



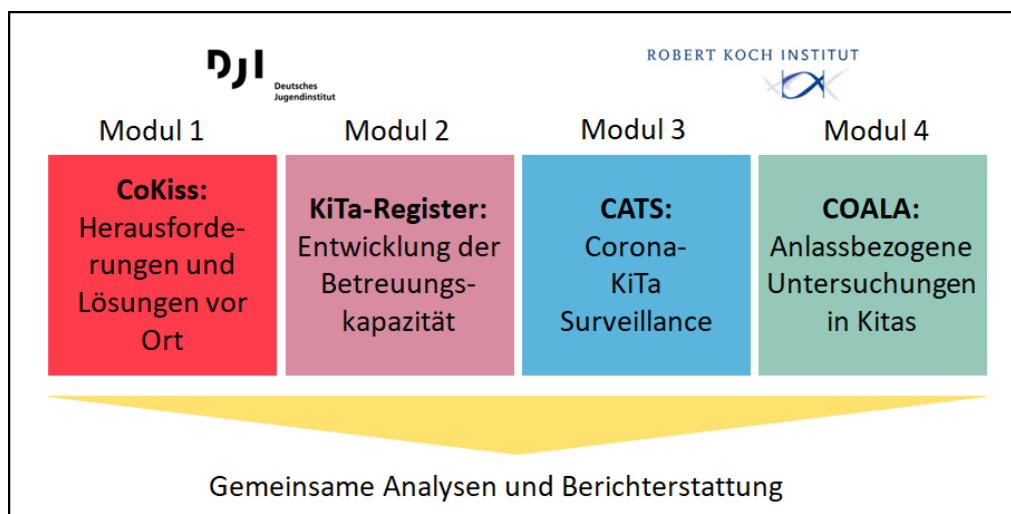
Informationen zur Corona-KiTa-Studie

Zentrale Fragestellungen

Die Corona-KiTa-Studie lieferte über rund zwei Jahre hinweg durchgehend aktuelle, generalisierbare Informationen und damit politisches Steuerungswissen. Das interdisziplinäre Projekt kombinierte Bildungs- und Sozialwissenschaften, epidemiologische Feldarbeit und Surveillance sowie Laboruntersuchungen.

Im Zentrum stand die Frage, welche Rolle KiTa-Kinder und das System der Kindertagesbetreuung in Deutschland im Infektionsgeschehen spielen und welche Folgen die Pandemie für Kinder, Familien und Kitas hat. In der zweiten Projektphase ab Januar 2022 ging es zudem um die Untersuchung der Unterstützungsbedarfe von Familien und Kitas sowie um die mittelfristigen Folgen der Pandemie (z.B. Entwicklungsschwierigkeiten von Kindern, Langzeitsymptome).

Studiendesign auf einen Blick: Untersuchungen in vier Modulen



1. **CoKiss:** Die Corona-KiTa-Surveys haben die Herausforderungen und Lösungen vor Ort standardisiert und im Längsschnitt ermittelt, indem Einrichtungsleitungen und das pädagogische Personal aus knapp 4.000 Kindertageseinrichtungen sowie fast 9.000 Eltern von Kindern im KiTa-Alter befragt wurden. Zusätzlich wurde eine einmalige Befragung von knapp 3.000 Kindertagespflegestellen im Winter 2020/2021 durchgeführt.
2. **KiTa-Register:** Das KiTa-Register hat von KW 36/2020 bis KW 22/2022 wöchentlich und bundesweit Eckdaten zum Funktionieren der Kindertagesbetreuung in der Pandemie erhoben (insgesamt 90 Wochenabfragen). Es haben sich insgesamt mehr als 10.000 Einrichtungen (ca. 20% aller Kitas) und fast 2.000 Kindertagespflegestellen (ca. 5% aller Kindertagespflegestellen) registriert. Durchschnittlich beteiligten sich 4.850 Kita-Leitungen und 750 Kindertagespflegepersonen pro Woche an den Umfragen.



3. **CATS:** Die Corona KiTa Surveillance am RKI steuerte u.a. Meldedaten der Gesundheitsämter bei, etwa zu den Infektionszahlen und Hospitalisierungsraten bei Kindern im KiTa-Alter und zu SARS-CoV-2-Ausbrüchen in Kitas/Horten, sowie Daten aus der syndromischen Surveillance. Ergänzend erfolgten themenbezogene Literaturreviews, punktförmige Ausbruchsuntersuchungen und die Etablierung/Kuratierung der Kinder-Corona-Studienplattform für Metadaten in Deutschland durchgeführter Studien (KiCoS).
4. **COALA:** In COALA wurde das SARS-CoV-2-Infektionsgeschehen in 30 Kitas aus neun Bundesländern untersucht. Dafür wurden anlassbezogene Untersuchungen in Kitas durchgeführt, in denen zwischen Oktober 2020 und Juni 2021 akut ein oder mehrere Corona-Fälle auftraten. Insgesamt haben ca. 950 Personen (Beschäftigte, Kinder und deren Haushaltsmitglieder) teilgenommen.

In der zweiten Projektphase erfolgten weitere Befragungen von Kita-Leitungen und Eltern (CoKiss-Modul) sowie eine Nachbefragung bei den im COALA-Modul untersuchten Kindern, mit der mögliche Langzeitsymptome nach einer SARS-CoV-2-Infektion bei Kita-Kindern im Vergleich zu nicht infizierten Kindern untersucht wurden.

Zentrale Studienergebnisse

Modul 1: CoKiss

Eltern berichten starke Beeinträchtigungen des Wohlbefindens ihrer Kinder

Die in der Corona-KiTa-Studie befragten Eltern schätzten das Wohlbefinden ihrer Kinder geringer ein, wenn diese aufgrund der Schließungsphasen in der zweiten und dritten Pandemiewelle ihre gewohnte Kindertagesbetreuung nicht nutzen konnten. Von KiTa-Ausfällen betroffene Eltern berichteten auch selbst ein erhöhtes Stresserleben – insbesondere alleinerziehende Eltern oder Zwei-Elternfamilien, wenn beide Elternteile erwerbstätig waren.

Kita-Leitungen äußerten Spannungen mit Eltern und Schwierigkeiten bei der Umsetzung von pandemiebedingten Aufgaben, die zu zunehmenden Belastungen führten

Die Leitungsbefragung der Corona-KiTa-Studie machte deutlich, dass sich der organisationale und pädagogische Kita-Alltag durch die wiederkehrende Einführung und Aufhebung von Schutzmaßnahmen wie z.B. Maskenpflicht, Betretungsverbote für Eltern oder regelmäßige Testungen von Kindern und Beschäftigten zwischen Herbst 2020 und Frühjahr 2022 mehrfach grundlegend verändert hat. Dies war für einige Leitungen mit Schwierigkeiten und Konflikten bei der Neuorganisation des Alltags und dem Kontakt mit Eltern verbunden. Zusätzlich zu den Ansteckungsängsten der pädagogisch Tätigen führten diese erlebten Schwierigkeiten im Zeitraum der zweiten und dritten Pandemiewelle zu gesteigerten Belastungen bei Beschäftigten und Leitungen sowie zu verschlechterten Beziehungen zu den Eltern.

Die Leitungsbefragung identifiziert gestiegene Förderbedarfe insbesondere bei benachteiligten Kindern



Als förderlich für Interaktionen zwischen Fachkräften und Kindern sowie mit Eltern erwies es sich, wenn Einrichtungen auch in der Pandemiesituation ihrem Bildungsauftrag nachkommen konnten. Im Frühjahr 2022 identifizierten allerdings 43% der Leitungen gestiegene Förderbedarfe in der sprachlichen Entwicklung, 46% in der motorischen Entwicklung und 58% in der sozio-emotionalen Entwicklung ihrer betreuten Kinder. In Einrichtungen mit einem größeren Anteil an Kindern aus benachteiligten Verhältnissen war der Anteil höher. Etwa 40 bis 50% der Leitungen gaben im Frühjahr 2022 an, zusätzliche Förderangebote im Bereich der sprachlichen Bildung, der Bewegungsförderung, der Förderung der sozio-emotionalen Entwicklung sowie der psychischen Gesundheit von Kindern geschaffen zu haben. Die Medienausstattung der Einrichtungen hat sich im Laufe der Pandemie etwas verbessert, allerdings wurden an dieser Stelle weitere Bedarfe geäußert.

Modul 2: KiTa-Register

Eingeschränkte Teilhabemöglichkeiten an früher Bildung, Betreuung und Erziehung während der Pandemie

Die Daten des KiTa-Registers zeigen die deutlich eingeschränkten Teilhabemöglichkeiten für Kinder während der Pandemie. Insbesondere die drei KiTa-Schließungsphasen haben zu mehrmonatigen Ausfällen für viele Kinder geführt. Der niedrigste Wert mit nur 45% der betreuten Kinder (im Vergleich zur Kinderanzahl vor Beginn der Coronapandemie) wurde im Januar 2021 gemessen.

Einrichtungen mit vielen Kindern aus sozioökonomisch benachteiligten Familien stärker von der Pandemie betroffen

Infektionsfälle in den Einrichtungen führten zu weitreichenden reaktiven Einrichtungs- und Gruppenschließungen. Während der fünften Welle war zeitweise in über 18% aller teilnehmenden Einrichtungen mindestens eine Gruppe infektionsbedingt geschlossen. Im Verlauf der Pandemie wurde eine zunehmende Entkoppelung von Infektionsfällen und Schließungen beobachtet, welche auf eine sich verändernde Praxis der Quarantäne- oder Schließungsanweisungen hinweist. Infektionsfälle und damit auch Schließungen waren sozial stratifiziert: Einrichtungen mit einem hohen Anteil herkunftsbedingt benachteiligter (und damit besonders unterstützungsbedürftiger) Kinder wiesen ein erhöhtes Risiko für Infektionsfälle in der Einrichtung auf und wurden häufiger geschlossen.

Kindertagespflege weniger stark betroffen von Infektionsfällen und Schließungen

Kindertagespflegestellen waren deutlich weniger von Infektions- und Verdachtsfällen betroffen und mussten seltener schließen. Über den Pandemieverlauf war ihre Auslastung insgesamt höher und schien weniger mit Regelungen zur Nutzung eines Betreuungsplatzes während der Phasen deutlicher Einschränkungen der Sozialkontakte zu korrespondieren. Ob dies an der besonders jungen Altersgruppe liegt, die üblicherweise von der Kindertagespflege betreut wird, an den im Vergleich mit Einrichtungen kleineren Kindergruppen oder anderen Faktoren, bleibt offen.



Infektionsschutzmaßnahmen waren wirkungsvoll, standen aber teilweise im Gegensatz zu pädagogischen Interessen

Kontaktreduzierende Maßnahmen wie Gruppentrennung oder feste Personalzuweisung zur Gruppe haben sich in der zweiten und dritten COVID-19 Welle als effektiv erwiesen, aber ihre Bedeutung nahm mit der zunehmenden Verbreitung von Masken sowie einer zunehmenden Durchimpfung des Personals tendenziell ab. Der Schutzeffekt der Impfung vor Ansteckung hat zwar mit ansteigender Dominanz der Omikronvariante gegenüber der Deltavariante an Wirksamkeit eingebüßt, die Impfung bot aber weiterhin guten Schutz vor schweren Krankheitsverläufen. Das Tragen von Masken, insbesondere im Umgang mit Kindern, erwies sich in der vierten und fünften Welle als vorteilhaft. Es gilt allerdings genau abzuwägen, ob die epidemiologischen Schutzeffekte der Gesichtsmasken mögliche Erschwernisse im pädagogischen Alltag aufwiegen; insbesondere müssen dabei die Folgen der vorherrschenden Virusvariante und die (spezifische) Impfungsrate beim Personal in Betracht gezogen werden.

Modul 3: CATS

Die Rolle von Kindern im Kita-Alter kann sich im Infektionsgeschehen mit dem Auftreten neuer Virusvarianten ändern

Der Verlauf der gemeldeten Infektionsfälle zeigte, dass Kinder immer dem Geschehen eher folgten als diesem voranzugingen (wie dies bei anderen Atemwegserkrankungen der Fall ist). Die Inzidenz blieb durchgängig unterhalb derjenigen der älteren Kinder und Jugendlichen, allerdings nahm die Häufigkeit und Dynamik von SARS-CoV-2-Infektionen auch bei Kindern von Variante zu Variante zu. Ein systematisches Review zu Haushaltsinfektionsraten bei Kindern bzw. durch Kinder im Vergleich zu Erwachsenen zeigte ebenfalls, dass sich die Empfänglichkeit von Kindern für SARS-CoV-2, aber auch die Neigung von Kindern, andere Personen anzustecken, mit jeder neuen Variante ändern kann.

In Kitas können sowohl Kinder als auch Beschäftigte eine Rolle beim Infektionsgeschehen spielen

Daten zu SARS-CoV-2-Ausbrüchen in Kitas zeigen, dass bei einem allgemein hohen Infektionsgeschehen in der Bevölkerung es auch vermehrt zu Ausbrüchen in Kitas kommt, in denen sowohl Kinder als auch Beschäftigte betroffen sind. Zu Beginn der Pandemie waren vorwiegend Erwachsene (15+ Jahre) involviert, während in der Delta- und Omikron-Phase in der Mehrheit Kita-Kinder (0-5 Jahre) in Kita-Ausbrüchen betroffen waren. Zu Beginn der Pandemie machten Kita-Kinder ca. 38% an allen Kita-Ausbruchsfällen aus, zwischenzeitlich stieg ihr Anteil auf etwa 62% an (Beginn 2022), zuletzt war ihr Anteil wieder rückläufig.

Kinder hatten selten schwere Krankheitsverläufe

Zwar stieg die Inzidenz von stationär aufgenommenen Kindern mit COVID-19 im Pandemieverlauf an, jedoch blieb der Anteil stationär behandelter Kinder im Vergleich zu älteren Altersgruppen auf einem niedrigen Niveau (Alpha/Delta/BA.1/BA.2: etwa 2-3%). Die Zahl der mit einer SARS-CoV-2-Infektion verstorbenen Kinder war im gesamten Pandemieverlauf vergleichsweise klein (0,003% bzw. 3 von 100.000 Kindern) und blieb unterhalb der Werte aller Altersgruppen über 20 Jahren.



Modul 4: COALA

Infizierte Kita-Kinder sowie Kita-Beschäftigte können bei Corona-Ausbrüchen Kontaktpersonen in der Kita anstecken und das Virus auch in die Familien tragen

Das Corona-Infektionsgeschehen in den 30 untersuchten Kitas mit mindestens einem SARS-CoV-2-Fall (Kind oder Beschäftigte/r) war zwischen den Kitas sehr unterschiedlich (von 0 bis >10 Übertragungen in einer Kitagruppe). Im Schnitt wurden 10% der Kontaktpersonen in einer Kitagruppe angesteckt. Die Übertragungsrate erhöhte sich tendenziell beim Auftreten der Alpha-Variante im Vergleich zum Wildtyp (16% vs. 5%, Unterschied statistisch nicht signifikant). Von infizierten Kita-Kindern und Kita-Beschäftigten ging ein ähnlich hohes Übertragungsrisiko aus. Unter den Kontaktpersonen haben sich Kinder deutlich seltener angesteckt als Erwachsene. Die Übertragungsrate in den Haushalten von infizierten Kindern bzw. Beschäftigten der 30 untersuchten Kitas lag bei 53%. Damit steckten sich in den Haushalten deutlich mehr Personen an als in den Kitas.

Infizierte Kita-Kinder haben oft keine Symptome oder erkranken mild und haben kaum mehr Symptome als nicht mit SARS-CoV-2 infizierte Kita-Kinder

Kinder im Kita-Alter haben meist wenige Symptome bzw. asymptomatische Verläufe einer akuten SARS-CoV-2-Infektion. Die Symptome ähneln denjenigen von nicht-infizierten Kindern aus denselben Kita-Gruppen: 64% der Kita-Kinder mit SARS-CoV-2-Infektion hatten mindestens ein Symptom, bei den nicht infizierten Kindern waren es 40%. Schnupfen war das häufigste Symptom. Schwere Beschwerden, wie z. B. Atemnot, wurden nur sehr selten angegeben. Diese Beobachtungen beziehen sich auf den SARS-CoV-2-Wildtyp und die Alpha-Variante. In der Nachbefragung 7 bis 12 Monate nach den Ausbruchsuntersuchungen hatten Kita-Kinder, die zuvor eine Corona-Infektion hatten (n=31), nicht häufiger Langzeit-Beschwerden als Kinder ohne Corona-Infektion (n=158) aus denselben Kitas (26% versus 38%). Aber der Befund muss in größeren Studien weiter untersucht werden.