Corona-KiTa-Studie

DJI Deutsches Jugendinstitut

ROBERT KOCH INSTITUT

Monatsbericht der Corona-KiTa-Studie

Ausgabe 04/2021
Juni 2021
Veröffentlicht am 15.07.2021

Zitiervorschlag: Autorengruppe Corona-KiTa-Studie (2021). *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.

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

Gefördert durch:

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Bundesministerium für Gesundheit

Inhalt

1. Ergebnisse aus der Online-Kurzbefragung „Kinderbetreuung in Deutschland“ 7
1.1. Die Betreuungssituation von Kindern im Alter von 0 Jahren bis zum Schuleintritt von November 2020 bis Anfang Juni 2021 7
1.2. Das erlebte Belastungsniveau von Eltern mit Kindern bis zum Schuleintritt von November 2020 bis Anfang Juni 2021 8

2. 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 12
2.1. Angst der Eltern vor Ansteckung mit COVID-19 nach Betreuungssituation des Kindes – Ergebnisse aus der KiBS-Elternbefragung 12
2.2. Angst der Eltern vor einer Ansteckung mit COVID-19 in und außerhalb der Kita nach Immunitätsstatus – Ergebnisse aus der CoKiss-Vertiefungsbefragung 13
2.3. Literaturverzeichnis 16

3. Ergebnisse zu den derzeitigen Betreuungskapazitäten anhand des KiTa-Registers 17
3.1. Aktuelles Öffnungsgeschehen in Kindertageseinrichtungen 18
3.2. Anteile betreuter Kinder und Personaleinsatz in den Kindertageseinrichtungen 19
3.3. Aktuelles Öffnungsgeschehen in der Kindertagespflege 23
3.4. Verdachts- und Infektionsfälle sowie pandemiebedingte Schließungen in Kindertagespflegestellen 24

4. Modul COALA: Zwischenstand und vorläufige Ergebnisse zur Antikörperbildung 25
4.1. Vorläufige Ergebnisse zur Antikörperbildung bei Kita-Kindern und Erwachsenen in der COALA-Studie 26
4.2. Quellen 27

5. Ergebnisse aus den Surveillancesystemen des RKI 28
5.1. Begriffsklärung und Bevölkerungszahlen 28
5.2. Angaben zur Häufigkeit akuter Atemwegserkrankungen aus dem GrippeWeb 28
5.3. Meldungen des Sentinels zur elektronischen Erfassung von Diagnosecodes akuter respiratorischer Erkrankungen (SEED^{ARE}) 29
5.4. Übermittelte Fälle von COVID-19 gemäß Infektionsschutzgesetz (Meldedaten) 30
5.5. Ergebnisse der laborbasierten SARS-CoV-2-Surveillance 35
5.6. Abbildungen der Surveillancesysteme im Überblick 37
5.7. Quellen 38

6. Vergleich der Kita-Schließungen aus dem KiTa-Register mit den gemeldeten Kita/Hort-Ausbrüchen aus den Meldedaten 39

Highlights

Ergebnisse aus der Online-Kurzbefragung „Kinderbetreuung in Deutschland“

- Seit Anfang März 2021 steigt der Anteil der Kinder, die ihre Platzbuchung in einer Kindertagesbetreuung nutzen können, wieder kontinuierlich an und lag zuletzt von Anfang Mai bis Anfang Juni 2021 (KW 18–KW 22) bei 74%. Das zeigt die KiBS-Elternbefragung. Das selbsteingeschätzte Stresserleben der Eltern erfuhr seit dem vierten Befragungszeitpunkt im Zeitraum von Anfang Februar bis Anfang März 2021 (KW 6–KW 9) keinen weiteren Anstieg mehr.

- Kinder vermissten ihre Freunde und Freundinnen insbesondere im Zeitraum von Anfang Januar bis Anfang Februar 2021 (KW 1–KW 5), der in den zweiten generellen Lockdown viel. Dabei vermissten vor allem jene Kinder ihre Freunde und Freundinnen, die zwar normalerweise in einer Kindertageseinrichtung oder Kindertagespflegestelle betreut werden, im Zeitraum der Befragung allerdings coronabedingt nicht öffentlich betreut werden konnten.

Ergebnisse aus der KiBS-Elternbefragung und der CoKiss-Vertiefungsbefragung zur Angst der Eltern vor einer Ansteckung mit dem Coronavirus in Bezug auf sich selbst und auf ihre Kinder

- Eltern hatten insbesondere Sorge, ihr Kind könnte sich innerhalb der Kindertagesbetreuung mit COVID-19 infizieren. Die Sorge einer Anstreckung außerhalb der Kindertagesbetreuung war dagegen geringer. In der CoKiss-Vertiefungsbefragung zeigt sich deutlich, dass die befragten Eltern – unabhängig von ihrem Immunitätsstatus – die Kita im Vergleich zu anderen Lebensbereichen kaum als Ort mit Ansteckungsrisiko wahrnahmen. Geimpfte oder genesene Eltern berichteten allerdings für beide Lebensbereiche (in der Kita und anderswo) in beiden Erhebungszeiträumen (April/Mai 2021 und Mai/Juni 2021) weniger Angst vor einer Ansteckung als Eltern ohne Immunisierung.

- Bei den Kindern, deren Eltern an der CoKiss-Vertiefungsbefragung teilnahmen, lag erwartungsgemäß für die überwiegende Mehrheit noch keine Immunität im Befragungszeitraum (April bis Juni 2021) vor. Bei den Kindern ohne Immunität hatten die befragten Eltern jeweils größere Angst davor, dass sich ihr Kind in der Kita anstecken könnte als an anderen Orten, wobei sich ein Rückgang der Ansteckungsangst von April/Mai 2021 zu Mai/Juni 2021 für beide Lebensbereiche zeigte.

Ergebnisse zu den derzeitigen Betreuungskapazitäten anhand des KiTa-Registers

- In der KW 23 (07.06.–13.06.2021) wurden die Registerdaten erstmals mit einem überarbeiteten Fragebogen erhoben. Bei der Überarbeitung wurden sowohl eine Vielzahl von Nutzerkommentaren berücksichtigt als auch inhaltliche Änderungen eingebaut. Zum einen wird hierdurch eine genauere Erfassung der Kennzahlen (z. B. der Inanspruchnahmequote) möglich. Zum anderen kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich die veränderte Abfrage zu einem gewissen Grad auf die Fortschreibung der Daten auswirkt (z. B. in Form eines aprubten Anstiegs einer Kennzahl).

- In den Daten ist zwischen der KW 22 (31.05.–06.06.2021) und KW 23 (07.06.–13.06.2021) bei einigen Kennzahlen ein deutlicher Anstieg erkennbar (z. B. bei der Inanspruchnahmequote von 73% auf 91%). Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass diese Änderungen zum Teil auf im Juni 2021 vorgenommene inhaltliche Änderungen der Abfrage zurückzuführen sind. Insgesamt erscheinen sie vor dem Hintergrund bundesweit stark gesunkener Inzidenzen jedoch plausibel.

- Aufgrund der weiter sinkenden Inzidenzwerte und der damit verbundenen bundesweiten Rückkehr zum Regelbetrieb (unter Pandemiebedingungen) erhöhte sich der Anteil an Kindern, die eine Einrichtung besuchten, deutlich. Bundesweit stieg in den Kalenderwochen 23 und 24 (07.06.–20.06.2021) die

Inanspruchnahmequote auf zeitweise über 92% und erreichte damit den bisherigen Höchstwert im Beobachtungszeitraum.

- Der Anteil des unmittelbar am Kind eingesetzten Personals stieg ebenfalls in den Kalenderwochen 23 und 24 (07.06.–20.06.2021) auf den Höchstwert von 90%. In der KW 24 (14.06.–20.06.2021) konnten lediglich 4% des Personals nicht oder nur mittelbar eingesetzt werden.

Ende der Feldphase und vorläufige Ergebnisse zur Antikörperbildung bei Kita-Kindern und Erwachsenen in der COALA-Studie

- In der 23. Kalenderwoche wurde das Ziel, die 30. Kita in die COALA-Studie einzuschließen und zu untersuchen, erreicht. Die Feldphase wird daher beendet. In den kommenden Monaten werden die gesammelten Labor- und Befragungsdaten weiter ausgewertet und die Ergebnisse veröffentlicht. Die zentralen Fragen, die mit den erhobenen Daten beantwortet werden sollen, lauten: Wie ansteckend sind in der Kita betreute Kinder auf andere Kinder bzw. auf Erwachsene, wie lange sind Kita-Kinder ansteckend und welche Symptome haben SARS-CoV-2-positive Kinder.
- 414 Kinder und 522 Erwachsene wurden in die Studie eingeschlossen. Es wurden Kitas in den Bundesländern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein untersucht.
- In der COALA-Studie werden die positiv auf SARS-CoV-2 getesteten Teilnehmenden mindestens drei Wochen nach der ersten positiven PCR-Testung auf Antikörper (IgG) untersucht. Es zeigen 97% der zuvor positiv auf SARS-CoV-2 getesteten Kita-Kinder und 70% der Erwachsenen Antikörper im Blut. Dass sowohl bei Kindern als auch bei Erwachsenen teilweise keine Antikörper nachweisbar sind, kann unterschiedliche Gründe haben, die in weiteren Auswertungen genauer untersucht werden sollen.

Ergebnisse aus den Surveillancesystemen des RKI

- Die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen (ARE) bei Kindern im Alter von 0 bis 5 Jahren ist seit Anfang Juni 2021 rückläufig, befindet sich aktuell (KW 24; 14.06.–20.06.2021) allerdings auf einem höheren Niveau als im Vorjahr. In KW 24 wurden wöchentlich rund 300.000 ARE bei den 0 bis 5 Jahre alten Kindern geschätzt. Das sind rund doppelt so viele ARE als in derselben KW in 2020. Einhergehend mit zunehmenden Lockerungen liegen die Juniwerte – nach einem Anstieg im Mai – in etwa auf dem Niveau der Jahre vor Beginn der Pandemie.
- Seit Mitte April 2021 geht die Anzahl an auf SARS-CoV-2 getesteten 0- bis 5-Jährigen kontinuierlich zurück. Auch der Anteil an SARS-CoV-2-positiv getesteten Kinder sinkt seit Mitte Mai von etwa 8% auf 1,7% (Mitte Juni). Im Vergleich dazu ist der Positivenanteil bei den 6- bis 10-Jährigen mit 2,7% und bei den 11- bis 14-Jährigen mit 2,5% geringfügig höher.
- Der Rückgang der Meldeinzidenzen bei Kindern und Jugendlichen hält seit Mitte April 2021 weiterhin an. Für KW 24 (14.06.–20.06.2021) wurden 460 Fälle im Alter von 0 bis 5 Jahren übermittelt (9,7 Fälle/100.000). Damit werden zurzeit etwa ähnlich viele Fälle in der jüngsten Altersgruppe gemeldet wie Ende September 2020 (vor Beginn der zweiten Welle). Der Anteil der Fälle in dieser Altersgruppe an allen Meldefällen ist aber im Trend seit Anfang 2021 ansteigend und liegt aktuell bei 6,5% und damit über dem Bevölkerungsanteil von 5,7%. Dieser Anstieg wird vermutlich begünstigt durch die zunehmende Durchimpfung der erwachsenen Bevölkerung sowie die erhöhte Empfänglichkeit der 0- bis 5-Jährigen gegenüber der VOC-Alpha (B.1.1.7).
- Die Zahl der übermittelten Kita/Hort-Ausbrüche ist seit Ende April 2021 ebenfalls rückläufig und befand sich Mitte Juni auf einem sehr niedrigen Niveau. Auch die Ausbruchsgröße nimmt seitdem ab, von fünf auf drei Fälle pro Ausbruch im Median bzw. von neun auf drei bis vier Fälle pro Ausbruch im Durchschnitt.

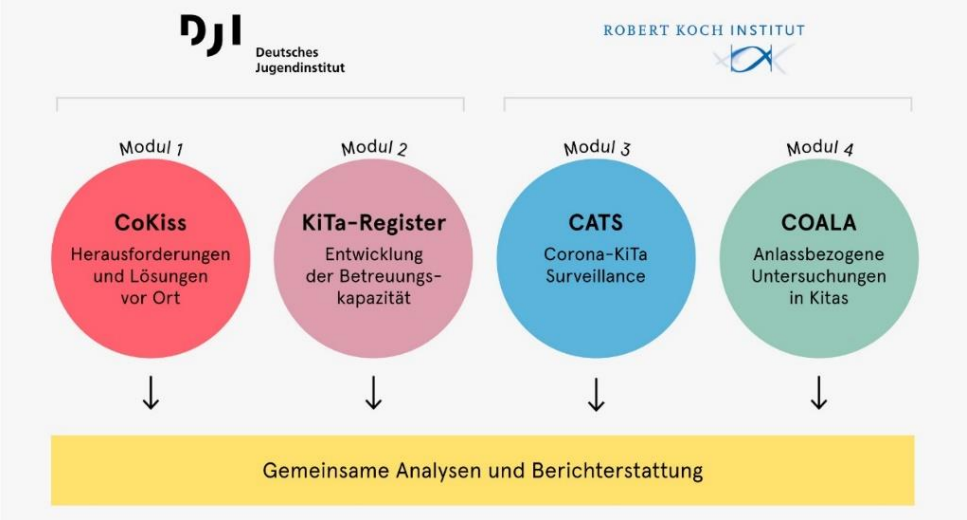
Das Corona-KiTa-Projekt

Im Mai 2020 startete das Forschungsprojekt „Corona-KiTa“. Die Studie widmet sich Fragen der Herausforderungen und Bewältigung der Kindertagesbetreuung (KiTa[1]) 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). Die Basis für die Studie bildet eine Reihe unterschiedlicher Datenerhebungen, Dokumentationsformen und Auswertungen. Als zentrale Plattform dient die Studienhomepage unter: **https://corona-kita-studie.de**. Das Projekt wird als Kooperationsprojekt zwischen dem Deutschen Jugendinstitut (DJI) und dem Robert Koch-Institut (RKI) umgesetzt. Die Projektleitung am DJI liegt bei Susanne Kuger, Thomas Rauschenbach und Bernhard Kalicki, am RKI bei Walter Haas, Udo Buchholz, Julika Loss und Susanne Jordan.



Schematische Darstellung der Module in der Corona-KiTa-Studie

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

An der Corona-KiTa-Studie arbeiten mit:

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

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

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

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

Wie Abbildung 1[2] veranschaulicht, unterlag die Betreuungssituation der bisher in der KiBS-Elternbefragung erfassten Kinder deutlichen Schwankungen. Besonders während des dritten Befragungszeitraums von Anfang Januar bis Anfang Februar 2021 (KW 1–5; 04.01.–07.02.2021), der in den zweiten allgemeinen Lockdown fiel, mussten die meisten Eltern auf die öffentliche Betreuung ihres Kindes verzichten. Ab Anfang Februar 2021 spiegeln sich die langsamen Öffnungsschritte im Feld der Kindertagesbetreuung in den Elternangaben wider. Ab diesem Zeitraum fing der prozentuale Anteil der öffentlich betreuten Kinder wieder stetig an zu steigen und erreichte in der Befragungsspanne von Anfang März bis Anfang April 2021 (KW 10–14; 08.03.–11.04.2021) einen vorläufigen Höchststand. Zu diesem Zeitpunkt berichteten 81% der Eltern (das entspricht Angaben zu 4.933 erfassten Kindern), dass ihr Kind in der Kindertageseinrichtung oder Kindertagespflegestelle betreut wurde.

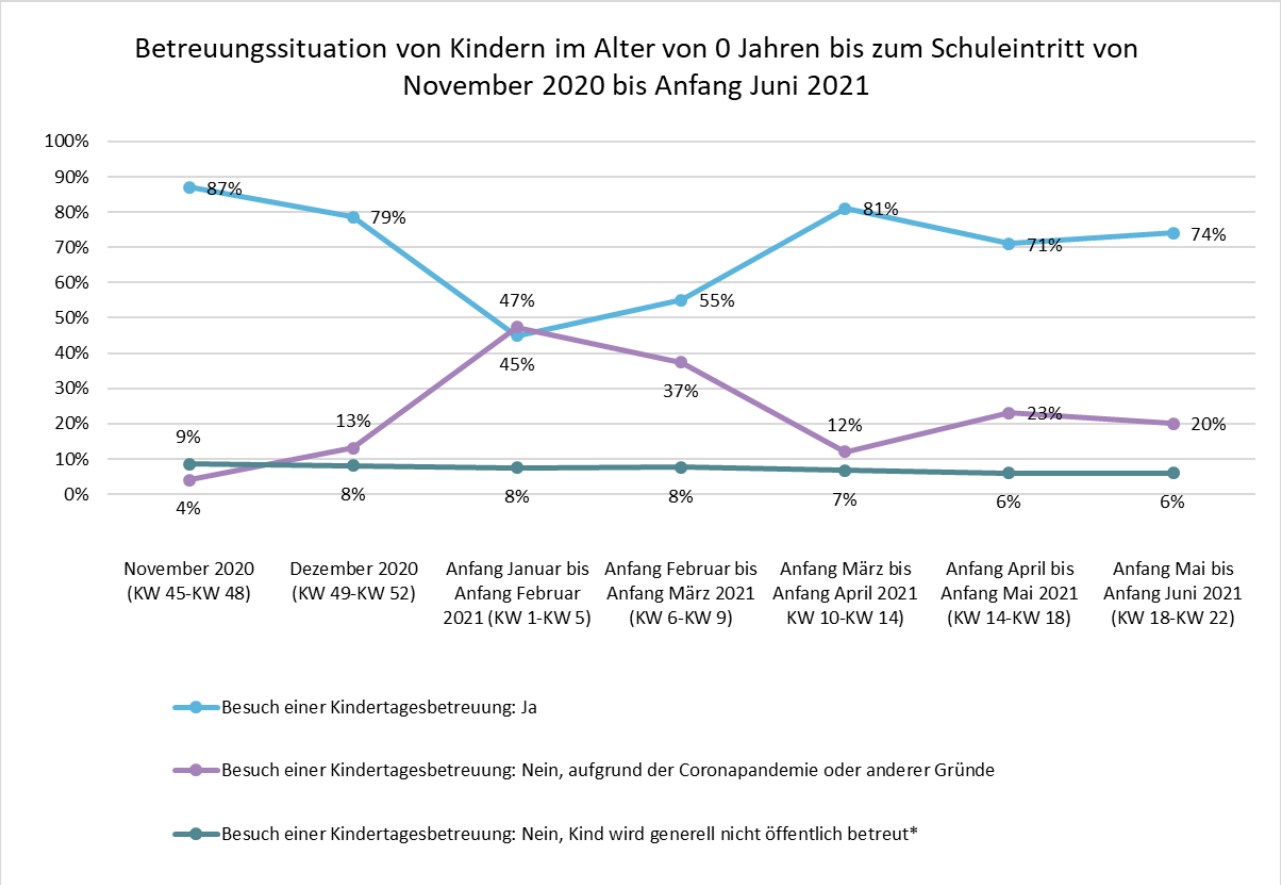


*Abbildung 1: Anzahl und Anteile der betreuten und nicht betreuten Kinder bis zum Schuleintritt von November 2020 bis Anfang Juni 2021 (KW 45–22; 02.11.2020–06.06.2021). KiBS-Elternbefragung, Datenstand: 28.06.2021, ungewichtete Daten. Abbildung bezieht sich auf Angaben von 8.917–5.219 Eltern. *Zur Gruppe 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.*

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.

Von Anfang April bis Anfang Juni 2021 (KW 14–KW 22) nahm der prozentuale Anteil der öffentlich betreuten Kinder, im Vergleich zum Zeitraum von Anfang März bis Anfang April 2021 (KW 10–KW 14), wieder insgesamt etwas ab, lag in diesem Zeitfenster jedoch im Durchschnitt stets bei mindestens 70%. Trotz der seit dem zweiten allgemeinen Lockdown stetig zunehmenden Anzahl an Kindern, die ihre Platzbuchung in einer Kindertageseinrichtung oder Kindertagespflegestelle wieder regelmäßig nutzen konnten, waren immer wieder viele der öffentlich betreuten Kinder von kurz- oder längerfristigen Betreuungsengpässen betroffen (z. B. von verkürzten individuellen Betreuungszeiten, mehreren Schließtagen der Einrichtung aufgrund des Infektionsgeschehens). Zusätzliche Informationen aus der Elternbefragung zeigen, dass von Anfang Februar bis Anfang März 2021 (KW 6–KW 9) beispielsweise 75%[3] (2.847) der Kinder, die zu diesem Zeitpunkt in die KiTa gehen konnten, mit mindestens einer pandemiebedingten Einschränkung zurechtkommen mussten. Auch über die darauffolgenden Zeitpunkte lag der Anteil der öffentlich betreuten Kinder, die von unterschiedlichen Einschränkungen im Betreuungsalltag der KiTas betroffen waren, im Schnitt bei 75%.

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

Die Betreuungssituation der in der KiBS-Elternbefragung erfassten Kinder verdeutlicht, dass vor allem mit dem Beginn der Frühlingsmonate zunehmend mehr Kinder in ihren Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflegestellen betreut werden konnten (vgl. Abbildung 1 aus Abschnitt 1.1.). Für viele Familien bedeutete das eine sichtliche Erleichterung. Trotz der fortschreitenden Öffnung des Systems der Kindertagesbetreuung gab es jedoch immer wieder Eltern, die die Betreuung ihres Kindes zeitweise selbst organisieren mussten. In der Zeitspanne der letzten Elternbefragung von Anfang Mai bis Anfang Juni 2021 (KW 18–KW 22) lag ein Nicht-Besuch des Kindes in der KiTa trotz Platzbuchung beispielsweise bei rund 35% der Eltern (das entspricht Angaben von 392 Eltern) daran, dass die Kindertagesbetreuung aufgrund des zweiten allgemeinen Lockdowns geschlossen hatte. Weitere 22% (224 Eltern) hatten angegeben, dass das Betreuungsangebot in der KiTa aufgrund der Infektionslage eingeschränkt wurde (z. B. bedarfsorientierte Notbetreuung) und sie deshalb auf die öffentliche Betreuung ihres Kindes verzichten mussten. Für einige Eltern blieb die Betreuungssituation des Kindes daher auch weiterhin unsicher. Das Öffnungs- und Schließgeschehen im System der öffentlichen Kindertagesbetreuung stellt daher eine der zentralen Herausforderungen von Eltern während der Pandemie dar, wie auch Huebener et al. (2021) in ihrer Studie zum Wohlbefinden von Familien in Zeiten der Coronapandemie festgestellt haben.

Vor dem Hintergrund der geschilderten Schwankungen im Öffnungs- und Schließgeschehen im Feld der öffentlichen Kindertagesbetreuung soll daher das allgemeine Stresserleben der Eltern im Zeitverlauf getrennt danach betrachtet werden, ob das Kind im bisherigen Erhebungszeitraum ein Angebot der öffentlichen Kindertagesbetreuung nutzte oder nicht. Dazu wird in drei Elterngruppen unterschieden: In (1) Eltern, deren Kind die KiTa besuchen konnte, (2) Eltern, deren Kind grundsätzlich eine Platzbuchung hat, jedoch aufgrund der Coronapandemie zeitweise zu Hause blieb und nicht in der KiTa betreut werden konnte und schließlich in (3) Eltern, deren Kind grundsätzlich nicht öffentlich betreut wird.

3 Die Kinder, die zu diesem Zeitpunkt von Betreuungsengpässen betroffen waren (2.847 Kinder) wurden an der Gesamtzahl der Kinder relativiert, die den Angaben ihrer Eltern zufolge in dieser Zeitspanne öffentlich betreut wurden (3.776 Kinder).

Wie in Abbildung 2 zu erkennen ist, zeigen sich insgesamt keine großen Schwankungen des Stresserlebens über die Zeit. Im Gesamttrend nahm das Stresserleben der erfassten Eltern vor allem von Anfang November 2020 bis Anfang März 2021 (vom ersten bis zum vierten Befragungszeitraum, KW 45–9; 02.11.2020–07.03.2021) kontinuierlich zu. Ab Anfang März bis zum bislang letzten Messzeitpunkt (von Anfang Mai bis Anfang Juni 2021, KW 18–KW 22) blieb das Stresserleben aller Eltern zusammengenommen auf etwa gleichem Niveau und stieg nicht weiter an. In diesem Zeitraum stellten die schrittweisen Öffnungen im System der öffentlichen Kindertagesbetreuung, neben anderen Lockerungsschritten, für viele Eltern eine Entlastung dar. Mit Blick auf die drei Elterngruppen wiesen stets jene Eltern, deren Kind grundsätzlich nicht öffentlich betreut wird, das niedrigste Stressniveau auf. Eltern, die zeitweise ganz auf die Betreuung ihres Kindes verzichten mussten – und damit den Unsicherheiten des Öffnungs- und Schließgeschehens am stärksten ausgesetzt waren – berichteten dahingegend bislang stets über das höchste Belastungsniveau[4].

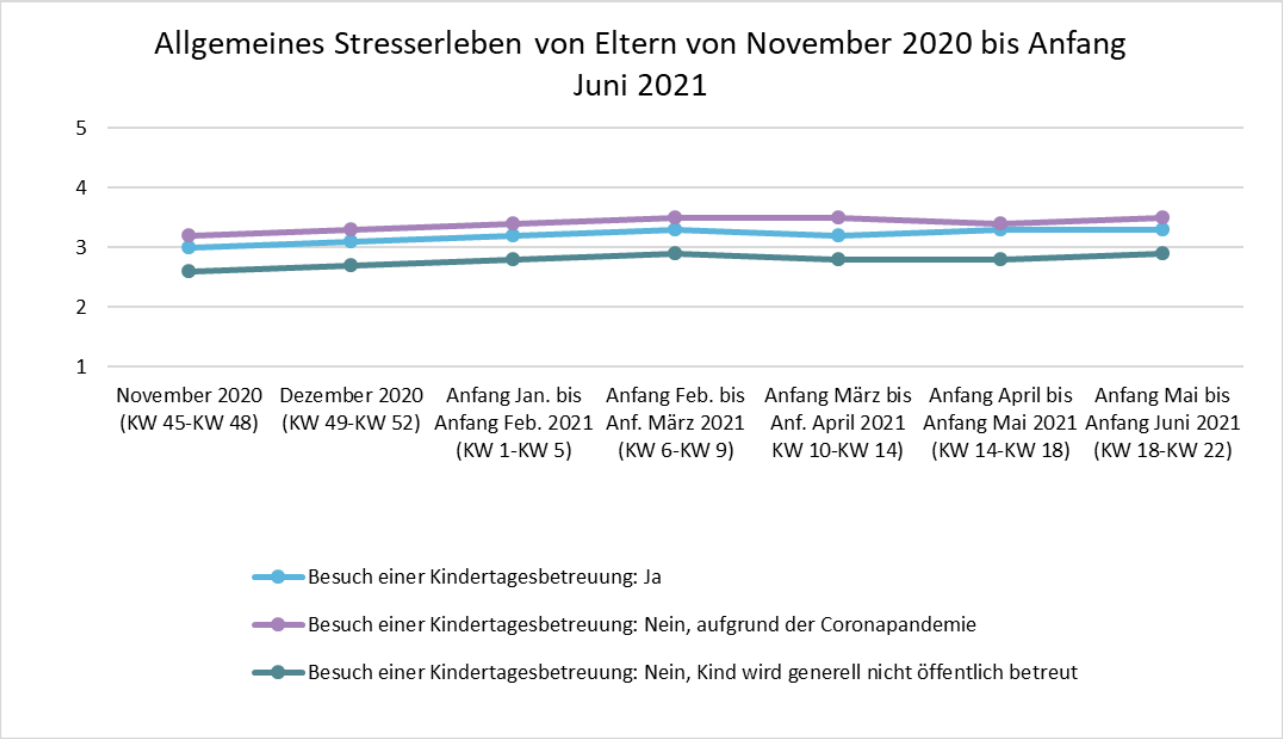


Abbildung 2: Grad des allgemeinen Stresslevels von Eltern auf einer Skala von 1 „Überhaupt nicht gestresst“ bis 5 „Sehr gestresst“ im Befragungszeitraum von November 2020 bis Anfang Juni 2021 (KW 45–22; 02.11.2020–06.06.2021). KiBS-Elternbefragung, Datenstand: 28.06.2021, ungewichtete Daten. Elterngruppen differenziert danach, ob das Kind zum jeweiligen Befragungszeitpunkt öffentlich betreut wurde. Die Informationen beziehen sich auf Angaben von insgesamt 8.915–5.215 Eltern. Das allgemeine Stresslevel beruht jeweils auf den berechneten Mittelwerten.

4 Der Anstieg des Stressniveaus aller Eltern während der ersten vier Befragungszeitpunkte und die Unterschiede zwischen den Elterngruppen waren statistisch signifikant. Dies wurde in einem Längsschnittmodell überprüft, auf Basis einer Stichprobe von 3.177 Eltern, die bislang zu allen sieben Zeitpunkten an der Elternbefragung teilgenommen haben. Im statistischen Modell fallen in die zweite Elterngruppe einerseits Eltern, deren Kind zu allen Befragungszeitpunkten nicht betreut werden konnte, als auch Eltern, die Betreuungswechsel erlebten. Das heißt, Eltern, deren Kind zeitweise nicht öffentlich betreut wurde.

Neben dem Wohlergehen der Eltern liegt ein zentrales Erkenntnisinteresse der KiBS-Elternbefragung auf dem Wohlbefinden von Kindern. Kinder und Heranwachsende stellen entwicklungsbedingt eine vulnerable Gruppe dar, für die die vielfältigen Einschränkungen der Pandemie (zeitweise Schließungen von formalen und non-formalen Bildungsangeboten, Kontaktbeschränkungen, Quarantäneregelungen) und die dadurch teilweise entstandene Neuorganisation des Alltags eine besondere Belastung bedeuten (Schlack et al. 2020; Ravens-Sieberer et al. 2020). Die notwendigen Schutzmaßnahmen seit Beginn der Pandemie im Frühjahr 2020 hatten beispielsweise zur Folge, dass viele Kinder den regelmäßigen sozialen Kontakt zu ihren Freunden und Freundinnen reduzieren mussten. Da allerdings insbesondere der Kontakt zu und das Spielen mit Gleichaltrigen wichtige Elemente der sozialen, emotionalen, motorischen und kognitiven Entwicklung von (Klein-)Kindern darstellen (Heimlich 2017), liegt der Fokus der Auswertungen zum kindlichen Wohlbefinden in diesem Monatsbericht darauf, inwiefern die erfassten Kinder nach Einschätzung ihrer Eltern ihre Freunde und Freundinnen während der Pandemie vermissten[5]. Inwiefern der Verzicht auf den Besuch in der Kindertagesbetreuung aufgrund des Infektionsgeschehens und der damit zusätzlich wegfallenden Möglichkeiten der Interaktion mit anderen Kindern mit dem Vermissen der Freunde und Freundinnen der Kinder aus Elternperspektive zusammenhängen, wurde ebenfalls anhand der Unterscheidung der drei Vergleichsgruppen (1) Kinder, die zum jeweiligen Befragungszeitpunkt öffentlich betreut wurden, (2) Kinder, die trotz einer regulären Platzbuchung aber aufgrund pandemiebedingter Einschränkungen nicht öffentlich betreut werden konnten und (3) Kinder, die grundsätzlich nicht öffentlich betreut werden) untersucht.

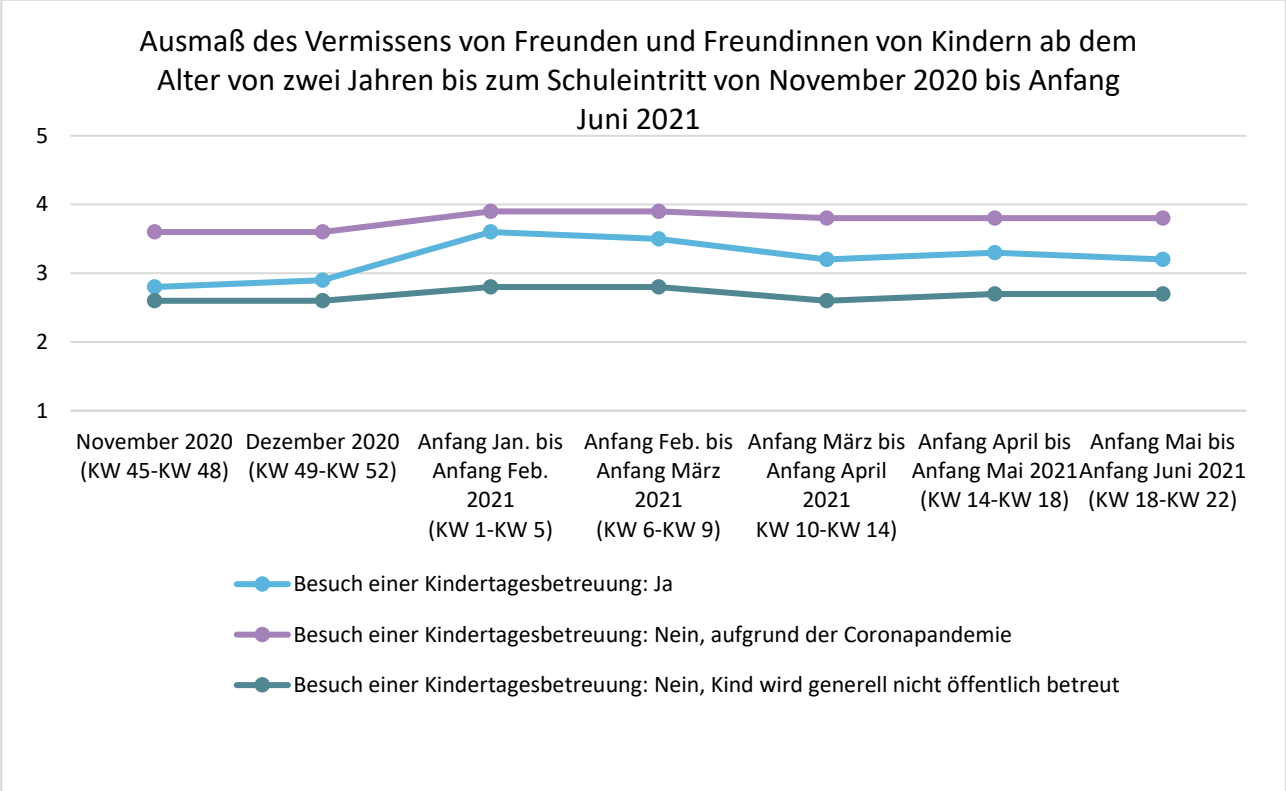


Abbildung 3: Einschätzung der Eltern inwiefern das Kind seine Freunde und Freundinnen vermisst auf einer Skala von 1 „Trifft überhaupt nicht zu“ bis 5 „Trifft voll und ganz zu"; im Befragungszeitraum von November 2020 bis Anfang Juni 2021 (KW 45–22; 02.11.2020–06.06.2021). KiBS-Elternbefragung, Datenstand: 28.06.2021, ungewichtete Daten. Darstellung differenziert danach, ob das Kind öffentlich betreut wurde. Die Informationen beziehen sich auf Angaben von insgesamt 7.543-4.879 Eltern. Das Ausmaß des Einsamkeitserlebens des Kindes beruht jeweils auf den berechneten Mittelwerten.

Wie Abbildung 3 veranschaulicht, waren jene Kinder am meisten von den Auswirkungen der Pandemie betroffen, die normalerweise öffentlich betreut werden, aufgrund des Infektionsgeschehens allerdings zeitweise gar nicht in ihre Kindertagesbetreuung gingen und vor allem auch Wechsel in der Betreuung

5 Eltern sollten dies anhand der Aussage „… mein Kind vermisst seine Freunde und Freundinnen“ auf einer Skala von 1 „Trifft überhaupt nicht zu“ bis 5 „Trifft voll und ganz zu“ bewerten.

erlebten (Kindergruppe 2)[6]. Über den gesamten bisherigen Studienzeitraum vermissten sie aus Sicht ihrer Eltern ihre Freunde und Freundinnen am meisten.

Kinder, die über den bisherigen Befragungszeitraum kontinuierlich betreut werden konnten (Kindergruppe 1), vermissten aus Sicht der befragten Eltern ebenfalls ihre Freunde und Freundinnen. Dies gilt vor allem für die Zeitspanne des zweiten allgemeinen Lockdowns, der in den dritten Befragungszeitraum von Anfang Januar bis Anfang Februar 2021 (KW 1–KW 5) fiel. Auch wenn diese Kindergruppe während dieser kritischen Phase der Pandemie betreut wurde, mussten sie dennoch in vielen Fällen auf einige Freunde und Freundinnen ihrer Kindergruppe verzichten, da zu diesem Zeitpunkt nicht allen Kindern ein Betreuungsangebot gemacht werden konnte. Andere Kinder zu vermissen ließ bei den kontinuierlich öffentlich betreuten Kindern dann mit der zunehmenden Öffnung des Systems der öffentlichen Kindertagesbetreuung, also in den Folgewochen von Anfang Februar bis Anfang Juni 2021 (KW 6–KW 22), mit kleineren Schwankungen insgesamt nach.

Kinder, die generell nicht öffentlich betreut wurden (Kindergruppe 3), waren in der Gesamtschau hinsichtlich des Vermissens ihrer Freunde und Freundinnen weniger stark von den Auswirkungen der Pandemie betroffen. Für sie lässt sich über die gesamte Zeitspanne ein generell niedrigeres Gefühl Freunde und Freundinnen zu vermissen verzeichnen. Aus Perspektive der Eltern fehlten ihnen ihre Freunde und Freundinnen allerdings ebenfalls, insbesondere im Zeitraum des zweiten allgemeinen Lockdowns (dritter Befragungszeitpunkt von Anfang Januar bis Anfang Februar 2021). Zu diesem Zeitpunkt war das Gefühl des Vermissens stärker ausgeprägt als noch im vorherigen Zeitraum von November bis etwa Mitte Dezember 2020, in dem die Maßnahmen zur Eindämmung des Virus erst wieder langsam hochgefahren wurden[7].

Dass Phasen des Lockdowns eine besondere Belastungsprobe für Kinder bedeuten, hat auch ein Artikel von Panda et al. (2021) festgestellt. Insbesondere da für Kinder und Familien durch die Schließung der formalen und non-formalen Bildungsangebote und der starken Einschränkungen des öffentlichen und sozialen Lebens unterschiedliche Unterstützungs- und Austauschpotenziale des näheren und weiteren Sozialraums wegfallen (Buheji et al. 2020).

Zusätzliche Informationen aus der Elternbefragung bestätigen, dass viele Familien zeitweise auf wichtige soziale Kontakte verzichten mussten. Im November 2020 gaben etwa 63% der Befragten (das entspricht 5.647 Elternangaben) an, sich regelmäßig (täglich oder mindestens einmal pro Woche) mit einer anderen Familie draußen zu verabreden. Treffen mit anderen Familien und deren Kindern drinnen, also zum Beispiel im eigenen Haushalt oder im Haushalt einer befreundeten Familie, fanden zum damaligen Zeitpunkt nur bei etwa 35% der Befragten (das entspricht Angaben von 3.166 Eltern) regelmäßig (täglich oder mindestens einmal pro Woche) statt. Im Zeitraum von Anfang Januar bis Anfang Februar 2021 hatten viele die Kontakte zu anderen Familien deutlich heruntergefahren. Wenn noch regelmäßige Kontakte stattfanden (täglich oder mindestens einmal pro Woche), dann eher draußen. Etwa 46% (3.378) der befragten Eltern hatten zu diesem Zeitpunkt angegeben, sich täglich oder mindestens einmal pro Woche draußen mit anderen Familien zu verabreden. Über regelmäßige Treffen drinnen mit anderen Familien berichteten zu diesem Zeitpunkt nur noch rund 23% (1.658) der Eltern, wobei die allermeisten Treffen nur noch einmal in der Woche stattfanden und nicht mehr täglich oder mehrmals pro Woche. Diese Ausgangslage liefert, neben anderen Faktoren, eine Erklärung, weshalb vor allem die Phase des strengen zweiten allgemeinen Lockdowns im Zeitraum der dritten Elternbefragung (Anfang Januar bis Anfang Februar 2021, KW 1–KW 5) bei allen erfassten Kindern zu einem etwas höheren Einsamkeitserleben führte.

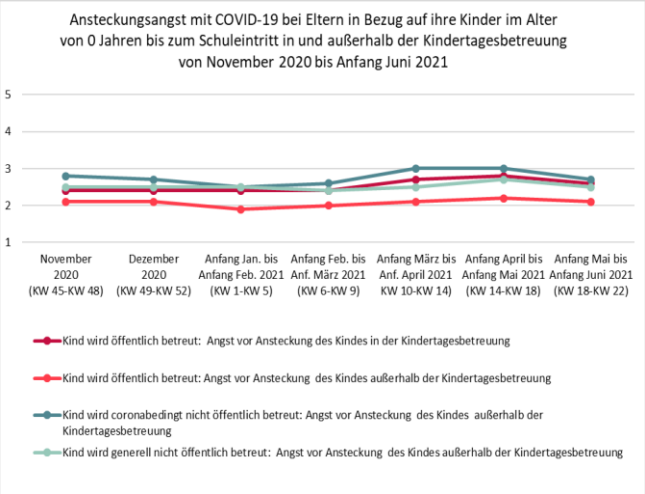
6 Die Unterschiede zwischen den Kindergruppen waren statistisch signifikant. Dies wurde in einem Längsschnittmodell überprüft, auf Basis einer Stichprobe von 2.979 Elternangaben von Kindern ab zwei Jahren bis zum Schuleintrittsalter, die bislang zu allen sieben Zeitpunkten an der Elternbefragung teilgenommen haben. Im statistischen Modell fallen in die zweite Kindergruppe Kinder, die zu allen Befragungszeitpunkten nicht betreut werden konnte, als auch Kinder, die Betreuungswechsel erlebten.

7 Der Unterschied des Vermissens der Freunde und Freundinnen des Kindes zwischen den ersten zwei und dem dritten Befragungszeitpunkt, der in den generellen Lockdown fiel, erwies sich als statistisch bedeutsam. Dies wurde anhand einer Elternteilstichprobe (n = 104) geprüft, deren Kind generell nicht öffentlich betreut wird und die zu allen sieben Zeitpunkten die Elternbefragung ausgefüllt hatten.

2. 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

2.1. Angst der Eltern vor Ansteckung mit COVID-19 nach Betreuungssituation des Kindes – Ergebnisse aus der KiBS-Elternbefragung

Die Coronapandemie hatte nicht nur Folgen für unterschiedliche Bereiche des Familienlebens (z. B. Einschränkungen von Sozialkontakten, Auswirkungen auf die Betreuung der Kinder, eine veränderte Alltagsorganisation). Sie brachte für viele Eltern auch eine Angst mit sich, sich selbst mit dem Virus zu infizieren oder die Befürchtung, dass sich weitere Familienmitglieder damit infizieren könnten. Die Angst vor einer Ansteckung kann dabei beispielsweise das Wohlbefinden der Eltern einschränken und zu höheren allgemeinen Angst- und Depressionssymptomen führen (Crescentini et al. 2020), zugleich aber auch die eigene Angst der Kinder vor COVID-19 schüren (Radanovic et al. 2021). Aus der Familienstressforschung ist in Anlehnung daran allgemein bekannt, dass sich Belastungen der Eltern auf die gesamte Familie übertragen können (Bodenmann 2002), auf die Kinder z. B. häufig über das elterliche Erziehungsverhalten (Cina und Bodenmann 2009). Somit sind das Wohlergehen und das Ausmaß der empfundenen Angst der Eltern vor einer Ansteckung richtungsweisend für den Umgang der Pandemie in der gesamten Familie und letztlich auch für das kindliche Wohlbefinden. Aus diesem Grund ist es wichtig, die elterliche Angst vor einer Ansteckung mit COVID-19 in den Blick zu nehmen, um einen Gesamteindruck zu erhalten, wie es Familien im Rahmen der Pandemie geht. Dafür wird auf insgesamt zwei Fragen aus der Elternbefragung zurückgegriffen. Es wurde erfasst, (1) inwiefern die befragten Eltern Angst haben, sich selbst mit COVID-19 zu infizieren und (2) inwiefern sie befürchten, dass das Kind an COVID-19 erkranken könnte. Für die Betrachtung der Ansteckungsangst für sich selbst aber auch für das eigene Kind über den bisherigen Erhebungszeitrum wird noch einmal in die bereits vorgestellten Elterngruppen unterschieden: In (1) Eltern, deren Kind die KiTa besuchen konnte, (2) Eltern, deren Kind aufgrund der Coronapandemie zeitweise zu Hause blieb und nicht in der KiTa betreut werden konnte, die aber grundsätzlich eine Platzbuchung haben, und schließlich in (3) Eltern, deren Kind grundsätzlich nicht öffentlich betreut wird. Für die erstgenannte Gruppe (Kinder, die ihre KiTa besuchten) wurde neben der Angst davor, dass sich das Kind **außerhalb der Kindertagesbetreuung** anstecken könnte, auch die Befürchtung erhoben, inwiefern sich das Kind **innerhalb der Kindertagesbetreuung** infizieren könnte.



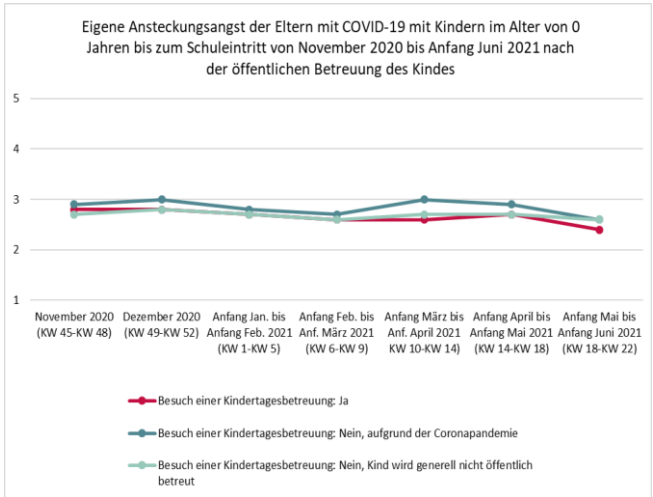


Abbildung 4 und 5: Einschätzungen der Eltern zu ihrer Angst, dass ihr Kind sich in und außerhalb der Kindertagesbetreuung mit dem Coronavirus infiziert, sowie Bewertung der Eltern zu ihrer Angst sich selbst mit dem Coronavirus zu infizieren, auf einer Skala von 1 „Sehr wenig Angst“ bis 5 „Sehr große Angst"; im Befragungszeitraum von November 2020 bis Anfang Juni 2021 (KW 45–22; 02.11.2020–06.06.2021). KiBS-Elternbefragung, Datenstand: 28.06.2021, ungewichtete Daten. Darstellung differenziert danach, ob das Kind öffentlich betreut wurde. Die Informationen beziehen sich auf Angaben von insgesamt 8.917-5.215 Eltern. Das Ausmaß der Ansteckungsangst beruht jeweils auf den berechneten Mittelwerten.

Mit Blick auf Abbildung 4 zeigt sich, dass Eltern, unabhängig davon ob das Kind in einer Kindertagesbetreuung betreut wurde oder nicht, über den gesamten bisherigen Studienzeitraum hinweg von einer leichten Angst, dass sich ihr Kind anstecken könnte, berichteten. Die größte Besorgnis vor einer Ansteckung des Kindes **außerhalb der Kindertagesbetreuung** lässt sich dabei für die Elterngruppe ausmachen, deren Kind aufgrund der Coronapandemie zeitweise gänzlich auf die Betreuung in der Kindertageseinrichtung oder Kindertagespflegestelle verzichten musste. Eltern, deren Kind im bisherigen Studienzeitraum öffentlich betreut wurde, beschrieben ihre Angst, ihr Kind könnte sich mit COVID-19 infizieren, als gering bis mäßig. In dieser Elterngruppe fiel insbesondere die Sorge vor einer Ansteckung des Kindes mit dem Coronavirus **innerhalb der Kindertagesbetreuung** höher aus, als die Befürchtung vor einer Ansteckung des Kindes **außerhalb der KiTa** (vgl. Abbildung 4 hell- und dunkelrote Linie).

Abbildung 5 beschreibt Veränderungen in der Angst von Eltern, **sich selbst mit dem Coronavirus zu infizieren**, differenziert nach der öffentlichen Betreuung des Kindes. Mit Blick auf die verschiedenen Betreuungsgruppen fällt auf, dass insbesondere Eltern, deren Kind coronabedingt zeitweise nicht in die Kindertagesbetreuung ging, tendenziell ängstlicher waren als die anderen Elterngruppen. Insgesamt stuften die befragten Eltern ihr Angstempfinden, sich selbst mit COVID-19 zu infizieren, als gering bis mittelmäßig ein.

Vergleicht man die Veränderungen in der Ansteckungsangst im Zeitverlauf (bezogen auf das Kind und hinsichtlich der eigenen Ansteckungsangst der Eltern, Abbildungen 4 und 5 im Vergleich) wird deutlich, dass Veränderungen in der Befürchtung vor einer Ansteckung vor dem Hintergrund des allgemeinen Pandemiegeschehens verstanden werden können. Vor allem im Zeitraum der dritten Befragung von Anfang Januar bis Anfang Februar 2021 (KW 1–KW 5), die in den allgemeinen zweiten Lockdown fiel, zeigt sich, dass die Angst vor einer Coronainfektion (die eigene Angst sowie die Angst, dass sich das Kind infizieren könnte) insgesamt für alle Eltern leicht abnahm. Zu diesem Zeitpunkt galten strenge Kontakt- und Ausgangsbeschränkungen, deshalb hatten viele Familien zum Beispiel ihre Kontakte zu Freunden, Bekannten und Verwandten deutlich minimiert. Auch wenn es sich dabei um eine schwierige Phase der größeren sozialen Isolation handelte (vgl. vorheriger Abschnitt), trugen diese unterschiedlichen Schutzmaßnahmen und dadurch reduzierten Ansteckungsmöglichkeiten insgesamt zu einer geringeren Sorge der Eltern vor einer Infektion mit COVID-19 bei.

2.2. Angst der Eltern vor einer Ansteckung mit COVID-19 in und außerhalb der Kita nach Immunitätsstatus – Ergebnisse aus der CoKiss-Vertiefungsbefragung

Für einen vertiefenden Blick hinsichtlich der Ansteckungsangst von Eltern in Bezug auf sich selbst und in Bezug auf ihre Kinder werden nachfolgend Angaben von Eltern der Vertiefungsbefragung herangezogen. Die Vertiefungsbefragung ist ein einrichtungsbezogenes Instrument, das auf der ERiK-Leitungsbefragung aufbaut. Hierfür wurden in ausgewählten Einrichtungen, die sich an der CoKiss-Leitungsbefragung beteiligt haben, auch Eltern befragt, deren Kinder die jeweilige Einrichtung besuchen. Die Stichprobe stellt folglich auf Einrichtungsebene einen Teil der Gesamtstichprobe aus der CoKiss-Leitungsbefragung dar. Die Eltern der ausgewählten Kitas erhielten die Einladung zur Teilnahme jeweils in den Einrichtungen. Für die Eltern wurde die Vertiefungsbefragung ausschließlich als Onlinebefragung angeboten. Die Vertiefungsbefragung umfasst dabei drei Erhebungszeiträume und zwei Tranchen. Die erste Tranche schließt den Zeitraum von Anfang März bis Anfang Juni 2021 (KW 10–KW 22) ein und ist bereits abgeschlossen. Bei der zweiten Tranche war zum Zeitpunkt des Datenabzugs Anfang Juni der erste Befragungszeitraum abgeschlossen. Die Fragen zur Ansteckungsangst sind im zweiten sowie im dritten Erhebungszeitraum enthalten, sodass aktuell nur Ergebnisse für die erste Tranche berichtet werden können.

Zusätzlich zu den Fragen zur Ansteckungsangst wurden auch Fragen gestellt, die Rückschlüsse auf den Immunitätsstatus der befragten Eltern und ihrer Kinder zulassen. Einerseits berichteten die Eltern, ob sie oder ihr Kind bereits an COVID-19 erkrankt waren, andererseits machten sie Angaben zu ihrem Impfstatus sowie zum Impfstatus ihres Kindes. Es ist zu beachten, dass zum Zeitpunkt der Befragungen (KW 15–KW 18 bzw. KW 18–KW 22, d. h. Mitte April bis Anfang Juni 2021) kein Impfstoff für Kinder im Alter von 0 bis 6 bzw. 7 Jahren zugelassen war. Sowohl Eltern als auch Kinder können anhand der gemachten Angaben in zwei

Gruppen unterteilt werden, (1) ohne Immunität (d. h. weder geimpft noch genesen) und (2) mit Immunität (d. h. mindestens einmal geimpft oder genesen). Da sowohl die Immunisierung durch einen der zugelassenen Impfstoffe, als auch die Immunisierung nach einer überstandenen COVID-19-Infektion einen Schutz vor einer (weiteren) Ansteckung bieten, ist davon auszugehen, dass auch die berichtete Angst vor einer Ansteckung vom Immunitätsstatus beeinflusst wird. Aus diesem Grund wird nachfolgend die Angst der befragten Eltern vor einer Ansteckung (eigene oder der des Kindes) jeweils getrennt für die beiden Immunitätsgruppen dargestellt (Abbildung 6 und 7). Auch wird erneut zwischen dem Lebensbereich Kita und anderen Lebensbereichen außerhalb der Kita unterschieden.

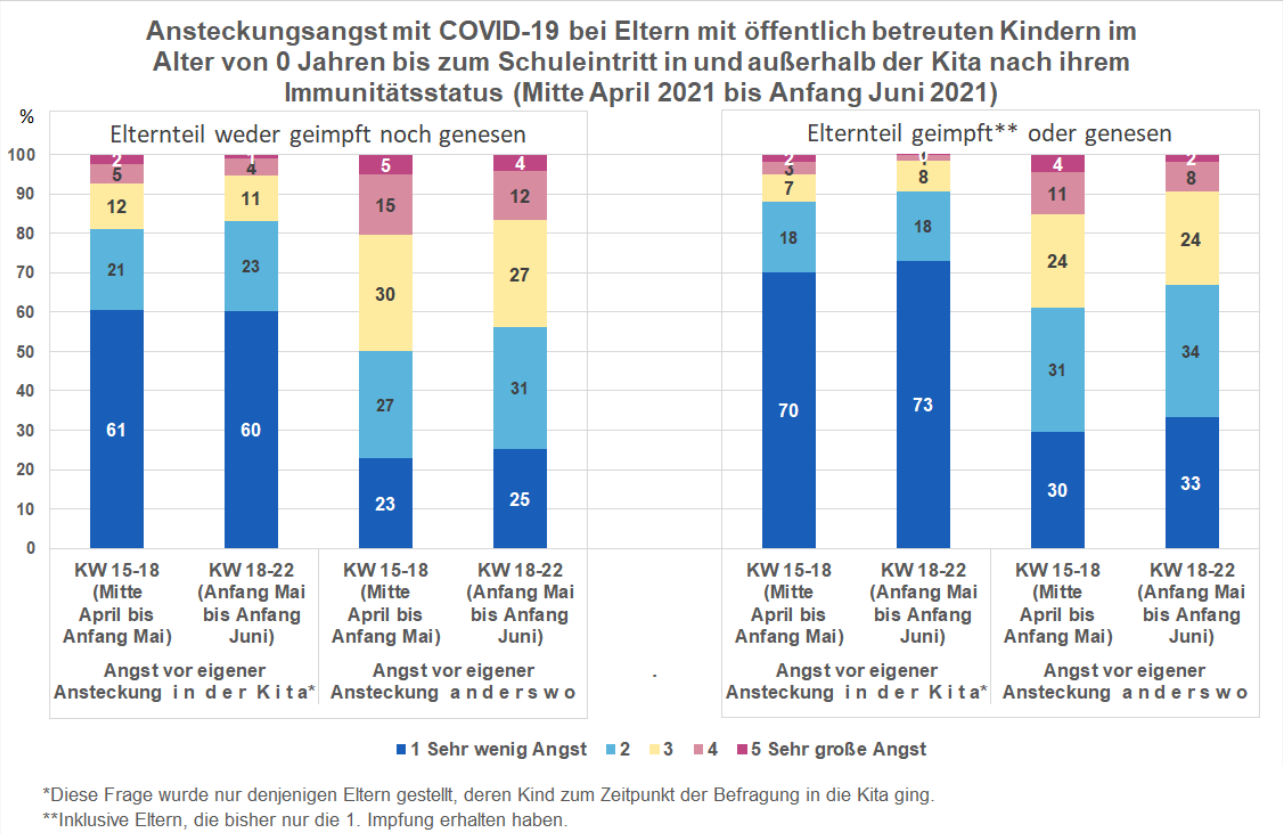


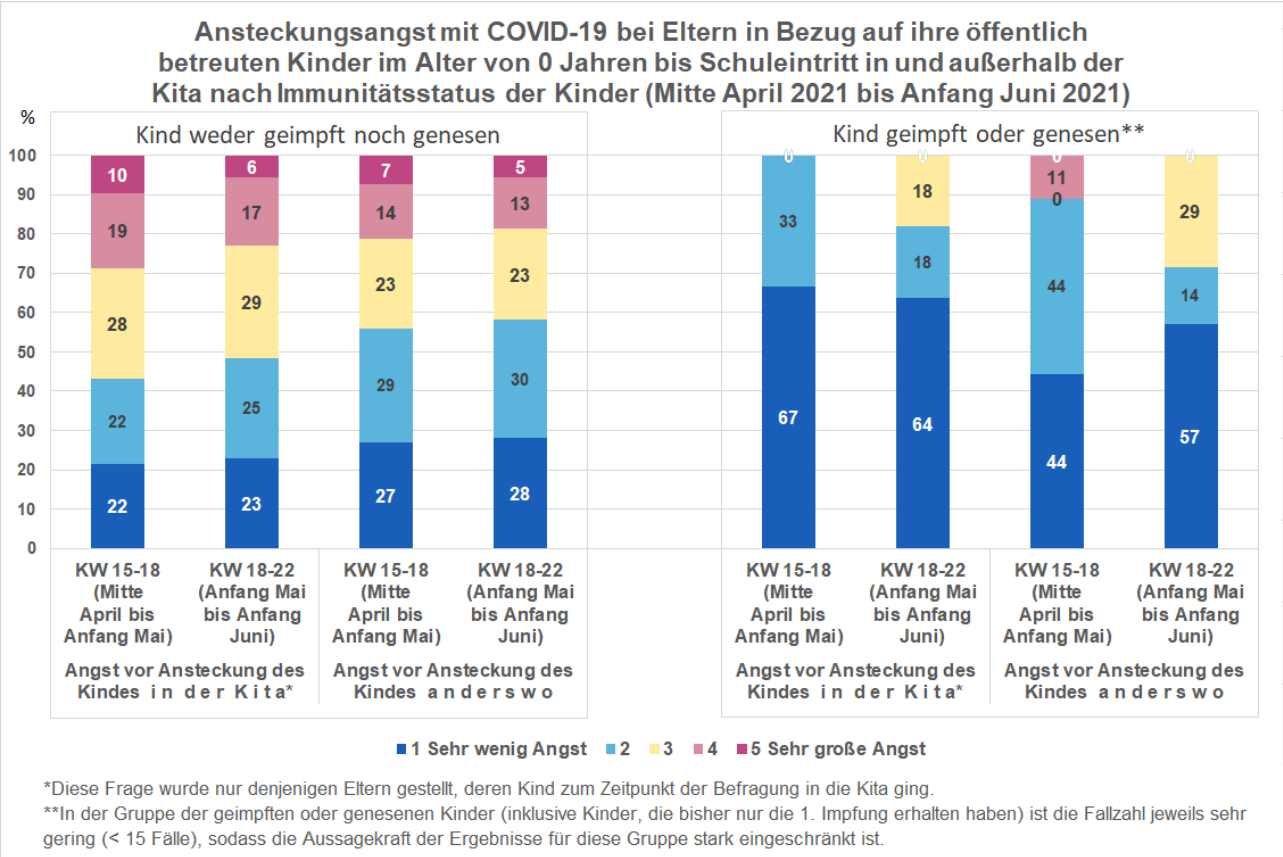
Abbildung 6: Einschätzung der Eltern zu ihrer Angst sich mit dem Coronavirus zu infizieren auf einer Skala von 1 „Sehr wenig Angst“ bis 5 „Sehr große Angst"; im Befragungszeitraum von Mitte April 2021 bis Anfang Juni 2021 (KW 15–22). CoKiss-Vertiefungsbefragung, Datenstand: 11.06.2021, ungewichtete Daten. Darstellung differenziert nach dem Immunitätsstatus der Eltern. Die Informationen beziehen sich auf Angaben von 1.520 Eltern (zweiter Befragungszeitraum, KW 15–18, Mitte April bis Anfang Mai; 1.201 Eltern mit und 319 Eltern ohne Immunitätsstatus) bzw. 1.305 Eltern (dritter Befragungszeitraum, KW 18–22; Anfang Mai bis Anfang Juni; 787 Eltern mit und 518 Eltern ohne Immunitätsstatus). Es ist jeweils die prozentuale Verteilung aller Stufen der Ansteckungsangst dargestellt.

Die Angst der Eltern vor eigener Ansteckung nach Lebensbereich und Immunitätsstatus ist in Abbildung 6 dargestellt. Die Eltern ohne Immunisierung (d. h. weder geimpft noch genesen, siehe erste vier Balken in Abbildung 6) hatten in beiden Befragungszeiträumen größtenteils sehr wenig Angst vor einer Ansteckung in der Kita, wobei sich nahezu keine Veränderung im Zeitverlauf zeigte (jeweils ca. 60% der befragten Eltern mit sehr wenig Angst, zzgl. ca. 20% mit wenig Angst). Anders bei der Frage nach der Ansteckungsangst in anderen Lebensbereichen. Hier lag der Anteil der Eltern, die wenig oder sehr wenig Angst berichteten, zusammen zunächst bei 50% im Zeitraum von Mitte April bis Anfang Mai 2021 und dann bei 56% im Zeitraum von Anfang Mai bis Anfang Juni 2021. Dass die Angst der Eltern, sich in anderen Lebensbereichen anzustecken, im Gegensatz zu ihrer Angst sich in der Kita anzustecken größer ist und über die Zeit leicht zunahm, lässt sich dabei in einen logischen Zusammenhang mit Ergebnissen der Leitungsbefragung zur Umsetzung von Schutzmaßnahmen in Kitas bringen. Denn in einem Großteil der Einrichtungen betreten Eltern die Kita schon seit der zweiten Pandemiewelle im Herbst/Winter 2020 nicht mehr und haben somit in vielen Fällen nahezu keine Risikokontakte innerhalb der Kita.

Die Gruppe der Eltern ohne Immunisierung schloss dabei im Erhebungszeitraum von Mitte April bis Anfang Mai 2021 79% der Stichprobe (entspricht 1.201 Eltern) ein (21% geimpft oder genesen, entspricht 319 Eltern), und verringerte sich zum Erhebungszeitraum von Anfang Mai bis Anfang Juni 2021 auf 60% (entspricht 787) der befragten Eltern (40% geimpft oder genesen, entspricht 518 Eltern). Diese Veränderung ist in erster Linie auf eine Erhöhung der Impfrate unter den Eltern zurückzuführen.

In der Gruppe der Eltern mit Immunisierung (d. h. geimpft oder genesen, Balkengruppe auf der rechten Seite in Abbildung 6) war die Angst sich sowohl innerhalb als auch außerhalb der Kita anzustecken geringer ausgeprägt als in der Gruppe der Eltern ohne Immunisierung. Insbesondere der Anteil, der Eltern die sich sehr wenig vor einer Ansteckung in der Kita sorgten, lag dabei sowohl im April/Mai 2021 also auch im Mai/Juni 2021 um ca. 10% höher. Bei der Ansteckungsangst in anderen Lebensbereichen als der Kita zeigte sich ebenfalls ein deutlicher Unterschied zwischen den Eltern mit und ohne Immunisierung. Dabei berichtete sowohl im April/Mai 2021 als auch im Mai/Juni 2021 jeweils ungefähr ein Drittel der befragten Eltern von sehr wenig Ansteckungsangst und ein weiteres Drittel von wenig Ansteckungsangst außerhalb der Kita. Im Zeitverlauf war hier ein Anstieg um wenige Prozentpunkte zu beobachten.

Zusammenfassend zeigt sich deutlich, dass die befragten Eltern die Kita im Vergleich zu anderen Lebensbereichen weniger als einen Ort mit Ansteckungsrisiko wahrnahmen. Geimpfte oder genesene Eltern berichteten allerdings für beide Lebensbereiche (in der Kita und anderswo) und in beiden Erhebungszeiträumen (April/Mai und Mai/Juni 2021) weniger Angst als Eltern ohne Immunisierung.



*Diese Frage wurde nur denjenigen Eltern gestellt, deren Kind zum Zeitpunkt der Befragung in die Kita ging.
**In der Gruppe der geimpften oder genesenen Kinder (inklusive Kinder, die bisher nur die 1. Impfung erhalten haben) ist die Fallzahl jeweils sehr gering (< 15 Fälle), sodass die Aussagekraft der Ergebnisse für diese Gruppe stark eingeschränkt ist.

Abbildung 7: Einschätzung der Eltern zu ihrer Angst, dass sich ihr Kind mit dem Coronavirus infiziert, auf einer Skala von 1 „Sehr wenig Angst“ bis 5 „Sehr große Angst"; im Befragungszeitraum von Mitte April 2021 bis Anfang Juni 2021 (KW 15–22). CoKiss-Vertiefungsbefragung, Datenstand: 11.06.2021, ungewichtete Daten. Darstellung differenziert nach dem Immunitätsstatus der Kinder. Die Informationen beziehen sich auf Angaben von 1.520 Eltern (zweiter Befragungszeitraum, KW 15–18, Mitte April bis Anfang Mai; 1.510 Kindern mit und 10 Kindern ohne Immunitätsstatus) bzw. 1.305 Eltern (dritter Befragungszeitraum, KW 18–22; Anfang Mai bis Anfang Juni; 1.291 Kindern mit und 14 Kindern ohne Immunitätsstatus). Es ist jeweils die prozentuale Verteilung aller Stufen der Ansteckungsangst dargestellt.

Die Angst der Eltern vor einer Ansteckung ihres Kindes nach Lebensbereich und Immunitätsstatus ist in Abbildung 7 dargestellt. Bei Kindern ohne Immunität (d. h. nicht geimpft und nicht genesen, siehe ersten vier Balken in Abbildung 7) hatten die befragten Eltern jeweils größere Angst davor, dass sich ihr Kind in der Kita anstecken könnte als an anderen Orten. Im Zeitverlauf zeigt sich jedoch in dieser Gruppe ein Rückgang in der elterlichen Angst vor einer Ansteckung des Kindes. Dies gilt sowohl für den Lebensbereich Kita als auch für andere Lebensbereiche. Im Befragungszeitraum Mai/Juni 2021 gaben 48% der befragten Eltern an, sehr wenig oder wenig Angst vor einer Ansteckung ihres nicht immunisierten Kindes in der Kita zu haben (44% im April/Mai 2021), während 23% sehr große oder große Angst davor hatten (29% im April/Mai 2021). Eine Ansteckung des Kindes außerhalb der Kita fürchteten 58% wenig oder sehr wenig (56% im April/Mai 2021), 18% gaben sehr große oder große Ansteckungsangst an (21% im April/Mai 2021). Diese Verringerung der Ansteckungsangst in Bezug auf das eigene nicht immunisierte Kind erfolgte parallel zum bundesweiten Abwärtstrend der 7-Tage-Inzidenz. Während des Befragungszeitraums im April/Mai 2021 lag die 7-Tage-Inzidenz im Wochendurchschnitt bundesweit noch bei 151, während sie im Befragungszeitraum Mai/Juni 2021 einen Wochendurchschnitt von 76 erreichte und sich zusätzlich der klare, immer noch anhaltende Abwärtstrend bereits verfestigt hatte (Robert Koch-Institut, 2021).

Ebenso wie bei den Eltern zeigt sich in der Stichprobe der CoKiss-Vertiefungsbefragung auch bei den Kindern eine leichte Zunahme der Immunisierung im Zeitverlauf. Allerdings waren die Fallzahlen geimpfter bzw. genesener Kinder erwartungsgemäß Anfang Juni 2021 noch sehr gering, sodass die Aussagekraft der Ergebnisse in der Gruppe der geimpften und genesenen Kinder stark eingeschränkt ist. Für die kleine Gruppe der geimpften bzw. genesenen Kinder berichteten die befragten Eltern aber insgesamt eine deutlich geringere Angst vor einer (erneuten) Ansteckung mit COVID-19 als die Eltern in der Gruppe der Kinder ohne Immunisierung. Abbildung 7 zeigt zudem einen leichten Anstieg der elterlichen Angst vor Ansteckung des Kindes in der Gruppe mit Immunisierung über die Zeit. Aufgrund der geringen Fallzahlen kann allerdings nicht von einem belastbaren Trend ausgegangen werden.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die befragten Eltern bei ihren Kindern größere Angst vor einer Ansteckung in der Kita hatten als vor einer Ansteckung an anderen Orten. In Bezug auf sich selbst war das Gegenteil der Fall. Die befragten Eltern fürchteten sich eher vor einer Ansteckung an anderen Orten als vor einer Ansteckung in der Kita.

2.3. Literaturverzeichnis

Bodenmann, Guy (2002): Die Bedeutung von Stress für die Familienentwicklung. In: Brigitte Rollett und Harald Weneck (Hg.): Klinische Entwicklungspsychologie der Familie. Göttingen, Bern, Toronto,: Hogrefe, S. 243–260.

Buheji, Mohamed; Hassani, Ashwaq; Ebrahim, Ahmed, da Costa Cunha, Katiane; Jahrami, Haitham; Baloshi, Mohamed; Hubail, Suad (2020): Children and Coping During COIVD-19: A Scoping Review of Bio-Psycho-Social Factors. In: *International Journal of Applied Psychology* 10 (1), S. 8–15. DOI: 10.5923/j.ijap.20201001.02.

Cina, Annette; Bodenmann, Guy (2009): Zusammenhang zwischen Stress der Eltern und kindlichem Problemverhalten. In: *Kindheit und Entwicklung* 18 (1), S. 39–48. DOI: 10.1026/0942-5403.18.1.39.

Crescentini, Cristiano; Feruglio, Susanna; Matiz, Alessio; Paschetto, Andrea; Vidal, Enrico; Cogo, Paola; Fabbro, Franco (2020): Stuck Outside and Inside: An Exploratory Study on the Effects of the COVID-19 Outbreak on Italian Parents and Children's Internalizing Symptoms. In: *Frontiers in Psychology* 22 (11). DOI: 10.3389/fpsyg.2020.586074.

Heimlich, Ulrich (2017): Das Spiel mit Gleichaltrigen in Kindertageseinrichtungen. Teilhabechancen für Kinder mit Behinderung. Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte. München (WiFF Expertisen, Band 49).

Huebener, Mathias; Waights, Sevrin; Spiess, C. Katharina; Siegel, Nico A.; Wagner, Gert G. (2021): Parental well-being in times of Covid-19 in Germany. In: *Review of economics of the household*, S. 1–32. DOI: 10.1007/s11150-020-09529-4.

Panda, Prateek Kumar; Gupta, Juhi; Chowdhury, Sayoni Roy; Kumar, Rishi; Meena, Ankit Kumar; Madaan, Priyanka et al. (2021): Psychological and Behavioral Impact of Lockdown and Quarantine Measures for COVID-19 Pandemic on Children, Adolescents and Caregivers: A Systematic Review and Meta-Analysis. In: *Journal of Tropical Pediatrics* 67 (1), S. 1–13. DOI: 10.1093/tropej/fmaa122.

Radanovic, Ana; Micic, Isidora; Pavlovic, Svetlana; Krstic, Ksenija (2021): Dont't think that kids aren't noticing: Indirekt Pathways to children's fear of COVID-19. In: *Frontiers in Psychology* 12. DOI: 10.3389/fpsyg.2021.635952.

Ravens-Sieberer, Ulrike; Kaman, Anne; Otto, Christiane; Adedeji, Adekunle; Devine, Janine; Erhart, Michael et al. (2020): Mental Health and Quality of Life in Children and Adolescents During the COVID-19 Pandemic-Results of the Copsy Study. In: *Deutsches Arzteblatt international* 117 (48), S. 828–829. DOI: 10.3238/arztebl.2020.0828.

Robert Koch-Institut (2021). 7-Tage-Inzidenzen nach Bundesländern und Kreisen (gemäß „Bundesnotbremse“) sowie Gesamtübersicht der pro Tag ans RKI übermittelten Fälle und Todesfälle, Stand: 22.6.2021. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Daten/Fallzahlen_Kum_Tab.html, Zugriff am 22.6.2021.

Schlack, Robert; Neuperdt, Laura; Hölling, Heike; Bock, Freia de; Ravens-Sieberer, Ulrike; Mauz, Elvira et al. (2020): Auswirkungen der COIVD-19 Pandemie und der Eindämmungsmaßnahmen auf die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. In: *Journal of Health Monitoring* 5 (4), S. 23–34. DOI: 10.25646/7173.

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

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

Seit dem Start des KiTa-Registers haben sich über 11.400 Kitas und knapp 2.200 Kindertagespflegestellen für das KiTa-Register angemeldet (Stand: 10.06.2021). Dies entspricht etwa 20% der deutschlandweit bestehenden Kindertageseinrichtungen bzw. 5% der Kindertagespflegestellen[8]. An den wöchentlichen Abfragen seit Ende August nehmen durchschnittlich etwa 6.000 Kitas und 1.000 Kindertagespflegestellen teil.

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

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

8 vgl. Kinder- und Jugendhilfestatistik 2020

Das KiTa-Register war in seiner bisherigen Form unverändert seit der Kalenderwoche 33 (10.08–16.08.2020) im Feld. Nun wurde der Fragebogen des KiTa-Registers überarbeitet. Hierbei wurden sowohl eine Vielzahl von Nutzerkommentaren berücksichtigt als auch inhaltliche Änderungen eingebaut. Beispielsweise werden Öffnungstage nun tagesgenau (statt zuvor wochengenau) erfasst und Teilnehmende können bei den Fragen ihre jeweiligen Antworten aus der Vorwoche einsehen. Die Möglichkeit, den Fragebogen über die Schaltfläche „keine Veränderungen zur Vorwoche“ zu beenden und damit automatisch die Daten aus der Vorwoche zu übernehmen, entfällt hingegen. Die überarbeitete Version ist seit der Befragung zur KW 23 (07.06.–13.06.2021) im Einsatz.

In den Daten des KiTa-Registers kam es zwischen der KW 22 (31.05.–6.06.2021) und der KW 23 (07.06.–13.06.2021) teils zu deutlichen Änderungen. Konkret betrifft dies die gestiegene Inanspruchnahmequote (vgl. Abbildung 9), den gestiegenen Personaleinsatz (vgl. Abbildung 11), sowie leicht angestiegene Verdachts- und Infektionsfälle und das erheblich verbesserte Stimmungsbild der Einrichtungen (vgl. Dashboard der Corona-KiTa-Studie unter **https://corona-kita-studie.de/ergebnisse#dashboard**). Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass diese Änderungen zum Teil auf die inhaltlichen Änderungen der Abfrage zurückzuführen sind. Zwar wurden die Fragen für die zuvor genannten Kennzahlen nicht verändert. Das Wegfallen der Option, die Daten durch das Anklicken der Schaltfläche „keine Veränderungen zur Vorwoche“ fortzuschreiben, könnte jedoch zu einer teilweisen Aktualisierung der Daten geführt haben.

Die im Folgenden präsentierten Zahlen decken sich jedoch gut mit der gegenwärtigen Pandemieentwicklung. Aktuell ist nicht quantifizierbar, zu welchem Anteil die Veränderungen auf die Aktualisierung des Fragebogens in der KW 23 (07.06.–13.06.2021) zurückzuführen sind. Es besteht die Möglichkeit, dass die bisher berichteten Zahlen, insbesondere in den letzten Wochen, etwas zu niedrig angesetzt waren, da der Anteil an Umfragen, in denen die entsprechenden Werte nicht aktualisiert, sondern oftmals fortgeschrieben wurden, hoch war. Insgesamt geben die hier gezeigten, aktualisierten Daten jedoch das aktuelle Geschehen plausibel wieder.

3.1. Aktuelles Öffnungsgeschehen in Kindertageseinrichtungen

Nachdem sich bereits in den letzten Kalenderwochen mit dem Abflauen der Inzidenzwerte ein Rückgang der dritten Welle abzeichnete, stehen die Zeichen in den Kitas nun ganz auf Öffnung und Rückkehr zum Regelbetrieb (unter Pandemiebedingungen). So war bereits im letzten Quartalsbericht (KW 17–21, 26.04.–21.05.2021) eine deutliche Ausweitung des Öffnungsgeschehens erkennbar und damit, wenn auch verzögert, ein Ansteigen der Inanspruchnahmequoten. Parallel dazu gingen die Inzidenzen immer weiter zurück. Diese Trends setzen sich im aktuellen Beobachtungszeitraum KW 22–24 (31.05.–20.06.2021) fort. Aktuell (KW 24; 14.06.–20.06.2021) weist kein Bundesland eine 7-Tage-Inzidenz der Neuinfektionen pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner von über 50 auf, der bundesweite Durchschnitt liegt bei neun Neuinfektionen. Die in der Bund-Länder-Konferenz am 22.03.2021 von den Regierungschefinnen und Regierungschefs von Bund und Ländern beschlossene Regelung, die erfolgten Öffnungsschritte nur dann aufrechtzuerhalten, wenn die 7-Tage-Inzidenz der Neuinfektionen pro 100.000 Einwohnerinnen und Einwohner in dem Land oder der Region stabil unter 100 bleibt, wird demnach umgesetzt.

Die Bundesländer haben dementsprechend weitreichende Öffnungspläne beschlossen bzw. schon umgesetzt und betreiben Regelbetrieb unter Pandemiebedingungen. Beispielsweise gilt bereits seit dem 17.05.2021 ein neuer Kita-Stufenplan in Mecklenburg-Vorpommern. In Niedersachsen gilt seit Ende Mai das sogenannte „Szenario A“, d. h. Regelbetrieb unter Beachtung von Hygieneanforderungen bei einer Inzidenz unter 50. Die Hansestadt Bremen hat ihre Auflagen seit dem 01.06.2021 weitgehend gelockert: hier gilt die Grundstufe des sogenannten Reaktionsstufenplans. In Thüringen gilt für Juni 2021 die Phase Grün. Dies bedeutet Regelbetrieb mit primärem Infektionsschutz, in der Hansestadt Hamburg und in Nordrhein-Westfalen haben die Kitas ab dem 07.06.2021 regulär wieder geöffnet. In Sachsen ist in §26 Abs. 3a SächsCoronaSchVO vom 26. Mai seit dem 31. Mai (Inkrafttreten) Regelbetrieb in Kitas ab einer Inzidenz unter 50 vorgesehen. In Brandenburg gilt seit 16.06.2021 eine neue Umgangsverordnung mit weitgehenden Lockerungen und Schleswig-Holstein kehrt ab dem 17.05.2021 zum Regelbetrieb (unter Pandemiebedingungen) zurück. Auch in Bayern sind Kitas geöffnet, solange sich der Inzidenzwert in den Landkreisen und kreisfreien Städten unter 100 bewegt, was derzeit überall der Fall ist. Weitere Öffnungsschritte sind in vielen Bundesländern für den 21.06.2021 geplant, beispielsweise in Berlin und Rheinland-Pfalz.

3.2. Anteile betreuter Kinder und Personaleinsatz in den Kindertageseinrichtungen

Die sinkenden Infektionszahlen spiegeln sich nun auch deutlich in der durchschnittlichen Inanspruchnahmequote wider. Das Liniendiagramm (vgl. Abbildung 8) zeigt die Inanspruchnahmequote für Deutschland insgesamt und für die einzelnen Bundesländer im Zeitverlauf. Die Inanspruchnahmequoten einzelner Bundesländer sind als graue Linien dargestellt, der gesamtdeutsche Mittelwert als grüne Linie. Bei der Interpretation des zeitlichen Trends ist zu berücksichtigen, dass die Linien Durchschnittswerte für die 16 Länder darstellen – die Heterogenität innerhalb einzelner Länder wird nicht wiedergegeben. So kann sich die Auslastung zwischen einzelnen Kreisen, ländlichen Regionen und Ballungsgebieten beträchtlich unterscheiden, allerdings ist angesichts der flächendeckend niedrigen Inzidenzwerte nicht mehr von einer allzu großen coronabedingten Heterogenität auszugehen, da niedrige Inzidenzen in allen Bundesländern mit der Rückkehr zum normalen Regelbetrieb (unter Pandemiebedingungen) einhergehen, welcher prinzipiell die Aufnahme aller Kita-Kinder gewährleistet. Dies zeigt sich auch deutlich in den steigenden Inanspruchnahmequoten in Abbildung 8.

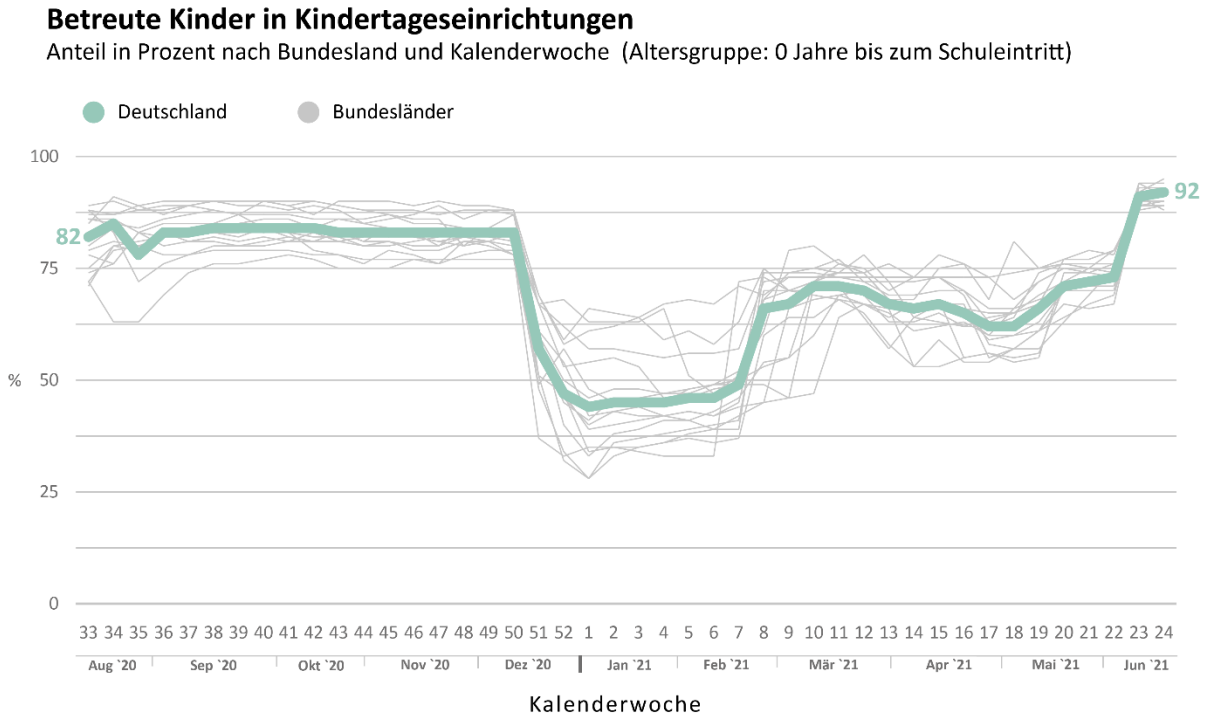


Abbildung 8: Anteil betreuter Kinder in Kindertageseinrichtungen in den Bundesländern und Deutschland nach Kalenderwochen. Die Einrichtungen wurden gefragt, wie viele Kinder in der aktuellen Kalenderwoche durchschnittlich pro Tag ihre Einrichtung besuchten. Für jede Einrichtung wurde der Anteil der betreuten Kinder berechnet, indem die Anzahl der Kinder einer Altersgruppe zum Zeitpunkt der Befragung und die jeweilige Anzahl der Kinder vor der Coronapandemie in Bezug gesetzt wurden. Aus den Ergebnissen wurde dann für jedes Bundesland der Durchschnitt (arithmetisches Mittel) berechnet. Dabei wurden die in Ferien befindlichen Einrichtungen nicht einbezogen (Datenstand: 14.06.2021).

Zum einen setzt sich hier der bereits im letzten Quartalsbericht (II/2021) genannte Trend einer steigenden Inanspruchnahmequote auch für die KW 22 (31.05.–06.06.2021) fort. Zum andern zeigt sich ein deutlicher Sprung um ca. 20% in der Quote hin zur KW 23 (07.06.–13.06.2021), welcher in der KW 24 (14.06.–20.06.2021) leicht zurückgeht. Im Bundesdurchschnitt sind damit in der KW 24 insgesamt etwa 92% der Kinder, die vor Ausbruch der Pandemie betreut wurden, wieder in den Kindertageseinrichtungen.

Beachtenswert ist auch die deutlich abnehmende Varianz zwischen den Bundesländern. Waren insbesondere noch zu Jahresbeginn die Unterschiede zwischen den Bundesländern sehr groß, so unterscheiden sich in der KW 24 (14.06.–20.06.2021) die berichteten Inanspruchnahmequoten nur noch um wenige Prozentpunkte – die Unterschiede zwischen den Ländern gehen demnach weiter zurück, was sich auch in Abbildung 8 deutlich zeigt.

Abbildung 9 vergleicht die Betreuungs- und Personalsituation in der dritten Juniwoche 2021 (KW 24; 14.06.–20.06.21) regionalisiert. Auf der Deutschlandkarte werden die Bundesländer farblich nach der durchschnittlichen 7-Tage-Inzidenz differenziert. Diese gilt der Bundesnotbremse nach als Referenz für eine generelle Schließung (ab 165/teilweise 100) und in den meisten Ländern als Indikator für darüber hinausgehende bzw. differenziertere Regulierungen hinsichtlich der Öffnung und Schließung von Kitas. Allerdings weisen alle Bundesländer eine Inzidenz unter 50 auf und sind demnach einheitlich hellgrau eingefärbt.

Die Balkenpaare repräsentieren den Auslastungsgrad und die Personalsituation der Kitas in den einzelnen Bundesländern. Die Balken links dokumentieren die Inanspruchnahme von Kindertagesbetreuung. Dazu wurden die Kitas nach ihrem Auslastungsgrad in vier Gruppen unterteilt. Die graublau gefärbten oberen Balkenabschnitte bezeichnen den Anteil der Kitas mit Inanspruchnahmequoten von mehr als 75%. Kitas, die weniger als drei Viertel ihrer Einrichtungskinder betreuen, sind durch die helleren Balkenabschnitte repräsentiert (die weiteren Abstufungen sind 75–50%, 50–25% und unter 25%).

Betreute Kinder und Einsatz des pädagogischen Personals in Kindertageseinrichtungen sowie 7-Tage-Inzidenz in Kalenderwoche 24

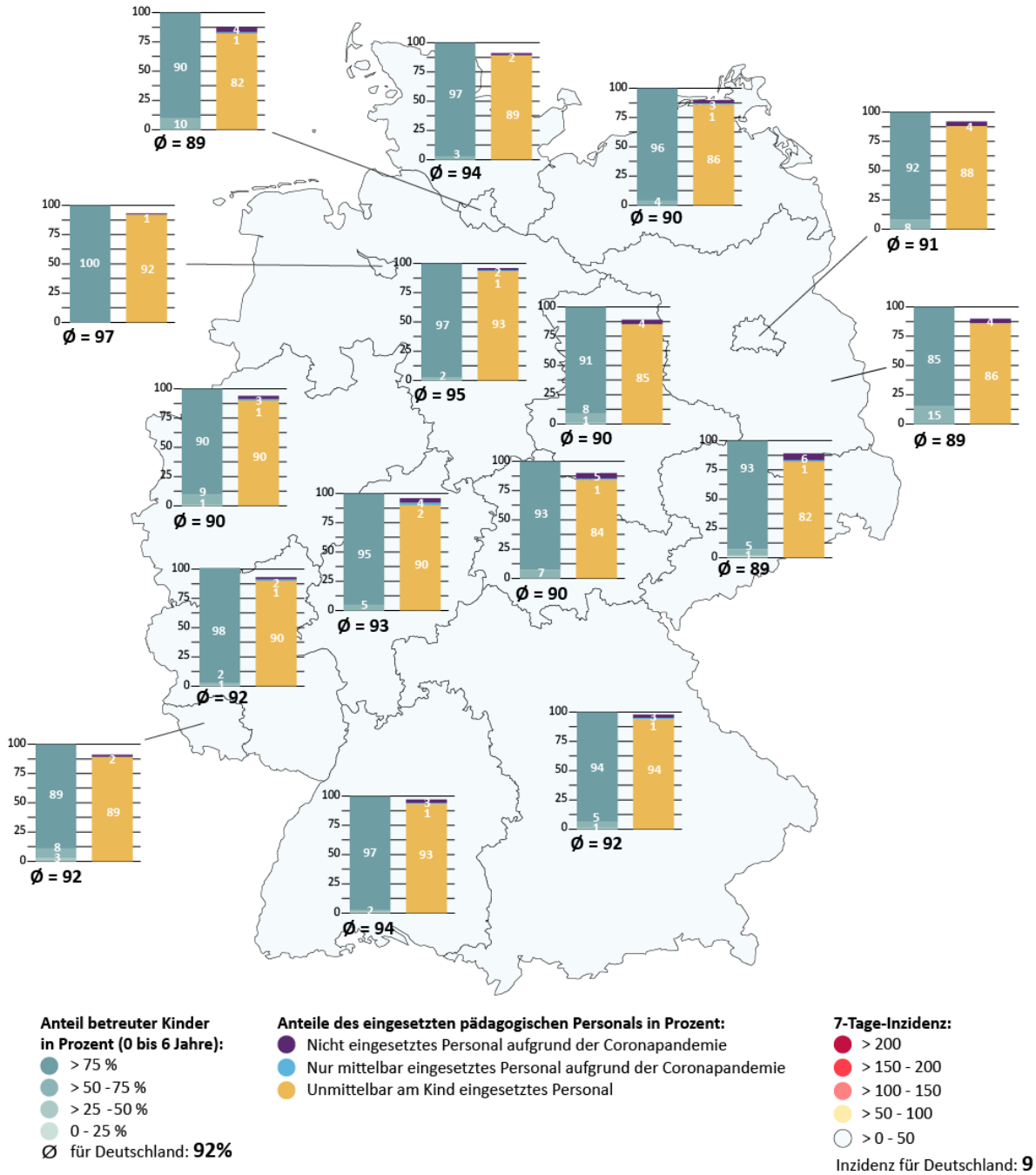


Abbildung 9: Betreute Kinder, Einsatz des pädagogischen Personals in Kindertageseinrichtungen und 7-Tage-Inzidenz der Bundesländer in der Woche vom 14.06.–20.06.2021. Ermittlung der Anteile betreuter Kinder: vgl. Abbildung 8. Zur Ermittlung der Personalanteile wurden die Einrichtungsleitungen gebeten, die Anzahl der in der jeweils aktuellen Kalenderwoche insgesamt Beschäftigten für die pädagogische Arbeit mit Kindern anzugeben sowie zu sagen, wie viele davon aufgrund der Coronapandemie nur mittelbar oder überhaupt nicht eingesetzt werden konnten. Ferienbedingt geschlossene Einrichtungen wurden nicht berücksichtigt. Die Klassifizierung der Öffnungsregelungen basiert auf einer eigenen Auswertung der von den Bundesländern erlassenen Regelungen (Datenstand: 20.06.2021).

Im Abgleich mit dem Berichtszeitraum Mai 2021 aus dem letzten Quartalsbericht (II/2021) wird deutlich, dass die 7-Tage-Inzidenz im aktuellen Berichtszeitraum deutschlandweit noch weiter gesunken ist. War diese im Mai noch bei deutschlandweit 25, ging diese seitdem um das Dreifache zurück und liegt im aktuellen Bericht bei neun Fällen auf 100.000 Einwohner. Waren im letzten Berichtszeitraum die Inanspruchnahmequoten trotz der niedrigen Inzidenz tendenziell niedrig, so zeigt sich nun bundesweit ein sehr einheitliches Bild: Mit Ausnahme von Brandenburg (85%), Nordrhein-Westfalen (90%) und Sachsen-Anhalt (90%) ist der Anteil an Kitas, in denen wieder eine Inanspruchnahmequote von über 75% vorliegt, fast bundesweit bei über 90%. Die höchsten Werte werden von Bremen (100%), Rheinland-Pfalz (98%), Niedersachsen (97%) und Baden-Württemberg (97%) berichtet.

Die Personalsituation wird durch die jeweils rechts abgebildeten Balken in Abbildung 9 beschrieben. Dunklere Balkenabschnitte stellen die Anteile der pandemiebedingt nicht oder nur mittelbar eingesetzten pädagogisch tätigen Mitarbeitenden dar. Vor allem in Sachsen (82%) und Hamburg (82%), aber auch in Brandenburg (86%), Mecklenburg-Vorpommern (86%), Sachsen-Anhalt (85%) und Thüringen (84%) werden noch vergleichsweise niedrige Anteile des Personals unmittelbar am Kind eingesetzt.

Abbildung 10 illustriert den Einsatz des pädagogischen Personals in der Pandemie im Zeitverlauf für ganz Deutschland. Anfang Juni 2021 konnten 90% der pädagogisch Beschäftigten unmittelbar im Kontakt mit Kindern eingesetzt werden, während 4% des Personals nicht oder nur mittelbar arbeiten konnte. Seit der KW 8 (22.3.–28.03.2021) war hier eine Stagnation zu beobachten. Mit Einführung der neuen Abfrage in der KW 23 (07.–13.06.2021) ist hier allerdings eine deutliche Steigerung sichtbar. Wie bereits oben angemerkt, bleibt allerdings unklar, zu welchem Teil die steigenden Werte ab der KW 23 durch die neue Befragung bedingt sind und inwieweit sie eine tatsächliche Steigerung bedeuten.

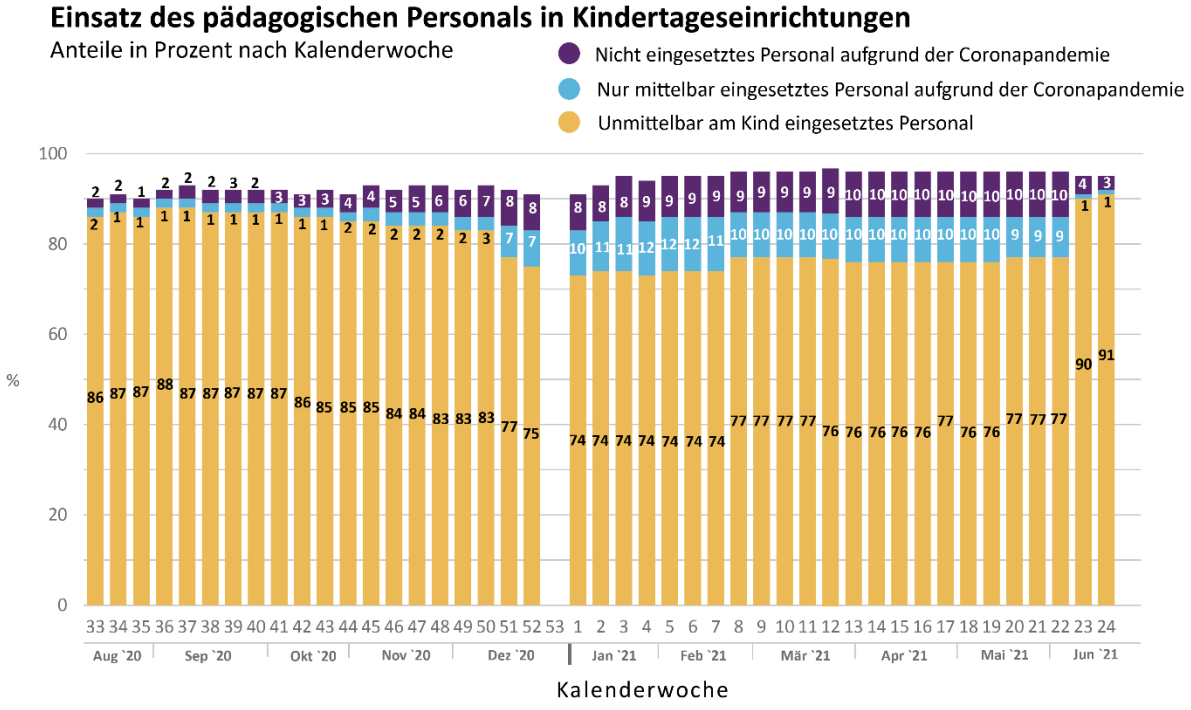


Abbildung 10: Einsatz des pädagogischen Personals (Anteile in %) in den Kalenderwochen 33/2020 bis 24/2021 (10.08.2020–20.06.2021). Die Abbildung zeigt den Anteil der drei genannten Kategorien an der Anzahl des gesamten pädagogischen Personals. Die drei abgebildeten Kategorien ergeben in der Summe weniger 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).

Insgesamt verzeichnet das KiTa-Register einen deutlichen Anstieg der Inanspruchnahmequoten sowie eine deutliche Ausweitung des Anteils des unmittelbar am Kind eingesetzten Personals ab der KW 23 (07.06.–13.06.2021). Flächendeckend ist in Deutschland die 7-Tage-Inzidenz überall rapide gesunken und sowohl die Beschlüsse der einzelnen Länder als auch die steigende Inanspruchnahme spiegeln diese Entspannung der Infektionslage wider.

3.3. Aktuelles Öffnungsgeschehen in der Kindertagespflege

Nachdem der Wert der 7-Tage-Inzidenz bundesweit ab Mai 2021 stark zurückgegangen ist, konnte auch im Bereich der Kindertagespflege wieder sukzessive – in Abhängigkeit der jeweiligen Inzidenz vor Ort – in den Regelbetrieb (unter Pandemiebedingungen) übergegangen werden. Ab Anfang Juni 2021 war dies in nahezu allen Teilen Deutschlands der Fall.

Im vorliegenden Berichtszeitraum von KW 22 (31.05.–06.06.2021) bis KW 24 (14.06.–20.06.2021) zeigen sich folgerichtig hohe Inanspruchnahmequoten[9]. Abbildung 11 gibt einen Überblick im Zeitverlauf. Die für den vorliegenden Monatsbericht berechneten Daten stützen sich hierbei auf Rückmeldungen der durchschnittlich knapp 1.000[10] Kindertagespflegestellen, die sich an den wöchentlichen Abfragen des KiTa-Registers beteiligt haben.

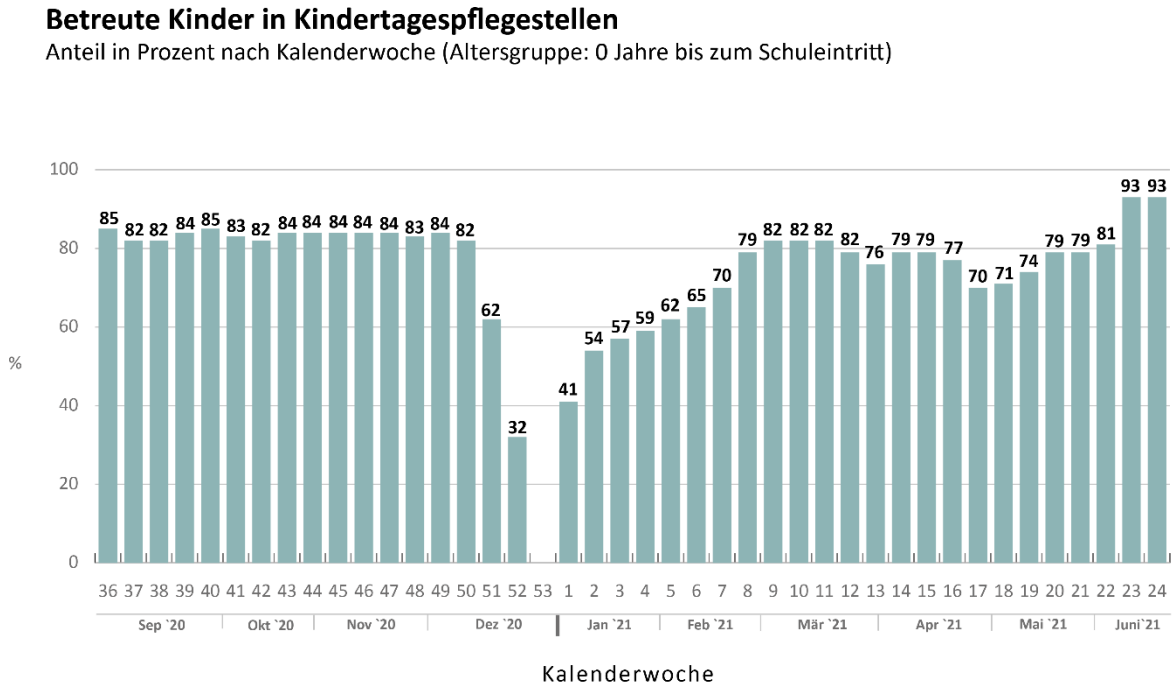


Abbildung 11: Anteil der jeweils aktuell betreuten Kinder in den teilnehmenden Kindertagespflegestellen mit einem Platz in den Kalenderwochen KW 36/2020 bis KW 24/2021 (31.08.2020–20.06.2021). Die Kindertagespflegestellen wurden gefragt, wie viele Kinder in der aktuellen Kalenderwoche durchschnittlich pro Tag ihre Kindertagespflegestelle besuchten. Diese Information wurde sowohl zum Zeitpunkt der Befragung als auch für den Zeitraum vor der Coronapandemie (vor Mitte März 2020) erhoben. Für jede Kindertagespflegestelle wurde der Anteil der betreuten Kinder berechnet, indem die Anzahl der Kinder zum Zeitpunkt der Befragung und die jeweilige Anzahl der Kinder vor der Coronapandemie in Bezug gesetzt wurden (Datenstand: 24.06.2021, n = 562 [KW 37/2020] – 1.191 [KW 01/2021]). Hinweis: Der deutliche Sprung in den Daten ab KW 23/2021 lässt sich auf Umstellungseffekte zurückführen, die im Zuge der Überarbeitung der wöchentlichen Abfragen des KiTa-Registers eingetreten sind und eine präzisere Darstellung der Ergebnisse ermöglichen.

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

10 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.

Wie die Abbildung zeigt, wird die hohe Auslastungssituation bis in den Juni 2021 fortgeführt und übersteigt das Niveau der Vorwochen um ca. 10%. Der deutliche Sprung auf über 90% ab KW 23 (07.06.–13.06.2021) lässt sich zum einen mit dem deutschlandweiten Öffnungsgeschehen und der Rückkehr in den Regelbetrieb (unter Pandemiebedingungen) erklären. Zum anderen gab es eine Überarbeitung der wöchentlichen Fragebögen des KiTa-Registers (s. o.), was zu einer Aktualisierung der Angaben durch die teilnehmenden Kindertagespflegepersonen (und Kitas) führte und es daher möglich macht, die Kennzahlen genauer zu berechnen und die Ergebnisse präziser darzustellen. Dieser Umstellungseffekt lässt sich im vorliegenden Bericht ab KW 23 erkennen.

Insgesamt betrachtet zeigt sich, dass die hohen Inanspruchnahmequoten der Vorwochen im Bereich der Kindertagespflege fortgeschrieben werden und die Kindertagespflegestellen somit im aktuellen Berichtszeitraum annähernd die bekannten Auslastungswerte des Regelbetriebs aus der Zeit vor der Pandemie erreichen.

3.4. Verdachts- und Infektionsfälle sowie pandemiebedingte Schließungen in Kindertagespflegestellen

Analog zu den beschriebenen hohen Inanspruchnahmequoten in den Kindertagespflegestellen erhöht sich im Berichtszeitraum von KW 22 (31.05.–06.06.2021) bis KW 24 (14.06.–20.06.2021) auch die Anzahl der Kindertagespflegestellen, die einen Verdachtsfall (bei der Kindertagespflegeperson selbst, Mitgliedern ihres Haushaltes, bei den betreuten Kindern oder deren Eltern) angeben, sowie die Anzahl der Kindertagespflegestellen, die verdachts- oder infektionsbedingte Schließungen zu verzeichnen haben. Die Anzahl der Kindertagespflegestellen, die einen Infektionsfall (bei der Kindertagespflegeperson selbst, Mitgliedern ihres Haushaltes, bei den betreuten Kindern oder deren Eltern) gemeldet haben, bleibt auf niedrigem Niveau. Abbildung 12 gibt hierzu einen Überblick im zeitlichen Verlauf[11].

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

Anteile in Prozent und Anzahl nach Kalenderwoche

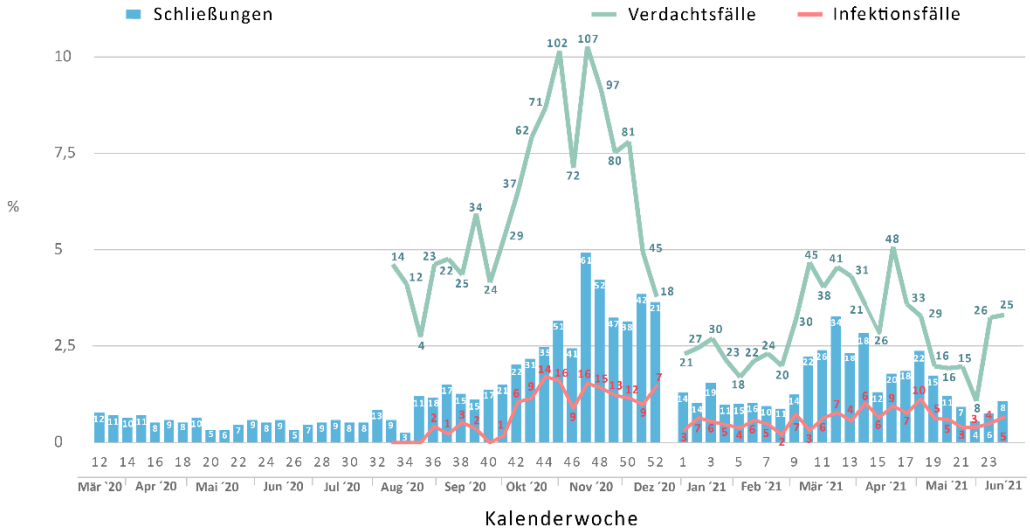


Abbildung 12: SARS-CoV-2-Verdachts- und Infektionsfälle in Kindertagespflegestellen (bei der Kindertagespflegeperson selbst, Mitgliedern ihres Haushaltes, bei den betreuten Kindern oder deren Eltern) in den Kalenderwochen 33/2020 bis 24/2021 (11.08.2020–20.06.2021) sowie infektionsbedingte Schließungen in den Kalenderwochen 12/2020 bis 24/2021 (16.03.2020–20.06.2021). 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: 24.06.2021).

11 Die für diesen Monatsbericht dargestellten Daten stützen sich auf die Rückmeldung der durchschnittlich knapp 1.000 Kindertagespflegstellen, 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).

Wie obenstehende Abbildung zeigt, steigt die Anzahl der Kindertagespflegestellen, die einen Verdachtsfall gemeldet haben, auf über 3% an. Die infektionsbedingten Schließungen in den Kindertagespflegestellen steigen ebenfalls an und erreichen etwa das Niveau von KW 20 (17.05.–24.05.2021). Mit ca. 1% der teilnehmenden Kindertagespflegestellen hält sich der Wert der infektionsbedingten Schließungen jedoch in einem niedrigen Bereich.

Bei der Anzahl der Kindertagespflegestellen, die eine Infektion (bei der Kindertagespflegeperson selbst, Mitgliedern ihres Haushaltes, bei den betreuten Kindern oder deren Eltern) vermerkt haben, ist eine leicht steigende Tendenz zu verzeichnen. Dennoch halten sich die Werte noch auf geringem Niveau. So werden im vorliegenden Berichtszeitraum nur für maximal ca. 0,5% der befragten Kindertagespflegestellen Infektionsfälle berichtet.

Die deutliche Zunahme der Verdachtsfälle sowie der verdachts- oder infektionsbedingte Schließungen lassen sich auch hier zum einen durch das beschriebene, deutschlandweite Öffnungsgeschehen erklären. Zum anderen lässt sich die deutliche Zunahme ab KW 23 (07.06.–13.06.2021) auch auf die bereits beschriebene Überarbeitung der wöchentlichen Fragebögen des KiTa-Registers zurückführen (s. o.), die eine Aktualisierung der Angaben durch die teilnehmenden Kindertagespflegepersonen (und Kitas) zur Folge hat und es daher möglich macht, die Kennzahlen genauer zu berechnen und die Ergebnisse präziser darzustellen. Dieser Umstellungseffekt lässt sich in den Angaben in diesem Bericht ab KW 23 erkennen und hat eine Zunahme der Werte ab diesem Zeitpunkt zur Folge.

4. Modul COALA: Zwischenstand und vorläufige Ergebnisse zur Antikörperbildung

COALA (Corona – anlassbezogene Untersuchungen in Kitas) untersucht das SARS-CoV-2-bedingte Infektionsgeschehen bei Kindern und Erwachsenen in Kitas aufgrund eines konkreten Ausbruchs (Anlass) in einer Kita. In der 23. Kalenderwoche wurde die 30. Kita mit einem SARS-CoV-2-Ausbruch untersucht. Die Selbstbeprobungen der Teilnehmenden der letzten Kitas sind abgeschlossen. Die letzten Probenentnahmen in den zweiten Hausbesuchen der positiv getesteten Fälle stehen noch an. Die Feldphase wird voraussichtlich am 20.07.2021 beendet. Die untersuchten Ausbrüche verteilten sich auf die Bundesländer Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Brandenburg, Hamburg, Hessen, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein. 414 Kinder und 522 Erwachsene wurden in die Studie eingeschlossen. Von 934 Teilnehmenden konnten Mund-Nasen-Abstriche genommen werden. 864 Personen haben Speichelproben abgegeben. Die Mund-Nasen-Abstriche und Speichelproben dienen dem Nachweis einer akuten SARS-CoV-2-Infektion. Blutproben aus dem Finger zur Antikörper-Bestimmung wurden bei 868 Personen entnommen. Die COALA-Teilnehmenden schickten zusätzlich per Post an vier Messzeitpunkten (über zwölf Tage) selbst entnommene Proben an das Robert Koch-Institut (RKI), deren Rücklauf durchgängig sehr hoch war (je nach Messzeitpunkt zwischen 89–97% der Mund-Nasen-Abstriche und 84–92% der Speichelproben). Außerdem wurden telefonische Befragungen mit den teilnehmenden Familien, Kita-Leitungen und den Gesundheitsämtern durchgeführt, um ein Gesamtbild des jeweiligen Ausbruches zu erhalten. Die Selbstbeprobungen der Teilnehmenden der letzten Kitas laufen noch und werden in den kommenden Wochen abgeschlossen sein. Außerdem werden die positiv getesteten Teilnehmenden der Kitas 29 und 30 noch einmal nachuntersucht.

In den kommenden Monaten werden die gesammelten Labor- und Befragungsdaten ausgewertet und die Ergebnisse in Fachzeitschriften und in den folgenden Berichten der Corona-KiTa-Studie veröffentlicht.

4.1. Vorläufige Ergebnisse zur Antikörperbildung bei Kita-Kindern und Erwachsenen in der COALA-Studie

Eine Infektion mit SARS-CoV-2 löst eine Immunantwort aus. Dabei kommt es zu unterschiedlichen zellulären Reaktionen, an deren Ende eine Antikörperbildung steht. Die Antikörper neutralisieren bei einem weiteren Kontakt mit SARS-CoV-2 den Erreger und bieten so Schutz vor einer erneuten Erkrankung. Die Bildung der Antikörper kann unterschiedlich lange dauern und wird als Serokonversion bezeichnet. Bei einer SARS-CoV-2-Infektion sind bei den meisten Infizierten nach etwa zwei Wochen Antikörper nachweisbar (Okba et al., 2020; To et al., 2020). In bisher durchgeführten Studien bildete nur ein sehr geringer Anteil der SARS-CoV-2-Infizierten keine Antikörper (Lagunas-Rangel & Chávez-Valencia, 2021). Es ist jedoch möglich, dass die im Blut nachweisbare Konzentration der Antikörper in den nächsten Monaten wieder zurückgeht (Seow et al., 2020). Zu erneuten Infektionen bei Genesenen kam es bisher aber nur in seltenen Fällen (Hansen, Michlmayr, Gubbels, Mølbak, & Ethelberg, 2021). Auch eine Impfung bewirkt, dass Antikörper gebildet werden. Der Antikörperstatus kann daher als Indikator zum Nachweis einer durchlaufenen Infektion oder einer Impfung genutzt werden.

In der COALA-Studie werden die positiv auf SARS-CoV-2 getesteten Teilnehmenden frühestens drei Wochen nach der ersten positiven PCR-Testung auf Antikörper untersucht. Dafür wird Kapillarblut aus der Fingerkuppe entnommen und auf eine Trockenblutkarte aufgebracht. Zur Bestimmung von IgG-Antikörpern wird der kommerzielle Labortest „Anti-SARS-CoV-2-ELISA (IgG)“ der Firma Euroimmun eingesetzt (Euroimmun Medizinische Labordiagnostik AG) (Turgeon et al., 2021). Mit dem Antikörper-Test nach einem SARS-CoV-2-Nachweis kann eine Serokonversion ermittelt werden.

36 Kita-Kinder und 52 Erwachsene wurden in der COALA-Studie positiv aus SARS-CoV-2 getestet. Für 32 Kita-Kinder und 47 Erwachsene liegen Ergebnisse der Antikörper-Testung vor. Der Antikörper-Test fand durchschnittlich 39 Tage (23–49 Tage) nach der ersten positiven PCR-Testung statt.

Es zeigen 97% der zuvor positiv auf SARS-CoV-2 getesteten Kita-Kinder und 70% der Erwachsenen Antikörper im Blut (siehe Abbildung 13). Dass vor allem bei den Erwachsenen teilweise keine Antikörper nachweisbar sind, kann unterschiedliche Gründe haben. Es ist nicht auszuschließen, dass die Antikörperbildung in Einzelfällen noch andauert und zum Testzeitpunkt noch keine Serokonversion eingetreten ist oder, dass bereits gebildete Antikörper zum Untersuchungszeitpunkt nicht mehr nachweisbar sind. Die Zeiträume zwischen der SARS-CoV-2-Infektion und der Antikörper-Testung der COALA-Studie sind nicht direkt vergleichbar mit anderen Studien. Außerdem fällt auf, dass fast die Hälfte der Erwachsenen, die keine Antikörper ausgebildet haben, im Studienverlauf nur einmal positiv auf SARS-CoV-2 getestet wurden und dabei meistens eine sehr geringe Viruslast aufwiesen. Welche Bedeutung diese Beobachtung für die Bestimmung der Serokonversion hat, muss in vertiefenden Analysen untersucht werden. Bei den berichteten Ergebnissen ist zu beachten, dass es sich um erste Zwischenergebnisse handelt. In weiteren Auswertungen können sich diese Ergebnisse noch ändern und Zusammenhänge, zum Beispiel zwischen der Symptomatik und der Serokonversion, genauer untersucht werden.

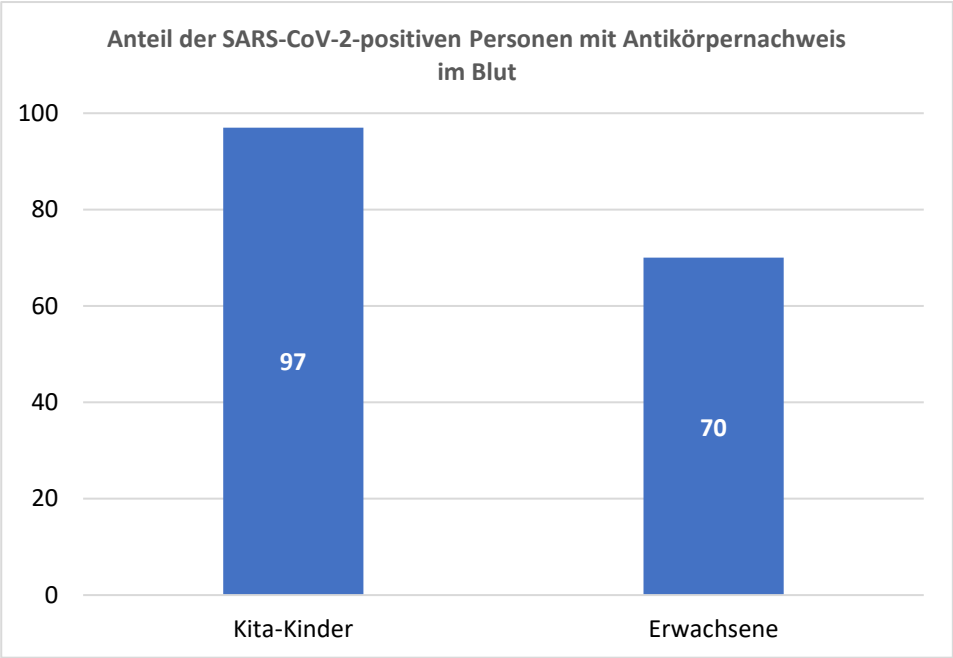


Abbildung 13: Anteil der positiv auf SARS-CoV-2 getesteten Kita-Kinder (n = 32) und Erwachsenen (n = 47), bei denen mindestens drei Wochen nach der ersten positiven PCR-Testung Antikörper im Blut nachgewiesen werden konnten (in Prozent).

4.2. Quellen

Hansen, C. H., Michlmayr, D., Gubbels, S. M., Mølbak, K., & Ethelberg, S. (2021). Assessment of protection against reinfection with SARS-CoV-2 among 4 million PCR-tested individuals in Denmark in 2020: a population-level observational study. *The Lancet, 397*(10280), 1204-1212. doi:10.1016/S0140-6736(21)00575-4

Lagunas-Rangel, F. A., & Chávez-Valencia, V. (2021). What do we know about the antibody responses to SARS-CoV-2? *Immunobiology, 226*(2), 152054-152054. doi:10.1016/j.imbio.2021.152054

Okba, N. M. A., Müller, M. A., Li, W., Wang, C., GeurtsvanKessel, C. H., Corman, V. M., . . . Haagmans, B. L. (2020). Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2-Specific Antibody Responses in Coronavirus Disease Patients. *Emerg Infect Dis, 26*(7), 1478-1488. doi:10.3201/eid2607.200841

Seow, J., Graham, C., Merrick, B., Acors, S., Pickering, S., Steel, K. J. A., . . . Doores, K. J. (2020). Longitudinal observation and decline of neutralizing antibody responses in the three months following SARS-CoV-2 infection in humans. *Nature Microbiology, 5*(12), 1598-1607. doi:10.1038/s41564-020-00813-8

To, K. K., Tsang, O. T., Leung, W. S., Tam, A. R., Wu, T. C., Lung, D. C., . . . Yuen, K. Y. (2020). Temporal profiles of viral load in posterior oropharyngeal saliva samples and serum antibody responses during infection by SARS-CoV-2: an observational cohort study. *Lancet Infect Dis, 20*(5), 565-574. doi:10.1016/s1473-3099(20)30196-1

Turgeon, C. T., Sanders, K. A., Granger, D., Nett, S. L., Hilgart, H., Matern, D., & Theel, E. S. (2021). Detection of SARS-CoV-2 IgG antibodies in dried blood spots. *Diagnostic Microbiology and Infectious Disease, 101*(1), 115425. doi:https://doi.org/10.1016/j.diagmicrobio.2021.115425

5. Ergebnisse aus den Surveillancesystemen des RKI

5.1. Begriffsklärung und Bevölkerungszahlen

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

Tabelle 1: Bevölkerungszahlen für die Berechnung der Inzidenz nach Altersgruppen

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

Quelle: Statistische Landesämter; Datenstand 31.12.2019

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 (Buchholz et al., 2020).

5.2.2. Aktuelles Bild

Anfang Mai 2021 nahm die Aktivität der akuten Atemwegserkrankungen bei Kindern im Alter von 0 bis 5 Jahren sehr rasch zu. Die Werte lagen dabei kurzfristig über den Werten der Jahre vor der Pandemie (2016–2019; vgl. Abbildung 14). Seit Anfang Juni ist bei der jüngsten Altersgruppe wieder ein Rückgang der ARE-Inzidenz zu verzeichnen, insgesamt liegen die Werte im Juni jedoch wieder in einem Bereich, wie er in den Jahren vor der Pandemie (2016–2019) üblich war. Auch die ARE-Inzidenz bei den älteren Kindern (6–14 Jahre) hat wieder das Vorpandemie-Niveau erreicht oder übertroffen. Möglicherweise machen sich bei der gestiegenen ARE-Aktivität bei den Kindern die zunehmenden Lockerungen der Maßnahmen bemerkbar, wodurch es zu vermehrten übertragungsfördernden Kontakten für Atemwegserreger kommt. In KW 24 (14.06.–20.06.2021) wurden wöchentlich rund 300.000 neu aufgetretene Atemwegserkrankungen bei Kindern im Alter von 0 bis 5 Jahren geschätzt. Das entspricht einer Inzidenz von rund 6.300 ARE pro 100.000 (oder 6,3% der Kinder in diesem Alter). Damit wurden Mitte Juni 2021 rund doppelt so viele Atemwegserkrankungen bei Kindern geschätzt wie im Vorjahr 2020 (3,1% Kinder mit ARE; nicht abgebildet). Der Wert hat sich zudem den Werten der Jahre vor der Pandemie angenähert (rund 395.000 ARE oder 8,3%

Kinder mit ARE). Etwa eins von sieben Kindern im Alter von 0 bis 5 Jahren wurde in KW 24 (14.06.–20.06.2021) ärztlichem Personal wegen einer ARE vorgestellt. Im Gegensatz dazu bewegt sich die ARE-Inzidenz der Erwachsenen auf einem konstant niedrigen Niveau und unterhalb der Werte der Jahre vor der Pandemie.

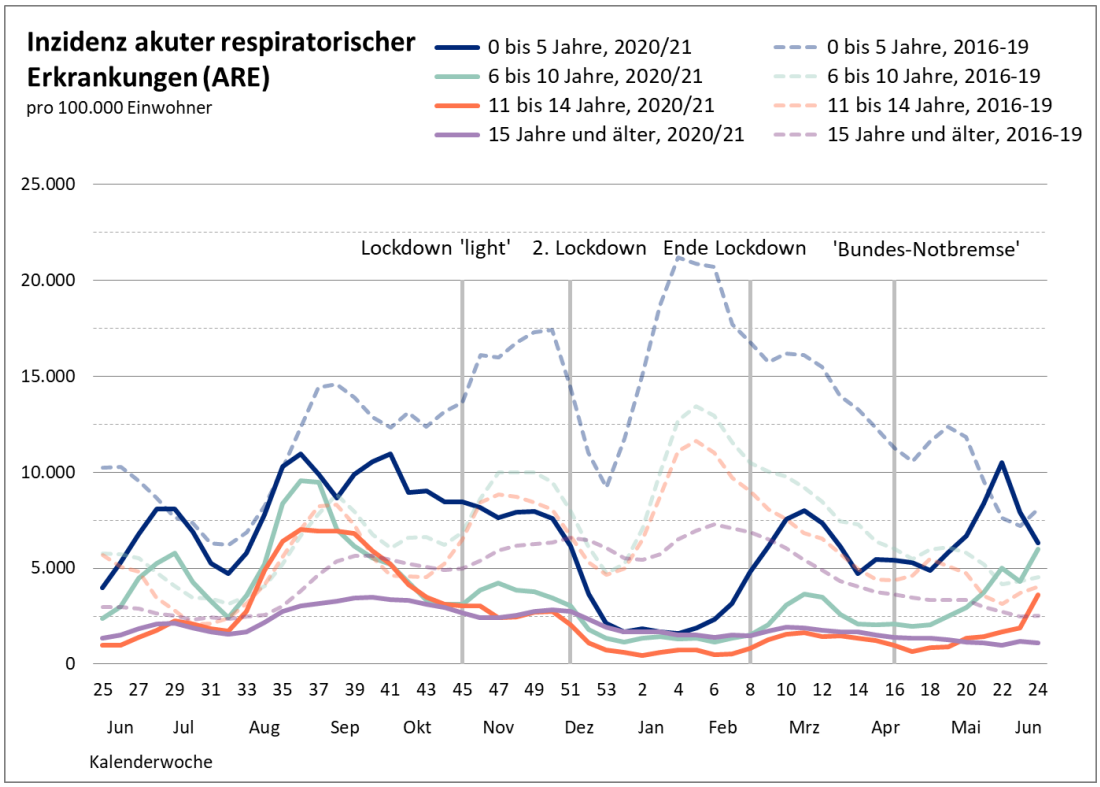


Abbildung 14: Vergleich der für die Bevölkerung in Deutschland geschätzten Inzidenzen akuter respiratorischer Erkrankungen (ARE) im zeitlichen Verlauf nach Kalenderwoche und nach Altersgruppe (Anzahl ARE pro 100.000 Einwohner) für die Jahre 2020/2021 im Vergleich zu den Jahren 2016–2019. Es wurde mit 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**) 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 Arztinformationssystemen erfasst und durch die Sentinelärztinnen und -ärzte verschlüsselt an das RKI versandt (Sentinel zur elektronischen Erfassung von Diagnosecodes (SEED^{ARE}); Diagnosecodes: J00 bis J22, J44.0 und B34.9). Damit kann die Anzahl der Arztbesuche wegen akuter respiratorischer Erkrankungen in primärversorgenden Praxen geschätzt werden. Durch Nachmeldungen können sich die Werte der Vorwochen zum Teil noch verändern (Goerlitz et al., 2020).

5.3.2. Aktuelles Bild

Die erhöhte ARE-Aktivität bei den 0- bis 5-Jährigen im Mai 2021 machte sich auch bei den registrierten Meldungen an Arztkonsultationen bemerkbar, die im Juni wieder zunahmen (vgl. Abbildung 15). Im Gegensatz zu den GrippeWeb-Daten fällt der Anstieg der Arztbesuche wegen ARE geringer aus. Dies lässt vermuten, dass Kinder mit ARE seltener ärztlichem Personal vorgestellt wurden. In der aktuellen Berichtswoche (KW 24; 14.06.–20.06.2021) lag die ARE-Konsultationsinzidenz bei Kindern im Alter von 0 bis 5 Jahren bei rund 2.500 Arztkonsultationen pro 100.000 Kinder. Auf die Bevölkerung in dieser Altersgruppe hochgerechnet entspricht das rund 120.000 Arztbesuchen wegen ARE. Ähnlich der GrippeWeb-Daten

befindet sich dieser Wert über dem Niveau von KW 24 in 2020, in der rund dreimal weniger Arztkonsultationen wegen ARE registriert wurden (ca. 38.000 Arztbesuche; nicht abgebildet), bzw. in einem ähnlichen Bereich wie die Werte in den Jahren vor der Pandemie, in denen rund 91.000 Arztkonsultationen registriert wurden.

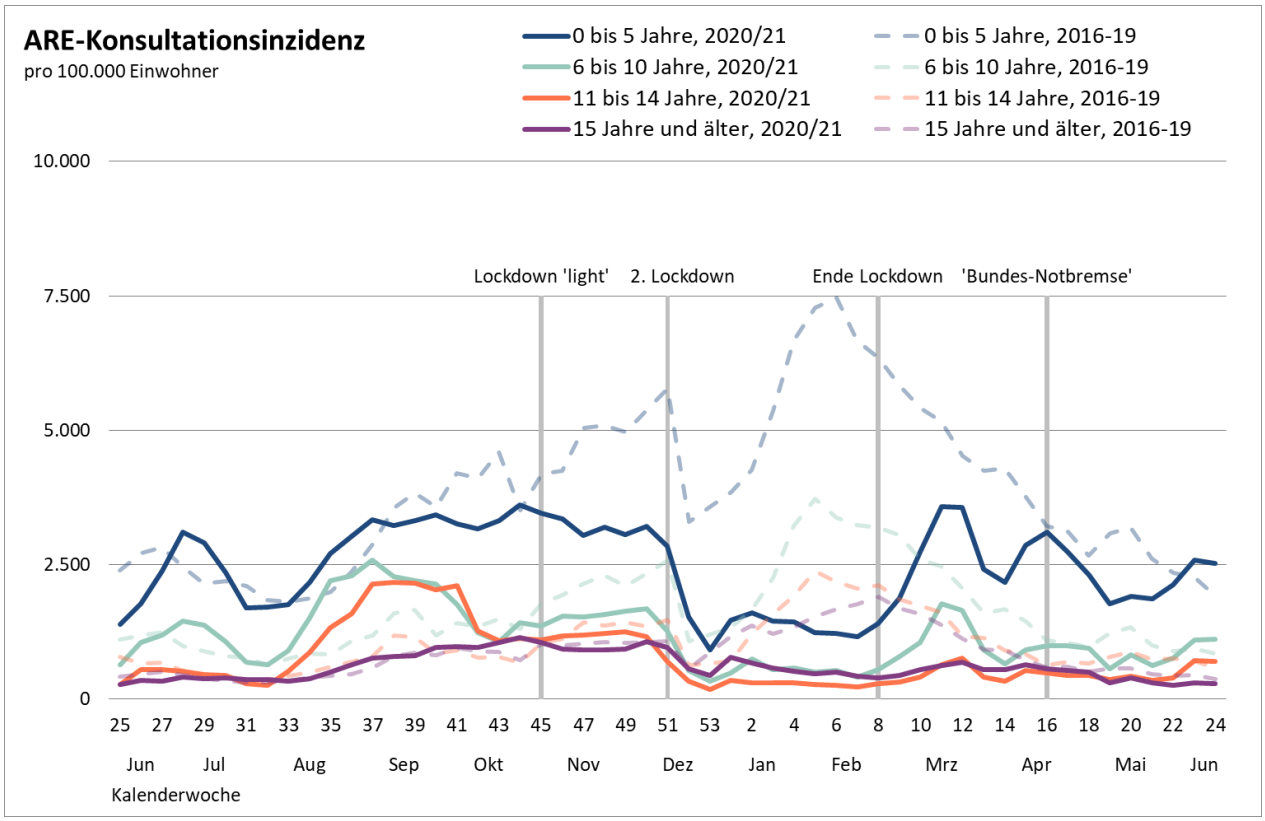


Abbildung 15: Anzahl der Konsultationen mit Diagnosecodes J00–J22, J44.0 und B34.9 (Akute Infektionen der Atemwege) nach Kalenderwoche und nach Altersgruppe pro 100.000 Einwohner für die Jahre 2020/2021 im Vergleich zu den Jahren 2016–2019. Für Jahre ohne KW 53 wurde ein Mittelwert aus KW 52 und KW 1 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) oder Erregerisolierung unabhängig von der klinischen Symptomatik als COVID-19-Fälle. Im folgenden Bericht sind somit unter COVID-19-Fälle sowohl akute SARS-CoV-2-Infektionen als auch COVID-19-Erkrankungen zusammengefasst. Die Daten werden am RKI einmal täglich um 0:00 Uhr aus der elektronischen Datenbank (SurvNet) ausgelesen. Nach einer Erkrankung kann es durch die Zeit bis zur Testung, dem Testergebnis, der Dateneingabe und der Datenübermittlung zu einem Zeitverzug bis zur Veröffentlichung durch das RKI kommen. Täglich aktualisierte Lage-/Situationsberichte zu COVID-19 werden auf der RKI-Webseite zur Verfügung gestellt (RKI, 2020).

5.4.2. Aktuelles Bild

Insgesamt wurden seit Beginn der COVID-19-Pandemie bis einschließlich KW 24 (14.06.–20.06.2021) 120.988 laborbestätigte COVID-19-Fälle im Alter von 0 bis 5 Jahren an das RKI übermittelt. Seit Mitte April 2021 ist ein kontinuierlicher und rascher Rückgang der Meldeinzidenzen bei Kindern und Jugendlichen zu beobachten (vgl. Abbildung 16). Während die Inzidenz der Kinder im Alter von 0 bis 5 Jahren am niedrigsten ist, liegen die Inzidenzen der älteren Kinder und Jugendlichen zwar auf einem etwas höheren Niveau, aber alle vier

Altersgruppen liegen unterhalb von 20 Fällen pro 100.000 und sind in den letzten zwei Monaten steil gesunken. Zuletzt wurden etwa ähnlich viele Fälle im Alter von 0 bis 14 Jahren gemeldet wie Ende September 2020 (vor Beginn der zweiten Welle). Die Inzidenz der 15- bis 20-Jährigen befand sich dagegen unter diesem Niveau. In KW 24 wurden 460 Fälle im Alter von 0 bis 5 Jahren übermittelt, das entspricht einer Inzidenz von 9,7/100.000. Die Inzidenz der 6- bis 10-Jährigen betrug 16/100.000, die der 11- bis 14-Jährigen lag bei 17/100.000 und die 15- bis 20-Jährigen hatten eine Inzidenz von 16/100.000. Im Vergleich dazu lag die Inzidenz der Fälle im Alter von 21 Jahren und älter bei 7,1/100.000. Damit befand sich die Inzidenz der Kinder im Alter von 0 bis 5 Jahren und die der Erwachsenen in KW 24 auf einem etwa ähnlichen Niveau.

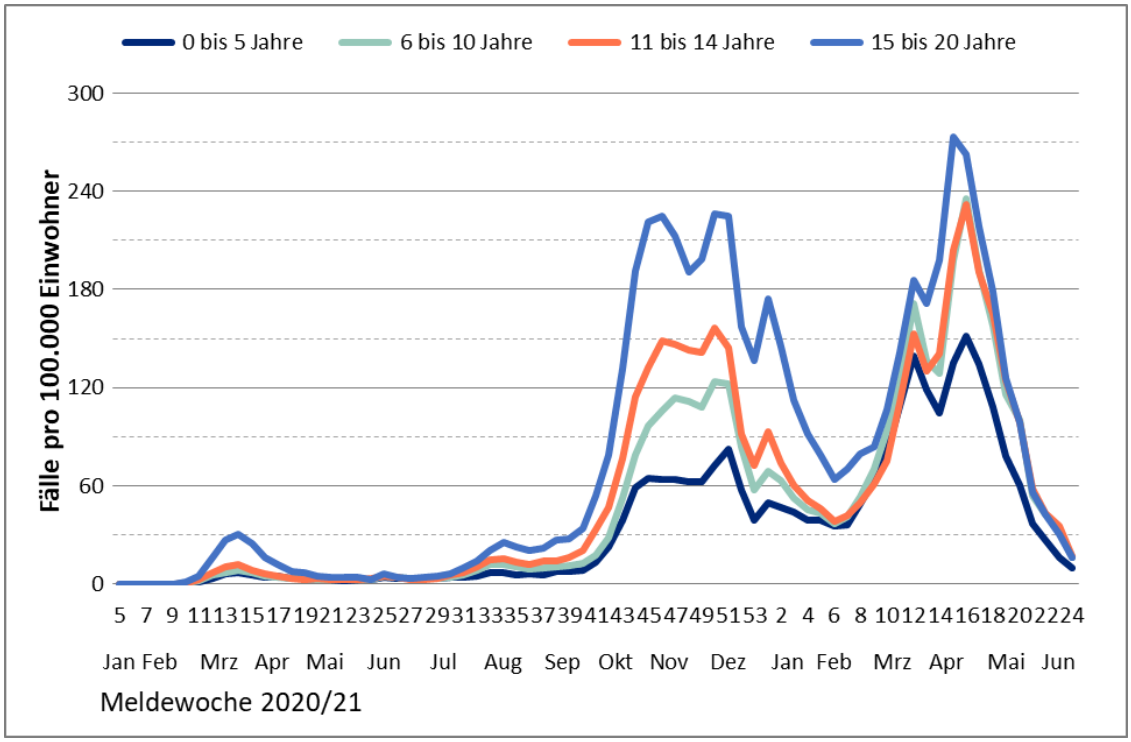


Abbildung 16: Anzahl der übermittelten COVID-19-Fälle pro 100.000 Einwohner nach Altersgruppe und Meldewoche (Datenstand: 21.06.2021, 0:00 Uhr).

Der Anteil der Kinder und Jugendlichen unter allen COVID-19-Meldefällen nahm im Trend, bis auf einer Unterbrechung in den Wochen um Ostern herum, seit Anfang 2021 zu und lag in KW 24 bei allen Altersgruppen über den jeweiligen Bevölkerungsanteilen, insbesondere bei den 6- bis 20-Jährigen (vgl. Abbildung 17). Die 0- bis 5-jährigen Fälle hatten in KW 24 einen Anteil von 6,5% an allen Fällen (Bevölkerungsanteil: 5,7%).

Bei der jüngsten Altersgruppe (0 bis 5 Jahre) zeigte sich, dass Fälle im Kindergartenalter (3 bis 5 Jahren) häufiger gemeldet wurden und diese mit 3,6% deutlicher über ihrem Bevölkerungsanteil lagen (2,8%, vgl. Abbildung 18). Der Anteil der 1- bis 2-Jährigen befand sich, im Gegensatz zu den Säuglingen, mit 2,1% ebenfalls leicht über dem Bevölkerungsanteil (1,9%). Aufgrund der Änderungen der zirkulierenden SARS-CoV-2-Varianten und der zunehmenden Impfquote bei Erwachsenen ist zu erwarten, dass die Bedeutung der Rolle von Kindern und Jugendlichen für die Transmission von SARS-CoV-2 zunimmt und ihr Anteil an allen Meldefällen weiterhin steigt.

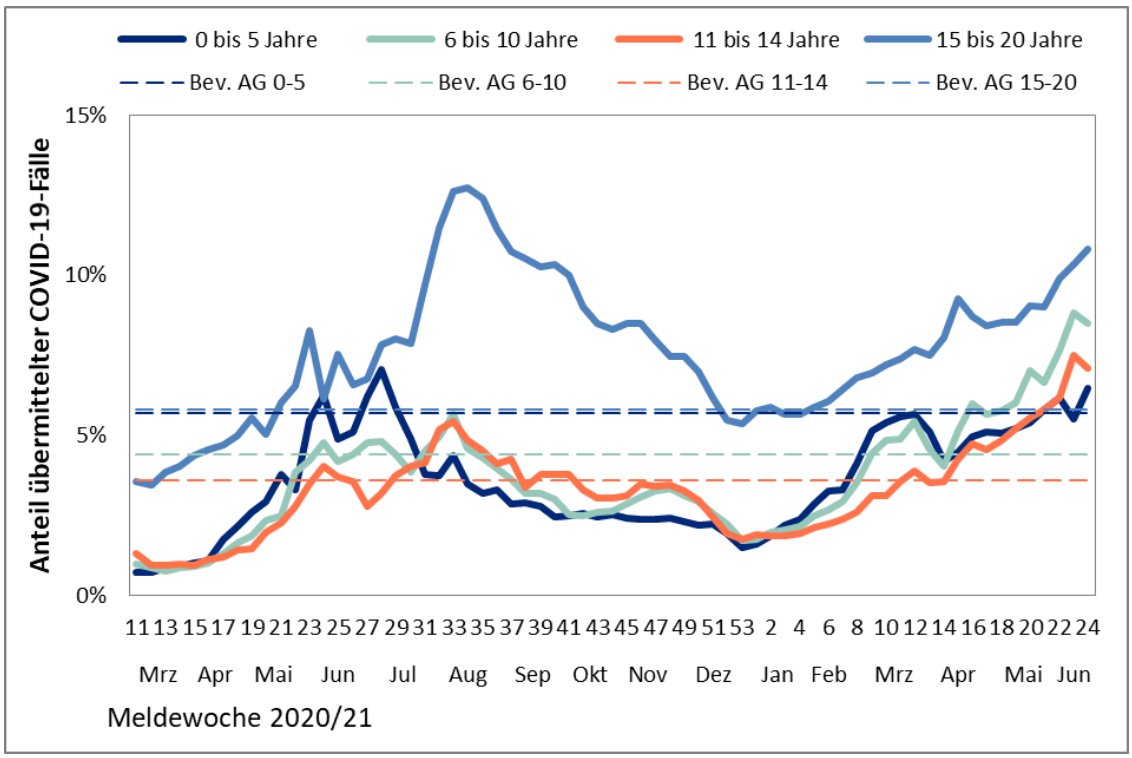


Abbildung 17: Darstellung des Anteils der übermittelten COVID-19-Fälle nach Altersgruppe und Meldewoche. Als gestrichelte Linien sind die jeweiligen Bevölkerungsanteile der Altersgruppen (AG) eingezeichnet. Aufgrund der geringen Fallzahlen zu Beginn wird der Anteil erst ab KW 11 (09.02.–15.02.2020) dargestellt (Datenstand: 21.06.2021, 0:00 Uhr).

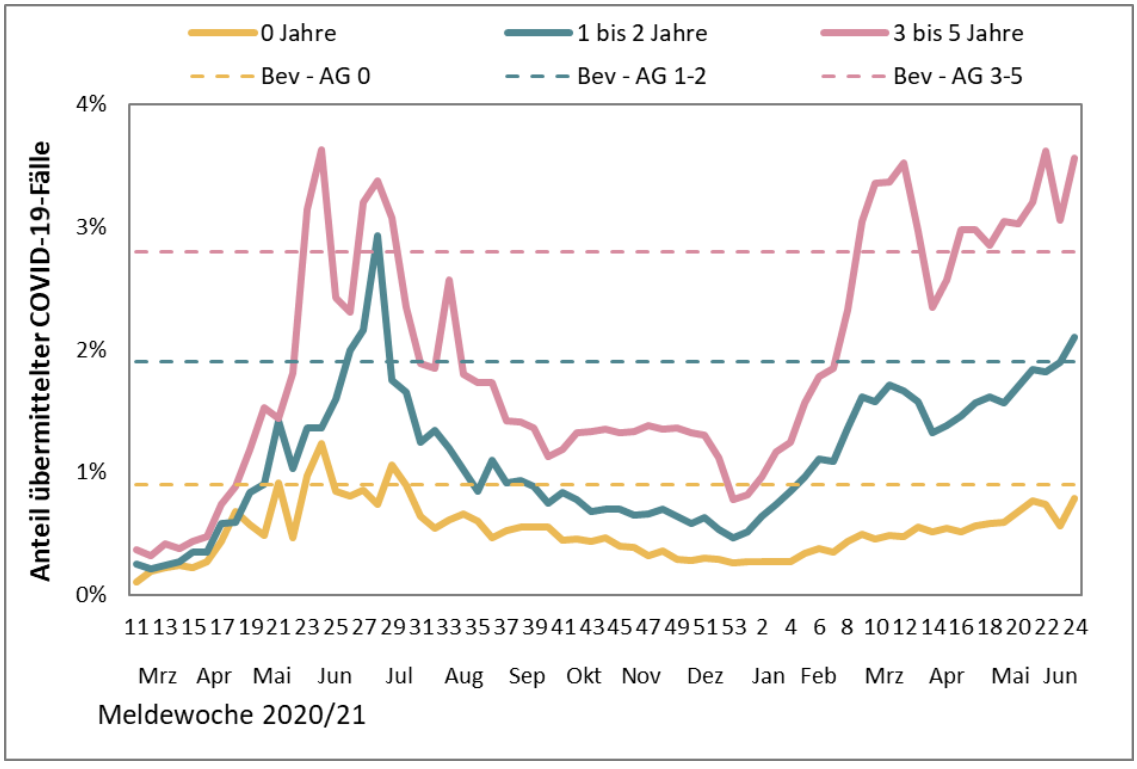


Abbildung 18: wie Abbildung 17, nur für die Altersgruppe (AG) der 0- bis 5-Jährigen.

Bisher wurde für 2,6% (2.547/97.314) aller seit dem Beginn der Pandemie übermittelten COVID-19-Fälle im Alter von 0 und 5 Jahren angegeben, dass sie in ein Krankenhaus eingewiesen wurden, davon mussten 2% auf einer Intensivstation behandelt werden (40/2.018). Es wurden bislang elf COVID-19-Todesfälle bei den 0- bis 5-Jährigen übermittelt, von denen neun validiert sind (0,01%; n = 120.462).[12]

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

Nach den Kriterien der epidemiologischen Berichterstattung des RKI werden mehrere Krankheitsfälle oder Infektionen mit einem bestimmten Erreger, bei denen ein epidemiologischer Zusammenhang wahrscheinlich ist, als Ausbrüche gewertet. In der Meldesoftware können diese Fallhäufungen als Ausbruch angelegt und übermittelt werden. Ebenfalls kann das Infektionsumfeld (Setting; z. B. Kindergarten/Hort, Schule, privater 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 Dienstag im Situationsbericht des RKI dargestellt (**www.rki.de/covid-19-lagebericht**).

Bis Mitte Juni 2021 (KW 24) wurden bisher insgesamt 3.353 Ausbrüche mit Infektionsumfeld „Kindergarten, Hort“ an das RKI übermittelt, denen 21.239 Fälle zugeordnet wurden. Die Zahl der übermittelten Ausbrüche in Kitas und Horteinrichtungen ist seit Ende April 2021 rückläufig und befindet sich aktuell auf einem sehr niedrigen Niveau (vgl. Abbildung 19). Für KW 21 und 22 (24.05.–06.06.2021) wurden rund 23 Ausbrüche pro Woche übermittelt. Auch die Ausbruchsgröße nahm in den letzten Monaten kontinuierlich ab. Während im März 2021 noch fünf Fälle pro Ausbruch (Median) übermittelt wurden, waren es seit Ende April 2021 nur drei Fälle pro Ausbruch (Median). Die durchschnittliche Ausbruchsgröße verringerte sich von März 2021 bis Juni von neun auf drei bis vier Fälle pro Ausbruch. Bei dieser Entwicklung spielt vermutlich das zurzeit geringere Infektionsgeschehen in der Gesamtbevölkerung eine Rolle, wodurch es zu weniger Eintragungen in die Kitas kommt. Ebenso könnte die Abnahme der Ausbruchshäufigkeit und -größe ein Effekt der zunehmenden Impfung von Erzieherinnen und Erziehern sein. Die genaue Entwicklung der Impfquoten unter Kita-Beschäftigten ist jedoch nicht bekannt. Im Vergleich zur zweiten Welle im Herbst 2020 sind in der dritten Welle häufiger Kinder im Alter von 0 bis 5 Jahren in Kita-Ausbrüchen involviert. Ihr Anteil an allen Kita-Ausbruchsfällen betrug seit April 2021 rund 47% (im Herbst 2020 waren es ca. 36%). Der Anteil der 6- bis 10-Jährigen in Kita/Hort-Ausbrüchen nahm während der dritten Welle ebenfalls zu (von 6 auf 12%). Als Erklärung für die veränderte Altersstruktur der Ausbruchsfälle kommt in Betracht, dass VOC Alpha (B.1.1.7) unter Kindern leichter übertragen wird als die zuvor zirkulierenden Stämme. Es ist zu beachten, dass die Erfassung von COVID-19-Ausbrüchen mit einer gewissen Verzögerung erfolgt. Daher können insbesondere die Angaben der letzten ein bis zwei Wochen (KW 23 und 24; 07.06.–20.06.2021) noch unvollständig sein.

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

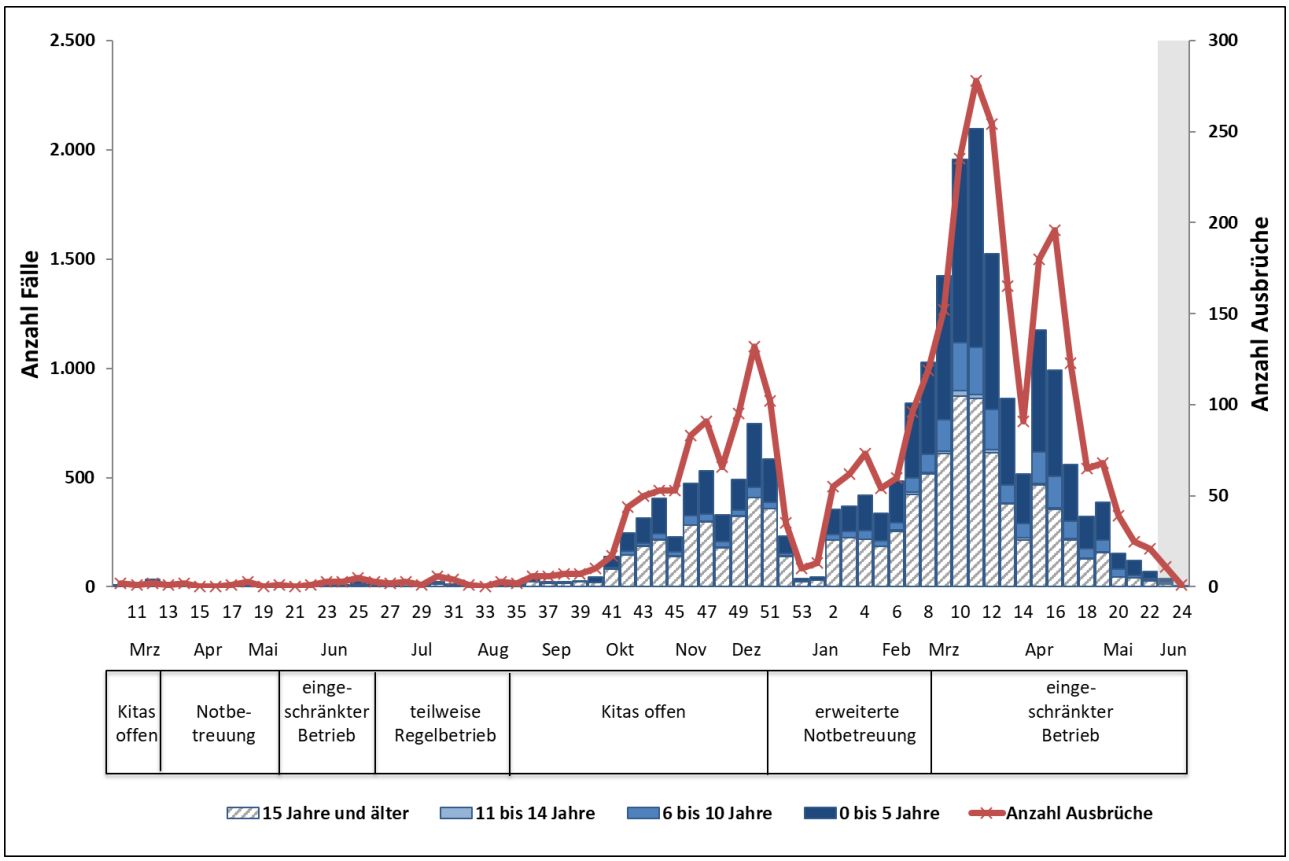


Abbildung 19: Anzahl der übermittelten COVID-19-Ausbrüche mit Infektionsumfeld "Kindergarten, Hort" (n = 3.353) nach Meldewoche und Anzahl der Fälle nach Altersgruppe. Die Erfassung von COVID-19-Ausbrüchen erfolgt mit einer gewissen Verzögerung. Daher können insbesondere die Angaben in den letzten ein bis zwei Wochen noch unvollständig sein (Datenstand: 21.06.2021, 0:00 Uhr).

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

Neben der Übermittlung von Ausbrüchen können die Gesundheitsämter seit KW 39 (21.09.–27.09.2020) auch Angaben zum wahrscheinlichen Infektionsumfeld für jeden einzelnen Fall übermitteln. Im Folgenden werden alle Fälle betrachtet, unabhängig davon, ob sie einem Ausbruch zugeordnet wurden oder nicht. Das wahrscheinliche Infektionsumfeld „Kita“ mit der Zusatzinformation[13], dass der Fall bzw. die infizierte Person dort betreut wurde, wurde bisher bei 6.037 Fällen im Alter von 0 bis 5 Jahren angegeben. Bei Fällen im Alter von 15 Jahren und älter wurden für 6.197 Fälle angegeben, dass sie in einer Kita tätig sind und sich dort wahrscheinlich infiziert haben. Von diesen 6.197 Fällen wurden 3.806 Fälle als „Erzieher/-in, Betreuer/-in“ übermittelt und 1.398 Fälle als „sonstiges Personal“. Für 993 Fälle fehlen spezifische Angaben zur genauen Tätigkeit in der Kita. Da die Angaben zum wahrscheinlichen Infektionsumfeld bei vielen Fällen fehlen, sind diese Zahlen als Mindestangabe zu verstehen. Weiterhin kann aufgrund der fehlenden Angaben kein Nenner für Anteilsberechnungen gebildet werden.

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

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

5.5.1. Hintergrund

Mit Datenstand 22.06.2021 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

Die Anzahl an auf SARS-CoV-2 getesteten Kinder im Alter von 0 bis 5 Jahren war seit Mitte April 2021 konstant rückläufig (vgl. Abbildung 20). Auch der Anteil SARS-CoV-2-positiv getesteter 0- bis 5-Jähriger nahm seit Mitte Mai 2021 rasch ab (vgl. Abbildung 21). Bei den älteren Kindern und Jugendlichen fällt auf, dass sich deren Positivenanteil dem der jüngsten Altersgruppen angenähert hat, nachdem dieser im April und Mai ein deutlich höheres Niveau hatte. Mitte Juni 2021 betrugen die Positivenanteile bei den unter 15-Jährigen weniger als 3%. Ähnlich des Inzidenzverlaufs liegen die Werte aktuell (KW 24; 14.06.–20.06.2021) auf einem ähnlichen Niveau, welches Ende September 2020 (vor Beginn der zweiten Welle) beobachtet wurde. Für die aktuelle Berichtswoche (KW 24) wurden Daten zu 11.443 getesteten 0- bis 5-Jährigen übermittelt (242 getestete Personen/100.000 Kinder), von denen 194 SARS-CoV-2-positiv waren. Das entspricht 1,7%. Bei den 6- bis 10-Jährigen waren 2,7% der in KW 24 getesteten Kinder SARS-CoV-2-positiv und bei den 11- bis 14-Jährigen waren es 2,5%. Es ist zu beachten, dass es sich hierbei um getestete Personen einer Teilmenge und nicht um eine Vollerfassung handelt.

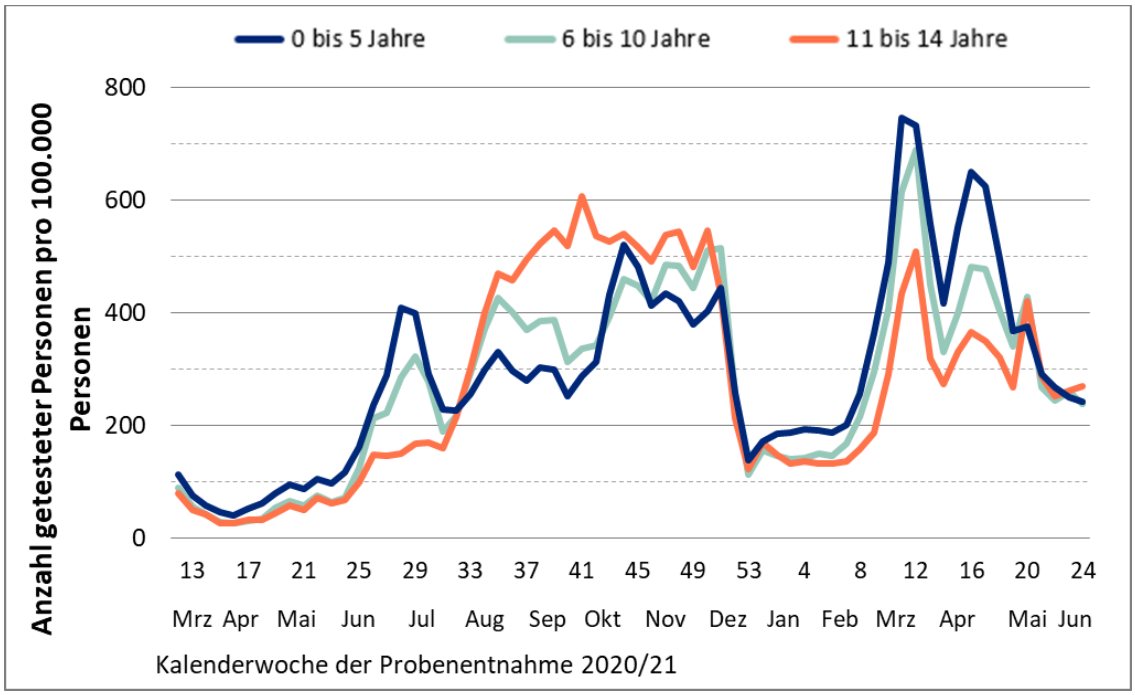


Abbildung 20: Anzahl der Personen mit SARS-CoV-2-PCR-Testung pro 100.000 Personen nach Altersgruppe und Kalenderwoche der Probenentnahme, laborbasierte Surveillance SARS-CoV-2 (Datenstand 22.06.2021).

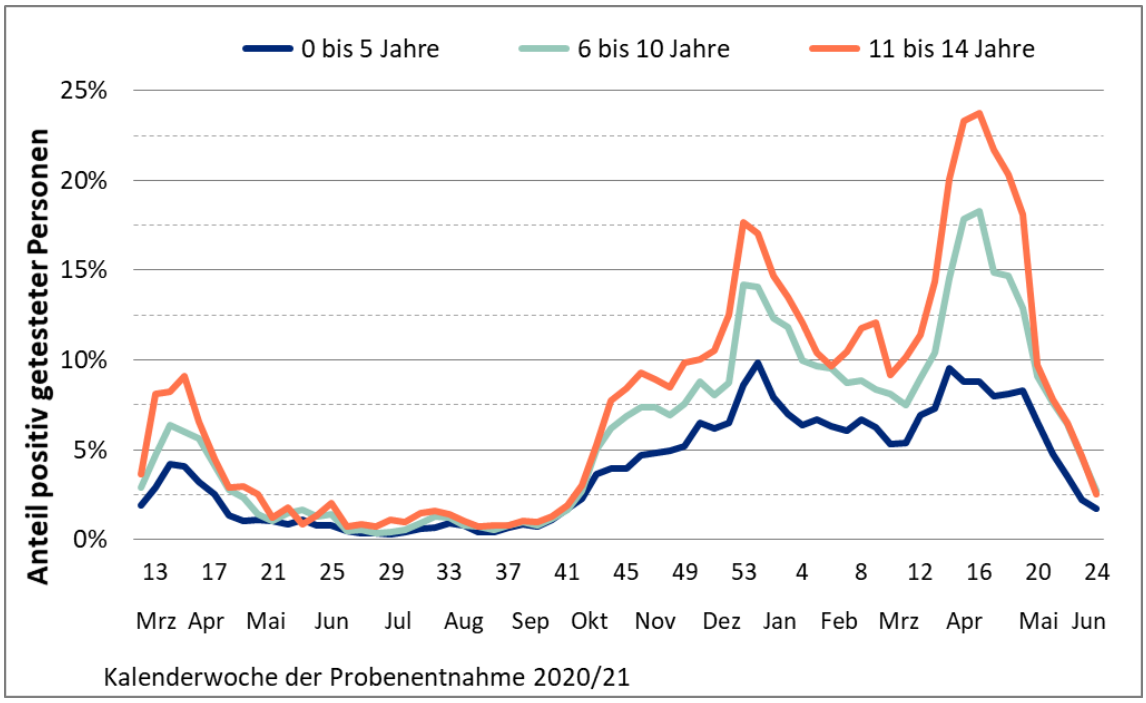
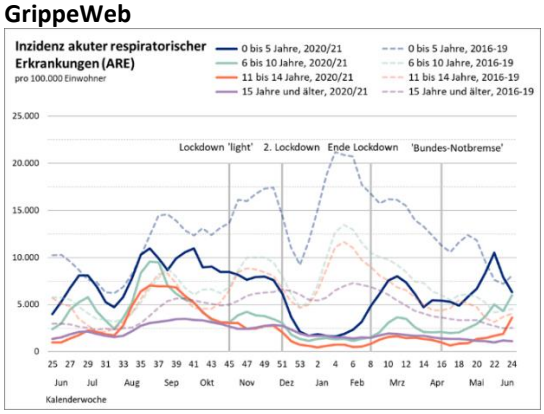


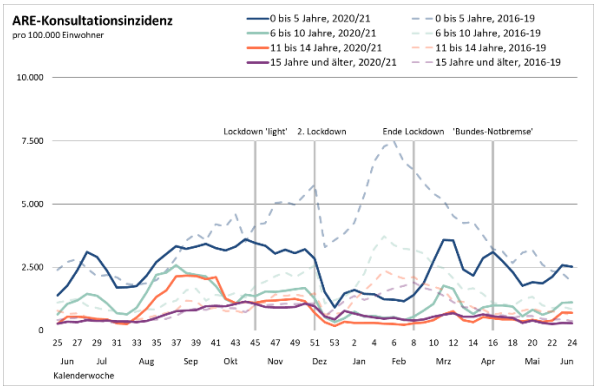
Abbildung 21: Anteil der Personen mit positiver SARS-CoV-2-PCR-Testung nach Altersgruppe und nach Kalenderwoche der Probenentnahme, laborbasierte Surveillance SARS-CoV-2 (Datenstand 22.06.2021).

5.6. Abbildungen der Surveillancesysteme im Überblick

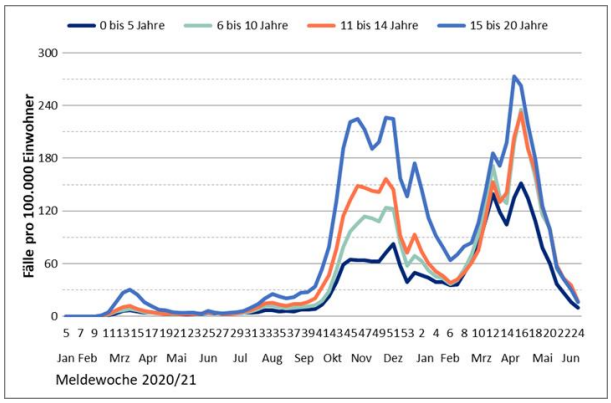
GrippeWeb



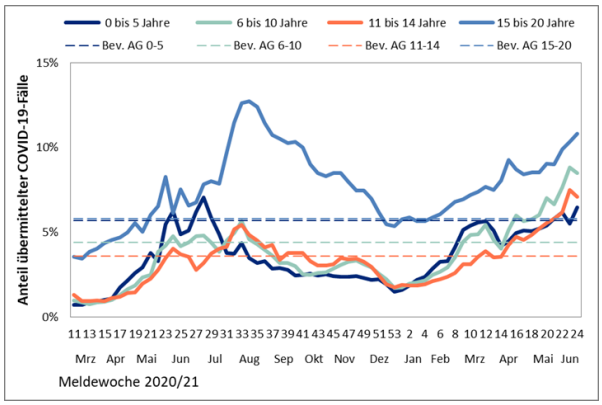
SEED[ARE]



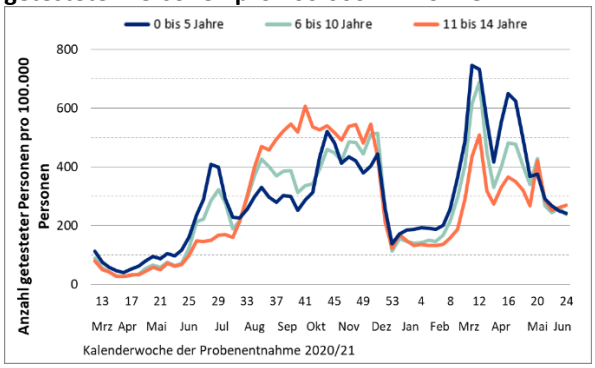
Meldedaten: COVID-19-Inzidenz



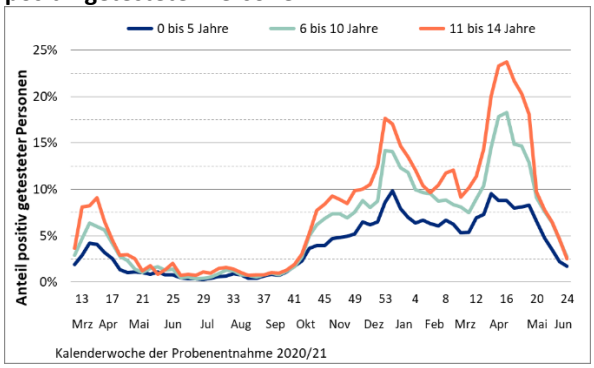
Meldedaten: Anteil Fälle



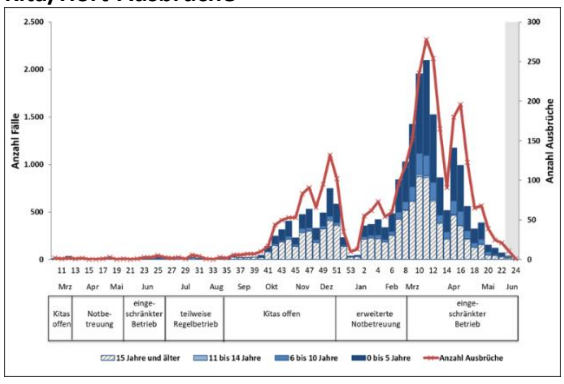
Laborbasierte SARS-CoV-2 Surveillance: Anzahl PCR-getesteter Personen pro 100.000 Einwohner



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



Kita/Hort-Ausbrüche



5.7. Quellen

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**

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**

Robert Koch-Institut (RKI). (2020). Aktueller Lage-/Situationsbericht des RKI zu COVID-19. Verfügbar unter: **https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Gesamt.html**

6. 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.

Die Daten beider Systeme zeigten seit Ende April 2021 einen Rückgang sowohl bei den übermittelten Kita/Hort-Ausbrüchen als auch bei den berichteten Schließungen aufgrund von Verdachts- oder Infektionsfällen (vgl. Abbildung 22). In den ersten drei Juniwochen 2021 blieb der Anteil an Schließungen relativ konstant bei etwa 1%. Die Zahl der Ausbrüche sowie der Anteil an Schließungen befanden sich zuletzt (Mitte Juni 2021) auf einem etwa ähnlichen Niveau, welches Ende September 2020 (vor Beginn der zweiten Welle) beobachtet werden konnte. Mitte Juni (KW 24; 14.06.–20.06.2021) gaben 1% der teilnehmenden Kitas an, eine Gruppen- oder Einrichtungsschließung aufgrund von Verdachts- oder Infektionsfällen vorgenommen zu haben. Das entspricht 47 am KiTa-Register teilnehmenden Einrichtungen. Ein Großteil dieser Schließungen (91%) betraf nur einzelne Kita-Gruppen. In derselben Woche wurden bisher neun Kita/Hort-Ausbrüche mit mindestens zwei laborbestätigten COVID-19-Fällen an das RKI übermittelt. Es ist zu beachten, dass aufgrund eines gewissen Meldeverzugs von Ausbrüchen insbesondere die Angaben in den letzten ein bis zwei Wochen (KW 23–24; 07.06.–20.06.2021) noch unvollständig sein können.

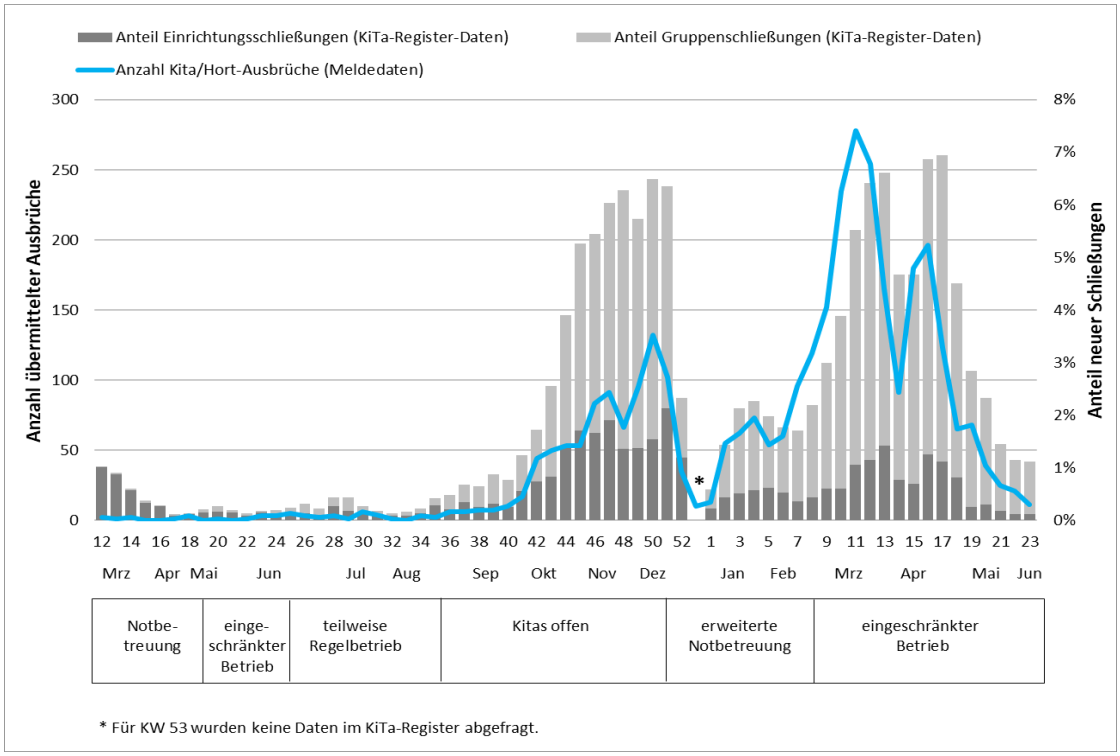


Abbildung 22: Anzahl der an das RKI übermittelten Kita/Hort-Ausbrüche (mit mindestens zwei bestätigten COVID-19-Infektionen; blaue Linie) und Anteil neuer Gruppen- und Einrichtungsschließungen aufgrund eines Verdachts- oder Infektionsfalls (graue Balken), die mit dem KiTa-Register des DJI erfasst werden. Einrichtungen, die in derselben Woche sowohl eine Gruppen- als auch eine Einrichtungsschließung vorgenommen haben, werden nur bei den Einrichtungsschließungen gezählt. Da die Anzahl an Einrichtungen, die in der jeweiligen Woche an der Abfrage des KiTa-Registers ab dessen Start teilgenommen haben, zwischen KW 33 (10.08.–16.08.2020) bis heute mitunter differiert, 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.