

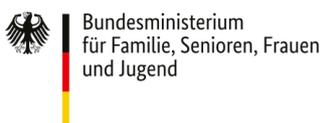
Monatsbericht der Corona-KiTa-Studie

Ausgabe 06/2021
September 2021
Veröffentlicht am 07.10.2021

Zitiervorschlag: Autorengruppe Corona-KiTa-Studie (2021). *Monatsbericht September der Corona-KiTa-Studie (Ausgabe 06/2021)*. München 2021: DJI, online verfügbar unter: <https://corona-kita-studie.de/monatsberichte-der-corona-kita-studie>.

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:



Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| 1. Modul CoKiss: Ergebnisse aus der Online-Kurzbefragung „Kinderbetreuung in Deutschland“ | 7 |
| 1.1. Die Betreuungssituation von Kindern im Alter von 0 Jahren bis zum Schuleintritt von November 2020 bis Ende August 2021 | 7 |
| 1.2. Bewegungs- und Spielmöglichkeiten von Kindern zwischen 0 Jahren und dem Schuleintritt während der Pandemie..... | 8 |
| 1.3. Quellen | 10 |
| 2. Modul KiTa-Register: Ergebnisse zu den derzeitigen Betreuungskapazitäten des KiTa-Registers | 11 |
| 2.1. Aktuelles Öffnungsgeschehen in Kindertageseinrichtungen..... | 12 |
| 2.2. Anteile betreuter Kinder und Personaleinsatz in den Kindertageseinrichtungen | 12 |
| 2.3. Aktuelles Öffnungsgeschehen in der Kindertagespflege..... | 15 |
| 2.4. Verdachts- und Infektionsfälle sowie pandemiebedingte Schließungen in Kindertagespflegestellen.... | 16 |
| 2.5. Quellen | 17 |
| 3. Impfquote des pädagogischen Personals in Kindertageseinrichtungen | 17 |
| 3.1. Entwicklung der Impfquote | 17 |
| 3.2. Quellen | 19 |
| 4. Ergebnisse aus der CoKiss-Vertiefungsbefragung zum Immunitätsstatus von pädagogischem Personal und Eltern öffentlich betreuter Kinder..... | 20 |
| 4.1. Immunitätsstatus bei pädagogischem Personal im Zeitraum März 2021 bis Juli 2021 | 20 |
| 4.2. Immunitätsstatus bei Eltern von Kita-Kindern im Zeitraum März 2021 bis Juli 2021..... | 23 |
| 4.3. Immunitätsstatus und Angst vor Ansteckung mit dem Coronavirus | 24 |
| 4.4. Quellen | 25 |
| 5. Modul CATS: Ergebnisse aus den Surveillancesystemen des RKI..... | 27 |
| 5.1. Begriffsklärung und Bevölkerungszahlen | 27 |
| 5.2. Angaben zur Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen aus dem GrippeWeb | 27 |
| 5.3. Meldungen des Sentinels zur elektronischen Erfassung von Diagnosecodes akuter respiratorischer Erkrankungen (SEED ^{ARE})..... | 28 |
| 5.4. Übermittelte Fälle von COVID-19 gemäß Infektionsschutzgesetz (Meldedaten) | 29 |
| 5.5. Ergebnisse der laborbasierten SARS-CoV-2-Surveillance | 34 |
| 5.6. Quellen | 36 |
| 5.7. Abbildungen der Surveillancesysteme im Überblick..... | 37 |
| 6. Module KiTa-Register und CATS: Vergleich der Kita-Schließungen aus dem KiTa-Register mit den gemeldeten Kita/Hort-Ausbrüchen aus den Meldedaten | 38 |

Highlights

Modul CoKiss: Ergebnisse aus der Online-Kurzbefragung „Kinderbetreuung in Deutschland“

- Die Betreuungssituation der Kinder unterlag über den gesamten Studienzeitraum hinweg Schwankungen. Seit Anfang März 2021 verblieb der prozentuale Anteil der aufgrund der Pandemie und des Infektionsgeschehens nicht öffentlich betreuten Kinder, die allerdings grundsätzlich einen Platz in einer Kindertagesbetreuung haben, auf niedrigem Niveau.
- Trotz phasenweiser Einschränkungen aufgrund der Pandemie, stellten gemeinsame Spaziergänge oder andere Unternehmungen an der frischen Luft einen festen Bestandteil des Alltags vieler Familien dar (von Anfang März bis Ende August 2021 stets rund 90%). Überdies zeigten Kinder im Schnitt ein geringeres Ausmaß überaktiven Verhaltens, wenn für sie mehr Möglichkeiten bestanden, rauszugehen und sich zu bewegen.

Modul KiTa-Register: Ergebnisse zu den derzeitigen Betreuungskapazitäten

- Im aktuellen Berichtszeitraum KW 33 bis KW 37 (16.08.–19.09.2021) endeten die Sommerferien in allen Bundesländern. Entsprechend steigen die Inanspruchnahmequote und der Anteil des eingesetzten Personals. Ersteres erreicht in den Kindertageseinrichtungen bundesweit einen Wert von ca. 86%.
- Der Anteil des coronabedingt nicht oder nur mittelbar einsetzbaren Personals liegt trotz deutlich steigender Inzidenzen bei 4% (KW 37, 13.09.–19.09.2021). Insgesamt werden 88% des Personals wieder unmittelbar am Kind eingesetzt.
- Wie bei den Kitas steigt auch die Inanspruchnahmequote in der Kindertagespflege tendenziell wieder an und erreicht 85% (KW 37, 13.09.–19.09.2021). Die Werte bei den gemeldeten SARS-CoV-2-Infektionen (bei der Kindertagespflegeperson selbst, Mitgliedern ihres Haushaltes, bei den betreuten Kindern oder deren Eltern) nehmen mit durchschnittlich 3,6 pro Woche im aktuellen Berichtszeitraum KW 33 bis KW 37 (16.08.–19.09.2021) ebenfalls zu.

Ergebnisse aus dem KiTa-Register und der Vertiefungsbefragung (CoKiss) zum Immunitätsstatus von Eltern und pädagogischem Personal

- Der Anteil des pädagogischen Personals mit mindestens einer Impfung gegen COVID-19 steigt nach den Daten des KiTa-Registers weiterhin kontinuierlich und liegt in KW 37 (13.09.–19.09.2021) bei 86,5%.
- Der Unterschied in den Impfquoten zwischen Ost- und Westdeutschland sowie zwischen den einzelnen Bundesländern nimmt nach den Daten des KiTa-Registers tendenziell ab. In der KW 37 (13.09.–19.09.2021) beträgt der Unterschied noch 13,6 Prozentpunkte.
- Laut CoKiss-Umfrage liegt der Anteil des von COVID-19 genesenen Personals in Kindertageseinrichtungen zwischen März und Juni 2021 zwischen 5,9% und 8,6% des teilnehmenden pädagogischen Personals.
- Eltern berichten weit weniger Angst, sich in einer Kindertagesstätte mit COVID-19 zu infizieren, als das pädagogische Personal. Die häufigere Umsetzung der geltenden Schutz- und Hygienemaßnahmen geht mit einer niedrigeren Angst des pädagogischen Personals, sich in der Kindertageseinrichtung mit COVID-19 zu infizieren, einher.

Modul CATS: Ergebnisse aus den Surveillancesystemen des RKI

- Insgesamt befand sich die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE) bei Kindern im Alter von 0 bis 5 Jahren im September 2021 auf einem ähnlichen Niveau wie in den Jahren vor Beginn der Pandemie (2016–2019). Die Zahl der registrierten Meldungen an Arztbesuchen wegen ARE ist bei den 0- bis 5-Jährigen hingegen seit Juni 2021 deutlich höher als in den Jahren 2016–2019. So wurden in KW 37 mit 220.000 Arztkonsultationen rund 1,6-mal mehr Arztbesuche wegen ARE registriert als in den Jahren vor Beginn der Pandemie.
- Die Melde-Inzidenz bei Kindern im Alter von 0 bis 5 Jahren nahm von Juli 2021 bis Anfang September 2021 sehr deutlich zu. Während die 0- bis 5-Jährigen nur leicht das Höchstniveau der zweiten Welle (Herbst 2020) überstiegen, lagen die Inzidenzen der 6- bis 14-Jährigen stärker darüber und erreichten zum Teil sogar die Höchstwerte der dritten Welle (Frühjahr 2021). Trotz eines leichten Rückgangs der Melde-Inzidenz seit Mitte September 2021 befinden sich die Inzidenzen der Kinder und Jugendlichen weiterhin auf einem hohen Niveau.
- Ähnlich verhielt sich der Anteil der SARS-CoV-2-positiv getesteten Proben (Positivenanteil) aus 76 Laboren, deren Auswertungen im Rahmen der Laborbasierten Surveillance SARS-CoV-2 direkt ans RKI gemeldet wurden: Mitte September 2021 betrug der Positivenanteil bei Kindern im Alter von 0 bis 5 Jahren 6,5%. Die Positivenanteile der älteren Kinder befanden sich mit 13,2% bei den 6-bis 10-Jährigen und mit 15,9% bei den 11- bis 14-Jährigen weiterhin auf einem deutlich höheren Niveau.
- Die Zahl der hospitalisierten COVID-19-Fälle unter den 0- bis 14-jährigen Fällen nahm seit Juli 2021 wieder zu. Bei den 0- bis 5-Jährigen war hierbei die stärkste Zunahme zu beobachten. Der Anteil der hospitalisierten Fälle unter den gemeldeten COVID-19-Fällen im Alter von 0 bis 5 Jahren blieb hingegen seit Juli 2021 – der von VOC Delta dominierten Phase – relativ konstant bei 4% und lag damit im gleichen Bereich wie 2020. Insgesamt ist die Zahl der im gesamten Pandemieverlauf hospitalisierten Kinder im Alter von 0 bis 5 Jahren mit rund 3.100 Fällen (2,7%) im Vergleich zu anderen Altersgruppen klein.
- Die Zahl der übermittelten Kita-/Hort-Ausbrüche nahm von Mitte August 2021 bis Anfang September 2021 wieder zu. Während die Melde-Inzidenz der 0- bis 5-jährigen Kinder im August/September 2021 zwar ähnlich hoch war wie während der zweiten Welle im November/Dezember 2020, ist die Zahl der übermittelten Ausbrüche jedoch wesentlich geringer. Der Anteil der 0- bis 5-Jährigen an allen Kita-Ausbruchsfällen war im Juli/August 2021 mit 64% deutlich höher als im gleichen Zeitraum des Vorjahres (27%). Bei beiden Entwicklungen spielt möglicherweise auch die hohe Impfquote des betreuenden Personals eine Rolle.

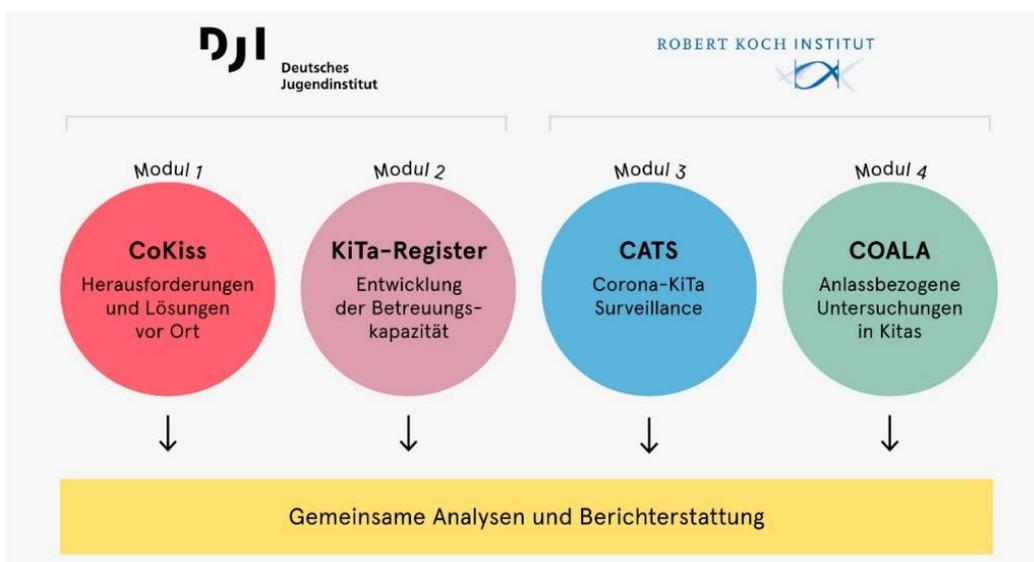
Das Corona-KiTa-Projekt

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 Kindertagesbetreuungsformen 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 Dominik Braun Jan Degner Dr. Svenja Diefenbacher* Mariana Grgic Anne-Christine Gruber Prof. Dr. Bernhard Kalicki | PD Dr. Susanne Kuger Ning Li Dr. Julian Maron Hanna Maly-Motta* Dr. Franz Neuberger* Prof. Dr. Thomas Rauschenbach Dr. Johannes Wieschke | Dr. Udo Buchholz* Susanna Christen Dr. Teresa Domaszewska Andrea Franke Prof. Dr. Walter Haas* Isabell Hey Marcel Hintze Anselm Hornbacher Helena Iwanowski Dr. Susanne Jordan Dr. Annett Klingner Dr. Ulrike Kubisch Tim Kuttig Ann-Sophie Lehfeld* | Marina M. Lewandowsky Merete Lindahl Anne Loer Prof. Dr. Julika Loss Hanna Perlitz Anna Sandoni Jörg Schaarschmidt Dr. Anja Schienkiewitz Dr. Livia Schrick Gianni Varnaccia Barbara Wess Daniel Wesseler Dr. Juliane Wurm |

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

1. Modul CoKiss: 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 Ende August 2021

Mit dem Abschluss der Elternbefragung Ende August 2021 lässt sich nun ein Gesamtbild der Betreuungssituation der in der KiBS-Elternbefragung erfassten Kinder über die unterschiedlichen Phasen der Pandemie hinweg nachzeichnen. Wie Abbildung 1² veranschaulicht, unterlag die Betreuungssituation der erfassten Kinder insgesamt Schwankungen, jedoch verblieb der prozentuale Anteil der aufgrund der Pandemie und des Infektionsgeschehens nicht öffentlich betreuten Kinder, die allerdings grundsätzlich einen Platz in einer Kindertagesbetreuung haben, ab Anfang März 2021 auf vergleichsweise niedrigem Niveau. Ab diesem Zeitpunkt lag der Anteil der nicht öffentlich betreuten Kinder, die normalerweise ein Angebot der öffentlichen Kindertagesbetreuung nutzen, deutlich unter oder bei etwa 20% (Abbildung 1, lila Linie).

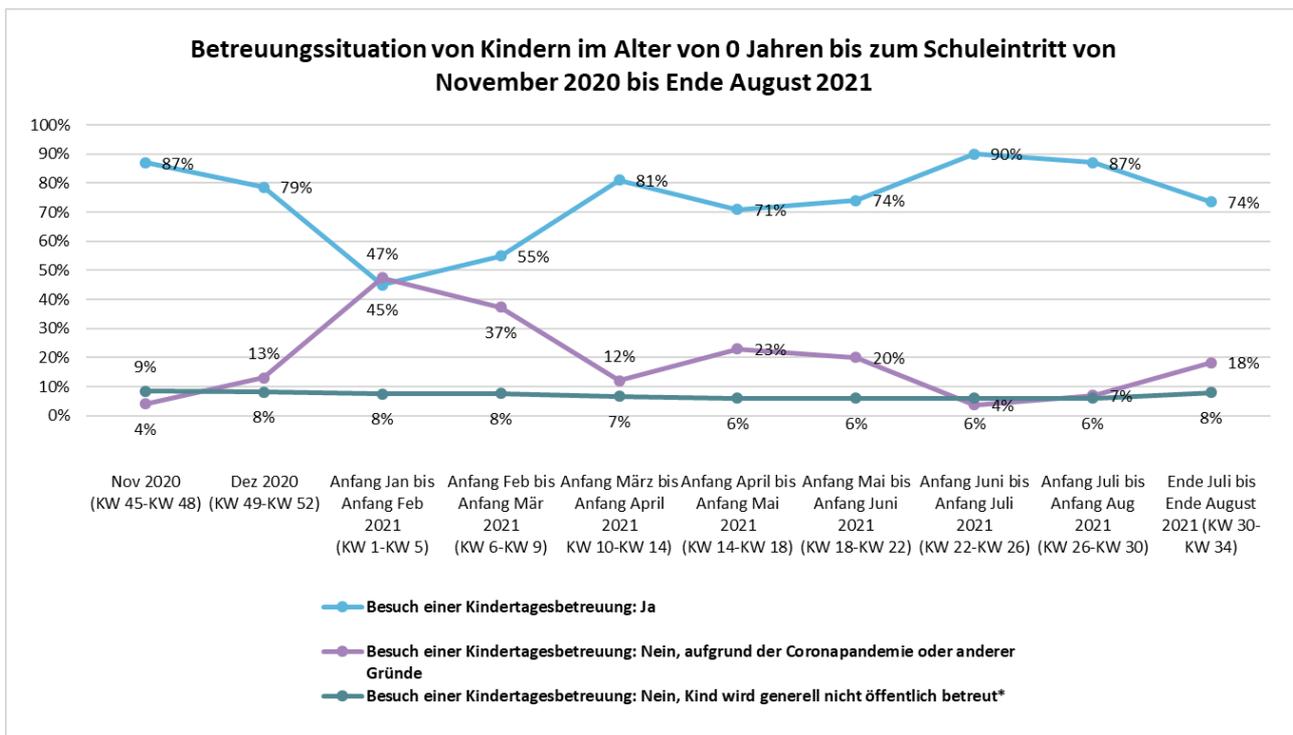


Abbildung 1: Anzahl und Anteile der betreuten und nicht betreuten Kinder bis zum Schuleintritt von November 2020 bis Ende August 2021 (KW 45–34; 02.11.2020–29.08.2021). KiBS-Elternbefragung, Datenstand: 20.09.2021, ungewichtete Daten. Abbildung bezieht sich auf Angaben von 8.917–3.747 Eltern. *Zur Gruppe 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.

Mit Blick auf die letzten zwei Erhebungszeitpunkte in Abbildung 1 lässt sich zudem wieder eine leichte Abnahme im prozentualen Anteil an betreuten Kindern im System der öffentlichen Kindertagesbetreuung erkennen. Dies kann aber bei vielen Kindern auch an Ferienschließzeiten in den Kindertageseinrichtungen oder an anderen Gründen ohne direkten Bezug zum Infektionsgeschehen liegen. Zum Beispiel, weil das Kind eingeschult wurde. Unter Berücksichtigung zusätzlicher Elterninformationen zu den Gründen, warum das Kind Ende Juli/Anfang August 2021 nicht in die KiTa ging, lässt sich diese Vermutung bestätigen. Rund 95% dieser betroffenen Eltern hatten angegeben, dass ihr Kind aufgrund mehrerer regulärer Schließtage der

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.



Kindertageseinrichtung oder hinsichtlich eines anderen Grundes, der allerdings nicht in Zusammenhang mit der Pandemie stand, nicht öffentlich betreut wurde.

1.2. Bewegungs- und Spielmöglichkeiten von Kindern zwischen 0 Jahren und dem Schuleintritt während der Pandemie

Ausreichende Bewegungs- und Spielmöglichkeiten sowie körperliche Aktivität sind wichtig für eine gelingende kindliche Entwicklung und für das kindliche Wohlbefinden (vgl. Robert Koch-Institut 2020; Koletzko et al. 2021). Komplexe Bewegungsabläufe wie das Klettern, Spielen mit dem Ball oder auch rhythmische und musische Spiel- und Bewegungsangebote sind zum Beispiel bedeutsame Eckpfeiler für die motorische und kognitive Entwicklung von Kindern (vgl. Koletzko et al. 2021). Zugleich kann die Förderung körperlich-sportlicher Aktivitäten Entwicklungsproblemen wie einer Aufmerksamkeitsdefizit- oder Hyperaktivitätsstörung vorbeugen und zu einer besseren schulischen Leistung beitragen (vgl. Finger et al. 2018). Ein Bewegungsmangel steht hingegen in Zusammenhang mit unterschiedlichen gesundheitlichen Risiken und mit der Entstehung von Krankheiten wie Adipositas und Übergewicht, die häufig auch noch bis ins Erwachsenenalter bestehen (vgl. Tiemann 2020). Vor diesem Hintergrund hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) Empfehlungen formuliert, in welchem Umfang sich Kinder unterschiedlichen Alters mindestens pro Tag bewegen sollten. Babys unter einem Jahr sollten zum Beispiel mehrmals pro Tag physische Anregung erfahren. Für Ein- bis Zweijährige gilt die Empfehlung, über den gesamten Tag verteilt mindestens 180 Minuten in unterschiedlicher Intensität zu spielen oder aktiv zu sein und sich damit auf verschiedene Weise zu bewegen. Für Kinder im Alter zwischen drei und vier Jahren empfiehlt die WHO ebenfalls mindestens 180 Minuten physischer Aktivität mit unterschiedlichem Anstrengungsgrad, davon sollten sich Kinder jedoch mindestens 60 Minuten unter größerer Intensität (z. B. spielen, toben, rennen) bewegen (vgl. World Health Organization 2019).

Allerdings ließ sich auch schon vor der Pandemie bei vielen Kindern und Jugendlichen ein Bewegungsmangel feststellen und viele Heranwachsende verfehlten die Bewegungsempfehlungen der WHO in ihrem Alltag (vgl. Tiemann 2020; Guthold et al. 2020; Finger et al. 2018). Das liegt nicht zuletzt daran, dass es heute nicht mehr selbstverständlich ist, dass sich Kinder frei in ihrer Umgebung bewegen und am Waldrand oder in der eigenen Straße spielen können. Durch vermehrten Straßenverkehr, eine stärkere Verstädterung und mehr asphaltierte Flächen verschwinden informelle und spontane Spiel- sowie Bewegungsräume (vgl. Behrens 2010). Die Coronapandemie hat diese Situation noch einmal verschärft (vgl. Leopoldina 2021), da der eigene Lebensraum während bestimmter Phasen der Pandemie für viele Familien zum zentralen Aktionsfeld wurde, z. B. durch Lockdownmaßnahmen, fehlende Bewegungsmöglichkeiten in der Umgebung oder die Schließung von formalen und non-formalen Bildungsangeboten. Einige Studienergebnisse konnten während bestimmter Phasen der Pandemie (z. B. Lockdownphasen) bestätigen, dass sich Kinder und Jugendliche deutlich weniger bewegten und physischen Aktivitäten nachgingen als vor dem Ausbruch der Pandemie. Überdies zeichnete sich für viele Heranwachsende die Tendenz ab, größere Anteile der Freizeit vor dem Fernseher, der Videokonsole oder insgesamt vor dem Bildschirm zu verbringen, nicht zuletzt auch aufgrund des Homeschoolings (vgl. bspw. Bates et al. 2020; Dunton et al. 2020; Schmidt et al. 2020).

Vor diesem Hintergrund beschäftigt sich der nachfolgende Berichtsteil zunächst mit der Frage, inwiefern sich die erfassten Kinder während der Pandemie auch draußen frei bewegen konnten, Familien rausgingen und für die Kinder unterschiedliche Spiel- und Bewegungsmöglichkeiten in der näheren Umgebung zur Verfügung standen. In einem zweiten Schritt wird geschaut, inwiefern Bewegungs- und Aktionsmöglichkeiten von Familien in Zusammenhang mit dem Wohlbefinden der Kinder standen. Das Ausmaß der Bewegungs- und Spielgelegenheiten wurde über drei Items erfasst (z. B. „Wir gehen mehrmals die Woche nach draußen.“, siehe Abbildung 2), die zu einem Gesamtmittelwert zusammengefasst wurden. Als Indikator des kindlichen Wohlbefindens dienen drei Items zum Ausmaß der Hyperaktivität des Kindes, aus denen ebenso ein Gesamtwert gebildet wurde. Eltern sollten das kindliche Verhalten anhand von drei Aussagen (z. B. „Mein Kind ist unruhig und kann nicht lange stillsitzen.“)³ auf einer Skala von 1 *Trifft überhaupt nicht zu* bis 5 *Trifft*

3 Die Erfassung der kindlichen Verhaltensweisen orientierte sich dabei an der Subskala Hyperaktivität des Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ). Für eine genauere Beschreibung siehe z. B. Keller und Langmeyer 2017.

voll und ganz zu einschätzen. Höhere Werte auf der Skala bedeuten somit ein höheres Ausmaß überaktiven Verhaltens. Die Items zur Hyperaktivität wurden nur Eltern mit etwas älteren Kindern ab dem Alter von zwei Jahren gestellt.

1.2.1. Ergebnisse zu Bewegungs- und Spielmöglichkeiten von Kindern

Wie Abbildung 2 veranschaulicht, bemühten sich zum insgesamt letzten Befragungszeitpunkt von Ende Juli bis Anfang August 2021 fast alle Eltern darum, regelmäßig unter der Woche mit dem Kind rauszugehen und frische Luft zu schnappen. Zusätzliche Informationen der Elternbefragung, die Abbildung 2 nicht entnommen werden können, zeigen darüber hinaus im Zeitverlauf, dass der prozentuale Anteil der Eltern, die mehrmals in der Woche mit ihrem Kind rausgingen, über die Befragungszeitpunkte von Anfang März bis Ende August 2021⁴ stets bei rund 90% lag. Damit stellten gemeinsame Spaziergänge oder andere Unternehmungen an der frischen Luft, trotz phasenweiser Einschränkungen aufgrund der Pandemie, einen festen Bestandteil des Alltags vieler Familien dar.

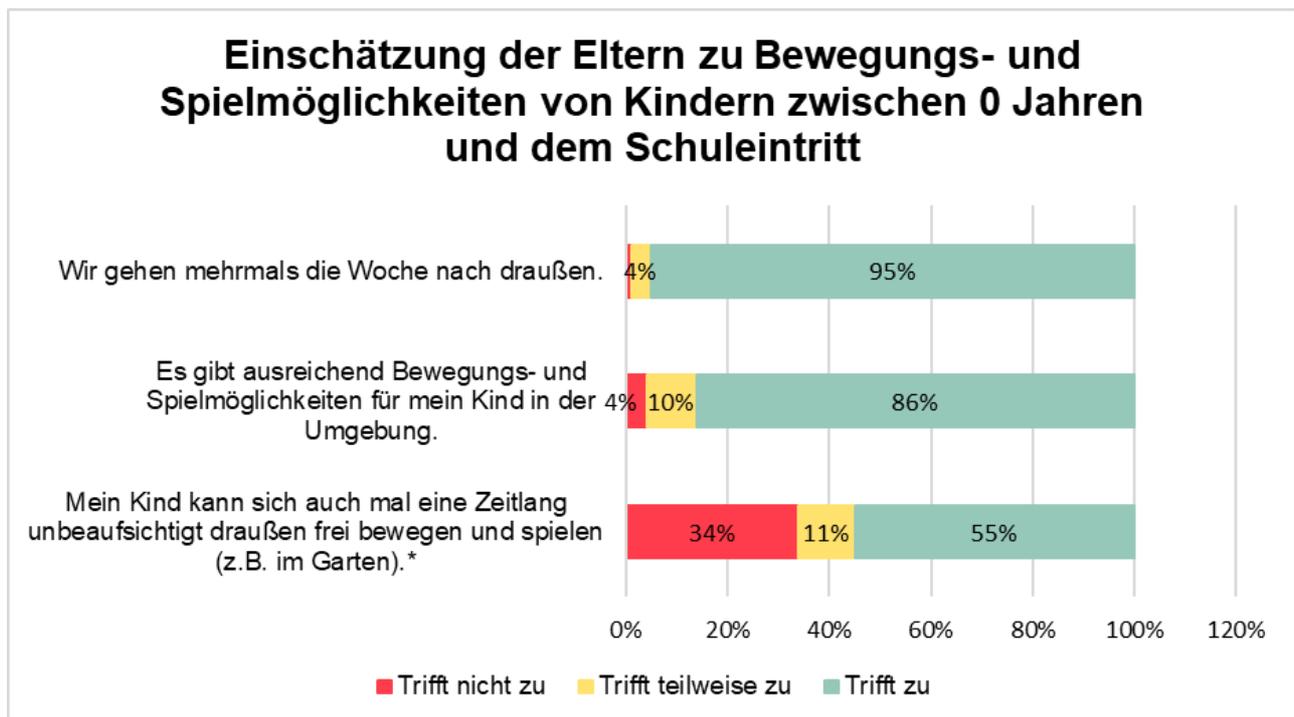


Abbildung 2: Einschätzung der Eltern zu Bewegungs- und Spielmöglichkeiten während der Pandemie, Angaben in Prozent. KiBS-Elternbefragung, bezogen auf Angaben von 3.580–3.746 Eltern aus dem Befragungszeitraum von Ende Juli bis Ende August 2021 (KW 30–34; 26.07.–29.08.2021). Datenstand: 20.09.2021, ungewichtete Daten.

* Die Frage, inwiefern sich das Kind auch mal eine Zeitlang unbeaufsichtigt draußen frei bewegen und spielen kann, wurde nur Eltern mit etwas älteren Kindern im Altersbereich von zwei Jahren oder älter gestellt.

Die große Mehrheit der Eltern (86%) hatte zudem angegeben, dass es in der Umgebung ausreichend Bewegungs- und Spielmöglichkeiten für das Kind gab (vgl. Abbildung 2). Dass sich das Kind auch mal eine Zeitlang unbeaufsichtigt draußen frei bewegen kann, z. B. im eigenen Garten, um seine Umwelt zu erkunden, war bei 55% der befragten Eltern möglich. 34% der Eltern wiederum hatten angegeben, dass das nicht möglich sei.

1.2.2. Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen Bewegungs- und Spielmöglichkeiten und dem kindlichen Wohlbefinden

In einem zweiten Schritt wurde statistisch geprüft, inwiefern das Ausmaß der Bewegungs- und Spielmöglichkeiten in Zusammenhang mit den von den Eltern eingeschätzten kindlichen Verhaltensaspekten

4 Die Bewegungs- und Spielmöglichkeiten wurden erst zum fünften Erhebungszeitpunkt von Anfang März bis Anfang April 2021 in das Befragungsprogramm aufgenommen.

stand. In den Ergebnissen der statistischen Analyse auf Basis von insgesamt $n = 2.124$ Elternangaben kam zum

Vorschein, dass Kinder im Schnitt ein geringeres Ausmaß überaktiven Verhaltens an den Tag legten, wenn für sie mehr Möglichkeiten zum Rausgehen und zum Bewegen bestanden. Mit Blick auf weitere Hintergrundmerkmale der kindlichen Lebenssituation zeigte sich, dass geringere überaktive Verhaltensweisen des Kindes auftraten, wenn das Kind nach einer Phase der Nichtbetreuung aufgrund des Infektionsgeschehens und der pandemischen Situation wieder in die Kindertagesbetreuung gehen konnte. Weiterhin wiesen Jungen im Durchschnitt höhere Werte im überaktiven Verhalten auf als Mädchen. Das steht in Einklang mit Befunden des Kinder- und Jugendgesundheits surveys KiGGS (vgl. Hölling et al. 2007). Kinder aus Familien mit hoher Bildung zeigten wiederum weniger Verhaltensschwierigkeiten als Kinder aus Familien mit mittlerer oder niedriger Bildung⁵. Das lässt sich darauf zurückführen, dass kindliche Verhaltensprobleme in Zusammenhang mit elterlichen und familiären Merkmalen (wie Familienklima, Erziehungsverhalten, Einkommen) stehen, die häufig in Familien mit höherer Bildung entwicklungsfördernder ausfallen als in Familien mittlerer bis niedriger Bildung (vgl. Nagy 2019).

Die Befunde bestätigen, dass ausreichend Bewegung wichtig für die kindliche Entwicklung und das Wohlbefinden ist. Das belegt die Wichtigkeit vielfältiger im Zuge der Pandemie ins Leben gerufener Unterstützungsangebote und spricht für den weiteren Ausbau präventiver Angebote für Kinder, Jugendliche und Familien. Beispielsweise könnten Länder und Kommunen mit Krankenkassen und anderen Trägern zusammen unterschiedliche präventive Angebote (z. B. gesundes Frühstück, Einhalten von Pausen in Kitas und Schulen) ausbauen und damit Bewegungsmangel, falscher Ernährung und Belastungen entgegenwirken (vgl. Bundesministerium für Gesundheit 2021).

1.3. Quellen

Bates, Lauren C.; Zieff, Gabriel; Stanford, Kathleen; Moore, Justin B.; Kerr, Zachary Y.; Hanson, Erik D. (2020): COVID-19 impact on behaviors across the 24-hour day in children and adolescents: Physical activity, sedentary behavior, and sleep. In: *Children* 7 (9), S. 138.

Behrens, Melanie (2010): Zur Bedeutung der Bewegung für die kindliche Gesundheit. Wissenschaftliche Dissertation. Wiesbaden: Springer (Research).

Bundesministerium für Gesundheit (2021): Schule, Sport, Prävention: Die Jüngsten während und nach der Pandemie besser schützen. Arbeitsgruppe von Bundesfamilien- und Bundesgesundheitsministerium legt Empfehlungen vor (Pressemitteilung). Online verfügbar unter <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/2021/3-quartal/abschlussbericht-auswirkungen-corona-kinder.html>.

Dunton, Genevieve F.; Do, Bridgette; Wang, Shirlene D. (2020): Early effects of the COVID-19 pandemic on physical activity and sedentary behavior in children living in the U.S. In: *BMC Public Health* 20, S. 1351.

Finger, Jonas D.; Varnaccia, Gianni; Borrmann, Anja; Lange, Cornelia; Mensink, Gert B. (2018): Körperliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. In: *Journal of Health Monitoring* 3 (1), S. 24–31.

Guthold, Regina; Stevens, Gretchen A.; Riley, Leanne M.; Bull, Fiona C. (2020): Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 1.6 million participants. In: *Lancet Child and Adolescent Health* (4), S. 23–35.

5 Die berichteten Ergebnisse stützen sich auf ein Längsschnittmodell mit Informationen von $n = 2.124$ Eltern mit Kindern im Altersbereich von zwei Jahren bis zum Schuleintritt, die im Zeitraum von Anfang März bis Ende August 2021 an der Elternbefragung teilgenommen hatten. Neben der zentralen Variable der Spiel- und Bewegungsmöglichkeiten wurden weitere Merkmale der Lebenssituation des Kindes berücksichtigt: z. B. das Bildungsniveau (hier: der Ausbildungsabschluss) der Eltern, die Erwerbssituation, das Einkommen oder die Anzahl der im haushaltlebenden Geschwister.

- Hölling, Heike; Erhart, Michael; Ravens-Sieberer, Ulrike; Schlack, Robert (2007): Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz 50, S. 784–793.
- Keller, Ferdinand; Langmeyer, Alexandra (2017): An item response theory analyses of the Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ). In: European Journal of Psychological Assessment.
- Koletzko, B.; Armbruster, M.; Bauer, C-P.; Bös, K.; Cierpka, M.; Cremer, M. et al. (2021): Ernährung und Bewegung im Kleinkindalter. Handlungsempfehlungen des Netzwerks "Gesund ins Leben - Netzwerk Junge Familie", ein Projekt von IN FORM. Hg. v. Monatsschrift Kinderheilkunde (Konsensuspapiere, 161). Online verfügbar unter <https://link.springer.com/article/10.1007/s00112-013-3031-3>.
- Leopoldina (2021): Kinder und Jugendliche in der Coronavirus-Pandemie: psychosoziale und edukative Herausforderungen und Chancen. Hg. v. Leopoldina Nationale Akademie der Wissenschaft. Online verfügbar unter <https://www.leopoldina.org/publikationen/detailansicht/publication/kinder-und-jugendliche-in-der-coronavirus-pandemie-psychosoziale-und-edukative-herausforderungen-un/>.
- Nagy, Theresa (2019): Auffälligkeiten im Kindesalter. Risikofaktoren und die Inanspruchnahme präventiver Angebote. Hg. v. Bertelsmann Stiftung und Zentrum für interdisziplinäre Regionalforschung ("Kein Kind zurücklassen!", 14). Online verfügbar unter https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/KeKiz_WB14_14lav.pdf.
- Robert Koch-Institut (2020): Gesundheitsverhalten der Eltern (AdiMon-Themenblatt). Online verfügbar unter https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/Adipositas_Monitoring/Verhaeltnisse/PDF_Themenblatt_Familie_Gesundheitsverhalten.pdf?blob=publicationFile.
- Schmidt, Steffen; Anedda, Bastian; Burhcartz, Alexander; Eichsteller, Ana; Kolb, Simon; Nigg, Carina; Niessner, Claudia (2020): Physical activity and screen time of children and adolescents before and during the COVID-19 lockdown in Germany: A natural experiment. In: Scientific Reports 10, S. 21780.
- Tiemann, Michael (2020): Mangelnde körperliche Aktivität – Prävalenz, Bedeutung und Implikationen für die Prävention und Gesundheitsförderung. In: Michael Tiemann und Melvin Mohokum (Hg.): Prävention und Gesundheitsförderung. Berlin Heidelberg: Springer (Springer Reference Pflege – Therapie – Gesundheit, S. 1–9).
- World Health Organization (2019): Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep. For children under 5 years of age. Switzerland. Online verfügbar unter <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550536>.

2. Modul KiTa-Register: Ergebnisse zu den derzeitigen Betreuungskapazitäten 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.

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



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

2.1. Aktuelles Öffnungsgeschehen in Kindertageseinrichtungen

Nachdem sich im Zeitraum des letzten Quartalsberichts (vgl. Autorengruppe Corona-KiTa-Studie 2021, KW 29–32; 19.07.–15.08.2021) ein Großteil der Bundesländer in den Sommerferien befand, sind diese im aktuellen Berichtszeitraum KW 33–37 (16.08.–19.09.2021) in vielen Bundesländern beendet respektive enden in diesem. Auch die beiden südlichsten Bundesländer Baden-Württemberg und Bayern beendeten am 11.09. bzw. am 13.09.2021 die Sommerferien. Die berichteten Werte der KW 37 (13.09.–19.09.2021) geben demnach das Öffnungsgeschehen nach dem Ende der Ferien in allen Bundesländern wieder.

2.2. Anteile betreuter Kinder und Personaleinsatz in den Kindertageseinrichtungen

Die deutschlandweite Inanspruchnahmequote ist mit aktuell 86% gegenüber dem letzten Quartalsbericht (KW 32, 09.08.–15.08.2021; 77%) deutlich gestiegen. Abbildung 3 zeigt ab der KW 32 (09.08.–15.08.2021) bis zur KW 37 (13.09.–19.09.2021) einen deutlichen Anstieg der bundesweiten Inanspruchnahmequote.

Betreute Kinder in Kindertageseinrichtungen

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

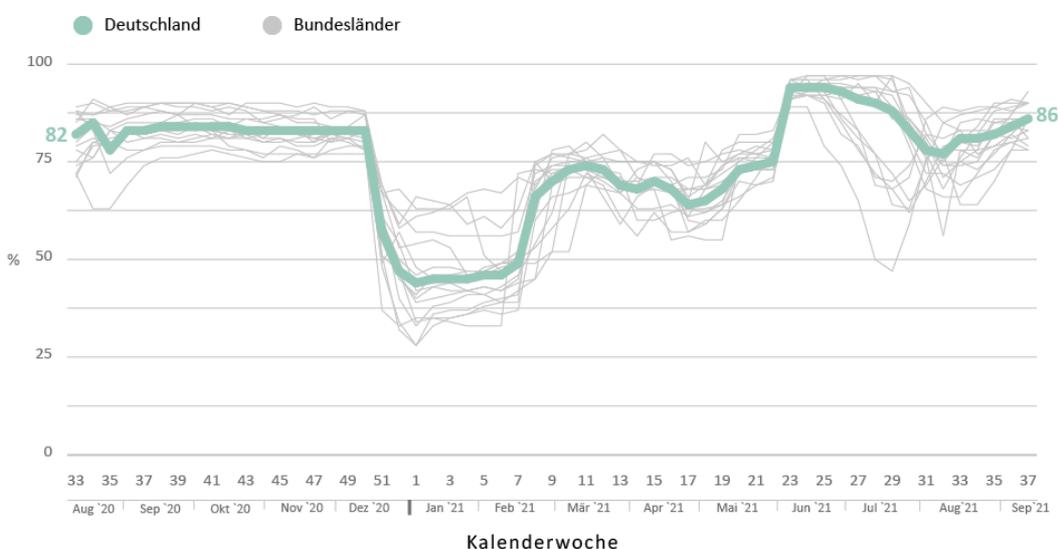


Abbildung 3: Anteil betreuter Kinder in Kindertageseinrichtungen in den Bundesländern und Deutschland nach Kalenderwochen. Die Einrichtungen wurden gefragt, wie viele Kinder in der aktuellen Kalenderwoche durchschnittlich pro Tag ihre Einrichtung besuchten. Für jede Einrichtung wurde der Anteil der betreuten Kinder berechnet, indem die Anzahl der Kinder einer Altersgruppe zum Zeitpunkt der Befragung in Bezug zu einem Referenzwert gesetzt wurde. Referenzwerte sind bis zur KW 9/2021 (01.03–07.03.2021) jeweils die Kinderanzahl vor Beginn der Coronapandemie im Frühjahr 2020; ab der KW 9/2021 die Anzahl Kinder, die am 1.3.2021 einen Betreuungsvertrag mit der Einrichtung hatten. Aus den Ergebnissen wurde dann für jedes Bundesland der Durchschnitt (arithmetisches Mittel) berechnet. Dabei wurden die in Ferien befindlichen Einrichtungen nicht einbezogen (Datenstand 30.09.2021).

Bei der Interpretation des zeitlichen Trends ist immer zu berücksichtigen, dass die grauen Linien Durchschnittswerte für die 16 Länder darstellen – die Heterogenität innerhalb einzelner Bundesländer wird nicht wiedergegeben. So kann sich die Auslastung zwischen einzelnen Kreisen, ländlichen Regionen und Ballungsgebieten beträchtlich unterscheiden.

Abbildung 4 vergleicht die Betreuungs- und Personalsituation in der zweiten Septemberwoche 2021 (KW 37; 13.09.–19.09.2021) auf Länderebene. Auf der Deutschlandkarte werden die Bundesländer farblich nach der durchschnittlichen 7-Tage-Inzidenz differenziert. Wiesen zum Abschluss des letzten Berichtszeitraums (KW 32; 09.08.–15.08.2021) die meisten Bundesländer noch eine Inzidenz unter 50 auf, zeigt sich nun deutlich das wieder steigende Infektionsgeschehen. Betrug diese im August 2021 deutschlandweit noch 38, so liegt sie in der KW 37 (13.09.–19.09.2021) bei 74 Fällen auf 100.000 Einwohner.

Betreute Kinder und Einsatz des pädagogischen Personals in Kindertageseinrichtungen sowie 7-Tage-Inzidenz in Kalenderwoche 37

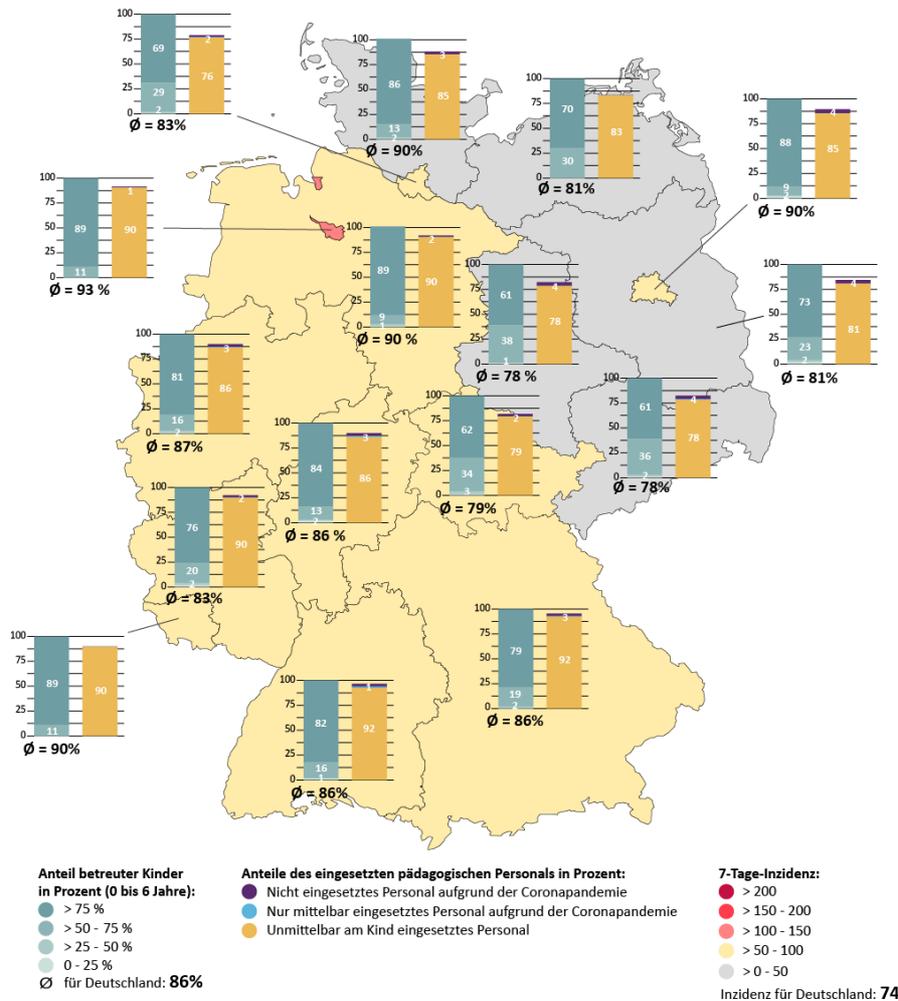


Abbildung 4: Betreute Kinder, Einsatz des pädagogischen Personals in Kindertageseinrichtungen und 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer in der Woche vom 13.09.–19.09.2021. Ermittlung der Anteile betreuter Kinder: vgl. Abbildung 3. Zur Ermittlung der Personalanteile wurden die Einrichtungsleitungen gebeten, 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: 30.09.2021).

Die Einfärbung der Karte macht deutlich, dass aktuell insbesondere in Westdeutschland inklusive Berlin steigende Inzidenzen zu beobachten sind. Bremen meldet als einziges Bundesland eine Inzidenz über 100. Die Balkenpaare in Abbildung 4 geben den Auslastungsgrad und die Personalsituation der Kitas in den einzelnen Bundesländern an. Die Balken links zeigen die Inanspruchnahme von Kindertagesbetreuung. Dazu wurden die Kitas nach ihrem Auslastungsgrad in vier Gruppen unterteilt. Die graublau eingefärbten oberen Balkenabschnitte bezeichnen den Anteil der Kitas mit Inanspruchnahmequoten von mehr als 75% im Vergleich zu Zeiten vor der Pandemie. Kitas, die weniger als drei Viertel ihrer Einrichtungskinder betreuen,

werden durch die helleren Balkenabschnitte repräsentiert (die weiteren Abstufungen sind 75–50%, 50–25% und unter 25%).

Das Ende der Sommerferien in den Bundesländern zeigt sich in den im Vergleich zum vorangegangenen Berichtszeitraum deutlich gestiegenen Inanspruchnahmequoten in Abbildung 4. So berichten insbesondere Niedersachsen, das Saarland, Hessen, Sachsen-Anhalt sowie Nordrhein-Westfalen und Bayern eine im Vergleich zum letzten Berichtszeitraum deutlich gestiegene Inanspruchnahmequote. Die Personalsituation wird durch die jeweils rechts abgebildeten Balken in Abbildung 4 beschrieben. Das Ende der Sommerferien zeigt sich hier ebenfalls in deutlich gestiegenen Anteilen des unmittelbar am Kind eingesetzten Personals in den entsprechenden Ländern.

Auffällig ist, dass der Anteil coronabedingt nicht einsetzbaren Personals in den östlichen Bundesländern, insbesondere in Sachsen, Sachsen-Anhalt, Brandenburg und Berlin, trotz niedrigerer Inzidenz mit 4% etwas höher ist als in den westlichen Bundesländern. Sachsen und Sachsen-Anhalt weisen zudem als einzige Bundesländer eine Inanspruchnahmequote von unter 80% auf.

Abbildung 5 illustriert die Personalauslastung in der Pandemie im Zeitverlauf für ganz Deutschland. Mitte September 2021 konnten 88% der pädagogisch Beschäftigten unmittelbar im Kontakt mit Kindern eingesetzt werden, wohingegen nur 3% des Personals nicht und 1% nur mittelbar eingesetzt werden konnte. Der ab Anfang Juni 2021 einsetzende ferienbedingte Rückgang beim unmittelbar am Kind eingesetzten Personal erfährt damit im aktuellen Berichtszeitraum (KW 33–37; 16.08.–19.09.2021) eine deutliche Trendumkehr. Im nicht dargestellten Anteil, also der Diskrepanz zu 100% (vgl. Abbildungsbeschreibung zu Abbildung 5) sind vermutlich noch Personen im Urlaub enthalten. Die Werte des aufgrund der Coronapandemie nicht eingesetzten Personals steigen dabei leicht über den im letzten Berichtszeitraum KW 29–32 (19.07.–15.08.2021) gemeldeten Tiefstand mit 2% aufgrund der Pandemie nicht eingesetzten Personals.

Einsatz des pädagogischen Personals in Kindertageseinrichtungen

Anteile in Prozent nach Kalenderwoche

- Nicht eingesetztes Personal aufgrund der Coronapandemie
- Nur mittelbar eingesetztes Personal aufgrund der Coronapandemie
- Unmittelbar am Kind eingesetztes Personal

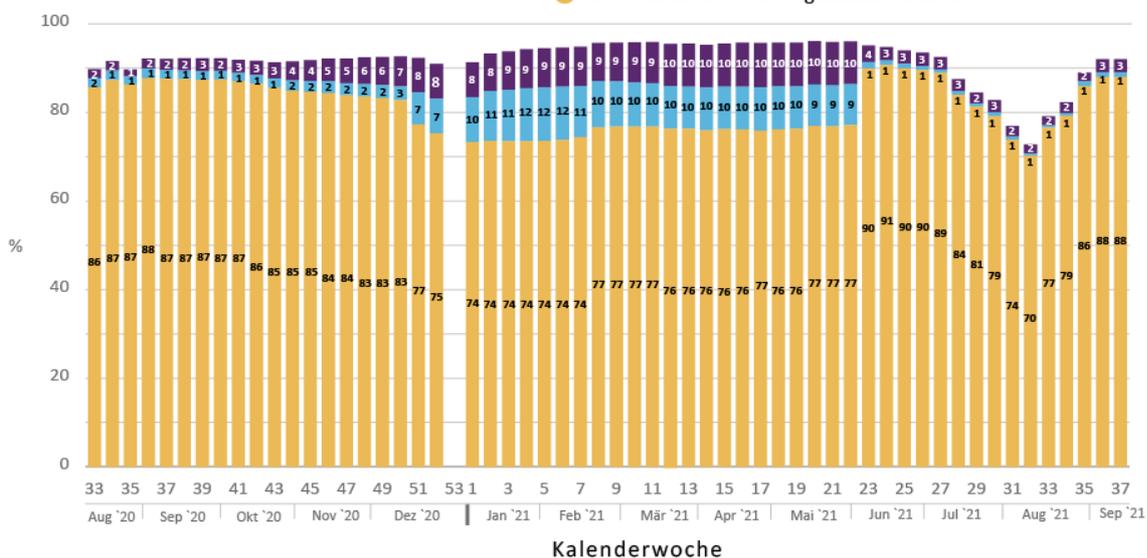


Abbildung 5: Einsatz des pädagogischen Personals (Anteile in %) in den Kalenderwochen 33/2020 bis 32/2021 (10.08.2020–15.08.2021). Die Abbildung zeigt den Anteil der drei genannten Kategorien an der Anzahl des gesamten pädagogischen Personals. Die drei abgebildeten Kategorien ergeben in der Summe weniger 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: 30.09.2021).

Zusammenfassend verzeichnet das KiTa-Register dank dem Ende der Sommerferien in allen Bundesländern wieder steigende Inanspruchnahmequoten sowie einen dementsprechend steigenden Anteil des unmittelbar am Kind eingesetzten Personals. Der Anteil an coronabedingt nicht oder nur mittelbar

eingesetzten Personals verbleibt trotz deutlich steigender Inzidenz nahe an den im letzten Berichtszeitraum (19.07.–15.08.2021) gemeldeten Tiefstwerten.

2.3. Aktuelles Öffnungsgeschehen in der Kindertagespflege

Im aktuellen Berichtszeitraum von KW 33–37 (16.08.–19.09.2021) zeigen sich aufgrund des Endes der Sommerferien in den meisten Bundesländern insgesamt wieder steigende Inanspruchnahmequoten. Abbildung 6 gibt einen Überblick im Zeitverlauf. Die für den vorliegenden Monatsbericht berechneten Daten stützen sich hierbei auf Rückmeldungen der durchschnittlich knapp 1.000⁶ Kindertagespflegestellen, die sich an den wöchentlichen Abfragen des KiTa-Registers beteiligt haben.

Betreute Kinder in Kindertagespflegestellen

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

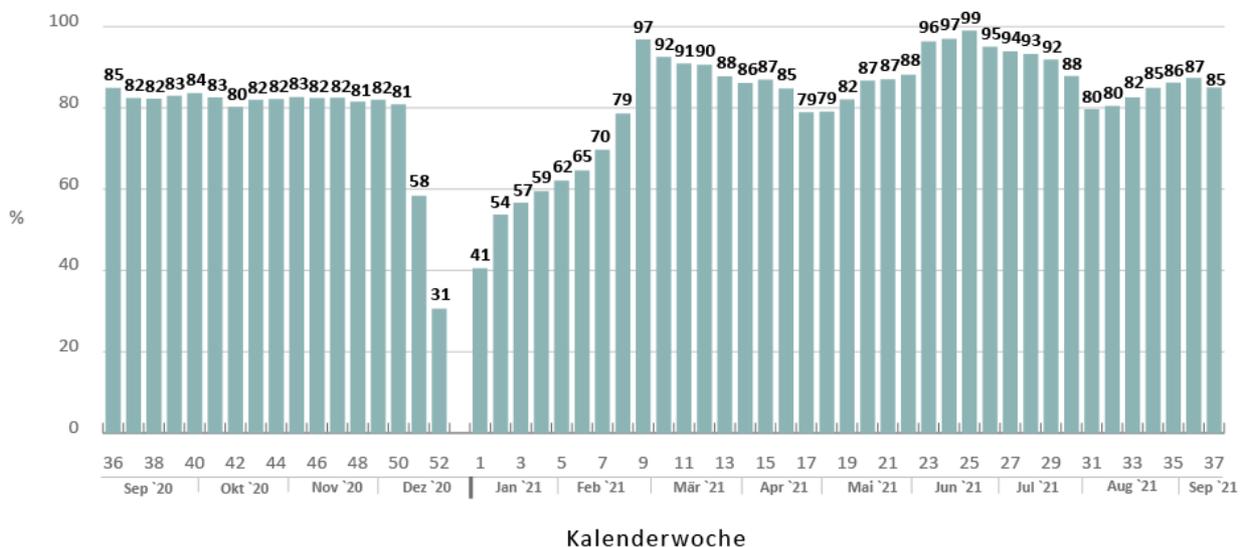


Abbildung 6: Anteil der jeweils aktuell betreuten Kinder in den teilnehmenden Kindertagespflegestellen mit einem Platz in den Kalenderwochen KW 23/2020 bis KW 37/2021 (31.08.2020–19.09.2021). Die Kindertagespflegestellen wurden gefragt, wie viele Kinder in der aktuellen Kalenderwoche durchschnittlich pro Tag ihre Kindertagespflegestelle besuchten. Für jede Einrichtung wurde der Anteil der betreuten Kinder berechnet, indem die Anzahl der Kinder zum Zeitpunkt der Befragung in Bezug zu einem Referenzwert gesetzt wurde. Referenzwerte sind bis zur KW 9/2021 (01.03–07.03.2021) jeweils die Kinderanzahl vor Beginn der Coronapandemie im Frühjahr 2020; ab der KW 9/2021 die Anzahl der Kinder, die am 01.03.2021 einen Betreuungsvertrag mit der Einrichtung hatten (Datenstand: 30.09.2021, n = 562 [KW 37/2020] – 529 [KW 37/2021]).

Wie obenstehende Abbildung zeigt, steigt die in den Sommerwochen ferienbedingt niedrige Auslastungszahl wieder deutlich an und beträgt 87% in der KW 36 (06.09.–12.09.2021), geht aber in der KW 37 (13.09.–19.09.2021) wieder auf 85% zurück.

6 Dies entspricht etwa 2,6% 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.

2.4. Verdachts- und Infektionsfälle sowie pandemiebedingte Schließungen in Kindertagespflegestellen

Für den aktuellen Berichtszeitraum von KW 33–37 (16.08.–19.09.2021) zeigen sich mit der steigenden 7-Tages-Inzidenz nun auch deutlich höhere Werte bei der Anzahl der Kindertagespflegestellen, die einen Verdachtsfall (bei der Kindertagespflegeperson selbst, Mitgliedern ihres Haushaltes, bei den betreuten Kindern oder deren Eltern) angegeben haben. Abbildung 7 gibt hierzu einen Überblick im zeitlichen Verlauf⁷.

Wie die nachfolgende Abbildung darstellt, übersteigt die Anzahl der Kindertagespflegestellen, die einen Verdachtsfall gemeldet haben, im Berichtszeitraum den Wert von über 2,5% und ist damit deutlich höher als in den Vorwochen. Auch die Anzahl infektionsbedingter Schließungen in den Kindertagespflegestellen ist mit 10 bzw. 8 Schließungen in der KW 36 bzw. 37 im Vergleich zu den Vorwochen deutlich gestiegen.

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

Anteile in Prozent und Anzahl nach Kalenderwoche

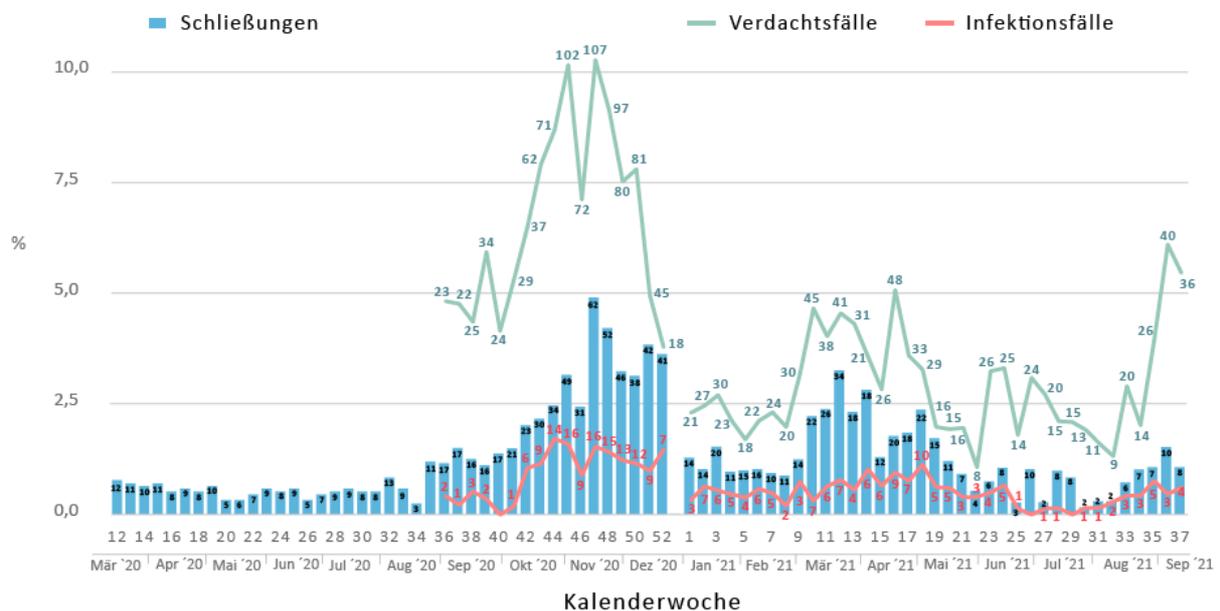


Abbildung 7: SARS-CoV-2-Verdachts- und Infektionsfälle in Kindertagespflegestellen (bei der Kindertagespflegeperson selbst, Mitgliedern ihres Haushaltes, bei den betreuten Kindern oder deren Eltern) in den Kalenderwochen 33/2020 bis 37/2021 (11.08.2020–19.09.2021) sowie infektionsbedingte Schließungen in den Kalenderwochen 12/2020 bis 37/2021 (16.03.2020–19.09.2021). 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: 30.09.2021).

Die Anzahl gemeldeter Infektionsfälle (bei der Kindertagespflegeperson selbst, Mitgliedern ihres Haushaltes, bei den betreuten Kindern oder deren Eltern) steigt ebenfalls im aktuellen Berichtszeitraum KW 33–37 (16.08.–19.09.2021) auf durchschnittlich 3,6 pro Woche. Die Anzahl der Kindertagespflegestellen, die verdachts- oder infektionsbedingte Schließungen zu verzeichnen haben, ist im aktuellen Berichtszeitraum mit durchschnittlich 7,6 geschlossenen Einrichtungen pro Woche ebenfalls deutlich gestiegen. Die Anzahl der Schließungen verbleibt zwar unter den entsprechenden Werten aus dem Vorjahr, dennoch werden etwas mehr Verdachts- und Infektionsfälle gemeldet als im Herbst 2020. Verglichen mit den Werten der beiden letzten Coronawellen im Winter 2020 und Frühling 2021 bleiben die Infektions- und Schließungszahlen auf

⁷ Die für diesen Monatsbericht dargestellten Daten stützen sich auf die Rückmeldung der durchschnittlich knapp 1.000 Kindertagespflegestellen, die sich an den wöchentlichen Abfragen des KiTa-Registers beteiligt haben. Dies entspricht etwa 2,6% der insgesamt 39.214 Kindertagespflegestellen in Deutschland (Quelle: KJH-Statistik 2020).

niedrigerem Niveau, auch wenn die Anzahl der Verdachtsfälle die Prozentwerte aus dem Frühjahr 2021 übersteigt.

2.5. Quellen

Autorengruppe Corona-KiTa-Studie (2021). 5. Quartalsbericht der Corona-KiTa-Studie (III/2021). München 2021: DJI, online verfügbar unter: <https://corona-kita-studie.de/quartalsberichte-der-corona-kita-studie>.

3. Impfquote des pädagogischen Personals in Kindertageseinrichtungen

3.1. Entwicklung der Impfquote

Der folgende Abschnitt führt die seit dem Monatsbericht Juli 2021 (vgl. Autorengruppe Corona-KiTa-Studie 2021a) in die Berichtslegung integrierte Darstellung der Entwicklung der Impfquoten beim Personal in den Kindertageseinrichtungen fort. Nachdem im letzten Quartalsbericht (vgl. Autorengruppe Corona-KiTa-Studie 2021b) bereits umfangreiche Ergebnisse vorgestellt wurden, wird hier die fortlaufende Impfquote insgesamt und über die Länder dargestellt sowie mögliche Einflüsse der jüngsten Novellierung des Infektionsschutzgesetzes auf die hier dargestellten Daten skizziert.

Einrichtungsleitungen wurden seit dem Update des KiTa-Registers in der KW 23 (07.06.–13.06.2021) wöchentlich gefragt, wie viele Personen des pädagogischen Personals bis zur jeweils aktuellen Kalenderwoche wenigstens eine Erstimpfung gegen COVID-19 erhalten haben. Zur Berechnung der Impfquote wird die Anzahl Erstgeimpfter durch die ebenfalls im KiTa-Register abgefragte Anzahl des derzeit insgesamt beschäftigten pädagogischen Personals in der Kindertageseinrichtung geteilt. Hierdurch wird eine „Erstimpfungsquote“ ermittelt. Aufgrund der Formulierung der Abfrage („wenigstens eine Erstimpfung“) können in der Erstimpfungsquote enthaltene Personen ggf. auch bereits eine Zweitimpfung erhalten haben. Durch die Abfrage der genauen Anzahl kann jedoch im Vergleich zu beispielsweise kategorisierten Abfragen (z. B. sehr wenige bis sehr viele) insgesamt von einer eher konservativen Schätzung ausgegangen werden. Zu beachten ist zudem, dass viele COVID-19-Genesene in den Impfdaten noch nicht abgebildet sein dürften, da sich diese zwar nach den aktuellen Empfehlungen der STIKO⁸ ab vier Wochen nach Ende der COVID-19-Symptome impfen dürfen, in älteren Empfehlungen aber noch von sechs Monaten die Rede war. Dies ist insofern von Bedeutung, da Genesene einen gewissen Immunisierungsgrad aufweisen können (vgl. RKI 2021) Genesene verlieren auch erst sechs Monate nach dem Ende ihrer Erkrankung ihren „Genesenenstatus“. Bei der Abfrage ist weiterhin zu beachten, dass es sich um eine Einschätzung der Leitung und nicht um eine direkte Abfrage beim pädagogischen Personal handelt. Dies geht mit einer gewissen Unschärfe der Erhebung einher.

Abbildung 8 zeigt die Entwicklung der Impfquoten des pädagogischen Personals in Kindertageseinrichtungen in den jeweiligen Bundesländern nach Kalenderwochen. Die Quoten geben an, wie hoch der durchschnittliche Anteil an mindestens einmal geimpftem Personal pro Einrichtung in der aktuellen Kalenderwoche ist, aufgeschlüsselt nach Bundesländern bzw. Ost- und Westdeutschland. Abbildung 8 zeigt deutlich, dass auch 13 Wochen nach dem Wegfall der Impfpriorisierung in KW 23 (07.06.–13.06.2021) die Impfquoten weiterhin steigen. Zum Zeitpunkt des letzten Berichts (KW 32; 09.08.–15.08.2021) betrug die Quote bundesweit 83,2%, aktuell in KW 37 (13.09.–19.09.2021) sind es 86,5%. Insgesamt geht der Trend also in den meisten Ländern weiter nach oben. Etwaige Schwankungen nach unten lassen sich durch eine

8 https://www.rki.de/SharedDocs/FAQ/COVID-Impfen/FAQ_Genesene_Impfdosis.html, Zugriff am 5.9.2021.



ferienbedingte Fluktuation in der Anzahl des derzeit beschäftigten Personals bzw. durch Lücken beim Ausfüllen des Fragebogens erklären.

Auch der Unterschied in der Impfquote zwischen Ost- und Westdeutschland (74,4% bzw. 88% in der KW 37; 13.09.–19.09.2021) ist seit dem letzten Bericht zurückgegangen. Unterschieden sich die Quoten zwischen Ost- und Westdeutschland zu Beginn der Erhebung des Impfstatus in der KW 23 (07.06.–13.06.2021) noch um 17,1 Prozentpunkte und in der KW 32 (09.08.–15.08.2021) um 16,2 Prozentpunkte, so beträgt der Unterschied aktuell (KW 37; 13.09.–19.09.2021) nur noch 13,6 Prozentpunkte und hat folglich in den letzten Wochen deutlich abgenommen. Am stärksten stieg die Impfquote zwischen der KW 23 (07.06.–13.06.2021) und der KW 37 (13.09.–19.09.2021) in Brandenburg (17 Prozentpunkte) und in Sachsen (15,2 Prozentpunkte), am schwächsten war der Anstieg in Hessen (6,3 Prozentpunkte) und Mecklenburg-Vorpommern (6,3 Prozentpunkte). Der starke Anstieg könnte zumindest im Fall von Sachsen auf die regional sehr hohe Inzidenz in der dritten Welle im März/April 2021 zurückzuführen sein, Genesene können sich dort erst jetzt einer sog. Booster-Impfung unterziehen.

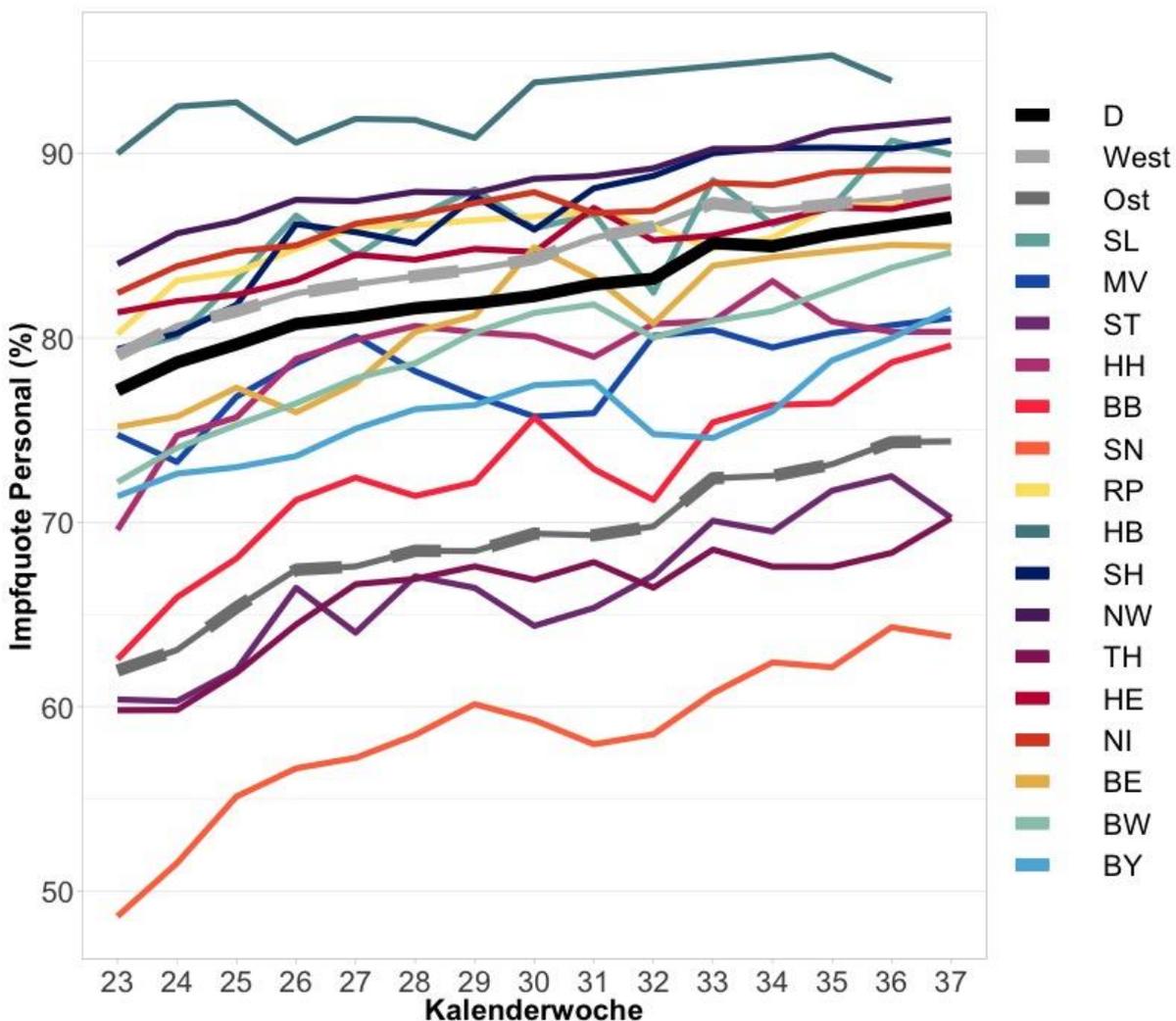


Abbildung 8: Impfquoten des pädagogischen Personals in Kindertageseinrichtungen, das bisher mindestens eine Impfung gegen COVID-19 erhalten hat, nach Bundesländern bzw. Ost- und Westdeutschland im Zeitverlauf (KW 23; 07.06.–13.06.2021 bis KW 37; 06.09.– 19.09.2021; n = 4474-3679 Einrichtungen). Rückgänge sind insbesondere auf Kitas zurückzuführen, die ihre Teilnahme am KiTa-Register beenden bzw. in denen es Veränderungen in der Zahl der insgesamt Beschäftigten gab. Datenstand: 30.09.2021.⁹

⁹ Zu beachten ist, dass Abbildung 8 für die Kalenderwoche 31 bis 34 (02.08.–29.08.2021) sowie für die KW 37 (13.09.–19.09.2021) für Bremen keinen Wert ausweist, da für die entsprechende Woche nicht ausreichend Einrichtungen teilgenommen haben. Sinkt die Anzahl der teilnehmenden Einrichtungen am KiTa-Register in einem Bundesland auf unter 2% pro Woche oder (in kleinen Bundesländern) auf unter zehn Teilnehmende pro Woche, wird das entsprechende Bundesland in der jeweiligen Woche nicht angezeigt.

Mit der jüngsten Novellierung des Infektionsschutzgesetzes am 03.09.2021 und der Zustimmung durch den Bundesrat am 10.09.2021 wurde das Auskunftsrecht bzgl. Impfungen auch auf Angestellte von Kindertagesstätten ausgeweitet. Diese Änderung tritt allerdings erst ab dem 15.09.2021 (also in der KW 37, 13.09.–19.09.2021) in Kraft. Es bleibt daher zunächst unklar, ob sich hieraus deutliche Änderungen in den hier gemeldeten Impfquoten ergeben. Unklar ist auch, wie viele Arbeitgeber überhaupt von diesem Auskunftsrecht Gebrauch machen werden. Offen ist zudem, inwieweit sich durch das Auskunftsrecht des Arbeitgebers, d. h. dem Träger der Einrichtung, auch der Informationsstand der ggf. ebenso angestellten Leitungen einzelner Einrichtungen verbessert. Mit den vorliegenden Daten kann daher keine Aussage darüber getroffen werden, zu welchen Teilen ein möglicher Anstieg hin zur oder ab der KW 37 (13.09.–19.09.2021) auf eine weitere Zunahme der Impfung oder auf die Einführung des Auskunftsrechts zurückgeführt werden kann. Bei Daten, welche vor der Gesetzesänderung erhoben wurden, bleibt auch weiterhin unklar, inwieweit die Einrichtungsleitungen, die die Abfrage des KiTa-Registers beantworten, tatsächlich über den Impfstatus ihres pädagogischen Personals Bescheid wissen respektive wahrheitsgemäß informiert wurden.

3.2. Quellen

Autorengruppe Corona-KiTa-Studie (2021a). Monatsbericht Juni der Corona-KiTa-Studie (Ausgabe 05/2021). München 2021: DJI, online verfügbar unter: <https://corona-kita-studie.de/monatsberichte-der-corona-kita-studie>.

Autorengruppe Corona-KiTa-Studie (2021b). 5. Quartalsbericht der Corona-KiTa-Studie (III/2021). München 2021: DJI, online verfügbar unter: <https://corona-kita-studie.de/quartalsberichte-der-corona-kita-studie>.

Robert Koch-Institut, (2021). Epidemiologischer Steckbrief zu SARS-CoV-2 und COVID-19, Stand: 14.7.2021: online verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html;jsessionid=DFAF0BDC26FE32E6037CDCCD713F7EBA.internet112?nn=13490888#doc13776792bodyText18

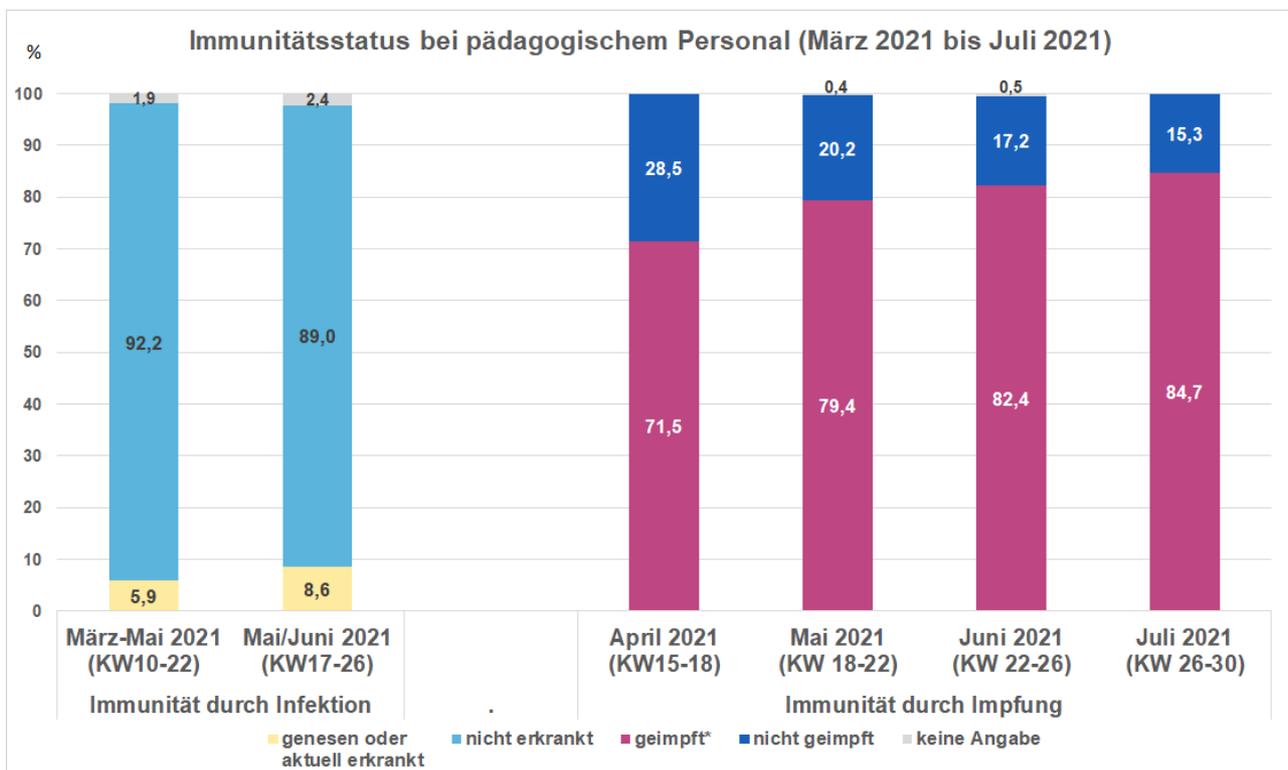
4. Ergebnisse aus der CoKiss-Vertiefungsbefragung zum Immunitätsstatus von pädagogischem Personal und Eltern öffentlich betreuter Kinder

4.1. Immunitätsstatus bei pädagogischem Personal im Zeitraum März 2021 bis Juli 2021

Wie im vorherigen Abschnitt dargelegt, wird seit Anfang Juni 2021 im Rahmen des KiTa-Registers (Modul II) die Impfquote des pädagogischen Personals in den Einrichtungen erhoben. Seit Juli 2021 werden diese Angaben für die Monats- und Quartalsberichte der Corona-KiTa-Studie ausgewertet (vgl. Autorengruppe Corona-KiTa-Studie 2021a; 2021b). Im KiTa-Register geben die Einrichtungsleitungen Auskunft zum Impfstatus der Beschäftigten in ihren Einrichtungen. Die CoKiss-Vertiefungsbefragung (Modul I) stellt eine interessante Ergänzung dieser Ergebnisse dar, da darin pädagogisches Personal (sowie Eltern der Kinder in der Kita, vgl. Kapitel 4.2) direkt befragt wurde, während im KiTa-Register mittelbare Einschätzungen der Leitungen in Bezug auf die gesamte Belegschaft eingeholt werden. Darüber hinaus wurde seit Beginn der Befragung Anfang März 2021 nach bisheriger Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 gefragt; das Thema Impfen konnte seit Mitte April 2021 einbezogen werden, also ungefähr zwei Monate früher als im KiTa-Register. Weitere Themen der CoKiss-Vertiefungsbefragung waren die jeweils aktuelle Betreuungs- und Arbeitssituation, die eingesetzten Schutzmaßnahmen sowie Aspekte der kindlichen Entwicklung und des eigenen wie des kindlichen Wohlbefindens.

Bei der CoKiss-Vertiefungsbefragung handelt es sich um ein einrichtungsbezogenes Instrument, das auf der ERiK-Leitungsbefragung¹⁰ aufbaut. Aus den ERiK-Einrichtungen, die sich an der CoKiss-Leitungsbefragung beteiligt haben, wurden 1.200 Einrichtungen zur Teilnahme an der CoKiss-Vertiefungsbefragung ausgewählt. In diesen Einrichtungen wurde das pädagogische Personal in zwei getrennten Gruppen, sogenannten Tranchen, und zu jeweils drei Messzeitpunkten im Abstand von vier bis sechs Wochen zur Teilnahme eingeladen. Mittlerweile ist die Datenerhebung abgeschlossen. Die erste Tranche schließt den Zeitraum von Anfang März 2021 bis Anfang Juni 2021 (KW 10–KW 22, aufgeteilt auf drei Messzeitpunkte) ein, die zweite Tranche den Zeitraum von Ende April 2021 bis Ende Juli 2021 (KW 17–KW 30, aufgeteilt auf drei Messzeitpunkte). Aufgrund der zwei Tranchen mit jeweils drei Messzeitpunkten ergeben sich also insgesamt sechs Zeiträume, für die Ergebnisse berichtet werden können. Die Fragen zur Impfung waren jeweils zum zweiten sowie dritten Messzeitpunkt enthalten. Das pädagogische Personal war damit im gesamten Befragungszeitraum impfberechtigt, nachdem im Februar 2021 die Impfreiheiten entsprechend angepasst worden war (vgl. Bundesgesundheitsministerium 2021a). Insbesondere wurde das teilnehmende pädagogische Personal um Auskunft gebeten, ob sie selbst bis zum jeweiligen Befragungszeitpunkt wenigstens eine Erstimpfung gegen COVID-19 erhalten hatten. Das heißt, die Angabe schließt auch Personal mit ein, das bereits die Zweitimpfung erhalten hat. Zum ersten Messzeitpunkt wurde außerdem gefragt, ob die Teilnehmenden bereits eine COVID-19-Infektion überstanden hatten oder aktuell infiziert waren. Die Ergebnisse zum Immunitätsstatus des befragten pädagogischen Personals sind in Abbildung 9 dargestellt.

10 Nähere Informationen zum Projekt ERiK finden sich unter <https://www.dji.de/ueber-uns/projekte/projekte/entwicklung-von-rahmenbedingungen-in-der-kindertagesbetreuung-erik.html>



*Inklusive pädagogischem Personal, das bisher nur die 1. Impfung erhalten hat.

Abbildung 9: Immunitätsstatus des pädagogischen Personals erworben durch Infektion (links) oder Impfung (rechts); CoKiss-Vertiefungsbefragung, Datenstand: 20.09.2021, ungewichtete Daten, Befragungszeitraum von Anfang März 2021 bis Ende Juli 2021 (KW 10–30); die Informationen zum Genesenenstatus (links) beziehen sich auf Angaben von 1.432 pädagogisch Tätigen (1. Messzeitpunkt, 1. Tranche, KW 10–22; Anfang März 2021 bis Anfang Juni 2021) bzw. 1.504 pädagogisch Tätigen (1. Messzeitpunkt, 2. Tranche, KW 17–26, Anfang Mai bis Ende Juni 2021); die Informationen zum Impfstatus (rechts) beziehen sich auf Angaben von 284 pädagogisch Tätigen (2. Messzeitpunkt, 1. Tranche, KW 15–18, Mitte April 2021 bis Anfang Mai 2021) bzw. 266 pädagogisch Tätigen (3. Messzeitpunkt, 1. Tranche, KW 18–22; Anfang Mai bis Anfang Juni 2021) bzw. 203 pädagogisch Tätigen (2. Messzeitpunkt, 2. Tranche, KW 22–26, Anfang bis Ende Juni 2021) bzw. 183 pädagogisch Tätigen (3. Messzeitpunkt, 2. Tranche, KW 26–30, Ende Juni 2021 bis Ende Juli 2021).

Rechts in Abbildung 9 (vier Balken in dunkelblau und weinrot) ist der Impfstatus dargestellt. Unter dem Personal, das zum zweiten und dritten Messzeitpunkt an der CoKiss-Vertiefungsbefragung teilnahm, zeigte sich eine stetig ansteigende Impfquote von 71,5% im April 2021 bis zu 84,7% im Juli 2021. Im Vergleich zum KiTa-Register (vgl. Kapitel 3) zeigen sich in der CoKiss-Vertiefungsbefragung dabei etwas höhere Werte. Im Bundesdurchschnitt des KiTa-Registers lag die Impfquote ab KW 26 (28.06.–04.07.2021) über 80% und seit KW 33 (16.08.–22.08.2021) bei 85%. In der CoKiss-Befragung waren beide Marken bereits etwas früher erreicht. Zu beachten ist die unterschiedliche Berechnung der Impfquoten aufgrund der unterschiedlichen Datenstruktur: Im KiTa-Register wird die abgefragte Anzahl der Geimpften in einer Einrichtung durch die Anzahl der derzeit Beschäftigten geteilt. In der CoKiss-Vertiefungsbefragung wird die Anzahl der Geimpften unter den Teilnehmenden durch die Gesamtzahl der Teilnehmenden geteilt. Weiterhin ist zu beachten, dass die Stichprobe der CoKiss-Vertiefungsbefragung im Vergleich zum KiTa-Register ein größeres Risiko zur Selbstselektion aufweist, dass also Rückmeldungen von pädagogischem Personal, welches das Thema Corona in der Kita für wichtig erachtet, wahrscheinlicher sind, insbesondere bei den Wiederholungsbefragungen. Da Kita-Leitungen jeweils für ihre gesamte Einrichtung Angaben machen und nicht nur für sich selbst, ist im KiTa-Register entsprechend von einer geringeren Selbstselektion auszugehen. Aus diesem Grund ist in der Stichprobe der CoKiss-Vertiefungsbefragung möglicherweise eher von einer leichten Überschätzung der Impfquote auszugehen. Insgesamt sind die Ergebnisse der CoKiss-Vertiefungsbefragung zur Impfquote des pädagogischen Personals den Ergebnissen aus dem KiTa-Register aber sehr ähnlich, sodass sich die beiden Datenquellen gegenseitig validieren.

Die CoKiss-Vertiefungsbefragung legt nahe, dass der Zuwachs bei den Impfungen des pädagogischen Personals seit Mai 2021 an Geschwindigkeit verloren haben könnte. Während zwischen April 2021 und Mai



2021 noch ein Anstieg um fast 8 Prozentpunkte zu verzeichnen war, nahm der Anteil der Geimpften danach nur noch um 3 bzw. 2,3 Prozentpunkte zu.

Damit verlief die Entwicklung des Impfwachses parallel zu den bundesweiten Inzidenzwerten, was einer abflachenden Entwicklung der Impfquote entspricht (vgl. Abbildung 9 rechts). Denn im Befragungszeitraum April 2021 (KW 15–18) lag der bundesweite Wochendurchschnitt der 7-Tage-Inzidenz noch bei 151 pro 100.000 Einwohner, im Befragungszeitraum Mai 2021 (KW 18–22) hatte der Wochendurchschnitt den Wert von 76 pro 100.000 Einwohner erreicht, sank auch im Befragungszeitraum Juni (KW 22–26) kontinuierlich weiter mit einem Wochendurchschnitt von 15,2 pro 100.000 Einwohner und blieb im Befragungszeitraum Juli (KW 26–30) mit einem Wochendurchschnitt von 9,3 noch auf sehr niedrigem Niveau (vgl. Robert Koch-Institut 2021a). Anfang Juni 2021 sorgte auch die Aufhebung der Impfpriorisierung für veränderte Rahmenbedingungen (vgl. Bundesgesundheitsministerium 2021b), sodass pädagogisches Personal zumindest anfänglich im Juni und Juli 2021 mit einer deutlich erhöhten Personengruppe um Impftermine konkurrieren musste.

Der Anteil des befragten pädagogischen Personals aus der CoKiss-Vertiefungsbefragung, welches selbst an COVID-19 erkrankt war bzw. ist, ist in Abbildung 9 links (zwei Balken in hellblau und gelb) dargestellt. Der erste Messzeitpunkt der CoKiss-Vertiefungsbefragung konnte einen hohen Rücklauf erzielen, sodass hier aussagekräftige Einblicke zur Frage einer „Genesenquote“ möglich sind.¹¹ In der ersten Tranche, die sich über den Zeitraum März 2021 bis Mai 2021 erstreckte, gaben insgesamt 5,9% des befragten pädagogischen Personals an, dass sie zum oder vor dem Zeitpunkt der Befragung an COVID-19 erkrankt waren. Die zweite Tranche deckte den Zeitraum Mai/Juni 2021 ab; hier lag der Anteil der (zukünftig) Genesenen unter dem befragten pädagogischen Personal bei 8,6%, möglicherweise als Nachhall der dritten Welle mit Scheitelpunkt im April 2021. In Bezug auf den bevölkerungsweiten Anteil der Infizierten und Genesenen, welcher auf Basis der vom Robert Koch-Institut (2021a) veröffentlichten Meldezahlen und Daten des Statistischen Bundesamtes (2021) berechnet werden kann¹², zeigte sich dagegen eine kontinuierliche Zunahme zwischen Anfang März 2021 und Mitte Mai 2021 ausgehend von einem Wochendurchschnitt von 3,0% in KW 10 (08.03.–14.03.2021) hin zu 4,3% in KW 20 (17.05.–23.05.2021). Danach blieb der Anteil der Infizierten und Genesenen in der Gesamtbevölkerung über mehrere Wochen nahezu unverändert und lag zum Ende des Befragungszeitraums Mai/Juni 2021, also in KW 26 (28.06.–04.07.2021), bei 4,4%. Die Zahlen legen nahe, dass der Anteil der Genesenen unter dem Kita-Personal vermutlich höher ist als in der Gesamtbevölkerung.

11 Es ist zwar nicht bekannt, ob tatsächlich pädagogisches Personal mit der Befragung erreicht wurde, welches zum Zeitpunkt der Beantwortung infiziert war. Sollten aber Personen während ihrer COVID-19-Infektion an der Befragung teilgenommen haben, so ist davon auszugehen, dass sie zumindest zu diesem Zeitpunkt nicht schwer erkrankt waren. Auch berichteten die Teilnehmenden im weiteren Verlauf der CoKiss-Vertiefungsbefragung nur vereinzelt von schweren Verläufen oder gar Todesfällen unter dem pädagogischen Personal in ihrer Einrichtung. Wenn also zum Zeitpunkt der Beantwortung mit COVID-19 infiziertes Personal teilgenommen haben sollte, kann mit hoher Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass es sich um zukünftig Genesene handelte.

12 Ebenso wie für die Berechnung der Inzidenzen werden hierfür Daten des Statistischen Bundesamtes (2021) verwendet, konkret die Bevölkerungsstatistik mit Datenstand 31.12.2020. Dabei wird die kumulierte Anzahl der COVID-19-Fälle ohne Todesfälle (vgl. Robert Koch-Institut 2021a) durch die Bevölkerung am 31.12.2020 (vgl. Statistisches Bundesamt 2021) geteilt.

4.2. Immunitätsstatus bei Eltern von Kita-Kindern im Zeitraum März 2021 bis Juli 2021

Zusätzlich zum pädagogischen Personal wendete sich die CoKiss-Vertiefungsbefragung auch an die Eltern aus den teilnehmenden Einrichtungen und befragte auch sie zum Thema Impfen und zu einer bisherigen COVID-19-Erkrankung. Die Ergebnisse zum Immunitätsstatus der befragten Eltern sind in Abbildung 10 dargestellt.

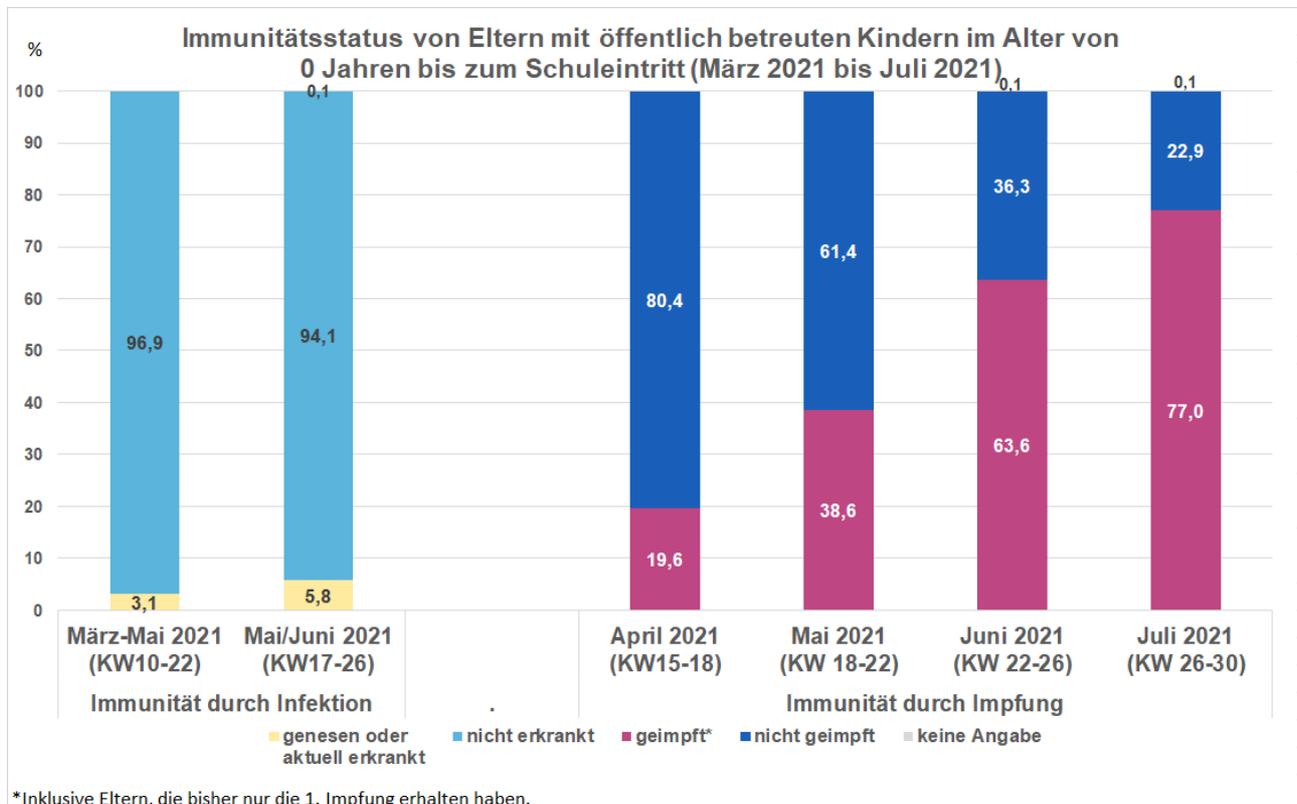


Abbildung 10: Immunitätsstatus der Eltern erworben durch Infektion (links) oder Impfung (rechts); CoKiss-Vertiefungsbefragung, Datenstand: 20.09.2021, ungewichtete Daten, Befragungszeitraum von Anfang März 2021 bis Ende Juli 2021 (KW 10–30); die Informationen zum Genesenenstatus (links) beziehen sich auf Angaben von 3.382 Eltern (1. Messzeitpunkt, 1. Tranche, KW 10–22; Anfang März 2021 bis Anfang Juni 2021) bzw. 3.135 Eltern (1. Messzeitpunkt, 2. Tranche, KW 17–26, Anfang Mai bis Ende Juni 2021); die Informationen zum Impfstatus (rechts) beziehen sich auf Angaben von 1.527 Eltern (2. Messzeitpunkt, 1. Tranche, KW 15–18, Mitte April 2021 bis Anfang Mai 2021) bzw. 1.308 Eltern (3. Messzeitpunkt, 1. Tranche, KW 18–22; Anfang Mai bis Anfang Juni 2021) bzw. 1.240 Eltern (2. Messzeitpunkt, 2. Tranche, KW 22–26, Anfang bis Ende Juni 2021) bzw. 1.041 Eltern (3. Messzeitpunkt, 2. Tranche, KW 26–30, Ende Juni 2021 bis Ende Juli 2021).

Mit Blick auf die Immunität durch Infektion (links in Abbildung 10, zwei Balken in hellblau und gelb) zeigt sich deutlich, dass die Anteile der aktuell Erkrankten oder Genesenen unter den Eltern der CoKiss-Befragung mit 3,1% in der ersten und 5,8% in der zweiten Tranche geringer ausfielen als unter dem pädagogischen Personal (vgl. Kapitel 4.1.). Zu berücksichtigen ist dabei, dass der Impfstart für das pädagogische Personal bereits im Februar 2021 erfolgt war (vgl. Bundesgesundheitsministerium 2021a), also vier Monate vor Aufhebung der Impfpriorisierung Anfang Juni 2021 (vgl. Bundesgesundheitsministerium 2021b). Im Vergleich zum Anteil der Infizierten und Genesenen in der Gesamtbevölkerung, welcher wie in Abschnitt 4.1 bereits erläutert auf Basis der vom Robert Koch-Institut (2021a) veröffentlichten Meldezahlen und Daten des Statistischen Bundesamtes (2021) berechnet werden kann, lag der Anteil der befragten Eltern in der CoKiss-Vertiefungsbefragung im Befragungszeitraum der zweiten Tranche etwas darüber. Zum Ende des Befragungszeitraums März–Mai 2021, also in KW 21 (24.05.–30.05.2021), lag der Anteil im Wochendurchschnitt bei 4,3%, zum Ende des Befragungszeitraums Mai/Juni 2021, also in KW 26 (28.06.–04.07.2021), bei 4,4%.

Bei den Impfungen der Eltern (rechts in Abbildung 10, vier Balken in dunkelblau und weinrot) bildet die CoKiss-Vertiefungsbefragung einen sehr starken Impfwachstum zwischen April 2021 und Juli 2021 von

zunächst 19,6% auf zuletzt 77,0% ab. Anders als das pädagogische Personal dürften viele Eltern erst durch die Aufhebung der Impfpriorisierung Anfang Juni 2021 (vgl. Bundesgesundheitsministerium 2021b) Zugang zur Impfung erhalten haben. Der sehr deutliche lineare Trend in der Impfquote der Eltern über die Zeit spiegelt diese regulatorischen Rahmenbedingungen deutlich wider. Im Juli 2021 lagen die befragten Eltern der CoKiss-Vertiefungsbefragung aber noch um fast 8 Prozentpunkte hinter dem pädagogischen Personal zurück. Im Vergleich dazu lag in KW 30 (bis zum Impftag 27.07.2021), also zum Ende des Befragungszeitraums Juli 2021, die Impfquote der mindestens einmal Geimpften in der Gesamtbevölkerung bei 61,1%, dies entspricht auch in etwa dem Anteil der mindestens einmal Geimpften bei den Erwachsenen unter 60 Jahren (vgl. Robert Koch-Institut 2021b).

4.3. Immunitätsstatus und Angst vor Ansteckung mit dem Coronavirus

Zusätzlich zu den Fragen zum Immunitätsstatus wurden in der CoKiss-Vertiefungsbefragung auch Fragen zur Angst vor einer Ansteckung mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 gestellt. Es wurde erfasst, inwiefern die befragten Eltern und das pädagogische Personal Angst haben, sich selbst mit dem Coronavirus zu infizieren. Dabei wurde die Ansteckungsangst (1) innerhalb der Kita und (2) außerhalb der Kita getrennt erfragt.

Für die Stichprobe der Eltern wurde die Angst vor Ansteckung bereits einmal mit Daten der ersten Tranche der CoKiss-Vertiefungsbefragung ausgewertet (vgl. Autorengruppe Corona-KiTa-Studie 2021c). Abbildung 11 zeigt, dass bei Eltern mit Immunisierung (d. h. geimpft oder genesen) die Angst, sich sowohl innerhalb als auch außerhalb der Kita anzustecken, geringer ausgeprägt war als in der Gruppe der Eltern ohne Immunisierung. Dabei war unabhängig vom Immunitätsstatus die Angst vor einer Ansteckung in der Kita geringer ausgeprägt als die Angst vor Ansteckung in anderen Lebensbereichen außerhalb der Kita. Dasselbe Muster findet sich auch erneut in den Daten des dritten und letzten Messzeitpunkts (über beide Tranchen zusammengefasst).

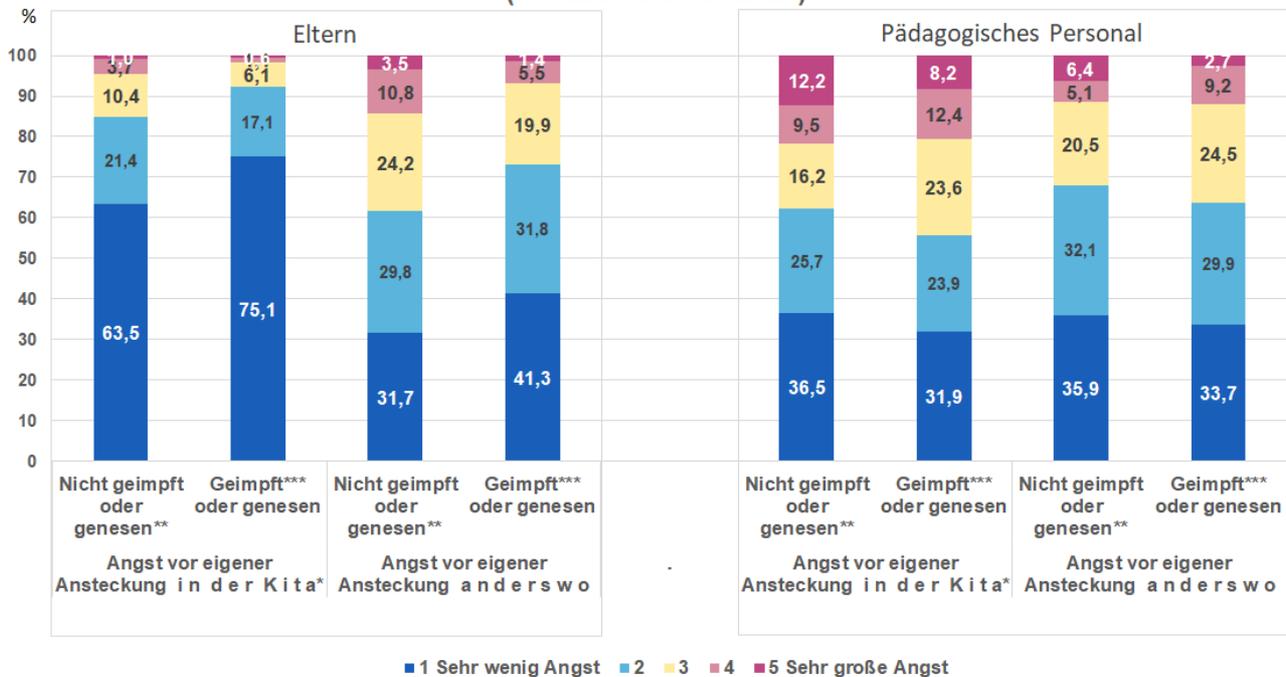
Für das pädagogische Personal zeigt sich erwartungsgemäß ein anderes Muster beim Vergleich der Lebensbereiche in und außerhalb der Kita als bei den Eltern. Wie Abbildung 11 zeigt, gab jeweils deutlich mehr als die Hälfte des befragten Personals an, wenig oder sehr wenig Angst vor Ansteckung in den beiden Lebensbereichen zu haben. Damit lag das Personal für den Lebensbereich außerhalb der Kita zwar in etwa gleichauf mit den befragten Eltern; für den Lebensbereich in der Kita gab aber deutlich weniger Personal eine (sehr) geringe Angst vor einer Ansteckung an als unter den Eltern. Dies lässt sich damit erklären, da pädagogisch Beschäftigte – anders als die Eltern – einen Großteil ihrer Zeit innerhalb der Kindertagesstätte verbringen. Gleichzeitig berichtete für den Lebensbereich in der Kita ungefähr ein Fünftel des pädagogischen Personals große oder sehr große Angst vor Ansteckung, also einerseits mehr als im Vergleich zum Lebensbereich außerhalb der Kita, aber andererseits auch deutlich mehr im Vergleich zur Ansteckungsangst der Eltern in der Kita. Auch dieses Ergebnis steht im Einklang mit den Gegebenheiten des Kita-Alltags, lassen sich doch Schutzmaßnahmen im Umgang mit Kindern wesentlich schwerer umsetzen als im Umgang mit Erwachsenen (vgl. Autorengruppe Corona-KiTa-Studie 2021d).

Der Vergleich zwischen Personal mit und ohne Immunität ist nur unter Vorbehalt möglich, da in der Gruppe des nicht immunisierten Personals die Fallzahl – nicht zuletzt dank der hohen Impfquote – recht gering ausfällt, was die Aussagekraft der Ergebnisse stark einschränkt. Es deuten sich jedoch zwei interessante Tendenzen an. Beim pädagogischen Personal ohne Immunität durch Impfung oder Genesung besteht demnach im Vergleich zum geimpften oder genesenen Personal sowohl mehr als auch weniger Ansteckungsangst. Der Anteil des Personals mit sehr großer Angst vor Ansteckung ist in der Gruppe ohne Immunität einige Prozentpunkte höher als in der Gruppe mit Immunität, sowohl in der Kita (12% vs. 8%) als auch außerhalb der Kita (6% vs. 3%). In ähnlicher Größenordnung unterscheiden sich die beiden Gruppen bezüglich des Anteils mit wenig oder sehr wenig Angst vor Ansteckung. Die geringere Ansteckungsangst unter Nicht-Geimpften und Nicht-Genesenen mag im ersten Augenblick erstaunen. Doch lassen sich auch einige objektive Gründe anführen, die eine geringe subjektive Risikobewertung in der Kita begründen können. Zu nennen ist zum einen die allgemein hohe Impfquote des pädagogischen Personals, durch die auch Personal ohne Immunität mitgeschützt wird. Zum anderen zeigten bisherige Auswertungen eine hohe Umsetzung organisatorischer und verhaltensbasierter Schutzmaßnahmen in vielen Einrichtungen (vgl. Autorengruppe



Corona-KiTa-Studie 2021d). In der Tat lässt sich in der Gruppe des weder geimpften noch genesenen Personals ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Angst, sich in der Kita mit SARS-CoV-2 anzustecken, und der Einschätzung zur Umsetzung empfohlener Schutzmaßnahmen durch Kolleginnen und Kollegen aber auch durch Kinder ab 3 Jahren erkennen. Eine häufigere Umsetzung der empfohlenen Schutzmaßnahmen geht dabei mit einer geringeren Ansteckungsangst einher.

Ansteckungsangst mit dem Coronavirus bei Eltern und pädagogischem Personal in und außerhalb der Kita nach ihrem Immunitätsstatus (Mai 2021 bis Juli 2021)



*Diese Frage wurde nur den Eltern gestellt, deren Kind zum Zeitpunkt der Befragung in die Kita ging, bzw. dem pädagogischen Personal, das zum Zeitpunkt der Befragung ganz oder teilweise vor Ort in der Kita eingesetzt war.

**In der Gruppe des nicht-geimpften und nicht-genesenen Personals, ist die Fallzahl vergleichsweise gering, sodass die Aussagekraft der Ergebnisse für diese Gruppe stark eingeschränkt ist.

***Inklusive Eltern und pädagogisches Personal, die bisher nur die 1. Impfung erhalten haben.

Abbildung 11: Einschätzung der Eltern und des pädagogischen Personals zu ihrer Angst, sich mit dem Coronavirus zu infizieren, auf einer Skala von 1 „Sehr wenig Angst“ bis 5 „Sehr große Angst“. Darstellung differenziert nach dem Immunitätsstatus. CoKiss-Vertiefungsbefragung, Datenstand: 20.09.2021, ungewichtete Daten, Befragungszeitraum von Mai 2021 bis Juli 2021 (KW 18–31). Die Informationen beziehen sich auf Angaben von 2.038 Eltern (3. Messzeitpunkt, 1. und 2. Tranche, KW 18–31; 1.208 Eltern mit und 830 Eltern ohne Immunitätsstatus) bzw. 438 pädagogischen Mitarbeitenden (3. Messzeitpunkt, 1. und 2. Tranche, KW 18–30; 364 Mitarbeitende mit und 74 Mitarbeitende ohne Immunitätsstatus). Es ist jeweils die prozentuale Verteilung aller Stufen der Ansteckungsangst dargestellt.

4.4. Quellen

Autorengruppe Corona-KiTa-Studie (2021a). Modul KiTa-Register: Ergebnisse zu den derzeitigen Betreuungskapazitäten des KiTa-Registers. In: Monatsbericht Juli der Corona-KiTa-Studie (Ausgabe 05/2021), Kapitel 2. München 2021: DJI, online verfügbar unter: <https://corona-kita-studie.de/monatsberichte-der-corona-kita-studie>.

Autorengruppe Corona-KiTa-Studie (2021b). Impfquote des pädagogischen Personals in Kindertageseinrichtungen. In: 5. Quartalsbericht der Corona-KiTa-Studie (III/2021), Kapitel 4. München 2021: DJI, online verfügbar unter: <https://corona-kita-studie.de/quartalsberichte-der-corona-kita-studie>.

Autorengruppe Corona-KiTa-Studie (2021c). Ergebnisse aus der KiBS-Elternbefragung und der CoKiss-Vertiefungsbefragung zur Angst der Eltern vor einer Ansteckung mit COVID-19 in Bezug auf sich selbst und auf ihre Kinder. In: Monatsbericht Juni der Corona-KiTa-Studie (Ausgabe 04/2021), Kapitel 2.

München 2021: DJI, online verfügbar unter: <https://corona-kita-studie.de/monatsberichte-der-corona-kita-studie>.

Autorengruppe Corona-KiTa-Studie (2021d). Erste Ergebnisse aus der Kita-Leitungsbefragung: Umsetzung von Schutz- und Hygienemaßnahmen in Kindertageseinrichtungen, In: 3. *Quartalsbericht der Corona-KiTa-Studie (I/2021)*, Kapitel 2. München 2021: DJI online verfügbar unter: <https://corona-kita-studie.de/monatsberichte-der-corona-kita-studie>.

Bundesministerium für Gesundheit (2021a). Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Impfverordnung – CoronaImpfV) vom 8. Februar 2021. Berlin 2021: Bundesministerium für Justiz und für Verbraucherschutz, online verfügbar unter: <https://www.bundesanzeiger.de/pub/publication/a13g6m2DHwmOcyVQqAP/content/a13g6m2DHwmOcyVQqAP/BAnz%20AT%2008.02.2021%20V1.pdf?inline>.

Bundesministerium für Gesundheit (2021b). Verordnung zum Anspruch auf Schutzimpfung gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 (Coronavirus-Impfverordnung – CoronaImpfV) vom 1. Juni 2021. Berlin 2021: Bundesministerium für Justiz und für Verbraucherschutz, online verfügbar unter: <https://www.bundesanzeiger.de/pub/publication/eAOaquuiTaFsA5RvNYF/content/eAOaquuiTaFsA5RvNYF/BAnz%20AT%2002.06.2021%20V2.pdf?inline>.

Robert Koch-Institut (2021a). 7-Tage-Inzidenzen nach Bundesländern und Kreisen (fixierte Werte) sowie Gesamtübersicht der pro Tag ans RKI übermittelten Fälle und Todesfälle, Stand: 28.09.2021, online verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Fallzahlen_Kum_Tab.html, Zugriff am 28.9.2021.

Robert Koch-Institut (2021b). Wöchentlicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19), 29.07.2021 – AKTUALISIERTER STAND FÜR DEUTSCHLAND, online verfügbar unter: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Wochenbericht/Wochenbericht_2021-07-29.pdf?blob=publicationFile

Statistisches Bundesamt (2021). Bevölkerung am 31.12.2020 nach Nationalität und Bundesländern, Stand: 21.06.2021, online verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Bevoelkerungsstand/Tabellen/bevoelkerung-nichtdeutsch-laender.html>

5. Modul CATS: Ergebnisse aus den Surveillancesystemen des RKI

5.1. Begriffsklärung und Bevölkerungszahlen

Neben absoluten Fallzahlen werden Inzidenzen zur Beschreibung der Häufigkeit einer Krankheit in ihrer geografischen und demografischen Verteilung eingesetzt. Die Inzidenz wird angegeben als Anzahl von neu erkrankten/diagnostizierten oder gemeldeten Fällen pro Zeiteinheit (z. B. Woche), für die eine bestimmte Falldefinition zutrifft, bezogen auf 100.000 Einwohner der jeweiligen Altersgruppe. Als Grundlage der Inzidenzberechnungen werden Bevölkerungszahlen von den Statistischen Landesämtern bereitgestellt. Im Folgenden werden die Daten aus den Surveillancesystemen nach vier bzw. fünf Altersgruppen analysiert (vgl. Tabelle 1).

Tabelle 1: Bevölkerungszahlen für die Berechnung der Inzidenz nach Altersgruppen

| Altersgruppe | Bevölkerungsstand | Bevölkerungsanteil |
|--------------------|-------------------|--------------------|
| 0 bis 5 Jahre | 4.754.892 | 5,7% |
| 6 bis 10 Jahre | 3.745.571 | 4,5% |
| 11 bis 14 Jahre | 2.977.337 | 3,6% |
| 15 bis 20 Jahre | 4.722.717 | 5,7% |
| 15 Jahre und älter | 71.670.606 | 86% |
| 21 Jahre und älter | 66.947.889 | 81% |

Quelle: Statistische Landesämter; Datenstand 31.12.2020

5.2. Angaben zur Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen aus dem GrippeWeb

5.2.1. Hintergrund

Mit dem GrippeWeb-Portal (grippeweb.rki.de) werden Informationen zu neu aufgetretenen akuten Atemwegserkrankungen (akute respiratorische Erkrankungen; ARE) in der Bevölkerung in Deutschland erfasst. Die Informationen kommen direkt aus der Bevölkerung und werden wöchentlich über ein Web-Portal erhoben. Damit kann geschätzt werden, welcher Anteil der Gesamtbevölkerung Woche für Woche an einer neu aufgetretenen Atemwegsinfektion erkrankt ist (ARE-Inzidenz). Durch Nachmeldungen können sich die Werte der Vorwochen zum Teil noch verändern (vgl. Buchholz et al. 2020).

5.2.2. Aktuelles Bild

Im August 2021 nahm die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen bei Kindern im Alter von 0 bis 5 Jahren, wie auch in den Jahren vor Beginn der Pandemie deutlich zu. Dies ist vermutlich bedingt durch die wieder abnehmende Feriendichte und die dadurch resultierende höhere Kontaktrate z. B. im Rahmen des Kita-Besuchs (vgl. Abbildung 12). Die ARE-Aktivität wird vor allem durch Rhinoviren bestimmt, die (in allen Altersgruppen) zu typischen Erkältungen mit Schnupfen führen. Seit August 2021 stiegen aber auch die Nachweise von Respiratorischen Synzytialviren (RSV) an, welche fast ausschließlich bei 0- bis 1-jährigen Kindern vorkommen, und sind dann nicht selten auch mit schweren Verläufen verbunden. Die Zahl der RSV-Nachweise befindet sich deutlich über den Werten der Vorjahre um diese Jahreszeit (vgl. Buda et al. 2021). Seit Anfang September 2021 blieb die ARE-Rate bei der jüngsten Altersgruppe relativ konstant. In KW 37 (13.09.–19.09.2021) wurden wöchentlich rund 628.000 neu aufgetretene Atemwegserkrankungen bei

Kindern im Alter von 0 bis 5 Jahren geschätzt. Das entspricht einer Inzidenz von rund 13.200 ARE pro 100.000 Kindern (oder 13,2% der Kinder in diesem Alter). Damit wurde Mitte September 2021 in etwa eine Inzidenz an Atemwegserkrankungen bei Kindern dieser Altersgruppe geschätzt wie in den Jahren 2016–2019 (14,6% Kinder mit ARE). Im Vergleich zum Vorjahr 2020 (9,2% Kinder mit ARE; nicht abgebildet) liegt dieser Wert jedoch auf einem deutlich höheren Niveau. Etwa eines von fünf Kindern im Alter von 0 bis 5 Jahren wurde in KW 37 2021 ärztlichem Personal wegen einer ARE vorgestellt.

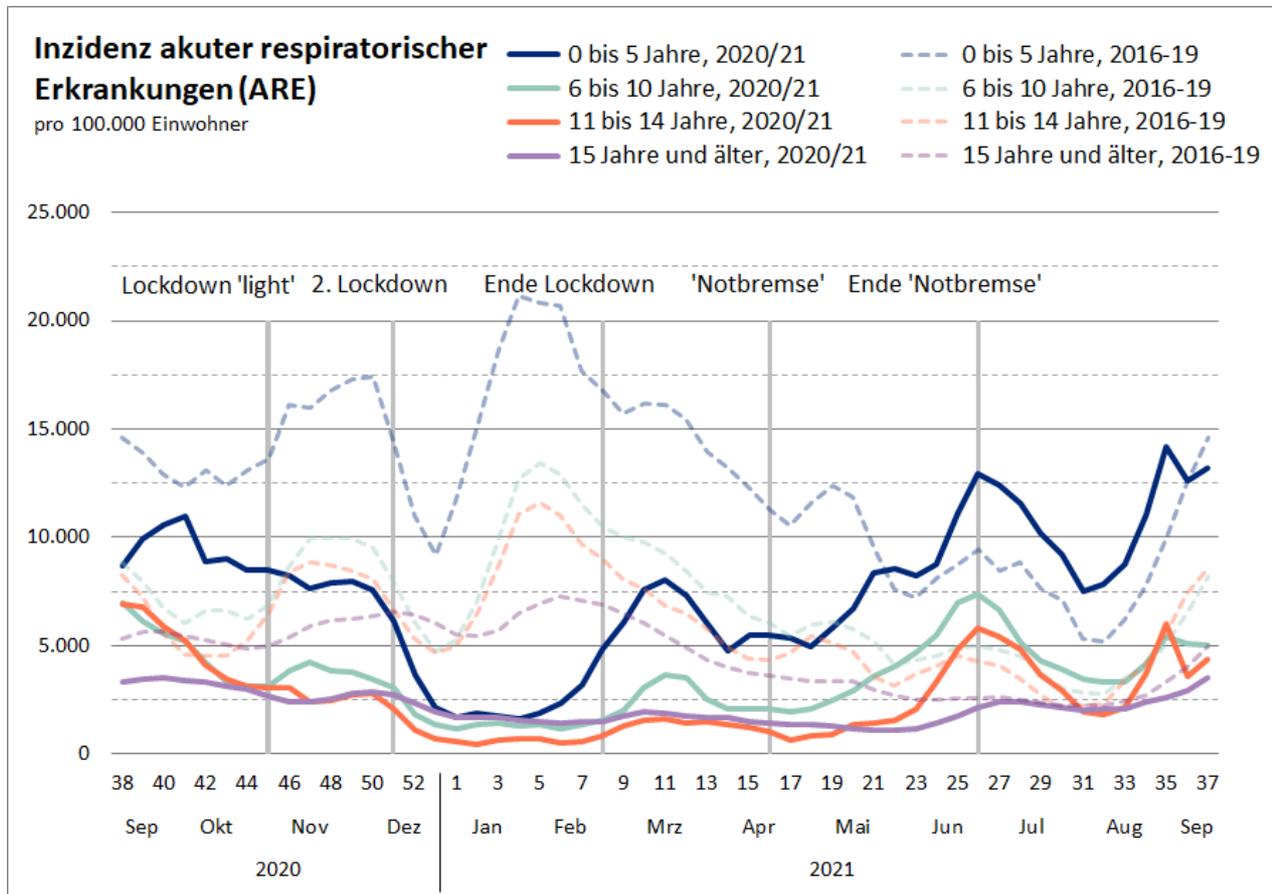


Abbildung 12: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten Inzidenzen akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) im zeitlichen Verlauf nach Kalenderwoche und nach Altersgruppe (Anzahl ARE pro 100.000 Einwohner) für die Jahre 2020/2021 im Vergleich zu den Jahren 2016–2019. Es wurde mit Ausnahme der letzten drei Kalenderwochen in 2021 jeweils ein gleitender 3-Wochen-Mittelwert verwendet. Für Jahre ohne KW 53 wurde ein Mittelwert aus KW 52 und KW 1 gebildet.

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

5.3.1. Hintergrund

An der syndromischen Überwachung der Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI; [influenza.rki.de](https://www.influenza.rki.de)) haben sich seit Beginn der Corona-KiTa-Studie bisher rund 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 Arzteinformationssystemen 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 (vgl. Goerlitz et al. 2020).

5.3.2. Aktuelles Bild

Die Zahl der registrierten Meldungen an Arztbesuchen wegen akuten Atemwegserkrankungen bei den 0- bis 5-Jährigen nahm von Mitte August bis Anfang September 2021 wieder deutlich zu (vgl. Abbildung 13). Im Gegensatz zu den GrippeWeb-Daten, die im September in etwa das Niveau der Jahre vor Beginn der Pandemie erreichten, befand sich die ARE-Konsultationsinzidenz bei der jüngsten Altersgruppe bereits seit Juni 2021 deutlich über dem Niveau von 2016–2019. In der aktuellen Berichtswoche (KW 37; 13.09.–19.09.2021) lag die ARE-Konsultationsinzidenz bei Kindern im Alter von 0 bis 5 Jahren bei rund 4.600 Arztkonsultationen pro 100.000 Kinder. Auf die Bevölkerung in dieser Altersgruppe hochgerechnet entspricht das rund 220.000 Arztbesuchen wegen ARE. Damit suchten Kinder im Alter von 0 bis 5 Jahren Mitte September (KW 37/2021) rund 1,4-mal häufiger einen Arzt wegen einer akuten Atemwegserkrankung auf als im Vorjahr (KW 37/2020) (ca. 158.000 Arztbesuche; nicht abgebildet) und rund 1,6-mal häufiger als in den Jahren 2016–2019 (ca. 137.000 Arztbesuche).

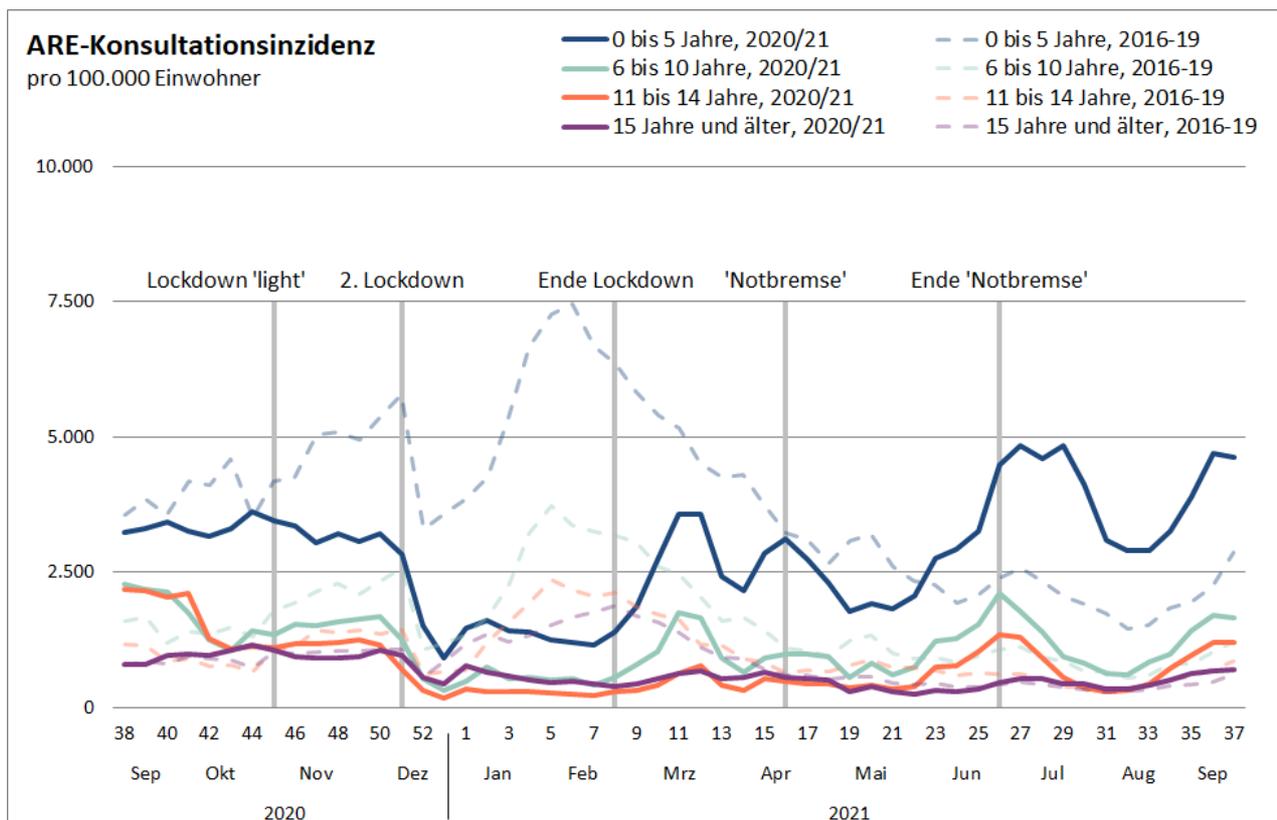


Abbildung 13: Anzahl der Konsultationen mit Diagnosecodes J00–J22, J44.0 und B34.9 (Akute Infektionen der Atemwege) nach Kalenderwoche und nach Altersgruppe pro 100.000 Einwohner für die Jahre 2020/2021 im Vergleich zu den Jahren 2016–2019. Für Jahre ohne KW 53 wurde ein Mittelwert aus KW 52 und KW 1 gebildet.

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

5.4.1. Hintergrund

Gemäß Infektionsschutzgesetz werden Verdachts-, Erkrankungs- und Todesfälle sowie labordiagnostische Nachweise einer SARS-CoV-2-Infektion (COVID-19) an die Gesundheitsämter gemeldet, welche ggf. zusätzliche Informationen ermitteln. Diese Daten werden elektronisch an die zuständige Landesgesundheitsbehörde und von dort an das RKI übermittelt. Das RKI wertet alle labordiagnostischen Nachweise von SARS-CoV-2 mittels Nukleinsäure-Nachweis (z. B. PCR-Test) 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. 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. Aktuelle Lage-/Wochenberichte zu COVID-19 werden auf der [RKI-Webseite](#) zur Verfügung gestellt.

5.4.2. Aktuelles Bild

Insgesamt wurden seit Beginn der COVID-19-Pandemie bis einschließlich KW 37 (13.09.–19.09.2021) 144.039 laborbestätigte COVID-19-Fälle im Alter von 0 bis 5 Jahren an das RKI übermittelt. Die Melde-Inzidenz der 0- bis 5-Jährigen stieg von Ende Juli 2021 bis Anfang September dieses Jahres sehr rasch an und erreichte mit 95 Fällen/100.000 einen neuen Höhepunkt (vgl. Abbildung 14). Während die jüngste Altersgruppe nur leicht das Höchstniveau der zweiten Welle (82 Fälle/100.000) überstieg, lagen die Inzidenzen der 6- bis 10-Jährigen (203 vs. 122/100.000) und der 11- bis 14-Jährigen (228 vs. 156/100.000) deutlicher darüber und erreichten zum Teil sogar die Höchstwerte der dritten Welle (Frühjahr 2021). Seit Mitte September deutet sich wieder eine Abnahme der Fallzahlen an (vgl. Abbildung 15). Diese Entwicklung könnte auf einen Rückgang der Reiserückkehrer aus den Sommerferien sowie auf eine Abnahme der im Rahmen des Kita- und Schulanfangs diagnostizierten Infektionen zurückzuführen sein. Die Inzidenzen der Kinder und Jugendlichen befinden sich aber weiterhin auf einem hohen Niveau. In KW 37 wurden 3.552 Fälle im Alter von 0 bis 5 Jahren übermittelt, das entspricht einer Inzidenz von 75/100.000. Die Inzidenz der 6- bis 10-Jährigen betrug 165/100.000, die der 11- bis 14-Jährigen lag bei 190/100.000 und die 15- bis 20-Jährigen hatten eine Inzidenz von 136/100.000. Im Vergleich dazu lag die Inzidenz der Fälle im Alter von 21 Jahren und älter bei 61/100.000. Damit befand sich die Inzidenz der Kinder im Alter von 0 bis 5 Jahren etwas über der der Erwachsenen.

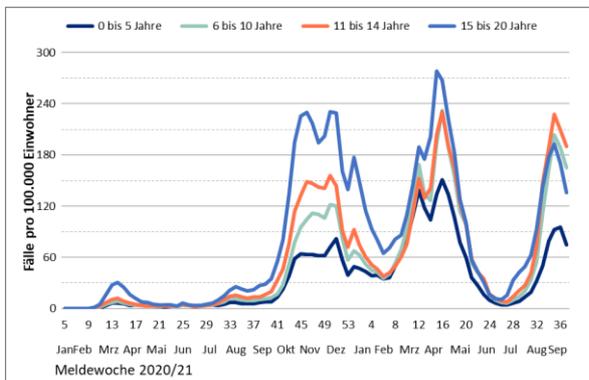


Abbildung 14: Anzahl übermittelter COVID-19-Fälle pro 100.000 Einwohner nach Altersgruppe und Meldewoche (Datenstand: 20.09.2021, 0:00 Uhr).

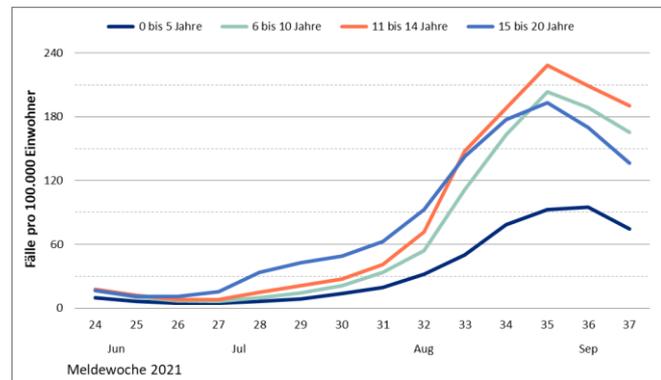


Abbildung 15: wie Abbildung 14, nur für die Meldewochen 24-37/2021 (14.06.–19.09.2021).

Nachdem der Anteil der 0- bis 5-Jährigen an allen COVID-19-Fällen Mitte Juli 2021 wieder deutlich zunahm, blieb dieser seit Anfang September relativ konstant und lag in KW 37 (13.09.–19.09.2021) mit 6% leicht über dem Bevölkerungsanteil (5,7%; vgl. Abbildung 16). Im Gegensatz dazu stieg der Anteil der 6- bis 14-Jährigen seit Mitte Juli rasch und seit Anfang September etwas langsamer an und befand sich in KW 37 bei den 6- bis 10-Jährigen mit 10,5% und bei den 11- bis 14-Jährigen mit 9,6% deutlich über deren Bevölkerungsanteilen (4,5% bzw. 3,6%). Beim Anteil der 15- bis 20-Jährigen war hingegen seit Mitte Juli ein umgekehrter Verlauf zu beobachten. Möglicherweise als Folge der zunehmenden Impfquote in dieser Altersgruppe nahm der Anteil an allen Fällen seit Mitte Juli kontinuierlich und rasch ab, befand sich allerdings mit 10,9% in KW 37 weiterhin deutlich über dem Bevölkerungsanteil (5,7%).

Bei der detaillierten Analyse der jüngsten Altersgruppe (0 bis 5 Jahre) zeigte sich, dass vor allem Fälle im Kindergartenalter (3 bis 5 Jahren) übermittelt wurden (vgl. Abbildung 17). In KW 37 betrug der Anteil der 3- bis 5-Jährigen 3,6% und lag damit über dem Bevölkerungsanteil von 2,9%. Der Anteil der 1- bis 2-Jährigen lag bei 1,7% (Bevölkerungsanteil: 1,9%) und der Anteil der Säuglinge bei 0,7% (Bevölkerungsanteil: 0,9%). Aufgrund der Änderungen der zirkulierenden SARS-CoV-2-Varianten und der zunehmenden Impfquote bei Jugendlichen ab 12 Jahren und Erwachsenen könnte die Bedeutung der jüngeren Kinder (im Kindergarten- und Grundschulalter) für das Übertragungsgeschehen von SARS-CoV-2 und ihr Anteil an allen Meldedfällen zunehmen.

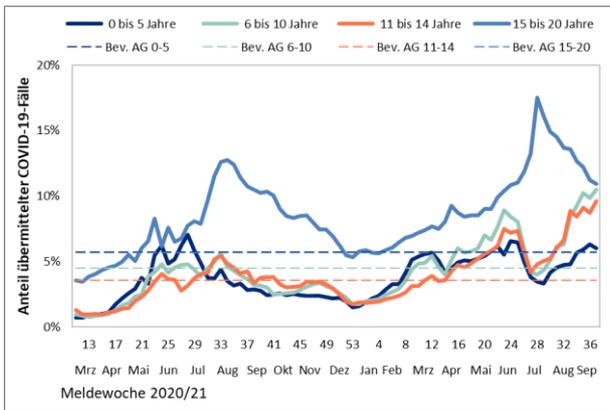


Abbildung 16: Anteil übermittelter COVID-19-Fälle nach Altersgruppe (AG) und Meldewoche. Als gestrichelte Linien sind die jeweiligen Bevölkerungsanteile eingezeichnet. Aufgrund der geringen Fallzahlen zu Beginn wird der Anteil erst ab KW 11 (09.02.–15.02.2020) dargestellt (Datenstand: 20.09.2021, 0:00 Uhr).

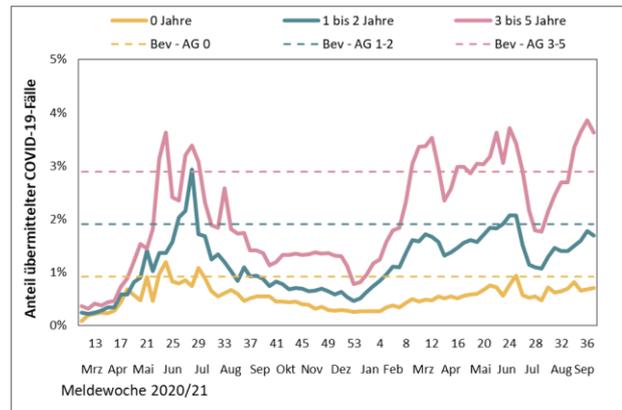


Abbildung 17: wie Abbildung 16, nur für die Altersgruppe (AG) der 0- bis 5-Jährigen.

5.4.3. Hospitalisierungen

Im Meldesystem können für jeden Fall klinische Informationen wie z. B. eine Hospitalisierung oder ein Aufenthalt auf einer Intensivstation (ITS) übermittelt werden. Da nicht alle Angaben für jeden Fall immer vollständig vorliegen, liegen den Anteilsberechnungen für diese Kennzahlen unterschiedliche Nenner zugrunde. So unterscheidet sich z. B. die Zahl der 0- bis 5-Jährigen mit Angabe zum Hospitalisierungsstatus, also ob der Fall hospitalisiert wurde oder nicht, von der Anzahl aller gemeldeten COVID-19-Fälle im Alter von 0 bis 5 Jahren. Zudem ist zu beachten, dass die Fälle mit ITS-Aufenthalt eine Untergruppe der hospitalisierten Fälle bilden. Die Zahl der hospitalisierten COVID-19-Fälle bezieht sich auf alle Fälle, die sich mit oder aufgrund einer laborbestätigten COVID-19-Infektion in einem Krankenhaus befinden. Zu den COVID-19-Todesfällen werden ebenfalls alle verstorbenen Fälle, mit oder aufgrund einer COVID-19-Infektion, gezählt. Bei Erwachsenen, die den größten Teil der übermittelten Patienten/Innen ausmachen, hat sich herausgestellt, dass beim überwiegenden Anteil der hospitalisierten bzw. verstorbenen Patienten/Innen COVID-19 als Grund angegeben wird. Zudem ist die Unterscheidung, ob ein/e Patient/in mit oder aufgrund von COVID-19 hospitalisiert bzw. verstorben war, nicht immer leicht zu ziehen und eine systematische Bewertung außerhalb von Studien ist schwierig. Daher wurde entschieden, sowohl bei Hospitalisierungen als auch bei verstorbenen Patienten/Innen immer die Summe beider Gruppen anzugeben. Allerdings zeigen die Daten aus dem COVID-19 Survey der DGPI (Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie) zu hospitalisierten Kindern und Jugendlichen, dass etwa die Hälfte der hospitalisierten unter 18-Jährigen nicht aufgrund der SARS-CoV-2-Infektion ins Krankenhaus eingeliefert wurden (vgl. Armann et al. 2021).

Abbildung 18 zeigt die wöchentliche Anzahl der hospitalisierten COVID-19-Fälle pro 100.000 Einwohner für die drei Altersgruppen der Kinder und Jugendlichen nach Meldewoche der Fälle für das Jahr 2021 (durchgezogene Linien) im Vergleich zum Vorjahr (gestrichelte Linien). Es ist zu sehen, dass die Inzidenz der hospitalisierten Kinder mit einer SARS-CoV-2-Infektion in der vierten Welle wieder zugenommen hatte und die stärkste Zunahme bei den 0- bis 5-Jährigen zu beobachten war. Es fällt auf, dass im Gegensatz zum Vorjahr, in dem die Hospitalisierungsinzidenz erst ab Oktober zunahm, der Anstieg dieses Jahr bereits im Juli beobachtet werden konnte. Anfang September 2021 betrug die Hospitalisierungsinzidenz bei Kindern im Alter von 0 bis 5 Jahren 1,5 pro 100.000 Kinder, bei den 6- bis 10-Jährigen 0,9/100.000 und bei den 11- bis 14-Jährigen 0,8/100.000. Im Vergleich dazu lag die Hospitalisierungsinzidenz der Fälle im Alter von 21 Jahren und älter bei 3,9/100.000. Es ist zu beachten, dass für die letzten Berichtswochen noch mit Nachübermittlungen und damit mit einer Erhöhung der Hospitalisierungsinzidenz zu rechnen ist.



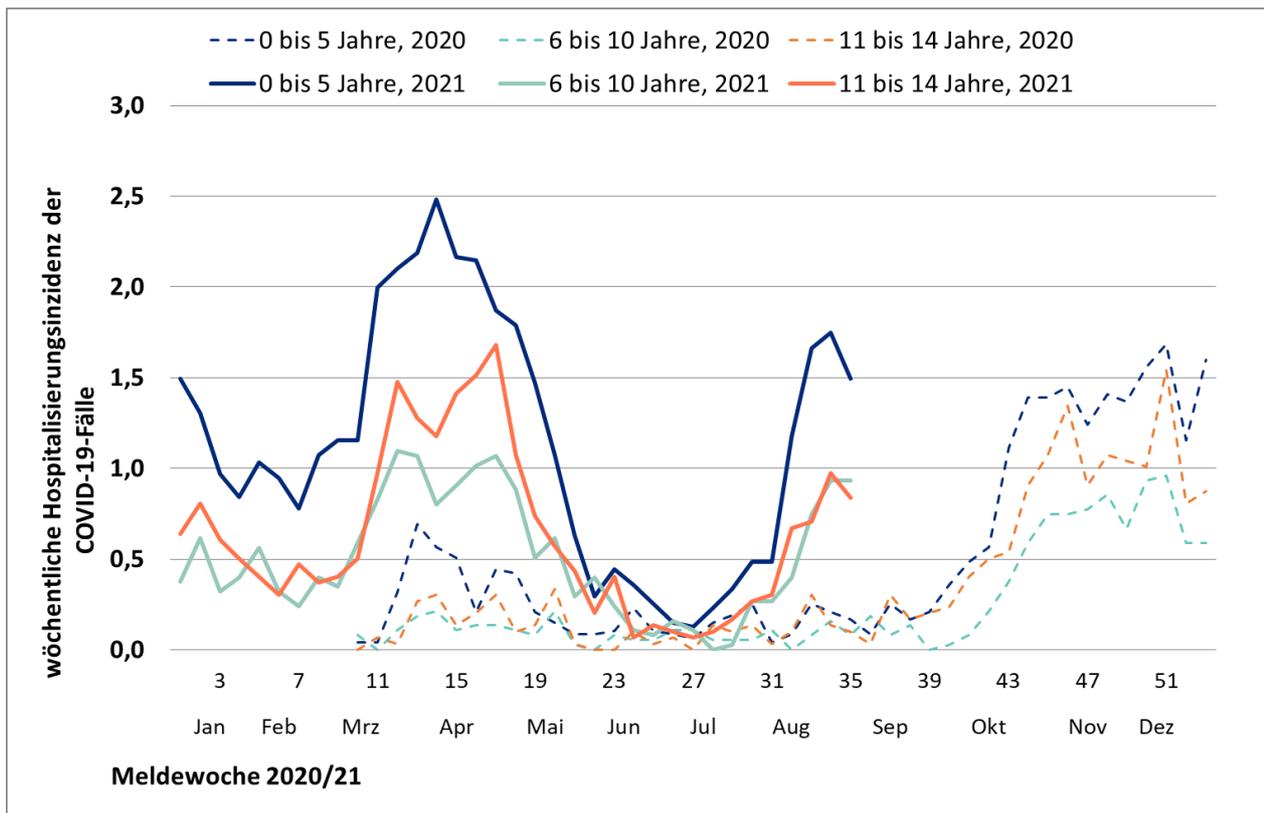


Abbildung 18: Wöchentliche Inzidenz der hospitalisierten COVID-19-Fälle nach Altersgruppe und Meldewoche der Fälle für das Jahr 2021 (durchgezogene Linien) im Vergleich zum Vorjahr 2020 (gestrichelte Linien; Datenstand: 20.09.2021).

Im gesamten Pandemieverlauf wurde bisher für 2,7% (3.135/115.196) der übermittelten COVID-19-Fälle im Alter von 0 und 5 Jahren angegeben, dass sie in einem Krankenhaus behandelt wurden, davon mussten 2,1% auf einer Intensivstation behandelt werden (52/2.540). Bislang wurden zwölf COVID-19-Todesfälle bei den 0- bis 5-Jährigen übermittelt und validiert (0,01% der Meldefälle mit entsprechender Angabe (n = 139.888)).

Trotz der Veränderungen in der Hospitalisierungsinzidenz blieb der Anteil der hospitalisierten 0- bis 5-Jährigen unter den gemeldeten COVID-19-Fällen im Alter von 0 bis 5 Jahren während der Delta-Phase bisher relativ stabil bei 4%. Damit befindet sich der Anteil hospitalisierter 0- bis 5-jähriger Fälle in einem Bereich, welcher auch bei Infektionen beim Wildtyp beobachtet wurde und ist etwas höher als bei Infektionen durch die Alpha-Variante (vgl. Abbildung 19).¹³ Insgesamt ist die Zahl der Kinder im Alter von 0 bis 5 Jahren mit einer SARS-CoV-2-Infektion, die im Krankenhaus behandelt wurden, relativ gering (bei jeder Variante weniger als 1.000 Kinder). Zudem ist für einen relevanten Anteil dieser hospitalisierten Kinder die SARS-CoV-2-Infektion nicht der Grund der Hospitalisierung (vgl. Armann et al. 2021). Der Anteil hospitalisierter Fälle bei den älteren Kindern war während der drei Phasen mit der jeweils dominierenden Virus-Variante auf einem recht ähnlich niedrigen Niveau. Bei den 11- bis 14-Jährigen konnte sogar eine stetige Abnahme des Anteils hospitalisierter Kinder vom Wildtyp zu Alpha und zu Delta beobachtet werden. Hierbei ist allerdings zu beachten, dass zu Beginn der Pandemie, als nur wenige Informationen über den Erreger vorhanden waren, der Anteil der Hospitalisierungen bei Kindern und Jugendlichen höher war. Diese Daten gehen bei der Berechnung des Anteils der hospitalisierten Kinder und Jugendlichen für die Wildtyp-Phase mit ein. In Bezug auf die Abnahme des Anteils hospitalisierter 11- bis 14-jähriger COVID-19-Fälle von der Alpha- zur Delta-Phase könnte sich möglicherweise schon der Effekt der Impfung bei den Kindern ab 12 Jahren widerspiegeln.

13 Die Phasen der wahrscheinlichen Virus-Varianten wurden wie folgt definiert: (1) Wildtyp: Zeitspanne bevor VOC überhaupt zirkulierten (KW 10–48/2020), (2) Alpha: Zeitspanne, in der der Anteil von VOC Alpha mehr als 80% der zirkulierenden Stämme in Deutschland ausmachte (KW 12–22/2021), (3) Delta: Zeitspanne, in der der Anteil von VOC Delta mehr als 80% der zirkulierenden Stämme in Deutschland ausmachte (für diesen Berichtsteil von KW 27–35/2021), Quelle:

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/VOC_VOI_Tabelle.html

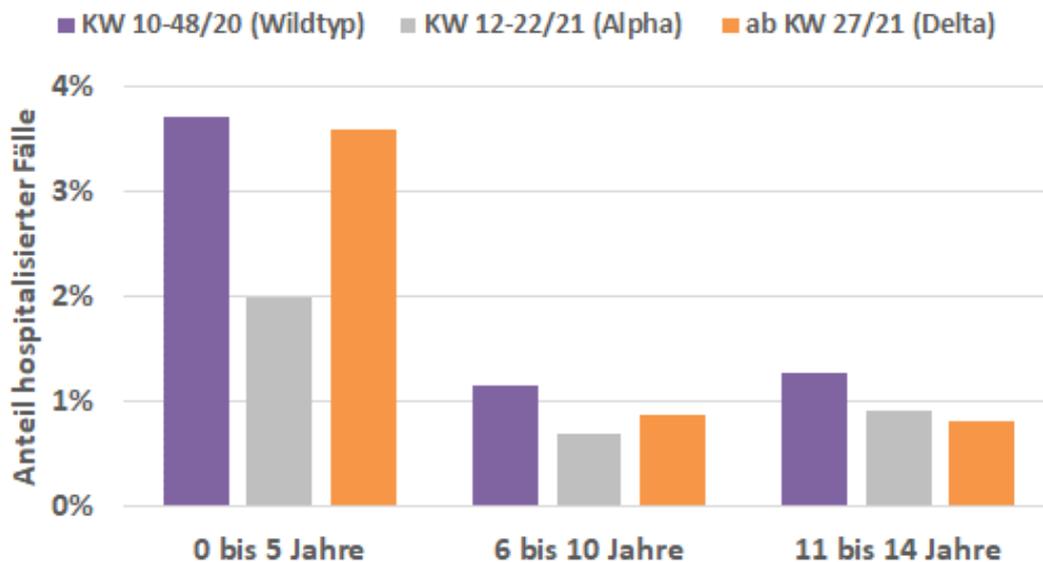


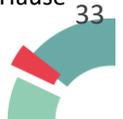
Abbildung 19: Anteil hospitalisierter COVID-19-Fälle nach Altersgruppe und nach Phase der wahrscheinlichen Virus-Variante¹ (lila = Wildtyp, grau = Alpha, orange = Delta; Datenstand: 20.09.2021).

5.4.4. 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) 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. Die Ausbrüche im Kita/Hort-Setting werden auch jeden Donnerstag im Wochenbericht des RKI dargestellt (www.rki.de/covid-19-lagebericht).

Bis Mitte September 2021 (KW 37; 13.09.–19.09.2021) wurden bisher insgesamt 3.771 Ausbrüche mit Infektionsumfeld „Kindergarten, Hort“ an das RKI übermittelt, denen 23.252 Fälle zugeordnet wurden. Von Mitte August bis Anfang September 2021 hat die Zahl an übermittelten Ausbrüchen in Kitas wieder zugenommen (vgl. Abbildung 20). Für die letzten vier Berichtswochen (KW 34-37; 23.08.–19.09.2021) wurden bisher insgesamt 192 Kita-/Hort-Ausbrüche übermittelt und somit etwa 50 neue Ausbrüche pro Woche. Diese Zahl an Ausbrüchen sowie die weitere Entwicklung insbesondere in den letzten zwei Wochen (KW 36 und 37; 06.09.–19.09.2021) kann wegen Nachmeldungen noch nicht gut bewertet werden. Zum ansteigenden Trend der Ausbruchshäufigkeit in Kitas tragen vermutlich die bundesweit wieder abnehmende Feriendichte¹⁴ bzw. aus den Ferien zurückkehrende Kinder bzw. Betreuungspersonal bei sowie die ausgeweiteten Testaktivitäten, bei denen (auch asymptomatische) Infektionen frühzeitig erkannt werden. Die Ausbruchshäufigkeit in Kitas erreichte Ende August 2021 ein Niveau, welches im Vorjahr erst Ende Oktober beobachtet werden konnte. Es fällt weiterhin auf, dass während die Melde-Inzidenz der 0- bis 5-jährigen Kinder im August/September 2021 zwar ähnlich hoch war wie während der zweiten Welle im November/Dezember 2020, die Zahl der übermittelten Ausbrüche jedoch wesentlich geringer ist. Diese Beobachtung wird durch die Befunde des KiTa-Registers zu verdachts- und infektionsbedingten Schließungen gestützt (vgl. Kapitel 6). Möglicherweise spielt hier auch die hohe Impfquote des betreuenden Personals eine Rolle (vgl. Kapitel 3.1).

¹⁴ Die Feriendichte beschreibt den Anteil der Bevölkerung in Deutschland, der in der jeweiligen Woche Schulferien (inkl. Feiertage) hatte. Es wurde ein Durchschnitt der fünf Arbeitstage gebildet. Die Feriendichte (Schulferien) wird auch in der Abbildung der Kita/Hort-Ausbrüche dargestellt, da einige Kitas auch während der Ferien (zumindest teilweise) schließen oder Kita-Kinder gemeinsam mit Geschwistern im Schulalter während der Ferien zu Hause betreut werden. Quelle: <https://www.schulferien.org/deutschland/feriendichte/>



Der Anteil der 0- bis 5-jährigen Fälle an allen in Kita-/Hort-Ausbrüchen beteiligten Fälle nahm seit dem Vorjahr kontinuierlich zu: von 27% im Juli/August 2020, auf etwa 35% während der zweiten Welle und etwa 45% während der dritten Welle auf zuletzt etwa 64% im Juli/August 2021. Die durchschnittliche Ausbruchgröße der übermittelten Kita/Hort-Ausbrüche lag im August 2021 bei fünf Fällen pro Ausbruch (Median = vier Fälle) und damit in einem ähnlichen Bereich wie im August 2020. Es wurden vereinzelt aber auch größere Ausbrüche mit mehr als zehn Fällen pro Ausbruch übermittelt.

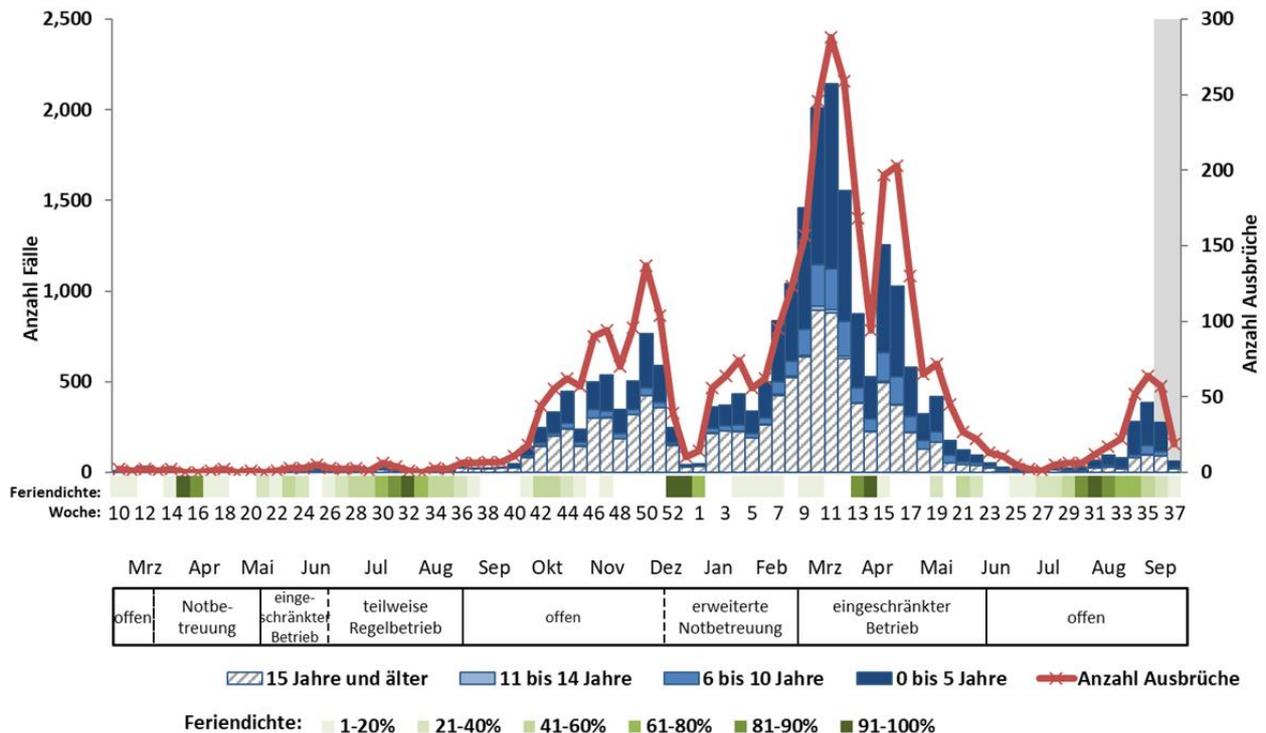


Abbildung 20: Anzahl der übermittelten COVID-19-Ausbrüche mit Infektionsumfeld "Kindergarten, Hort" (n = 3.771) nach Meldeweche und Anzahl der Fälle nach Altersgruppe sowie die bundesweite Feriendichte¹⁴. Die Erfassung von COVID-19-Ausbrüchen erfolgt mit einer gewissen Verzögerung. Daher können insbesondere die Angaben in den letzten ein bis zwei Wochen noch unvollständig sein (Datenstand: 20.09.2021, 0:00 Uhr).

Von allen seit Beginn der Coronapandemie übermittelten Ausbrüchen, bei denen Kinder im Alter von 0 bis 5 Jahre beteiligt waren, wurden 13% dem Umfeld Kita/Hort zugeordnet. Fast zwei Drittel aller Ausbrüche mit Beteiligung von Kindern im Alter von 0 bis 5 Jahren ereigneten sich im privaten Haushalt.

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

5.5.1. Hintergrund

Mit Datenstand 21.09.2021 beteiligen sich 76 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 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.

5.5.2. Aktuelles Bild

Ähnlich des Inzidenzverlaufs erreichte der Anteil SARS-CoV-2-positiv getesteter 0- bis 5-Jähriger Anfang September 2021 mit 9% einen neuen Höhepunkt (vgl. Abbildung 21). Auffällig ist, dass bei einem seit August/September 2021 rückläufigen Positivenanteil bei den 0- bis 5-Jährigen und 11- bis 14-Jährigen der Positivenanteil der 6- bis 10-Jährigen seit Mitte August 2021 relativ konstant blieb. Die weiterhin hohen Positivenanteile bei den unter 14-Jährigen könnten durch Schnelltests in Kitas und Schulen bedingt sein, die erst später mittels PCR-Test bestätigt wurden. Bei der Anzahl an durchgeführten PCR-Testungen konnte bei allen drei Altersgruppen seit September 2021 eine Abnahme beobachtet werden, welche möglicherweise auf den Rückgang der Reiserückkehrer aus den Sommerferien zurückzuführen ist (vgl. Abbildung 22). Bei den 6- bis 10-Jährigen fiel die Abnahme der Testhäufigkeit am stärksten aus und könnte den relativ stabil bleibenden Anteil SARS-CoV-2-positiv getesteter 6- bis 10-Jähriger erklären. Für die aktuelle Berichtswoche (KW 37; 13.09.–19.09.2021) wurden Daten zu 20.031 getesteten 0- bis 5-Jährigen übermittelt (421 getestete Personen/100.000 Kinder), von denen 1.310 SARS-CoV-2-positiv waren. Das entspricht 6,5%. Die Positivenanteile der älteren Kinder (6 bis 14 Jahre) befinden sich weiterhin auf einem deutlich höheren Niveau. Bei den 6- bis 10-Jährigen waren 13,2% der in KW 37 getesteten Kinder SARS-CoV-2-positiv und bei den 11- bis 14-Jährigen waren es 15,9%. Es ist zu beachten, dass es sich hierbei um getestete Personen einer Teilmenge und nicht um eine Vollerfassung handelt.

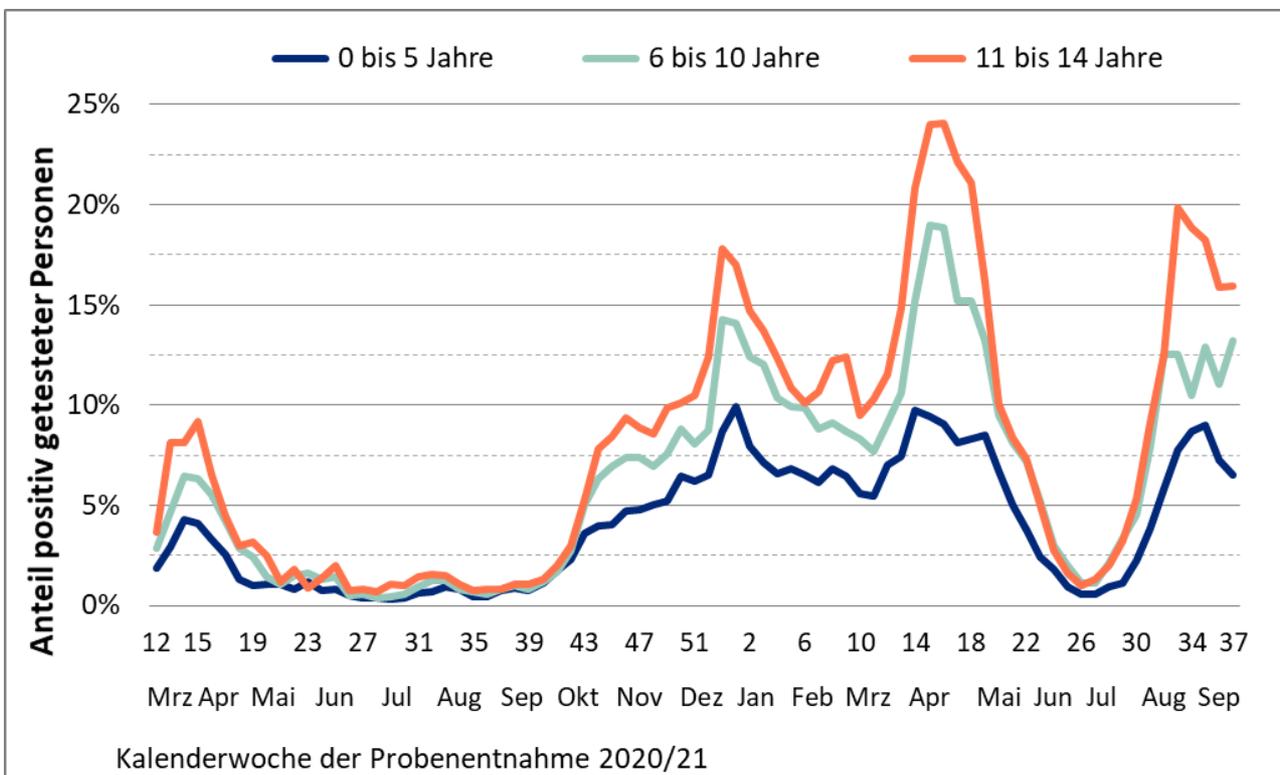


Abbildung 21: Anteil der Personen mit positiver SARS-CoV-2-PCR-Testung nach Altersgruppe und nach Kalenderwoche der Probenentnahme, laborbasierte Surveillance SARS-CoV-2 (Datenstand 21.09.2021).

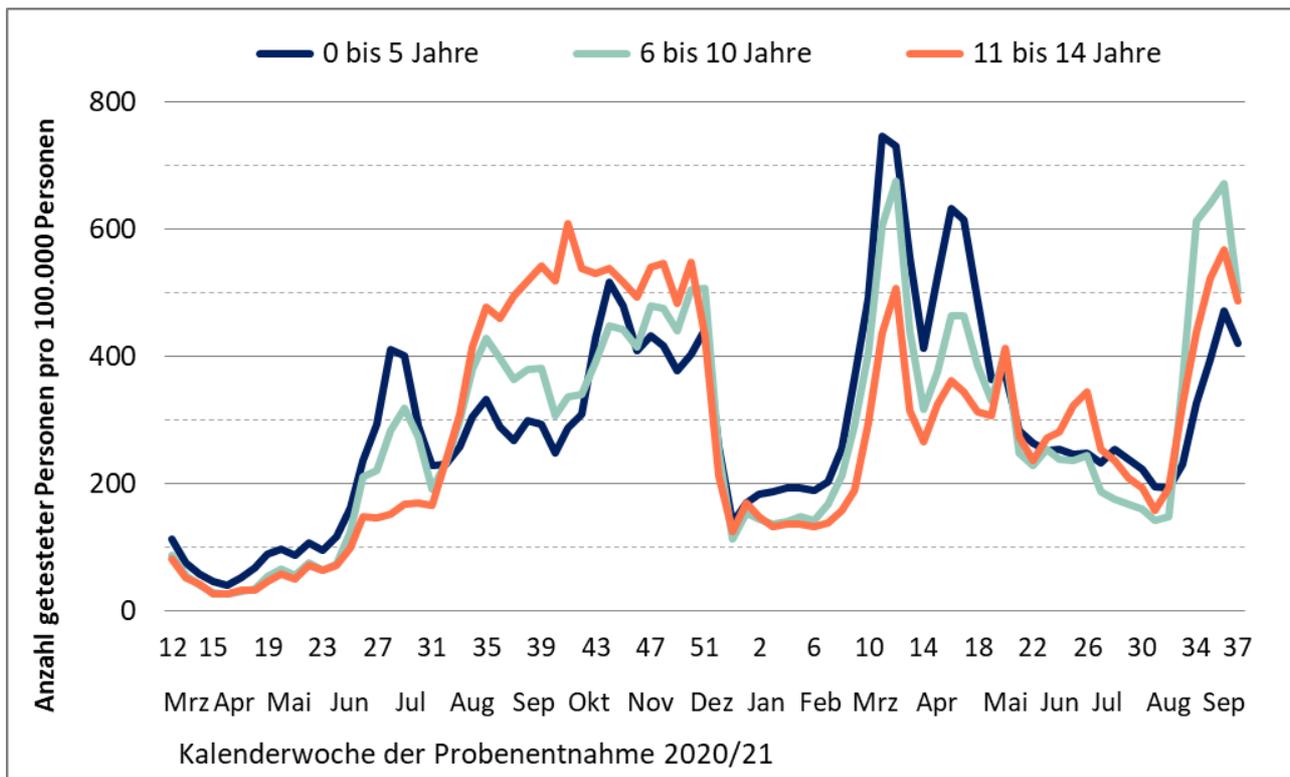


Abbildung 22: Anzahl der Personen mit SARS-CoV-2-PCR-Testung pro 100.000 Personen nach Altersgruppe und Kalenderwoche der Probenentnahme, laborbasierte Surveillance SARS-CoV-2 (Datenstand 21.09.2021).

5.6. Quellen

Armann J, Doehardt M, Hufnagel M, Diffloth N, Reichert F, Haas W, et al. (2021). Risk factors for hospitalization, disease severity and mortality in children and adolescents with COVID-19: Results from a nationwide German registry. medRxiv 2021.06.07.21258488; doi:

<https://doi.org/10.1101/2021.06.07.21258488>

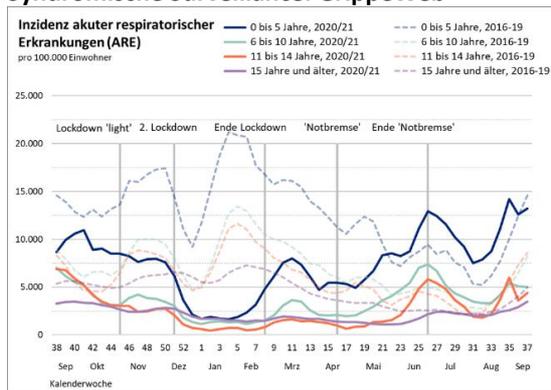
Buchholz U, Buda S, Prahm K (2020). Abrupter Rückgang der Raten an Atemwegserkrankungen in der deutschen Bevölkerung. Epid Bull, 2020; 16:7 – 9. doi: 10.25646/6636.2

Buda S, Dürrwald R, Biere B, Buchholz U, Tolksdorf K, Schilling J, Goerlitz L, et al. (2021). Influenza-Monatsbericht KW 33-36/2021; Arbeitsgemeinschaft Influenza – Robert Koch-Institut | DOI: 10.25646/8947

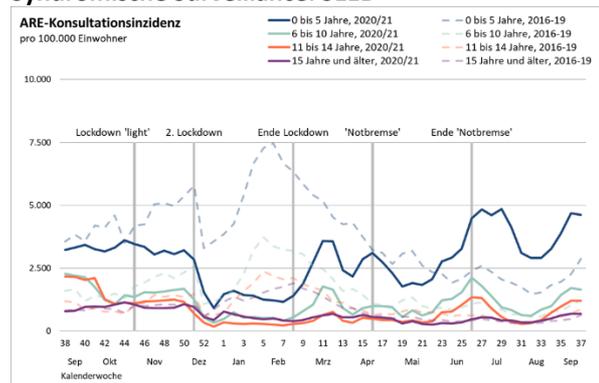
Goerlitz L, Dürrwald R, an der Heiden M, Buchholz U, Preuß U, Prahm K, Buda S (2020). Erste Ergebnisse zum Verlauf der Grippewelle in der Saison 2019/20: Mit 11 Wochen vergleichsweise kürzere Dauer und eine moderate Anzahl an Influenza-bedingten Arztbesuchen. Epid Bull, 2020; 16:3 – 6. doi: 10.25646/6674.2

5.7. Abbildungen der Surveillancesysteme im Überblick

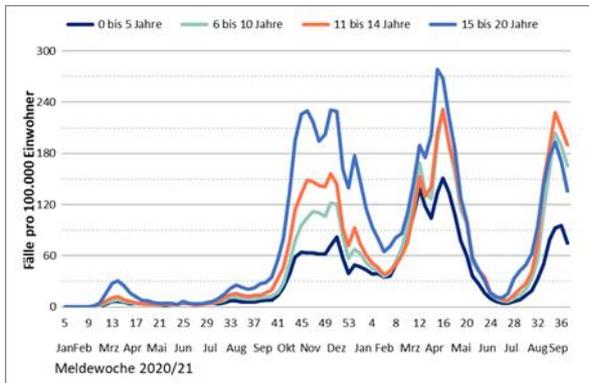
Syndromische Surveillance: GrippeWeb



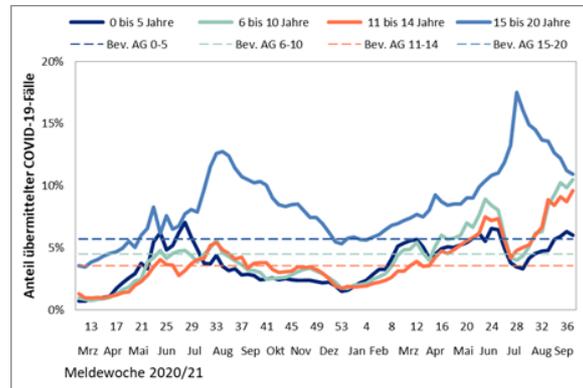
Syndromische Surveillance: SEED^{ARE}



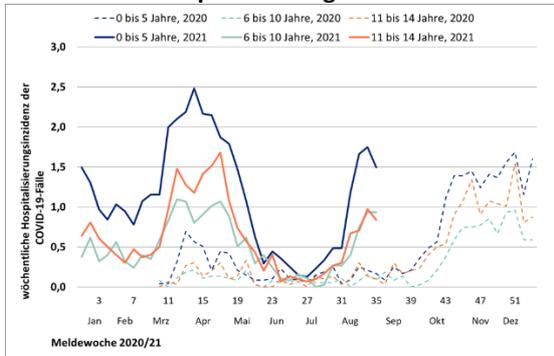
Meldedaten: COVID-19-Inzidenz



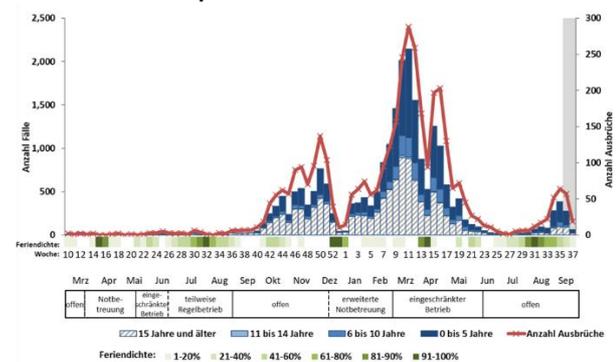
Meldedaten: Anteil Fälle



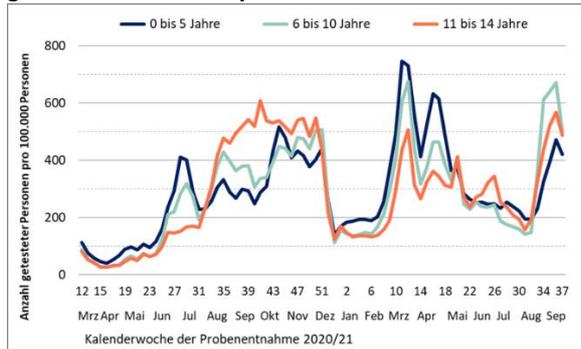
Meldedaten: Hospitalisierungsinzidenz



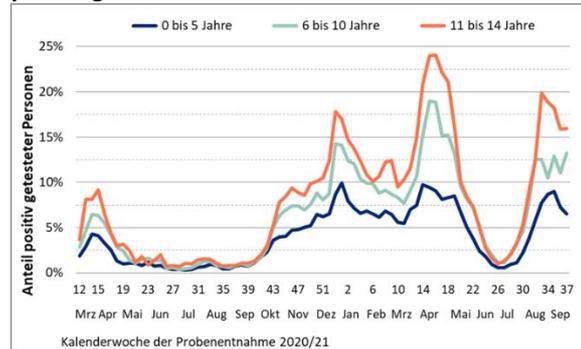
Meldedaten: Kita/Hort-Ausbrüche



Laborbasierte SARS-CoV-2 Surveillance: Anzahl PCR-getesteter Personen pro 100.000 Einwohner



Laborbasierte SARS-CoV-2 Surveillance: Anteil PCR-positiv getesteter Personen



6. Module KiTa-Register und CATS: 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). 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.

Seit Anfang August 2021 war sowohl bei den berichteten Schließungen aufgrund von Verdachts- oder Infektionsfällen als auch bei den ans RKI übermittelten Kita/Hort-Ausbrüchen ein erneuter Anstieg zu verzeichnen (vgl. Abbildung 23). Die Kennzahlen beider Systeme befanden sich zuletzt (Mitte September 2021) auf einem etwa ähnlichen Niveau, welches im Vorjahr erst im Oktober beobachtet werden konnte. Die weitere Entwicklung in den letzten zwei Wochen (KW 36 und 37; 06.09.–19.09.2021) kann wegen Nachmeldungen noch nicht gut bewertet werden. In der aktuellen Berichtswoche (KW 37; 13.09.–19.09.2021) gaben 2,0% der teilnehmenden Kitas an, eine Gruppen- oder Einrichtungsschließung aufgrund von Verdachts- oder Infektionsfällen vorgenommen zu haben. Das entspricht 89 der in KW 37 am KiTa-Register teilnehmenden Einrichtungen (n = 4.355). Im Gegensatz zum Vorjahr betrifft ein Großteil dieser Schließungen (85%) nur einzelne Kita-Gruppen (KW 37 2020: 49%). Bisher wurden für KW 37 2021 19 Kita/Hort-Ausbrüche mit mindestens zwei laborbestätigten COVID-19-Fällen an das RKI übermittelt.

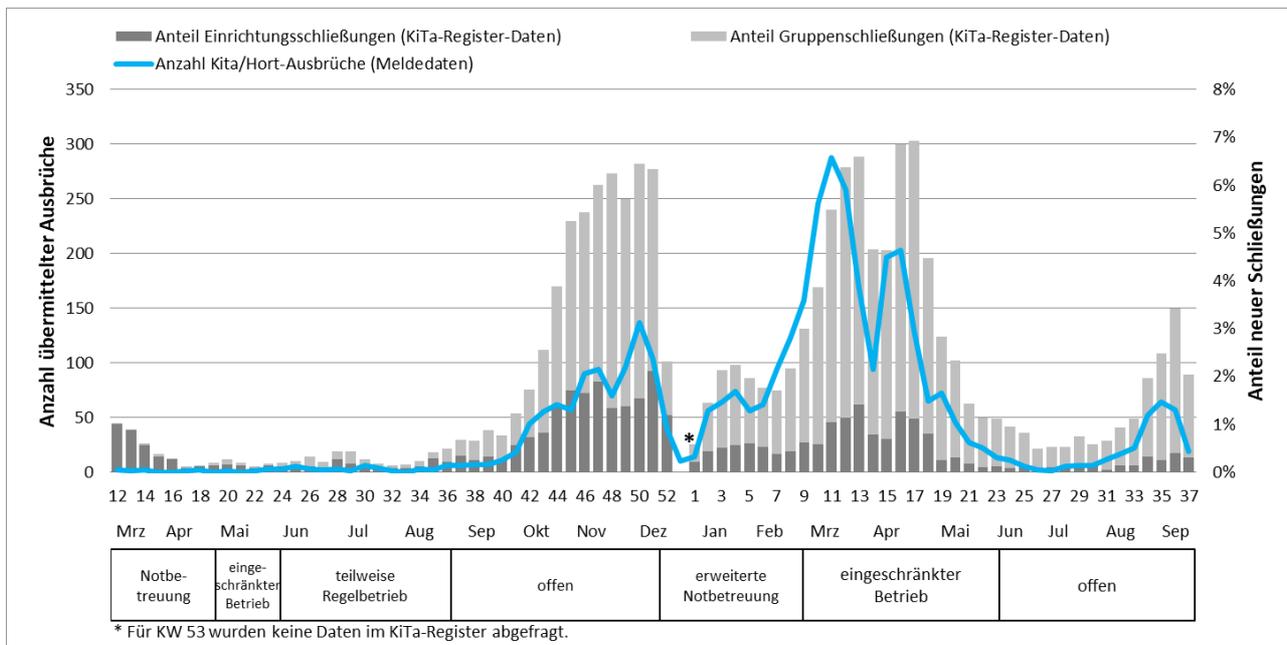


Abbildung 23: Anzahl der an das RKI übermittelten Kita/Hort-Ausbrüche (mit mindestens zwei bestätigten COVID-19-Infektionen; blaue Linie) und Anteil neuer Gruppen- und Einrichtungsschließungen aufgrund eines Verdachts- oder Infektionsfalls (graue Balken), die mit dem KiTa-Register des DJI erfasst werden. 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 KW 37 (13.09.–19.09.2021) mitunter differiert, 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.