige Mitarbeiterin. In allen Einrichtungen zusammen betrug die ER bei Kindern, wenn ein Erwachsener der Primärfall war (ER(Erwachsener → Kind)) 1,5% (8/536), die ER(Kind → Erwachsener) betrug 1,0% (1/103), die ER(Kind → Kind) 0,3% (2/649) und die ER(Erwachsener → Erwachsener) 4,4% (7/160). In der Untergruppe der sieben Einrichtungen mit intensiverer Testung waren 4 (40%) von 10 Fällen unter Kindern asymptomatisch, gegenüber 3 (23%) von 23 erwachsenen Betreuenden.

Ausbruch in einem Ferienlager; Georgia, USA

In einem Ferienlager in Georgia, USA, ereignete sich ein explosiver Ausbruch unter Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen (Szablewski et al., 2020). Voraussetzung aller Teilnehmenden des Ferienlagers war ein negativer PCR-Test in den 12 Tagen vor Anreise. In den ersten vier Tagen (17.-21.06.2020) hatten 117 Betreuende und 134 Trainees an einem Vorbereitungslager teilgenommen (medianes Alter dieser beiden Gruppen: 17 Jahre, Spannweite 14-59 Jahre). Am 21.06.2020 stießen 346 Ferienlagerteilnehmende (medianes Alter 12 Jahre, Spannweite 6-19 Jahre) und drei leitende Mitarbeitende dazu, während die Trainees das Ferienlager verließen. Am 22.06.2020 entwickelte eine jugendliche Betreuungsperson Fieber und Schüttelfrost und verließ das Ferienlager am 23.06.2020. Am 24.06.2020 wurde er positiv getestet. Innerhalb von drei Tagen nach dem positiven Testergebnis wurden die Kinder nach Hause geschickt und das Ferienlager am 27.06.2020 geschlossen.

Insgesamt wurden 260 (44%) von 597 Teilnehmenden positiv getestet. In allen drei Gruppen (Betreuende, Trainees, Teilnehmende) gab es viele Fälle mit der höchsten Infektionsrate (IR) unter Betreuenden mit 56% (die die längste Zeit im Camp verbrachten), 19% unter Trainees (die nur in den ersten 4 Tagen anwesend waren) und 49% unter den Teilnehmenden. In 28 (90%) der 31 Wohnhütten traten Fälle auf mit einer medianen IR von 50% pro Wohnhütte. Die IR unter den 6-10-Jährigen betrug 51%, unter den 11-17-Jährigen 44% und unter den 18-21-Jährigen 33%. Von 136 Fällen mit Informationen zur Symptomatik waren 36 (26%) asymptomatisch. Wahrscheinlich steckten sich die Betreuenden und Trainees bereits während des Vorbereitungsalters an, und die bei Ankunft der Teilnehmenden infektiösen Betreuenden verbreiteten das Virus, getriggert durch gemeinsames Bewohnen der Hütten sowie Juchzen und Singen unter den Teilnehmenden.

Ausbrüche in Grundschulen und einem Gymnasium; Oise, Frankreich

Zwei noch nicht begutachtete Ausbruchuntersuchungen aus Frankreich haben sowohl die Schülerinnen und Schüler als auch die Lehrerinnen und Lehrer von sechs Grundschulen (6-11-Jährige) bzw. von einem Gymnasium und die dazugehörigen Haushaltkontaktpersonen untersucht (Fontanet, Crescenzo, et al., 2020; Fontanet, Grant, et al., 2020). In der Ausbruchuntersuchung von sechs Grundschulen nahmen 49% der eingeladenen Schülerinnen und Schüler und 82% der eingeladenen Lehrerinnen und Lehrer teil. Darüber hinaus nahmen 641 Eltern und 119 Verwandte aus den gleichen Haushalten der Schülerinnen und Schüler sowie 28 nicht unterrichtendes Personal teil. Die Teilnehmenden wurden serologisch getestet. In der Studie zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Altersgruppen von 5 bis ≥ 65 Jahre (IR 10,4%) (Fontanet, Grant, et al., 2020). Allerdings zeigte sich eine Tendenz dazu, dass 5-7-jährige Kinder eine niedrigere IR (6,2%) als Erwachsene (rund 11%) hatten und Jugendliche in dem Alter 12-17 Jahre eine höhere IR (15,4%) als sowohl 5-7 und 8-11-jährige Kinder (IR 6,2% und 2,9-9,8%) als auch Erwachsene (rund 11%) hatten. In der Studie von dem Gymnasium wurden allen Schülerinnen und Schüler, Lehrerinnen und Lehrer sowie nicht unterrichtendes Personal mit einer Emailadresse eingeladen (878 von 1.262) (Fontanet, Crescenzo, et al., 2020). Von den 878 nahmen 37% teil und zusätzlich nahmen 345 Eltern und Geschwister zu den teilnehmende Schülerinnen und Schülern teil. Die Teilnehmenden wurden serologisch getestet mit einer IR, die insgesamt 26% betrug. Die Studie zeigte einen signifikanten Altersunterschied. Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren hatten eine niedriger IR (2,7%) als Erwachsene über 18 Jahre (IR 20-22%). Dagegen hatten Jugendliche zwischen 15 und 17 Jahren eine höhere IR (40%) als Erwachsene.

3.2.2. Ausbruchsuntersuchungen - Zusammenfassung

Die Ausbrüche zeigen zum einen, dass Kinder grundsätzlich empfänglich für SARS-CoV-2 sind und dass es auch – bei entsprechender Exposition – zu hohen Infektionsraten kommen kann. Auffallend ist der starke Unterschied zwischen den Infektions- und Erkrankungsraten in den Settings (australische Schulen/Kitas vs. Camps mit Übernachtung und Singen/Jubeln in USA/Grundschule bzw. Gymnasium in Frankreich). Auch wenn die Zahlen in der australischen Untersuchung klein sind, sprechen auch sie dafür, dass die Übertragung zwischen Erwachsenen effektiver sein könnte als (von Kindern oder Erwachsenen) auf Kinder oder von Kindern auf Erwachsene.

3.3. Einbezogene Literatur

- Dattner, I., Goldberg, Y., Katriel, G., Yaari, R., Gal, N., Miron, Y., . . . Huppert, A. (2020). The role of children in the spread of COVID-19: Using household data from Bnei Brak, Israel, to estimate the relative susceptibility and infectivity of children. *MedRxiv*, 10.1101. doi:10.1101/2020.06.03.20121145
- Fontanet, A., Crescenzo, B., Munier, S., Demeret, C., Grzelak, L., Staropoli, I., . . . Chen, K.-Y. (2020). Cluster of COVID-19 in northern France: A retrospective closed cohort study. *MedRxiv*. doi:https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3582749
- Fontanet, A., Grant, R., Tondeur, L., Madec, Y., Grzelak, L., Cailleau, I., . . . Hoen, B. (2020). SARS-CoV-2 infection in primary schools in northern France: A retrospective cohort study in an area of high transmission. *MedRxiv*, 2020.2006.2025.20140178. doi:10.1101/2020.06.25.20140178
- Jing, Q. L., Liu, M. J., Zhang, Z. B., Fang, L. Q., Yuan, J., Zhang, A. R., . . . Yang, Y. (2020). Household secondary attack rate of COVID-19 and associated determinants in Guangzhou, China: a retrospective cohort study. *Lancet Infect Dis*. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/s1473-3099\(20\)30471-0](http://dx.doi.org/10.1016/s1473-3099(20)30471-0)

- Li, W., Zhang, B., Lu, J., Liu, S., Chang, Z., Cao, P., . . . Chen, J. (2020). The characteristics of household transmission of COVID-19. *Clin Infect Dis*. doi:10.1093/cid/ciaa450
- Macartney, K., Quinn, H. E., Pillsbury, A. J., Koirala, A., Deng, L., Winkler, N., . . . Chant, K. (2020). Transmission of SARS-CoV-2 in Australian educational settings: a prospective cohort study. *the Lancet Child & Adolescent Health*. doi:[https://doi.org/10.1016/S2352-4642\(20\)30251-0](https://doi.org/10.1016/S2352-4642(20)30251-0)
- Madewell, Z., Yang, Y., Longini, I., Halloran, E., & Dean, N. (2020). Household transmission of SARS-CoV-2: a systematic review and meta-analysis of secondary attack rate *MedRxiv*.
- Szablewski, C. M., Chang, K. T., Brown, M. M., Chu, V. T., Yousaf, A. R., Anyalechi, N., . . . Stewart, R. J. (2020). SARS-CoV-2 Transmission and Infection Among Attendees of an Overnight Camp - Georgia, June 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 69(31), 1023-1025. doi:<https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6931e1>
- Zhen-Dong, Y., Gao-Jun, Z., Run-Ming, J., Zhi-Sheng, L., Zong-Qi, D., Xiong, X., & Guo-Wei, S. (2020). Clinical and Transmission Dynamics Characteristics of 406 Children with Coronavirus Disease 2019 in China: A Review. *Journal of Infection*. doi:<https://doi.org/10.1016/j.jinf.2020.04.030>

Teil III – Monatsbericht August 2020

4. Öffnungsgeschehen der Kindertagesbetreuung⁶



Auch in diesem Monatsbericht wird das Öffnungsgeschehen in den Kindertageseinrichtungen in den Ländern zusammengestellt. Zusätzlich wird dieses auch für die Kindertagespflege in den Blick genommen und dem der Kindertageseinrichtungen gegenübergestellt. Dies erfolgt insbesondere durch die Beobachtung der Öffnungsphasen seit dem Lockdown. Für die Länder, in denen (separate) Daten zur Inanspruchnahme der Kindertagespflege verfügbar sind, werden diese zusätzlich berichtet.

4.1. Inanspruchnahme der Kindertageseinrichtungen im Laufe des Öffnungsgeschehens

Bereits Ende Juli waren die meisten Länder in den Regelbetrieb (unter Pandemiebedingungen) in den Kindertageseinrichtungen übergegangen oder haben dies für die folgenden Wochen angekündigt. Seit Anfang August befinden sich Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen und das Saarland in dieser Phase und seit Mitte August Nordrhein-Westfalen. Ende August/Anfang September ist auch für Bayern, Bremen, Sachsen-Anhalt und Thüringen angekündigt, dass sie in den Regelbetrieb unter Pandemiebedingungen übergehen, sodass es ab KW 36 kein Land mehr gibt, deren Kitas noch unter den Bedingungen des eingeschränkten Regelbetriebs organisiert sind.

Erkennbar ist, dass diejenigen Länder, die vor den schulischen Sommerferien noch nicht in den Regelbetrieb übergegangen waren, im Anschluss daran in diesen übergegangen sind oder gehen.

Aktuelle Befunde zur Inanspruchnahme der Kindertageseinrichtungen liegen für die einzelnen Länder immer weniger vor, da diese mittlerweile häufig nicht mehr abgefragt wird, oder aufgrund der Sommerferien kaum valide Daten vorliegen. Für die Länder, für die noch Daten zur Verfügung stehen, zeigt sich, dass die Inanspruchnahme während der Sommerferien geringer ist als in der Zeit davor, was vor allem mit den Urlaubszeiten der Familien und den ferienbedingten Schließungen der Kindertageseinrichtungen zusammenhängt. In Hamburg und Rheinland-Pfalz, den beiden Ländern, für die auch nach den Sommerferien noch Abfragen zur Inanspruchnahme erfolgen, lag die Inanspruchnahmequote zwischen 75 und 85% und damit leicht über der Inanspruchnahme, die noch vor den Sommerferien – aber im eingeschränkten Regelbetrieb – erreicht wurde.

4.2. Das Öffnungsgeschehen der Kindertagespflege

Das Öffnungsgeschehen der Kindertagespflege erfolgte in den Ländern zumeist nicht in den gleichen zeitlichen Abständen wie die Öffnung der Kindertageseinrichtungen. Lediglich in vier Ländern – im Einzelnen sind das Bremen, Hamburg, Nordrhein-Westfalen und Sachsen-Anhalt – lief die Öffnung der Kindertagespflege gleichzeitig ab. In allen anderen Ländern erfolgte der Übergang in die Öffnungsphasen in der Regel vor der weiteren Öffnung der Kindertageseinrichtungen. Das heißt, die Kindertagespflege wurde in der Mehrzahl der Länder – zum Teil deutlich – früher wieder geöffnet bzw. ging in den Regelbetrieb (unter Pandemiebedingungen) über als die Kindertageseinrichtungen.

⁶ Diese Daten werden für das Projekt durch die Dortmunder Arbeitsstelle Kinder- und Jugendhilfestatistik (AKJStat) am Forschungsverbund DJI/TU Dortmund zusammengestellt und aufbereitet.

In Rheinland-Pfalz war die Kindertagespflege zu keinem Zeitpunkt in einem eingeschränkten Modus, und in Schleswig-Holstein war es den einzelnen Kindertagespflegestellen überlassen, ob sie weitergeführt werden, in den Notbetrieb übergehen oder vorübergehend ganz eingestellt werden. Von heute aus betrachtet, ist die Kindertagespflege in den meisten Ländern bereits seit Ende Mai wieder im Regelbetrieb (unter Pandemiebedingungen).

Hinsichtlich der Inanspruchnahmequoten in der Zeit der „*eingeschränkten Notbetreuung*“ (Phase 1) und der „*flexiblen und stufenweisen Erweiterung der Notbetreuung*“ (Phase 2) in der Kindertagespflege lassen sich für die Länder, für die Daten vorliegen, zwei Typen herauslesen. Bei dem ersten Typus handelt es sich um die Länder, in denen die Inanspruchnahmequoten in diesen beiden Phasen vergleichbar mit denen in den Kindertageseinrichtungen sind. Dabei handelt es sich um Berlin, Brandenburg, Bremen, Mecklenburg-Vorpommern und Niedersachsen. In Zahlen ausgedrückt bedeutet das, dass die Inanspruchnahmequote jeweils kontinuierlich gestiegen ist – angefangen kurz nach dem Lockdown jeweils bei unter 5% und bis zum Ende der Phase Mitte/Ende April (KW 19 bis KW 21) angestiegen auf zwischen 5 und 10 %. Während der Phase der flexiblen und stufenweisen Erweiterung der Notbetreuung haben sich die Inanspruchnahmequoten von anfangs 10 bis 15% auf zwischen 25 und 40% erhöht.

Beim zweiten Typus handelt es sich um jene Länder, in denen die Inanspruchnahmequote in der Kindertagespflege in diesen beiden Phasen stets sichtbar höher war als in den Kindertageseinrichtungen. Das trifft auf Hamburg und Nordrhein-Westfalen zu. In Hamburg waren bereits beim Wechsel von Phase 1 in Phase 2 Ende April/Anfang Mai (KW 18/19) 40% der Kinder wieder zurück in der Kindertagespflege, und Anfang Juni (KW 23) waren es 73%. Für Nordrhein-Westfalen war die Inanspruchnahme in der Kindertagespflege zumeist etwa doppelt so hoch wie in den Kindertageseinrichtungen. Ende März/Anfang April (KW 14) lag diese bei rund 5% und stieg bis zum Ende der Phase der eingeschränkten Notbetreuung Mitte April (KW 17) auf rund 15%. Bis zum Ende von Phase 2 (Anfang Juni – KW 23) lag sie dann bei rund 55%.

Für die Zeit des *eingeschränkten Regelbetriebs* (Phase 3) liegen lediglich für Bremen⁷ und Nordrhein-Westfalen Inanspruchnahmequoten für die Kindertagespflege vor. Hierbei zeigt sich, dass die Inanspruchnahme in beiden Ländern in der Kindertagespflege in dieser Phase mit zwischen 5 und 10 Prozentpunkten geringer war als die in den Kindertageseinrichtungen.

7 Konkret befand sich Bremen in der Übergangsphase von der flexiblen und stufenweisen Erweiterung der Notbetreuung in die Phase des eingeschränkten Regelbetriebs.

Tabelle 2: Informationen zu den erfassten Daten nach Ländern

Land	Angaben für	Berücksichtigte Altersgruppen ¹⁾	Berücksichtigte Betreuungssettings	Anzahl der Kinder relationiert an	Rückläufe	Datenabfrage endet am	Sonstiges
Baden-Württemberg	BW hat von Seiten des Ministeriums keine Daten abgefragt, sondern holt diese Informationen über Trägerverbände ein. Daher liegen über das Landesministerium keine validen, vollständigen Daten vor.						
Bayern	i.d.R. Mittwoch	- Kinder vor dem Schuleintritt - Schulkinder in Hortangeboten	- Kindertageseinrichtungen - Kindertagespflege*	Anzahl regulär betreute Kinder am Stichtag	Nahe zu 100%	Letzte Abfrage am 24.06.2020	
Berlin	Tag in der Woche mit höchster Inanspruchnahme	- Kinder vor dem Schuleintritt	- Kindertageseinrichtungen - Kindertagespflege	Anzahl betreuter Kinder zum 29.02.2020	- ab dem 22.06.2020 sind die Datenmeldungen rückläufig und beschreiben nur noch eingeschränkt die aktuelle Lage	31.07.2020	
Brandenburg	i.d.R. Donnerstag	- Kinder vor dem Schuleintritt - Schulkinder in Hortangeboten	- Kindertageseinrichtungen - Kindertagespflege	belegte Plätze am 1.3.2020	- teilweise fehlen die Meldungen ganzer Kreise - nicht alle Träger haben an die Kreise gemeldet bzw. Meldungen der Träger waren nicht vollständig	01.07.2020 (wurde aufgrund gesunkener Rücklaufquote nicht mehr ausgewertet)	
Bremen			- Kindertageseinrichtungen - Kindertagespflege		gut 80%, leicht schwankend	12.06.2020	Aufgrund des tageweisen Platzsharings nach dem 07.05.2020 lassen sich die tatsächlichen Quoten nur schätzen. Um das Platzsharing zu berücksichtigen, wurde die wöchentliche Quote auf Basis einer Schätzung des Landesministeriums um 12% erhöht.
Hamburg	Mittwoch	- Kinder vor dem Schuleintritt	- Kindertageseinrichtungen - Kindertagespflege	Anzahl der Kinder im Normalbetrieb (mit Betreuungsvertrag) am Stichtag	Kita: knapp über 90%		
Hessen	Kinder, die in der jeweiligen Kalenderwoche mind. an 1 Tag ein Kindertagesbetreuungsangebot besucht haben (keine Wochentagsmeldung)	- Kinder vor dem Schuleintritt	- Kindertageseinrichtungen - Kindertagespflege*	KJH-Statistik 1.3.2019	Ein Landkreis hat sich durchgehend nicht beteiligt, ansonsten weitgehend vollständige Beteiligung.	Vorraussichtlich letzte Abfrage in KW35.	Während der Sommerferien (KW28-KW33) keine Erhebung.
Mecklenburg-Vorpommern	i.d.R. Dienstag	- Kinder vor dem Schuleintritt	- Kindertageseinrichtungen - Kindertagespflege		Bis 18.05. lagen i.d.R. Daten aus allen Landkreisen und kreisfreien Städte vor. Anschließend ohne Meldung aus einem Landkreis	Letzte Abfrage in der KW26	Hinweis: 02.06. Feiertag in MV
Niedersachsen	Anfang der Woche, ggf. können auch Daten aus der Vorwoche enthalten sein	- Kinder vor dem Schuleintritt	- Kindertageseinrichtungen - Kindertagespflege	Alle Kinder in allen Einrichtungen	ca. 78%	Letzte Abfrage in der KW28	Mit der Aufnahme des Regelbetriebs ab 22.06. wurden die heilpädagogischen Einrichtungen nicht mehr in der Abfrage berücksichtigt, sodass die Ergebnisse nicht mit denen aus den Vorwochen vergleichbar sind.

Land	Angaben für	Berücksichtigte Altersgruppen ¹⁾	Berücksichtigte Betreuungssettings	Anzahl der Kinder relationiert an	Rückläufe	Datenabfrage endet am	Sonstiges
Nordrhein-Westfalen	Tag in der Woche mit höchster Inanspruchnahme	- Kinder vor dem Schuleintritt - Schulkinder in Hortangeboten	- Kindertageseinrichtungen - Kindertagespflege	Kitas: von den teilnehmenden Einrichtungen gemeldeten Plätze; ab 08.06.2020 von den Jugendämtern für das laufende Kindergartenjahr angemeldete Plätze (Anmeldung nach KiBiz.web zum 15.03.) der teilnehmenden Einrichtungen; Kindertagespflege: Meldungen der teilnehmenden Jugendämter	Die Werte stehen jeweils in Bezug zur Gesamtheit der Einrichtungen, die sich an der Befragung tagesaktuell beteiligt haben; die Beteiligung liegt durchschnittlich bei rd. 80 %. In Nordrhein-Westfalen haben am 29.06.2020 die schulischen Sommerferien begonnen. Seitdem sinkt die Beteiligung am Monitoring bei den Kitas erheblich. Wegen der geringeren Aussagekraft der Daten, werden diese nicht zur Verfügung gestellt. Auch bei der Kindertagespflege ist in der Zeit der Schulferien ein Rückgang der Beteiligung der Jugendämter zu verzeichnen. Auf die Nennung dieser Daten wird deshalb ebenfalls verzichtet.	Letzte Abfrage in der KW33	
Rheinland-Pfalz	Freitag	- Kinder vor dem Schuleintritt - Schulkinder in Hortangeboten	- Kindertageseinrichtungen	KJH-Statistik 1.3.2019	i.d.R. mehr als 85%		Seit KW 23 Gesamtzahl betreuer Kinder in der Woche (zuvor höchste Anzahl an einem Tag) und Betreuungssettings statt Notgruppen erhoben. Für KW 31 liegen nur wenige Meldungen vor, sodass die verfügbaren Daten nicht die tatsächliche Situation widerspiegeln.
Saarland	unterschiedliche Wochentage; zuletzt i.d.R. Freitag		- Kindertageseinrichtungen	Anzahl der genehmigten Plätze im Herbst 2019	100%	Letzte Abfrage am 05.06.2020	Eine einmalige Umfrage während der Phase des eingeschränkten Regelbetriebs ergab, dass rd. 85% der Kinder einen Platz hatten und eine KiTa besuchten. Die Rücklaufquote bei dieser Umfrage lag bei ca. 97%.
Sachsen	Mittwoch	- Kinder vor dem Schuleintritt	- Kindertageseinrichtungen	Anzahl betreute Kinder im Regelbetrieb	etwa 80%	Letzte Abfrage am 03.06.2020	
Sachsen-Anhalt	anfangs unterschiedliche Wochentage; ab KW 18 Dienstag	- Kinder vor dem Schuleintritt - Schulkinder in Hortangeboten (bis zum 22.04.)	- Kindertageseinrichtungen - Kindertagespflege*	Anzahl angemeldeter Kinder (im Regelbetrieb)	100%		
Schleswig-Holstein	Tag in der Woche mit höchster Inanspruchnahme	- Kinder vor dem Schuleintritt - Schulkinder in Hortangeboten	- Kindertageseinrichtungen	KJH-Statistik 1.3.2019	ca. 90% (in KW 24+25 unvollständige Daten - Quote anhand reduzierter Gesamtzahl ermittelt)	ab KW26	Ab KW24 nur annähernde Prozentzahlen und keinen validen Landesdurchschnitt. Es liegen keine vollständigen Daten mehr von allen kreisfreien Städten/Kreisen vor, da drei Kreise nicht gemeldet haben und diese Kreise bei der Berechnung herausgerechnet wurden.
Thüringen	Tag in der Woche mit höchster Inanspruchnahme	- Kinder vor dem Schuleintritt - Schulkinder in Hortangeboten	- Kindertageseinrichtungen	KJH-Statistik 1.3.2019	I.d.R. lagen Daten aus allen Landkreisen und kreisfreien Städte vor	Letzte Abfrage in KW35	Ab KW30 sind die Meldungen unvollständig, sodass die Inanspruchnahmequote unterschätzt sein dürfte.

1) In den Ländern, in denen Schulkinder in Hortangeboten getrennt von den Kindern vor dem Schuleintritt ausgewiesen werden können, zeigt sich, dass die Inanspruchnahmequote der Schulkinder in Hortangeboten geringer ist als die Inanspruchnahmequote der Schulkinder vor dem Schuleintritt.

In einigen Ländern besuchen nur wenige Schulkinder ein Hortangebot, da dort u.a. andere (Ganztags-)Angebote zur Verfügung gestellt werden (vgl. dazu ausführlicher Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2020, Tab. D3-5web

*) Inanspruchnahme der Kindertagespflege ist in der Inanspruchnahmequote in der Zeile "Kitas" mit erfasst, da diese nicht differenziert berichtet werden können.

5. Ergebnisse aus den Surveillancesystemen des RKI



5.1. Zusammenfassung

Die verschiedenen Surveillancesysteme zeigen, dass nach einem deutlichen Rückgang während der bundesweiten Kontaktbeschränkungen die Inzidenz der akuten Atemwegserkrankungen in den letzten Wochen wieder das Niveau des Vorjahres erreicht hat. Ein Einfluss der weiter bestehenden Empfehlungen der AHA-Regeln (Abstand halten, Hygiene beachten, Alltagsmasken tragen) ist aus den Daten der syndromischen Surveillance nicht ablesbar. Hierbei kann nicht unterschieden werden, ob diese bei Kontakten von Kindern und Jugendlichen nicht umgesetzt werden oder ob die aktuell in diesen Altersgruppen zirkulierenden Atemwegsviren (insbesondere Rhinoviren; s. Monatsbericht der Arbeitsgemeinschaft Influenza [1]) sich trotz der Anwendung effektiv weiter ausbreiten können.

Die Zahl der gemeldeten COVID-19-Fälle in den untersuchten Altersgruppen steigt an und der Anteil in den verschiedenen Altersgruppen entspricht in der aktuellen Berichtswoche (KW 33) etwa dem Anteil der Kinder in diesen Altersgruppen an der Gesamtbevölkerung. Die Auswertung der Angaben zur Symptomatik von COVID-19 bei Kindern und Jugendlichen zeigt, dass eine klinische Abgrenzung gegenüber anderen akuten Atemwegserkrankungen nicht möglich ist und bei über 60% der Fälle mit klinischen Informationen kein Fieber angegeben wird. Schnupfen tritt häufig mit anderen Symptomen auf (Fieber, Husten) und wurde als einzelnes Symptom bei 3,4% der 0- bis 5-Jährigen mit klinischen Informationen angegeben.

Inwieweit die übermittelten COVID-19-Fälle im Zusammenhang mit dem Umfeld der KiTas oder Schulen stehen, kann bisher anhand der Meldedaten nicht abgeleitet werden. Ein Update der Meldesoftware zur systematischen Erfassung des Infektionsumfeldes ist in Vorbereitung. Obwohl die Anzahl der neu übermittelten Fälle im Alter von 0 bis 5 Jahren in KW 33 einen zweiten Höhepunkt erreichte, liegen die Positivenanteile in der laborbasierten Surveillance SARS-CoV-2 seit KW 19 annähernd konstant bei unter 2%. Das kann durch eine vermehrte Testung z.B. von asymptomatischen Kindern oder Reiserückkehrern erklärt werden.

5.2. Begriffsklärung und Bevölkerungszahlen

Neben absoluten Fallzahlen werden Inzidenzen zur Beschreibung der Häufigkeit einer Krankheit in ihrer geografischen und demografischen Verteilung eingesetzt. Die Inzidenz wird angegeben als Anzahl der übermittelten COVID-19-Fälle bezogen auf 100.000 Einwohner der jeweiligen Altersgruppe. Als Grundlage der Inzidenzberechnungen werden Bevölkerungszahlen von den Statistischen Landesämtern bereitgestellt. Im Folgenden werden die Daten aus den Surveillancesystemen nach vier Altersgruppen analysiert (s. Tabelle 3).

Tabelle 3: Bevölkerungszahlen für die Berechnung der Inzidenz nach Altersgruppen

Altersgruppe	Bevölkerungsstand	Bevölkerungsanteil
0 bis 5 Jahre	4.662.747	6%
6 bis 10 Jahre	3.670.280	4%
11 bis 14 Jahre	2.956.837	4%
15 Jahre und älter	71.832.671	86%

Quelle: Statistische Landesämter; Datenstand 31.12.2018

5.3. Angaben zur Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen aus GrippeWeb

5.3.1. Hintergrund

Mit dem GrippeWeb-Portal (grippeweb.rki.de) werden Informationen zu neu aufgetretenen akuten Atemwegserkrankungen (akute respiratorische Erkrankungen (ARE)) in der Bevölkerung in Deutschland erfasst. Die Informationen daraus kommen direkt aus der Bevölkerung und werden wöchentlich über ein Web-Portal erhoben. Damit kann geschätzt werden, welcher Anteil der Gesamtbevölkerung Woche für Woche an einer neu aufgetretenen Atemwegsinfektion erkrankt ist (ARE-Inzidenz). Durch Nachmeldungen können sich die Werte der Vorwochen zum Teil noch verändern [2].

5.3.2. Aktuelles Bild

Die ARE-Inzidenz der 0- bis 5-Jährigen nahm ab Kalenderwoche (KW) 8 abrupt ab und lag seit KW 10 unter dem Niveau des Vorjahres. In KW 17 erreichten die Kinder im Alter von 0 bis 5 Jahren einen Tiefstwert von rund 1.000 ARE/100.000 Kinder (s. Abbildung 7). Das entspricht rund 47.000 akuten Atemwegserkrankungen, bezogen auf die Bevölkerung in dieser Altersgruppe. Im Vergleich dazu lag der Wert im Vorjahr zu diesem Zeitpunkt bei rund 7.000 ARE/100.000 Kinder (ca. 326.000 ARE). In den anderen Altersgruppen (6-10 Jahre, 11-14 Jahre, 15 Jahre und älter) war die ARE-Inzidenz seit KW 10 zurückgegangen. Bis zur KW 23 stabilisierten sich die ARE-Inzidenzen aller Altersgruppen auf einem niedrigen Niveau. Ab KW 25 ist ein kontinuierlicher Anstieg der ARE-Inzidenz zu beobachten. Den stärksten Anstieg haben die 0- bis 5-Jährigen, die in KW 29 rund 9.500 ARE/100.000 Kinder (ca. 443.000 akute Atemwegserkrankungen) erreichten. Die Werte übersteigen jedoch nicht das Niveau des Vorjahres. Im Gegensatz dazu befindet sich die ARE-Inzidenz der 6- bis 10-Jährigen seit KW 27 über den Werten des Vorjahres. Der Wert beider Altersgruppen (0-5 Jahre, 6-10 Jahre) sank ab KW 29 wieder. In KW 33 liegt die ARE-Inzidenz bei den 0- bis 5-Jährigen bei rund 4.800 ARE/100.000 Kinder (ca. 224.000 ARE). Von diesen Kindern mit ARE wurden bei rund 29% angegeben, dass sie einen Arzt aufgesucht hatten (ca. 65.000 Kinder mit Arztbesuchen). Bei den 6- bis 10-Jährigen liegt der Wert in KW 33 bei rund 2.700 ARE/100.000 Kinder (ca. 99.000 ARE). In dieser Altersgruppe gingen rund 18.000 Kinder zum Arzt (18%).

Ab KW 11 wurden große Veranstaltungen abgesagt, im Laufe von KW 12 schlossen die KiTas und Schulen. Nach KW 20 führten vereinzelt Bundesländer einen eingeschränkten Regelbetrieb in der Kindertagesbetreuung ein. Nach KW 25 gingen einzelne Bundesländer zum vollständigen KiTa-Regelbetrieb (unter Pandemiebedingungen) über. Allerdings lassen die Ergebnisse es nicht zu von einem kausalen Zusammenhang zwischen Aufnahme des Regelbetriebes und dem Anstieg der ARE-Inzidenz in KW 29 bei den 0- bis 5-Jährigen zu schließen.

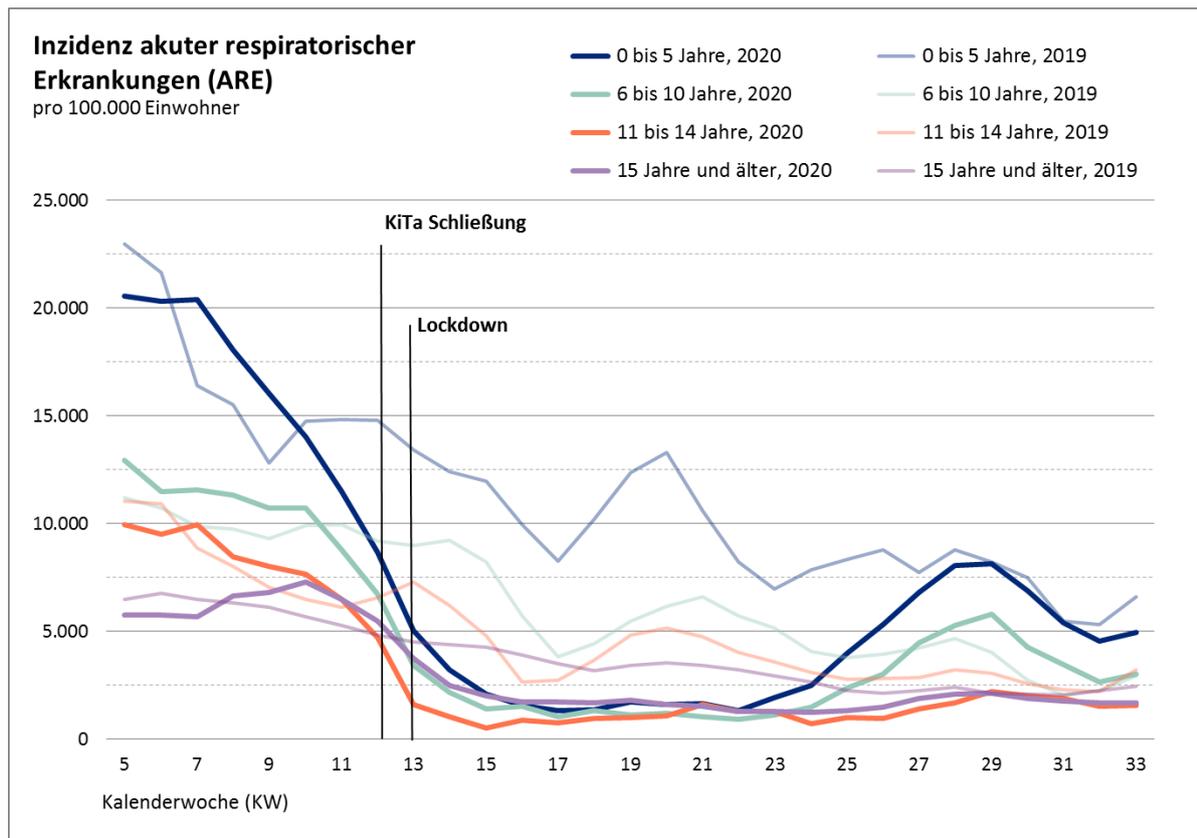


Abbildung 7: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten Inzidenzen akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) im zeitlichen Verlauf nach Kalenderwoche und nach Altersgruppe (Anzahl ARE pro 100.000 Einwohner) für die Jahre 2019 und 2020. Es wurde jeweils ein gleitender 3-Wochen-Mittelwert verwendet. Als besondere Ereignisse sind der Beginn der Schließungen von KiTa und Schulen (ab 16.03.2020; KW 12) und der „Lockdown“ (d. h. bundesweite Kontaktbeschränkungen; ab 23.03.2020; KW 13) eingezeichnet.

5.4. Meldungen des Sentinels zur elektronischen Erfassung von Diagnosecodes akuter respiratorischer Erkrankungen (SEED^{ARE})

5.4.1. Hintergrund

Im Rahmen der Überwachungstätigkeit der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI; influenza.rki.de) übermitteln etwa 650 repräsentativ über Deutschland verteilte Praxen aus der Primärversorgung (Haus- und Kinderarztpraxen) Daten zur Gesamtzahl an Arztkonsultationen sowie zur Anzahl an Patienten mit akuten Atemwegserkrankungen (ARE). Bei einem Teil der Arztpraxen werden die Daten in den Arztinformationssystemen erfasst und durch die Sentinelärztinnen und –ärzte verschlüsselt an das RKI versandt (Sentinel zur elektronischen Erfassung von Diagnosecodes (SEED^{ARE}); Diagnosecodes: J00 bis J22, J44.0 und B34.9). Damit kann die Anzahl der Arztbesuche wegen akuter respiratorischer Erkrankungen in primärversorgenden Praxen geschätzt werden. Durch Nachmeldungen können sich die Werte der Vorwochen zum Teil noch verändern [3].

5.4.2. Aktuelles Bild

Die ARE-Konsultationsinzidenz ist seit KW 11 bzw. KW 12 in allen Altersgruppen gesunken, wobei der stärkste Rückgang bei den Kindern im Alter von 0 bis 5 Jahren zu erkennen ist. In KW 16 erreichten die 0- bis 5-Jährigen einen sehr niedrigen Wert von rund 600 Arztkonsultationen pro 100.000 Kinder. Bezogen auf die Bevölkerung in dieser Altersgruppe entspricht das rund 28.000 Arztbesuchen wegen ARE. Im Vorjahr lag der Wert zu diesem Zeitpunkt bei rund 3.000 Arztkonsultationen pro 100.000 Kinder (ca. 140.000 Arztbesuche). Seitdem befanden sich die Werte der ARE-Konsultationsinzidenz in allen Altersgruppen bis zur KW 23 auf einem ähnlich niedrigen Niveau (s. Abbildung 8). Bei den 0- bis 5-Jährigen sowie bei den 6- bis 10-Jährigen ist der Wert seit KW 24 wieder angestiegen und befand sich seit KW 26 über dem Niveau des Vorjahres. Ab KW 29 sank die Inzidenz erneut und befindet sich aktuell (KW 33) wieder auf dem Niveau des Vorjahres. Der Wert bei den 11- bis 14-Jährigen stieg in KW 26 leicht und sank in KW 31 wieder. In KW 33 beträgt der Wert bei den 0- bis 5-Jährigen rund 1.400 Arztkonsultationen/100.000 Kinder (ca. 65.000 Arztbesuche) und bei den 6- bis 10-Jährigen rund 600 Arztkonsultationen/100.000 Kinder (ca. 22.000 Arztbesuche).

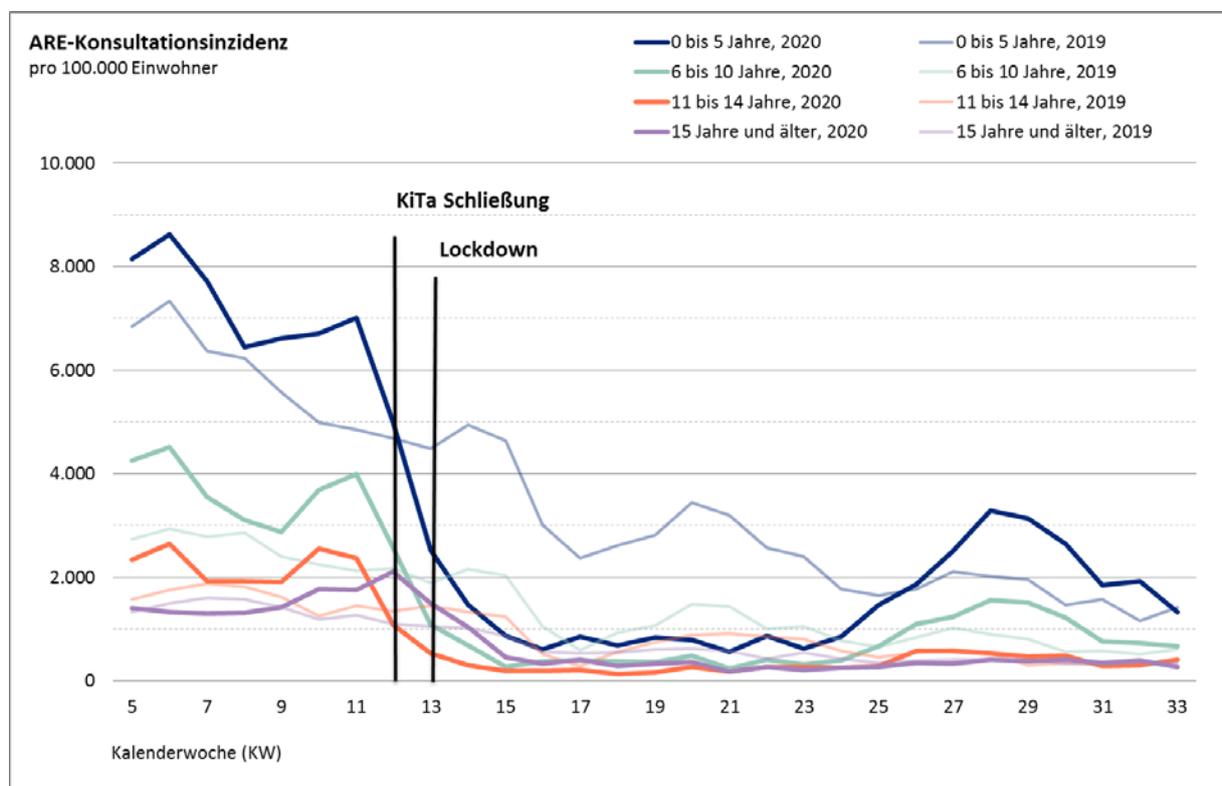


Abbildung 8: Anzahl der Erstkonsultationen mit Diagnosecodes J00 – J22, J44.0 und B34.9 (Akute Infektionen der Atemwege) nach Kalenderwoche und nach Altersgruppe pro 100.000 Einwohner für die Jahre 2019 und 2020. Als besondere Ereignisse ist der Beginn der Schließungen von KiTa und Schulen (ab 16.03.2020; KW 12) und der „Lockdown“ (bundesweite Kontaktbeschränkungen; ab 23.03.2020; KW 13) eingezeichnet.

5.5. Übermittelte Fälle von COVID-19 gemäß Infektionsschutzgesetz (Meldedaten)

5.5.1. Hintergrund

Gemäß Infektionsschutzgesetz werden Verdachts-, Erkrankungs- und Todesfälle sowie labordiagnostische Nachweise einer SARS-CoV-2-Infektion (COVID-19) an die Gesundheitsämter gemeldet, welche ggf. zusätzliche Informationen ermitteln. Diese Daten werden elektronisch an die zuständige Landesgesundheitsbehörde und von dort an das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelt. Das RKI veröffentlicht nur COVID-19-Fälle, bei denen ein labordiagnostischer Nachweis unabhängig vom klinischen Bild vorliegt. In Einklang mit den internationalen Standards der WHO [4] und des ECDC [5] wertet das RKI alle labordiagnostischen Nachweise von SARS-CoV-2 unabhängig vom Vorhandensein oder der Ausprägung der klinischen Symptomatik als COVID-19-Fälle. Entsprechend sind unter „COVID-19-Fälle“ sowohl akute SARS-CoV-2-Infektionen als auch COVID-19-Erkrankungen zusammengefasst. Die Daten werden am RKI einmal täglich um 0:00 Uhr aus der elektronischen Datenbank (SurvNet) ausgelesen. Nach einer Erkrankung kann es durch die Zeit bis zur Testung, dem Testergebnis, der Dateneingabe und der Datenübermittlung zu einem Zeitverzug bis zur Veröffentlichung durch das RKI kommen. Täglich aktualisierte Lage-/Situationsberichte zu COVID-19 werden auf der RKI-Webseite zur Verfügung gestellt [6]. Dargestellt werden üblicherweise die Anzahl der Fälle nach Erkrankungswoche oder – bei fehlender Erkrankungswoche – nach der Meldewoche.

5.5.2. Aktuelles Bild

Bis zum 17.08.2020 wurden 4.293 laborbestätigte COVID-19-Fälle im Alter von 0 bis 5 Jahren an das RKI übermittelt. Von allen übermittelten Fällen beträgt der Anteil in dieser Altersgruppe (0–5 Jahre) 1,9% (Bevölkerungsanteil: 6%).

Die Darstellung der Anzahl an übermittelten COVID-19-Fälle in Deutschland nach Altersgruppe und KW zeigt einen steilen Anstieg in den drei Altersgruppen (0–5 Jahre, 6–10 Jahre, 11–14 Jahre) seit KW 10 (Abbildung 9). Die Altersgruppen erreichten den ersten Höhepunkt an neu übermittelten Fällen zeitversetzt: zuerst die 11- bis 14-Jährigen in KW 12 (mit 298 neuen Fällen (10 Fälle/100.000 Einwohner)), eine Woche später die Altersgruppe der 0- bis 5-Jährigen (mit 290 neuen Fällen (6,2 Fälle/100.000 Einwohner)) und wiederum eine Woche später (KW 14) die 6- bis 10-Jährigen (mit 256 neuen Fällen (6,9 Fälle/100.000 Einwohner)). Die Fälle im Alter von 15 Jahren und älter hatten ihren Höhepunkt an neu übermittelten Fällen wie auch die 11- bis 14-Jährigen in KW 12 (mit 32.980 neuen Fällen (46 Fälle/100.000 Einwohner)). Danach ist eine stetige Abnahme an neu übermittelten Fällen in allen vier Altersgruppen zu verzeichnen. Seit KW 22 stiegen die Fallzahlen in den drei jüngeren Altersgruppen wieder bis zur KW 25 an, in der rund 150 bis 200 neue Fälle übermittelt wurden. Ab dann nahm die Anzahl der Fälle in allen Altersgruppen ab, wobei hier deutliche Unterschiede zu erkennen sind: Die Fallzahlen bei den 0- bis 5-Jährigen nahmen nur geringfügig von KW 25 bis KW 26 ab und bewegten sich bis KW 28 auf einen relativ stabilen Niveau. Bei den 6- bis 10-Jährigen ist eine raschere Abnahme bis KW 28 zu verzeichnen. Die Anzahl der Fälle bei den 11- bis 14-Jährigen nahm am stärksten bis KW 27 ab. Seit KW 28 ist ein steiler Anstieg der Fallzahlen bei den Fällen im Alter von 11 bis 14 Jahren zu erkennen. Eine Woche später ist dieser rapide Anstieg der Fallzahlen auch bei den 6- bis 10-Jährigen zu beobachten. Bei den 0- bis 5-Jährigen nimmt die Anzahl der Fälle seit KW 31 wieder deutlicher zu. Möglicherweise ist der Verlauf in den Altersgruppen beeinflusst durch die ab KW 26 versetzt beginnenden Sommerferien in den Bundesländern. In KW 33 erreichten die Altersgruppen einen zweiten Höhepunkt an neu übermittelten Fällen. Es wurden 266 Fälle im Alter von 0 bis 5 Jahren (5,7 Fälle/100.000 Einwohner), 375 Fälle im Alter von 6 bis 10 Jahren (12,8 Fälle/100.000 Einwohner) und 338 Fälle im Alter von 11 bis 14 Jahren (11,4 Fälle/100.000 Einwohner) übermittelt (Abbildung 9). Die

6- bis 10-Jährigen als auch die 11- bis 14-Jährigen befinden sich über dem Niveau von KW 12, der Woche vor dem bundesweiten Lockdown. Die Werte der 0- bis 5-Jährigen liegen knapp unter dem Niveau von KW 12. Im Vergleich dazu erreichten die Fälle im Alter von 15 Jahren und älter eine Woche früher (KW 32) ein neues Maximum, welches jedoch nicht wie bei den jüngeren Altersgruppen an das Niveau von KW 12 herankommt. In der älteren Altersgruppe wurden in KW 32 5.785 Fälle übermittelt (8,0 Fälle/100.000 Einwohner). Die Inzidenz der drei jüngeren Altersgruppen bewegt sich aktuell (KW 33) zwischen 5,7 und 11,4 Fällen/100.000 Einwohner. Im Vergleich dazu wurden in der Altersgruppe ab 15 Jahren in KW 33 4.503 Fälle übermittelt, das einer Inzidenz von 6,3 Fällen/100.000 Einwohner entspricht.

Abbildung 10 zeigt den Anteil der COVID-19-Fälle nach Altersgruppe (0–5 Jahre, 6–10 Jahre, 11–14 Jahre) und Kalenderwoche ab KW 9 an allen übermittelten COVID-19-Fällen.⁸ In allen drei Altersgruppen ist ein ähnlicher, kontinuierlich ansteigender Verlauf bis KW 24 zu erkennen. Danach nahm der Anteil der 0- bis 5-Jährigen sowie der 11- bis 14-Jährigen an allen übermittelten COVID-19-Fällen wieder ab. Während die 0- bis 5-Jährigen nach einem erneuten Anstieg von KW 25 bis KW 28 eine erneute rasche Abnahme zu verzeichnen hatten, steigt der Anteil der 11- bis 14-Jährigen seit KW 27 kontinuierlich an. Bei den Fällen im Alter von 6 bis 10 Jahren war eine Abnahme des Anteils an allen Meldedefällen seit KW 27 zu beobachten. Ab KW 30 steigt auch deren Anteil wieder an. Der Anteil der 0- bis 5-Jährigen nimmt seit KW 31 wieder zu. Aktuell (KW 33) sind 4,9% der COVID-19-Fälle 0 bis 5 Jahre alt (Bevölkerungsanteil 6%), 6,8% sind im Alter von 6 bis 10 Jahren (Bevölkerungsanteil 4%) und 6,2% sind im Alter von 11 bis 14 Jahren (Bevölkerungsanteil 4%). Der Anteil der 0- bis 5-Jährigen mit einer COVID-19-Infektion an allen Meldedefällen ist etwas geringer als der Anteil aller 0- bis 5-Jährigen an der Gesamtbevölkerung.

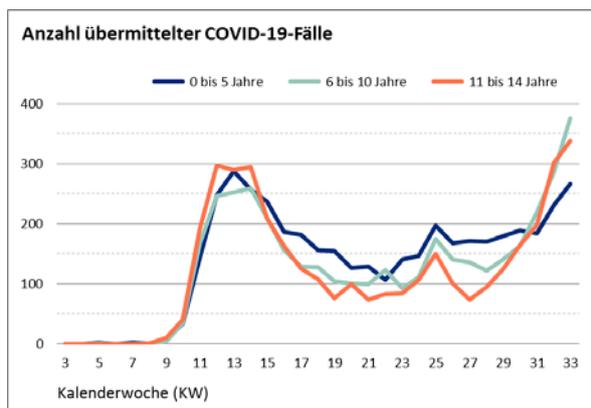


Abbildung 9: Anzahl der übermittelten COVID-19-Fälle nach Altersgruppe und Kalenderwoche (Erkrankungswoche, ersatzweise Meldeweche; Datenstand: 17.08.2020, 0:00 Uhr).

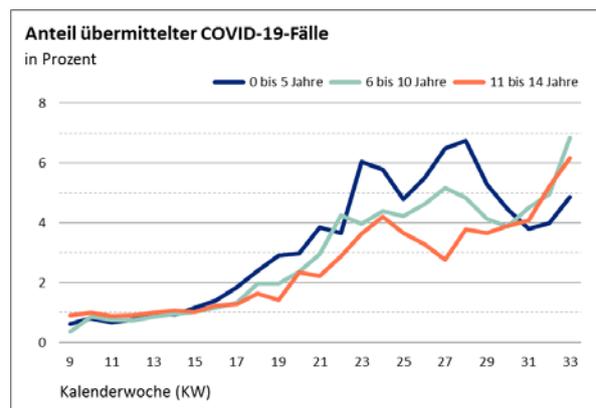


Abbildung 10: Darstellung des Anteils der übermittelten COVID-19-Fälle nach Altersgruppe und Kalenderwoche (Erkrankungswoche, ersatzweise Meldeweche). Aufgrund der geringen Fallzahlen zu Beginn wird der Anteil erst ab KW 9 dargestellt (Datenstand: 17.08.2020, 0:00 Uhr).

5.5.3. Symptome bei Kindern

Bis zum 17.08.2020 wurden für 75% der Fälle im Alter von 0 bis 5 Jahren klinische Informationen übermittelt. Der Anteil bei den 6- bis 10-Jährigen und bei den 11- bis 14-Jährigen beträgt 73% bzw. 75%. Für 37% der 0- bis 5-Jährigen mit vorhandenen klinischen Informationen wurden keine Symptome angegeben bzw. wurde die Angabe gemacht, dass sie keine Symptomatik haben, die für die gemeldete

⁸ Aufgrund der zu geringen Fallzahlen in den ersten Kalenderwochen, wird der Anteil der Altersgruppen erst ab KW 9 dargestellt.

Erkrankung bedeutsam ist.⁹ Bei 29% wurde ein einzelnes Symptom genannt. Zu den häufigsten Einzelsymptomen zählen Fieber (13%), Husten (5,7%), Schnupfen (3,4%) und die Angabe „Allgemeine Symptome“¹⁰ (3,2%). Für 34% der Kinder im Alter von 0 bis 5 Jahren wurden mindestens zwei Symptome übermittelt. Zu den häufigsten Symptomen bei den 0- bis 5-Jährigen, 6- bis 10-Jährigen und 11- bis 14-Jährigen zählen Fieber, Husten, Schnupfen, „Allgemeine Symptome“ und Halsschmerzen (s. Tabelle 4). Während zu Beginn der Pandemie für ein Viertel der Kinder mit klinischen Informationen im Alter von 0 bis 5 Jahren keine Symptome angegeben wurden (KW 10 bis 21), erhöhte sich deren Anteil auf rund 51% (KW 22 bis KW 33). Dies lässt darauf schließen, dass vermehrt asymptomatische Kinder getestet werden, z.B. i.R. von Reihentestungen.

9 Der genannte Anteil an COVID-19-Fälle mit der Angabe, dass klinische Informationen vorliegen und gleichzeitig ohne Nennung eines konkreten Symptoms bzw. mit der Angabe „Ja, aber ohne Symptomatik, die für die gemeldete Krankheit bedeutsam ist“ entspricht nicht dem Anteil der asymptomatischen COVID-19-Fälle. Für symptomlose Fälle wird bei „Klinische Informationen vorhanden“ teilweise auch die Angabe „Nein, keine klinischen Informationen verfügbar“ gemacht. In dieser Auswertung wurden nur Fälle berücksichtigt, die bei „Klinische Informationen vorhanden“ folgende Angaben haben: (1) „Ja“, (2) „Ja, aber ohne Symptomatik, die für die gemeldete Krankheit bedeutsam ist“ oder (3) „Ja, mit Symptomatik, die für die gemeldete Krankheit bedeutsam ist“.

10 Mit der Angabe „Allgemeine Symptome“ werden allgemeine Krankheitszeichen erfasst, die keine akuten respiratorischen Symptome sind, jedoch vom RKI nicht weiter differenziert werden können.

Tabelle 4: Anzahl und Anteil der COVID-19-Fälle mit Symptomen (Mehrfachnennung möglich) und Einzelsymptomen nach Altersgruppe (Datenstand: 17.08.2020, 0:00 Uhr).

	0-5 Jahre		6-10 Jahre		11-14 Jahre	
	n	%	N	%	n	%
Anzahl übermittelter Fälle	4.293		3.972		3.792	
Anzahl Fälle mit der Angabe, dass klinische Informationen vorliegen	3.205	74,7%	2.895	72,9%	2.858	75,4%
<i>davon...</i>						
ohne Nennung eines Symptoms bzw. mit der Angabe „ohne Symptomatik, die für die gemeldete Krankheit bedeutsam ist“ ¹¹	1.194	37,3%	1.220	42,1%	1.011	35,4%
Nennung eines Symptoms	933	29,1%	782	27,0%	779	27,3%
Nennung mehrerer Symptome	1.078	33,6%	893	30,8%	1.068	37,4%
Häufigste Einzelsymptome (Nenner = Fälle mit vorhandenen klinischen Informationen)						
Fieber	414	12,9%	244	8,4%	159	5,6%
Husten	184	5,7%	164	5,7%	156	5,5%
Schnupfen	110	3,4%	89	3,1%	122	4,3%
Allgemeine Symptome	102	3,2%	135	4,7%	178	6,2%
Symptome (Mehrfachnennungen möglich, Nenner = Fälle mit vorhandenen klinischen Informationen)						
Fieber	1.219	38,0%	792	27,4%	700	24,5%
Husten	855	26,7%	663	22,9%	773	27,0%
Schnupfen	561	17,5%	408	14,1%	497	17,4%
Allgemeine Symptome	516	16,1%	550	19,0%	686	24,0%
Halsschmerzen	215	6,7%	330	11,4%	481	16,8%
Durchfall	158	4,9%	112	3,9%	95	3,3%
Symptom unbekannt*	57	1,8%	64	2,2%	63	2,2%
Dyspnoe	42	1,3%	26	0,9%	35	1,2%
Geschmacksverlust**	26	0,8%	37	1,3%	117	4,1%
Geruchsverlust**	21	0,7%	31	1,1%	95	3,3%
Pneumonie	9	0,3%	7	0,2%	2	0,1%
ARDS	4	0,1%	4	0,1%	1	0,0%
Beatmung	1	0,0%	0	0,0%	1	0,0%
Tachypnoe	1	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
Tachykardie	1	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

* „Symptom unbekannt“ umfasst Fälle mit vorhandenen klinischen Informationen und der Angabe „Ja, mit Symptomatik, die für die gemeldete Krankheit bedeutsam ist“, jedoch ohne Nennung eines konkreten Symptoms.

** Angaben zum Geschmacks- und Geruchsverlust können erst seit KW 17 erfasst werden.

5.5.4. Betreuung in Einrichtungen nach § 33 IfSG

Gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) kann für die COVID-19-Fälle übermittelt werden, ob sie in einer für den Infektionsschutz relevanten Einrichtung betreut, untergebracht oder tätig sind. Einrichtungen

11 Die Anzahl und der Anteil an COVID-19-Fälle mit der Angabe, dass klinische Informationen vorliegen und gleichzeitig ohne Nennung eines konkreten Symptoms bzw. mit der Angabe „Ja, aber ohne Symptomatik, die für die gemeldete Krankheit bedeutsam ist“ entspricht nicht dem Anteil der asymptomatischen COVID-19-Fälle. Für symptomlose Fälle wird bei „Klinische Informationen vorhanden“ teilweise auch die Angabe „Nein, keine klinischen Informationen verfügbar“ gemacht.

wie Kindertageseinrichtungen, Kinderhorte, Schulen, Heime und Ferienlager werden nach § 33 IfSG erfasst.¹²

Unter den 3.417 übermittelten COVID-19-Fällen im Alter von 1 bis 5 Jahren wurden bisher für 2.482 Fälle (73%) plausible Angaben¹³ übermittelt, ob sie in einer relevanten Einrichtung betreut oder untergebracht wurden. Bis zur KW 33 wurden 815 Fälle (33%) in einer Einrichtung gemäß § 33 IfSG betreut. Es ist jedoch unbekannt, wie hoch der Anteil derer ist, die sich auch in dieser Einrichtung angesteckt haben.

Der zeitliche Verlauf in Abbildung 11 zeigt, dass der Anteil der betreuten Kinder mit einer COVID-19-Infektion im Alter von 3 bis 5 Jahren von anfänglich 71% in KW 11 stetig abnahm und ein Minimum von 15% in KW 19 erreichte. Nach der KW 20 führten vereinzelt Bundesländer einen eingeschränkten Regelbetrieb in der Kindertagesbetreuung ein. Der Anteil der Kinder mit einer COVID-19-Infektion im Alter von 3 bis 5 Jahren, die gemäß § 33 betreut wurden, stieg seitdem wieder an auf zuletzt 54% in KW 33 (Betreuungsquote in Kindertageseinrichtungen 2019: 93% [7]). Der Anteil der Kinder im Alter von 1 bis 2 Jahren schwankte von KW 11 bis KW 24 zwischen 8% und 33% (Betreuungsquote in Kindertageseinrichtungen 2019: 37,1% [8]). Ab KW 24 nimmt der Anteil der betreuten 1- bis 2-Jährigen stetig ab, auf zuletzt 11% in KW 33. Der Anteil kann sich durch Nacherhebungen noch ändern. Bis zur KW 33 waren insgesamt 11 Bundesländer zum vollständigen KiTa-Regelbetrieb (unter Pandemiebedingungen) übergegangen.

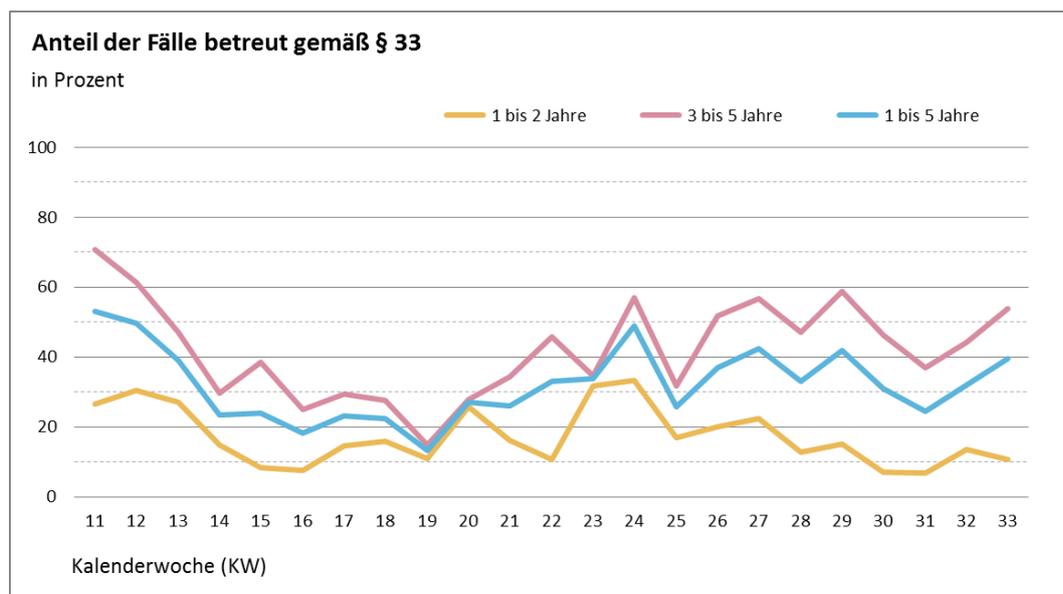


Abbildung 11: Darstellung des Anteils der Kinder mit einer COVID-19-Infektion, die in einer Einrichtung gemäß § 33 IfSG betreut wurden, nach Altersgruppe und Kalenderwoche (Erkrankungswoche, ersatzweise Meldewoche). Aufgrund der zu geringen Fallzahlen in den ersten Kalenderwochen, wird der Anteil der Altersgruppen erst ab KW 11 dargestellt (n=2.482; Datenstand: 17.08.2020, 0:00 Uhr).

12 In den täglichen Lage-/Situationsberichten zu COVID-19 des RKI werden die Infektionsschutz relevanten Einrichtungen detaillierter ausgewiesen. Für die Betreuung gemäß § 33 IfSG werden dort alle Fälle unter 18 Jahren berücksichtigt.

13 Kinder mit der Angabe, dass sie in einer Einrichtung gemäß § 23, § 36 oder § 42 IfSG tätig waren, wurden in dieser Auswertung nicht berücksichtigt (n=13). Für 922 (27%) Kinder liegen keine Angaben vor.

5.6. Ergebnisse der laborbasierten SARS-CoV-2 Surveillance

5.6.1. Hintergrund

Mit Datenstand 18.08.2020 beteiligen sich an der laborbasierten Surveillance SARS-CoV-2 (eine Erweiterung der Antibiotika-Resistenz-Surveillance (ARS) am RKI) 69 Labore, die Daten seit dem 01.01.2020 zu SARS-CoV-2-Testungen an das RKI übermitteln. Es handelt sich bei den Daten um eine Stichprobe von Laboren, die freiwillig an der Surveillance teilnehmen. Die Anzahl der Tests ist nicht bezogen auf die Anzahl der getesteten Personen, d. h. es können auch mehrere Tests pro Person eingehen. Tendenziell sind Krankenhauslabore gegenüber den niedergelassenen Laboren unterrepräsentiert; dies betrifft insbesondere Untersuchungen, die in Laboren von Krankenhäusern der Maximalversorgung durchgeführt werden. Weiterführende Informationen und ein ausführlicher wöchentlicher Bericht zu der laborbasierten Surveillance SARS-CoV-2 sind unter <https://ars.rki.de/Content/COVID19/Main.aspx> zu finden.

5.6.2. Aktuelles Bild

Abbildung 12 zeigt den Anteil der positiven SARS-CoV-2-PCR-Testungen im zeitlichen Verlauf nach Altersgruppe, der im Rahmen der laborbasierten Surveillance SARS-CoV-2 an das RKI übermittelt wurde. Mit Datenstand 18.08.2020 wurden insgesamt 157.182 Testungen in der Altersgruppe der 0- bis 5-Jährigen übermittelt. Der Anteil der positiven Testungen in dieser Altersgruppe stieg ab KW 10 bis zur KW 14 an und erreichte mit einem Positivenanteil von fast 4,6% ein Maximum. Einen ähnlichen Verlauf sieht man auch in der Altersgruppe der 6- bis 10-Jährigen, die ebenfalls in KW 14 mit 7,1% den Höchstwert erzielten. Ab KW 15 sank der Anteil in beiden Altersgruppen wieder ab. Der Positivenanteil der 11- bis 14-Jährigen stieg bis zur KW 15 auf 9,3% und fiel danach rascher wieder ab. Der Anteil der positiven SARS-CoV-2-Testergebnisse aller Altersgruppen hat sich trotz einem zweiten Höhepunkt an neu übermittelten Fällen in KW 33 (Mitte August) seit KW 26 (Ende Juni) aufgrund vermehrter Testungen bei unter 2% stabilisiert. Ab KW 31 ist wieder ein leichter Anstieg zu erkennen, wobei sich die Anteile weiterhin unter 2% bewegen. Während sich der Positivenanteil seit KW 26 auf einem niedrigen Niveau befindet, stieg die Anzahl der SARS-CoV-2-PCR-Testungen seit KW 24 in allen drei Altersgruppen an (s. Abbildung 13). Der Anstieg der SARS-CoV-2-PCR-Testungen seit KW 24 (Anfang Juni) könnte mit den ersten Schulöffnungen (KW 20, Mitte Mai) und den beginnenden Sommerferien (Ende Juni/Anfang Juli) in einzelnen Bundesländern zusammenhängen. Besonders bei den 0- bis 5-Jährigen sowie bei den 6- bis 10-Jährigen ist ein steiler und kontinuierlicher Anstieg bis KW 29 bzw. KW 30 zu beobachten. In beiden Altersgruppen ging die Anzahl der Testungen danach wieder zurück. Dagegen nimmt die Anzahl der SARS-CoV-2-PCR-Testungen bei den 11- bis 14-Jährigen seit KW 25 kontinuierlich zu. Auch bei den älteren Altersgruppen (15 bis 59 Jahre) ist ein ungebrochener Anstieg zu erkennen (s. Abbildung 7 im [ARS-Wochenbericht vom 18.08.2020](#)). Dieser kann vermutlich auf das Ende der Sommerferien in den meisten Bundesländern und auf Reiserückkehrer zurückgeführt werden. In KW 33 wurden rund 10.100 Tests bei Kindern im Alter von 0 bis 5 Jahren (218 Tests/100.000 Einwohner), rund 8.900 Tests bei Kindern im Alter von 6 bis 10 Jahren (243 Tests/100.000 Einwohner) und rund 7.400 Tests bei 11- bis 14-Jährigen (250 Tests/100.000 Einwohner) an das RKI übermittelt. Bei der Interpretation der Inzidenzen ist zu beachten, dass die Daten keine Vollerfassung darstellen und wahrscheinlich jüngere Altersgruppen etwas schwächer repräsentiert sind.

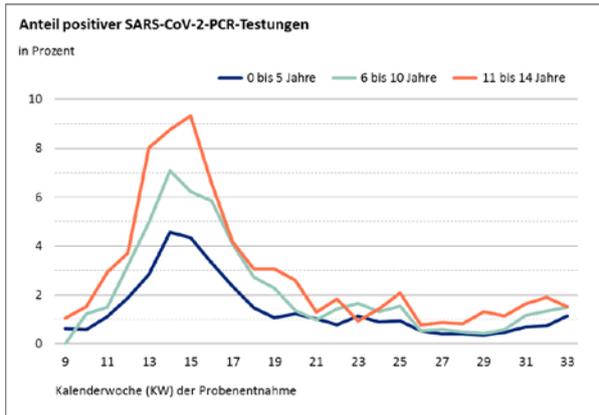


Abbildung 12: Anteil positiver SARS-CoV-2-PCR-Testungen nach Kalenderwoche der Probenentnahme und nach Altersgruppe, laborbasierte Surveillance SARS-CoV-2 (Datenstand 18.08.2020).

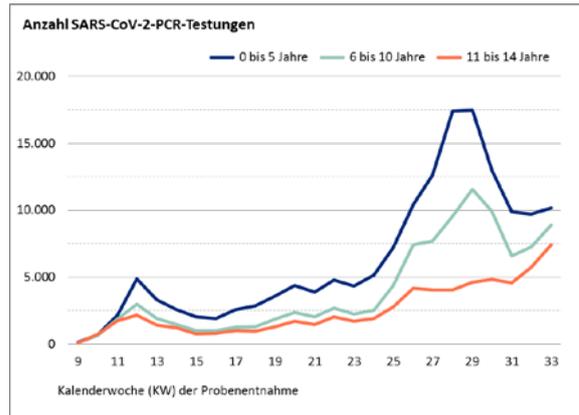


Abbildung 13: Anzahl der SARS-CoV-2-PCR-Testung nach Altersgruppe und Kalenderwoche der Probenentnahme, laborbasierte Surveillance SARS-CoV-2 (Datenstand 18.08.2020).

Referenzen

- [1] Buda, S., Dürrwald, R., Biere, B., Buchholz, U., Tolksdorf, K., Schilling, J., ... Haas, W. (2020). Influenza-Monatsbericht. Kalenderwochen 29 bis 32. Verfügbar unter: https://influenza.rki.de/Wochenberichte/2019_2020/2020-32.pdf
- [2] Buchholz, U., Buda, S., Prahm, K. (2020). Abrupter Rückgang der Raten an Atemwegserkrankungen in der deutschen Bevölkerung. *Epid Bull*, 2020;16:7 – 9. doi:[10.25646/6636.2](https://doi.org/10.25646/6636.2)
- [3] Goerlitz, L., Dürrwald, R., an der Heiden, M., Buchholz, U., Preuß, U., Prahm, K., Buda, S. (2020). Erste Ergebnisse zum Verlauf der Grippewelle in der Saison 2019/20: Mit 11 Wochen vergleichsweise kürzere Dauer und eine moderate Anzahl an Influenza-bedingten Arztbesuchen. *Epid Bull*, 2020;16:3 – 6. doi: [10.25646/6674.2](https://doi.org/10.25646/6674.2)
- [4] World Health Organization (WHO). (2020). WHO COVID-19 Case definition. Verfügbar unter: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Surveillance_Case_Definition-2020.1
- [5] European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). (2020). Case definition for coronavirus disease 2019 (COVID-19), as of 29 May 2020. Verfügbar unter: <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/surveillance/case-definition>
- [6] Robert Koch-Institut. (2020). Aktueller Lage-/Situationsbericht des RKI zu COVID-19. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Gesamt.html
- [7] Statistisches Bundesamt (Destatis). (2019). Betreuungsquote von Kindern unter 6 Jahren nach Bundesländern. Verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Kindertagesbetreuung/Tabellen/betreuungsquote-2018.html>
- [8] Statistisches Bundesamt (Destatis). (2019). Pressemitteilung Nr. 379 vom 26. September 2019. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2019/09/-PD19_379_225.html;jsessionid=9E911F8E92B65037BA89A01C29659223.internet8731