

Monatsbericht der Corona-KiTa-Studie

Ausgabe 03/2021

April 2021

Veröffentlicht am 07.05.2021

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. Ergebnisse aus der Online-Kurzbefragung „Kinderbetreuung in Deutschland“	6
1.1. Die Betreuungssituation von Kindern im Alter von 0 Jahren bis zum Schuleintritt von November 2020 bis Anfang April 2021	6
1.2. Das erlebte Belastungsniveau von Eltern mit Kindern bis zum Schuleintritt von November 2020 bis Anfang April 2021	7
1.3. Wohlbefinden von Kindern bis zum Schuleintritt von November 2020 bis Anfang April 2021	8
1.4. Umsetzung von Schutz- und Hygienemaßnahmen von Eltern und ihren Kindern von März bis April 2021	9
1.5. Literatur	12
2. Ergebnisse zu den derzeitigen Betreuungskapazitäten anhand des KiTa-Registers	14
2.1. Aktuelles Öffnungsgeschehen in Kindertageseinrichtungen	14
2.2. Anteile betreuter Kinder und Personaleinsatz in den Kindertageseinrichtungen	15
2.3. Aktuelles Öffnungsgeschehen in der Kindertagespflege	18
2.4. Verdachts- und Infektionsfälle sowie pandemiebedingte Schließungen	19
2.5. Umsetzung von Hygiene- und Schutzmaßnahmen in der Kindertagespflege	20
3. Modul COALA: Erfahrungen mit der Probengewinnung in Haushalten sowie vorläufige Ergebnisse zu Übertragungen in Kitas	23
3.1. Probengewinnung bei Teilnehmenden zum Nachweis einer akuten SARS-CoV-2-Infektion: Probenrücklauf nach Hausbesuchen und bei der Selbstbeprobung	23
3.2. Zwischenergebnisse zum Infektionsgeschehen in 19 Kitas	25
3.3. Besuch von Bundesfamilienministerin Giffey und Bundesgesundheitsminister Spahn beim COALA-Team im RKI ..	26
4. Ergebnisse aus den Surveillancesystemen des RKI	28
4.1. Begriffsklärung und Bevölkerungszahlen	28
4.2. Angaben zur Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen aus GrippeWeb	28
4.2.1. Hintergrund	28
4.2.2. Aktuelles Bild	28
4.3. Meldungen des Sentinels zur elektronischen Erfassung von Diagnosecodes akuter respiratorischer Erkrankungen (SEED ^{ARE})	29
4.3.1. Hintergrund	29
4.3.2. Aktuelles Bild	30
4.4. Übermittelte Fälle von COVID-19 gemäß Infektionsschutzgesetz (Meldedaten)	30
4.4.1. Hintergrund	30
4.4.2. Aktuelles Bild	31
4.4.3. COVID-19-Ausbrüche mit Infektionsumfeld Kindergarten, Hort	32
4.5. Ergebnisse der laborbasierten SARS-CoV-2-Surveillance	34
4.5.1. Hintergrund	34
4.5.2. Aktuelles Bild	34
4.6. Literatur	35
5. Vergleich der Kita-Schließungen aus dem KiTa-Register mit den gemeldeten Kita/Hort-Ausbrüchen aus den Meldedaten	36



Highlights

Ergebnisse aus der Online-Kurzbefragung „Kinderbetreuung in Deutschland“

- Die Daten der KiBS-Elternbefragung zeigen, dass der Anteil der Kinder, die ihre Kindertageseinrichtung oder Kindertagespflegestelle besuchen konnten, von Anfang März bis Anfang April 2021 anstieg. Dieser Effekt ist auf die schrittweisen Öffnungen im System der öffentlichen Kindertagesbetreuung zurückzuführen.
- Das erlebte Belastungsniveau der Eltern bleibt weiterhin erhöht. Besonders Eltern, deren Kind zeitweise ganz auf die öffentliche Betreuung verzichten musste, wiesen nach wie vor das höchste Stresslevel auf.
- Trotz minimaler Abnahme des kindlichen Wohlbefindens kommen Kinder aus Sicht ihrer Eltern insgesamt auch weiterhin gut mit der Situation während der Pandemie zurecht.
- Die Umsetzung verschiedener verhaltensbasierter Schutzmaßnahmen im Alltag (wie Abstandhalten, Tragen von Mund-Nasen-Bedeckungen, Einhaltung der Husten- und Nies-Etikette) gelang Eltern im März und April nach eigenen Angaben überwiegend gut. Im Vergleich zu den anderen Maßnahmen empfanden die Eltern das Abstandhalten als am schwierigsten umzusetzen, insbesondere im privaten Bereich. Den Kindern fiel die Umsetzung der Schutzmaßnahmen aus Sicht ihrer Eltern erwartungsgemäß deutlich schwerer als den Eltern, wobei sich erwartbare Altersunterschiede zeigten. Den Kindern ab 3 Jahren und bis zum Schuleintritt gelang die Umsetzung von Schutzmaßnahmen bereits deutlich besser als den Kindern unter 3 Jahren.

Ergebnisse zur derzeitigen Betreuungskapazität aus dem KiTa-Register

- Aufgrund der steigenden Infektionszahlen und der daraufhin ergriffenen Präventionsmaßnahmen mussten die Kindertageseinrichtungen in den meisten Bundesländern im April 2021 ihren Betrieb erneut einschränken. Vom 01.03.2021 bis zum Osterwochenende (02.04.2021) stieg die Zahl der im KiTa-Register gemeldeten verdachts- oder infektionsbedingten Einrichtungsschließungen von 0,6 auf 1,5% und sank anschließend bis KW 15 (12.04.–16.04.2021) auf 0,7%. Die Zahl der Kitas, die verdachts- oder infektionsbedingte Gruppenschließungen berichten, erhöhte sich in der Zeit vom 01.03.–02.04.2021 von 2,4 auf 5,2%, nahm jedoch ebenfalls bis KW 15 auf 4% ab.
- Da viele Kitas wieder zur Notbetreuung zurückkehren mussten, fiel der durchschnittliche Anteil der in Kitas betreuten Kinder von 72% in der dritten Märzwoche bis zum 16.04.2021 auf 68% zurück. In Baden-Württemberg, Brandenburg, Bremen und dem Saarland lagen die Anteile der weitgehend normal ausgelasteten Kitas bei über 60%. Die niedrigste Inanspruchnahmequote wurde mit durchschnittlich 54% in Hamburg registriert.
- Präventions- und Schutzmaßnahmen, eigene familiäre Betreuungsverantwortung, Infektionen und andere pandemiebedingte Ursachenfaktoren schränkten die Verfügbarkeit der pädagogischen Kita-Mitarbeitenden ein. Im April 2021 konnten nur durchschnittlich 76% der pädagogisch Beschäftigten unmittelbar im Kontakt mit Kindern eingesetzt werden.
- In den Kindertagespflegestellen zeigen sich für den aktuellen Berichtszeitraum (KW 12 bis KW 15; 22.03.–16.04.2021) die bisher höchsten Werte der pandemiebedingten Schließungen in diesem Jahr (mit max. ca. 3% in KW 12). Auch die durchschnittlichen Inanspruchnahmequoten befinden sich nach wie vor auf hohem Niveau und führen somit die Auslastungssituation der Vorwochen, die sich dem Regelbetrieb aus der Zeit vor der Pandemie stark annähert, fort.
- Durchschnittlich über 80% der Kindertagespflegestellen setzen das regelmäßige Desinfizieren von Kontaktflächen als Hygiene- und Schutzmaßnahme im pädagogischen Alltag um. Nahezu alle teilnehmenden Kindertagespflegestellen lüften regelmäßig (durchschnittlich 96%). Im Vergleich dazu



werden das regelmäßige Temperaturmessen der zu betreuenden Kinder (mit durchschnittlich rund 20%) sowie die Gruppentrennung in den Großtagespflegestellen (mit durchschnittlich knapp 10%) als Maßnahmen wesentlich geringer umgesetzt.

Ergebnisse aus den Untersuchungen von SARS-CoV-2-Ausbrüchen in Kitas in COALA

- Es fanden mittlerweile Einsätze in 25 Kitas mit einem SARS-CoV-2-Ausbruch verteilt auf neun Bundesländer statt.
- Die Untersuchungen in den Hausbesuchen wurden von den teilnehmenden Familien sehr gut angenommen. Auch die regelmäßige Selbstentnahme von Proben zum SARS-CoV-2-Nachweis über die Zeit funktioniert zuverlässig.
- Erste Auswertungen zeigen, dass die beobachteten Infektionsgeschehen in den untersuchten 19 Kitas sehr unterschiedlich sind. Die Anzahl nachgewiesener sekundärer Infektionen in den Kita-Gruppen reicht von null bis maximal fünf Personen, wobei in den meisten Fällen nur wenige sekundäre Infektionen nachgewiesen wurden.
- Familienministerin Franziska Giffey und Gesundheitsminister Jens Spahn haben das Team der COALA-Studie am 25. März dieses Jahres zu einem Informationsaustausch besucht. Die Ergebnisse der COALA-Studie wurden als wichtig erachtet, um die aktuelle Situation in Kitas besser einschätzen und passende Schutzkonzepte entwickeln zu können.

Ergebnisse aus den Surveillancesystemen des RKI

- Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE) in der Bevölkerung nahm bei den 0- bis 5-Jährigen um Ostern kurzzeitig ab und stieg zuletzt wieder leicht an. Aktuell (KW 15; 12.04.–18.04.2021) wurden wöchentlich rund 303.000 ARE bei der jüngsten Altersgruppe geschätzt. Dieser Wert liegt weiterhin deutlich unter dem Niveau der Jahre vor Beginn der Pandemie, in denen rund doppelt so viele ARE bei 0- bis 5-Jährigen geschätzt wurden.
- Nach einem Osterferienbedingten raschen Rückgang der wöchentlich auf SARS-CoV-2 getesteten Kinder stieg die Anzahl der Testungen wieder an. Beim Anteil der positiv getesteten Kinder und Jugendlichen ist ein deutlicher Unterschied zwischen den Altersgruppen zu erkennen. In KW 15 wurden von den an der laborbasierten SARS-CoV-2-Surveillance teilnehmenden Laboren Daten zu 24.720 getesteten 0- bis 5-Jährigen übermittelt. Von diesen waren 8,3% SARS-CoV-2-positiv. Im Vergleich dazu lag der Positivenanteil bei den 6- bis 10-Jährigen bei 17% und bei den 11- bis 14-Jährigen bei 23%.
- Etwa seit KW 6 (08.02.–14.02.2021) ist die Inzidenz in allen Altersgruppen der Kinder und Jugendlichen rasch angestiegen, zwischenzeitlich nur unterbrochen von den Osterferien, und verläuft parallel mit dem zunehmenden Auftreten der Variante VOC B.1.1.7. Der Anstieg nach Ostern ist dabei besonders bei älteren Kindern und Jugendlichen ausgeprägt und weniger stark bei den 0- bis 5-Jährigen. Aktuell (KW 15) wurden 6.148 Fälle im Alter von 0 bis 5 Jahren übermittelt (130 Fälle/100.000). Ihr Anteil an allen Meldefällen liegt aktuell bei 4,5% und befindet sich damit unter dem Bevölkerungsanteil von 5,7%. Die Inzidenz ist in allen Altersgruppen der unter 21-Jährigen höher als während der zweiten Welle.
- Nach einem raschen Rückgang an übermittelten Kita/Hort-Ausbrüchen aufgrund der Osterferien hat die Zahl der Ausbrüche Anfang April 2021 wieder zugenommen und befindet sich aktuell (KW 15) auf einem ähnlich hohen Niveau wie im Herbst 2020. Aufgrund der steigenden Fallzahlen ist anzunehmen, dass sich dies auch auf die Anzahl an übermittelten Ausbrüchen in Kitas auswirken wird. Zuletzt deutete sich wieder ein ansteigender Trend an.

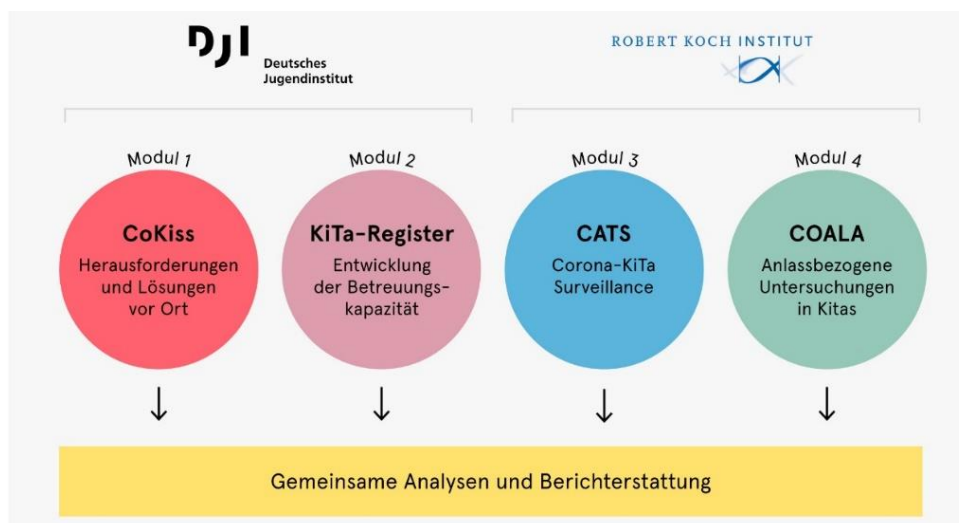
Das Corona-KiTa-Projekt

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. schematische Darstellung der Module). 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.



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*	Teresa Domaszewska	Prof. Dr. Julika Loss*
Jan Degner*	Dr. Franz Neuberger	Andrea Franke	Hanna Perlitz
Dr. Svenja Diefenbacher*	Prof. Dr. Thomas Rauschenbach	Prof. Dr. Walter Haas	Anna Sandoni*
Mariana Grgic	Annemarie Schuldt	Anselm Hornbacher	Dr. Anja Schienkiewitz
Anne-Christine Gruber	Dr. Florian Spensberger*	Dr. Susanne Jordan*	Dr. Livia Schrick
Marion Horn	Dr. Johannes Wieschke	Eveline Otte im Kampe	Gianni Varnaccia*
Prof. Dr. Bernhard Kalicki		Dr. Annett Klingner*	Barbara Wess
PD Dr. Susanne Kuger*		Dr. Ulrike Kubisch	Daniel Wesseler
		Tim Kuttig*	
		Ann-Sophie Lehfeld*	
		Marina M. Lewandowsky	

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



1. Ergebnisse aus der Online-Kurzbefragung „Kinderbetreuung in Deutschland“

1.1. Die Betreuungssituation von Kindern im Alter von 0 Jahren bis zum Schuleintritt von November 2020 bis Anfang April 2021

Wie Abbildung 1² veranschaulicht, unterlag die Betreuungssituation der in der KiBS-Elternbefragung erfassten Kinder im bisherigen Befragungszeitraum deutlichen Schwankungen. Besonders während des dritten Befragungszeitraums von Anfang Januar bis Anfang Februar 2021 (KW 1–5; 04.01.–07.02.2021), der in den zweiten allgemeinen Lockdown fiel, mussten die meisten Eltern bislang auf die öffentliche Betreuung ihres Kindes verzichten. Ab Anfang Februar 2021 spiegeln sich dann in den Elternangaben die langsamen Öffnungsschritte im Feld der Kindertagesbetreuung wider. Von Anfang Februar bis Anfang März 2021 (vierter Erhebungszeitpunkt, KW 6–9; 08.02.–07.03.2021) gingen wieder rund 55% (3.776) der erfassten Kinder in ihre Kindertageseinrichtung oder Kindertagespflegestelle. Im Zeitraum der fünften Elternbefragung von Anfang März bis Anfang April (KW 10–14; 08.03.–11.04.2021) besuchten prozentual gesehen sogar noch einmal mehr Kinder ihre Kindertageseinrichtung oder Kindertagespflegestelle (4.933 Kinder, 88%). Dementsprechend hatte im Zeitraum von Anfang März bis Anfang April 2021 (KW 10–14, fünfte Elternbefragung) auch der Anteil der Kinder, die nicht öffentlich betreut werden konnten, merklich abgenommen (727 Kinder, 12%). Diese Schwankungen waren vor allem bedingt durch das dynamische Öffnungs- und Schließgeschehen der letzten Monate und sich verändernde Zugangsregelungen im System der öffentlichen Kindertagesbetreuung.

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.

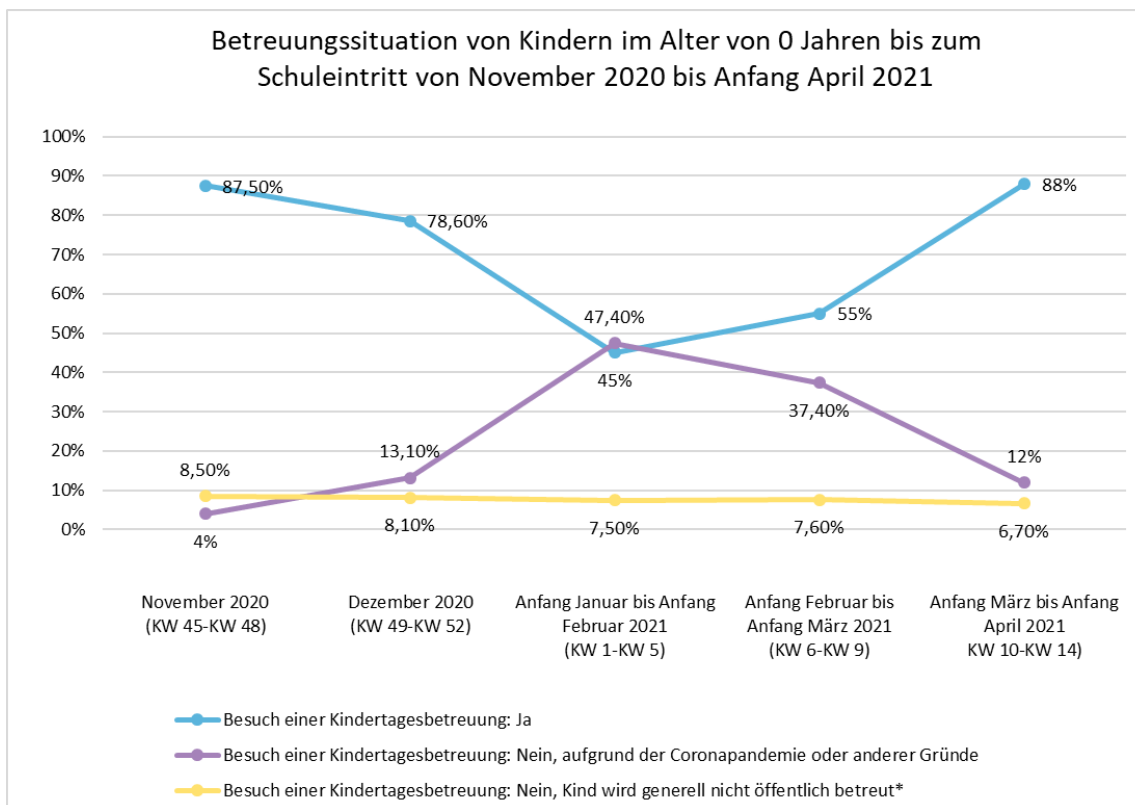


Abbildung 1: Anzahl und Anteile der betreuten und nicht betreuten Kinder bis zum Schuleintritt von November 2020 bis Anfang April 2021 (KW 10–14; 08.03.–11.04.2021). Datenstand: 21.04.2021, ungewichtete Daten. Abbildung bezieht sich auf Angaben von 8.917–6.070 Eltern. *Zur Gruppe der „generell nicht 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 in allen Befragungszeiträumen zwischen 1,5% und 1,7% der befragten Familien. Die prozentualen Schwankungen in der Gruppe der generell nicht öffentlich betreuten Kinder von Monat zu Monat gehen vorrangig auf Stichprobenausfälle zurück und nicht, weil Kinder in der Zwischenzeit eingewöhnt wurden.

1.2. Das erlebte Belastungsniveau von Eltern mit Kindern bis zum Schuleintritt von November 2020 bis Anfang April 2021

Im Zeitraum der fünften Elternbefragung (von Anfang März bis Anfang April 2021) konnten somit wieder mehr Kinder öffentlich betreut werden und für viele Familien bedeutete das eine sichtliche Erleichterung. Mit Blick auf die geschilderten Schwankungen im Öffnungs- und Schließgeschehen der letzten Monate blieb die Betreuungssituation jedoch insgesamt weiterhin unsicher. Vor dieser unsicheren Situation im Feld der öffentlichen Kindertagesbetreuung soll das allgemeine Stresserleben³ der Eltern daher, wie auch schon im letzten Bericht, im Zeitverlauf getrennt danach betrachtet werden, ob das Kind im bisherigen Erhebungszeitraum ein Angebot der öffentlichen Kindertagesbetreuung nutzte oder nicht. Dazu wird in drei Elterngruppen unterschieden: In (1) Eltern, deren Kind die KiTa besuchen konnte, (2) Eltern, deren Kind aufgrund der Coronapandemie zeitweise Zuhause blieb und nicht in der KiTa betreut werden konnte und schließlich in (3) Eltern, deren Kind grundsätzlich nicht öffentlich betreut wird. Wie in Abbildung 2 zu erkennen ist, zeigen sich insgesamt keine großen Schwankungen des Stresserlebens über die Zeit. Während die subjektive Belastung der Eltern von Anfang November 2020 bis Anfang März 2021 (vom ersten bis zum vierten Befragungszeitraum, KW 45–9; 02.11.2020–07.03.2021) kontinuierlich zunahm, ließ sich in der fünften Befragung im Zeitraum von Anfang März bis Anfang April 2021 (KW 10–14; 08.03.–11.04.2021) dann jedoch kein weiterer Anstieg des elterlichen Stressniveaus verzeichnen. Da insgesamt der Anteil der Eltern, deren Kind aufgrund der Pandemie nicht betreut wurde, deutlich sank (vgl. Abbildung 1 aus Abschnitt 1.1.) konnten die schrittweisen Öffnungen im System der öffentlichen Kindertagesbetreuung vermutlich bei vielen Eltern zu einer Entlastung beitragen. Mit Blick auf die drei Elterngruppen, die zu Anfang unterschieden

3 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.

wurden, wiesen stets jene Eltern, deren Kind grundsätzlich nicht öffentlich betreut wird, das niedrigste Stressniveau auf. Eltern, die zeitweise ganz auf die Betreuung ihres Kindes verzichten mussten – und damit den Unsicherheiten des Öffnungs- und Schließgeschehens am stärksten ausgesetzt waren – berichteten dahingehend bislang stets das höchste Belastungsniveau⁴.

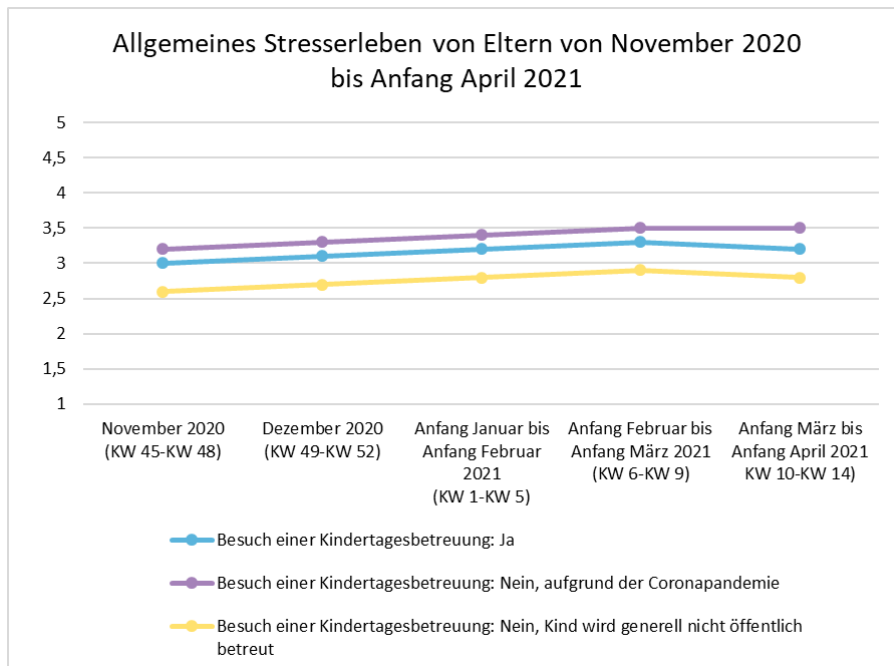


Abbildung 2: Grad des allgemeinen Stresslevels von Eltern auf einer Skala von 1 „Überhaupt nicht gestresst“ bis 5 „Sehr gestresst“ im Befragungszeitraum von November 2020 bis Anfang April 2021 (KW 10–14; 08.03.–11.04.2021). Datenstand: 21.04.2021, ungewichtete Daten. Elterngruppen differenziert danach, ob das Kind zum jeweiligen Befragungszeitpunkt öffentlich betreut wurde. Die Informationen beziehen sich auf Angaben von insgesamt 8.915–6.066 Eltern. Das allgemeine Stresslevel beruht jeweils auf den berechneten Mittelwerten.

1.3. Wohlbefinden von Kindern bis zum Schuleintritt von November 2020 bis Anfang April 2021

In der Stichprobe der erfassten Kinder, differenziert nach der öffentlichen Betreuung des Kindes, spiegeln sich ähnliche Zusammenhänge wie im Stresserleben aus Elternperspektive wider. So gelang es jener Kindergruppe, die grundsätzlich nicht öffentlich betreut wird, bisher (aus Sicht der Eltern) am besten, mit der allgemeinen Situation während der Pandemie zurecht zu kommen (Abbildung 3). Dagegen fiel es Kindern, die phasenweise gar nicht in ihre Kindertageseinrichtung oder Kindertagespflegestelle gehen konnten, bislang etwas schwerer, mit der allgemeinen Situation zurecht zu kommen. Es zeigte sich zudem, dass das Wohlbefinden der erfassten Kinder insgesamt mit zunehmender Dauer der Pandemie minimal abnahm, jedoch für jeden Zeitpunkt davon ausgegangen werden kann, dass die Kinder trotz allem im Durchschnitt gut mit der Situation während der Pandemie zurechtkamen⁵.

⁴ Die Unterschiede zwischen den Elterngruppen und der Anstieg des Stressniveaus aller Eltern während der ersten vier Befragungszeitpunkte waren statistisch signifikant. Dies wurde in einem Längsschnittmodell überprüft, auf Basis einer Stichprobe von 3.667 Eltern, die bislang zu allen fünf Zeitpunkten an der Elternbefragung teilgenommen haben. Im statistischen Modell fallen in die zweite Elterngruppe einerseits Eltern, deren Kind zu allen Befragungszeitpunkten nicht betreut werden konnte, als auch Eltern, die Betreuungswechsel erlebten. Das heißt, Eltern, deren Kind zeitweise nicht öffentlich betreut wurde.

⁵ Die Unterschiede des Wohlbefindens (aus Sicht der Eltern) zwischen den Kindergruppen und die minimale Abnahme des kindlichen Wohlbefindens mit anhaltender Dauer der Pandemie erwiesen sich als statistisch signifikant. Dies wurde anhand eines Längsschnittmodells überprüft, auf Basis einer Stichprobe von 3.667 Eltern, die bislang zu allen fünf Zeitpunkten an der Elternbefragung teilgenommen haben. Im statistischen Modell fallen auch Kinder in die Gruppe der durch die Coronapandemie nicht öffentlich betreuten Kinder, wenn sie Betreuungswechsel erlebten. Das heißt, wenn sie im Befragungszeitraum phasenweise nicht öffentlich betreut wurden.

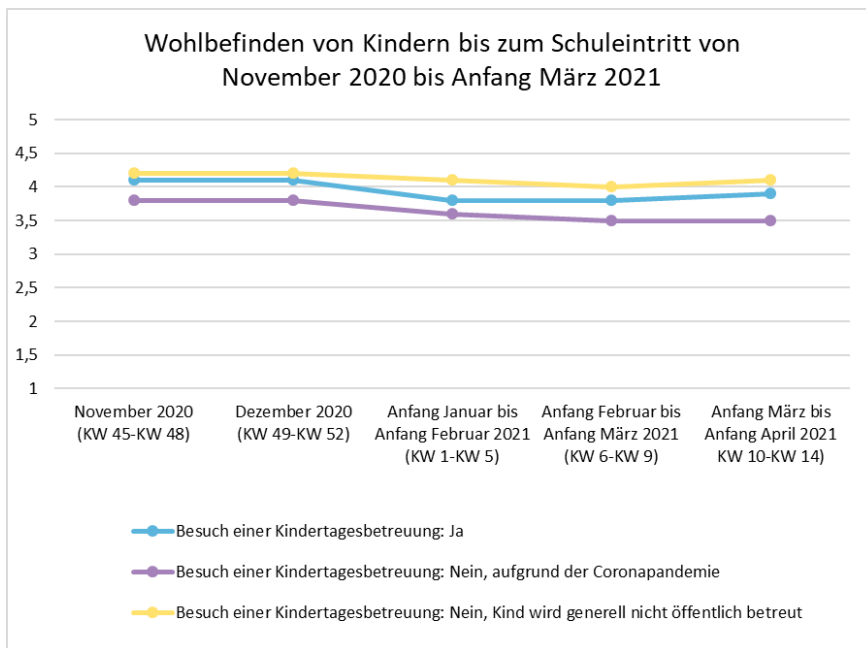


Abbildung 3: Einschätzung der Eltern wie das Kind mit der Situation während der Coronapandemie zurechtkommt; im Befragungszeitraum von November 2020 bis Anfang März 2021 (KW 10–14; 08.03. –11.04.2021). Datenstand: 21.04.2021, ungewichtete Daten. Bewertung auf einer Skala von 1 „Gar nicht gut“ bis 5 „Sehr gut“ und differenziert danach, ob das Kind öffentlich betreut wurde. Die Informationen beziehen sich auf Angaben von insgesamt 8.913–6.068 Eltern. Das Ausmaß des Wohlbefindens des Kindes beruht jeweils auf den berechneten Mittelwerten.

1.4. Umsetzung von Schutz- und Hygienemaßnahmen von Eltern und ihren Kindern von März bis April 2021

Das Öffnungs- und Schließungsgeschehen der letzten Monate versetzte nicht nur die Eltern in eine besondere Belastungssituation, sondern letztlich alle Akteure des Systems der öffentlichen Kindertagesbetreuung (z. B. Kita-Leitungen, Erzieher/innen, Kindertagespflegepersonen; vgl. Quartalsbericht I/2021). Seit Monaten steuern KiTas durch das schwierige Spannungsfeld zwischen dem Anspruch, ihrem Bildungsauftrag gerecht zu werden, dem bestmöglichen Schutz aller Beteiligten vor Ort (d. h. insbesondere Fachkräfte, Kinder, Eltern) vor einer Infektion sowie der Mitwirkung an der gesamtgesellschaftlichen Aufgabe, die weitere Verbreitung von SARS-CoV-2 in all seinen Varianten zu verhindern (vgl. Kalicki et al. 2021). Dabei ist die Öffnung von KiTas eng mit dem Infektionsgeschehen in der Bevölkerung verknüpft. Nur wenn ein Mindestmaß an Eindämmung und Kontrollierbarkeit des Virus* gegeben ist, können KiTas geöffnet bleiben.

Aufgrund der Einbettung des Öffnungs- und Schließungsgeschehen in dieses gesamtgesellschaftlichen Rahmen wird deutlich, dass es nicht ausreicht, strenge Schutz- und Hygienemaßnahmen allein auf Ebene der Einrichtungen einzuhalten. Diese stellen zwar wichtige Maßnahmen dar, um die Ausbreitung von SARS-CoV-2 lokal einzudämmen (vgl. Quartalsbericht I/2021). Damit KiTas auch unter Pandemiebedingungen ein verlässliches Angebot unterbreiten können, braucht es jedoch die Einhaltung umfassender Schutz- und Hygienemaßnahmen in allen Bereichen der Bevölkerung. In Folge steigender Infektionszahlen mussten auch Bildungs- und Betreuungseinrichtungen wieder schließen. Die Schließung von Bildungs- und Betreuungsangeboten lässt jedoch die Sorgen um die betroffenen Kinder und Jugendlichen wachsen. Eine besondere Risikogruppe stellen dabei Kinder und Jugendliche aus sozial schwachen Familien dar (vgl. Universität Hamburg 2020; Ravens-Sieberer et al. 2021).

Vor diesem Hintergrund wurde ein zusätzlicher Themenschwerpunkt in die Elternbefragung aufgenommen, der Schutzmaßnahmen im Alltag von Familien beleuchten sollte. Denn durch eine konsequente Umsetzung relevanter Schutzmaßnahmen in allen Lebensbereichen können auch Familien einen wichtigen Beitrag dazu leisten, die Voraussetzungen für ein nachhaltiges Öffnungsgeschehen in KiTas zu ermöglichen. Die Ergebnisse beziehen sich auf 6.070 Elterninformationen des fünften Befragungszeitpunkts von Anfang März bis Anfang

April 2021 (KW 10–14; 08.03.–11.04.2021). Zentrale Frage war, inwiefern den Eltern selbst und ihren Kindern die Einhaltung verschiedener Schutzmaßnahmen im derzeitigen Alltag gelingt. Folgende Schutzmaßnahmen wurden dabei berücksichtigt:

- **Abstand im öffentlichen Raum:** Eltern halten 1,5m Abstand im öffentlichen Raum bzw. Kinder halten in bestimmten Situationen Abstand zu anderen Personen (z. B. beim Einkaufen)
- **Abstand im Privaten:** Eltern halten 1,5m Abstand im privaten Kontext (z. B. bei Treffen mit Freunden und Bekannten) – für Kinder nicht abgefragt
- **Kein Körperkontakt:** Eltern/Kinder verzichten auf Umarmungen oder Händeschütteln (z. B. bei der Begrüßung oder beim Abschied)
- **Mund-Nasen-Bedeckung:** Eltern/Kinder tragen eine Mund-Nasen-Bedeckung – für Kinder unter 2 Jahren wurde keine Antwort erwartet
- **Husten- und Nies-Etikette:** Eltern/Kinder husten und niesen in die Armbeuge
- **Regelmäßige Händehygiene:** Eltern/Kinder waschen oder desinfizieren regelmäßig ihre Hände

Übertragungen von SARS-CoV-2 erfolgen in den meisten Fällen über die Luft (RKI, 2020). Daher spielen das Abstandhalten zu anderen Personen (inkl. Verzicht auf Körperkontakt) sowie das Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung, insbesondere wenn kein Abstand möglich ist, eine besonders große Rolle unter den nicht-pharmazeutischen Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie (Chu et al., 2020). Vor diesem Hintergrund ist es ein erfreuliches Ergebnis, dass das Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung den allermeisten Eltern gut (16% der Eltern) oder gar sehr gut (80% der Eltern) gelang.⁶ Für die Umsetzung der Husten-Nies-Etikette (d. h. Husten und Niesen in die Armbeuge) berichteten die befragten Eltern ein ähnlich gutes Gelingen. Die größten Umsetzungsschwierigkeiten der Eltern traten beim Abstandhalten auf. Im öffentlichen Raum gelang das Abstandhalten dabei erwartungsgemäß deutlich besser als im Privaten. So berichteten für den öffentlichen Raum 66% der Eltern ein gutes oder sehr gutes Gelingen beim Abstandhalten. Für den privaten Kontext berichteten dagegen nur 41% der Eltern eine gute oder sehr gute Umsetzung des Mindestabstands. Die Vermeidung von Körperkontakt in Form von Umarmen oder Händeschütteln gelang dagegen 81% der befragten Eltern gut oder sehr gut. Mit Blick auf eine regelmäßige Händehygiene in Form von Händewaschen oder Desinfizieren bewerteten 86% der Eltern ihre Umsetzung als gut oder sehr gut. Alle Ergebnisse zur Umsetzung der Schutzmaßnahmen durch die Eltern in ihrem Alltag sind in Abbildung 4 dargestellt.

⁶ Es gilt zu berücksichtigen, dass keine Angaben dazu vorliegen, in welchen Situationen die Masken getragen wurden oder welcher Typ einer Mund-Nasen-Bedeckung zum Einsatz kam. Im Befragungszeitraum galten in Deutschland zum einen weitreichende Regelungen zum Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung im öffentlichen oder öffentlich zugänglichen Raum sowie in Arbeits- und Betriebsstätten, die mit Beschluss der Bundeskanzlerin und Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder vom 25.11.2020 eingeführt wurden (Bund/Länder, 2020). Zum anderen wurde mit dem Beschluss der Bundeskanzlerin und Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder vom 19. 01.2021 in öffentlichen Verkehrsmitteln sowie in Geschäften das Tragen einer medizinischen Maske verpflichtend und der Gebrauch von medizinischen Masken für alle Situationen mit engerem oder längerem Kontakt zu anderen Personen empfohlen (Bund/Länder, 2021).

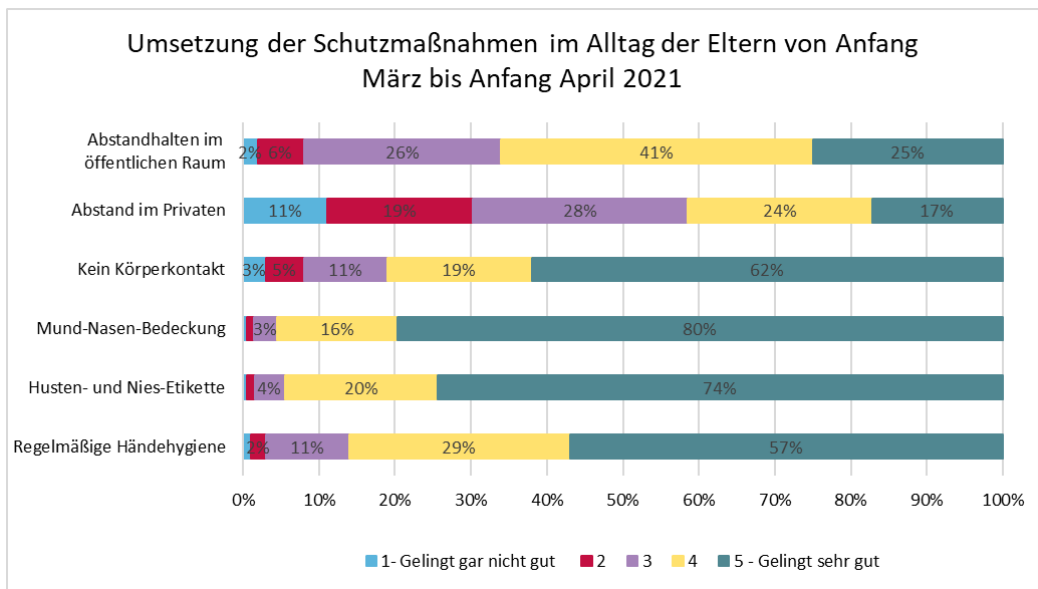


Abbildung 4: Einschätzung der Eltern zum Umsetzungsgrad verschiedener Schutzmaßnahmen im derzeitigen Alltag. KiBS-Elternbefragung, bezogen auf Angaben von 6.063–6.065 Eltern aus dem Befragungszeitraum von Anfang März bis Anfang April 2021 (KW 10–14; 08.03.–11.04.2021). Datenstand: 21.04.2021, ungewichtete Daten. Die Antworten zu den einzelnen Items sind jeweils als Prozentwerte abgebildet, nach dem Grad des Gelingens.

Den Kindern gelang die Umsetzung der verschiedenen verhaltensbezogenen Schutzmaßnahmen (nach Einschätzung ihrer Eltern) weniger gut als den Eltern selbst (vgl. Abbildung 5). Dieses Ergebnis ist wenig überraschend, stellt die Umsetzung der Schutzmaßnahmen die Kinder doch vor ungleich größere Herausforderungen. In diesem Sinne wurde auch ein deutlicher Unterschied nach Altersgruppen erwartet, was die Daten bestätigen.

Bei den **Kindern unter 3 Jahren** schätzten die Eltern letztlich alle Maßnahmen als schwierig umzusetzen ein, was den Erwartungen für diesen Altersbereich also entspricht. Die beste Umsetzung im Vergleich der Maßnahmen erreichte die regelmäßige Händehygiene. Immerhin 41% der Eltern gaben an, dass dies ihren Kindern unter 3 Jahren gut oder sehr gut gelang. Mit Abstand am schwierigsten war das für Kleinkinder schwer vermittelbare Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung, wobei diese Maßnahme nur für Kinder ab 2 Jahren überhaupt abgefragt wurde.

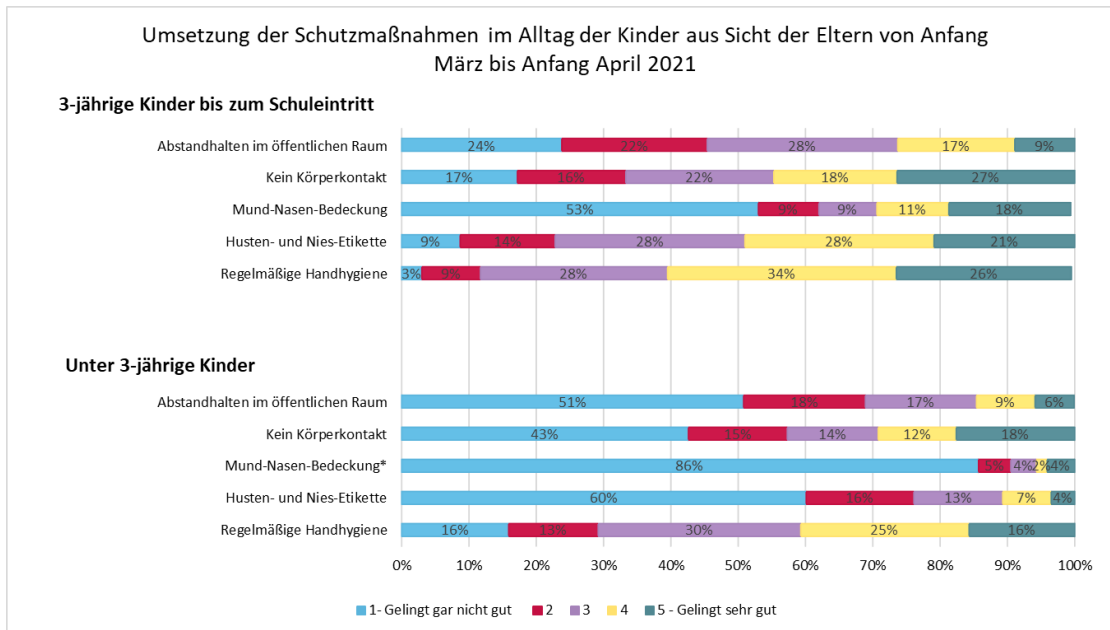


Abbildung 5: Einschätzung der Eltern zum Umsetzungsgrad verschiedener Schutzmaßnahmen des Kindes im derzeitigen Alltag. KiBS-Elternbefragung, bezogen auf Angaben von 4.078–4.108 Eltern mit Kind unter 3 Jahren und 1.447–1.957 Eltern mit Kind über 3 Jahren aus dem Befragungszeitraum von Anfang März bis Anfang April 2021 (KW 10–14; 08.03.–11.04.2021). Datenstand: 21.04.2021, ungewichtete Daten. Die Antworten zu den einzelnen Items sind jeweils als Prozentwerte abgebildet, nach dem Grad des Gelingens. *Ob das Kind eine Mund-Nasen-Bedeckung trägt, wurden nur Eltern mit einem Kind ab 2 Jahren gefragt.

Auch bei den **Kindern zwischen 3 Jahren bis zum Schuleintritt** war eine regelmäßige Händehygiene die am besten umgesetzte Schutzmaßnahme. 60% der Eltern berichteten eine gute oder sehr gute Umsetzung der Händehygiene durch ihre Kinder. Jeweils knapp die Hälfte der Eltern gab an, dass die Einhaltung der Husten- und Nies-Etikette (49%) sowie die Vermeidung von Körperkontakt (45%) gut oder sehr gut gelangen. Das Abstandhalten im öffentlichen Raum und das Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung als weitere Maßnahmen zur Reduzierung der Übertragung durch Aerosole oder Tröpfchen waren am wenigsten umsetzbar. Der Abstand von 1,5m im öffentlichen Raum gelang demnach 28% der über Dreijährigen gut oder sehr gut, weiteren 28% gelang das Abstandhalten teilweise, während 46% der Kinder die Umsetzung nicht gut oder gar nicht gelang. Für das Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung berichteten 29% der Eltern eine hohe oder sehr hohe Umsetzung durch ihre 3-jährigen oder älteren Kinder. Bei mehr als der Hälfte der Kinder (53%) war diese Maßnahme jedoch nicht umsetzbar.

Für beide Altersgruppen ist – wie bereits mehrfach betont – jedoch stets zu berücksichtigen, dass die Umsetzung verhaltensbasierter Schutzmaßnahmen durch Kinder im KiTa-Alter aus entwicklungspsychologischen wie auch pädagogischen Gründen nur begrenzt möglich ist. Umso wichtiger ist es, dass Eltern, aber auch das KiTa-Personal (vgl. Quartalsbericht März 2021) die verhaltensbasierten Schutzmaßnahmen möglichst umfassend in allen Lebensbereichen umsetzen, bis beim Impfen die ersehnten Erfolge erreicht worden sind.

1.5. Literatur

Bund/Länder (2020). Videoschaltkonferenz der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder am 25.11.2020. Beschluss.

<https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975226/1820174/fd9794fa8b8e0ec555f005677509c242/2020-11-25-mpk-beschluss-data.pdf?download=1>, Zugriff am 20.04.2021

Bund/Länder (2021). Videoschaltkonferenz der Bundeskanzlerin mit den Regierungschefinnen und Regierungschefs der Länder am 19.01.2021. Beschluss.

<https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975226/1840868/1c68fcd2008b53cf12691162bf20626f/2021-01-19-mpk-data.pdf?download=1>, Zugriff am 20.04.2021

Chu, D. K., Akl, E. A., Duda, S., Solo, K., Yaacoub, S., Schünemann, H. J., ... & Reinap, M. (2020). Physical distancing, facemasks, and eye protection to prevent person-to-person transmission of SARS-CoV-2 and COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 395, 1973-1987. doi: **10.1016/S0140-6736(20)31142-9**

Kalicki, B., Kuger, S., Rauschenbach, T. (2021). Erkenntnisse aus der Corona-KiTa –Studie. *Jugendhilfe*, 59(2), 1–7.

Ravens-Sieberer, U., Kaman, A., Erhart, M., Devine, J., Hölling, H., Schlack, R., Löffler, C., Hurrelmann, K., Otto, C. (2021). Quality of life and mental health in children and adolescents during the first year of the COVID-19 pandemic in Germany: Results of a two-wave nationally representative study.

https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=3798710

Robert Koch-Institut (RKI). (2020a). Epidemiologischer Steckbrief zu SARS-CoV-2 und COVID-19 des Robert Koch-Instituts. Stand: 09.02.2021,

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html;jsessionid=ADFD7CFEC2E9A6CB04B7068B00ACAE1D.internet122?nn=13490888, Zugriff am 20.04.2021

Universität Hamburg (Hrsg.) (2020): Stellungnahme: Folgen der Corona-Krise für die Bildung, Betreuung und Erziehung (BBE) von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. <https://www.ew.uni-hamburg.de/einrichtungen/ew1/vergleichende/diver/ueber-uns/aktuelles-neu/2020-stellungnahme-corona/stellungnahme-diver-corona-1.pdf>





2. 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 11.000 Kitas und knapp 2.200 Kindertagespflegestellen für das KiTa-Register angemeldet (Stand: 29.04.2021). Dies entspricht etwa 20% der deutschlandweit bestehenden Kindertageseinrichtungen bzw. 5% der Kindertagespflegepersonen. An den wöchentlichen Abfragen seit Ende August 2020 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 anwesenden Kindern in Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflegestellen
- das verfügbare/nicht verfügbare Personal in Kindertageseinrichtungen
- bekannt gewordene SARS-CoV-2-Verdachts- und Infektionsfällen in den Betreuungssettings sowie
- die coronabedingten Schließungen der Kindertageseinrichtungen und Tagespflegestellen.

2.1. Aktuelles Öffnungsgeschehen in Kindertageseinrichtungen

Aufgrund der steigenden Infektionszahlen mussten die Kindertageseinrichtungen in den meisten Bundesländern im April 2021 ihren Betrieb erneut einschränken. Am 21.04.2021 beschloss der Bundestag Ergänzungen zum Infektionsschutzgesetz, die zusätzliche bundeseinheitliche Maßnahmen festschreiben, falls ein Landkreis oder eine kreisfreie Stadt an drei aufeinander folgenden Tagen innerhalb der zurückliegenden sieben Tage mehr als 100 COVID-19-Neuinfektionen pro 100.000 Einwohner/innen registriert („7-Tage-Inzidenz“). Die Gesetzesänderung ist seit dem 24.04.2021 in Kraft und verpflichtet die nach Landesrecht zuständigen Behörden zur Untersagung der Präsenzbetreuung und -bildung in Kindertageseinrichtungen und Kinderhorten (Infektionsschutzgesetz § 28b Absatz 3 i. V. m. § 33 Nr. 1) sowie Kindertagespflegestellen (Infektionsschutzgesetz § 28b Absatz 3 i. V. m. § 33 Nr. 2), wenn die Inzidenz den Schwellenwert von 165 überschreitet (Infektionsschutzgesetz § 28b Absatz 3 i. V. m. § 33 Nr. 1). Die einzelnen Bundesländer orientierten sich an diesem Inzidenzwert und verwendeten teilweise auch strengere Schwellenwertregelungen.

Berlin, Bremen und Hamburg wechselten seit dem 05.04.2021 zurück zu Notbetreuungsregelungen, die angesichts der großstädtischen Rahmenbedingungen keine lokal differenzierten Öffnungen vorsehen. Baden-Württemberg, Brandenburg, Bremen, Hessen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, das Saarland, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen setzen den eingeführten Grenzwert zum 26.04.2021 in ihre Regelungen zur Kindertagesbetreuung mit der im Infektionsschutzgesetz definierten Inzidenz von 165 um. Bei einer Inzidenz von mehr als 165 darf in einem betroffenen Kreis bzw. kreisfreien Stadt nur noch eine Notbetreuung angeboten werden. Bayern, Mecklenburg-Vorpommern, Niedersachsen und Schleswig-Holstein, die bereits zuvor die niedrigere Inzidenz von 100 (150 in Mecklenburg-Vorpommern) für KiTa-Schließungen festgelegt hatten, behielten diese Grenzwerte bei.

Die Notbetreuungsregelungen der Länder unterscheiden sich im Detail, ermöglichen aber zumeist den Zugang zur Kindertagesbetreuung für Kinder von Alleinerziehenden, für Eltern, die die Betreuung nicht auf andere Weise sicherstellen können oder von besonderen Härten betroffen sind und für Eltern, die in systemrelevanten Bereichen tätig sind, ebenso für Vorschulkinder und Kinder bei dokumentierter Kindeswohlgefährdung. Da die 7-Tage-Inzidenz nach Angaben des Robert Koch-Instituts am 23.04.2021 in 85% der Landkreise und kreisfreien Städte bei über 100 lag, mussten zahlreiche Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflegestellen ihr Betreuungsangebot einschränken.

Der Anstieg der Neuinfektionen betraf im März und April 2021 auch eine wachsende Anzahl von Kindern und führte zu vollständigen oder teilweisen Schließungen von Kitas. Vom 01.03.2021 bis zum Osterwochenende (02.04.2021) stieg die Zahl der im KiTa-Register gemeldeten verdachts- oder infektionsbedingten Einrichtungsschließungen von 0,6 auf 1,5%. Die Zahl der Kitas, die verdachts- oder infektionsbedingte Gruppenschließungen berichten, erhöhte sich in diesem Zeitraum von 2,4 auf 5,2%. In den Osterferien waren viele Kitas regulär wegen Urlaubs geschlossen, was dazu beitrug, dass weniger verdachts- oder infektionsbedingte Schließungen gemeldet wurden.

2.2. Anteile betreuter Kinder und Personaleinsatz in den Kindertageseinrichtungen

Die erneuten Schließungen von Kindertageseinrichtungen führten dazu, dass sich die durchschnittliche Auslastung der Kindertageseinrichtungen seit Mitte März 2021 wieder leicht verringerte. Wie die KiTa-Registerdaten zeigen, sank der durchschnittliche Anteil der in Kitas betreuten Kinder von 72% in der dritten Märzwoche auf 67% am 16.04.2021. Das Liniendiagramm (Abbildung 6) zeigt diese Inanspruchnahmequote für Deutschland insgesamt und für die einzelnen Bundesländer im Zeitverlauf. Seit Jahresbeginn verharren die einzelnen Quoten unter den Niveaus von 2020, auch wenn die Öffnungen von Einrichtungen in der zweiten Februarhälfte 2021 einen deutlichen Anstieg zur Folge hatten. Umfassendere Erhebungen einzelner Bundesländer deuten darauf hin, dass sich die Inanspruchnahmequoten in diesen Ländern noch stärker verringerten, als aus den KiTa-Register-Angaben ersichtlich ist.

Bei der Interpretation der zeitlichen Trends ist zu berücksichtigen, dass die Linien Durchschnittswerte für die 16 Länder darstellen, die die Unterschiede innerhalb der einzelnen Länder nicht wiedergeben. Zwischen einzelnen Kreisen, ländlichen Regionen und Ballungsgebieten kann sich die Auslastung beträchtlich unterscheiden. Auf lokaler Ebene wird die Auslastung der Kitas von Kreisverwaltungen, Kommunen, Einrichtungsträgern und Einrichtungsleitungen beeinflusst, die die geltenden Zugangsregelungen in der Praxis auslegen und anwenden. Zudem hängt die Entscheidung über den Kita-Besuch davon ab, ob die Familien über die Ressourcen und Möglichkeiten verfügen, ihre Kinder tagsüber selbst zu betreuen oder im familiären Umfeld betreuen zu lassen.

Betreute Kinder in Kindertageseinrichtungen

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

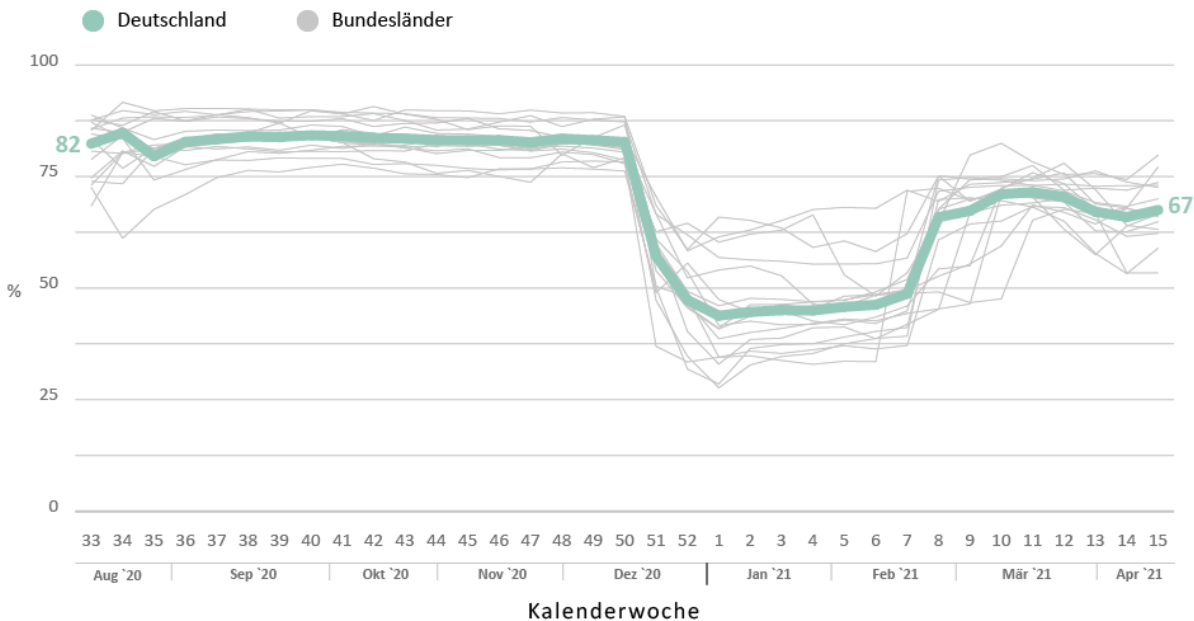


Abbildung 6: Anteil betreuter Kinder in Kindertageseinrichtungen in den Bundesländern und Deutschland nach Kalenderwochen. Die Einrichtungen wurden gefragt, wie viele Kinder in der aktuellen Kalenderwoche durchschnittlich pro Tag ihre Einrichtung besuchten. Für jede Einrichtung wurde der Anteil der betreuten 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 wurde. Aus den Ergebnissen wurde dann für jedes Bundesland der Durchschnitt (arithmetisches Mittel) berechnet. Dabei wurden die in Ferien befindlichen Einrichtungen nicht einbezogen (Datenstand: 29.04.2021, n = 774 [KW 33 2020] – 7.318 [KW 52 2021]).

Die Unterschiede zwischen den Bundesländern werden auch in Abbildung 7 sichtbar, die die Betreuungs- und Personalsituation in der zweiten Aprilwoche 2021 (12.04.–16.04.2021) regionalisiert vergleicht. Auf der Deutschlandkarte werden die Bundesländer farblich nach den durchschnittlichen 7-Tage-Inzidenzen differenziert, die in den meisten Ländern als Indikatoren für die Öffnung und Schließung von Kitas verwendet werden. Die Balkenpaare repräsentieren den Auslastungsgrad und die Personalsituation der Kitas in den einzelnen Bundesländern. Die linksstehenden Balken dokumentieren die Inanspruchnahme von Kindertagesbetreuung. 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 Einrichtungskinder betreuen, sind durch die helleren Balkenabschnitte repräsentiert (die weiteren Abstufungen sind 75–50%, 50–25% und unter 25%). In Baden-Württemberg, Brandenburg, Bremen und dem Saarland lagen die Anteile der weitgehend normal ausgelasteten Kitas bei über 60%. Die niedrigste Inanspruchnahmequote ergab sich für die zweite Aprilwoche 2021 mit durchschnittlich 53% in Hamburg, das zu diesem Zeitpunkt bereits den Kita-Betrieb auf eine erweiterte Notbetreuung eingeschränkt hatte.

Die Personalsituation wird durch die jeweils rechts stehenden Balken beschrieben. Dunklere Balkenabschnitte stellen die Anteile der pandemiebedingt nicht oder nur mittelbar eingesetzten pädagogisch tätigen Mitarbeitenden dar. Vor allem Thüringen, Brandenburg, Sachsen und Berlin verzeichneten hohe Anteile von Personalausfällen aufgrund der Pandemie.

Betreute Kinder und Einsatz des pädagogischen Personals in Kindertageseinrichtungen sowie 7-Tage-Inzidenz in Kalenderwoche 15

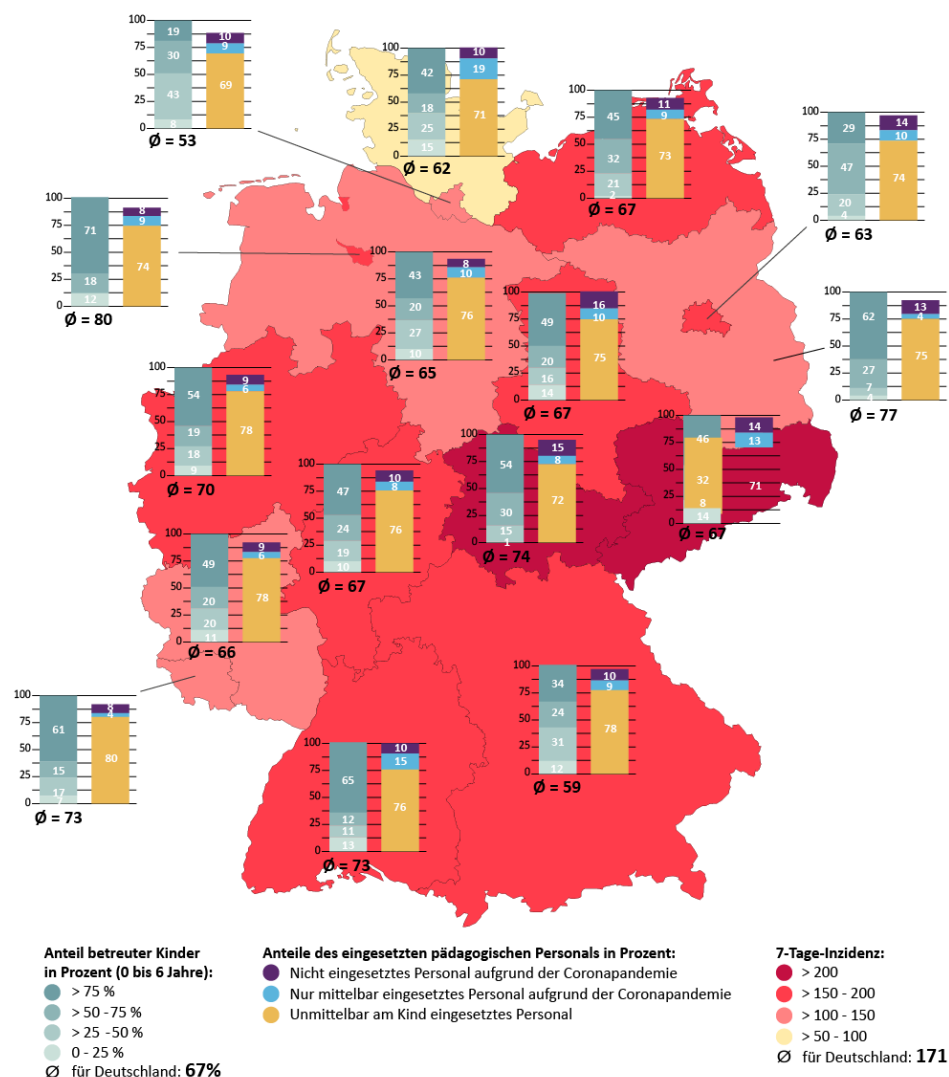


Abbildung 7: Betreute Kinder, Einsatz des pädagogischen Personals in Kindertageseinrichtungen und 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer in der Woche vom 12.04.–16.04.2021. Ermittlung der Anteile betreuter Kinder: vgl. Abbildung 6. Zur Ermittlung der Personalanteile wurden die Einrichtungsleitungen gebeten, 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. (Datenstand: 29.04.2021, N = 6.162).

Abbildung 8 illustriert die Personalbelastung in der Pandemie im Zeitverlauf für ganz Deutschland und kann analog zu den länderspezifischen Balkendiagrammen in Abbildung 7 gelesen werden. Im April 2021 konnten nur 76% der pädagogisch Beschäftigten unmittelbar im Kontakt mit Kindern eingesetzt werden, während knapp 20% des Personals nicht oder nur mittelbar mit den Kindern arbeiten konnte. Abbildung 8 verdeutlicht das Ausmaß, in dem Präventions- und Schutzmaßnahmen, eigene familiäre Betreuungsverantwortung, Infektionen und andere pandemiebedingte Faktoren die Verfügbarkeit der pädagogischen Kita-Mitarbeitenden vor allem seit Mitte Dezember 2020 einschränkten.

Einsatz des pädagogischen Personals in Kindertageseinrichtungen

Anteile in Prozent nach Kalenderwoche

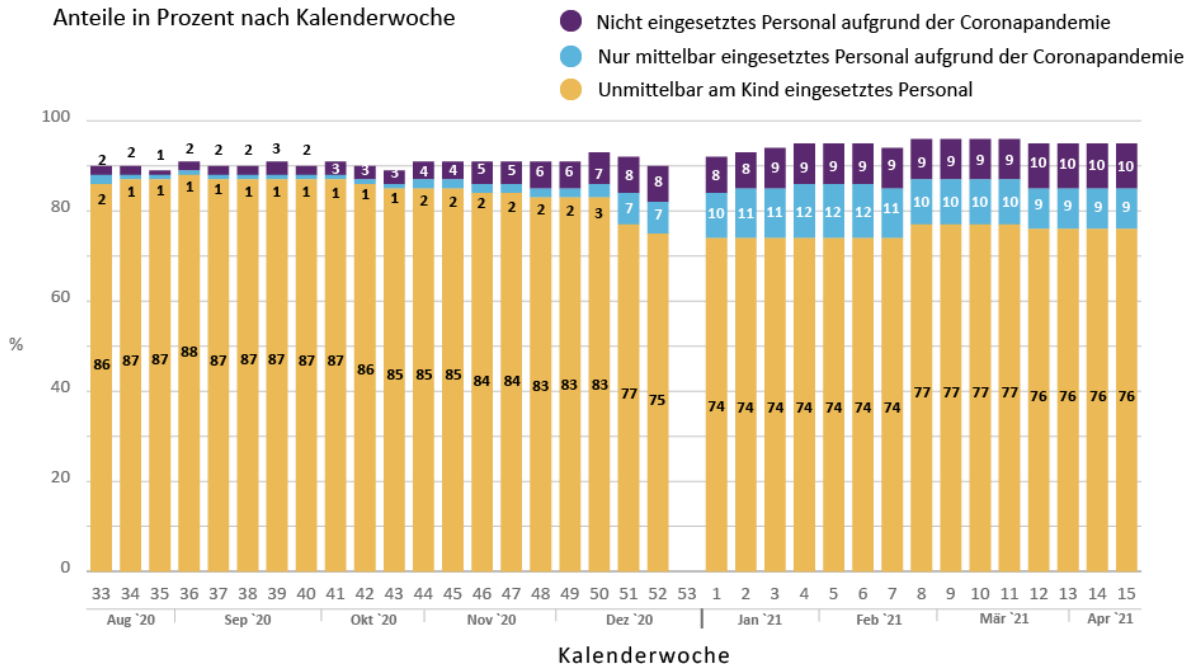


Abbildung 8: Einsatz des pädagogischen Personals (Anteile in %) in den Kalenderwochen 33/2020 bis 15/2021 (10.08.2020–16.04.2021). Die Abbildung zeigt den Anteil der drei genannten Kategorien an der Anzahl des gesamten pädagogischen Personals. Die drei abgebildeten Kategorien ergeben in der Summe weniger 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). Datenstand: 29.04.2021, n = 774 [KW 33 2020] - 7318 [KW 52 2021].

2.3. Aktuelles Öffnungsgeschehen in der Kindertagespflege

Nachdem ab Ende Februar zunächst ein Öffnungsgeschehen im gesamten Bereich der außerfamilialen Kinderbetreuung zu verzeichnen war (vgl. Monatsbericht März/2021), wurden aufgrund der bundesweit ansteigenden Inzidenzwerte im März 2021 erneut restriktive (inzidenzabhängige) Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie von Bund und Ländern veranlasst, was auch für den Bereich der Kindertagespflege zu bundeslandspezifischen Regelungen (genauer: zum Übergang in die Stufe der Notbetreuung) führte.

Im vorliegenden Berichtszeitraum von KW 12 (22.03.–26.03.2021) bis KW 15 (12.04.–16.04.2021) zeigen sich für die Kindertagespflege weiterhin hohe Inanspruchnahmekquoten⁷, die an das Niveau, das seit Ende Februar 2021 infolge der sukzessiven Öffnungsschritte zu beobachten war, anschließen.

Abbildung 9 gibt einen Überblick im Zeitverlauf. Die für den vorliegenden Monatsbericht berechneten Daten stützen sich hierbei auf Rückmeldungen der durchschnittlich knapp 950⁸ Kindertagespflegestellen, die sich an den wöchentlichen Abfragen des KiTa-Registers beteiligt haben.

⁷ Anzahl der durchschnittlich täglich betreuten Kinder im Verhältnis zur betreuten Kinderzahl vor Beginn der Pandemie.

⁸ Dies entspricht etwa 2,4% 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 Eindruck, wie sich die Ressourcenauslastung in der Kindertagespflege entwickelt.

Betreute Kinder in Kindertagespflegestellen

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

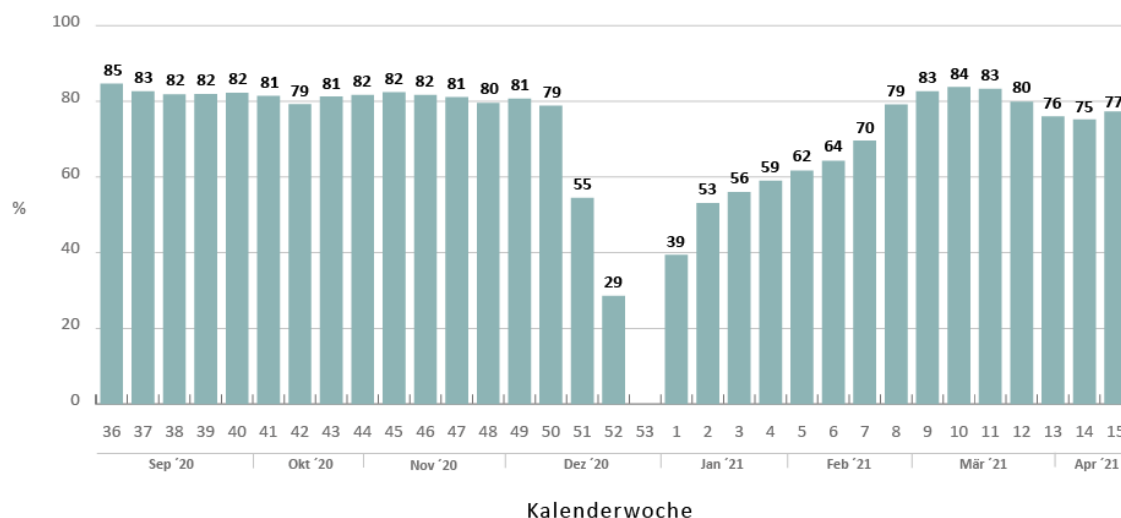


Abbildung 9: Anteil der jeweils aktuell betreuten Kinder in den teilnehmenden Kindertagespflegestellen mit einem Platz in den Kalenderwochen KW 36/2020 bis KW 15/2021 (31.08.2020–16.04.2021). Die Kindertagespflegestellen wurden gefragt, wie viele Kinder in der aktuellen Kalenderwoche durchschnittlich 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: 29.04.2021, n = 562 [KW 37 2020] – 1.191 [KW 01 2021]).

Wie die Abbildung 9 zeigt, lassen sich durchschnittlichen Inanspruchnahmekquoten bis in den April 2021 hinein auf hohem Niveau berichten und führen somit die Auslastungssituation der Vorwochen fort. Wenngleich die Werte zunächst in den beiden Wochen der Osterferien leicht zurückgehen, zeigen die Betreuungsquoten insgesamt betrachtet – mit durchschnittlich 77% über den Berichtszeitraum – konstant hohe Werte. Damit erreichen die Kindertagespflegestellen auch in diesem Zeitraum annähernd die bekannten Auslastungswerte des Regelbetriebs aus der Zeit vor der Pandemie.

2.4. Verdachts- und Infektionsfälle sowie pandemiebedingte Schließungen

Analog zu der beschriebenen hohen Ressourcenauslastung der Kindertagespflegestellen erhöhen sich im Berichtszeitraum von KW 12 (22.03.–26.03.2021) bis KW 15 (12.04.–16.04.2021) auch die Verdachts- und Infektionsfälle, allerdings auf noch niedrigem Niveau. Abbildung 10 gibt hierzu einen Überblick im zeitlichen Verlauf⁹.

⁹ Die für diesen Monatsbericht dargestellten Daten stützen sich auf die Rückmeldung der durchschnittlich knapp 950 Kindertagespflegestellen, die sich an den wöchentlichen Abfragen des KiTa-Registers beteiligt haben. Dies entspricht etwa 2,4% der insgesamt 39.214 Kindertagespflegestellen in Deutschland (Quelle: KJH-Statistik 2020).

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

Anteile in Prozent und Anzahl nach Kalenderwoche

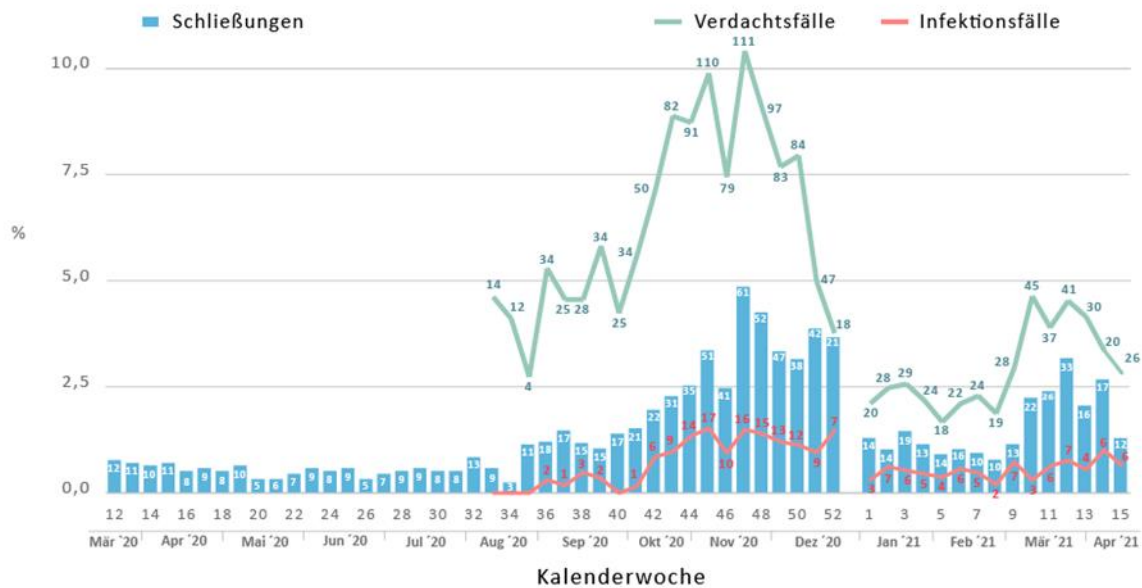


Abbildung 10: SARS-CoV-2-Verdachts- und Infektionsfälle in Kindertagespflegestellen bei Kindern oder Eltern in den Kalenderwochen 33/2020 bis 15/2021 (11.08.2020–16.04.2021) sowie infektionsbedingte Schließungen in den Kalenderwochen 12/2020 bis 15/2021 (16.03.2020–16.04.2021). In der Kalenderwoche 53/2020 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: 29.04.2021).

Sowohl bei den Verdachtsfällen als auch bei den verdachts- oder infektionsbedingten Schließungen sind ab Mitte März 2021 deutlich höhere Werte im Vergleich zu Januar und Februar 2021 zu beobachten. So steigen die Verdachtsfälle in KW 12 (22.03.–26.03.2021) auf über 4% an. Die pandemiebedingten Schließungen steigen auf über 3% und erreichen damit den bisher höchsten berichteten Wert in diesem Jahr. Im weiteren Verlauf ist sowohl für die Verdachtsfälle als auch für die pandemiebedingten Schließungen eine abfallende Tendenz zu verzeichnen. In KW 15 (12.04.–16.04.2021) sind nur noch ca. 3% Verdachtsfälle und ca. 1,5% Schließungen zu beobachten.

Nach wie vor hält sich bei den Kindertagespflegestellen die Anzahl bestätigter Infektionsfälle (bei der Kindertagespflegeperson selbst, Mitgliedern ihres Haushaltes, bei den betreuten Kindern oder deren Eltern) auf einem niedrigen Niveau. So werden im Zeitraum von KW 12 (22.03.–26.03.2021) bis KW 15 (12.04.–16.04.2021) nur für maximal ca. 1% der befragten Kindertagespflegestellen Infektionsfälle berichtet.

2.5. Umsetzung von Hygiene- und Schutzmaßnahmen in der Kindertagespflege

Einen wesentlichen Beitrag zur Eindämmung des Infektionsgeschehens leisten zudem die vorgegebenen **Hygiene- und Schutzmaßnahmen**, die im Laufe des Pandemiegeschehens auf Grundlage der bisher geltenden Hygienevorgaben bundeslandspezifisch angepasst wurden und auf diese Weise auch im Bereich der Kindertagespflege zu einem beständigen Begleiter des pädagogischen Alltags geworden sind.

Wie bereits im Quartalsbericht I/2021 dargestellt (vgl. Quartalsbericht I/2021, Kap. 2), spielen im Bereich der Kindertagesbetreuung u. a. Maßnahmen zur Reduzierung des Risikos einer Tröpfchen- oder Aerosolübertragung, Maßnahmen zur Reduzierung einer Kontaktübertragung und Maßnahmen zur Reduzierung von Kontaktmöglichkeiten eine wichtige Rolle, um Infektionsrisiken zu minimieren und ein etwaiges Infektionsgeschehen zu vermeiden. Abbildung 11 gibt einen Überblick zu den durchschnittlichen Rückmeldung der Kindertagespflegestellen hierzu aus dem KiTa-Register.

Umsetzung von Hygiene- und Schutzmaßnahmen in der Kindertagespflege

Anteile in Prozent

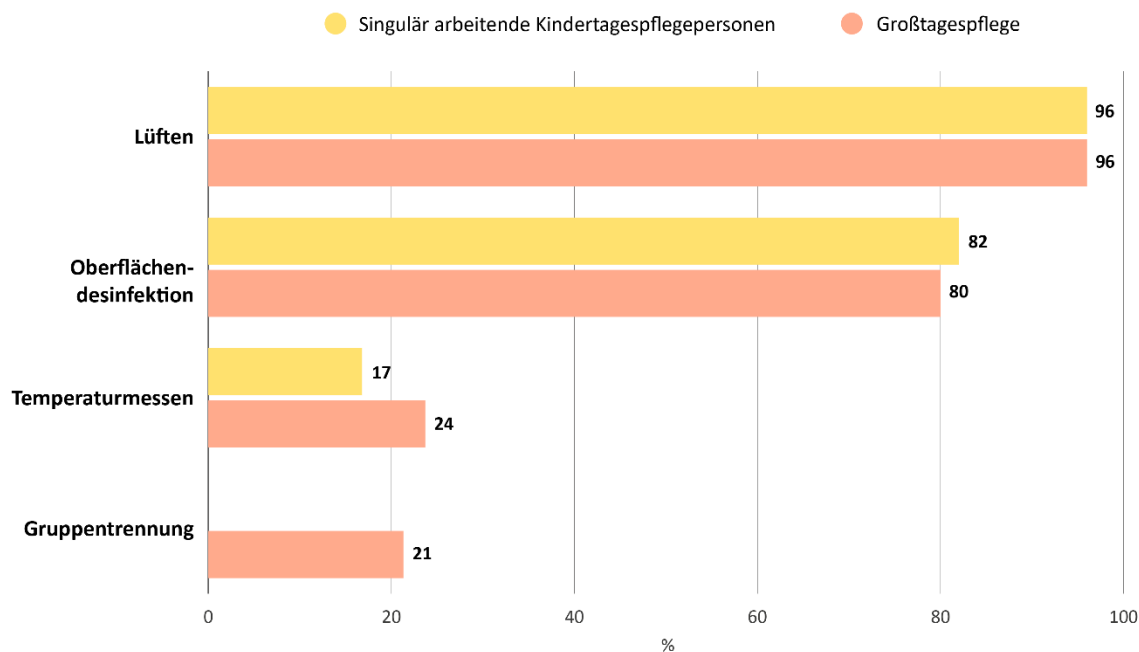


Abbildung 11: Durchschnittliche Umsetzung einzelner Hygiene- und Schutzmaßnahmen für die singular arbeitenden Kindertagespflegepersonen und die Großtagespflegestellen für den Zeitraum von KW 33 2020 bis KW 15 2021 (03.08.2020.–16.04.2021). Die Daten stützen sich auf die Rückmeldungen der knapp 950 Kindertagespflegestellen (davon ca. 20% Großtagespflegestellen), die im beschriebenen Zeitraum am KiTa-Register teilgenommen haben. Die Teilnehmenden wurden wöchentlich gefragt, ob die jeweiligen Maßnahmen in der aktuellen Woche in ihrer Kindertagespflegestelle angewendet wurden (Datenstand: 29.04.2021).

Besonders in einem Tätigkeitsfeld, in dem es nahezu keine Möglichkeit gibt, Abstand zwischen den Kindern untereinander sowie Abstand zwischen den Betreuungspersonen und den zu betreuenden Kindern gewährleisten zu können, ist das **regelmäßige Lüften** ein wichtiger Faktor zur Reduktion des Risikos einer Tröpfchen- oder Aerosolübertragung mit dem SARS-CoV-2-Virus. Daher fand dieser Aspekt von Anfang an in den Hygieneplänen für den gesamten Bereich der außerfamilialen Kinderbetreuung Beachtung. Die wöchentlichen Abfragen des KiTa-Registers zeigen, dass nahezu alle Kindertagespflegestellen (durchschnittlich knapp 97%) das regelmäßige Lüften in den Alltag integrieren. Diese hohen Werte lassen sich sowohl für die singular arbeitenden Kindertagespflegepersonen als auch für die Großtagespflegestellen¹⁰ berichten.

Das Desinfizieren etwaiger Kontaktflächen gehörte bereits vor Beginn der Coronapandemie zum Standard der Hygienemaßnahmen im gesamten Kinderbetreuungsbereich, um eine Übertragung gängiger Kinderkrankheiten zu minimieren. Gerade in einem Bereich wie der Kindertagespflege, in dem überwiegend sehr kleine Kinder (bis 3 Jahre) betreut werden und bei dem es daher vermehrt zu Übertragung von Speichel kommen kann, spielt diese Maßnahme zur Reduktion möglicher Infektionen generell eine wichtige Rolle. Die Rückmeldungen aus dem KiTa-Register zeigen bisher, dass das regelmäßige **Desinfizieren von Möbeln, Türgriffen oder Spielzeug** erwartungsgemäß von nahezu allen Kindertagespflegestellen (durchschnittlich über 80% sowohl der singular arbeitenden Kindertagespflegepersonen als auch der Großtagespflegestellen), die diese Frage beantwortet haben, umgesetzt wird.


Im Vergleich hierzu wird das **regelmäßige Temperaturmessen** der zu betreuenden Kinder in geringem Maße durchgeführt. Die bisherigen Rückmeldungen aus dem KiTa-Register hierzu geben für durchschnittlich ca. 20% der singular arbeitenden Kindertagespflegepersonen und der Großtagespflegestellen an, dass diese

¹⁰ Zusammenschluss mehrerer Kindertagespflegepersonen

Maßnahme regelmäßig zum Tragen kommt, wobei die Werte für die Großtagespflegestellen hier im Vergleich geringfügig höher ausfallen.

Neben den genannten Maßnahmen kann für die Großtagespflegestellen zusätzlich die **Gruppentrennung** als effektives Mittel zur Kontaktreduktion eingesetzt werden. Die Daten des KiTa-Registers zeigen, dass lediglich bei durchschnittlich 8% der Großtagespflegestellen, die diese Frage beantwortet haben, eine Trennung der Kindergruppen in verschiedenen Räumen (Kindertagespflegepersonen mit den jeweils vertraglich zugeordneten Kindern) stattfindet. Ergänzend kann hier berichtet werden, dass in der vorliegenden Stichprobe die Großtagespflegestellen aus durchschnittlich zwei Kindertagespflegepersonen und sieben zu betreuenden Kindern bestehen, was insgesamt betrachtet ein vergleichsweise kleines Betreuungssetting darstellt. Betrachtet man differenziert die Rückmeldungen der Großtagespflegestellen, die mehr als zehn Kinder betreuen, so zeigt sich im Vergleich, dass die Maßnahme der Gruppentrennung in dieser Teilgruppe von wesentlich mehr Teilnehmern (durchschnittlich knapp 25%) durchgeführt wird.

Eine Abfrage zur Auslastung der verfügbaren Räume im pädagogischen Alltag zeigt darüber hinaus, dass in der vorliegenden Stichprobe die meisten Großtagespflegestellen (knapp 50%) über drei Räume für die Betreuung der Kinder verfügen (abgefragt wurden hierbei Räume, in denen eine Gruppe von Kindern über mehrere Stunden hinweg betreut werden kann, d. h. keine kleinen Nebenräume). Die durchschnittliche Auslastung der Räume liegt bei über 90%, d. h. bei nahezu allen teilnehmenden Großtagespflegestellen werden alle zur Verfügung stehenden Räume für die Gestaltung des pädagogischen Alltags genutzt. Es ist anzunehmen, insbesondere vor dem Hintergrund des beschriebenen überwiegend kleinen Betreuungssettings der teilnehmenden Großtagespflegestellen, dass eine Kontaktreduktion insgesamt dadurch unterstützt werden kann.



3. 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 Kontaktpersonen der Kategorie 1 aus der Kita und den Haushalten werden von einem RKI-Untersuchungsteam zu Hause besucht. Dort wird ein Mund-Nase-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 vom COALA-Team geschulten Teilnehmenden im Verlauf von zwei Wochen bei sich selbst bzw. bei ihren Kindern viermal die Probenentnahmen eigenständig durch (Mund-Nase-Abstrich, Speichelprobe und Stuhlprobe) und schicken diese Bioproben ans RKI. Außerdem erfolgt eine telefonische Befragung der einbezogenen Haushalte, u. a. zur Symptomatik und Vorerkrankungen.

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

Ende Oktober 2020 begann die Feldphase von COALA. Es fanden mittlerweile Einsätze in 25 Kitas mit einem SARS-CoV-2-Ausbruch verteilt auf neun Bundesländer (Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein) statt.

Bei den ersten 24 Einsätzen umfasst die Stichprobe 342 Kinder und 432 Erwachsene (gesamt $n=774$). Die Untersuchungen in den Hausbesuchen wurden von den teilnehmenden Familien sehr gut angenommen. Es konnte bei nahezu allen Teilnehmenden ein Mund-Nase-Abstrich genommen werden ($n=771$). 710 von 774 Personen haben eine Speichelprobe abgegeben. Eine Blutprobe aus dem Finger konnte bei 710 der 774 Personen entnommen werden. 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 ersten 19 Kitas vor ($n=615$). Die COALA-Teilnehmenden schickten an vier Messzeitpunkten selbst entnommene Proben zurück, der Rücklauf war durchgängig sehr hoch: 89–96% der Mund-Nasen-Abstriche, 84–90% 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 ersten 19 Kitas zeigen, dass etwa ein Viertel der SARS-CoV-2-Infektionen erst nach dem Hausbesuch im weiteren Verlauf entdeckt wurde (vgl. Abbildung 12). Von 23 Fällen bei Kindern wurden 18 im Hausbesuch und fünf im Verlauf der Selbstbeprobung erkannt. Von 36 Fällen bei Erwachsenen wurden 25 im Hausbesuch identifiziert, 11 erst im weiteren Verlauf bei der Selbstbeprobung.

Identifizierte SARS-CoV-2-Infektionen (Kita 1-19)

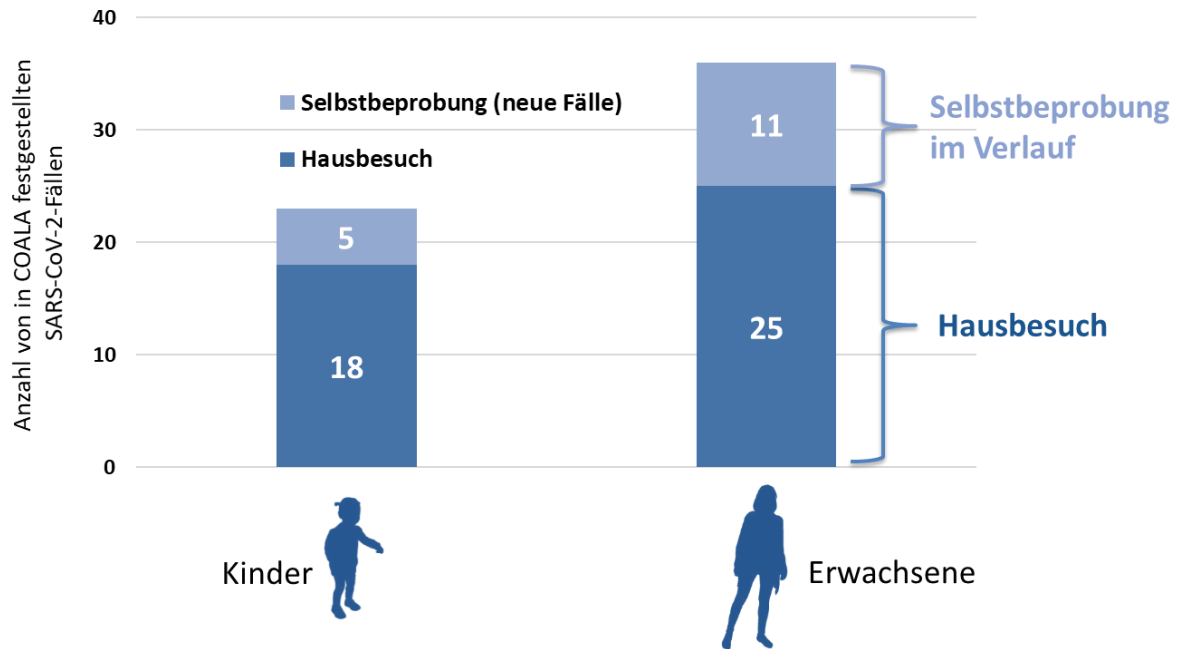


Abbildung 12: Zwischenergebnisse zum Infektionsgeschehen in den Kitas 1–19 (n: 275 Kinder, 340 Erwachsene). Dadurch, dass die Teilnehmenden sich selber bzw. ihre Kinder im Verlauf nach dem Hausbesuch wiederholt über zwölf Tage beproben, konnten zusätzliche SARS-CoV-2-Fälle identifiziert werden.

3.2. Zwischenergebnisse zum Infektionsgeschehen in 19 Kitas

Eine vorläufige erste Auswertung der Kitas 1–19 aus dem Zeitraum Oktober 2020 bis März 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 (sekundäre Fälle), aber in einer Kita konnten bei fünf Personen aus der Kita-Gruppe Ansteckungen festgestellt werden (vgl. Abbildung 13).

Vorläufige Ergebnisse zu sekundären Fällen in Kitas (1-19)

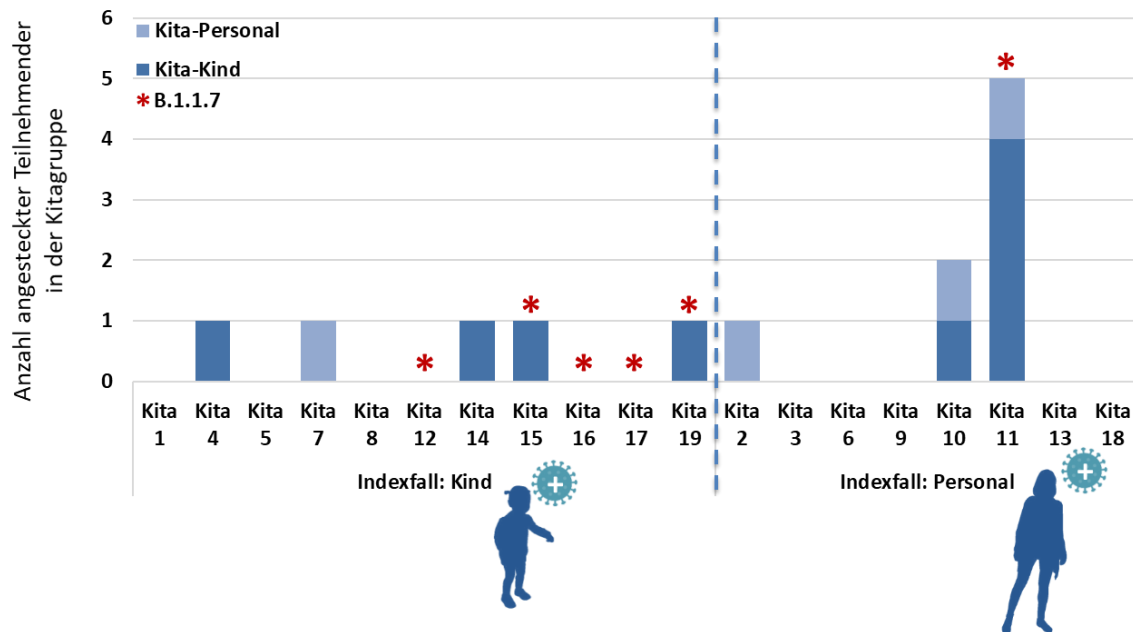


Abbildung 13: In die ersten Auswertungen wurden 11 Kitas mit einem Kind und 8 Kitas mit einem/einer Beschäftigten als Indexfall einbezogen. Die Abbildung zeigt pro rekrutierter Kita-Gruppe, in absoluten Angaben wie viele Übertragungen (sekundäre Fälle) bei den teilnehmenden Kontaktpersonen aus der jeweiligen Gruppe durch die Untersuchungen festgestellt wurden. In den Kitas 11, 12, 15, 16, 17 und 19 konnte die Virus Variante B.1.1.7 nachgewiesen werden. Die Anzahl der Kontaktpersonen variiert zwischen den Kita-Gruppen.

Bei den 11 positiv getesteten Indexfällen unter den Kita-Kindern konnte eine Übertragung von SARS-CoV-2 auf 0–20% der Kontaktpersonen in der Kita beobachtet werden (durchschnittlich 3,7%). Bei den acht positiv getesteten Indexfällen unter den Kita-Beschäftigten wurde eine Übertragung auf 0–42% der untersuchten Kontaktpersonen (durchschnittlich 8,1%) beobachtet. Dabei haben sich Kinder in der Kita-Gruppe seltener mit SARS-CoV-2 angesteckt als Beschäftigte. 5% aller Kontaktpersonen der Kategorie 1 im Kindesalter wurden positiv getestet, ebenso 7,7% 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. Geplant ist die Einbeziehung von 30 Kitas.

Die positiven Fälle in den 19 Kitas wurden durch ein PCR-Mutations-Screening auf die aktuell weit verbreitete besorgniserregende Variante B.1.1.7 (*Variant of Concern*, kurz VOC) untersucht. Bei sechs Infektionsgeschehen konnte diese Variante nachgewiesen werden. Die Übertragungshäufigkeit in den betroffenen Kitas war unterschiedlich (0 bis 5 Übertragungen). Alle positiven Fälle werden im weiteren Verlauf der Studie durch Sequenzierungen auch auf andere 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. Dabei konnte die Studie 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, fünf weitere Kitas in die Studie einzubeziehen.

3.3. Besuch von Bundesfamilienministerin Giffey und Bundesgesundheitsminister Spahn beim COALA-Team im RKI

Familienministerin Franziska Giffey und Gesundheitsminister Jens Spahn haben das Team der COALA-Studie am 25.03.2021 zu einem Informationsaustausch in Berlin besucht.

Professor Lothar H. Wieler und Dr. Thomas Ziese, kommissarischer Leiter der Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring, begrüßten die Gäste auf dem RKI-Hofgelände in Berlin-Tempelhof. COALA-Studienleiterin Professorin Julika Loss erläuterte den aktuellen Stand des Projekts anhand von Postern und stellte erste Zwischenergebnisse vor. Zwei Mitarbeitende des Studienteams beschrieben die Durchführung von PCR-Tests in den teilnehmenden Haushalten und berichteten von den positiven Erfahrungen aus zahlreichen Besuchen in den Familien. Ministerin Giffey und Minister Spahn besichtigten auch das Epidemiologische Zentrallabor, in dem die Trockenblutproben aus den verschiedenen Serostudien (erlauben Rückschlüsse auf die Verbreitung von SARS-CoV-2-Infektionen in der Bevölkerung) am RKI analysiert werden.

In einem abschließenden Statement unterstreicht Familienministerin Dr. Franziska Giffey die Bedeutung der COALA-Studie: *„Vor dem Hintergrund der steigenden Infektionszahlen und der zunehmenden Verbreitung der mutierten Virusvariante B.1.1.7 ist es besonders wichtig, das Infektionsgeschehen und mögliche Ausbrüche in Kitas genau zu beobachten. Mit den durch die COALA-Studie gewonnenen Erkenntnissen werden wir die aktuelle Situation viel besser einschätzen können.“*

Gesundheitsminister Jens Spahn ergänzt: *„Die Pandemie ist für viele eine schwierige Zeit, [...] ein Sechsjähriger, eine Sechsjährige hat jetzt ein Sechstel des Lebens in der Pandemie verbracht – das prägt. Deswegen bin ich sehr dankbar, dass wir gemeinsam mit dem Familienministerium als Gesundheitsministerium mit dem RKI und dem Deutschen Jugendinstitut schon seit Monaten eine Studie machen, weil natürlich von Anfang an die Frage da war [...]: Was macht dieses Virus in den Kitas? [...] Wie finden Ansteckungen statt und vor allem auch: Wie können wir mit diesen Erkenntnissen dann bessere Schutzkonzepte entwickeln? Wer Kitas nicht schließen will, muss sie schützen – und dafür braucht es gute Konzepte.“*

Beide Ministerien berichteten im Anschluss an den Termin auf ihren Internetseiten und Social-Media-Kanälen zur COALA-Studie. Ein kurzer Film ist auf den Seiten des BMFSFJ abrufbar: <https://www.bmfsfj.de/bmfsfj/aktuelles/alle-meldungen/franziska-giffey-zum-infektionsgeschehen-in-kitas-176946>



Abbildung 14: Studienleiterin Prof. Dr. Julika Loss (rechts) stellt Ziele und erste Ergebnisse der COALA-Studie vor. Foto: © Nils Hasenau



Abbildung 15: Der Leiter des Epidemiologischen Zentrallabors, PD Dr. Martin Schlaud (rechts), erläutert das Vorgehen bei der Auswertung der Trockenblutproben. Foto: © Nils Hasenau



Abbildung 16: RKI-Präsident Prof. Dr. Lothar H. Wieler im Gespräch mit Bundesministerin Franziska Giffey. Foto: © Nils Hasenau



Abbildung 17: Der Besuch begutachtet die kindgerechten Materialien, mit denen die COALA-Studententeams Familien in ihrem Zuhause besuchen. Foto: © Nils Hasenau

4. Ergebnisse aus den Surveillancesystemen des RKI

4.1. 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 1).

Tabelle 1: 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

4.2. Angaben zur Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen aus GrippeWeb

4.2.1. 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). Es ist zu beachten, dass ab diesem Monatsbericht die ARE-Werte von 2020/21 im Vergleich zu den Jahren vor Beginn der Pandemie (2016-2019) dargestellt werden.

4.2.2. Aktuelles Bild

Die seit Anfang Februar 2021 ansteigende ARE-Aktivität bei den 0- bis 5-Jährigen hielt bis Mitte März an und nahm danach wieder ab (vgl. Abbildung 18). Dies ist vermutlich auf den gestiegenen Anteil an Kindern in der Kindertagesbetreuung nach dem Ende des zweiten Lockdowns und den damit verbundenen vermehrten Übertragungsfördernden Kontakten für Atemwegserreger im Allgemeinen zurückzuführen. Bei den 6- bis 10-Jährigen setzte dieser Trend etwa vier Wochen später ein, was vermutlich mit der zeitlich verzögerten Schulöffnung zusammenhängt. Auf den Rückgang seit Mitte März 2021 hatten wahrscheinlich die Osterferien einen Einfluss. In der aktuellen Berichtswoche (KW 15) ist wieder ein leichter Anstieg der ARE-Inzidenz bei den 0- bis 5-Jährigen zu erkennen. Womöglich beruht dies auf der Rückkehr der Kinder nach den Ferien in



die Kindertagesbetreuung. In KW 15 wurden wöchentlich rund 303.000 neu aufgetretene Atemwegserkrankungen bei Kindern im Alter von 0 bis 5 Jahren geschätzt. Das entspricht einer Inzidenz von rund 6.400 ARE pro 100.000 (oder 6,4% der Kinder in diesem Alter). Im Vergleich dazu wurden in den Jahren vor Beginn der Pandemie rund doppelt so viele ARE bei Kindern geschätzt (rund 623.000 ARE). Etwa eins von sechs Kindern im Alter von 0 bis 5 Jahren wurde in KW 15 ärztlichem Personal wegen einer ARE vorgestellt. Nach wie vor befinden sich die Werte aller Altersgruppen deutlich unter den Werten der Jahre vor der Pandemie, was höchstwahrscheinlich auf die Einhaltung der kontaktreduzierenden Maßnahmen zurückzuführen ist.

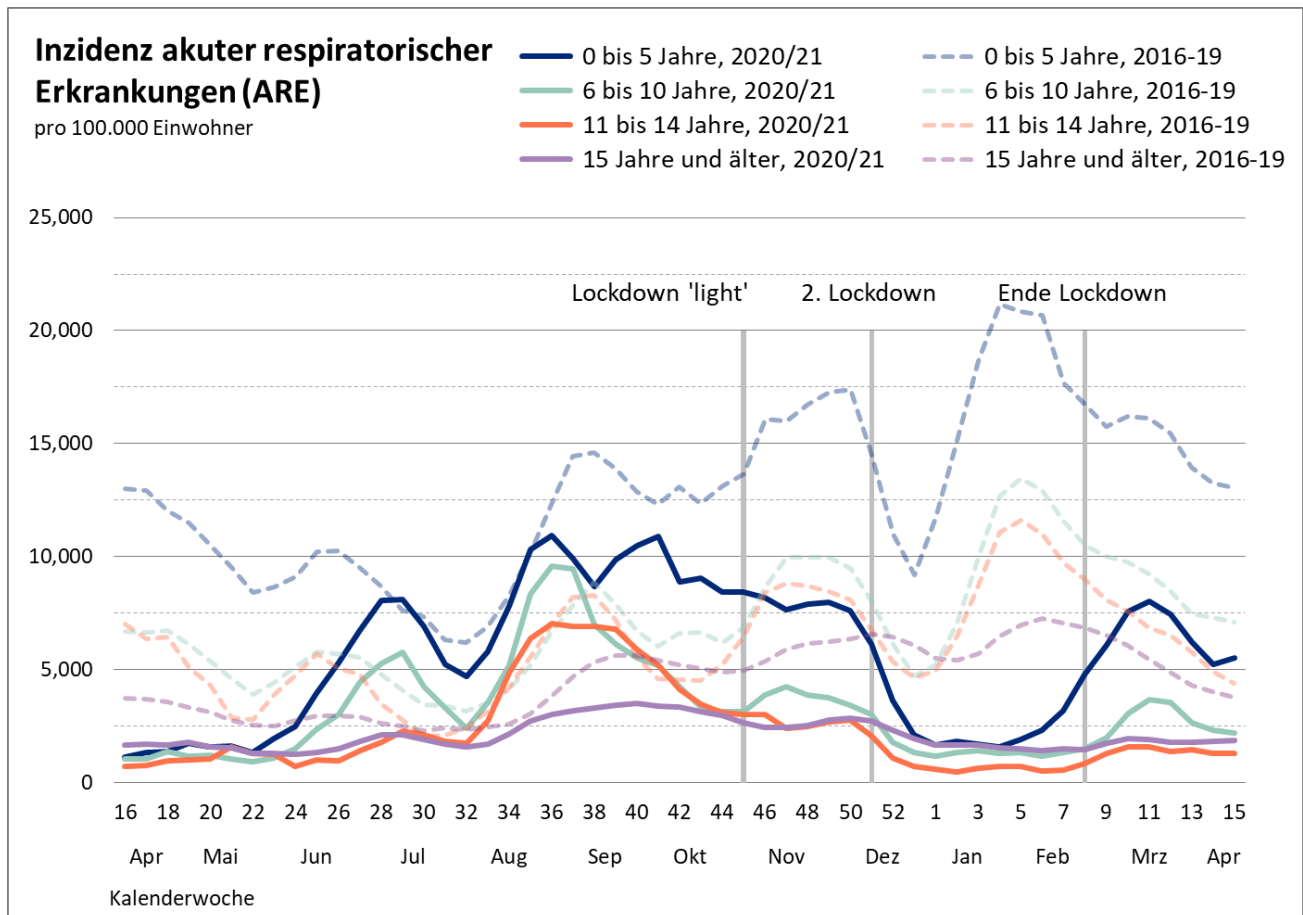


Abbildung 18: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten Inzidenzen akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) im zeitlichen Verlauf nach Kalenderwoche und nach Altersgruppe (Anzahl ARE pro 100.000 Einwohner) für die Jahre 2020/21 im Vergleich zu den Jahren 2016-2019. Es wurde jeweils ein gleitender 3-Wochen-Mittelwert verwendet. Für Jahre ohne KW 53 wurde ein Mittelwert aus KW 52 und KW 1 gebildet.

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

4.3.1. 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 850 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 Arztsinformationssystemen 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). Ab diesem Monatsbericht werden die SEED^{ARE}-Daten von 2020/21 ebenfalls im Vergleich zu den Jahren vor der Coronapandemie (2016-2019) dargestellt.

4.3.2. Aktuelles Bild

Der Verlauf der ARE-Aktivität spiegelt sich auch in den registrierten Meldungen an Arztkonsultationen aufgrund von ARE wider. Die Werte der ARE-Konsultationsinzidenz stiegen bei den unter 10-Jährigen von Mitte Februar bis Mitte März an, wobei auch hier der Anstieg bei den 0- bis 5-Jährigen am stärksten ausgeprägt war (vgl. Abbildung 19). Die geringeren Arztbesuche um Ostern zeichneten sich deutlich in KW 13–14 ab. Zuletzt nahmen die Arztkonsultationen bei den 0- bis 5-Jährigen wieder leicht zu. In KW 15 lag die ARE-Konsultationsinzidenz bei Kindern im Alter von 0 bis 5 Jahren bei rund 2.500 Arztkonsultationen pro 100.000 Kinder. Auf die Bevölkerung in dieser Altersgruppe hochgerechnet entspricht das rund 118.000 Arztbesuchen wegen ARE. In den Jahren vor der Pandemie wurden zu diesem Zeitpunkt 1,5-mal mehr Arztkonsultationen bei der jüngsten Altersgruppe registriert, nämlich rund 3.700 Arztkonsultationen pro 100.000 Kinder (ca. 175.000 Arztbesuche).

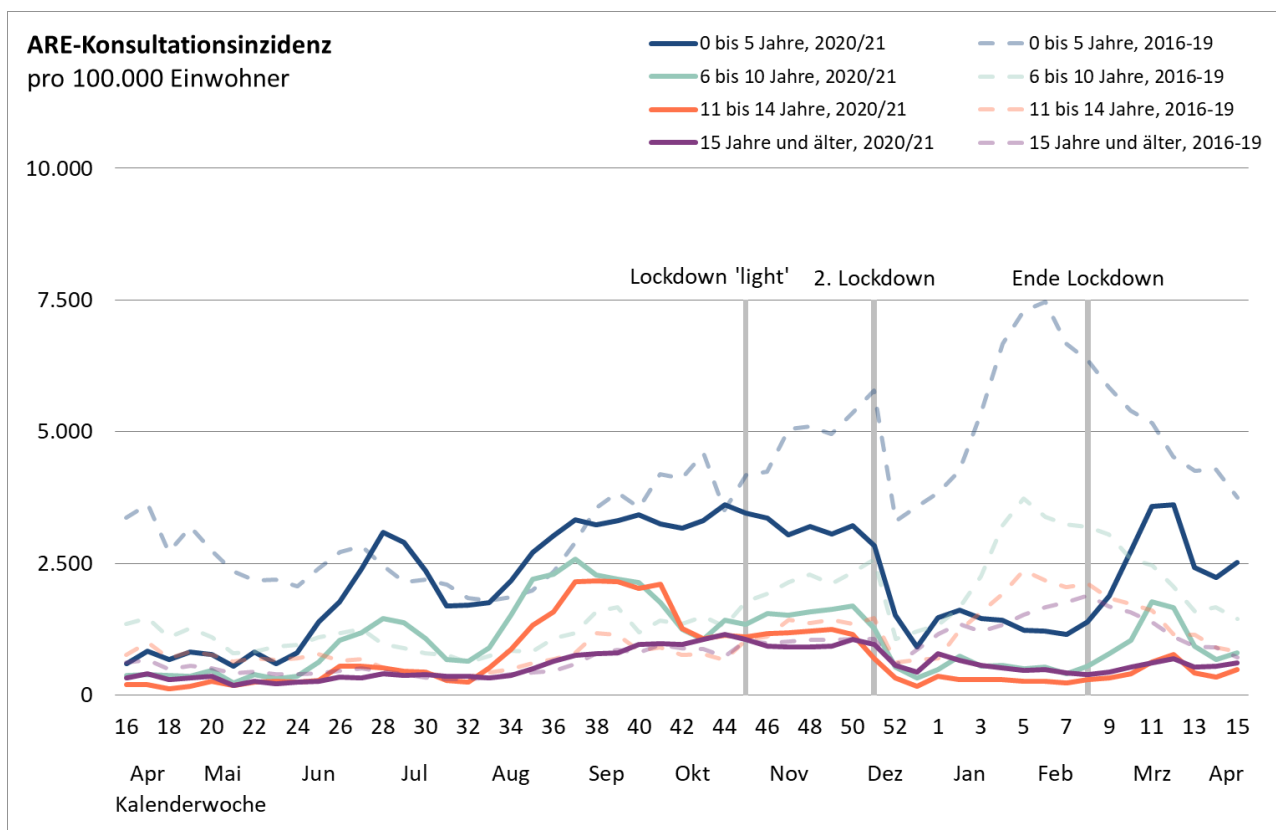
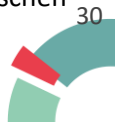


Abbildung 19: Anzahl der Konsultationen mit Diagnosecodes J00 – J22, J44.0 und B34.9 (Akute Infektionen der Atemwege) nach Kalenderwoche und nach Altersgruppe pro 100.000 Einwohner für die Jahre 2020/21 im Vergleich zu den Jahren 2016-2019. Für Jahre ohne KW 53 wurde ein Mittelwert aus KW 52 und KW 1 gebildet.

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

4.4.1. 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).

4.4.2. Aktuelles Bild

Bis zum 19.04.2021 wurden seit Beginn der COVID-19-Pandemie 91.413 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 2,9% (Bevölkerungsanteil: 5,7%).

Etwa seit KW 6 (08.02.–14.02.2021) ist die Inzidenz in allen dargestellten Altersgruppen der Kinder und Jugendlichen rasch angestiegen, zwischenzeitlich nur unterbrochen von den Osterferien und verläuft parallel mit dem zunehmenden Auftreten der Variante VOC B.1.1.7 (vgl. Abbildung 20). Der erneute Anstieg der Meldeinzidenz nach den Osterferien ist besonders stark bei den Jugendlichen ausgeprägt, die aktuell (KW 15) über dem Niveau von vor Ostern liegen. Im Vergleich dazu nahm die Inzidenz der 0- bis 5-jährigen COVID-19-Fälle etwas geringfügiger zu und setzte auch erst etwa zwei Wochen später ein. Sie befindet sich aktuell unter dem Niveau der Ostervorwoche. In KW 15 wurden 6.148 Fälle im Alter von 0 bis 5 Jahren übermittelt, das entspricht einer Inzidenz von 130/100.000. Die Inzidenz der 6- bis 10-Jährigen betrug 191/100.000, die der 11- bis 14-Jährigen lag bei 197/100.000 und die 15- bis 20-Jährigen hatten eine Inzidenz von 264/100.000. Im Vergleich dazu lag die Inzidenz der Fälle im Alter von 21 Jahren und älter bei 158/100.000. Die Inzidenz ist in allen Altersgruppen der Kinder und Jugendlichen höher als in der zweiten Welle.

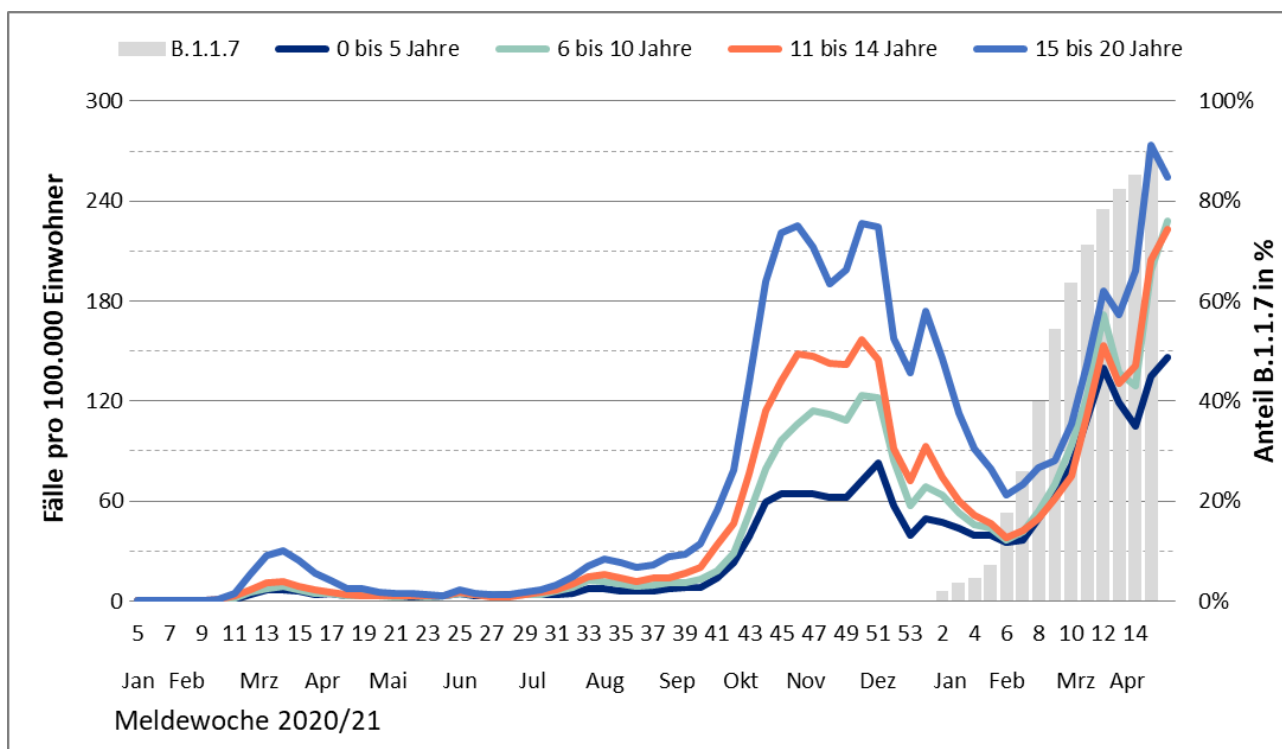


Abbildung 20: Anzahl der übermittelten COVID-19-Fälle pro 100.000 Einwohner nach Altersgruppe und Meldewoche sowie der Anteil von VOC B.1.1.7 (Datenstand: 19.04.2021, 0:00 Uhr; RKI (2)).

Ein ähnlicher Verlauf ist auch bei der Betrachtung der Anteile pro Altersgruppe an allen übermittelten Fällen zu erkennen. Während bei den unter 10-Jährigen eine kurzfristige Abnahme um Ostern zu erkennen war, stieg der Anteil der Jugendlichen kontinuierlich weiter an (vgl. Abbildung 21). In KW 15 (12.04.–18.04.2021) waren 4,5% aller COVID-19-Fälle zwischen 0 und 5 Jahre alt. Ihr Anteil befindet sich damit unter dem Bevölkerungsanteil von 5,7%. Die Anteile der älteren Kinder und Jugendlichen befinden sich dagegen über ihrem jeweiligen Anteil an der Gesamtbevölkerung. Der Anteil der 6- bis 10-Jährigen befindet sich aktuell bei

5,1% (Bevölkerungsanteil (Bev.): 4,4%), der der 11- bis 14-Jährigen erreichte 4,3% (Bev.: 3,6%) und der Anteil der 15- bis 20-jährigen COVID-19-Fälle lag bei 9,3% (Bev.: 5,8%).

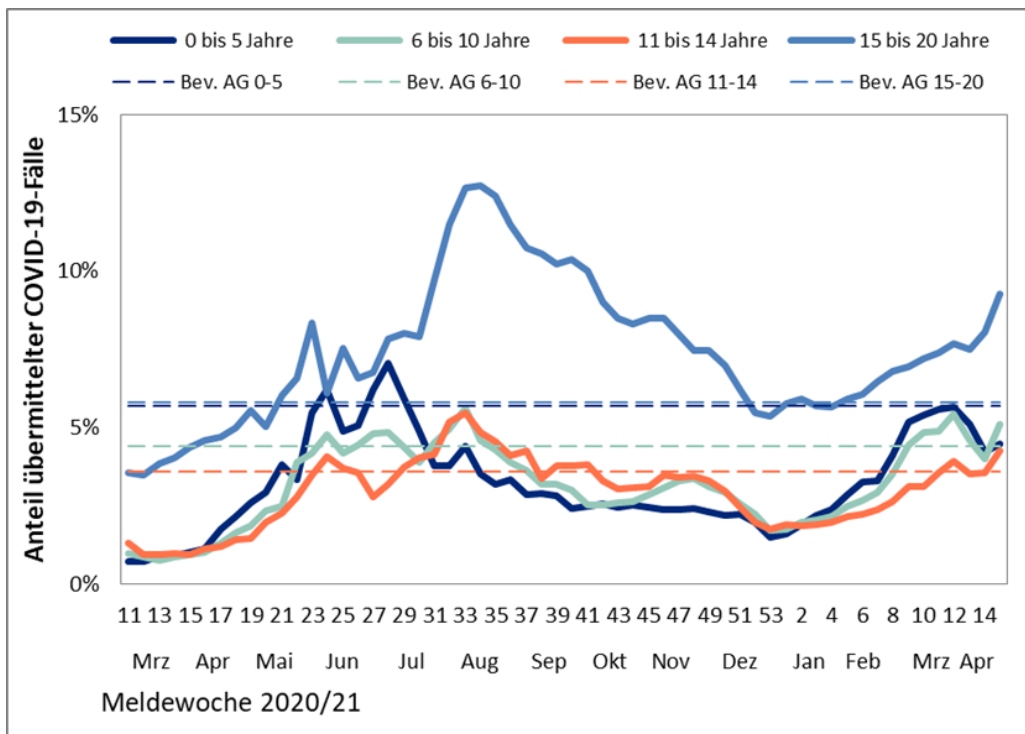


Abbildung 21: Darstellung des Anteils der übermittelten COVID-19-Fälle nach Altersgruppe und Meldewoche. Als gestrichelte Linien sind die jeweiligen Bevölkerungsanteile der Altersgruppen (AG) eingezeichnet. Aufgrund der geringen Fallzahlen zu Beginn wird der Anteil erst ab KW 11 dargestellt (Datenstand: 19.04.2021, 0:00 Uhr).

Bisher wurde für 2,9% (1.997/69.133) der COVID-19-Fälle im Alter von 0 und 5 Jahren übermittelt, dass sie in ein Krankenhaus eingewiesen wurden, davon mussten 1,8% auf einer Intensivstation behandelt werden (28/1.547). Es wurden bislang acht COVID-19-Todesfälle bei den 0- bis 5-Jährigen übermittelt, von denen bisher sechs validiert sind (0,01%; n=90.999).¹¹

4.4.3. 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 Haushalt)¹² 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.

Bis Mitte April 2021 (KW 15) wurden bisher insgesamt 2.639 Ausbrüche mit Infektionsumfeld „Kindergarten, Hort“ an das RKI übermittelt, denen 17.278 Fälle zugeordnet wurden. Vor Ostern gab es einen steilen Anstieg an neu übermittelten Kita/Hort-Ausbrüchen, der das Niveau vom Herbst 2020 deutlich überstieg. Vermutlich ist auch dieser Effekt auf eine bessere Übertragbarkeit der VOC B.1.1.7 auch in der Altersgruppe der Kinder zurückzuführen. Ab Mitte März kam es zu einem raschen Rückgang (vgl. Abbildung 22). Dieser hängt sehr

11 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.

12 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.

wahrscheinlich mit den Osterferien zusammen. Aktuell befinden sich die Ausbrüche wieder auf einem ähnlich hohen Niveau wie im Herbst 2020. In den beiden ersten Aprilwochen wurden rund 100 neue Kita/Hort-Ausbrüche pro Woche übermittelt. Aufgrund der steigenden Meldeinzidenzen ist anzunehmen, dass sich dies auch auf die Anzahl an Ausbrüchen in Kitas auswirken wird. 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 die Ausnahme, wurden aber häufiger. Im Median kommen vier COVID-19-Fälle pro Ausbruch vor. Im Februar und März erhöhte sich die mediane Ausbruchgröße leicht auf fünf Fälle pro Ausbruch. In 83% 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 stetig zu. Seit dem Ende des zweiten Lockdowns (KW 8; 22.02.–28.02.2021) waren knapp 45% der übermittelten Kita-Ausbruchsfälle im Alter von 0 bis 5 Jahren. Im Vergleich dazu lag ihr Anteil während der zweiten Welle (KW 40–51) bei ca. 35%. Dies könnte möglicherweise ein Effekt der zunehmenden Impfung von Erzieherinnen und Erziehern sein, die genaue Entwicklung der Impfquoten unter Kita-Beschäftigten ist jedoch nicht bekannt. Als alternative Erklärung kommt in Betracht, dass VOC B.1.1.7 unter Kindern leichter übertragen wird als zuvor der Wildtyp.

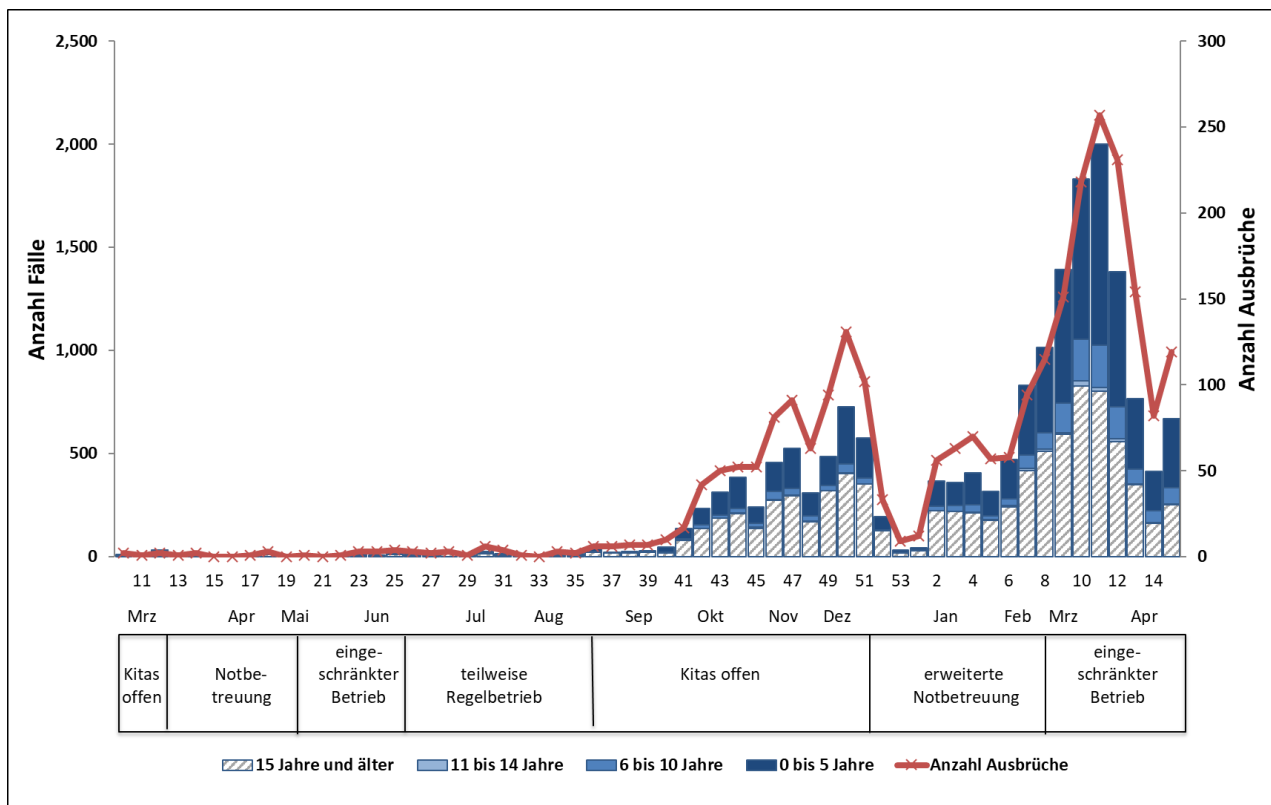


Abbildung 22: Anzahl der übermittelten COVID-19-Ausbrüche mit Infektionsumfeld "Kindergarten, Hort" (n = 2.639) nach Meldewoche und Anzahl der Fälle nach Altersgruppe. Die Erfassung von COVID-19-Ausbrüchen erfolgt mit einer gewissen Verzögerung. Daher können insbesondere die Angaben in den letzten 1–2 Wochen noch unvollständig sein (Datenstand: 26.04.2021, 0:00 Uhr).

Von allen Ausbrüchen, bei denen Kinder im Alter von 0 bis 5 Jahre beteiligt waren, wurden 14% 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 Zusatzinformation¹³, dass der Fall bzw. die infizierte Person dort betreut wurde, wurde bisher bei 4.009 Fällen im Alter von 0 bis 5 Jahren angegeben. Bei Fällen im Alter von 15 Jahren und älter wurden für 5.030 Fälle angegeben, dass sie in einer Kita tätig sind und sich dort wahrscheinlich infiziert haben. Von diesen 5.030 Fällen wurden 2.996 Fälle als „Erzieher/-in, Betreuer/-in“ übermittelt und 1.297 Fälle als „sonstiges Personal“. Für 737 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.

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

4.5.1. Hintergrund

Mit Datenstand 20.04.2021 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.

4.5.2. Aktuelles Bild

Zum Ende des zweiten Lockdowns kam es Mitte Februar 2021 zu einem sehr raschen Anstieg an auf SARS-CoV-2 getesteten Kindern und Jugendlichen pro Woche (vgl. Abbildung 23). Dieser Anstieg wurde durch die Osterfeiertage gestoppt und führte zu einer sehr deutlichen Abnahme an PCR-Testungen, was vermutlich u. a. auf geschlossene Arztpraxen zurückzuführen ist. Seit KW 14 (05.03.–11.03.2021) ist wieder ein ansteigender Verlauf bei allen Altersgruppen zu erkennen. Dieser hängt wahrscheinlich mit der Testung der Kinder vor Besuch der Kita oder Schule zusammen. Weiterhin ist zu beobachten, dass sehr viel mehr Kinder im Alter von 0 bis 5 Jahren getestet werden als ältere Kinder und Jugendliche (6–14 Jahre). Zugleich ist jedoch der Anteil der SARS-CoV-2-positiv getesteten 6- bis 14-Jährigen deutlich höher als der der 0- bis 5-Jährigen (vgl. Abbildung 24). Hier zeigt sich, dass die stärker zunehmenden Fallzahlen bei älteren Kindern und Jugendlichen im Vergleich zur jüngsten Altersgruppe vermutlich nicht auf eine vermehrte PCR-Testung zurückzuführen sind. Es ist hier aber auch die vermehrte Anwendung von Antigen-Tests in den Schulen zu berücksichtigen, die möglicherweise einen Einfluss auf die Testzahlen in dieser Altersgruppe hat. Während der Positivenanteil bei den älteren Kindern und Jugendlichen weiterhin stark ansteigend ist, war bei den 0- bis 5-Jährigen zuletzt eine leichte Abnahme zu erkennen. In der aktuellen Berichtswoche (KW 15; 12.04.–18.04.2021) wurden Daten zu 24.720 getesteten 0- bis 5-Jährigen übermittelt (522 getestete Personen/100.000 Kinder), von denen 2.043 SARS-CoV-2-positiv waren. Das entspricht 8,3%. Bei den 6- bis 10-Jährigen waren 17% der in KW 15 getesteten Kinder SARS-CoV-2-positiv und bei den 11- bis 14-Jährigen waren es 23%. Es ist zu beachten, dass es sich hierbei um getestete Personen einer Teilmenge und nicht um eine Vollerfassung handelt.

13 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.

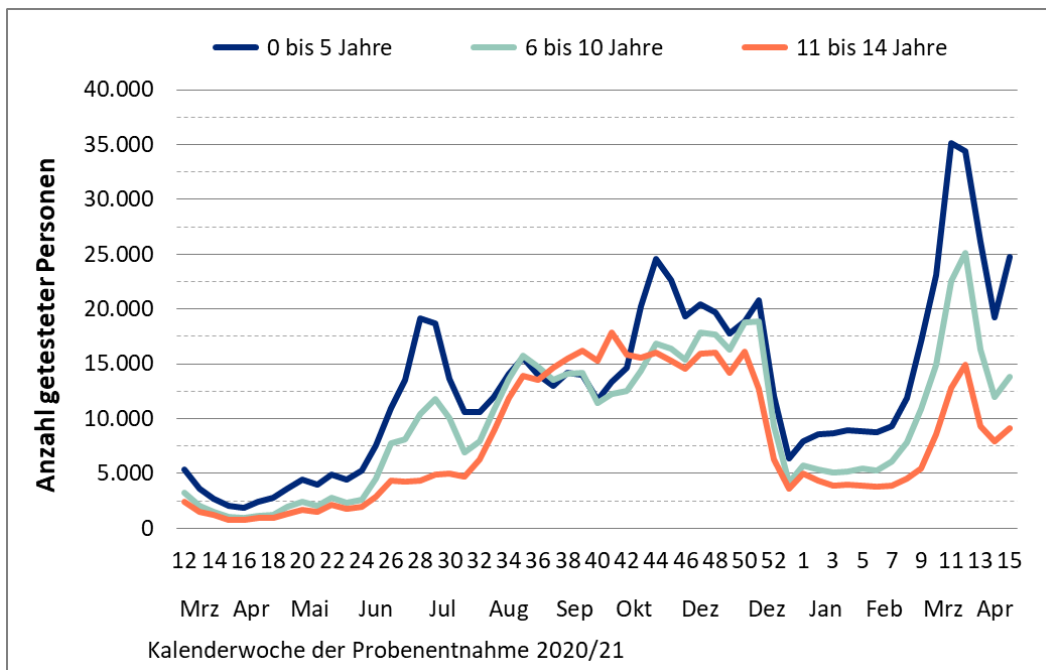


Abbildung 23: Anzahl der Personen mit SARS-CoV-2-PCR-Testung nach Altersgruppe und Kalenderwoche der Probenentnahme, laborbasierte Surveillance SARS-CoV-2 (Datenstand 20.04.2021).

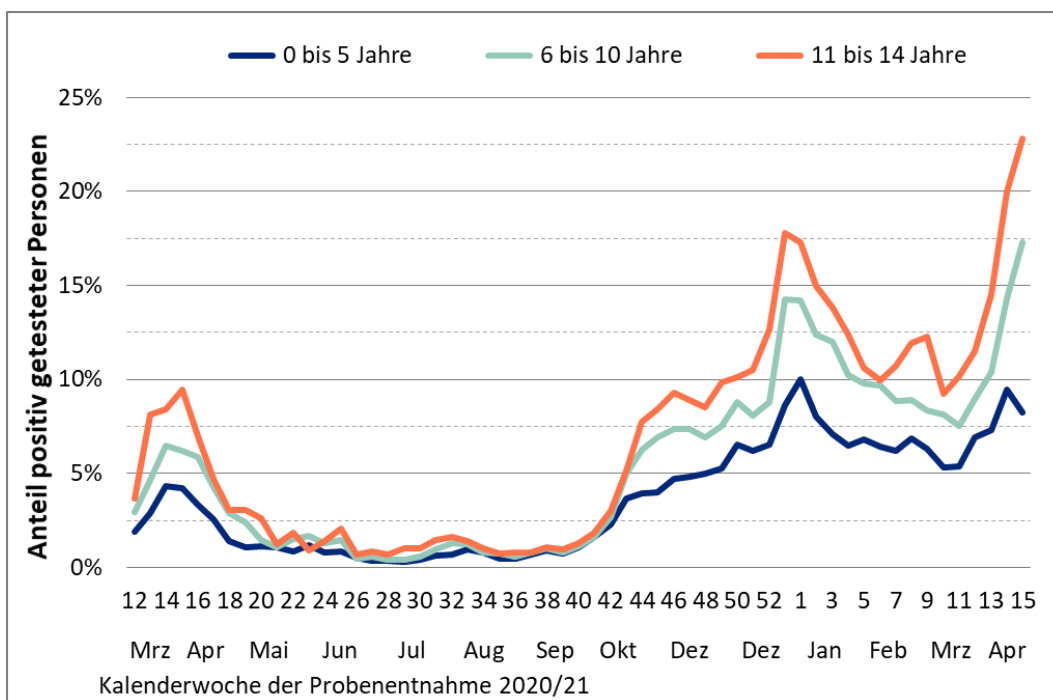


Abbildung 24: Anteil der Personen mit positiver SARS-CoV-2-PCR-Testung nach Altersgruppe und nach Kalenderwoche der Probenentnahme, laborbasierte Surveillance SARS-CoV-2 (Datenstand 20.04.2021).

4.6. 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](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 2021-04-21.pdf? blob=publicationFile](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/DESH/Bericht_VOC_2021-04-21.pdf?blob=publicationFile).

5. 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 einsetzte als bei den Schließungen aufgrund von Verdachts- oder Infektionsfällen (vgl. Abbildung 25). Auffällig ist, dass sich das Verhältnis der Zahl der übermittelten Kita-/Hort-Ausbrüche zur Zahl der Gruppen- bzw. Einrichtungsschließungen über die Zeit verändert hat. Während der Anteil an Schließungen in der dritten Welle ungefähr auf demselben Niveau liegt, welches auch während der zweiten Welle beobachtet werden konnte, überstiegen die übermittelten Kita/Hort-Ausbrüche im Frühjahr 2021 deutlich das Niveau vom Herbst 2020. 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 einzelne Gruppen betrafen und dass der Anteil der Gruppenschließungen an allen Schließungen im Vergleich zum Herbst 2020 zugenommen hat. In der aktuellen Berichtswoche (KW 15 2021) gaben 4,7% der teilnehmenden Kitas an, eine Gruppen- oder Einrichtungsschließung aufgrund von Verdachts- oder Infektionsfällen vorgenommen zu haben. Das entspricht 274 Einrichtungen. Ein Großteil dieser Schließungen betraf nur einzelne Kita-Gruppen (85%). In derselben Woche wurden bisher 119 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.



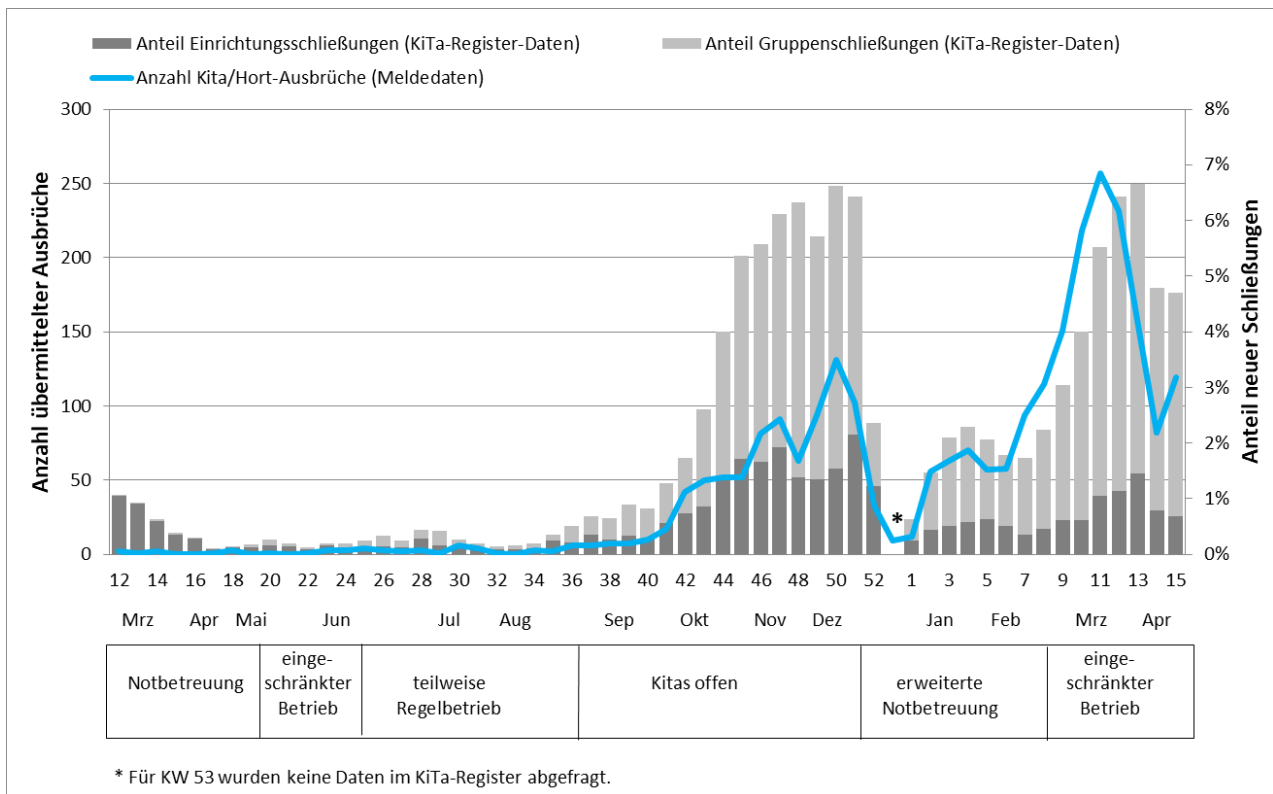


Abbildung 25: Anzahl der an das RKI übermittelten Kita/Hort-Ausbrüche (mit mindestens zwei bestätigten COVID-19-Infektionen; blaue Linie) und Anteil neuer Gruppen- und Einrichtungsschließungen aufgrund eines Verdachts- oder Infektionsfalls (graue Balken), die mit dem KiTa-Register des DJI erfasst werden. 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.