

Monatsbericht der Corona-KiTa-Studie

Ausgabe 02/2021

März 2021

Veröffentlicht am 09.04.2021

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.

Gefördert durch:



Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen
und Jugend



Bundesministerium
für Gesundheit

Inhalt

1. Die Betreuungssituation von Kindern im Alter von 0 Jahren bis zum Schuleintritt seit November 2020 bis Anfang März 2021	7
1.1. Das erlebte Belastungsniveau von Eltern mit Kindern bis zum Schuleintritt von November 2020 bis Anfang März 2021	8
1.2. Wohlbefinden von Kindern bis zum Schuleintritt von November 2020 bis Anfang März 2021	10
2. Ergebnisse aus der Kindertagespflege-Vertiefungsbefragung: Aspekte des Wohlbefindens....	12
2.1. Einschätzung verschiedener Belastungsfaktoren	12
2.2. Einschätzung der Angst vor einer Infektion mit dem SARS-CoV-2-Virus	14
2.3. Literatur	16
3. Ergebnisse zu den derzeitigen Betreuungskapazitäten anhand des KiTa-Registers	17
3.1. Aktuelles Öffnungsgeschehen in Kindertageseinrichtungen	17
3.2. Anteile betreuter Kinder und Personaleinsatz in den Kindertageseinrichtungen	18
3.3. Aktuelles Öffnungsgeschehen in der Kindertagespflege	21
3.4. Verdachts- und Infektionsfälle sowie pandemiebedingte Schließungen	22
4. Modul COALA: Erfahrungen mit der Probengewinnung in Haushalten sowie vorläufige Ergebnisse zu Übertragungen in Kitas	24
4.1. Probengewinnung bei Teilnehmenden zum Nachweis einer akuten SARS-CoV-2-Infektion: Probenrücklauf nach Hausbesuchen und bei der Selbstbeprobung	24
4.2. Vorläufige Ergebnisse zum Infektionsgeschehen in den Kitas 1–14	25
5. Ergebnisse aus den Surveillancesystemen des RKI	27
5.1. Begriffsklärung und Bevölkerungszahlen	27
5.2. Angaben zur Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen aus GrippeWeb	27
5.2.1. Hintergrund	27
5.2.2. Aktuelles Bild	27
5.3. Meldungen des Sentinels zur elektronischen Erfassung von Diagnosecodes akuter respiratorischer Erkrankungen (SEED ^{ARE})	28
5.3.1. Hintergrund	28
5.3.2. Aktuelles Bild	28
5.4. Übermittelte Fälle von COVID-19 gemäß Infektionsschutzgesetz (Meldedaten)	29
5.4.1. Hintergrund	29
5.4.2. Aktuelles Bild	30
5.4.3. COVID-19-Ausbrüche mit Infektionsumfeld Kindergarten, Hort	30
5.4.4. Hinweise zu neuen, als „besorgniserregend“ eingestufte Varianten	32
5.5. Ergebnisse der laborbasierten SARS-CoV-2-Surveillance	32
5.5.1. Hintergrund	32
5.5.2. Aktuelles Bild	33
6. Vergleich der Kita-Schließungen aus dem KiTa-Register mit den gemeldeten Kita/Hort-Ausbrüchen aus den Meldedaten	34
6.1. Literatur	35



Highlights

Ergebnisse aus der Online-Kurzbefragung „Kinderbetreuung in Deutschland“

- Während der vierten Elternbefragung, die von Anfang Februar bis Anfang März 2021 stattfand, konnte ein größerer prozentualer Anteil der Kinder öffentlich betreut werden (3.776 Kinder, 55%) als noch im Zeitraum der dritten Elternbefragung (3.301 Kinder, 45%), die direkt in die Zeitspanne des zweiten Lockdowns fiel.
- Die Betreuungssituation hat auch weiterhin einen Einfluss auf das erlebte Stresslevel der Eltern. Besonders Eltern, deren Kind zeitweise gänzlich auf den Besuch in der Kindertageseinrichtung oder Kindertagespflegestelle verzichten musste, wiesen das höchste Stresserleben auf. Währenddessen stellte der KiTa-Besuch, trotz vieler Einschränkungen im Betreuungsalltag, eine Entlastung für die Eltern dar.
- Dass der KiTa-Besuch eine Entlastung für die ganze Familie bedeuten kann, zeigt sich auch im Wohlbefinden der Kinder. Kinder, die trotz des Öffnungs- und Schließgeschehens während des bisherigen Befragungszeitraums weiterhin in die KiTa gehen konnten, kamen etwas besser mit der Situation während der Coronapandemie zurecht als Kinder, die die KiTa aufgrund der Coronapandemie nicht besuchen konnten.

Erste Ergebnisse aus der Vertiefungsbefragung der Kindertagespflegepersonen

- Die Ergebnisse aus der Vertiefungsbefragung der Kindertagespflegepersonen zeigen, dass nach fast einem Jahr Beschäftigung unter Pandemiebedingungen eine hohe allgemeine Belastung empfunden wird.
- Im Vergleich zu anderen Belastungsfaktoren wie beispielsweise „Existenzängste“ oder „Angst vor Schließung“ fallen „finanzielle Sorgen“ der Kindertagespflegestellen etwas geringer aus. Dabei gibt es jedoch einen signifikanten Unterschied zwischen der Teilgruppe, die eine Fortzahlung des Kindertagespflegegelds bei Krankheit eines betreuten Kindes und/oder der Kindertagespflegeperson erfährt und der Teilgruppe ohne Fortzahlung.
- Besonders große Angst empfinden Tagespflegepersonen zudem vor möglichen Infektionen innerhalb ihrer Arbeit – unabhängig davon, ob sie zur Risikogruppe gehören oder nicht.

Ergebnisse zur derzeitigen Betreuungskapazität aus dem KiTa-Register

- Die Entwicklung der Kindertagesbetreuung war im März 2021 durch weitere Öffnungsschritte geprägt. Seit der zweiten Märzwoche kehrten mit Berlin, Hamburg und Niedersachsen auch diejenigen Länder zum eingeschränkten Regelbetrieb zurück, die zuvor noch eine Notbetreuung fortgeführt hatten. Innerhalb der existierenden landesrechtlichen Rahmenvorgaben führten die meisten Länder dezentrale Öffnungsregelungen auf der Ebene von Kreisen und kreisfreien Städten ein.
- Der durchschnittliche Anteil der in Kitas betreuten Kinder stieg infolge der Öffnungsmaßnahmen von 45% in der letzten Januarwoche bis zum 19.03.2021 auf 72% an. Trotz des Anstiegs lag die Auslastung in der zweiten Märzhälfte noch unter den im Dezember 2020 registrierten Inanspruchnahmequoten.
- Im Laufe des Monats kam es zu einem erneuten Anstieg der Neuinfektionen, der in größerem Maße als 2020 auch Kinder und Jugendliche betraf und sich im KiTa-Register widerspiegelt. Die Anzahl der gemeldeten infektionsbedingten Gruppenschließungen stieg seit dem 22.02.2021 auf 112 und in den folgenden Wochen bis zum 19.03.2021 (KW 11) auf 233. Damit stieg der von den Gruppenschließungen betroffene Anteil an Kitas von 1,8 auf 4,7%. Im gleichen Zeitraum erhöhte sich auch die Anzahl der vollständigen Schließungen von Kindertageseinrichtungen von 25 auf 43 (von 0,4 auf 0,9%).

- Präventions- und Schutzmaßnahmen, eigene familiäre Betreuungszwänge, Infektionen und andere pandemiebedingte Ursachenfaktoren schränkten die Verfügbarkeit der pädagogischen Kita-Mitarbeitenden vor allem seit Mitte Dezember 2020 ein. Im März 2021 verharrte der Anteil der nicht oder nur eingeschränkt einsetzbaren Beschäftigten im Durchschnitt bei knapp 20%.
- Auch die Kindertagespflegestellten erreichen durch die sukzessive Öffnung im gesamten Bereich der Kindertagesbetreuung ab Mitte Februar hohe Inanspruchnahmequoten von durchschnittlich über 80% und nähern sich daher ihrer vollen Ressourcenauslastung aus der Zeit vor der Pandemie stark an.

Ergebnisse aus den Surveillancesystemen des RKI

- Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE) in der Bevölkerung nahm bei den 0- bis 5-Jährigen seit Mitte Februar kontinuierlich zu. Aktuell (KW 11; 15.03.–21.03.2021) wurden wöchentlich rund 398.000 ARE bei der jüngsten Altersgruppe geschätzt. Dieser Wert liegt weiterhin deutlich unter dem Niveau des Vorjahres, in welchem rund 60% mehr ARE berichtet wurden.
- Mit Einführung der Lockerungen und Öffnung von Kitas und Schulen Anfang März nahm die Anzahl der auf SARS-CoV-2 getesteten Kinder pro Woche sehr stark zu. Der Positivenanteil ist dabei nur leicht zurückgegangen. In KW 11 wurden von den am ARS-System teilnehmenden Laboren Daten zu rund 33.000 getesteten 0- bis 5-Jährigen übermittelt. Das sind rund viermal mehr Kinder mit einer PCR-Testung pro Woche als noch einen Monat zuvor (Mitte Februar). Von diesen waren 5% SARS-CoV-2-positiv.
- Ebenfalls seit Anfang März nahm auch die Anzahl an neu übermittelten COVID-19-Fällen bei Kindern und Jugendlichen sehr rasch zu. Aktuell (KW 11) wurden 4.966 Fälle im Alter von 0 bis 5 Jahren übermittelt (105 Fälle/100.000). Das sind rund dreimal mehr Fälle pro Woche als noch Mitte Februar. Ihr Anteil an allen Meldedefällen nahm ebenfalls zu und erreichte zuletzt mit 5,6% fast ihren Bevölkerungsanteil von 5,7%. Der Anstieg der Fallzahlen kann nicht allein durch eine vermehrte PCR-Testung erklärt werden, sondern deutet auf den Einfluss der zunehmenden Verbreitung der besorgniserregenden Virusvariante hin. Durch das Auftreten der VOC (Variant of concern) besteht ein erhöhtes Risiko für eine weitere Zunahme der Fallzahlen. Der Anteil an VOC an allen SARS-CoV-2-positiven Proben ist seit dem Jahreswechsel ansteigend, wobei die Variante B.1.1.7 in KW 11 unter allen untersuchten Fällen einen Anteil von mehr als 70% erreicht hat.
- Die Anzahl der übermittelten Kita/Hort-Ausbrüche stieg seit Mitte Februar nochmals sehr deutlich an und erreichte Mitte März (KW 11) den bisherigen Höhepunkt mit 197 Ausbrüchen pro Woche. Unter allen Ausbrüchen mit Angaben zum Infektionsumfeld, bei denen Kinder im Alter von 0 bis 5 Jahre Teil des Ausbruchs waren, wurden 13% dem Umfeld Kita/Hort zugeordnet.

Das Corona-KiTa-Projekt

Im Mai 2020 startete das Forschungsprojekt „Corona-KiTa“. Die Studie widmet sich Fragen der Herausforderungen und Bewältigung der Kindertagesbetreuung (KiTa¹) während der Coronapandemie sowie der Frage, welche Rolle (KiTa-)Kinder bei der weiteren Ausbreitung von SARS-CoV-2 spielen.

Hierfür werden im Rahmen einer Längsschnittstudie zur Beobachtung der schrittweisen Öffnung der Kindertagesbetreuung verschiedene, bereits vorliegende und neu zu entwickelnde Datenquellen sowie eigene Untersuchungen genutzt: eine Reihe vertiefter Befragungen von Einrichtungen der frühkindlichen Bildung, Betreuung und Erziehung, Fachkräften in den Einrichtungen, Kindertagespflegepersonen und Eltern, die gemeldeten Fälle von COVID-19, Daten aus weiteren Surveillancesystemen für akute Atemwegsinfektionen sowie ein KiTa-Register, welches Informationen zu den vorhandenen Platz- und Personalkapazitäten ergänzt. Die Studie untersucht insgesamt fünf Forschungsfragen:

1. Unter welchen Bedingungen wird die Kindertagesbetreuung während der Coronapandemie 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?
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?

Zur Klärung dieser Fragen werden vier Module 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. Als zentrale Plattform dient die Studienhomepage unter: <https://corona-kita-studie.de>. Das Projekt wird als Kooperationsprojekt zwischen dem Deutschen Jugendinstitut (DJI) und dem Robert Koch-Institut (RKI) umgesetzt. Die Projektleitung am DJI liegt bei Susanne Kuger, Thomas Rauschenbach und Bernhard Kalicki, am RKI bei Walter Haas, Udo Buchholz, Julika Loss und Susanne Jordan.

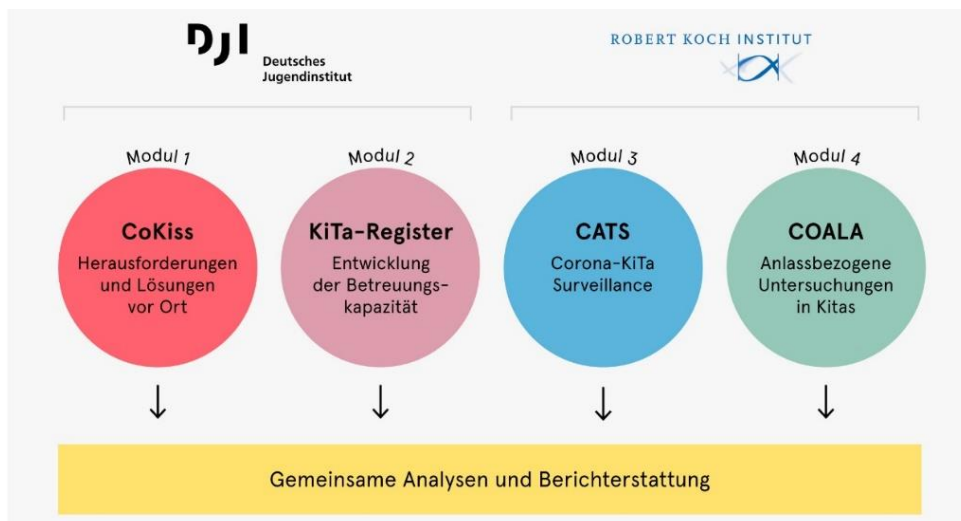


Abbildung 1: Schematische Darstellung der Module in der Corona-KiTa-Studie

1 Der einfacheren Lesbarkeit halber wird in diesem Projekt die Abkürzung „KiTa“ als generischer Begriff für die verschiedenen Formen der Kindertagesbetreuung genutzt; dies schließt alle Formen an Kindertageseinrichtungen und die Kindertagespflege mit ein.

An der Corona-KiTa-Studie arbeiten mit:

am DJI		am RKI	
Bärbel Barbarino*	Ning Li	Dr. Udo Buchholz	Merete Lindahl
Dominik Braun	Dr. Julian Maron*	Susanna Christen	Anne Loer
Dr. Martin Brusis*	Hanna Maly-Motta*	Andrea Franke	Prof. Dr. Julika Loss
Jan Degner*	Dr. Franz Neuberger	Prof. Dr. Walter Haas*	Hanna Perlitz
Dr. Svenja Diefenbacher	Prof. Dr. Thomas Rauschenbach	Anselm Hornbacher	Anna Sandoni*
Mariana Grgic	Annemarie Schuldt	Dr. Susanne Jordan	Dr. Anja Schienkiewitz
Anne-Christine Gruber	Dr. Florian Spensberger*	Eveline Otte im Kampe*	Gianni Varnaccia*
Marion Horn	Dr. Johannes Wieschke	Dr. Ulrike Kubisch*	Barbara Wess
Prof. Dr. Bernhard Kalicki		Tim Kuttig*	Daniel Wessler*
PD Dr. Susanne Kuger*		Ann-Sophie Lehfeld*	
		Marina M. Lewandowsky	

Anmerkung: Personen, die am vorliegenden Bericht als Autorinnen und Autoren mitgewirkt haben, sind mit einem * markiert.



1. Die Betreuungssituation von Kindern im Alter von 0 Jahren bis zum Schuleintritt seit November 2020 bis Anfang März 2021

Im Folgenden soll die Betreuungssituation der bisher in der KiBS-Elternbefragung erfassten Kinder über den Befragungszeitraum von November 2020 bis Anfang März 2021 skizziert werden.² Dabei liegt ein besonderer Fokus auf der Betreuungssituation während des vierten Befragungszeitraums von Anfang Februar bis Anfang März (KW 6–9; 08.02.–07.03.2021), die vorrangig mit dem Öffnungs- und Schließgeschehen in den Kitas und Kindertagespflegestellen der vorherigen fünf Wochen (Anfang Januar bis Anfang Februar, KW 1–5) kontrastiert werden soll. An der vierten Elternbefragung nahmen insgesamt 6.866 Eltern teil. Das entspricht einem Rücklauf von 32% der ursprünglichen Einsatzstichprobe von 21.447 Eltern.

Während die dritte Elternbefragung noch direkt in den zweiten Lockdown fiel³ und damit viele Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflegestellen geschlossen waren, kam es Anfang Februar und damit im Zeitraum der vierten Elternbefragung wieder zu schrittweisen KiTa-Öffnungen. Insbesondere ab Ende Februar 2021 bot ein Großteil der Kindertageseinrichtungen, je nach Bundesland und zumeist in Abhängigkeit der Inzidenzen, sogar wieder einen „Regelbetrieb unter Pandemiebedingungen“ an (vgl. Quartalsbericht I/2021). Im Zeitraum der vierten Elternbefragung erlebten viele Eltern damit eine Lockerung der Zugangsregelungen zur öffentlichen Kinderbetreuung und die politischen Bemühungen bestanden darin, unter Einhaltung strenger Hygiene- und Schutzmaßnahmen, möglichst vielen Kindern eine Rückkehr in ihre Kindertageseinrichtung oder Kindertagespflegestelle zu ermöglichen. Dass in diesem Zeitraum wieder mehr Kinder in ihre KiTa zurückkehren konnten, spiegelt sich auch in den vorliegenden Daten der vierten Elternbefragung wider (Tabelle 1, letzte Spalte). So nahm der Anteil jener Kinder, die die KiTa coronabedingt oder aus anderen Gründen nicht besuchen konnte, im Vergleich zur vorherigen Befragung (3.480 Kinder, 47,4%) um rund 10% ab (2.570 Kinder, 37,4%). Im Umkehrschluss stieg der Anteil an Kindern, die ihre KiTa besuchen konnten, wieder an (von 3.301 Kinder, 45% auf 3.776 Kinder, 55%).

Jedoch bedeutet die Rückkehr in die Kindertageseinrichtung oder Kindertagespflegestelle nicht automatisch auch eine Wiederkehr des gewohnten KiTa-Alltags, denn viele Kinder waren während des Zeitraums von Anfang Februar bis Anfang März von erheblichen Einschränkungen in der öffentlichen Betreuung betroffen. So berichteten ca. 75%, das sind 2.847 Eltern⁴, dass ihr Kind von mindestens einer pandemiebedingten Einschränkung im Betreuungsalltag betroffen war (wie verkürzten Öffnungs- oder individuellen Betreuungszeiten oder einzelnen Schließtagen aufgrund der Pandemie).

2 Die folgenden Befunde basieren auf ungewichteten Daten, die keine Schlüsse auf die Gesamtheit der Familien mit 0- bis 6-jährigen Kindern in den jeweiligen Bundesländern zulassen. So sind etwa Kinder im Alter von weniger als einem Jahr im Vergleich zu ihrem Anteil an der Bevölkerung unterrepräsentiert.

3 Detaillierte Ergebnisse der dritten Elternbefragung können unter <https://corona-kita-studie.de/ergebnisse#berichte> im Quartalsbericht I/2021 im Teil zur Elternbefragung eingesehen werden.

4 Die Prozentzahl relativiert sich an den insgesamt 3.776 befragten Eltern des vierten Befragungszeitraums, deren Kind öffentlich betreut werden konnte.

Tabelle 1. Anzahl und Anteile der betreuten und nicht-betreuten Kinder bis zum Schuleintritt von November 2020 bis Anfang März 2021.* Zur Gruppe der „generell nicht öffentlich betreuten Kinder“ zählen auch Fälle, bei denen Eltern zwar eine Platzzusage für ihr Kind in einer Kindertagesbetreuung erhalten haben, die Eingewöhnung zum Zeitpunkt der Befragung jedoch noch nicht stattgefunden hatte. Dies betrifft im November 2020 148 Kinder (1,7%) der in diesem Zeitraum erfassten Kinder; zum zweiten Befragungszeitraum im Dezember 2020 101 Kinder (1,5%), zum dritten Befragungszeitpunkt von Anfang Januar bis Anfang Februar 2021 insgesamt 121 Kinder (1,6%) und von Anfang Februar bis Anfang März 2021 117 Kinder (1,7%) der jeweiligen Ausgangsstichproben.

	November 2020 (KW 45-KW 48) Anzahl (Prozent)	Dezember 2020 (KW 49-KW 52) Anzahl (Prozent)	Anfang Januar bis Anfang Februar 2021 (KW 1-KW 5) Anzahl (Prozent)	Anfang Februar bis Anfang März 2021 (KW 6-KW 9) Anzahl (Prozent)
Gesamtanzahl der Kinder	8.917 (100%)	6.665 (100%)	7.335 (100%)	6.866 (100%)
Kind wird generell nicht öffentlich betreut*	761 (8,5%)	554 (8,1%)	554 (7,5%)	520 (7,6%)
Kind wird aktuell öffentlich betreut	7.804 (87,5%)	5.245 (78,6%)	3.301 (45%)	3.776 (55%)
Kind kann die Kindertagesbetreuung coronabedingt oder aus anderen Gründen nicht besuchen	352 (4%)	876 (13,1%)	3.480 (47,4%)	2.570 (37,4%)

1.1. Das erlebte Belastungsniveau von Eltern mit Kindern bis zum Schuleintritt von November 2020 bis Anfang März 2021

Obwohl sich die Situation im Zeitraum der vierten Elternbefragung für viele Familien etwas entspannte, da grundsätzlich wieder mehr Kinder ihre KiTa besuchen konnten, blieb die Betreuungssituation insgesamt jedoch weiterhin unsicher. Nicht nur, weil im KiTa-Alltag selbst immer wieder unvorhergesehene Einschränkungen und Ausfälle auftreten, sondern auch, weil die schrittweisen KiTa-Öffnungen nur unter Vorbehalt erfolgen, insofern sich das Infektionsgeschehen nicht wieder verschlimmert. Dementsprechend müssen viele Eltern mit der Ungewissenheit zurecht kommen, dass die Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflegestellen je nach Lage der Pandemie wieder schließen müssen, beziehungsweise nur ausgewählten Elterngruppe ein Notbetreuungsangebot machen können. Vor dieser unsicheren Situation im Feld der öffentlichen Kindertagesbetreuung soll das allgemeine Stresserleben⁵ der Eltern daher im Zeitverlauf getrennt danach betrachtet werden, ob das Kind im bisherigen Erhebungszeitraum ein Angebot der öffentlichen Kindertagesbetreuung nutzte. Dazu wird in drei Elterngruppen unterschieden. In (1) Eltern, deren Kind die KiTa besuchen konnte, (2) Eltern, deren Kind aufgrund der Coronapandemie Zuhause bleiben musste und nicht in der KiTa betreut werden konnte und schließlich in (3) Eltern, deren Kind grundsätzlich nicht öffentlich betreut wird.

5 Eltern sollten auf einer Skala von 1 „trifft überhaupt nicht zu“ bis 5 „trifft voll und ganz zu“ einschätzen, wie sehr sie sich derzeit gestresst fühlen.

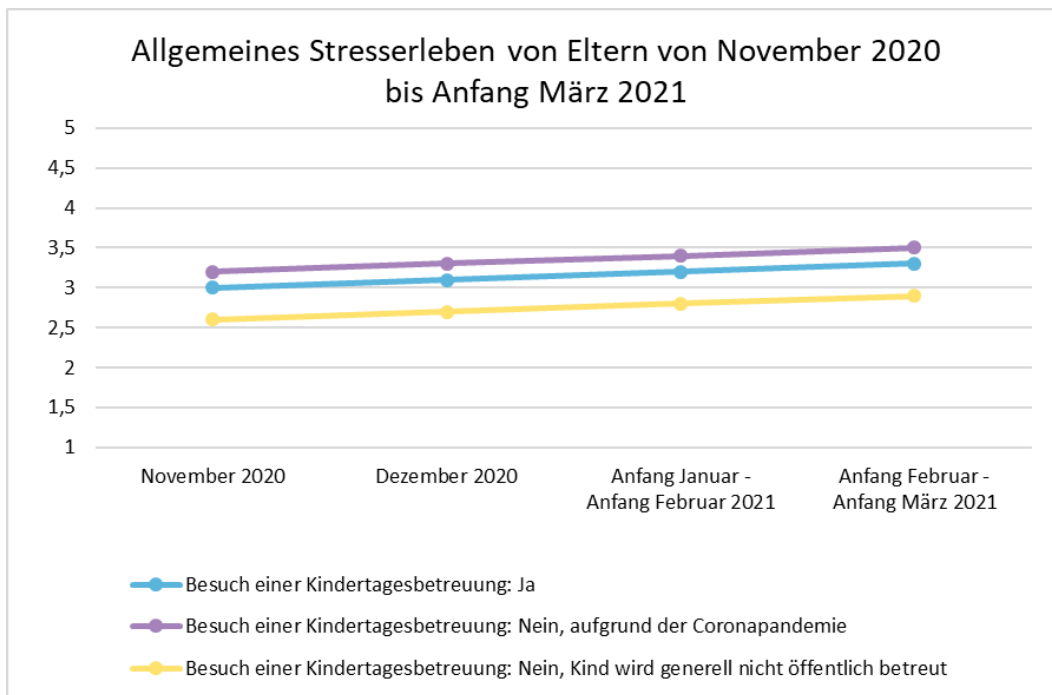


Abbildung 2. Grad des allgemeinen Stresslevels von Eltern auf einer Skala von 1 „Überhaupt nicht gestresst“ bis 5 „Sehr gestresst“ im Befragungszeitraum von November 2020 bis Anfang März 2021, differenziert danach, ob das Kind öffentlich betreut wurde. Die Informationen beziehen sich auf Angaben von insgesamt 352–7.803 Eltern. Das allgemeine Stresslevel beruht jeweils auf den berechneten Mittelwerten.

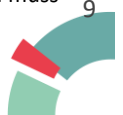
Mit Blick auf Abbildung 2 zeigen sich vor allem Unterschiede im Stresserleben zwischen den Elterngruppen, je nachdem, ob sie direkt vom Öffnungs- und Schließgeschehen in den KiTas betroffen waren. Dabei berichteten Eltern, deren Kind grundsätzlich nicht öffentlich betreut wird, zu allen Befragungszeitpunkten über ein geringeres Stresserleben (gelb markierte Linie in Abbildung 2), im Vergleich zu Eltern, deren Kind coronabedingt nicht in die KiTa gehen konnte (lila markierte Linie in Abbildung 2).⁶ Das Stresslevel in der Elterngruppe, deren Kind grundsätzlich nicht öffentlich betreut wird, scheint im Laufe der Pandemie anzusteigen. In der statistischen Prüfung bestätigte sich ein minimaler Aufwertstrend des Stresslevels, der jedoch insgesamt sehr gering ausfiel.⁷ Damit erlebten diese Eltern, vor allem im Vergleich zur Gruppe jener Eltern, deren Kind die KiTa coronabedingt nicht besuchen konnte, zwar auch stressreiche Phasen, die sich mit zunehmender Dauer der Pandemie etwas verstärkten, jedoch schnitten sie unter den gegebenen Umständen noch am besten ab.

In Abbildung 2 springt zudem ins Auge, dass vor allem jene Eltern gestresst waren, die zeitweise ganz auf die öffentliche Betreuung ihres Kindes verzichten mussten. Das subjektive Stresserleben dieser Eltern fiel im Vergleich zu den beiden anderen genannten Elterngruppen bislang am höchsten aus (lila markierte Linie in Abbildung 2).⁸ Direkt von Einschränkungen im Feld der öffentlichen Kindertagesbetreuung betroffen zu sein und damit für einen längeren, nicht absehbaren Zeitraum auf die Betreuung des Kindes verzichten zu müssen, stellte für die Eltern somit eine erhebliche Herausforderung dar. Dies liegt sicherlich nicht nur daran, dass

6 Dass eine bedeutende Differenz zwischen den Gruppen (Eltern, deren Kind generell nicht öffentlich betreut wird vs. Eltern, deren Kind coronabedingt nicht in die KiTa konnte) vorliegt, konnte, unter Kontrolle zentraler Einflussvariablen (Nettoäquivalenzeinkommen, Status der Erwerbstätigkeit, Alter des Kindes, Verhaltenscharakteristika des Kindes), in einem Längsschnittmodell (Random Intercept Model mit Kovariaten) bestätigt werden. Die Berechnungen basieren allerdings auf einer kleineren Stichprobe von 4.200 Eltern, die zu allen vier Zeitpunkten an der Befragung teilgenommen haben mussten. Es zeigt sich kein bedeutender Unterschied im Stresserleben zwischen Eltern, deren Kind die KiTa besuchen konnten und Eltern, deren Kind grundsätzlich nicht öffentlich betreut wird.

7 Dass das Stresslevel tatsächlich im Laufe der Zeit ansteigt wurde anhand von insgesamt 280 Angaben von Eltern, deren Kind grundsätzlich nicht öffentlich betreut wird und die zu allen vier Messzeitpunkten an der Befragung teilgenommen haben mussten, statistisch geprüft.

8 Auch hier bestätigte sich mit Hilfe eines Längsschnittmodells, unter Berücksichtigung der bekannten Einflussgrößen elterlichen Wohlbefindens, eine substantielle Differenz des Stresserlebens zwischen den Elterngruppen. Eltern, deren Kind die KiTa coronabedingt nicht besuchen konnte, wiesen im direkten Vergleich zu den zwei anderen Elterngruppen ein höheres Stresslevel auf. Die Berechnungen basieren auf Angaben von 4.200 Eltern, die zu allen Befragungszeitpunkten teilgenommen haben mussten.



viele Mütter und Väter Kinderbetreuung und Berufstätigkeit in Einklang bringen müssen, sondern auch daran, dass es für viele Eltern herausfordernd ist, wichtige Spiel- und Lernmöglichkeiten zu ersetzen, von denen Kinder sonst im Alltag der KiTa profitieren können.

Im Gegensatz dazu brachte der KiTa-Besuch des Kindes, auch wenn dieser häufig mit unterschiedlichen Einschränkungen im Betreuungsalltag verbunden war, für viele Eltern eine Entlastung. Das lässt sich aus dem geringeren subjektiven Stresserleben der Eltern schließen, deren Kind die KiTa im bisherigen Studienzeitraum, trotz aller Einschränkungen, weiterhin regelmäßig besuchen konnte (hellblau markierte Linie in Abbildung 2) bzw. ging mit der Rückkehr des Kindes in die KiTa eine Abnahme des elterlichen Stresslevels einher.

Der Besuch des Kindes in der KiTa oder eine Rückkehr in die öffentliche Kinderbetreuung können damit eine wichtige Erleichterung für die gesamte Familie bedeuten, insbesondere vor den aktuell bestehenden Sorgen vieler Eltern (z. B. vor den Befürchtungen, dass das Kind aufgrund der Pandemie in seiner Entwicklung zurückfallen könnte oder vor finanziellen Sorgen durch Kurzarbeit oder Arbeitsplatzverlust aufgrund der wirtschaftlichen Lage).

1.2. Wohlbefinden von Kindern bis zum Schuleintritt von November 2020 bis Anfang März 2021

Dass der KiTa-Besuch eine Entlastung für die ganze Familie darstellen kann, geht auch aus den Elterninformationen zum Wohlbefinden des Kindes⁹ hervor (vgl. Abbildung 3). Denn aus Sicht der Eltern kamen die Kinder, die trotz der unterschiedlichen Einschränkungen im Feld der öffentlichen Kindertagesbetreuung weiterhin in ihre Kindertageseinrichtung oder Kindertagespflegestelle gehen konnten (hellblau markierte Linie in Abbildung 3), etwas besser mit der Situation während der Coronapandemie zurecht als Kinder, die zeitweise gänzlich auf den Besuch in der KiTa verzichten mussten (lila markierte Linie in Abbildung 3).¹⁰ Aus Sicht der Eltern ging die Rückkehr des Kindes in die KiTa mit einem Anstieg des kindlichen Wohlbefindens einher.

Im Vergleich dazu müssen Kinder, die aufgrund der Coronapandemie zeitweise gänzlich gezwungen sind, auf den Besuch in ihrer Kindertageseinrichtung oder Kindertagespflegestelle zu verzichten, deutlich größere Unsicherheiten aushalten. Sie müssen zum Beispiel damit zurechtkommen, erst einmal auf nicht absehbare Zeit keinen regelmäßigen und direkten Kontakt zu wichtigen Freundinnen und Freunden zu haben und wissen oft nicht, wie lange sie letztlich zu Hause bleiben müssen. Deshalb ist es nicht verwunderlich, dass Kinder, die zeitweise gänzlich auf einen Besuch in der KiTa verzichten mussten, etwas weniger gut mit der allgemeinen Situation während der Pandemie zurechtkamen (lila markierte Linie in Abbildung 3). Allerdings lässt sich trotz der Unterschiede zwischen den Kindergruppen im Zurechtkommen mit der allgemeinen Situation erkennen, dass die in der Elternbefragung erfassten Kinder im bisherigen Befragungszeitraum insgesamt gut mit der Situation zurecht kamen.

9 Eltern sollten auf einer Skala von 1 „Gar nicht gut“ bis 5 „Sehr gut“ einschätzen, wie ihr Kind zum jeweiligen Befragungszeitpunkt mit der Situation während der Coronapandemie zurechtkam.

10 Die statistische Bedeutsamkeit der Unterschiede des kindlichen Wohlbefindens zwischen den Kindergruppen wurde anhand längsschnittlicher Modelle auf Basis von 4.200 Elternangaben bestätigt.

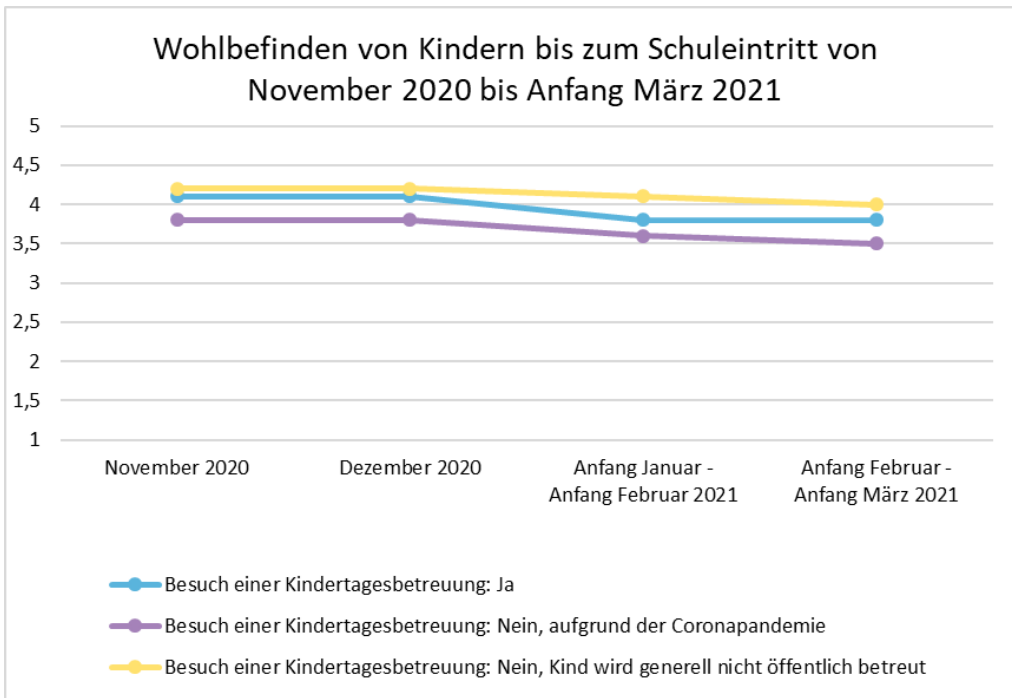


Abbildung 3. Einschätzung der Eltern wie das Kind mit der Situation während der Coronapandemie zurechtkommt; im Befragungszeitraum von November 2020 bis Anfang März 2021, auf einer Skala von 1 „Gar nicht gut“ bis 5 „Sehr gut“ und differenziert danach, ob das Kind öffentlich betreut wurde. Die Informationen beziehen sich auf Angaben von insgesamt 351–7.802 Eltern. Das Ausmaß des Wohlbefindens des Kindes beruht jeweils auf den berechneten Mittelwerten.



2. Ergebnisse aus der Kindertagespflege-Vertiefungsbefragung: Aspekte des Wohlbefindens

Um neben den Daten aus dem KiTa-Register weitere detaillierte Einblicke über die Rahmenbedingungen im Hinblick auf die Arbeit der Kindertagespflegepersonen in Pandemiezeiten zu erhalten, wurde im Zeitraum vom 08.12.2020 (KW 50) bis 15.01.2021 (KW 2) eine Vertiefungsbefragung mittels eines standardisierten Online-Fragebogens durchgeführt, bei der sich deutschlandweit 2.807 Kindertagespflegepersonen beteiligt haben.

Die Generierung der Stichprobe fand zum einen im Rahmen einer Nacherfassung zu der im Projekt „Entwicklung von Rahmenbedingungen in der Kindertagesbetreuung – indikatorengestützte Qualitätsbeobachtung“ (ERiK) befragten Stichprobe statt¹¹. Zum anderen wurde die Stichprobe über vier weitere Verteiler¹² gewonnen, die gebeten wurden, eine Einladung zur Teilnahme an Kindertagespflegepersonen weiterzuleiten.

Der Zeitraum der Befragung umfasst die Lockdown-Regelungen, die am 16.12.2020 von Bund und Ländern ausgesprochen wurden und die auch im Bereich der Kindertagespflege zum Tragen kamen. Der überwiegende Teil der Tagespflegepersonen hat in der KW 50 (07.12. –13.12.2020) und KW 1 (04.01. –10.01.2021) an der Befragung teilgenommen.

Von den 2.807 Tagespflegepersonen (96% davon weiblich, Durchschnittsalter: 47 Jahre) arbeiten 91% selbstständig. 77% der Befragten geben an, als singular arbeitende Tagespflegeperson tätig zu sein (ohne Zusammenschluss zu einer Großtagespflegestelle). Dies entspricht etwa der Verteilung von Zusammenschlüssen und singular arbeitenden Kindertagespflegepersonen in Deutschland laut Kinder- und Jugendhilfestatistik (22% und 78%, vgl. KJH-Statistik 2020). Im Rahmen der Befragung wurden u. a. Aspekte des Wohlbefindens der Kindertagespflegepersonen abgefragt, die im Folgenden dargestellt werden.

2.1. Einschätzung verschiedener Belastungsfaktoren

In Anlehnung an die Herausforderungen, die die aktuelle Situation von den Tagespflegepersonen fordert, wurden hierzu zum einen Existenzsorgen, finanziellen Sorgen, die Angst vor etwaigen Schließungen der Kindertagespflegestelle, die Belastung durch den Umgang mit Schutz- und Hygienemaßnahmen sowie eine Einschätzung der allgemeinen Belastung im Hinblick auf die derzeitige Situation abgefragt. Die Einschätzung der einzelnen Items erfolgte jeweils über eine fünfstufige Skala von „trifft überhaupt nicht zu“ (1) bis „trifft voll und ganz zu“ (5) (Cronbachs $\alpha=,798$).

Abbildung 4 gibt einen Überblick über die einzelnen Aspekte der Belastungsperzeption mit der Angabe der jeweiligen Mittelwerte.

11 Die Nacherfassung erweiterte hierbei die bereits bestehende, über Jugendämter kontaktierte Stichprobe von Kindertagespflegepersonen, die im Jahr 2020 im Rahmen der Haupterhebung von ERiK befragt wurde.

12 Bundesverband Kindertagespflege, Arbeitsgemeinschaft Kindertageseinrichtungen, Servicestelle Kindertagespflege, Newsletter des KiTa-Registers.

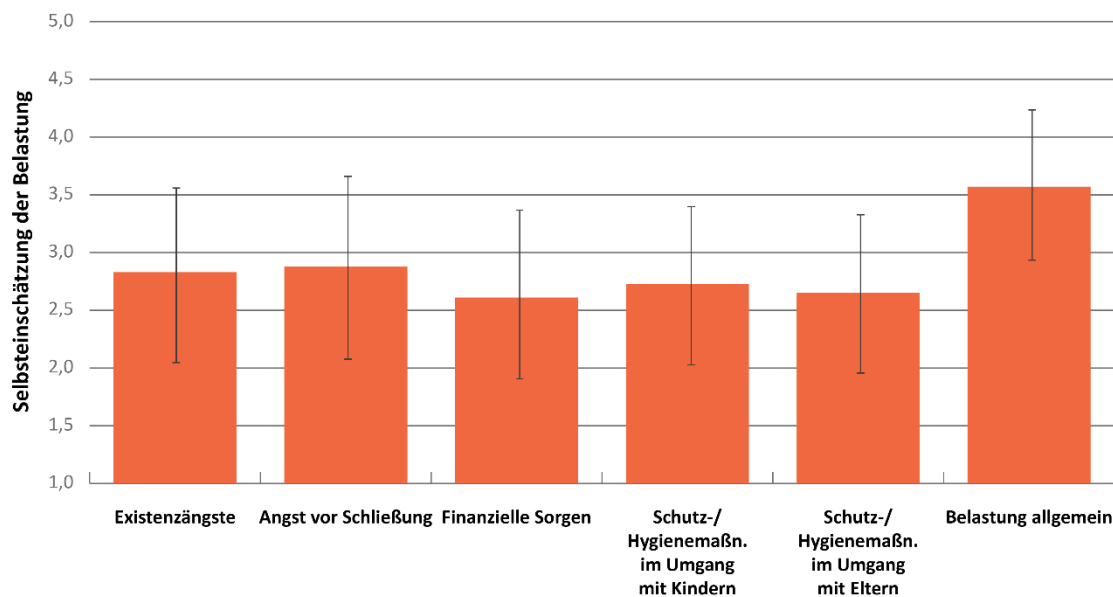


Abbildung 4. Selbsteinschätzung von Kindertagespflegepersonen im Hinblick auf einzelne Belastungsfaktoren (Mittelwerte und Standardabweichung). Die Teilnehmer wurden gefragt, inwieweit die einzelnen Aspekte eine Belastung für sie darstellen (1 = trifft nicht zu, 5 = trifft voll und ganz zu). n=2.381-2.413

Wie Abbildung 4 zeigt, hat das Item **Finanzielle Sorgen** („Ich habe finanzielle Sorgen als Kindertagespflegeperson aufgrund der Coronapandemie“) die positivste Einschätzung erhalten (Mittelwert (MW): 2,61; SD: 1,56). Über die Hälfte aller befragten Kindertagespflegepersonen (fast 53%) geben hier an, dass sie wenig bzw. sehr wenig finanzielle Sorgen haben. Knapp ein Drittel der Teilnehmenden (29,6%) schätzen diesen Aspekt als belastend bzw. sehr belastend ein.

Die Aspekte **Existenzängste** („Ich mache mir Sorgen um meine Existenz als Tagesmutter/-vater.“, MW: 2,83; SD: 1,57) und **Angst vor KiTa-Schließung** („Ich habe Angst davor, von einer (weiteren) Schließung meiner Kindertagespflegestelle betroffen zu sein“, MW: 2,88; SD: 1,58) weisen etwas schlechtere Einschätzungen auf. Insgesamt betrachtet werden jedoch auch diese Faktoren von den Befragten nicht auffällig belastend bewertet.

Dass diese Aspekte recht gut bewertet werden (und insbesondere die finanziellen Sorgen von allen abgefragten Items, die eine mögliche Belastung darstellen können, am besten eingeschätzt wurde), erstaunt vor dem Hintergrund, dass über 90% der Tagespflegepersonen in der vorliegenden Stichprobe selbstständig arbeiten. Für diese Personengruppe besteht gerade in Zeiten der Pandemie – eine Zeit, die von unvorhersehbaren verdachts- oder infektionsbedingten Schließungen geprägt sein kann – eine unsichere finanzielle und beruflich-existentielle Situation. Auch die Tatsache, dass der überwiegende Teil der Befragten das Betreuungssetting im eigenen Haushalt hat (über 70%), stellt aktuell keine einfache Situation dar. Durch Quarantänemaßnahmen, die die Familie einer Kindertagespflegeperson betreffen, kann das Betreuungsangebot unabsehbar eingeschränkt oder unterbrochen werden.

Eine Erklärung für die verhältnismäßig positive Einschätzung der finanziellen Sorgen kann zum einen damit zusammenhängen, dass über 90% der Befragten (n=1.986) angeben, dass eine Fortzahlung des Kindertagespflegegeldes bei Krankheit eines betreuten Kindes geleistet wird.¹³ Blickt man auf die Gruppe, die diese Fortzahlungen nicht erhalten, zeigt sich eine signifikant negativere Einschätzung im Hinblick auf die finanziellen

13 Für die öffentlich geförderte Kindertagespflege wird in vielen Ländern oder Jugendamtsbezirken für eine festgelegte Anzahl an Tagen im Jahr (die genaue Anzahl variiert länderspezifisch) eine Fortzahlung der Geldleistungen bei Krankheit eines Kindes und bei Krankheit der Tagespflegeperson selbst gewährt. In der Teilgruppe mit Fortzahlung werden am häufigsten insgesamt 20 Tage Fortzahlung bei Krankheit betreuter Kinder und 16 Tage Fortzahlung bei Krankheit der Tagespflegeperson selbst berichtet.

Sorgen: Während die Einschätzung hinsichtlich der finanziellen Sorgen bei der Teilgruppe mit Fortzahlung bei einem Mittelwert von 2,54 liegt, liegt bei der Teilgruppe ohne Fortzahlung ein Mittelwert von 3,26 vor. In dieser Teilgruppe antwortet fast die Hälfte (45%), dass sie finanzielle Sorgen haben.

Eine nicht unerhebliche Rolle kann in diesem Zusammenhang auch eine gesonderte Regelung für die Fortzahlung der laufenden Geldleistungen haben, die in einigen Bundesländern (u. a. Nordrhein-Westfalen) und Landkreisen im Zeitverlauf der Pandemie für die öffentlich geförderte Kindertagespflege getroffen wurde (vgl. Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e. V., 2021). Laut § 23 Abs. 2/2a SGB VIII besteht ein Anspruch auf Zahlung nur, wenn eine Betreuungsleistung erbracht wird. Das bedeutet, dass Tagespflegepersonen, die pandemiebedingt keine Betreuungsleistung erbringen können, eigentlich keinen Anspruch auf laufende Geldleistungen gegenüber dem Jugendamt geltend machen können. Aufgefangen wurden diese Engpässe bisher lediglich über die oben beschriebene Fortzahlung des Kindertagespflegegelds für eine bestimmte Anzahl an Tagen im Jahr. Es wurde im Laufe des letzten Jahres deutlich, dass diese Regelungen (die vor der Coronapandemie festgelegt wurden) in der aktuellen Situation nicht ausreichend greifen, da es immer wieder zu unvorhersehbaren Einschränkungen durch Verdachts- oder Infektionsfälle kommen kann. Die Anpassung der Regelung für Fortzahlung der Geldleistungen soll die Tagespflegepersonen unterstützen, indem Betreuungsverträge weiterbestehen, auch wenn die Tagespflegepersonen (pandemiebedingt) keine Kinder betreuen können. Auf diese Weise soll auch einem langfristigen Wegfall vieler Tagespflegestellen entgegengewirkt werden (vgl. Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e. V., 2020; Ministerium für Kinder, Familie, Flüchtlinge und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen, 2021).

In Nordrhein-Westfalen wurde eine solche Anpassung der Verdienstauffälle in der Kindertagespflege u. a. über eine neue Fassung des Kinderbildungsgesetzes (KiBiz, §24 Abs.3) bereits im Dezember 2019 beschlossen und mit deren Umsetzung seit 01.08.2020 entsprechend geregelt (vgl. Landtag Nordrhein-Westfalen, 2020). Da ein Großteil der Befragten in der vorliegenden Stichprobe diese Unterstützung erhalten kann (knapp 50% der Teilnehmenden, die eine Postleitzahl angegeben haben, stammen aus Nordrhein-Westfalen), ist davon auszugehen, dass sich dies in den positiven Bewertungen im Hinblick auf die finanziellen Sorgen widerspiegelt.

Keine großen Belastungen sehen die teilnehmenden Kindertagespflegepersonen bei der Einschätzung der **Umsetzung der Schutz- und Hygienemaßnahmen** sowohl im Hinblick auf die Kinder („Die Umsetzung der Schutz- und Hygienemaßnahmen belastet mich im Umgang mit den Kindertagespflegekindern“; MW: 2,73; SD: 1,41) als auch im Hinblick auf die Eltern („Die Umsetzung der Schutz- und Hygienemaßnahmen belastet mich im Umgang mit den Eltern“; MW: 2,65; SD: 1,40).

Dass die subjektiv wahrgenommene **Belastung der Tagespflegepersonen durch die derzeitige Situation** dennoch groß ist, zeigen die Einschätzungen zur Aussage „Die derzeitige Situation belastet mich“. Über 50% der teilnehmenden Kindertagespflegepersonen geben hier an, dass sie sich belastet bis sehr belastet fühlen. Dieses Item wurde deutlich am negativsten bewertet (MW: 3,57; SD: 1,29). Eine Unterscheidung zwischen Großtagespflegestelle (GTP) und singular arbeitenden Tagespflegepersonen zeigt, dass sich die Großtagespflegestellen signifikant belasteter fühlen. Fast 60% dieser Teilgruppe geben an, dass sie sich belastet bzw. sehr belastet fühlen (MW: 3,77).

2.2. Einschätzung der Angst vor einer Infektion mit dem SARS-CoV-2-Virus

Im Hinblick auf das empfundene Wohlbefinden sollten die Teilnehmer des Weiteren eine Einschätzung ihrer **Angst, sich selbst mit SARS-CoV-2 zu infizieren** (innerhalb und außerhalb der Kindertagespflegestelle) sowie die Angst, andere anzustecken, einschätzen. Auch hier erfolgte die Einschätzung über eine fünfstufige Skala von „sehr wenig Angst“ (1) bis „sehr große Angst“ (5). (Cronbachs α =,798). Abbildung 5 zeigt die Mittelwerte der einzelnen Items hierzu im Vergleich.

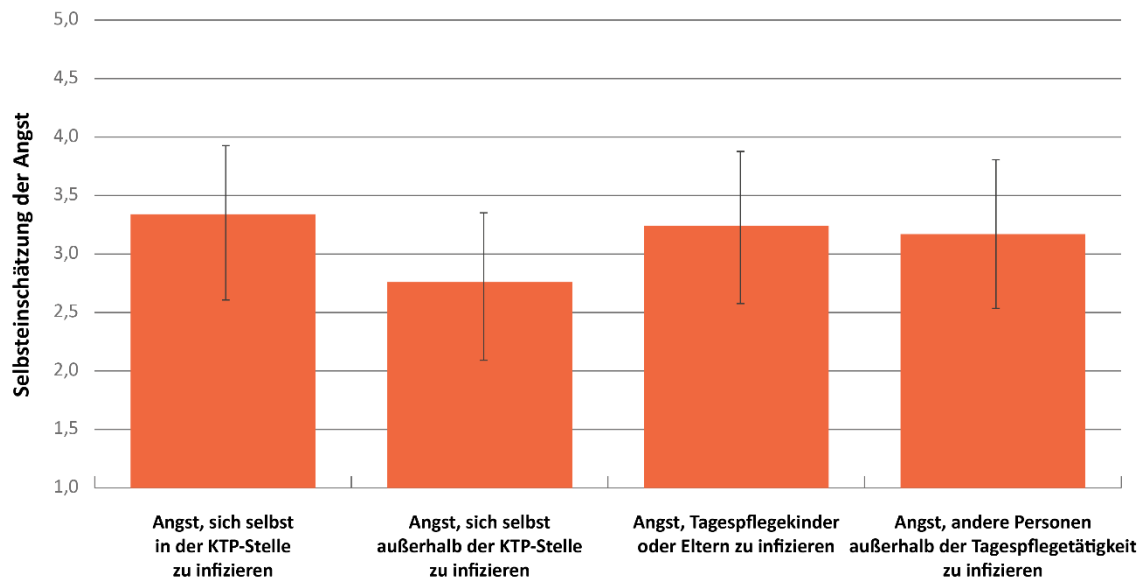


Abbildung 5. Selbsteinschätzung von Kindertagespflegepersonen im Hinblick auf ihre Angst vor einer Ansteckung mit dem SARS-CoV-2-Virus (Mittelwerte und Standardabweichung). Die Teilnehmer wurden gefragt, inwieweit die einzelnen Situationen Angst bereiten (1 = sehr wenig Angst, 5 = sehr große Angst). n=2.397-2.419

Auffällig ist hier das Ergebnis bezüglich der **Angst, sich selbst in der Kindertagespflegestelle mit SARS-CoV-2 zu infizieren**. Knapp 50% aller Befragten geben hier eine große bis sehr große Angst an (MW: 3,34; SD: 1,39). Interessant ist dieses Ergebnis vor dem Hintergrund, dass sich nur ca. 30% der Kindertagespflegestellten in der vorliegenden Stichprobe zu einer Risikogruppe (z. B. aufgrund des Alters oder Vorerkrankungen) zählen. Betrachtet man die Antworten der Befragten, die sich zur Risikogruppe zählen, zeigt sich folgerichtig eine noch höhere Angst hinsichtlich einer Infektion innerhalb des Betreuungssettings. Etwas mehr als 60% dieser Teilgruppe geben an, große bis sehr große Angst diesbezüglich zu verspüren (MW: 3,70).

Die **Angst, in der Kindertagespflegestelle betreute Kinder oder deren Eltern zu infizieren**, wird mit über 40% der Angaben ebenfalls verhältnismäßig hoch eingeschätzt (MW: 3,24; SD: 1,34). Vergleichbar hoch sind die Einschätzungen bzgl. der **Angst, andere Personen außerhalb der Kindertagespflegestelle anzustecken**. Auch hier geben über 40% eine große bis sehr große Angst an (MW: 3,17; SD: 1,33). Niedriger eingeschätzt wird die **Angst, sich selbst außerhalb der Kindertagespflegestelle mit SARS-CoV-2 zu infizieren** (MW: 2,76; SD: 1,27). Fast die Hälfte der Befragten geben an, hier wenig bis sehr wenig Angst zu haben. Diese niedrigeren Werte zeigen sich auch bei den Tagespflegepersonen, die sich zu einer Risikogruppe zählen.

Mit Blick auf das Arbeiten „nah am Kind“ und vor dem Hintergrund, dass die Tagespflegepersonen überwiegend mit Kindern unter drei Jahren arbeiten (in der vorliegenden Stichprobe über 90%) und dadurch ein direkter Körperkontakt innerhalb des Betreuungssettings unerlässlich ist, ist die erhöhte Angst vor einer Infektion am Arbeitsplatz nachvollziehbar.

Das zeigen auch die Ergebnisse zur Einschätzung der Umsetzung geltender Schutz- und Hygienemaßnahmen im pädagogischen Alltag. Die Frage „Wie gut funktioniert Ihrer Einschätzung nach die Umsetzung der derzeit empfohlenen Schutz- und Hygienemaßnahmen insgesamt in Ihrer Kindertagespflegestelle?“ geben die Befragten im Hinblick auf die Personengruppe der Kinder eine schlechte Bewertung ab. Über 50% der singular arbeitenden Kindertagespflegepersonen und knapp 60% der Großtagespflegestellten bewerten die Umsetzung mit schlecht bis sehr schlecht. Wenngleich dieser Aspekt (wie oben dargestellt) nicht als Belastung empfunden wird, zeigt sich doch deutlich, dass sich im pädagogischen Alltag viele empfohlene Maßnahmen hinsichtlich eines effektiven Infektionsschutzes im Umgang mit den Kindern nicht einfach umsetzen lassen. (vgl. auch Quartalsbericht I/2021, Kap. 2).

Diese Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung der Veränderung der Impfpriorisierung (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2021), die im Februar (nach Beendigung der Befragung) durchgeführt wurde und die es nun auch den Kindertagespflegepersonen ermöglicht, sich zeitnah gegen COVID-19 impfen zu lassen. Gerade vor dem Hintergrund der wieder steigenden Inanspruchnahmequoten seit Mitte Januar 2021 (vgl. Kapitel 3) kann die Änderung der Impfverordnung den Tagespflegepersonen etwas mehr Sicherheit in den Betreuungssettings geben.

Zum Zeitpunkt der Befragung – knapp ein Jahr nach Beginn der Coronapandemie – fallen die finanziellen Sorgen und die Sorgen bzgl. der beruflichen Existenz im Hinblick auf das Wohlbefinden der Kindertagespflegepersonen nicht so schwer ins Gewicht, wie man hinsichtlich der nicht einfachen beruflichen Situation der Befragten, die überwiegend selbständig arbeiten, vermutet hätte. Es ist anzunehmen, dass Sonderregelungen, die in einigen Bundesländern im Zeitverlauf der Pandemie getroffen wurden und die eine Fortzahlung von Geldleistungen bei pandemiebedingten Ausfällen gewährleisten, hierzu positiv beitragen.

Im Fokus der Belastung von Kindertagespflegepersonen stehen Ängste hinsichtlich möglicher Infektionsrisiken in Zusammenhang mit ihrer beruflichen Tätigkeit. Ein erhöhtes Belastungsempfinden scheint sich zudem aus der Summe aller Unwägbarkeiten, die sich in der Situation einer Pandemie ergeben (geprägt durch unvorhersehbare Einschränkungen), zu ergeben.

Positive Auswirkungen auf das Wohlbefinden könnten demzufolge jegliche Maßnahmen haben, die den Kindertagespflegepersonen Sicherheit in verschiedensten Bereichen (finanziell, gesundheitlich, organisatorisch) geben und sowohl Perspektiven eröffnen als auch zu einer gewissen Planungssicherheit beitragen.

2.3. Literatur

Bundesministerium für Gesundheit (2021). Erste Verordnung zur Änderung der Coronavirus-Impfverordnung vom 24. Februar 2021. Abrufbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Daten/3_Downloads/C/Coronavirus/Verordnungen/1_A-EndVO_zur_CoronaImpfV_BAnz_AT_24.02.2021_V1.pdf (Stand: 25.03.2021)

Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e. V. (2020). Forum für Fachfragen. „Kindertagespflege – Finanzierung“.

Deutsches Institut für Jugendhilfe und Familienrecht e. V. (2021). Fragen und Antworten zum Coronavirus (Rubrik Tagesbetreuung). Abrufbar unter: <https://www.dijuf.de/coronavirus-faq.html#Rubrikkosten> (Stand: 25.03.2021)

Landtag Nordrhein-Westfalen (2020). Gesetz zur qualitativen Weiterentwicklung der frühen Bildung. Artikel 1. Gesetz zur frühen Bildung und Förderung von Kindern (Kinderbildungsgesetz – KiBiz). Abrufbar unter: https://recht.nrw.de/lmi/owa/br_bes_detail?sg=0&menu=0&bes_id=41629&anw_nr=2&aufgehoben=-N&det_id=448205 (Stand: 25.03.2021)

Ministerium für Kinder, Familie, Flüchtlinge und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen (2021). Sitzung des Ausschusses für Familie, Kinder und Jugend am 18.03.2021. Bericht zum Thema „Verdienstauffälle der Kindertagespflege wegen Quarantäneverordnungen“. Abrufbar unter: <https://www.landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMV17-4877.pdf> (Stand: 25.03.2021)



3. Ergebnisse zu den derzeitigen Betreuungskapazitäten anhand des KiTa-Registers

Das KiTa-Register stellt eine wöchentliche, onlinebasierte Abfrage dar, zu deren Teilnahme alle Kindertageseinrichtungen (Kitas) und Kindertagespflegepersonen in Deutschland aufgerufen sind. Ziel ist es, aktuell und regional differenziert zu dokumentieren, wie sich die Pandemie auf das Betreuungsgeschehen auswirkt und steuerungsrelevante Informationen für Träger, Kommunen, Bund und Länder zur Verfügung zu stellen. Zusätzlich wird erfasst, ob aktuell Verdachts- oder Infektionsfälle in Kitas oder in der Kindertagespflege aufgetreten sind und ob einzelne Gruppen oder Einrichtungen aufgrund von COVID-19-Erkrankungen geschlossen werden mussten. Kitas und Tagespflegepersonen werden dabei mit Fragen adressiert, die an die Besonderheiten der jeweiligen Betreuungsform angepasst sind.

Seit dem Start des KiTa-Registers haben sich über 11.200 Kitas und knapp 2.170 Kindertagespflegestellen für das KiTa-Register angemeldet (Stand: 29.03.2021). Dies entspricht etwa 20% der deutschlandweit bestehenden Kindertageseinrichtungen (bzw. 5% der Kindertagespflegepersonen). An den wöchentlichen Abfragen seit Ende August nehmen durchschnittlich etwa 6.000 Kitas und 1.000 Kindertagespflegepersonen teil.

Resultate des KiTa-Registers werden zum einen auf der Homepage der Corona-KiTa-Studie wöchentlich aktualisiert veröffentlicht (<https://www.corona-kita-studie.de/results.html>). Zum anderen werden ausgewählte Ergebnisse in den Monatsberichten fortgeschrieben. Bei diesen Ergebnissen handelt es sich vor allem um:

- das aktuelle Öffnungsgeschehen in den Kindertageseinrichtungen
- den Anteil an betreuten/anwesenden Kindern in Einrichtungen und Kindertagespflegestellen
- dem verfügbaren/nicht verfügbaren Personal in Kindertageseinrichtungen
- den SARS-CoV-2 Verdachts- und Infektionsfällen in den Betreuungssettings sowie
- die coronabedingten Schließungen der Einrichtungen und Tagespflegestellen.

3.1. Aktuelles Öffnungsgeschehen in Kindertageseinrichtungen

Die Entwicklung der Kindertagesbetreuung war im März 2021 zunächst durch weitere Öffnungsschritte geprägt. Seit der zweiten Märzwoche kehrten mit Berlin, Hamburg und Niedersachsen auch diejenigen Länder zum eingeschränkten Regelbetrieb zurück, die zuvor noch eine Notbetreuung fortgeführt hatten. Alle Bundesländer ermöglichen seither die Öffnung der Kindertageseinrichtungen im eingeschränkten Regelbetrieb oder im Regelbetrieb unter Pandemiebedingungen. Die erneut ansteigenden COVID-19-Infektionen bremsen im weiteren Verlauf des Monats jedoch die Lockerungsplanungen. Auf ihrer Konferenz am 22.03.2021 beschlossen die Regierungschefinnen und Regierungschefs von Bund und Ländern, die seit Mitte Februar erfolgten Öffnungsschritte nur dann aufrechtzuerhalten, wenn die 7-Tage-Inzidenz der Neuinfektionen pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner in dem Land oder der Region stabil unter 100 bleibt.

Innerhalb der existierenden landesrechtlichen Rahmenvorgaben führten die meisten Länder dezentrale Öffnungsregelungen auf der Ebene von Kreisen und kreisfreien Städten ein. Bayern, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen, Sachsen, Schleswig-Holstein und Thüringen hatten die Schließung von Kindertageseinrichtungen oder die Rückkehr zur Notbetreuung bereits vor dem 22.03.2021 an Inzidenzgrenzwerte geknüpft. In Bayern, Niedersachsen und Sachsen werden die Kindertageseinrichtungen beim Überschreiten des Inzidenzgrenzwertes von 100 auf Kreisebene geschlossen und auf eine Notbetreuung beschränkt. Mehrere ostdeutsche Länder sprachen sich für flexible Arrangements aus, die den Verantwortlichen auf Kreisebene ermöglichten, bei überschrittenen Inzidenzgrenzwerten restriktivere Zugangsregelungen in Abhängigkeit von der lokalen Belastungssituation einzuführen (Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Thüringen).

Im Detail unterscheiden sich die Regelungen voneinander. So begrenzt etwa Brandenburg die lokalen Entscheidungsspielräume, indem es eine vorgeschriebene Schließung von Kindertageseinrichtungen bei Inzidenzwerten über 200 vorschreibt. Bayern und Schleswig-Holstein koppeln auch den Wechsel von der Regelbetreuung zum eingeschränkten Regelbetrieb an einen Inzidenzgrenzwert (50). Baden-Württemberg, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und das Saarland führten bis Ende März keine subregional differenzierten Regelungen für die Kindertageseinrichtungen ein. Alle Länder begleiten die Öffnungsregelungen mit Politiken zur flächendeckenden und regelmäßigen Testung und bevorzugten Impfung von Kitabeschäftigten. Diese Maßnahmen sollen nicht nur den Infektionsschutz in den Kindertageseinrichtungen verbessern, sondern auch das Erkennen und die Unterbrechung von Infektionsketten in der Gesamtbevölkerung unterstützen.

Die laufenden Präventions- und Eindämmungsbemühungen waren indes mit einem erneuten Anstieg der Neuinfektionen konfrontiert, der in größerem Maße als 2020 auch Kinder und Jugendliche betraf und im KiTa-Register seit dem 22.02.2021 (KW 8) sichtbar wird. Die Anzahl der Kitas mit wenigstens einer gemeldeten infektionsbedingten Gruppenschließung stieg in dieser Woche auf 112 und in den folgenden Wochen bis zum 21.03.2021 (KW 11) auf 233, was einem Anstieg von 1,8 auf 4,7% entspricht. Im gleichen Zeitraum erhöhte sich auch die Anzahl der vollständigen Schließungen von Kindertageseinrichtungen von 25 auf 43 (von 0,4 auf 0,9%). Zwar waren diese Anteile im Vergleich zur Gesamtzahl der im KiTa-Register beteiligten Kitas im März 2021 relativ gering, ihr dynamisches Wachstum gibt jedoch Anlass zur Besorgnis.

3.2. Anteile betreuter Kinder und Personaleinsatz in den Kindertageseinrichtungen

Die schrittweise Öffnung der Kindertageseinrichtungen führte dazu, dass seit Mitte Februar wieder mehr Kinder die Kindertageseinrichtungen besuchten. Aus den KiTa-Registerdaten lässt sich erkennen, dass der durchschnittliche Anteil der in Kitas betreuten Kinder von 45% in der letzten Januarwoche bis zum 21.03.2021 auf 72% anstieg. Diese Inanspruchnahmequote wird in Abbildung 6 für Deutschland insgesamt und für die einzelnen Bundesländer im Zeitverlauf dargestellt. Trotz des Anstiegs lag die Auslastung in der zweiten Märzhälfte noch unter den im Dezember 2020 registrierten Inanspruchnahmequoten von über 80%. Die geringere Divergenz zwischen den mittleren Auslastungsquoten der Bundesländer spiegelt die Angleichung der Zugangsregelungen in den Ländern wider. Bei den abgebildeten Linien ist zu beachten, dass diese Mittelwerte anzeigen, die nicht nur von den geltenden Zugangsregelungen abhängen, sondern auch von den jeweiligen sozioökonomischen Bedingungen der Kinderbetreuung in den einzelnen Ländern. Umfassendere Erhebungen einzelner Bundesländer deuten zudem darauf hin, dass sich die Inanspruchnahmequoten in diesen Ländern noch stärker verringerten, als aus den KiTa-Register-Angaben ersichtlich ist.

Zum anderen handelt es sich bei den Ländermittelwerten um vereinfachte Darstellungen von Betreuungssituationen, die innerhalb der Bundesländer in Abhängigkeit u. a. von Einrichtungsträgern und örtlichen Bedingungen divergieren. Aufgrund der dezentralisierten Krisenbewältigungsstrategie haben Kreisverwaltungen, Kommunen, Einrichtungsträger und Einrichtungsleitungen hier an Bedeutung gewonnen, da sie die Regelungen in der Praxis auslegen und anwenden. Zudem beeinflussen gesellschaftliche und wirtschaftliche Faktoren die Situation der Familien und ihre Möglichkeiten, Kinder selbst zu betreuen bzw. alternative Betreuungsmöglichkeiten zu nutzen.

Betreute Kinder in Kindertageseinrichtungen

Anteil in Prozent nach Bundesland und Kalenderwoche (Altersgruppe: 0 Jahre bis zum Schuleintritt)

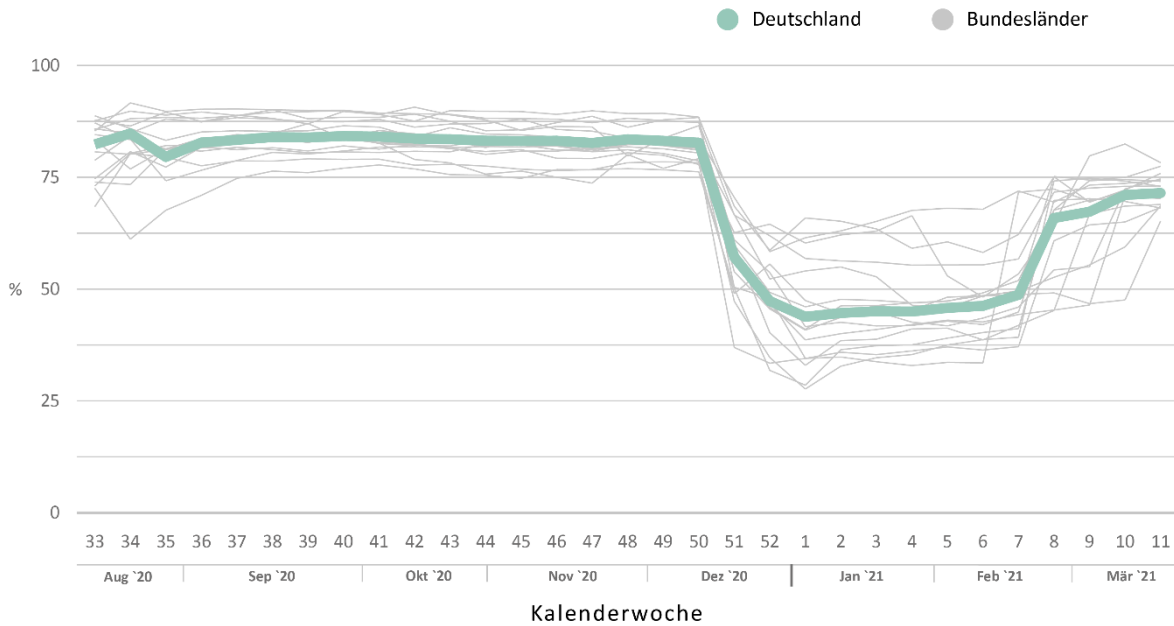


Abbildung 6. Anteil betreuter Kinder in Kindertageseinrichtungen in den Bundesländern und Deutschland nach Kalenderwochen. Die Einrichtungen wurden gefragt, wie viele Kinder in der aktuellen Kalenderwoche durchschnittlich pro Tag ihre Einrichtung besuchten. Für jede Einrichtung wurde der Anteil der betreuten Kinder berechnet, indem die Anzahl der Kinder einer Altersgruppe zum Zeitpunkt der Befragung und die jeweilige Anzahl der Kinder vor der Coronapandemie in Bezug gesetzt wurden. Aus den Ergebnissen wurde dann für jedes Bundesland der Durchschnitt (arithmetisches Mittel) berechnet. Dabei wurden die in Ferien befindlichen Einrichtungen nicht einbezogen (Datenstand: 01.04.2021).

Die Unterschiede zwischen den Bundesländern werden auch in Abbildung 7 sichtbar, die die Betreuungs- und Personalsituation in der dritten Märzwoche 2021 (15.03.–21.03.2021) vergleicht. Die Balkenpaare repräsentieren den Auslastungsgrad und die Personalsituation der Kitas in den einzelnen Bundesländern. Die linksstehenden Balken zeigen die unterschiedlichen Muster der Inanspruchnahme von Kinderbetreuung. Dazu wurden die Kitas nach ihrem Auslastungsgrad in vier Gruppen unterteilt. Die graublau gefärbten oberen Balkenabschnitte bezeichnen den Anteil der Kitas mit Inanspruchnahmequoten von mehr als 75%, also jene Kitas, die trotz Lockdown in ihrer Betreuungsleistung etwa auf dem Niveau der Vormonate liegen. Kitas, die weniger als drei Viertel ihrer „normalerweise anwesenden“ Kinder betreuen, sind durch die helleren Balkenabschnitte repräsentiert (die weiteren Abstufungen sind 75– 50%, 50–25% und unter 25%). Der Anteil der zu mehr als drei Viertel ausgelasteten Kitas lag in der abgebildeten Woche nur noch in Hamburg unter 50%.

7-Tage-Inzidenz, betreute Kinder und Einsatz des pädagogischen Personals in Kindertageseinrichtungen in Kalenderwoche 11

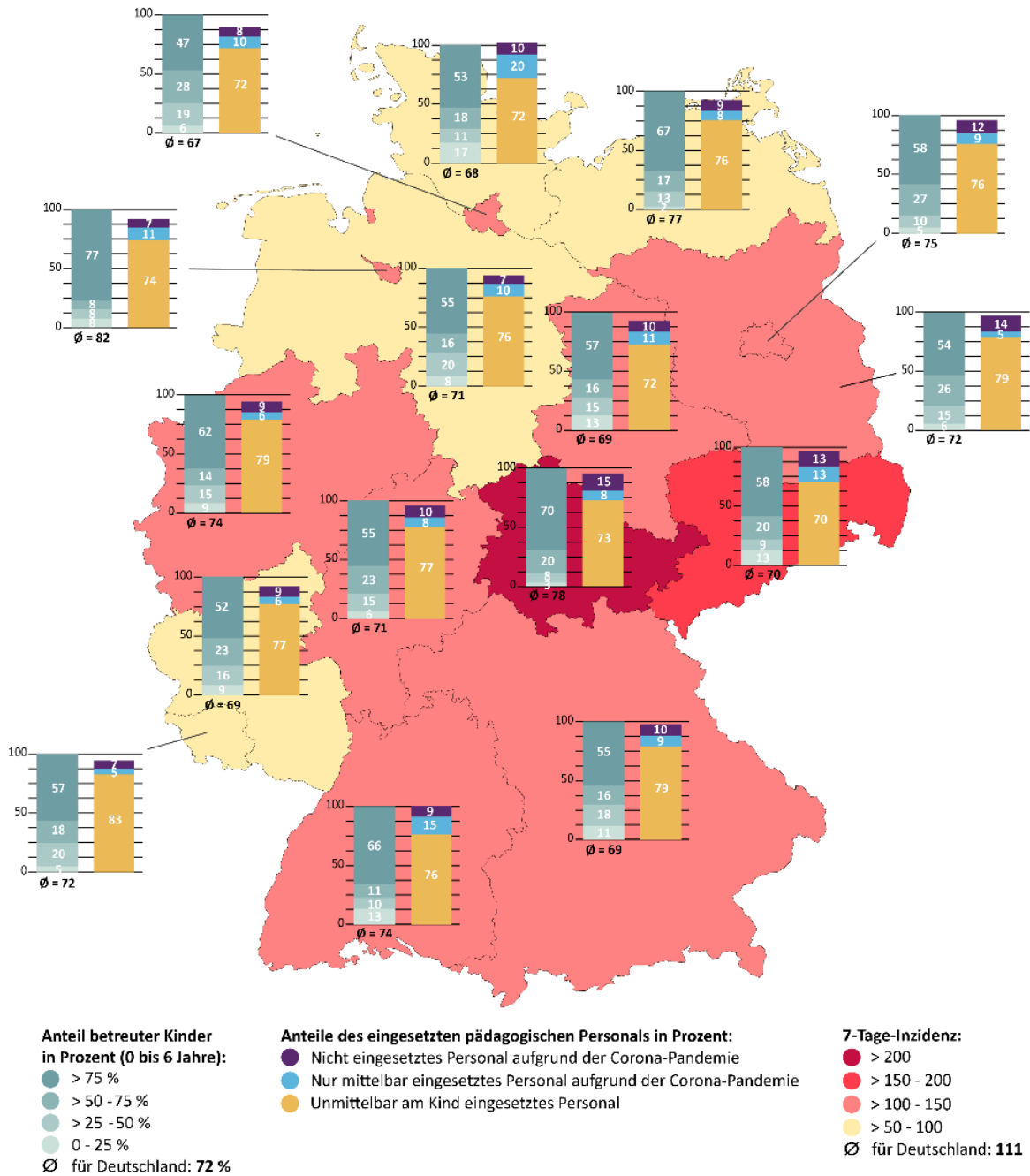


Abbildung 7. Betreute Kinder, Einsatz des pädagogischen Personals in Kindertageseinrichtungen und 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer in der Woche vom 15.03.–21.03.2021. Ermittlung der Anteile betreuter Kinder: vgl. Abbildung 6. Zur Ermittlung der Personalanteile wurden die Einrichtungsleitungen gebeten, die Anzahl der in der jeweils aktuellen Kalenderwoche insgesamt Beschäftigten für die pädagogische Arbeit mit Kindern anzugeben sowie zu sagen, wie viele davon aufgrund der Coronapandemie nur mittelbar oder überhaupt nicht eingesetzt werden konnten. Ferienbedingt geschlossene Einrichtungen wurden nicht berücksichtigt. Die Klassifizierung der Öffnungsregelungen basiert auf einer eigenen Auswertung der von den Bundesländern erlassenen Regelungen (Datenstand: 01.04.2021).

Die Personalsituation wird durch die rechtsstehenden Balken beschrieben. Dunklere Balkenabschnitte stellen die Anteile der pandemiebedingt nicht oder nur mittelbar eingesetzten pädagogisch tätigen Mitarbeitenden dar. Vor allem Thüringen, Brandenburg und Sachsen verzeichneten hohe Anteile von Personalausfällen aufgrund der Pandemie. Auf der Deutschlandkarte werden die Bundesländer farblich nach ihrer Mitte März geltenden 7-Tage-Inzidenz differenziert. Diese Regelungen bilden einen wichtigen Hintergrund für die unterschiedliche Betreuungsauslastung der Kitas, sollten aber im Zusammenhang mit den genannten vielfältigen lokalen Einflussfaktoren gesehen werden.

Abbildung 8 illustriert die Personalbelastung im bisherigen Verlauf der Pandemie. Sie verdeutlicht das Ausmaß, in dem Präventions- und Schutzmaßnahmen, eigene familiäre Betreuungszwänge, Infektionen und andere pandemiebedingte Ursachenfaktoren die Verfügbarkeit der pädagogischen Kita-Mitarbeitenden vor allem seit Mitte Dezember 2020 einschränkten. Im März 2021 verharrte der Anteil der nicht oder nur eingeschränkt einsetzbaren Beschäftigten durchschnittlich bei knapp 20%.

Einsatz des pädagogischen Personals in Kindertageseinrichtungen

Anteile in Prozent nach Kalenderwoche

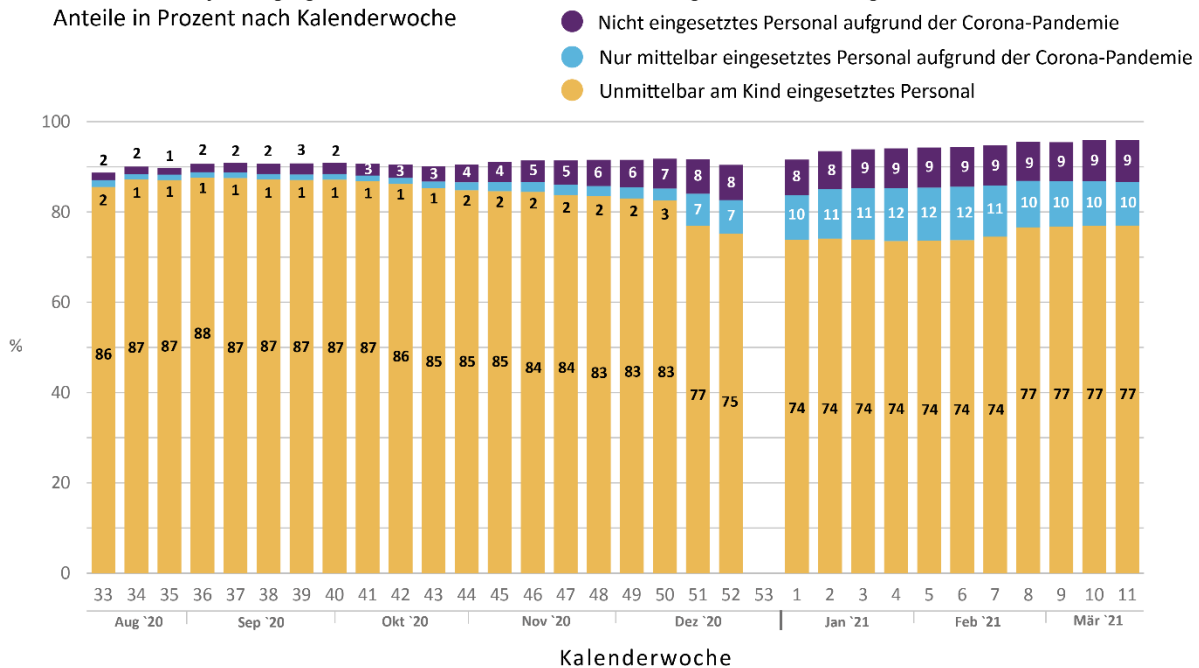


Abbildung 8. Einsatz des pädagogischen Personals (Anteile in %) in den Kalenderwochen 33/2020 bis 11/2021 (10.08.2020–21.03.2021). Die Abbildung zeigt den Anteil der drei genannten Kategorien an der Anzahl des gesamten pädagogischen Personals. Die drei abgebildeten Kategorien ergeben in der Summe weniger als 100%. Diese Differenz erklärt sich aus pädagogischen Beschäftigten und pädagogisch tätigen Leitungen, die mittelbar oder überhaupt nicht eingesetzt wurden, jedoch nicht aufgrund der Coronapandemie (z. B. wegen Urlaub).

3.3. Aktuelles Öffnungsgeschehen in der Kindertagespflege

Nach den Einschränkungen durch die Lockdown-Maßnahmen von Dezember 2020, die bis in den Februar 2021 in den niedrigeren Inanspruchnahmequoten (Betreuungsquoten)¹⁴ merklich machten, zeichnet sich nun im Bereich der Kindertagespflege eine zunehmende Öffnung ab. Ab Mitte Februar wurde bundeslandspezifisch und in Abhängigkeit der jeweiligen Inzidenzen der Appell an die Eltern, die Kinder nach Möglichkeit zu Hause zu betreuen, sukzessive zurückgenommen. In den meisten Bundesländern war dies bis Ende Februar der Fall (vgl. Quartalsbericht 01/2021).

14 Anzahl der durchschnittlich täglich betreuten Kinder im Verhältnis zur betreuten Kinderzahl vor Beginn der Pandemie.

Diese sukzessiven Öffnungsschritte zeigen sich auch in den Inanspruchnahmequoten im Bereich der Kindertagespflege. Abbildung 9 zeigt einen Überblick im Zeitverlauf bis KW 11 (15.03.–21.03.2021). Die für den vorliegenden Monatsbericht dargestellten Daten stützen sich hierbei auf Rückmeldungen der durchschnittlich knapp 1.100¹⁵ Kindertagespflegestellen, die sich an den wöchentlichen Abfragen des KiTa-Registers beteiligt haben.

Betreute Kinder in Kindertagespflegestellen

Anteil in Prozent nach Kalenderwoche (Altersgruppe: 0 Jahre bis zum Schuleintritt)

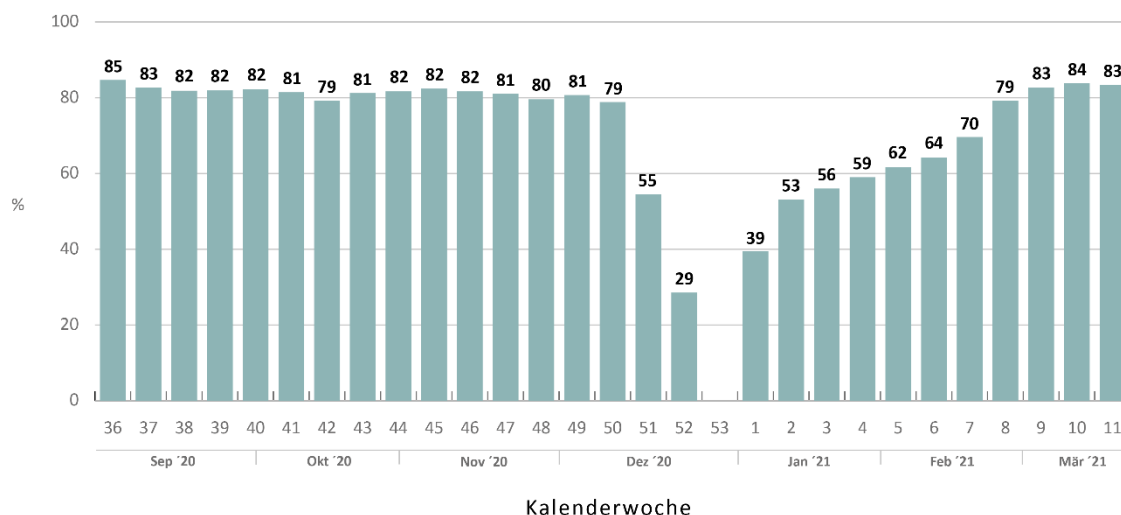


Abbildung 9. Anteil der jeweils aktuell betreuten Kinder in den teilnehmenden Kindertagespflegestellen mit einem Platz in den Kalenderwochen KW 36 bis KW 11 (31.08.2020–21.03.2021). Die Kindertagespflegestellen wurden gefragt, wie viele Kinder in der aktuellen Kalenderwoche durchschnittlich pro Tag ihre Kindertagespflegestelle besuchten. Diese Information wurde sowohl zum Zeitpunkt der Befragung als auch für den Zeitraum vor der Coronapandemie (vor Mitte März 2020) erhoben. Für jede Kindertagespflegestelle wurde der Anteil der betreuten Kinder berechnet, indem die Anzahl der Kinder zum Zeitpunkt der Befragung und die jeweilige Anzahl der Kinder vor der Coronapandemie in Bezug gesetzt wurden (Datenstand: 01.04.2021).

Wie Abbildung 9 zeigt, steigen parallel zu den öffnenden Maßnahmen die Inanspruchnahmequoten im Bereich der Kindertagespflege ab Mitte Januar stetig an. Ab Anfang März erreichen die Kindertagespflegestellen bereits 83% ihrer Ressourcenauslastung und nähern sich damit ihrem Regelbetrieb aus der Zeit vor Beginn der Pandemie stark an. Die Werte halten sich bis KW 11 (15.03.–21.03.2021) auf diesem hohen Niveau.

3.4. Verdachts- und Infektionsfälle sowie pandemiebedingte Schließungen

Analog zum Öffnungsgeschehen und der erhöhten Ressourcenauslastung der Kindertagespflegestellen erhöhen sich auch die Verdachts- und Infektionsfälle in ähnlicher Tendenz, wenngleich auf noch niedrigem Niveau. Abbildung 10 gibt hierzu einen Überblick im zeitlichen Verlauf.

15 Dies entspricht etwa 3% der insgesamt 39.214 Kindertagespflegestellen in Deutschland (Quelle: KJH-Statistik 2020). Vor diesem Hintergrund ist anzumerken, dass auf Basis der aktuell vorliegenden Daten im KiTa-Register vorerst keine repräsentativen Aussagen zu Kindertagespflegestellen gemacht werden können. Die Angaben der bisher am KiTa-Register teilnehmenden Tagespflegestellen vermitteln lediglich einen ersten Eindruck, wie sich die Ressourcenauslastung in der Kindertagespflege entwickelt.

Verdachts- und Infektionsfälle sowie verdachts- oder infektionsbedingte Schließungen in Kindertagespflegestellen

Anteile in Prozent und Anzahl nach Kalenderwoche

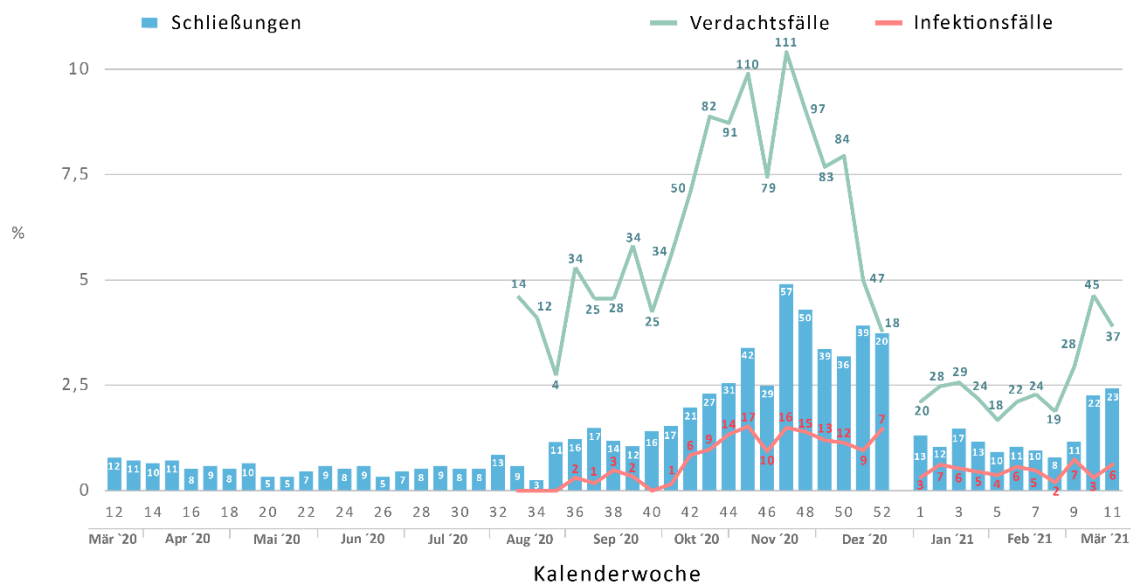


Abbildung 10. SARS-CoV-2-Verdachts- und Infektionsfälle in Kindertagespflegestellen bei Kindern oder Eltern in den Kalenderwochen 33 bis 2 (10.08.20–17.01.21) sowie infektionsbedingte Schließungen in den Kalenderwochen 12 bis 11 (16.03.20–21.03.21). In der Kalenderwoche 53 wurden keine Daten erhoben. Der Anteil der Kindertagespflegestellen (in %) an allen in der jeweiligen Kalenderwoche teilnehmenden Kindertagespflegestellen ist an der Y-Achse abzulesen. Die Zahlen innerhalb der Grafik entsprechen der Anzahl der Kindertagespflegestellen, die mindestens einen Verdachts- oder Infektionsfall angegeben haben oder aufgrund eines Verdachts- oder Infektionsfalls mindestens einen Tag pro Woche geschlossen hatten (Datenstand: 01.04.2021).

Mit Beginn der Öffnungen für den gesamten Bereich der außerfamiliären Kinderbetreuung ab Mitte Februar steigen ab KW 8 (22.02.–28.02.2021) sowohl die Verdachtsfälle als auch die pandemiebedingten Schließungen im Bereich der Kindertagespflege. Sowohl die Verdachtsfälle als auch die Schließungen bewegen sich zwar auf einem niedrigen Niveau, allerdings ist eine deutlich steigende Tendenz bis Mitte März zu beobachten. So steigen die Verdachtsfälle von rund 2% auf fast 5% an. Die pandemiebedingten Schließungen steigen von ca. 1% Ende Januar auf knapp 2,5% Mitte März.

Trotz der sukzessiven Öffnungsschritte hält sich bei den Kindertagespflegestellen die Anzahl tatsächlicher Infektionsfälle (bei der Tagespflegeperson selbst, Mitgliedern ihres Haushaltes, bei den betreuten Kindern oder deren Eltern) im Vergleich zu November und Dezember 2020 auf niedrigem Niveau. So werden im Zeitraum von KW 7 (15.02.–21.02.2021) bis KW 11 (15.03.–21.03.2021) maximal sieben Infektionsfälle pro Woche von den befragten Kindertagespflegestellen berichtet.

Eine Erklärung für diese niedrigen Werte kann darin liegen, dass knapp 80% der Kindertagespflegepersonen der vorliegenden Stichprobe singulär arbeiten und damit ein sehr kleines Betreuungssetting mit maximal fünf Kindern anbieten. Im Gegensatz zu größeren Kindergruppen kommt es in dieser Betreuungsform nur in geringem Umfang zu Kontakten, was die Möglichkeit für ein Infektionsgeschehen minimiert.



4. Modul COALA: Erfahrungen mit der Probengewinnung in Haushalten sowie vorläufige Ergebnisse zu Übertragungen in Kitas

COALA (Corona – anlassbezogene Untersuchungen in Kitas) untersucht das SARS-CoV-2-bedingte Infektionsgeschehen bei Kindern und Erwachsenen in Kitas aufgrund eines konkreten Ausbruchs (Anlass) in einer Kita. Dabei werden Personen aus Kitas untersucht, in denen es ein akutes SARS-CoV-2-Infektionsgeschehen gibt. Die positiv auf SARS-CoV-2 getesteten Kita-Kinder bzw. positiv getesteten Kita-Mitarbeitenden sowie die exponierten Kontaktpersonen aus der Kita und den Haushalten werden von einem RKI-Untersuchungsteam zu Hause besucht. Dort wird ein Mund-Nasen-Abstrich (kein tiefer Rachenabstrich) sowie eine Speichelprobe entnommen, um SARS-CoV-2-Erreger direkt nachzuweisen und frühzeitig Übertragungen bei Exponierten festzustellen. Zudem wird Kapillarblut aus dem Finger entnommen und auf Antikörper gegen SARS-CoV-2 untersucht.

Zusätzlich führen die Teilnehmenden im Verlauf von zwei Wochen bei sich selbst bzw. bei ihren Kindern viermal die Probenentnahmen durch (Mund-Nasen-Abstrich, Speichelprobe und Stuhlprobe) und schicken diese Bioproben ans RKI. Außerdem erfolgt eine telefonische Befragung der einbezogenen Haushalte, u. a. zur Symptomatik und Vorerkrankungen.

4.1. Probengewinnung bei Teilnehmenden zum Nachweis einer akuten SARS-CoV-2-Infektion: Probenrücklauf nach Hausbesuchen und bei der Selbstbeprobung

Ende Oktober 2020 begann die praktische Feldphase von COALA. Es fanden mittlerweile Einsätze in 20 Kitas mit einem SARS-CoV-2-Ausbruch verteilt auf acht Bundesländer (Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein) statt.

Bei den ersten 20 Einsätzen konnte eine Stichprobe von 268 Kindern und 353 Erwachsenen gewonnen werden (gesamt $n=621$). Die Teilnahmebereitschaft der angefragten Eltern und Kita-Beschäftigten ist als recht hoch einzustufen. Die Untersuchungen in den Hausbesuchen wurden von den teilnehmenden Familien sehr gut angenommen. Es konnten bei nahezu allen Teilnehmenden Mund-Nasen-Abstriche genommen werden (619). 574 von 621 Personen haben Speichelproben abgegeben. Blutproben aus dem Finger wurden bei 570 der 621 Personen entnommen. Es hat sich bewährt, keinen tiefen Rachenabstrich durchzuführen.

Die in COALA verwendete regelmäßige Selbstentnahme von Proben zum SARS-CoV-2-Nachweis über die Zeit funktioniert zuverlässig. Hierzu liegen Daten aus den Kitas 1–14 vor. Die COALA-Teilnehmenden schickten an vier Messzeitpunkten selbst entnommene Proben zurück, der Rücklauf war durchgängig sehr hoch: 91–96% der Mund-Nasen-Abstriche, 86–90% der Speichelproben. Der Selbsttestung geht eine ausführliche Einweisung durch das Studienteam im Hausbesuch vorweg.

Die zusätzlichen Selbstbeprobungen der Haushalte über einen Verlauf von zwölf Tagen haben sich als sinnvoll erwiesen. Auswertungen aus den Kitas 1–14 zeigen, dass sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen ein Viertel der SARS-CoV-2-Infektionen erst nach dem Hausbesuch im weiteren Verlauf entdeckt wurde (vgl. Abbildung 11). Von zwölf Fällen bei Kindern wurden neun im Hausbesuch und drei im Verlauf erkannt. Von 21 Fällen bei Erwachsenen wurden 16 im Hausbesuch identifiziert, fünf erst im weiteren Verlauf.

Identifizierte SARS-CoV-2-Infektionen (Kita 1-14)

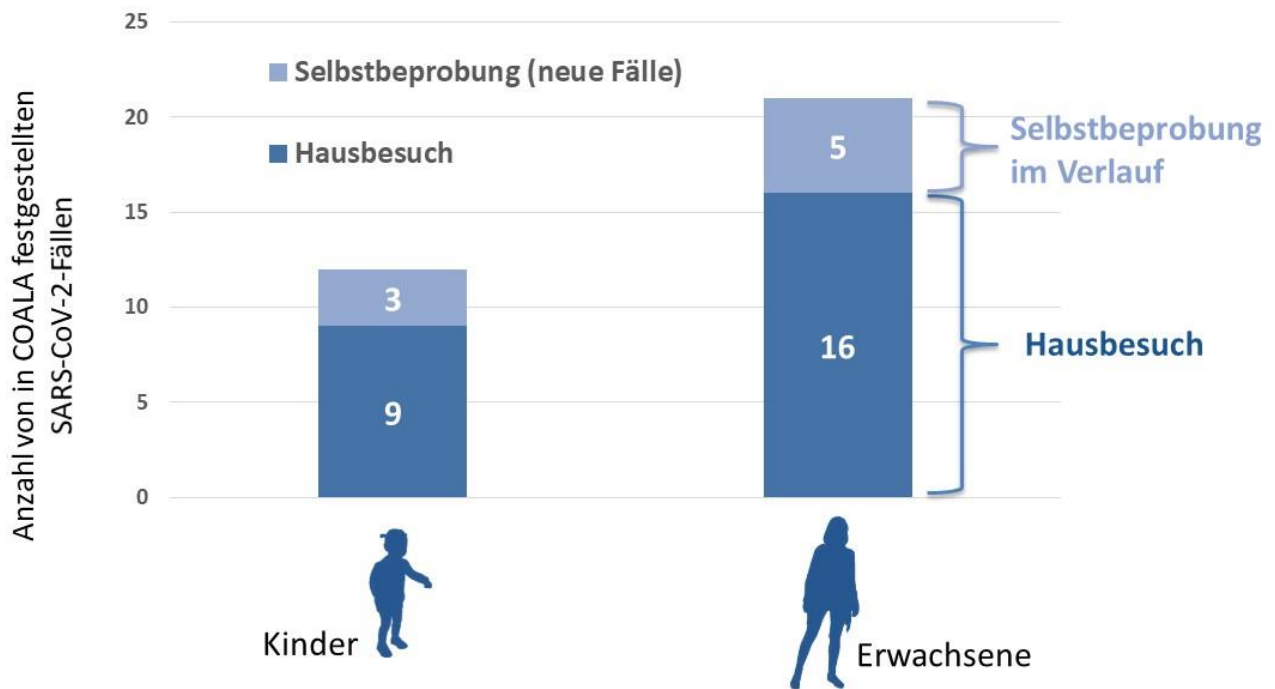


Abbildung 11. Dadurch, dass die Teilnehmenden sich selber bzw. ihre Kinder im Verlauf nach dem Hausbesuch wiederholt über zwölf Tage abstreichen, konnten zusätzliche SARS-CoV-2-Fälle identifiziert werden. Vorläufige Ergebnisse von Ausbrüchen in 14 Kitas, n: 183 Kinder, 254 Erwachsene.

4.2. Vorläufige Ergebnisse zum Infektionsgeschehen in den Kitas 1-14

Eine vorläufige erste Auswertung der Kitas 1-14 aus dem Zeitraum Oktober 2020 bis Februar 2021 zeigt, dass die beobachteten Infektionsgeschehen in den untersuchten Kitas sehr unterschiedlich sind. Es wurden ausgehend vom ersten gemeldeten SARS-CoV-2-Fall (so genannter Indexfall) oftmals keine oder eine Übertragung bei den Teilnehmenden in der Kita-Gruppe gefunden, in einer Kita aber auch Ansteckungen bei fünf Personen in der Kita-Gruppe festgestellt (vgl. Abbildung 12).

Vorläufige Ergebnisse zu sekundären Fällen in Kitas (Kita 1-14)

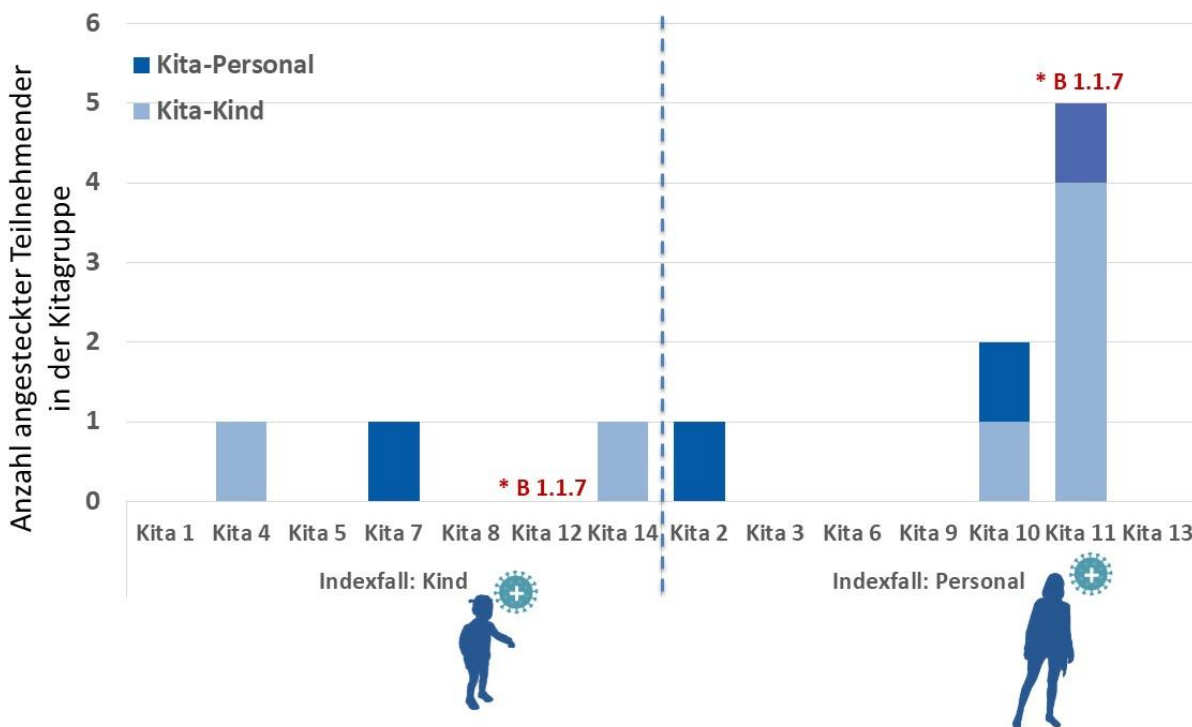


Abbildung 12. In die ersten Auswertungen wurden jeweils sieben Kitas mit einem Kind bzw. einem/einer Beschäftigten als Indexfall einbezogen. Die Abbildung zeigt pro rekrutierter Kita-Gruppe, wie viele Übertragungen (absolut) bei den teilnehmenden Kontaktpersonen aus der jeweiligen Gruppe durch die Untersuchungen festgestellt wurden. In Kita 12 und Kita 11 wurde bei einem PCR-Screening auf die häufigsten Virus-Varianten die Variante B 1.1.7 festgestellt. Die Anzahl der Kontaktpersonen variiert zwischen den Kita-Gruppen. Geplant ist die Einbeziehung von 30 Kitas.

Bei den sieben positiv getesteten Kindern (Indexfälle) konnte eine Übertragung von SARS-CoV-2 an 0–20% der Kontaktpersonen in der Kita beobachtet werden (durchschnittlich 4%). Bei den sieben positiv getesteten Beschäftigten wurde eine Übertragung an 0–42% der untersuchten Kontaktpersonen (durchschnittlich 8,7%) beobachtet. Dabei haben sich Kinder in der Kita-Gruppe seltener mit SARS-CoV-2 angesteckt als Beschäftigte. 5,5% aller Kontaktpersonen der Kategorie 1 im Kindesalter wurden positiv getestet, ebenso 10% aller erwachsener Kontaktpersonen der Kategorie 1. Die genannten Zwischenergebnisse sind vorläufig; die derzeitige Stichprobe ist noch zu klein, um verallgemeinerbare Aussagen zu treffen. Die Feldphase wird noch bis voraussichtlich Mai 2021 fortgesetzt.

Die positiven Fälle in den Kitas 1–14 wurden auf die aktuell häufigsten besorgniserregenden Varianten (*Variants of Concern*, kurz VOC) untersucht. Bei zwei Infektionsgeschehen konnte die Variante B 1.1.7. nachgewiesen werden. Die Übertragungshäufigkeit in diesen beiden Kitas war unterschiedlich (0 und 5 Übertragungen). Alle positiven Fälle werden im weiteren Verlauf der Studie auf SARS-CoV-2-Varianten untersucht, die Ergebnisse werden bei der Bewertung des Infektionsgeschehens berücksichtigt.

Die Konzeption und Umsetzung der COALA-Studie ermöglicht eine kindgerechte Entnahme von Proben für SARS-CoV-2-Tests. Die Probenentnahme verläuft auch bei der eigenständigen Entnahme von Proben in den Familien reibungslos.

Die COALA-Studie konnte erfolgreich zuvor unentdeckte Infektionen von SARS-CoV-2 in Kitas aufdecken. Die Ausbrüche in den Kitas verliefen sehr unterschiedlich – dabei waren anteilig mehr Erwachsene als Kinder von einer Infektion betroffen. Bis Ende Mai 2021 ist es geplant, zehn weitere Kitas in die Studie einzubeziehen.

5. Ergebnisse aus den Surveillancesystemen des RKI

5.1. 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 von neu erkrankten/diagnostizierten oder gemeldeten Fällen pro Zeiteinheit (z. B. Woche), für die eine bestimmte Falldefinition zutrifft, 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 bzw. fünf Altersgruppen analysiert (vgl. Tabelle 2).

Tabelle 2: Bevölkerungszahlen für die Berechnung der Inzidenz nach Altersgruppen

Altersgruppe	Bevölkerungsstand	Bevölkerungsanteil
0 bis 5 Jahre	4.732.855	5,7%
6 bis 10 Jahre	3.687.867	4,4%
11 bis 14 Jahre	2.970.537	3,6%
15 bis 20 Jahre	4.818.112	5,8%
15 Jahre und älter	71.775.452	86%
21 Jahre und älter	66.957.340	81%

Quelle: Statistische Landesämter; Datenstand 31.12.2018

5.2. Angaben zur Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen aus GrippeWeb

5.2.1. 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 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 (Buchholz et al., 2020).

5.2.2. Aktuelles Bild

Im Januar 2021 befanden sich die ARE-Werte auf demselben niedrigen Niveau wie im Frühjahr 2020 (nach dem ersten Lockdown, vgl. Abbildung 13). Die niedrige ARE-Aktivität kann aufgrund des zeitlichen Zusammenhangs auf die bundesweit geltenden Kontaktbeschränkungen zurückgeführt werden. Speziell bei den Kindern spielten hierbei vermutlich auch die reduzierten Kontakte im Rahmen der niedrigeren Inanspruchnahme der Kindertagesbetreuung während der erweiterten Kita-Notbetreuung eine Rolle. Ab KW 4 zeichnete sich bei den 0- bis 5-Jährigen ein Anstieg der ARE-Inzidenz ab, losgelöst von der Entwicklung der anderen Altersgruppen, bei denen ein leichter Anstieg erst seit KW 7/8 zu beobachten war. Dies ist vermutlich auf den gestiegenen Anteil an Kindern in der Kindertagesbetreuung nach dem Ende des zweiten Lockdowns zurückzuführen und den damit verbundenen vermehrten übertragungsfähigen Kontakten für alle Atemwegserreger. Aktuell liegen die ARE-Inzidenzen bei allen Altersgruppen weiterhin deutlich unter dem Vorjahresniveau. In KW 11 wurden wöchentlich 398.000 neu aufgetretene Atemwegserkrankungen bei Kindern im Alter von 0 bis 5 Jahren geschätzt. Das entspricht einer Inzidenz von rund 8.400 ARE pro 100.000. Im Vergleich

dazu wurden im Vorjahr etwa 60% mehr ARE berichtet, nämlich rund 13.500 ARE pro 100.000 Kinder (rund 639.000 ARE). Etwa eins von vier Kindern im Alter von 0 bis 5 Jahren wurde in KW 11 ärztlichem Personal wegen einer ARE vorgestellt.

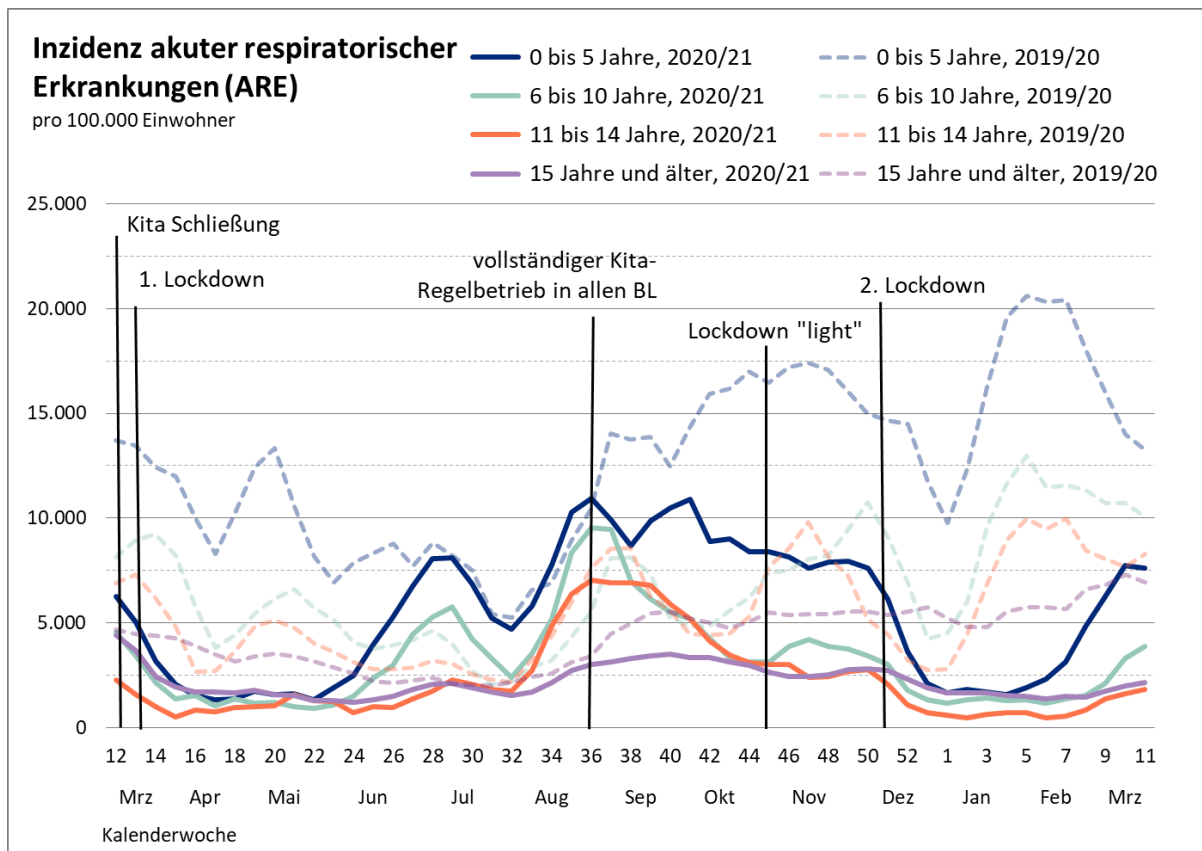


Abbildung 13: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten Inzidenzen akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) im zeitlichen Verlauf nach Kalenderwoche und nach Altersgruppe (Anzahl ARE pro 100.000 Einwohner) für die Jahre 2019 bis 2021. Es wurde jeweils ein gleitender 3-Wochen-Mittelwert verwendet. Für Jahre ohne KW 53 wurde ein Mittelwert aus KW 52 und KW 1 gebildet.

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

5.3.1. Hintergrund

An der syndromischen Überwachung der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI; [influenza.rki.de](https://www.influenza.rki.de)) haben sich seit Beginn der Corona-KiTa-Studie bisher rund 845 repräsentativ über Deutschland verteilte Praxen aus der Primärversorgung (Haus- und Kinderarztpraxen) mit mindestens einer Wochenmeldung aktiv beteiligt. Davon haben rund 520 Praxen Daten zur Gesamtzahl an Arztkonsultationen sowie zur Anzahl an Patientinnen und Patienten mit akuten Atemwegserkrankungen (ARE) über den elektronischen Meldeweg (SEED^{ARE}) an das RKI gesendet. Die Daten werden 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 (Goerlitz et al., 2020).

5.3.2. Aktuelles Bild

Die zunehmende ARE-Aktivität bei den 0- bis 5-Jährigen spiegelt sich auch in den registrierten Meldungen an Arztkonsultationen aufgrund von ARE wider. Die Werte der ARE-Konsultationsinzidenz stiegen seit Mitte Februar 2021 bei den unter 10-Jährigen an, wobei der Anstieg bei den 0- bis 5-Jährigen am stärksten ausgeprägt



war (vgl. Abbildung 13). Im Vergleich zu GrippeWeb setzt der ansteigende Verlauf etwa zwei Wochen später ein. Das ist damit zu erklären, dass ARE in dem bevölkerungsbasierten GrippeWeb-System mit dem Erkrankungsbeginn zu einem früheren Zeitpunkt erfasst werden und das Aufsuchen des Gesundheitsversorgungssystems erst zeitlich versetzt registriert wird. Trotz der Zunahme an Arztkonsultationen liegen die Werte aller Altersgruppen weiterhin deutlich unter den Vorjahreswerten. In KW 11 lag die ARE-Konsultationsinzidenz bei Kindern im Alter von 0 bis 5 Jahren bei rund 3.400 Arztkonsultationen pro 100.000 Kinder. Bezogen auf die Bevölkerung in dieser Altersgruppe entspricht das rund 161.000 Arztbesuchen wegen ARE. Im Vorjahr war der Wert zu diesem Zeitpunkt (kurz vor den KiTa-Schließungen und ersten Lockdown) rund doppelt so hoch und lag bei rund 6.900 Arztkonsultationen pro 100.000 Kinder (ca. 327.000 Arztbesuche).

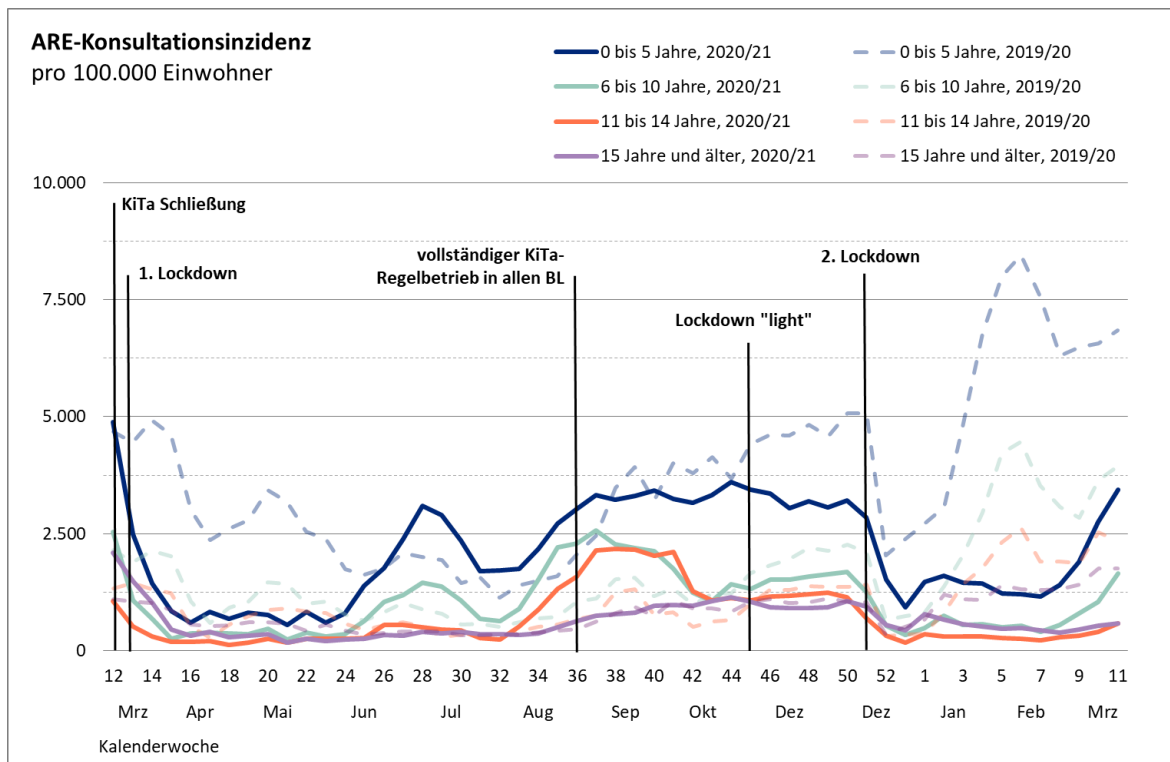


Abbildung 14: Anzahl der Konsultationen mit Diagnosecodes J00 – J22, J44.0 und B34.9 (Akute Infektionen der Atemwege) nach Kalenderwoche und nach Altersgruppe pro 100.000 Einwohner für die Jahre 2019 bis 2021. Für Jahre ohne KW 53 wurde ein Mittelwert aus KW 52 und KW 1 gebildet.

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

5.4.1. 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 RKI übermittelt. Das RKI wertet alle labordiagnostischen Nachweise von SARS-CoV-2 mittels Nukleinsäure-Nachweis (z. B. PCR) oder Erregerisolierung unabhängig von der klinischen Symptomatik als COVID-19-Fälle. Im folgenden Bericht sind somit 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 (RKI (1), 2020).

5.4.2. Aktuelles Bild

Bis zum 22.03.2021 wurden seit Beginn der COVID-19-Pandemie 67.889 laborbestätigte COVID-19-Fälle im Alter von 0 bis 5 Jahren an das RKI übermittelt. An allen übermittelten Fällen beträgt der kumulative Anteil in dieser Altersgruppe (0–5 Jahre) insgesamt 2,6% (Bevölkerungsanteil: 5,7%).

Nach einem rückläufigen Verlauf der COVID-19-Inzidenz bei allen vier Altersgruppen in den ersten Wochen in 2021 kam es ab Mitte Februar (KW 6) abrupt zu einem sehr steilen Inzidenz-Anstieg (vgl. Abbildung 14). Dieser ist in jeder Altersgruppe der Kinder und Jugendlichen von 0 bis 20 Jahren etwa ähnlich stark ausgeprägt und kann nicht alleine durch eine vermehrte PCR-Testung erklärt werden (vgl. Absatz 5.5), sondern zeigt den Einfluss der zunehmenden Verbreitung der besorgniserregenden Virusvariante B.1.1.7. Bei den 0- bis 5-Jährigen sind die Fallzahlen von 1.664 in KW 6 auf 4.966 in KW 11 gestiegen und haben sich damit in etwa verdreifacht. Das entspricht einem Anstieg der Inzidenz von 35/100.000 in KW 6 auf 105/100.000 in KW 11 bei der jüngsten Altersgruppe. In KW 11 betrug die Inzidenz der 6- bis 10-Jährigen 118/100.000, die der 11- bis 14-Jährigen lag bei 107/100.000 und die 15- bis 20-Jährigen hatten eine Inzidenz von 137/100.000. Im Vergleich dazu lag die Inzidenz der Fälle im Alter von 21 Jahren und älter bei 105/100.000.

Der Anteil der COVID-19-Fälle an allen gemeldeten Fällen unter den 0- bis 5-Jährigen ist ebenfalls seit KW 6 rasch angestiegen (vgl. Abbildung 15). In KW 11 (15.03.–21.03.2021) waren 5,6% aller COVID-19-Fälle zwischen 0 und 5 Jahre alt. Das entspricht fast ihrem Bevölkerungsanteil von 5,7%. Der Anteil der Fälle unter den 6- bis 10-Jährigen liegt mit 4,9% über dem Bevölkerungsanteil (4,4%) und der der 11- bis 14-Jährigen erreichte mit 3,6% ebenfalls den jeweiligen Bevölkerungsanteil (3,6%). Bei den 15- bis 20-Jährigen liegen die COVID-19-Fälle mit 7,4% hingegen deutlich über ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung (5,8%).

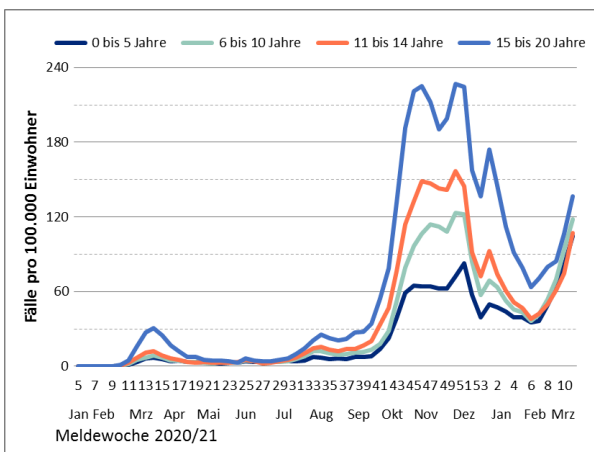


Abbildung 15: Anzahl der übermittelten COVID-19-Fälle pro 100.000 Einwohner nach Altersgruppe und Meldewoche (Datenstand: 22.03.2021, 0:00 Uhr).

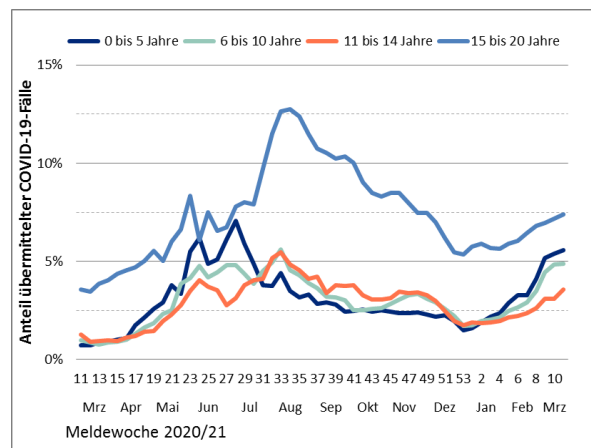


Abbildung 16: Darstellung des Anteils der übermittelten COVID-19-Fälle nach Altersgruppe und Meldewoche. Aufgrund der geringen Fallzahlen zu Beginn wird der Anteil erst ab KW 11/20 dargestellt (Datenstand: 22.03.2021, 0:00 Uhr).

Bisher wurde für 3,2% (1.632/51.430) der COVID-19-Fälle im Alter von 0 und 5 Jahren übermittelt, dass sie in ein Krankenhaus eingewiesen wurden, davon mussten 2% auf einer Intensivstation behandelt werden (25/1.275). Es wurden bislang fünf COVID-19-Todesfälle bei den 0- bis 5-Jährigen übermittelt und validiert (0,01%; n=67.661).¹⁶

5.4.3. COVID-19-Ausbrüche mit Infektionsumfeld Kindergarten, Hort

Nach den Kriterien der epidemiologischen Berichterstattung des RKI werden mehrere Krankheitsfälle oder Infektionen mit einem bestimmten Erreger, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang wahrscheinlich ist, als Ausbrüche gewertet. In der Meldesoftware können diese Fallhäufungen als Ausbruch angelegt und übermittelt werden. Ebenfalls kann das Infektionsumfeld (Setting; z. B. Kindergarten/Hort, Schule, privater

¹⁶ Den Anteilsberechnungen liegen unterschiedliche Nenner zugrunde, da nicht immer alle Daten vollständig vorliegen. Zudem bilden die Fälle mit ITS-Aufenthalt eine Untergruppe der hospitalisierten Fälle.



Haushalt)¹⁷ angegeben werden, in dem sich das Ausbruchsgeschehen ereignet. In der folgenden Auswertung wurden Ausbrüche berücksichtigt, für die (1) mindestens zwei laborbestätigte COVID-19-Fälle übermittelt wurden und (2) als Infektionsumfeld „Kindergarten/Hort“ angegeben wurde. Eine weitere Unterscheidung in Kindergarten oder Hort ist nicht möglich.

Mit Datenstand 29.03.2021 wurden bis KW 11 2021 insgesamt 1.948 Ausbrüche mit Infektionsumfeld „Kindergarten/Hort“ an das RKI übermittelt, denen 12.801 Fälle zugeordnet wurden. Seit Mitte Januar 2021 (KW 2) bewegte sich die Anzahl der übermittelten Ausbrüche pro Woche bereits auf einem erhöhten Niveau (vgl. Abbildung 16). Seit Mitte Februar (KW 6) ist ein starker Anstieg der Ausbrüche zu beobachten, welcher in KW 11 mit 197 Ausbrüchen pro Woche den bisherigen Höhepunkt erreichte. Im gleichen Zeitraum wurde sowohl ein erhöhter Anteil an betreuten Kindern nach den Lockerungen der Maßnahmen in KW 8 (22.02.–28.02.2021) als auch eine Zunahme der Nachweise der Virusvariante B.1.1.7 bei Ausbruchsfällen registriert. Es ist zu beachten, dass die Erfassung von COVID-19-Ausbrüchen mit einer gewissen Verzögerung erfolgt. Daher können insbesondere die Angaben der letzten ein bis zwei Wochen noch unvollständig sein.

Größere Ausbrüche im Kita-/Hort-Setting sind weiterhin die Ausnahme, werden aber häufiger. Im Median kommen vier COVID-19-Fälle pro Ausbruch vor. Seit Mitte Februar (KW 6) erhöhte sich die mediane Ausbruchgröße leicht auf fünf Fälle pro Ausbruch. In 81% aller gemeldeten Kita/Hort-Ausbrüche waren auch Kinder Teil des Ausbruchs. In den letzten Wochen nahm der Anteil der 0- bis 5-Jährigen in Kita/Hort-Ausbrüchen langsam zu. Den größten Anteil der insgesamt 11.163 Fälle machen aber weiterhin Personen im Alter von 15 Jahren und älter mit 6.636 Fällen (52%) aus. 39% der Fälle waren 0 bis 5 Jahre alt (n=5.038).

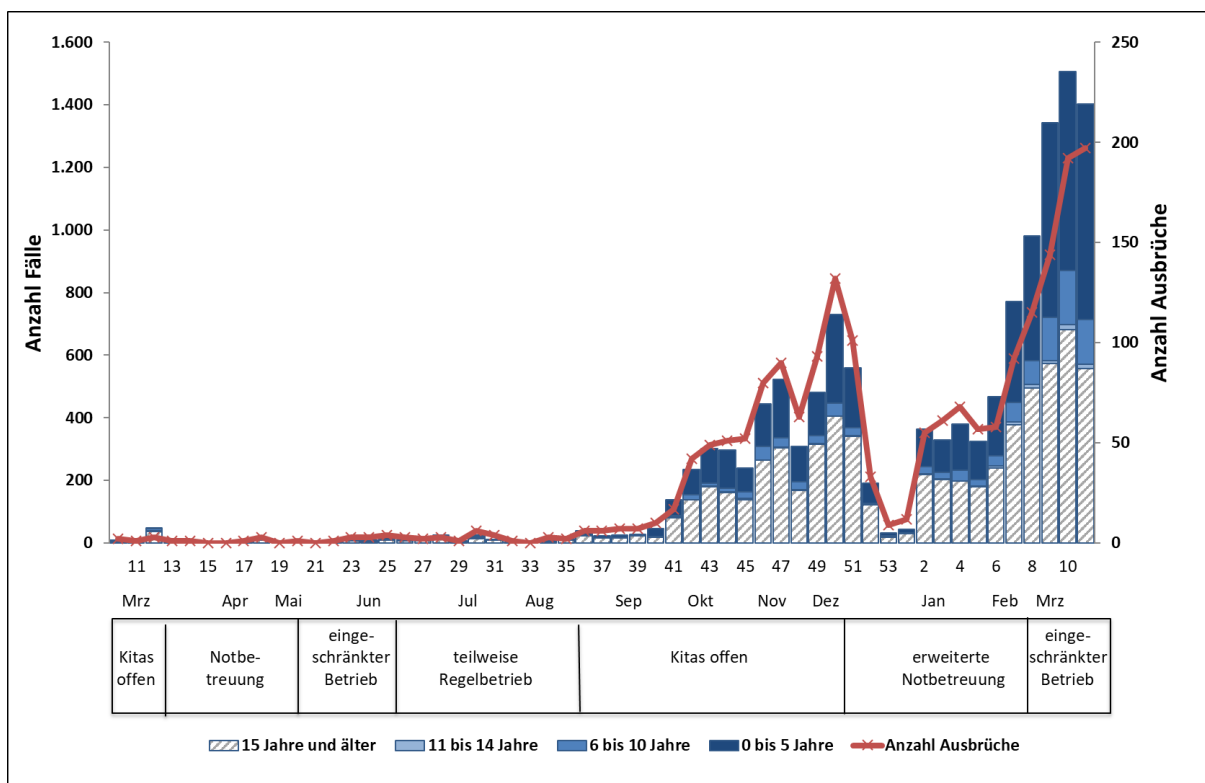


Abbildung 17: Anzahl der übermittelten COVID-19-Ausbrüche mit Infektionsumfeld "Kindergarten/Hort" (n = 1.948) nach Meldewoche und Anzahl der Fälle nach Altersgruppe. Die Erfassung von COVID-19-Ausbrüchen erfolgt mit einer gewissen Verzögerung. Daher können insbesondere die Angaben in den letzten 1–2 Wochen noch unvollständig sein (Datenstand: 29.03.2021, 0:00 Uhr).

17 Eine Darstellung der gemeldeten COVID-19-Fälle in Ausbrüchen nach Infektionsumfeld (Setting) und Meldewoche wird jeden Dienstag im Lage-/Situationsbericht des RKI zu COVID-19 veröffentlicht, verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Gesamt.html.

Von allen Ausbrüchen, bei denen Kinder im Alter von 0 bis 5 Jahre beteiligt waren, wurden 13% dem Umfeld Kita/Hort zugeordnet. Fast zwei Drittel aller Ausbrüche mit Kinderbeteiligung (0–5 Jahre) geschahen im privaten Haushalt.

Neben der Übermittlung von Ausbrüchen können die Gesundheitsämter seit KW 39 (21.09.–27.09.2020) auch Angaben zum wahrscheinlichen Infektionsumfeld für jeden einzelnen Fall übermitteln. Im Folgenden werden alle Fälle betrachtet, unabhängig davon, ob sie einem Ausbruch zugeordnet wurden oder nicht. Das wahrscheinliche Infektionsumfeld „Kita“ mit der Zusatzinformation¹⁸, dass der Fall dort betreut wurde, wurde bisher bei 2.311 Fällen im Alter von 0 bis 5 Jahren angegeben. Bei Fällen im Alter von 15 Jahren und älter wurden für 3.832 Fälle angegeben, dass sie in einer Kita tätig sind und sich dort wahrscheinlich infiziert haben. Von diesen 3.832 Fällen wurden 2.120 Fälle als „Erzieher/-in, Betreuer/-in“ übermittelt und 1.185 Fälle als „sonstiges Personal“. Für 527 Fälle fehlen spezifische Angaben zur genauen Tätigkeit in der Kita. Da die Angaben zum wahrscheinlichen Infektionsumfeld bei vielen Fällen fehlen, sind diese Zahlen als Mindestangabe zu verstehen. Weiterhin kann aufgrund der fehlenden Angaben kein Nenner für Anteilsberechnungen gebildet werden.

5.4.4. Hinweise zu neuen, als „besorgniserregend“ eingestufte Varianten

Die bisher vorliegenden Daten zeigen, dass sich vor allem der Anteil der besorgniserregenden Variante (VOC: Variant of concern) B.1.1.7 in den letzten Wochen deutlich erhöht hat. Die Virusvariante B.1.1.7 wird aktuell (KW 11) bei mehr als 70% der untersuchten SARS-CoV-2-positiven Proben in Deutschland gefunden (RKI (2), 2021). Dies ist besorgniserregend, da es so scheint, dass die neue Variante alle Altersgruppen und Geschlechter in ähnlicher Weise betrifft (PHE (2), 2021). Ebenfalls gibt es Hinweise auf eine höhere Übertragbarkeit, die sich proportional in allen Altersgruppen ähnlich auswirkt (PHE (1), 2021). Wegen der in allen Altersgruppen in etwa ähnlichem Maß steigenden Übertragbarkeit würden auch die zu erwartenden häufigeren Übertragungen in (geöffneten) Kitas ins Gewicht fallen. Bei der derzeitigen raschen Zunahme an übermittelten Ausbrüchen in Kitas spielt die Ausbreitung leichter übertragbaren, besorgniserregenden Varianten (insbesondere B.1.1.7) nach den uns vorliegenden Hinweisen eine Rolle.

Um einen möglichst kontinuierlichen Kita-Betrieb gewährleisten zu können, erfordert die aktuelle Situation den Einsatz aller organisatorischer und individueller Maßnahmen zur Infektionsprävention. Darüber hinaus muss der Eintrag von SARS-CoV-2 in die Einrichtungen möglichst verhindert werden, d. h. Familien und Beschäftigte sollten ihr Infektionsrisiko außerhalb der Kita entsprechend der Empfehlungen des RKI (AHA + L) minimieren und bei Zeichen einer Erkrankung fünf bis sieben Tage zu Hause bleiben. Falls es zu Erkrankungen in einer oder mehreren Gruppen kommt, sollte eine frühzeitige reaktive Schließung der Einrichtung aufgrund des hohen Ausbreitungspotenzials der neuen SARS-CoV-2-Varianten erwogen werden, um eine weitere Ausbreitung innerhalb der Kita und in die betroffenen Familien zu verhindern.

5.5. Ergebnisse der laborbasierten SARS-CoV-2-Surveillance

5.5.1. Hintergrund

Mit Datenstand 23.03.2021 beteiligen sich 74 Labore an der laborbasierten Surveillance SARS-CoV-2 (eine Erweiterung der Antibiotika-Resistenz-Surveillance (ARS) am RKI), 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 teilnehmenden Labore decken ungefähr 30–40% aller Untersuchungen in Deutschland ab. Die Anzahl der Tests bezieht sich auf die Anzahl der getesteten Personen in der jeweiligen KW, d. h. es geht nur ein Test pro KW und Person ein. 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.

18 Neben den zusätzlichen Angaben zum wahrscheinlichen Infektionsumfeld wurden für diese Auswertung auch die Angaben zur Betreuung, Unterbringung und Tätigkeit in Einrichtungen gemäß § 33 berücksichtigt, um Aussagen darüber treffen zu können, ob der Fall in der Einrichtung betreut/untergebracht oder tätig war. In jedem Fall wurde aber als Infektionsumfeld „Kita“ angegeben.

5.5.2. Aktuelles Bild

Nachdem die Anzahl der auf SARS-CoV-2 getesteten Kinder und Jugendlichen pro Woche im Januar 2021 relativ konstant blieb, kam es Mitte Februar zum Ende des zweiten Lockdowns zu einem sehr raschen Anstieg (vgl. Abbildung 18). Mitte März 2021 wurden etwa viermal so viele 0- bis 5-Jährige pro Woche getestet als noch einen Monat früher Mitte Februar. Der Anteil der SARS-CoV-2-positiv getesteten Kinder ist dabei nur leicht zurückgegangen (vgl. Abbildung 19). Die steigenden Fallzahlen bei den Kindern können daher nicht alleine auf eine vermehrte Testung zurückgeführt werden. Die Öffnungen von Kitas und Schulen tragen hierzu vermutlich bei, in dem die Kinder vor Besuch der jeweiligen Einrichtung getestet wurden. Weiterhin könnte die hohe Anzahl an getesteten Kindern vor allem bei der jüngsten Altersgruppe auf die gestiegene ARE-Aktivität in den letzten Wochen zurückgeführt werden. In der aktuellen Berichtswoche (KW 11; 15.03.–21.03.2021) wurden Daten zu 32.997 getesteten 0- bis 5-Jährigen übermittelt (697 getestete Personen/100.000 Kinder), von denen 1.653 SARS-CoV-2-positiv waren. Das entspricht 5%. Im Vergleich dazu wurden Mitte Februar 2021 (KW 6; 08.02.–14.02.2021) 8.734 Kinder getestet, von denen 6,4% SARS-CoV-2-positiv waren. Bei den 6- bis 10-Jährigen waren 7,2% der in KW 11 getesteten Kinder SARS-CoV-2-positiv und bei den 11- bis 14-Jährigen waren es 9,5%. Es ist zu beachten, dass es sich hierbei um getestete Personen einer Teilmenge und nicht um eine Vollerfassung handelt.

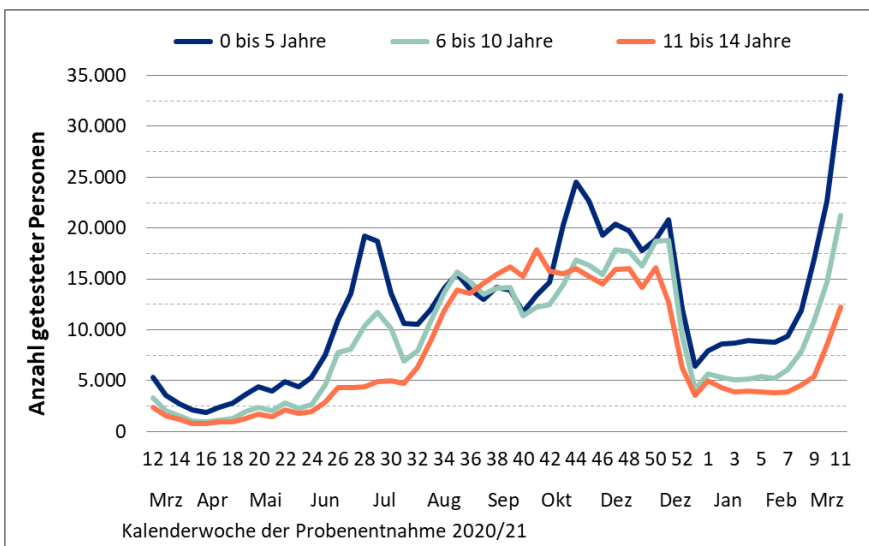


Abbildung 18: Anzahl der Personen mit SARS-CoV-2-PCR-Testung nach Altersgruppe und Kalenderwoche der Probenentnahme, laborbasierte Surveillance SARS-CoV-2 (Datenstand 23.03.2021).

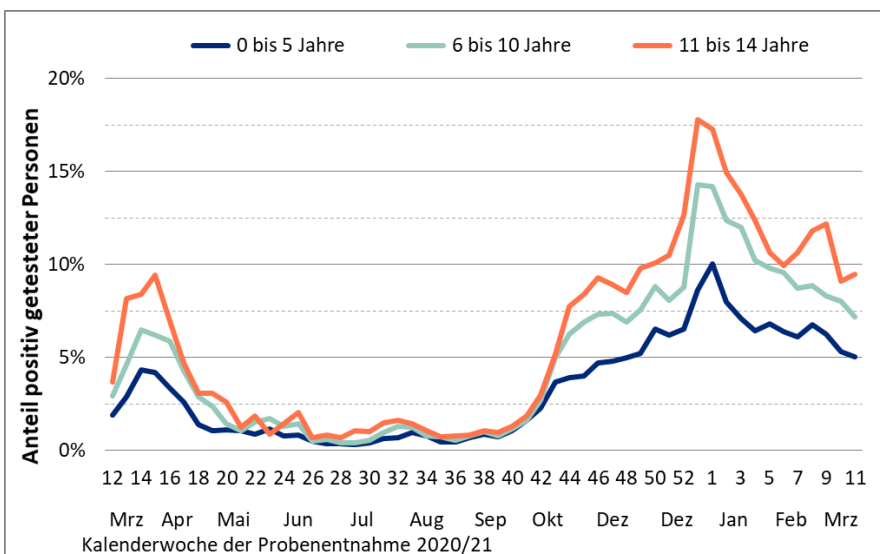


Abbildung 19: Anteil der Personen mit positiver SARS-CoV-2-PCR-Testung nach Altersgruppe und nach Kalenderwoche der Probenentnahme, laborbasierte Surveillance SARS-CoV-2 (Datenstand 23.03.2021).

6. Vergleich der Kita-Schließungen aus dem KiTa-Register mit den gemeldeten Kita/Hort-Ausbrüchen aus den Meldedaten

Die im Rahmen des KiTa-Registers erhobenen Daten von Kindertageseinrichtungen (Kitas) zu Schließungen aufgrund von Verdachts- oder Infektionsfällen sind im Vergleich zu den Meldedaten dargestellt. Es wird zum einen in grau der Anteil an Einrichtungen, die eine neue Gruppen- oder Einrichtungsschließung für die jeweilige KW berichtet haben, dargestellt (Daten aus dem KiTa-Register, vgl. Kapitel 2). Zum anderen zeigt die blaue Kurve die Anzahl übermittelter Kita/Hort-Ausbrüche, zu denen mindestens zwei bestätigte COVID-19-Fälle gemeldet wurden (Meldedaten). Es ist zu beachten, dass es zu Schließungen sowohl wegen Verdachts- als auch wegen Infektionsfällen gekommen sein kann. Bei den Kita/Hort-Ausbrüchen wurden hingegen immer mindestens zwei Infektionsfälle gemeldet. Die Daten sind daher nicht direkt miteinander vergleichbar.

Die Daten beider Systeme zeigen einen rasch ansteigenden Verlauf ab Mitte/Ende Februar 2021, welcher bei den übermittelten Kita/Hort-Ausbrüchen etwa zwei Wochen früher einsetzt als bei den Schließungen aufgrund von Verdachts- oder Infektionsfällen (vgl. Abbildung 20). Auffällig ist, dass sich das Verhältnis der Zahl der übermittelten Kita-/Hort-Ausbrüche zur Zahl der Gruppen- bzw. Einrichtungsschließungen über die Zeit verändert hat. Weiterhin fällt auf, dass die übermittelten Kita/Hort-Ausbrüche im März 2021 deutlich über dem Niveau vom Herbst 2020 liegen. Der Anteil der Schließungen befindet sich hingegen leicht unter den Werten, die im Herbst 2020 berichtet wurden. Möglicherweise führen inzwischen kleine Ausbrüche in Kitas weniger häufig als vorher zu Gruppen- oder Kita-Schließungen. Des Weiteren ist zu beobachten, dass die berichteten Schließungen vor allem Gruppenschließungen betrafen, die seit KW 7 (15.02.–21.02.2021) parallel zum Ausbruchsgeschehen und dem Anstieg der Fallzahlen bei Kindern im Alter von 0 bis 5 Jahren ansteigen. In der aktuellen Berichtswoche (KW 11 2021) gaben 5,6% der teilnehmenden Kitas an, eine Gruppen- oder Einrichtungsschließung aufgrund von Verdachts- oder Infektionsfällen vorgenommen zu haben. Das entspricht 278 Einrichtungen. Ein Großteil dieser Schließungen betraf nur einzelne Kita-Gruppen (85%). In derselben Woche wurden bisher 197 Kita/Hort-Ausbrüche mit mindestens zwei laborbestätigten COVID-19-Fällen an das RKI übermittelt. Es ist zu beachten, dass aufgrund eines gewissen Meldeverzugs von Ausbrüchen insbesondere die Angaben in den letzten ein bis zwei Wochen noch unvollständig sein können.

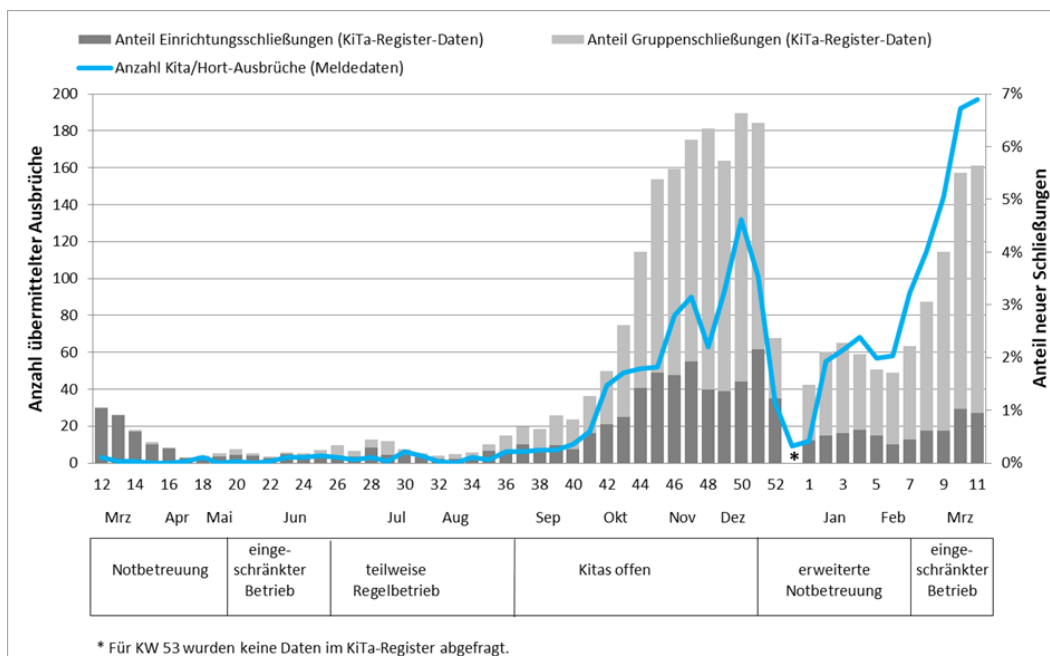


Abbildung 20: Anzahl der an das RKI übermittelten Kita/Hort-Ausbrüche (mit mindestens zwei bestätigten COVID-19-Infektionen; blaue Linie) und Anteil neuer Gruppen- und Einrichtungsschließungen aufgrund eines Verdachts- oder Infektionsfalls (graue Balken), die mit dem KiTa-Register des DJI erfasst werden. Einrichtungen, die in derselben Woche sowohl eine Gruppen- als auch eine Einrichtungsschließung vorgenommen haben, werden nur bei den Einrichtungsschließungen gezählt. Da die Anzahl an Einrichtungen, die in der jeweiligen Woche an der Abfrage des KiTa-Registers ab dessen Start teilgenommen haben, zwischen KW 33 (10.08.–16.08.2020) bis heute mitunter differiert (vgl. Anhang), kann die gleiche Anzahl an Schließungen jeweils einen kleineren oder größeren prozentualen Anteil ausmachen. Informationen über die KW 12–32 (16.03.–09.08.2020) wurden retrospektiv erfasst.



6.1. Literatur

- 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)
- 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)
- Public Health England (PHE (1)). (2021). Investigation of novel SARS-CoV-2 variant - Variant of Concern 202012/01 - Technical briefing 3. Public Health England; 2021 05.01.2021.
- Public Health England (PHE (2)). (2021). Investigation of novel SARS-CoV-2 variant - Variant of Concern 202012/01 - Technical briefing 4.
- Robert Koch-Institut (RKI (1)). (2020). Aktueller Lage-/Situationsbericht des RKI zu COVID-19. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Gesamt.html
- Robert Koch-Institut (RKI (2)). (2021). Bericht zu Virusvarianten von SARS-CoV-2 in Deutschland, insbesondere zur Variant of Concern (VOC) B.1.1.7. Verfügbar unter: [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/DESH/Bericht_VOC_2021-03-24.pdf? blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/DESH/Bericht_VOC_2021-03-24.pdf?blob=publicationFile).