



Corona- KiTa-Studie

Monatsbericht der Corona-KiTa-Studie

Ausgabe 10/2020

Oktober 2020



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



INHALTSVERZEICHNIS

1.	ERGEBNISSE ZUR DERZEITIGEN BETREUUNGSKAPAZITÄT AUS DEM KITA-REGISTER .	5
1.1	Anzahl und Anteil bisheriger Registrierungen und Teilnahmen	5
1.2	Aktuelles Öffnungsgeschehen in Kindertageseinrichtungen	6
1.3	Verdachts- und Infektionsfälle in Kindertageseinrichtungen sowie Corona-bedingte Schließungen.....	7
1.4	Aktuelles Öffnungsgeschehen in der Kindertagespflege	9
1.5	Verdachts- und Infektionsfälle in der Kindertagespflege sowie Corona-bedingte Schließungen.....	11
2.	ERGEBNISSE AUS DEN SURVEILLANCESYSTEMEN DES RKI	12
2.1	Zusammenfassung	13
2.2	Begriffsklärung und Bevölkerungszahlen	13
2.3	Angaben zur Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen aus dem GrippeWeb	14
2.4	Meldungen des Sentinels zur elektronischen Erfassung von Diagnosecodes akuter respiratorischer Erkrankungen (SEEDARE)	15
2.5	Übermittelte Fälle von COVID-19 gemäß Infektionsschutzgesetz (Meldedaten)	17
2.6	Ergebnisse der laborbasierten SARS-CoV-2 Surveillance	22

Highlights

- Bis zum 22.10.2020 haben sich knapp 12.500 Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflegepersonen für das KiTa-Register angemeldet. Die Inanspruchnahmequote in Kindertageseinrichtungen hat mit Beginn des Kita-Jahres in allen Bundesländern weiter zugenommen und liegt in der Kalenderwoche 41 (5.10. bis 11.10.2020) deutschlandweit bei 82%. Die noch etwas geringere Inanspruchnahme bei den unter 3-Jährigen ist vermutlich auf die noch laufende Eingewöhnungszeit zu Beginn des Kita-Jahres zurückzuführen. Der pandemiebedingte Personalausfall für den Einsatz in der Gruppe liegt seit einigen Wochen konstant bei etwa 4%.
- Im September und Oktober lag der Anteil an Kindertageseinrichtungen, die einen SARS-CoV-2-Verdachtsfall bei Beschäftigten, Kindern oder Eltern meldeten, konstant bei 7 bis 8%. Bestätigte Infektionsfälle meldeten in diesem Zeitraum nur etwa 1% der Einrichtungen. In der Kalenderwoche 41 (5.10. bis 11.10.2020) hat sich der Wert leicht auf 1,6% erhöht. Nichtsdestotrotz erweisen sich nach wie vor nur wenige Verdachtsfälle in Kindertageseinrichtungen als tatsächliche Infektionsfälle. Nur höchstens 0,5% der Einrichtungen berichten im Zeitraum März bis September von Gruppen- oder Einrichtungsschließungen. Seit Ende September liegt der Wert bei etwa 1%.
- Auf Basis der Angaben von 986 teilnehmenden Kindertagespflegepersonen, die überwiegend in größeren Settings mit 5 und mehr Kindern arbeiten, gibt es Hinweise darauf, dass sich mit einer Ressourcenauslastung von knapp 80% auch die Kindertagespflege dem Regelbetrieb annähert. Nur höchstens 5,5% der teilnehmenden Kindertagespflegepersonen berichtet von Verdachtsfällen bei den betreuten Kindern oder Eltern. Der Anteil an infektionsbedingten Schließungen ist mit 1 bis 2% bei den teilnehmenden Kindertagespflegestellen ähnlich niedrig wie bei den Kindertageseinrichtungen.
- In der aktuellen Berichtswoche (KW 42) erreichen die Kinder und Jugendlichen einen neuen Höhepunkt an neu übermittelten Fällen. Im Vergleich zum ersten Höhepunkt an neuen Fällen im Frühjahr wurden etwa dreimal so viele COVID-19 Meldungen im Alter von 0 bis 5 Jahren übermittelt. Der Anteil der COVID-19-Fälle in dieser Altersgruppe liegt mit aktuell 2,9% (KW 42) weiterhin unter dem Anteil der 0- bis 5-Jährigen an der Gesamtbevölkerung (5,7%). Das heißt, dass in dieser Altersgruppe anteilig weniger Fälle gemeldet werden als in anderen Altersgruppen.
- Bis KW 41 wurden 108 COVID-19 Ausbrüche von den Gesundheitsämtern gemeldet, die als Infektionsumfeld Kita oder Hort angegeben haben. Insgesamt wurden 583 Fälle diesen Ausbrüchen zugeordnet. In drei Viertel dieser Ausbrüche waren Kinder im Alter von 0 bis 5 Jahren Teil des Ausbruchs, die Mehrzahl der im Rahmen der Ausbrüche übermittelten Fälle betrafen jedoch Erwachsene, vermutlich vor allem Erzieher und Erzieherinnen.

Das Corona-KiTa-Projekt

Im Mai 2020 startete das Forschungsprojekt „Corona-KiTa-Studie“. Die Studie widmet sich Fragen der Herausforderungen und Bewältigung der Kindertagesbetreuung (KiTa¹) während der Corona-Pandemie 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 Corona-Pandemie angeboten?
2. Welche Herausforderungen sind für die Kindertagespflege und die Kindertageseinrichtungen, das Personal und die Familien von besonderer Bedeutung?
3. Unter welchen Bedingungen gelingt eine schrittweise, kontrollierte Öffnung?
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, die am RKI bei Walter Haas, Udo Buchholz, Julika Loss und Susanne Jordan.

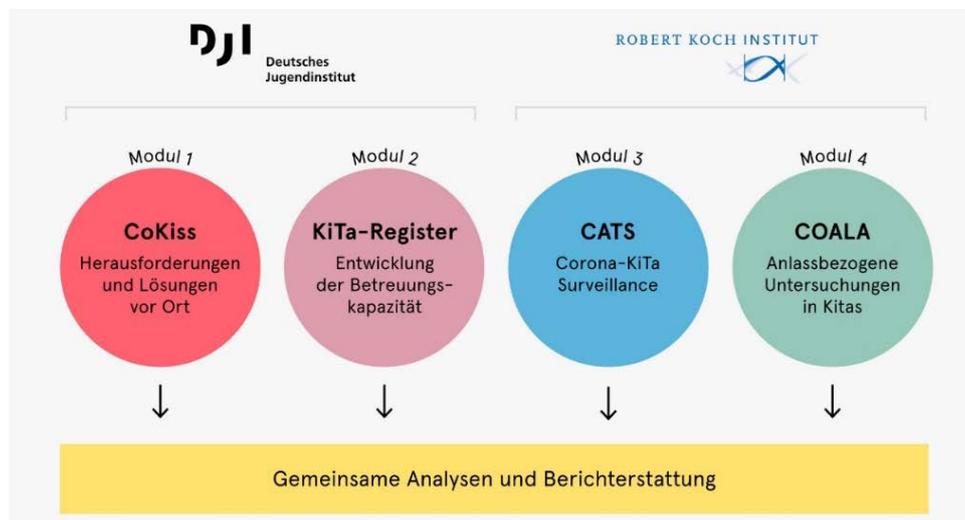


Abbildung 1: Schematische Darstellung der Module in der Corona-KiTa-Studie

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.

1. Ergebnisse zur derzeitigen Betreuungskapazität aus dem KiTa-Register

Das KiTa-Register stellt eine wöchentliche onlinebasierte Abfrage dar, zu deren Teilnahme alle Kindertageseinrichtungen (Kitas) und Kindertagespflegepersonen in Deutschland aufgerufen sind. Ziel ist, 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.

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

- die Anzahl und den Anteil der Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflegepersonen, die sich bisher im KiTa-Register registriert bzw. an der Erstbefragung teilgenommen haben,
- den aktuellen 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 Corona-bedingten Schließungen der Einrichtungen und Tagespflegestellen.

1.1 Anzahl und Anteil bisheriger Registrierungen und Teilnahmen

Seit dem Start des KiTa-Registers am 11. August 2020 ist es für alle Kindertageseinrichtungen und Tagespflegestellen in Deutschland jederzeit möglich, sich für das KiTa-Register zu registrieren und mit der Teilnahme an der Erstbefragung und den darauffolgenden wöchentlichen Abfragen zu beginnen. Tabelle 1 zeigt sowohl die Anzahl und den deutschlandweiten Anteil der Kitas und Tagespflegepersonen, die sich vom 11.08.2020 bis zum 22.10.2020 beim KiTa-Register registriert haben, als auch den Anteil derer, die in diesem Zeitraum bereits an der Erstbefragung teilgenommen haben.

Tabelle 1. Anzahl und Anteil bisheriger Registrierungen und Teilnahmen zum 22.10.2020

Setting	Registrierungen Anzahl (Anteil deutschlandweit)*	Teilnahmen an der Erstbefragung Anzahl (Anteil deutschlandweit)*
Kindertageseinrichtung	10.774 20,0%	7.522 14,0%
Kindertagespflege	1.713 3,8%	986 2,2%

* Der Anteil bezieht sich auf derzeit deutschlandweit 53.742 Kindertageseinrichtungen und 44.782 Kindertagespflegepersonen (Quelle: KJH-Statistik 2020)

Bis zum 22.10.2020 haben sich 10.774 Kitas für das KiTa-Register registriert. Davon haben bislang über 7.500 Einrichtungen an der Erstbefragung teilgenommen. Das entspricht einer Registrierungsquote von knapp 20% und einer aktuellen Teilnahmequote von rund 14% aller Kitas in Deutschland. Bei den Kindertagespflegepersonen war die Bereitschaft zur Registrierung mit knapp 4% (1.713 Kindertagespflegestellen) bzw. zur Teilnahme mit 2% (986 Kindertagespflegestellen) bislang deutlich niedriger. An

den wöchentlichen Abfragen nahmen etwa 5.200 bis 6.100 Kindertageseinrichtungen und 600 bis 700 Kindertagespflegepersonen teil.

1.2 Aktuelles Öffnungsgeschehen in Kindertageseinrichtungen

Die weitere Entwicklung des Öffnungsgeschehens in Kindertageseinrichtungen zeigt, dass bis zur Woche vom 5.10. bis 11.10.2020 (Kalenderwoche 41) weitere Steigerungen der Ressourcenauslastung in Kindertageseinrichtungen zu beobachten waren. Abbildung 2 zeigt den Anteil der durchschnittlich betreuten Kinder in Kindertageseinrichtungen je Bundesland in der Kalenderwoche 41.

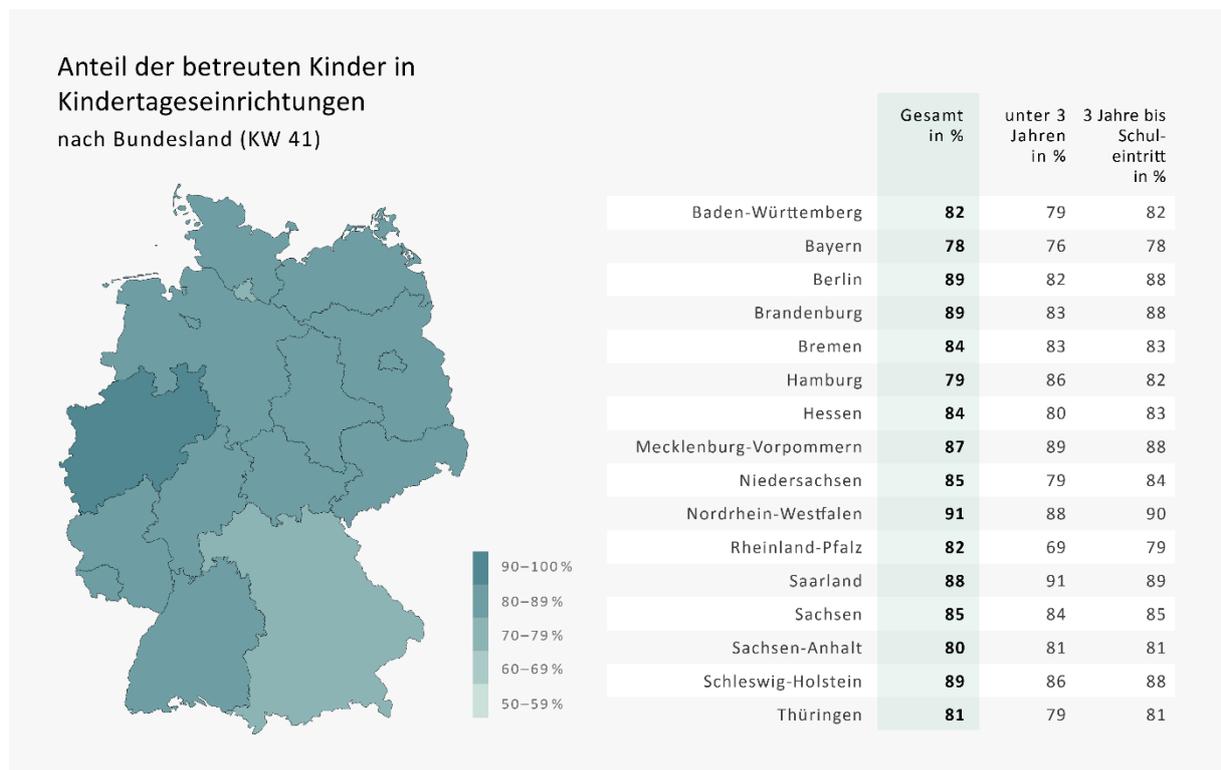


Abbildung 2. Anteil der betreuten Kinder in Kindertageseinrichtungen in Kalenderwoche 41 (5.10.-11.10.2020) nach Altersgruppen und Bundesländern. Die Einrichtungen wurden gefragt, wie viele Kinder in der aktuellen Kalenderwoche durchschnittlich pro Tag ihre Einrichtung besuchten. Diese Information wurde sowohl zum Zeitpunkt der Befragung als auch für den Zeitraum vor der Corona-Pandemie (vor Mitte März 2020) erhoben. 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 Corona-Pandemie in Bezug gesetzt wurden. Aus den Ergebnissen wurde dann für jedes Bundesland der Durchschnitt (arithmetisches Mittel) berechnet. Da einzelne Kindertageseinrichtungen ihre Kapazitäten im Vergleich zur Situation vor der Pandemie erweitert haben (z.B. durch Neueröffnung oder Erweiterung von Gruppen) oder es bei einzelnen Einrichtungen Verschiebungen hinsichtlich der betreuten Altersgruppen gab, kommt es in einzelnen Ländern zu leichten Abweichungen zwischen dem Insgesamt-Wert und der Inanspruchnahmequote für die beiden Altersgruppen.

Bis zum 11.10. ist die Inanspruchnahmequote in vielen Ländern weiter angestiegen. Nachdem mittlerweile in allen Ländern das neue Kita-Jahr begonnen hat, liegt der Anteil an betreuten Kindern jeweils bei knapp 80% oder höher. Dies verdeutlicht, dass sich mittlerweile alle Länder hinsichtlich ihrer Ressourcenauslastung dem Regelbetrieb annähern. Da in 11 Ländern die Inanspruchnahmequote bei den unter 3-Jährigen noch etwas niedriger ist als bei den älteren Kindern, ist zu vermuten, dass sich viele Kindertageseinrichtungen noch in der Eingewöhnungszeit befinden, in der normalerweise im Herbst neu hinzukommende Kinder nach und nach aufgenommen und eingewöhnt werden.

Dementsprechend steht der hohen Auslastung bei den Kindern auch eine hohe Personalauslastung gegenüber. Abbildung 3 zeigt den Anteil an Beschäftigten, die zum Zeitpunkt der Befragung a) unmittelbar in der pädagogischen Arbeit mit Kindern eingesetzt wurden, b) derzeit aufgrund der Corona-Pandemie mittelbar eingesetzt wurden (das heißt Arbeit ohne Kontakt zu den Kindern, z. B. Konzeptarbeit im Homeoffice) und c) aufgrund der Corona-Pandemie überhaupt nicht eingesetzt wurden (z. B. wegen Krankschreibung). Referenzgröße sind alle derzeit beschäftigten pädagogischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

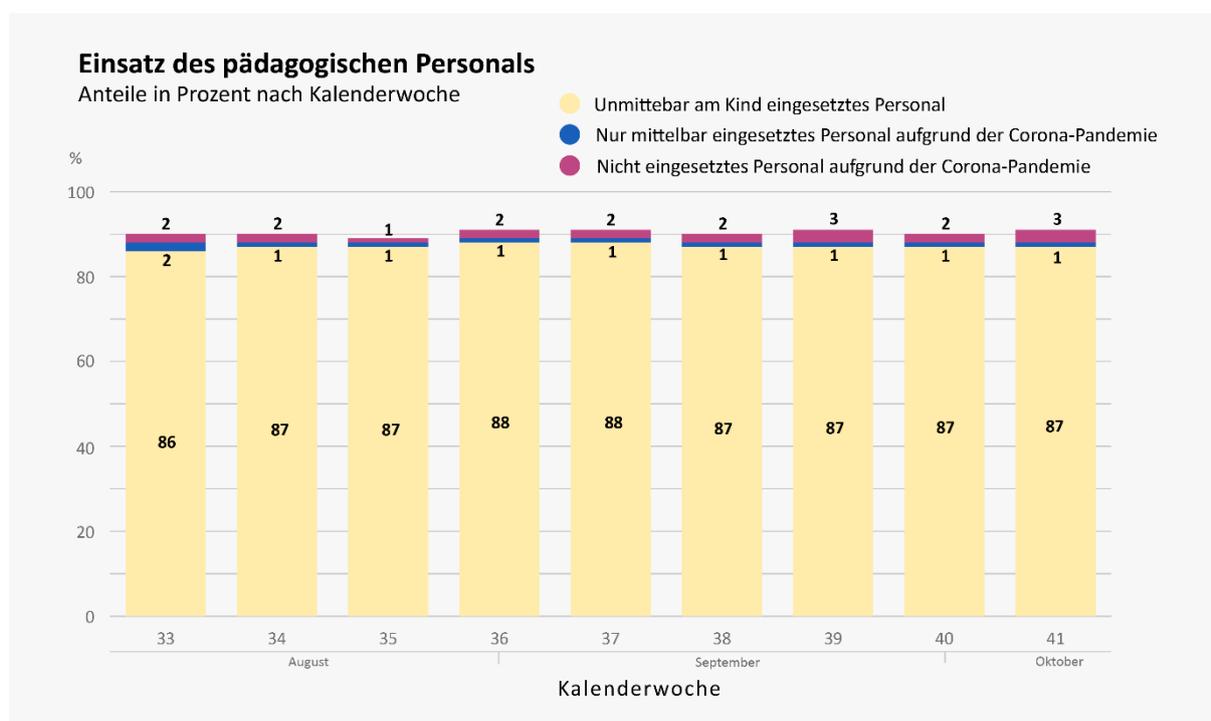


Abbildung 3. Einsatz des pädagogischen Personals (Anteile in Prozent) in den Kalenderwochen 33 bis 41 (10.08.-11.10.2020). Die Abbildung zeigt den Anteil der drei genannten Kategorien an der Anzahl des gesamten pädagogischen Personals. Die drei abgebildeten Kategorien ergeben in der Summe weniger als 100 Prozent. Die Differenz erklärt sich aus pädagogischem Personal und pädagogisch tätigen Leitungen, die mittelbar oder überhaupt nicht eingesetzt wurden, jedoch nicht aufgrund der Corona-Pandemie (z. B. wegen Urlaubs).

Für den Zeitraum vom 10.08. bis 11.10.2020 gaben die teilnehmenden Leitungen an, dass rund 87 bis 88% ihrer pädagogischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Arbeit mit Kindern eingesetzt wurden. Zwischen August und Oktober zeigen sich hierbei wenige Änderungen. Etwa 1% der Beschäftigten waren mittelbar eingesetzt, d.h. arbeiteten nicht direkt mit Kindern, sondern halfen bei der Vor- und Nachbereitung pädagogischer Aufgaben. 2 bis 3% der pädagogisch Beschäftigten sind derzeit pandemiebedingt krankgeschrieben, so dass nach wie vor von einem pandemiebedingten Personalausfall für die Gruppenarbeit von etwa 4% auszugehen ist. Das entspräche einem Ausfall von etwa 25.000 Personen für die direkte Arbeit mit Kindern. Etwa 9% der Beschäftigten sind derzeit aus anderen Gründen nicht beschäftigt (z.B. Urlaub, Fortbildung).

1.3 Verdachts- und Infektionsfälle in Kindertageseinrichtungen sowie Corona-bedingte Schließungen

Um Infektionsfällen vorzubeugen, wurden bereits mit Beginn des Lockdowns zahlreiche Schutz- und Hygienemaßnahmen in Kindertageseinrichtungen eingeführt, die nach wie vor umgesetzt werden.

Über den Zeitraum vom 10.08. bis 11.10.2020 hinweg gaben die teilnehmenden Einrichtungsleitungen an, dass in über 90% der Kindertageseinrichtungen regelmäßig gelüftet und desinfiziert wird. Die regelmäßige Temperaturmessung bei Kindern oder beim Personal gehört nach wie vor zu den eher selten etablierten Maßnahmen (unter 10%). Etwa 67% der Einrichtungen, die mit Gruppenstruktur arbeiten, weisen ihr Personal fest einzelnen Gruppen zu. 65% der Einrichtungen trennen die Gruppen im Innenbereich voneinander, 40% tun dies bei Aufenthalt im Außenbereich.

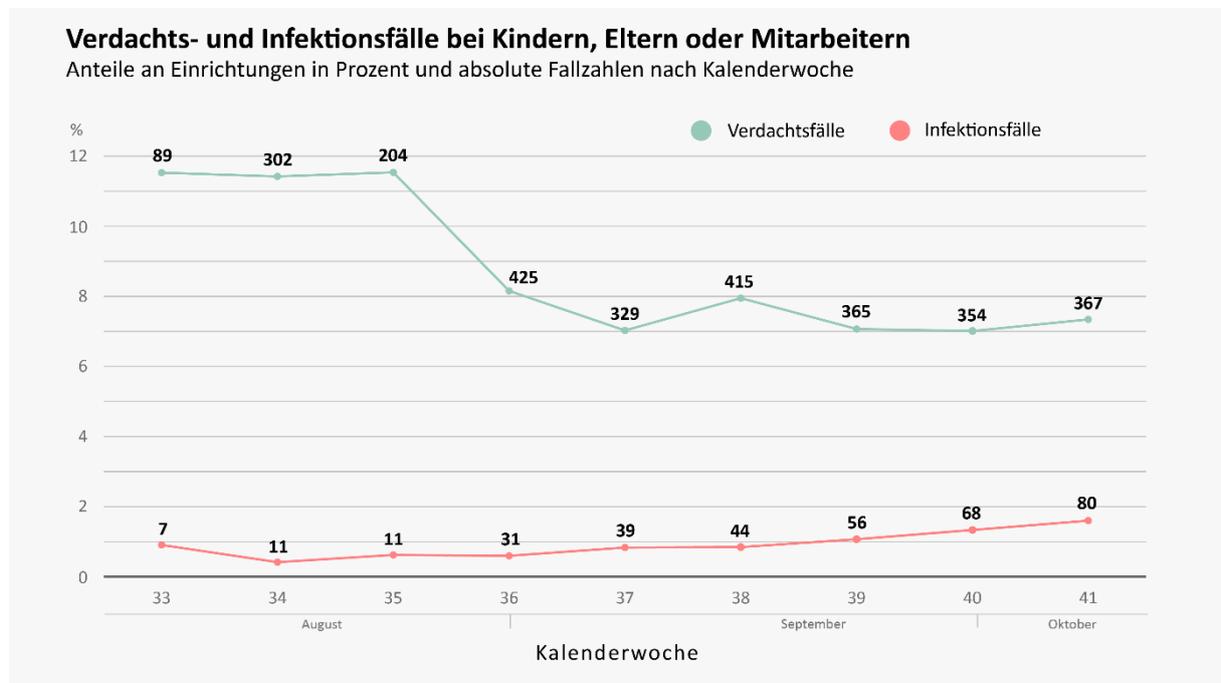


Abbildung 4. SARS-CoV-2 Verdachts- und Infektionsfälle in Kindertageseinrichtungen in den Kalenderwochen 33 bis 41 (10.08.-11.10.2020) (in % der Einrichtungen). Während auf der X-Achse der prozentuale Anteil an (in der jeweiligen Woche teilnehmenden) Einrichtungen dargestellt wird, ist innerhalb der Abbildung (über den Linien) die Anzahl an Kindertageseinrichtungen mit Verdachts- bzw. Infektionsfällen angegeben. Da die Anzahl an Einrichtungen, die in der jeweiligen Woche teilgenommen haben, zwischen den Kalenderwochen 33 bis 41 deutlich zugenommen hat, machen deutlich mehr gemeldete Verdachts- und Infektionsfälle in der KW 41 einen kleineren prozentualen Anteil aus als vorher.

Abbildung 4 zeigt den Anteil an Einrichtungen, die im Zeitraum vom 10.08. bis 11.10.2020 SARS-CoV-2-Verdachtsfälle oder -Infektionsfälle hatten. Während der Anteil an Einrichtungen, die mindestens einen Verdachtsfall bei Beschäftigten, Kindern oder Eltern aufwiesen, im Monat August bei etwas unter 12% lag, sank er in den Folgemonaten auf 7 bis 8%. Der Anteil an Einrichtungen, die tatsächlich bestätigte Infektionsfälle bei Beschäftigten, Kindern oder Eltern meldeten, lag im August und September mit höchstens 1% deutlich darunter. Seit Ende September ist ein leichter Anstieg auf niedrigem Niveau zu beobachten. In Kalenderwoche 41 (5.10. bis 11.10.2020) meldeten 1,6% der Einrichtungen einen Infektionsfall. Nichtsdestotrotz erweisen sich nach wie vor nur wenige Verdachtsfälle in Kindertageseinrichtungen als tatsächliche Infektionsfälle. Damit spiegeln die Ergebnisse auch die Infektionszahlen in der Bevölkerung wider, nach denen unter 6-Jährige gemessen an ihrem Anteil in der Bevölkerung unterproportional von SARS-CoV-2-Infektionen betroffen sind (vgl. Abschnitt 2).

Daher stellt sich die Frage, inwiefern Kindertageseinrichtungen mit Einrichtungsschließungen auf Verdachtsfälle reagieren müssen. Abbildung 5 gibt einen Überblick darüber, wie viele Einrichtungen bzw. Gruppen seit Beginn der Corona-Pandemie (Mitte März 2020) aufgrund eines Verdachts- oder Infektionsfalls mindestens einen Tag pro Woche geschlossen hatten. Im Zeitraum von Mitte März bis 11. Oktober haben höchstens 1% der teilnehmenden Einrichtungen angegeben, infektionsbedingt eine Gruppe oder die gesamte Einrichtung geschlossen zu haben. In den Sommermonaten lag der Wert nochmals niedriger. Anfang Oktober ist der Wert leicht angestiegen, liegt aber lediglich bei unter 1,5%.

Während zu Beginn der Pandemie im März und April die Einrichtungsschließungen überwogen, wurden in den letzten Monaten im Falle einer Schließung häufiger nur einzelne Gruppen geschlossen. Dies mag sicherlich auch durch das Schutzkonzept der Gruppentrennung innerhalb von Kindertageseinrichtungen zu erklären sein, welches viele Kindertageseinrichtungen umsetzen und das es ermöglicht, bei Infektionsfällen einen Teilbetrieb aufrecht zu erhalten, da die Kontakte innerhalb der Einrichtung abgrenzbar sind.

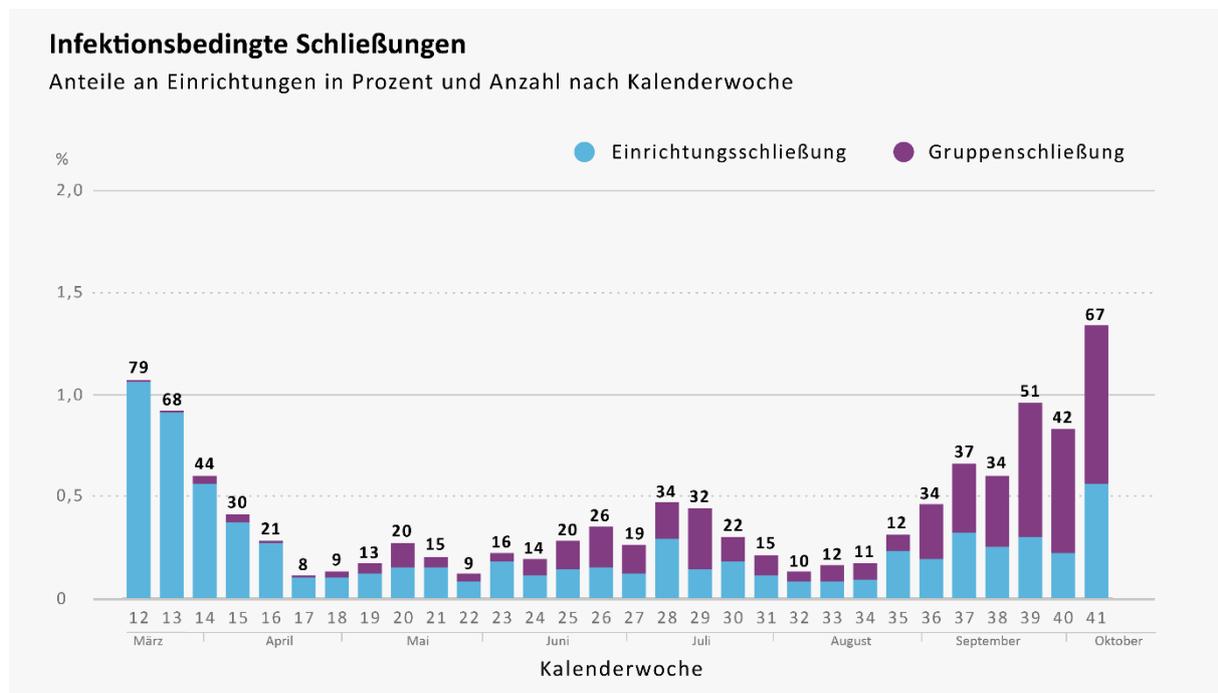


Abbildung 5. Infektionsbedingte Schließungen in den Kalenderwochen 12 bis 41 (16.03.-11.10.2020) (Anteile in Prozent der Einrichtungen und Anzahl der Einrichtungen nach Kalenderwoche). Die Schließung konnte dabei die ganze Einrichtung betreffen (Einrichtungsschließung) oder nur eine oder mehrere Gruppen (Gruppenschließung). Die absoluten Einrichtungs-Fallzahlen (n), die den Prozentwerten zugrunde liegen, sind jeweils über den entsprechenden Balken angegeben. „Verdachtsfälle“ wurden in der Abfrage näher spezifiziert durch die folgenden Beispiele: Kontakt zu einem Infektionsfall, akute Symptome, Aufenthalt in einem Risikogebiet). Einrichtungen, die in derselben Woche sowohl eine Gruppenschließung als auch eine Einrichtungsschließung vorgenommen haben, werden (im Unterschied zu vorherigen Darstellungen) nicht mehr doppelt erfasst. Sie werden nur noch bei den Einrichtungsschließungen gezählt. Da die Anzahl an Einrichtungen, die in der jeweiligen Woche teilgenommen haben, zwischen den Kalenderwochen 33 bis 41 deutlich zugenommen hat, kann die gleiche Anzahl an Schließungen jeweils einen kleineren oder größeren prozentualen Anteil ausmachen.

1.4 Aktuelles Öffnungsgeschehen in der Kindertagespflege

Die Öffnung der Kindertagespflege als zweite Betreuungsform neben den Kindertageseinrichtungen erfolgte in den meisten Ländern noch vor der zunehmenden Kita-Öffnung (vgl. Quartalsbericht 08-2020). 986 Kindertagespflegepersonen haben sich bisher an der Erstbefragung des KiTa-Registers sowie den wöchentlichen Abfragen beteiligt. Dies entspricht etwa 2,2% aller Kindertagespflegepersonen in Deutschland. Vor diesen Hintergrund ist anzumerken, dass auf Basis der aktuell vorliegenden Daten im KiTa-Register keine repräsentativen Aussagen zu Kindertagespflegepersonen gemacht werden können. Die Angaben der bisher am KiTa-Register teilnehmenden Kindertagespflegepersonen geben lediglich einen ersten Eindruck davon, wie sich die Ressourcenauslastung in der Kindertagespflege entwickelt.

Verglichen mit der Verteilung der Kindertagespflegepersonen auf die Bundesländer ist bei den am KiTa-Register teilnehmenden Kindertagespflegepersonen zu beobachten, dass etwas mehr Kindertagespflegepersonen aus Hessen und Niedersachsen teilnehmen und Kindertagespflegepersonen aus Bayern leicht unterrepräsentiert sind. Von den teilnehmenden Kindertagespflegepersonen handelt es sich in 80% der Fälle um Personen, die alleine in einer Kindertagespflegestelle arbeiten. 20% der teilnehmenden Kindertagespflegepersonen arbeiten in einem sog. Zusammenschluss bzw. in einer Großtagespflegestelle, also zusammen mit anderen Kindertagespflegepersonen. Dies entspricht auch etwa der Verteilung von Zusammenschlüssen und singular arbeitenden Kindertagespflegepersonen in Deutschland (22% und 78%, vgl. KJH-Statistik 2020). Größere Abweichungen ergeben sich bei der Anzahl betreuter Kinder. Drei Viertel der teilnehmenden Kindertagespflegepersonen betreuen mindestens fünf Kinder, während dies in der Grundgesamtheit deutlich weniger sind (40%). Dies bedeutet, dass deutlich mehr Personen zur Teilnahme motiviert werden konnten, deren Tätigkeit eine größere Erwerbsorientierung aufweist, während Tagespflegepersonen, die (eventuell neben dem eigenen Kind) noch ein bis zwei weitere Kinder betreuen, in der Stichprobe deutlich unterrepräsentiert sind. Anzumerken ist, dass Kindertagespflegepersonen, die fünf und mehr Kinder betreuten, häufiger über eine pädagogische Ausbildung verfügen bzw. dies für die Betreuung von mehr als fünf Kindern in der Regel Voraussetzung ist (Autorengruppe Bildungsberichterstattung 2020).

Vor diesem Hintergrund liefern die Daten des KiTa-Registers eher Informationen über die Ressourcenauslastung in größeren Kindertagespflegesettings. Abbildung 6 zeigt den Anteil der durchschnittlich betreuten Kinder in den teilnehmenden Kindertagespflegestellen im Zeitraum vom 31.08. bis 11.10.2020 (Kalenderwoche 36 bis 41). Die Inanspruchnahmequote lag in diesem Zeitraum bei konstant bei knapp 80% und damit nur geringfügig niedriger als bei den Kindertageseinrichtungen (82% in KW 41, vgl. Abschnitt 1.2). Tendenziell weisen die Angaben der am KiTa-Register teilnehmenden Kindertagespflegepersonen damit darauf hin, dass sich auch die Kindertagespflegepersonen ihrer Ressourcenauslastung vor der Corona-Pandemie annähern.

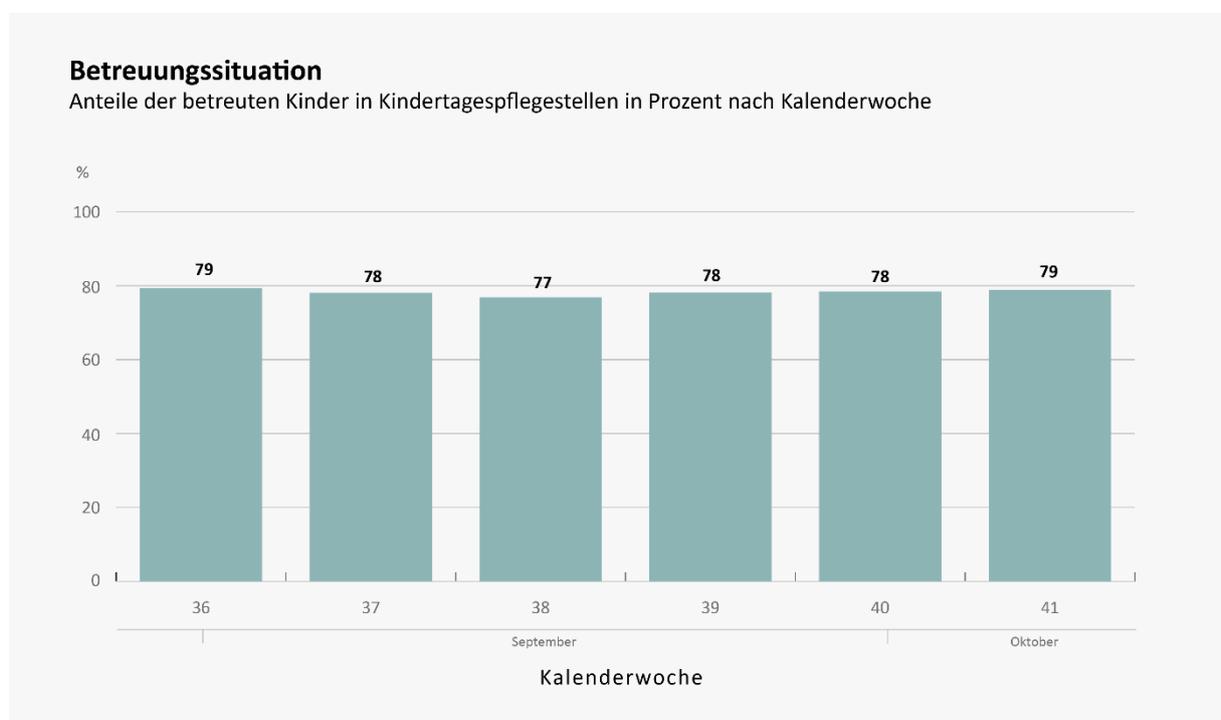


Abbildung 6. Anteil der betreuten Kinder in den teilnehmenden Kindertagespflegestellen in Kalenderwoche 36 bis 41 (31.08.-11.10.2020). Die Kindertagespflegepersonen wurden gefragt, wie viele Kinder in der aktuellen Kalenderwoche durchschnittlich pro Tag ihre Kindertagespflegestelle besuchten. Diese Information wurde sowohl zum Zeitpunkt der Befragung als auch

für den Zeitraum vor der Corona-Pandemie (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 Corona-Pandemie in Bezug gesetzt wurden.

1.5 Verdachts- und Infektionsfälle in der Kindertagespflege sowie Corona-bedingte Schließungen

Kindertagespflegestellen setzen ähnlich wie Kindertageseinrichtungen Schutz- und Hygienemaßnahmen in ihrem Betreuungsalltag um. Knapp 100% der teilnehmenden Kindertagespflegepersonen gaben an, regelmäßig zu lüften, über 80% gaben an, regelmäßig Flächen und Spielzeuge zu desinfizieren. Weniger als 20% der teilnehmenden Kindertagespflegepersonen nannten die regelmäßige Temperaturmessung als eine Schutzmaßnahme, die in der Kindertagespflegestelle angewandt wird. Diese Maßnahmen werden noch etwas häufiger umgesetzt, wenn die Kindertagespflegestelle bereits einen Verdachts- oder Infektionsfall hatte.

Unter den teilnehmenden Kindertagespflegestellen befinden sich allerdings nur sehr wenige, die über Verdachts- oder Infektionsfälle berichten. Abbildung 7 zeigt den Anteil an Kindertagespflegestellen, die im Zeitraum vom 31.08. bis 11.10.2020 SARS-CoV-2-Verdachtsfälle oder -Infektionsfälle hatten. Der Anteil der Kindertagespflegestellen mit einem Verdachtsfall bei Kindern oder Eltern liegt unter den teilnehmenden Kindertagespflegestellen mit 3,5 bis 5,5% etwas niedriger als im Bereich der Kindertageseinrichtungen. Nur sehr wenige der 986 Kindertagespflegepersonen, die sich am KiTa-Register beteiligt haben, gaben an, einen tatsächlichen Infektionsfall bei den betreuten Kindern oder deren Eltern gehabt zu haben. Der Anteil an Infektionsfällen in den von uns beobachtbaren größeren Kindertagespflegesettings mit überwiegend fünf und mehr betreuten Kindern liegt bei unter 0,5%.

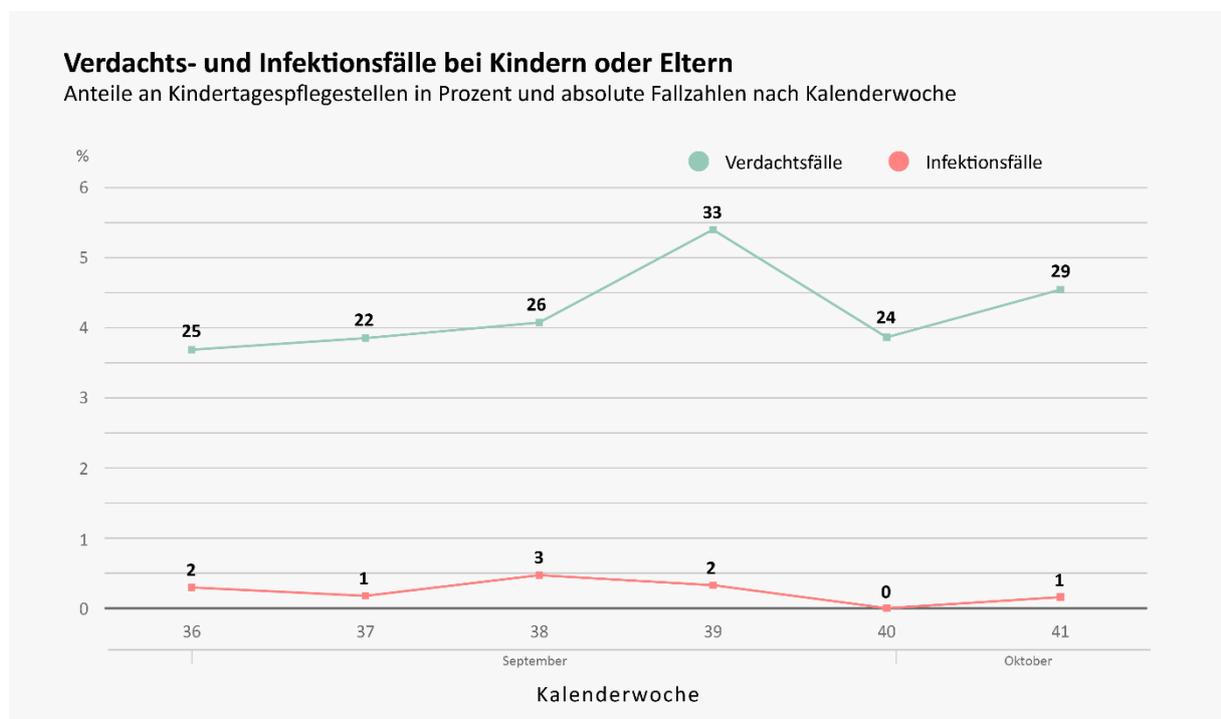


Abbildung 7. SARS-CoV-2 Verdachts- und Infektionsfälle in Kindertagespflegestellen in den Kalenderwochen 36 bis 41 (31.08.-11.10.2020) (in % der Kindertagespflegestellen). Während auf der X-Achse der prozentuale Anteil an (in der jeweiligen Woche teilnehmenden) Kindertagespflegestellen dargestellt wird, ist innerhalb der Abbildung (über den Linien) die Anzahl an Kindertagespflegestellen mit Verdachts- bzw. Infektionsfällen angegeben. Da die Anzahl an Kindertagespflegestellen, die in der

jeweiligen Woche teilgenommen haben, zwischen den Kalenderwochen 33 bis 41 zugenommen hat, können mehr gemeldete Verdachts- und Infektionsfälle in der KW 41 einen kleineren prozentualen Anteil ausmachen als vorher.

Abbildung 8 zeigt, inwiefern Kindertagespflegestellen seit Beginn der Corona-Pandemie (Mitte März 2020) aufgrund eines Verdachts- oder Infektionsfalls mindestens einen Tag pro Woche geschlossen hatten. Hier ergibt sich ein ähnliches Bild wie bei den Kindertageseinrichtungen. Einhergehend mit der Beobachtung, dass die teilnehmenden Kindertagespflegestellen insgesamt selten von Verdachts- oder Infektionsfällen betroffen waren, waren seit Mitte März bis Anfang Juli weniger als 1% der Kindertagespflegestellen pro Woche infektionsbedingt geschlossen. Ab Anfang September stieg der Anteil geringfügig auf bis zu 2% an. Alles in allem weisen die ersten Ergebnisse aus dem KiTa-Register für die Kindertagespflegestellen darauf hin, dass auch die Kindertagespflege nicht überproportional von Infektionsfällen betroffen ist.

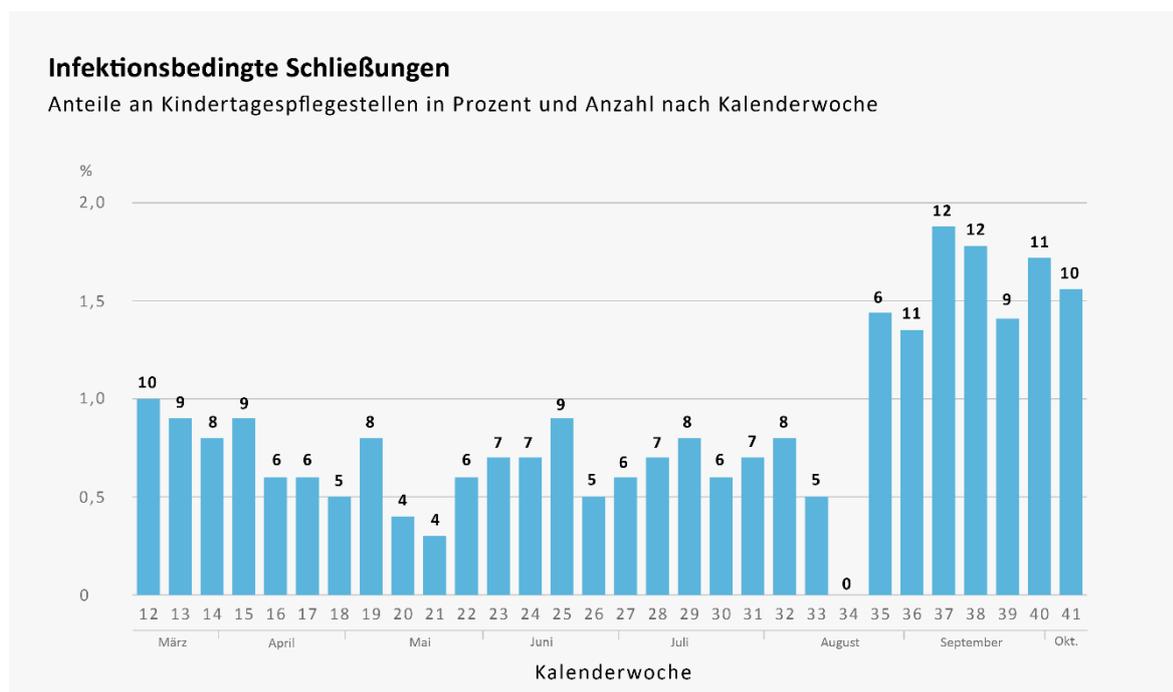


Abbildung 8. Infektionsbedingte Schließungen in den Kalenderwochen 12 bis 41 (16.03.-11.10.2020) (Anteile in Prozent der Kindertagespflegestellen und Anzahl der Kindertagespflegestellen nach Kalenderwoche). Die absoluten Fallzahlen (n) zu den Kindertagespflegestellen, die den Prozentwerten zugrunde liegen, sind jeweils über den entsprechenden Balken angegeben. „Verdachtsfälle“ wurden in der Abfrage näher spezifiziert durch die folgenden Beispiele: Kontakt zu einem Infektionsfall, akute Symptome, Aufenthalt in einem Risikogebiet). In der Kalenderwoche 34 wurden keine Schließungen gemeldet, was teilweise daran liegen kann, dass die Panelbefragung erst in der KW 35 startete, so dass der Zeitraum für einige Kindertagespflegestellen nicht abgedeckt war. Diese Zahl sollte daher vorsichtig interpretiert werden. Da die Anzahl an Kindertagespflegestellen, die in der jeweiligen Woche teilgenommen haben, zwischen den Kalenderwochen 33 bis 41 schwankt, kann die gleiche Anzahl an Schließungen jeweils einen kleineren oder größeren prozentualen Anteil ausmachen.

Referenzen

Autorengruppe Bildungsberichterstattung (2020). *Bildung in Deutschland 2020 Ein indikatorenge-
stützter Bericht mit einer Analyse zu Bildung in einer digitalisierten Welt*. wbv: Bielefeld. doi:
[10.3278/6001820gw](https://doi.org/10.3278/6001820gw)

2. Ergebnisse aus den Surveillancesystemen des RKI

2.1 Zusammenfassung

Nach einem deutlichen Rückgang der Inzidenz der akuten Atemwegserkrankungen (ARE) während der bundesweiten Kontaktbeschränkungen, glichen sich die Werte der 0- bis 5-Jährigen von Mitte Juli bis Ende August an das Vorjahresniveau an und liegen seit Anfang September erneut unter den Werten von 2019. Aktuell (KW 42) werden rund 487.000 ARE bei Kindern im Alter von 0 bis 5 Jahren geschätzt (10.300 ARE/100.000 Kinder). Ein Einfluss der weiter bestehenden Empfehlungen der AHA-Regeln (Abstand halten, Hygiene beachten, Alltagsmasken tragen) kann aus den Daten der syndromischen Surveillance nicht direkt abgeleitet werden. Es ist nicht bekannt, ob bzw. zu welchem Grad diese Regeln bei Kindern und Jugendlichen ein- bzw. umgesetzt werden, bzw. inwiefern die Befolgung der Regeln in anderen Altersgruppen sich indirekt auf die ARE-Inzidenz der 0- bis 5-jährigen auswirkt.

Das in den letzten Wochen zunehmende Infektionsgeschehen von COVID-19 spiegelt sich auch in der erhöhten Anzahl an übermittelten COVID-19-Fällen unter Kindern und Jugendlichen wieder, die in KW 42 einen neuen Höhepunkt an neu übermittelten COVID-19-Fällen erreichten. Der größte Zuwachs an Fällen im Vergleich zum Frühjahr ist bei den 11- bis 14-Jährigen zu erkennen (ca. 3,5-mal so viele Fälle wie im März). In der Altersgruppe der 0- bis 5-Jährigen wurden rund dreimal so viele Fälle gemeldet wie im Frühjahr. Der Anteil der gemeldeten COVID-19-Fälle liegt aktuell (KW 42) bei den 0- bis 10-Jährigen (0-5 Jahre, 6-10 Jahre) unter ihrem jeweiligen Bevölkerungsanteil. Bei den 11- bis 14-Jährigen entspricht der Anteil an Fällen ihrem Anteil an der Gesamtbevölkerung und bei den 15- bis 20-Jährigen befindet sich der Anteil an Fällen über dem Bevölkerungsanteil. Für diese Altersgruppe wurden zuletzt anteilig mehr Fälle gemeldet als in anderen Altersgruppen.

Inwieweit die übermittelten COVID-19-Fälle im Zusammenhang mit dem Umfeld der KiTas oder Schulen stehen, kann bisher anhand der Meldedaten für Einzelfälle nicht sicher abgeleitet werden. Ein Update der Meldesoftware zur systematischen Erfassung des Infektionsumfeldes bei Einzelfällen wird nun schrittweise in den Gesundheitsämtern eingeführt. Hingegen können bei Fallhäufungen (Ausbrüche; per definitionem mit mindestens zwei laborbestätigten COVID-19-Fällen) angegeben werden, ob sie sich im Umfeld von Kitas und Horten ereigneten. Bis zur KW 42 wurden 108 Fallhäufungen (Ausbrüche) übermittelt, bei denen als Infektionsumfeld „Kindergarten, Hort“ angegeben war. Die Mehrzahl der übermittelten Fälle (63 %) betraf Erwachsene, vermutlich vor allem Erzieher und Erzieherinnen und Eltern. In rund drei Viertel aller Ausbrüche waren auch Kinder zwischen 0 und 5 Jahren Teil des Ausbruchs (n=75). In diesen Ausbrüchen waren 38% der übermittelten Fälle im Alter von 0 bis 5 Jahren und 57% der Fälle waren Erwachsene. Im Mittel (Median) wurden in den 75 Ausbrüchen mit Kinderbeteiligung 4 Fälle (im Median darunter 1 Kind 0-5 Jahre) pro Ausbruch übermittelt.

Die Anzahl an SARS-CoV-2-PCR-Testungen blieb in den letzten Wochen auf einem annähernd ähnlichen Niveau. Einhergehend mit dem Anstieg der Meldezahlen unter Kindern und Jugendlichen, stieg zuletzt auch der Anteil positiver Testungen an. Das bedeutet, dass es sich um einen echten Anstieg der Infektionszahlen handelt, der nicht auf eine steigende Testhäufigkeit zurückgeführt werden kann. In KW 42 beträgt der Positivenanteil bei den unter 15-Jährigen zwischen 2,3 und 3,0%.

2.2 Begriffsklärung und Bevölkerungszahlen

Neben absoluten Fallzahlen werden Inzidenzen zur Beschreibung der Häufigkeit einer Krankheit in ihrer geografischen und demografischen Verteilung eingesetzt. Die Inzidenz wird angegeben als Anzahl 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 (s. Tabelle 2). Um auch das Infektionsgeschehen bei jungen Erwachsenen (15-20 Jahre) darzustellen, wird diese Altersgruppe in der Auswertung der Meldedaten ab diesem Bericht mitbetrachtet. Eine Anpassung der Altersgruppen für die syndromischen Daten ist aus technischen Gründen nicht möglich.

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 31.12.2019

2.3 Angaben zur Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen aus dem GrippeWeb

2.3.1 Hintergrund

Mit dem GrippeWeb-Portal (grippeweb.rki.de) werden Informationen zu neu aufgetretenen akuten Atemwegserkrankungen (akute respiratorische Erkrankungen (ARE)) in der Bevölkerung in Deutschland erfasst. Die Informationen 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 [1].

2.3.2 Aktuelles Bild

Die ARE-Inzidenz der 0- bis 5-Jährigen nahm ab Kalenderwoche (KW) 8 abrupt ab und lag seit KW 10 unter dem Niveau des Vorjahres. In KW 17 erreichten die Kinder im Alter von 0 bis 5 Jahren einen Tiefstwert von rund 1.000 ARE/100.000 Kinder (s. Abbildung 9). Das entspricht rund 47.000 in KW17 neu aufgetretenen akuten Atemwegserkrankungen, bezogen auf die Bevölkerung in dieser Altersgruppe. Im Vergleich dazu lag der Wert im Vorjahr zu diesem Zeitpunkt bei rund 7.000 ARE/100.000 Kinder (ca. 326.000 ARE). In den anderen Altersgruppen (6-10 Jahre, 11-14 Jahre, 15 Jahre und älter) war die ARE-Inzidenz ebenso seit KW 10 zurückgegangen. Bis zur KW 23 lagen die ARE-Inzidenzen aller Altersgruppen auf einem niedrigen Niveau. Ab KW 24 ist ein kontinuierlicher Anstieg der ARE-Inzidenz zu beobachten. In den sechs Wochen von KW 24 bis KW 29 bewegte sich die ARE-Inzidenz aller Altersgruppen von den sehr niedrigen Niveaus wieder in etwa auf ihrem üblichen Niveau, ähnlich wie im Vorjahr. Den stärksten Anstieg hatten die 0- bis 5-Jährigen, die in KW 29 einen Wert von rund 9.500 ARE/100.000 Kinder (ca. 450.000 ARE) erreichten. Von KW 29 bis KW 36 war in allen vier Altersgruppen eine jahreszeitlich typische Dynamik zu beobachten, mit einem Tiefpunkt in KW 32, gefolgt von einem Anstieg. Interessant ist, dass der in den Vorjahren ab KW 36 zu beobachtende weitere Anstieg nicht auftritt. Für KW 42 werden rund 487.000 neu aufgetretene ARE bei Kindern im Alter von 0 bis 5 Jahren geschätzt (10.300 ARE/100.000 Kinder), von denen etwa eins von acht Kindern, also ca. 59.000 Kinder, ärztlichem Personal wegen der ARE vorgestellt wurden.

Ab KW 11 wurden große Veranstaltungen abgesagt, im Laufe von KW 12 schlossen Kitas und viele Kindertagespflegestellen sowie Schulen. Nach KW 20 führten vereinzelte Bundesländer einen eingeschränkten Regelbetrieb in der Kindertagesbetreuung ein. Seit KW 25 gingen vereinzelte Bundesländer zum vollständigen KiTa-Regelbetrieb (unter Pandemiebedingungen) über. Ab KW 36 wurde der vollständige Regelbetrieb (unter Pandemiebedingungen) in allen Bundesländern umgesetzt. Allerdings lassen die Ergebnisse es nicht zu, von einem kausalen Zusammenhang zwischen Aufnahme des Regelbetriebes und dem Anstieg der ARE-Inzidenz bei den 0- bis 5-Jährigen zu schließen.

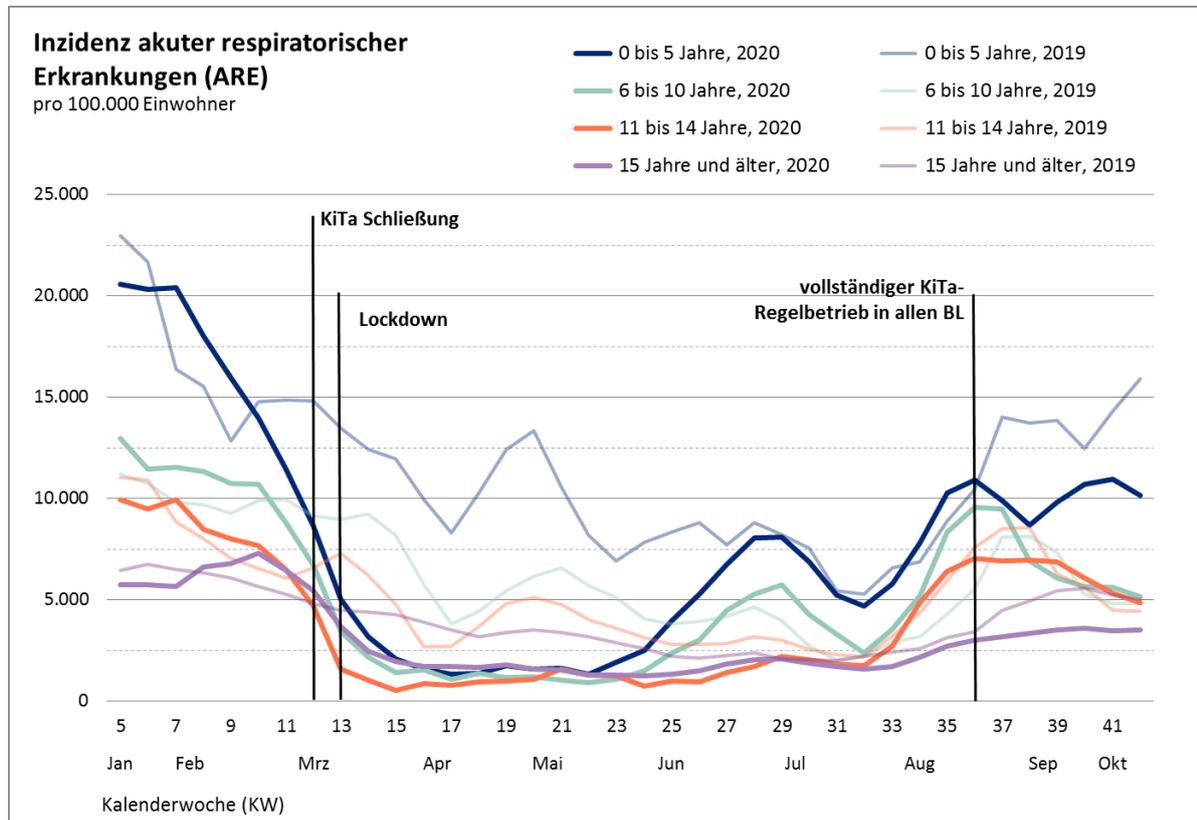


Abbildung 9: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten Inzidenzen akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) im zeitlichen Verlauf nach Kalenderwoche und nach Altersgruppe (Anzahl ARE pro 100.000 Einwohner) für die Jahre 2019 und 2020. Es wurde jeweils ein gleitender 3-Wochen-Mittelwert verwendet. Als besondere Ereignisse sind der Beginn der Schließungen von KiTa und Schulen (ab 16.03.2020; KW 12), der „Lockdown“ (d. h. bundesweite Kontaktbeschränkungen; ab 23.03.2020; KW 13) und der Zeitpunkt des vollständigen Regelbetriebs (unter Pandemiebedingungen) in allen Bundesländern (ab KW 36; vereinzelte Bundesländer nahmen bereits seit KW 25 den vollständigen Regelbetrieb auf) eingezeichnet.

2.4 Meldungen des Sentinels zur elektronischen Erfassung von Diagnosecodes akuter respiratorischer Erkrankungen (SEEDARE)

2.4.1 Hintergrund

An der syndromischen Überwachung der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI; [influenza.rki.de](https://www.influenza.rki.de)) haben sich in der Saison 2019/20 bisher rund 700 repräsentativ über Deutschland verteilte Praxen aus der Primärversorgung (Haus- und Kinderarztpraxen) mit mindestens einer Wochenmeldung aktiv beteiligt, davon haben rund 375 Praxen Daten zur Gesamtzahl an Arztkonsultationen sowie zur Anzahl an PatientInnen mit akuten Atemwegserkrankungen (ARE) über den elektronischen Meldeweg (SEED^{ARE}) an das RKI gesendet. Die Daten werden in den Arzteinformationssystemen erfasst und durch die

SentinelärztInnen 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 [2].

2.4.2 Aktuelles Bild

Die ARE-Konsultationsinzidenz ist seit KW 11/12 in allen Altersgruppen gesunken, wobei der stärkste Rückgang bei den Kindern im Alter von 0 bis 5 Jahren zu erkennen ist (s. Abbildung 10). In KW 16 erreichten die 0- bis 5-Jährigen einen sehr niedrigen Wert von rund 600 Arztkonsultationen pro 100.000 Kinder. Bezogen auf die Bevölkerung in dieser Altersgruppe entspricht das rund 28.000 Arztbesuchen wegen ARE. Im Vorjahr lag der Wert zu diesem Zeitpunkt bei rund 3.000 Arztkonsultationen pro 100.000 Kinder (ca. 140.000 Arztbesuche). Seitdem befanden sich die Werte der ARE-Konsultationsinzidenz in allen Altersgruppen bis zur KW 23 auf einem ähnlich niedrigen Niveau. Bei den 0- bis 5-Jährigen sowie bei den 6- bis 10-Jährigen ist der Wert seit KW 24 wieder angestiegen und befand sich seit KW 26 über dem Niveau des Vorjahres. Ab KW 33 war auch der Wert der 11- bis 14-Jährigen höher als im Vergleich zum Vorjahr. Seit Mitte September (KW 38) befinden sich die Werte der jüngsten Altersgruppe auf einem etwa ähnlichen Niveau wie 2019. Die Werte bei den 6- bis 10-Jährigen sowie bei den 11- bis 14-Jährigen befinden sich weiterhin über den Werten des Vorjahres, mit abnehmendem Trend in den letzten Wochen. Die Kurve mit den Werten der ältesten Altersgruppe verläuft seit KW 16 ähnlich der des Vorjahres auf einem niedrigen Niveau. In KW 42 beträgt die ARE-Konsultationsinzidenz bei den 0- bis 5-Jährigen rund 3.800 Arztkonsultationen/100.000 Kinder (ca. 180.000 Arztbesuche).

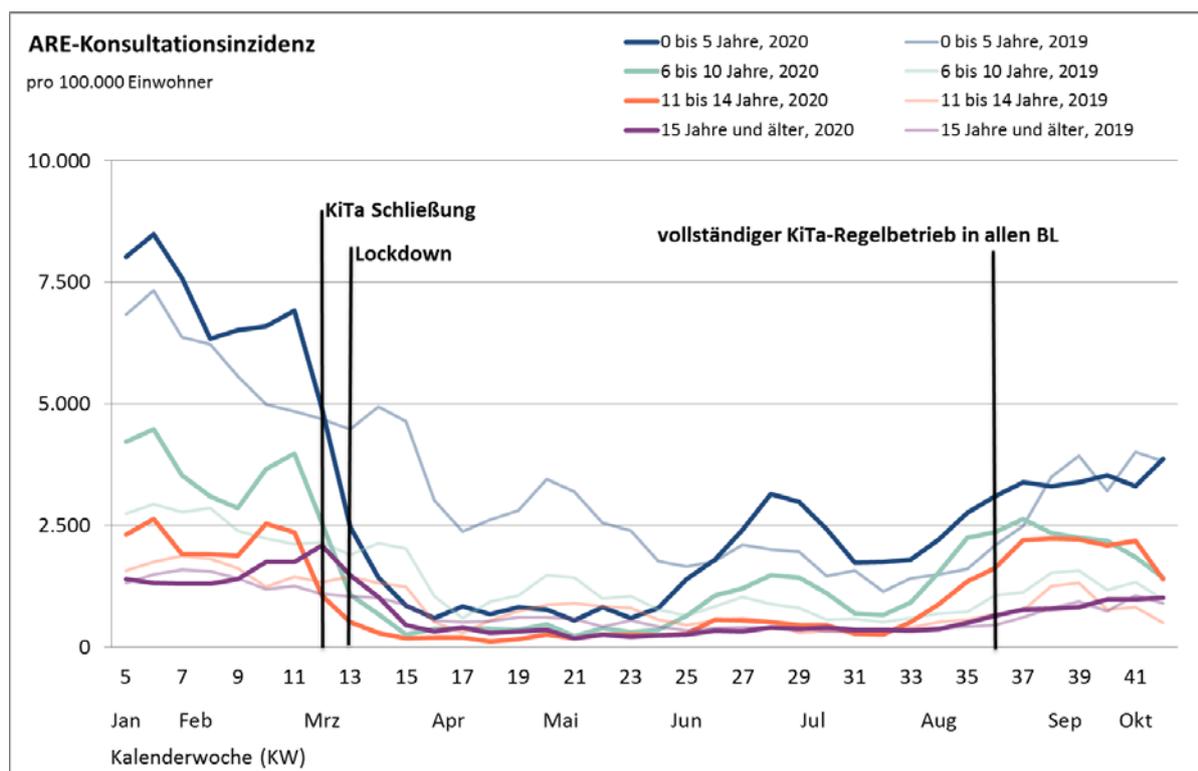


Abbildung 10: Anzahl der Konsultationen mit Diagnosecodes J00 – J22, J44.0 und B34.9 (Akute Infektionen der Atemwege) nach Kalenderwoche und nach Altersgruppe pro 100.000 Einwohner für die Jahre 2019 und 2020. Als besondere Ereignisse sind der Beginn der Schließungen von KiTa und Schulen (ab 16.03.2020; KW 12), der „Lockdown“ (bundesweite Kontaktbeschränkungen; ab 23.03.2020; KW 13) und der Zeitpunkt des vollständigen Regelbetriebs (unter Pandemiebedingungen) in allen Bundesländern (ab KW 36; vereinzelte Bundesländer nahmen bereits seit KW 25 den vollständigen Regelbetrieb auf) eingezeichnet.

2.5 Übermittelte Fälle von COVID-19 gemäß Infektionsschutzgesetz (Meldedaten)

2.5.1 Hintergrund

Gemäß Infektionsschutzgesetz werden Verdachts-, Erkrankungs- und Todesfälle sowie labordiagnostische Nachweise einer SARS-CoV-2-Infektion (COVID-19) an die Gesundheitsämter gemeldet, welche ggf. zusätzliche Informationen ermitteln. Diese Daten werden elektronisch an die zuständige Landesgesundheitsbehörde und von dort an das Robert Koch-Institut (RKI) übermittelt. Das RKI veröffentlicht nur COVID-19-Fälle, bei denen ein labordiagnostischer Nachweis unabhängig vom klinischen Bild vorliegt. In Einklang mit den internationalen Standards der WHO [3] und des ECDC [4] wertet das RKI alle labordiagnostischen Nachweise von SARS-CoV-2 unabhängig vom Vorhandensein oder der Ausprägung der klinischen Symptomatik als COVID-19-Fälle. Entsprechend sind unter „COVID-19-Fälle“ sowohl akute SARS-CoV-2-Infektionen als auch COVID-19-Erkrankungen zusammengefasst. Die Daten werden am RKI einmal täglich um 0:00 Uhr aus der elektronischen Datenbank (SurvNet) ausgelesen. Nach einer Erkrankung kann es durch die Zeit bis zur Testung, dem Testergebnis, der Dateneingabe und der Datenübermittlung zu einem Zeitverzug bis zur Veröffentlichung durch das RKI kommen. Täglich aktualisierte Lage-/Situationsberichte zu COVID-19 werden auf der RKI-Webseite zur Verfügung gestellt [5]. Dargestellt werden üblicherweise die Anzahl der Fälle nach Erkrankungswoche oder – bei fehlender Erkrankungswoche – nach der Meldewoche.

2.5.2 Aktuelles Bild

Bis zum 19.10.2020 wurden 8.238 laborbestätigte COVID-19-Fälle im Alter von 0 bis 5 Jahren an das RKI übermittelt. Von allen übermittelten Fällen beträgt der Anteil in dieser Altersgruppe (0–5 Jahre) 2,3% (Bevölkerungsanteil: 5,7%).

Der zeitliche Verlauf an neu übermittelten COVID-19-Fällen nach Altersgruppe in Abbildung 11 zeigt, dass alle vier untersuchten Altersgruppen (0-5 Jahre, 6-10 Jahre, 11-14 Jahre und 15-20 Jahre) einen ersten Höhepunkt an neu übermittelten Fällen zur Zeit des bundesweiten Lockdown hatten (KW 12 bis KW 14). Zu dieser Zeit wurden zwischen 250 und 300 neue Fälle pro Woche in den drei jüngeren Altersgruppen gemeldet. Die Inzidenz bei den 0- bis 5-Jährigen betrug 6,0 Fälle/100.000 Einwohner (KW 13), die der 6- bis 10-Jährigen betrug 7,0 Fälle/100.000 Einwohner (KW 14) und bei den 11- bis 14-Jährigen lag die Inzidenz bei 10,0 Fälle/100.000 Einwohner (KW 12). Die 15- bis 20-Jährigen hatten ihren ersten Höhepunkt an neuen Fällen in KW 14 mit 1.260 Fällen, das einer Inzidenz von 26 Fällen/100.000 Einwohnern entspricht. Im Vergleich dazu wurden in KW 12 rund 31.000 Fälle im Alter von 21 Jahren und älter gemeldet (46 Fälle/100.000 Einwohner). Ab KW 14 nahmen die Fallzahlen aller vier Altersgruppen ab. Bei den unter 15-Jährigen bewegten sich die Fallzahlen von KW 16 (Mitte April) bis KW 30 (Ende Juli) bei unter 200 neuen Fällen pro Woche. Danach ist ein kontinuierlicher Anstieg der Fallzahlen in den Altersgruppen zu beobachten. Bei den unter 15-Jährigen werden seit KW 33 (Mitte August) höhere Fallzahlen pro Woche verzeichnet als im Frühjahr. Die Anzahl neuer 15- bis 20-jähriger Fälle pro Woche ist seit KW 38 höher als zur Zeit des Lockdown. Der Anstieg aller Altersgruppen ab KW 28 könnte mit den beginnenden Sommerferien zusammenhängen und der damit verbundenen vermehrten Testung von Reiserückkehrern. Seit KW 39/40 ist ein rascherer Anstieg der COVID-19-Fallzahlen in allen vier Altersgruppen zu erkennen, der mit dem allgemeinen Anstieg des Infektionsgeschehens in der Gesamtbevölkerung zusammenhängt. In KW 42 wurden 842 Fälle im Alter von 0 bis 5 Jahren (18 Fälle/100.000), 822 Fälle im Alter von 6 bis 10 Jahren (22 Fälle/100.000), 1.047 Fälle im Alter von 11 bis 14 Jahren (35 Fälle/100.000) und 2.702 Fälle im Alter von 15 bis 20 Jahren (56 Fälle/100.000) gemeldet. Die Altersgruppe der über-21-Jährigen verzeichnete in KW 42 rund 24.000 neue Fälle (36 Fälle/100.000) und liegt somit unter ihrem ersten Höhepunkt an neuen Fällen von KW 12. Im Vergleich zum Frühjahr verbuchen die 11- bis 14-Jährigen den stärksten Zuwachs an neuen Fällen pro Woche. In KW 42 wurden 3,5-mal so viele Fälle als im März gemeldet. Die Zahl der 0- bis 5-Jährigen und der 6- bis

10-Jährigen hat sich im Vergleich zu ihrem ersten Höhepunkt an neuen Fällen in der aktuellen Berichtswoche verdreifacht. Bei den 15- bis 20-Jährigen wurden doppelt so viele Fälle als zum Höhepunkt im Frühjahr übermittelt.

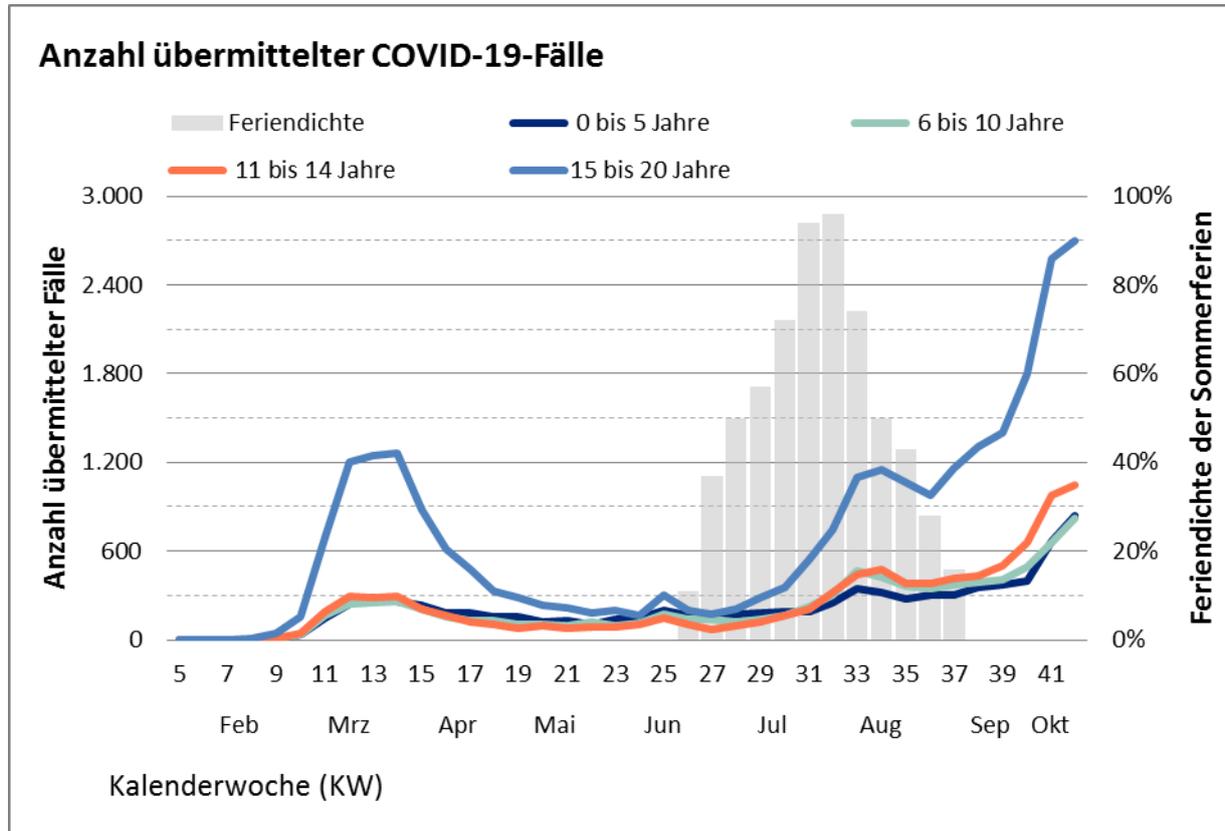


Abbildung 11: Anzahl der übermittelten COVID-19-Fälle nach Altersgruppe und Kalenderwoche (Erkrankungswoche, ersatzweise Meldewoche; Datenstand: 19.10.2020, 0:00). Die eingezeichnete Feriendichte gibt den Bevölkerungsanteil an, der zur jeweiligen Kalenderwoche Sommerschulferien hatte.

Im Verhältnis zur Gesamtzahl an gemeldeten Fällen nahmen die Fälle in den vier Altersgruppen seit KW 11/12 kontinuierlich zu. Der Anteil an 0- bis 5-jährigen Fällen lag in nur drei Wochen (KW 23, 27 und 28; Juni und Juli) leicht über dem Anteil, den diese Altersgruppe in der Bevölkerung ausmacht (Bevölkerungsanteil: 5,7%, s. Abbildung 12). In KW 24 bis KW 27 wirkt sich auf die Anteile der Altersgruppen bei den Kindern aus, dass in diesen Wochen große Ausbrüche bei den Erwachsenen auftraten, sodass – obwohl z.B. in KW 25 ein leichter Anstieg in der Gesamtzahl der Altersgruppen der Kinder übermittelt wurde, ihr Anteil an allen Fällen abnahm. Seit KW 28 nimmt der Anteil an Fällen im Alter von 0 bis 5 Jahren wieder kontinuierlich ab und liegt deutlich unter dem Bevölkerungsanteil. Die COVID-19-Fälle im Alter von 6 bis 10 Jahren erreichten von KW 22 bis KW 34 (Ende Mai bis Mitte August) in etwa ihren Bevölkerungsanteil (4,4%), mit einzelnen Spitzen nach oben. Die 11- bis 14-jährigen COVID-19-Fälle erreichten in KW 23 ihren Bevölkerungsanteil (3,6%) und liegen seit KW 28 darüber. Die 15- bis 20-jährigen überschritten ihren Anteil an der Gesamtbevölkerung (5,8%) seit KW 21. Mit Beginn der Sommerferien nahm der Anteil der 15- bis 20-Jährigen rascher zu und erreichte in KW 33 ein Maximum von 13%. Ihr Anteil sowie der Anteil der 6- bis 14-Jährigen sinken seit KW 33 analog zur abnehmenden Feriendichte wieder. Aktuell (KW 42) sind 2,9% der COVID-19-Fälle 0 bis 5 Jahre alt, 2,8% sind im Alter von 6 bis 10 Jahren, 3,6% sind 11 bis 14 Jahre alt und 9,2% sind im Alter von 15 bis 20 Jahren. Bei den zwei jüngeren Altersgruppen ist der Anteil der COVID-19-Fälle an allen Meldedefällen geringer als der Anteil an der Gesamtbevölkerung. Der Anteil der Fälle im Alter von 11 bis 14 Jahren entspricht dem Anteil der Altersgruppe an der Gesamtbevölkerung und der Anteil der Fälle im Alter von 15 bis 20 Jahren befindet sich seit KW 21 über dem Bevölkerungsanteil. Dies ist u.a. Ausdruck der Entwicklung,

dass in den letzten Wochen vor allem Fälle bei den älteren Jugendlichen und jüngeren Erwachsenen übermittelt wurden.

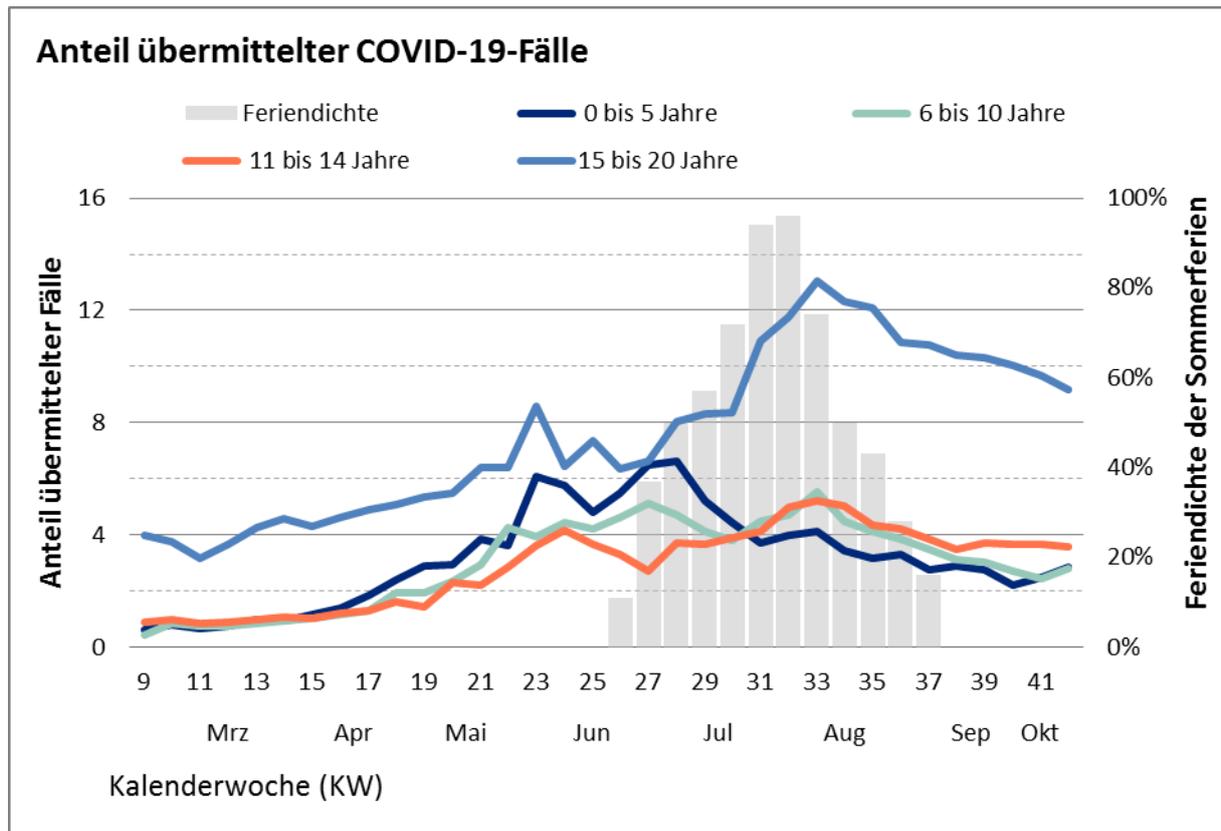


Abbildung 12: Darstellung des Anteils der übermittelten COVID-19-Fälle nach Altersgruppe und Kalenderwoche (Erkrankungswoche, ersatzweise Meldeweche). Aufgrund der geringen Fallzahlen zu Beginn wird der Anteil erst ab KW 9 dargestellt (Datenstand: 19.10.2020, 0:00). Die eingezeichnete Feriendichte gibt den Bevölkerungsanteil an, der zur jeweiligen Kalenderwoche Sommerschulferien hatte.

2.5.3 Symptome bei Kindern

Bis zum 19.10.2020 wurden für 69% der Fälle im Alter von 0 bis 5 Jahren klinische Informationen übermittelt. Der Anteil bei den 6- bis 10-Jährigen und bei den 11- bis 14-Jährigen ist vergleichbar hoch und beträgt 67% bzw. 68%. Für 43% der 0- bis 5-Jährigen mit vorhandenen klinischen Informationen wurden keine Symptome angegeben bzw. wurde die Angabe gemacht, dass sie keine Symptomatik haben, die für die gemeldete Erkrankung bedeutsam ist.² Bei 57% der Kinder im Alter von 0 bis 5 Jahren wurde mindestens ein Symptom angegeben. Zu den häufigsten Symptomen bei den 0- bis 5-Jährigen, 6- bis 10-Jährigen und 11- bis 14-Jährigen zählen Fieber, Husten, Schnupfen, „Allgemeine Symptome“³ und

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

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

Halsschmerzen. Während zu Beginn der Pandemie für ein Viertel der Kinder mit klinischen Informationen im Alter von 0 bis 5 Jahren keine Symptome angegeben wurden (KW 10 bis 21), erhöhte sich deren Anteil auf rund 53% (KW 31 bis 42). Dies steht möglicherweise mit einer vermehrten Testung asymptomatische Kinder in Zusammenhang, z.B. im Rahmen von Reihentestungen.

Auf die tabellarische Darstellung der Häufigkeitsverteilung der Symptome wird in diesem Bericht verzichtet, da sich die Anteile nicht sehr verändert haben. Die Verteilung der Symptome nach Altersgruppen kann dem KiTa Quartalsbericht August entnommen werden (verfügbar unter: https://corona-kita-studie.de/downloads/Corona-KiTa-Quartalsbericht_III-2020.pdf).

2.5.4 Betreuung in Einrichtungen nach § 33 IfSG

Gemäß Infektionsschutzgesetz (IfSG) kann für die COVID-19-Fälle übermittelt werden, ob sie in einer für den Infektionsschutz relevanten Einrichtung betreut, untergebracht oder tätig sind. Einrichtungen wie Kindertageseinrichtungen, Horte, Schulen, Heime und Ferienlager werden nach § 33 IfSG erfasst.⁴

Unter den 6.592 übermittelten COVID-19-Fällen im Alter von 1 bis 5 Jahren wurden bisher für 4.330 Fälle (66%) plausible Angaben⁵ übermittelt, ob sie in einer relevanten Einrichtung betreut oder untergebracht wurden. Bis zur KW 42 wurde bei 1.686 Fällen (39%) die Angabe gemacht, dass sie in einer Einrichtung gemäß § 33 IfSG betreut wurden. In KW 42 beträgt der Anteil bei den 3- bis 5-Jährigen 57% und bei den 1- bis 2-Jährigen 42%. Es ist jedoch unbekannt, wie hoch der Anteil derer ist, die sich auch in dieser Einrichtung angesteckt haben.

2.5.5 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 Haushalt)⁶ 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 19.10.2020 wurden bis einschließlich KW 41⁷ insgesamt 108 Ausbrüche mit Infektionsumfeld „Kindergarten, Hort“ an das RKI übermittelt, denen 538 Fälle zugeordnet wurden. Der erste Ausbruch wurde in KW 8 mit 6 Fällen berichtet, als die Kitas noch im normalen Regelbetrieb waren (s. Abbildung 13). In KW 10 gab es einen Höhepunkt an übermittelten Fällen (n=33), die in einem Zusammenhang mit zwei Kita/Hort-Ausbrüchen standen. Einer der beiden Ausbrüche umfasste 29 Fälle, bei dem eine Erzieherin der Fall mit dem frühesten Symptombeginn, also vermutlich der Primärfall, war. Insgesamt wurden bis zur KiTa-Schließung in KW 12 6 Kita/Hort-Ausbrüche übermittelt. Während der Zeit der Notbetreuung von KW 13 bis KW 19 wurden 8 Ausbrüche berichtet. Bis auf einen Ausbruch in

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

5 Kinder mit der Angabe, dass sie in einer Einrichtung gemäß § 23, § 36 oder § 42 IfSG tätig waren, wurden in dieser Auswertung nicht berücksichtigt (n=45). Für 2.217 (34%) Kinder liegen keine Angaben vor.

6 Eine Auswertung aller erfassten COVID-19-Ausbrüche wurde im Epidemiologischen Bulletin publiziert [6], verfügbar unter: <https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2020/38/Tabelle.html?nn=2371176>.

7 Aufgrund des Meldeverzugs von Ausbrüchen, wird der zeitliche Verlauf der Ausbrüche nur bis einschließlich KW 41 dargestellt.

KW 17 mit 13 Fällen, waren dies kleinere Geschehen mit durchschnittlich 3 Fällen pro Ausbruch. Nach der Einführung des eingeschränkten Kita-Regelbetriebs in vereinzelt Bundesländern (KW 20) stieg die Anzahl der Ausbrüche pro Woche seit KW 22 (Ende Mai) an. Mit Ausnahme von KW 27 und KW 33, in denen keine Ausbrüche übermittelt wurden, lag die Anzahl der Kita/Hort-Ausbrüche bis zur KW 35 (Ende August) bei rund 3 Ausbrüchen pro Woche. Seit Anfang September (KW 36) sind alle Bundesländer zum vollständigen Regelbetrieb (unter Pandemiebedingungen) in der Kindertagesbetreuung übergegangen. Seitdem gab es einen Anstieg an gemeldeten Kita-/Hort-Ausbrüchen. Im Durchschnitt wurden 9 Ausbrüche pro Woche übermittelt, wobei es in KW 41 (Anfang Oktober) die höchste Anzahl mit insgesamt 20 neuen Ausbrüchen und 114 registrierten Fällen gab. In der letzten Berichtswoche (KW 41) wurden im Mittel (Median) 4 Fälle pro Ausbruch gemeldet. Rund ein Drittel der Fälle in KW 41 waren Kinder im Alter von 0 bis 5 Jahren und rund zwei Drittel waren 15 Jahre oder älter. Der Anstieg der Kita/Hort-Ausbrüche seit Mitte/Ende August könnte mit dem Ende der Sommerferien und der damit verbundenen höheren Inanspruchnahme der Kindertagesbetreuung zusammenhängen. Seit Ende August (KW 36) waren die Schulferien in 14 Bundesländern (bei ca. 78% der Einwohner) und zwei Wochen später in allen Bundesländern zu Ende. Die Daten des KiTa-Registers (siehe Seiten 5 ff.) zeigen, dass die Quote der Inanspruchnahme der Kinderbetreuung bis Anfang Oktober (KW 41) kontinuierlich auf 85% zugenommen hat. Zudem werden aufgrund des ansteigenden Infektionsgeschehens in der Gesamtbevölkerung, vermutlich auch mehr Infektionen in die Kita getragen.

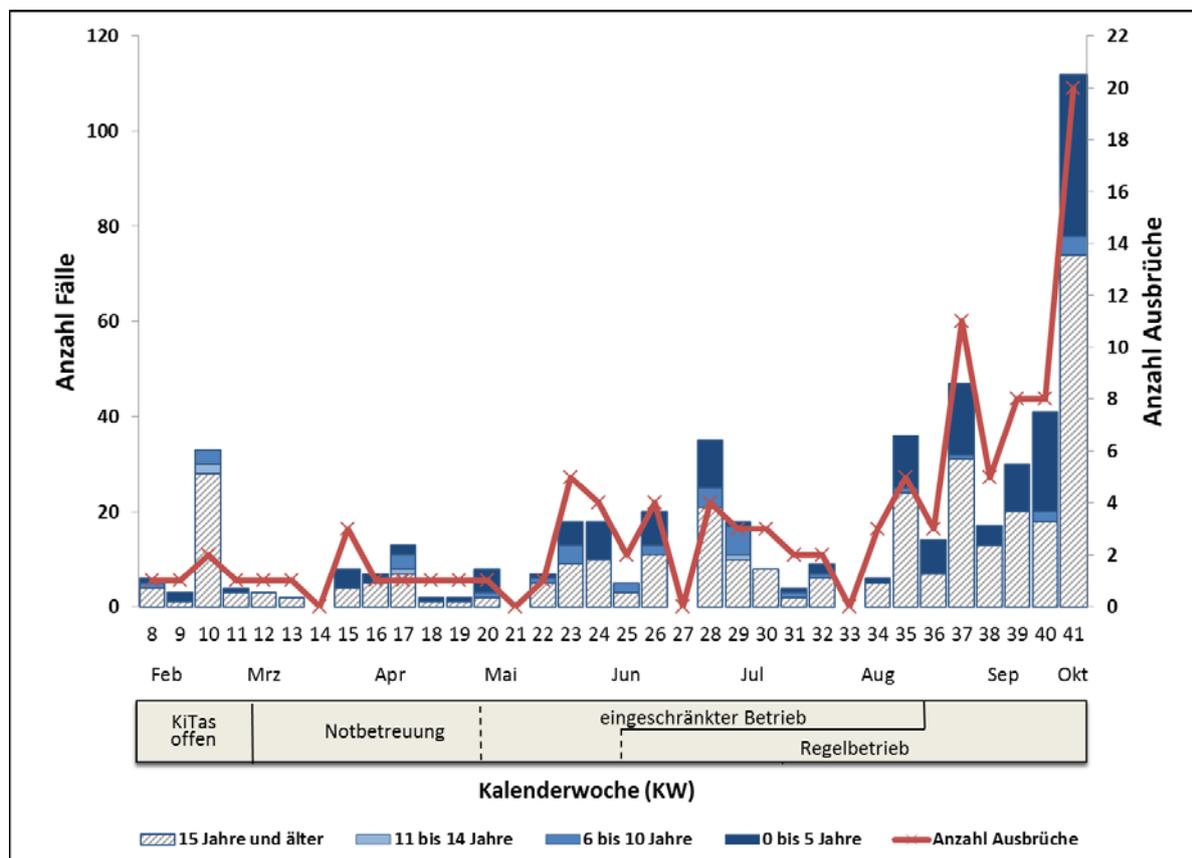


Abbildung 13: Anzahl der übermittelten COVID-19-Ausbrüche mit Infektionsumfeld "Kindergarten, Hort" (n=108) nach Kalenderwoche (Erkrankungswoche, ersatzweise Meldeweche) und Anzahl der Fälle nach Altersgruppe (Datenstand: 19.10.2020, 0:00 Uhr).

Den größten Anteil der insgesamt 538 Fälle machen die Fälle im Alter von 15 Jahren und älter mit 338 Fällen (63%) aus. Inwieweit es sich bei der ältesten Altersgruppe um ErzieherInnen oder andere Personen (z.B. Eltern) handelt, kann nicht differenziert werden. Rund ein Drittel der Fälle waren im Alter

von 0 bis 5 Jahren (n=157). Bei den 6- bis 10-Jährigen wurden 37 Fälle (7%) und bei den 11- bis 14-Jährigen wurden 4 Fälle (1%) einem Kita/Hort-Ausbruch zugeordnet.

Von den insgesamt 108 übermittelten Kita/Hort-Ausbrüchen wurden in 26 Ausbrüchen (24%) nur Fälle im Alter von 15 Jahren und älter berichtet. Es gab 6 Ausbrüche, denen nur Kinder im Alter von 0 bis 10 Jahren zugeordnet wurden. Diese 6 Ausbrüche fanden in den letzten Wochen statt. Möglicherweise kann es hier noch zu Nachmeldungen kommen. Bei 7 der 108 Kita/Hort-Ausbrüche wurden Fälle im Alter von 6 bis 10 Jahren oder im Alter von 11 bis 14 Jahren, jedoch keine Fälle im Alter von 0 bis 5 Jahren, berichtet. Aufgrund der Altersstruktur dieser 7 Ausbrüche, könnte es sich um Ausbruchsgeschehen in Horten handeln. Fälle im Alter von 0 bis 5 Jahren wurden in 75 der insgesamt 108 Ausbrüche übermittelt. In diesen 75 Ausbrüchen waren 157 der insgesamt 417 Fälle (38%) im Alter von 0 bis 5 Jahren. Im Durchschnitt traten jeweils 2 Fälle aus der jüngsten Altersgruppe pro Ausbruch (n=75) auf. Die höchste Anzahl an 0- bis 5-jährigen Fällen in einem Kita/Hort-Ausbruch lag bei 8 Fällen in KW 41.

Trotz des Anstiegs an Kita/Hort-Ausbrüchen in den letzten Wochen, machen sie nur einen Anteil von 3,6% aller gemeldeter Ausbrüche aus, in denen Kinder im Alter von 0 bis 5 Jahre übermittelt wurden. Die Altersstruktur zeigt, dass mehrheitlich Fälle im Alter von 15 Jahren und älter (rund zwei Drittel) im Rahmen von Kita/Hort-Ausbrüchen gemeldet werden.

2.6 Ergebnisse der laborbasierten SARS-CoV-2 Surveillance

2.6.1 Hintergrund

Mit Datenstand 20.10.2020 beteiligen sich an der laborbasierten Surveillance SARS-CoV-2 (eine Erweiterung der Antibiotika-Resistenz-Surveillance (ARS) am RKI) 72 Labore, die Daten seit dem 01.01.2020 zu SARS-CoV-2-Testungen an das RKI übermitteln. Es handelt sich bei den Daten um eine Stichprobe von Laboren, die freiwillig an der Surveillance teilnehmen. Die Anzahl der Tests ist nicht bezogen auf die Anzahl der getesteten Personen, d. h. es können auch mehrere Tests pro Person eingehen. Tendenziell sind Krankenhauslabore gegenüber den niedergelassenen Laboren unterrepräsentiert; dies betrifft insbesondere Untersuchungen, die in Laboren von Krankenhäusern der Maximalversorgung durchgeführt werden. Weiterführende Informationen und ein ausführlicher wöchentlicher Bericht zu der laborbasierten Surveillance SARS-CoV-2 sind unter <https://ars.rki.de/Content/COVID19/Main.aspx> zu finden.

2.6.2 Aktuelles Bild

Mit Datenstand 20.10.2020 wurden insgesamt 305.282 Testungen in der Altersgruppe der 0- bis 5-Jährigen übermittelt. Nach einem anfänglich nur leichten Anstieg der SARS-CoV-2-Testungen in den Altersgruppen, stieg die Anzahl seit KW 24 in allen drei Altersgruppen stärker an (s. Abbildung 14). Der Anstieg steht im Zusammenhang mit der Teststrategie SARS-CoV-2, in der u.a. Reihentestungen von asymptomatischen Kontaktpersonen bei bestimmten Ausbrüchen und bei Einreisenden angeordnet wurden [7]. Die ersten Schulöffnungen Mitte Mai (KW 20) und die beginnenden Schulferien in einzelnen Bundesländern Ende Juni (KW 26) könnten mit dem Anstieg der SARS-CoV-2-PCR-Testungen zusammenhängen. Ebenso könnte der Anstieg seit KW 31 (Ende August) auf das Ende der Sommerferien in den meisten Bundesländern und auf Reiserückkehrer zurückgeführt werden. Während die Anzahl an Testungen stieg, blieb der Anteil an positiven SARS-CoV-2-PCR-Testungen in dieser Zeit und darüber hinaus (KW 21 bis KW 41) relativ stabil und bei unter 2% (s. Abbildung 15). Der Anstieg der Fallzahlen bei Kindern und Jugendlichen Anfang August (s. Abbildung 11) bei weitgehend konstantem Positivenanteil, könnte mit der Ausweitung der Testung und der Identifizierung vorher unentdeckter COVID-19-Infektionen erklärt werden. Seit Mitte September (KW 38) ist ein erhöhtes Infektionsaufkommen bei Kindern und Jugendlichen zu beobachten. Die Anzahl an Testungen pro Woche blieb dagegen in den letzten Wochen relativ stabil (s. Abbildung 14). Das bedeutet, dass die steigenden Infektionszahlen

nicht auf eine steigende Testhäufigkeit zurückgeführt werden können. Der Anstieg der Fallzahlen spiegelt sich bei annähernd konstanter Testhäufigkeit somit auch im Anteil positiver SARS-CoV-2-PCR-Testungen wieder, welcher seit KW 40 ansteigt (s. Abbildung 15). In KW 42 waren bei den unter 15-Jährigen zwischen 2,3 und 3,0% der Testungen positiv. In der aktuellen Berichtswoche wurden rund 14.000 Tests bei Kindern im Alter von 0 bis 5 Jahren (297 Tests/100.000 Einwohner), rund 12.200 Tests bei Kindern im Alter von 6 bis 10 Jahren (332 Tests/100.000 Einwohner) und rund 15.500 Tests bei 11- bis 14-Jährigen (521 Tests/100.000 Einwohner) an das RKI übermittelt. Ein Vergleich der Inzidenzen mit den älteren Altersgruppen kann dem **Wochenbericht der laborbasierten SARS-CoV-2 Surveillance vom 20.10.2020** (s. dort Abbildung 7) entnommen werden. Bei der Interpretation der Inzidenzen ist zu beachten, dass die Daten keine Vollerfassung darstellen und wahrscheinlich jüngere Altersgruppen etwas schwächer repräsentiert sind.

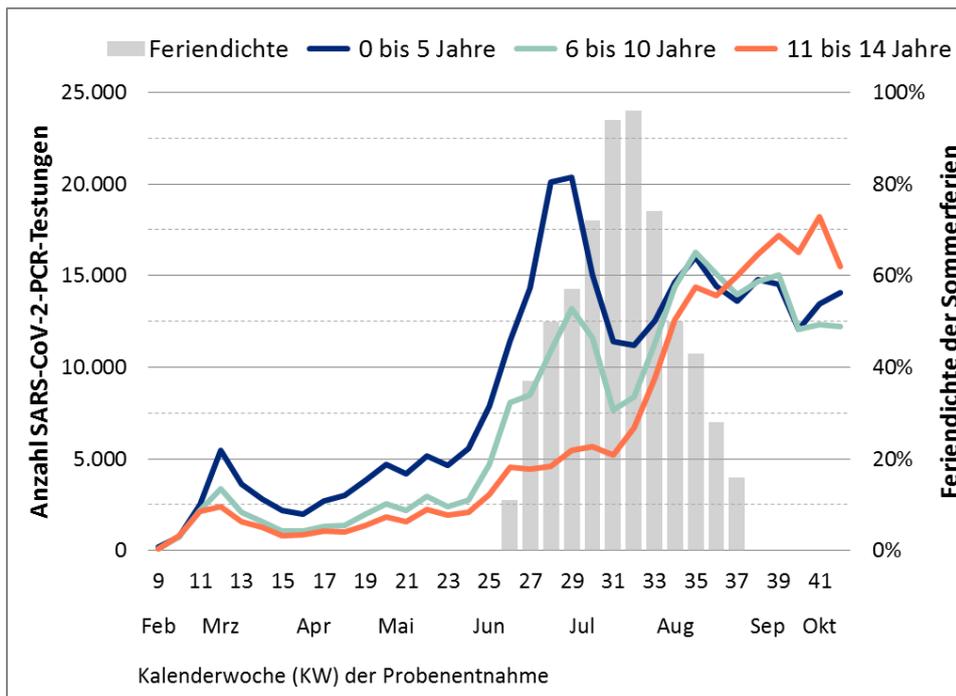


Abbildung 14: Anzahl der SARS-CoV-2-PCR-Testungen nach Altersgruppe und Kalenderwoche der Probenentnahme, laborbasierte Surveillance SARS-CoV-2 (Datenstand 20.10.2020).

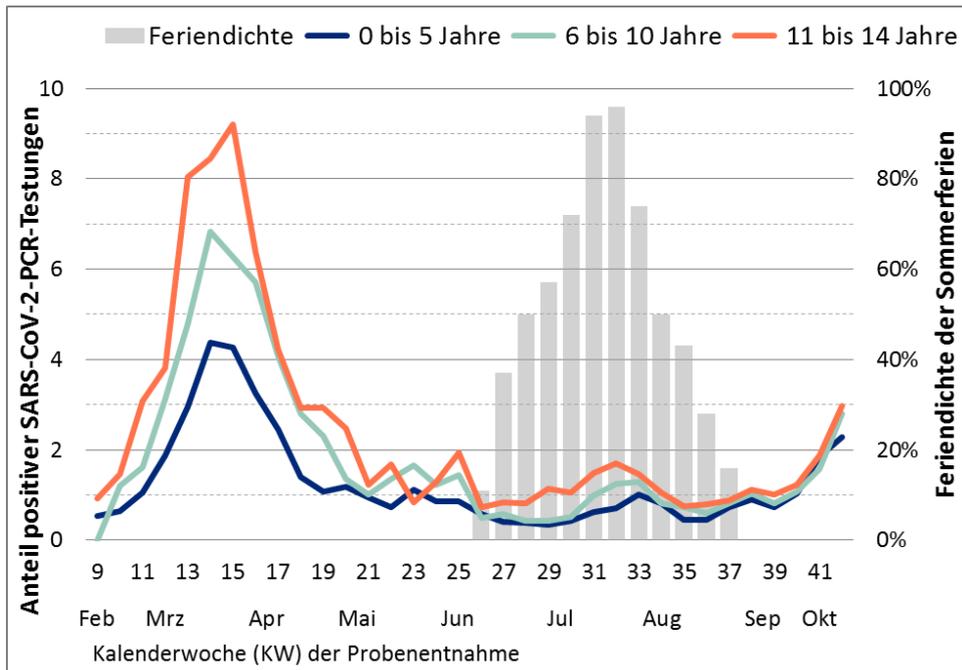


Abbildung 15: Anteil positiver SARS-CoV-2-PCR-Testungen nach Kalenderwoche der Probenentnahme und nach Altersgruppe, laborbasierte Surveillance SARS-CoV-2 (Datenstand 20.10.2020).

Referenzen

- [1] 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)
- [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)
- [3] World Health Organization (WHO). (2020). WHO COVID-19 Case definition. Verfügbar unter: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Surveillance_Case_Definition-2020.1
- [4] European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). (2020). Case definition for coronavirus disease 2019 (COVID-19), as of 29 May 2020. Verfügbar unter: <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/surveillance/case-definition>
- [5] Robert Koch-Institut. (2020). Aktueller Lage-/Situationsbericht des RKI zu COVID-19. Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Gesamt.html
- [6] Buda S, an der Heiden M, Altmann D, Diercke M, Hamouda O, Rexroth U. (2020). Infektionsumfeld von erfassten COVID-19-Ausbrüchen in Deutschland. *Epid Bull*, 2020; 38:3–12. doi:[10.25646/7093](https://doi.org/10.25646/7093)
- [7] Robert Koch-Institut. (2020). Nationale Teststrategie – wer wird in Deutschland getestet? Verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Teststrategie/Nat-Teststrat.html