



## Eckpunkte zur Aufrechterhaltung der institutionellen Betreuung in Krippe, Kita und Kindertagespflege unter Pandemiebedingungen

Stellungnahme der Kommission Frühe Betreuung und Kindergesundheit der DAKJ

---

### Einleitung und Ziel

An einem möglichst regelhaften, befriedigenden und sicheren Betrieb von Einrichtungen Früher Betreuung besteht ein großes mehrdimensionales und gesamtgesellschaftliches Interesse. Im Kontext von Öffnungsüberlegungen wird dieses aktuell in der öffentlichen Diskussion besonders deutlich; die Bevölkerung misst gerade nach den langen Phasen von Entbehrung der institutionellen vorschulischen Betreuung und Bildung einen besonders hohen Stellenwert bei.

So haben öffentliche Jugendhilfe und ihre Träger Interesse an der Funktionalität ihrer Einrichtungen und Kindertagespflegestellen. Eltern möchten ihre Kinder möglichst unbelastet in Betreuung geben, und pädagogisches Personal möchte seinen Beruf möglichst angstfrei in Bezug auf eine Ansteckung ausüben. Nicht zuletzt brauchen Kinder mehr denn je sichere Orte der Begegnung und des (sozialen) Lernens. Die Begründungslogiken sind hinreichend durchdekliniert und müssen an dieser Stelle nicht explizit wiederholt werden (4,11,20).

Es stellt sich also die drängende Frage: wie schaffen wir es, möglichst sichere Bedingungen aufrecht zu erhalten oder herzustellen - dies im Sinne aller und für alle Beteiligten? Hier sind Betreuende und Unterstützungspersonal, Betreute mit ihren Familien und in ihrem Lebensumfeld eingeschlossen und nicht zuletzt auch die Funktionsfähigkeit der Einrichtungen selbst.

### Aktuelle Ausgangsbedingungen

Wo müssen wir nun mit unseren Überlegungen ansetzen? Die Bundesländer haben Musterhygienepläne und Handreichungen für die Arbeit unter Pandemiebedingungen entwickelt, die einen Orientierungsrahmen bieten. Daran anknüpfend haben die Einrichtungen spezifische, auf ihre Settings und Rahmenbedingungen bezogene einrichtungsspezifische Konzepte erstellt – oft mit hoher Kreativität -, die sich vielfach in der Vergangenheit bewährt haben.

Während des letzten Lockdowns haben sich die Quoten zur Inanspruchnahme der frühen Betreuung in den Bundesländern mit einer Bandbreite von etwa 68 bis 37 % als sehr heterogen erwiesen.

Durch die vier Module der Corona-Kita-Studie von RKI und DJI besteht eine hervorragende, viele Aspekte umfassende Informations- und Bewertungsgrundlage, seit fast einem halben Jahr sogar im Sinne eines Monitorings. Eine wesentliche Beobachtung der letzten Wochen besteht darin, dass die für pädagogische Arbeit am Kind zur Verfügung stehende Personalressource asymptotisch kleiner geworden ist: In der Zeit vom 7.-20.12.2020 verringerte sich der Anteil des unmittelbar am Kind eingesetzten Personals deutschlandweit von 82 auf 77 % und fiel in den folgenden Wochen weiter auf 74 % (Stand 17.2.2021) ab. Obwohl regional sehr unterschiedlich, ist dieser Trend bundesweit sichtbar. Aus der Praxis werden zunehmende – und ernst zu nehmende - Ängste bei den Beschäftigten im Arbeitsalltag berichtet.

Bis Ende Januar, Kalenderwoche (KW) 4, sind seit Pandemiebeginn 48.501 SARS-CoV-2-Fälle in der Altersgruppe von 0-5 Jahren gemeldet worden, davon 1.786 in der KW 4. Das entspricht einer Inzidenz von 38 / 100.000. Die Anzahl neu übermittelter Fälle hat sich seit Beginn des Lockdowns (also von KW 51/20 bis KW 4/21) in etwa halbiert; allerdings ist die rückläufige Inzidenz bei den Jüngsten nicht so stark ausgeprägt wie bei den Älteren. Der Anteil unter allen Fällen bleibt bei den 0-5-Jährigen – unter Lockdown-Bedingungen – also weitgehend stabil bei 2 % (1,9 % in KW 2 und 2,4 % in KW 4) – und liegt damit unter dem Bevölkerungsanteil dieser Altersgruppe, der 5,7 % beträgt.

Das Surveillance-System des RKI weist nach wie vor einen niedrigen Anteil SARS-CoV-2 positiv getesteten Kinder aus: In der Kalenderwoche 2 (11.-17.1.2023) wurden von den teilnehmenden Laboren Daten zu 8.109 getesteten 0-5-Jährigen übermittelt; dies entspricht einem Anteil von 171 Getesteten auf 100.000 Kinder dieser Altersgruppe. Von diesen waren 7,9 % SARS-CoV-2-positiv. Im Vergleich dazu wurden Mitte Dezember rund 20.800 Kinder getestet, von denen 6,2 % positive Befunde aufwiesen.

Wichtige Informationen zu Ausbruchsgeschehen in Kitas ist die Beobachtung, dass diese, insbesondere wenn keine zusätzliche Hortbetreuung erfolgt, vergleichsweise selten sind. In mehr als einem Viertel der Ausbrüche sind ausschließlich Erwachsene beteiligt, im Durchschnitt gab es lediglich 4 Fälle pro Ausbruch. Das mag im Wesentlichen einem funktionierenden Meldeverhalten und einem guten Management vor Ort zuzuschreiben sein und hatte zur Folge, dass sich Kitaschließungen weitestgehend zugunsten von Gruppenschließungen vermeiden ließen.

Ob sich die Aussage, dass Kinder keine Treiber der Pandemie sind, perspektivisch aufrechterhalten lässt, kann derzeit nicht vorausgesagt werden. Seit Mitte Dezember 2020 wird die zunehmende Verbreitung von Virusvarianten beobachtet – vornehmlich bisher der Variante B.1.1.7–, für die es laut RKI „klinisch-diagnostische und epidemiologische Hinweise auf erhöhte Übertragbarkeit“ gibt. Darüber hinaus existieren derzeit mindestens zwei weitere besorgniserregende Mutanten (Variants of concern, VOC) in Deutschland. Andere Länder innerhalb und außerhalb Europas verfügen bereits über Erfahrungen mit diesen VOC, die es für eine strategische Maßnahmenplanung zu berücksichtigen gilt. Daten aus dem vereinigten Königreich (22) ist zu entnehmen, dass die sekundäre Erkrankungsrate bei der britischen VOC in allen Altersgruppen um ca. 10-50 % höher liegt. Auch in anderen betroffenen Ländern sind die Infektionszahlen insbesondere von Kindern Besorgnis erregend. So verzeichnete Israel, ein Land mit beispielgebender Durchimpfungsrate, im Monat Januar 2021 ca. 50.000 Infektionen bei Kindern (9), entsprechend einer halben Million bezogen auf die deutsche Bevölkerung. Die Dynamik mag sich also durchaus beschleunigen und sich die Eintragsrichtung in Betreuungseinrichtungen und Schulen umkehren.

Allerdings gibt es auch Erfahrungsberichte aus England: dort konnte trotz generell ansteigender Inzidenzen im Herbst 2020 der Betrieb der Kitas mit den empfohlenen Maßnahmen aufrechterhalten werden. Zur Frage, ob Kinder Treiber des Infektionsgeschehens sind, gibt es eine aktuelle Stellungnahme des RKI (29), die das für Schulkinder weiterhin in Frage stellt und eher verneint. In England ist unter Lockdown-Bedingungen die Inzidenz massiv gesunken, während gleichzeitig die englische Mutante das Wildvirus ersetzt hat. In der Gesamtbetrachtung wird die Situation umso ungünstiger, je älter die betrachtete Kohorte ist, so dass für Kinder von 0-5 Jahren die günstigste Ausgangssituation herrscht.

Die Bundesfamilienministerin beruft regelmäßig den Corona-Kita-Rat ein, der sich aus Vertretern der Bundesländer und Kommunalen Spitzenverbänden, von gewerkschaftlichen Verbänden sowie Elternvertretern zusammensetzt. Die jeweils aktuellen Ergebnisse der Corona-Kita-Studie werden eingangs vorgestellt; darauf aufbauend und qualitativ ergänzend erfolgt ein Austausch über Erfahrungen und aktuelle Herausforderungen. Mit diesem Gremium und dieser Struktur besteht ein wichtiger Adressat für Empfehlungen aus fachlicher Sicht und sowie eine Verbindung zur Jugend- und Familienministerkonferenz.

## **Prävention durch Impfen der Betreuungspersonen**

Erzieher, Kindertagespflegepersonen und Unterstützungspersonal sind im Betreuungsalltag vielen Risiken ausgesetzt, die sich tätigkeitsimmanent nicht wesentlich einschränken lassen. Es geht hier nicht nur um die relative Vielzahl von Kontakten, sondern auch um ihre besondere Qualität im Spannungsfeld zwischen pädagogischem Anspruch und infektionsepidemiologischen Erfordernissen. Im anderen Kontext weiter unten wird auf die Limitationen eingegangen, die sich im Betreuungsalltag bei der Umsetzung von grundlegenden Präventivmaßnahmen wie AHA-L ergeben. Nunmehr stehen für alle Bevölkerungsgruppen – Kinder ausgenommen - zugelassene Impfstoffe zur Verfügung, somit auch für das Betreuungs- und Unterstützungspersonal. Es liegt nahe – und diese Sichtweise hat sich zwischenzeitlich durchgesetzt – die dort Tätigen durch Impfung vor einer Infektion zu schützen, auch wenn Ausbruchsgeschehen in Kitas selten sind. Eine Höherstufung in der Priorisierung der Impfverordnung, die sich aus den Empfehlungen der STIKO auf dem damaligen Kenntnisstand beruhend ableitete, steht unmittelbar vor der Umsetzung.

Da Kinder in absehbarer Zeit noch nicht selbst durch Impfung geschützt werden können und höhere Erkrankungsraten zu erwarten sind (9), mag sich im weiteren Verlauf ein Kokoneffekt einstellen. Dies wäre eine durchaus positive Konsequenz einer möglichst raschen und umfassenden Impfung der Erzieher.

Für die zeitnahe Umsetzung des Impfprogramms für Erzieher können betriebsärztliche Ressourcen sinnvoll und zielführend eingebunden werden. Die Impfindikation kann durchaus arbeitsmedizinisch begründet werden, da sie vornehmlich dem Arbeits- und Gesundheitsschutz der Beschäftigten dient. Wichtig ist eine gestaffelte Organisation der Impftermine, damit nicht alle Beschäftigten einer Einrichtung simultan aufgrund starker Impfreaktionen ausfallen.

## **Unterstützende und begleitende Maßnahmen**

Im Sinne von Prävention und gezielten Screenings wäre die Anwendung kluger, praktikabler Teststrategien ausgesprochen hilfreich. Zunächst bedarf es der Zulassung geeigneter Testkits und – verfahren durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. In welchem Umfang die ganz aktuell durch Sonderzulassung frei gegebenen 4 Produkte, die als Selbsttests mit Materialentnahme aus dem vorderen Nasenbereich durch Laien konzipiert sind, sinnvoll zum Einsatz kommen können, kann aufgrund fehlender Erfahrungen bisher nicht sicher eingeschätzt werden. Auf jeden Fall sollte vermieden werden, falsche Sicherheit durch falsch negative Ergebnisse zu erzielen, andererseits dürfen die Ressourcen für Verifikationsdiagnostik durch PCR bei ggf. falsch positiven Testergebnissen nicht über Gebühr beansprucht werden. In den kommenden Wochen werden rasch Erfahrungen gesammelt werden können, die man zur Optimierung der Teststrategie nutzen wird. Für den schulischen Bereich existiert eine aktualisierte Stellungnahme mit dem Titel „Teststrategien zur COVID Diagnostik in Schulen“, erstellt von den Fachgesellschaften DGHPI, DGKH, BVKJ und DGKJ (29). Die serielle Anwendung von Antigenschnelltests insbesondere bei Kindern wird aus verschiedenen Gründen kritisch betrachtet; für die Testungen von Personal seien verschiedene Bedingungen zu erfüllen und Voraussetzungen zu schaffen.

Sehr klar weist das RKI (23) auf folgende Restriktionen hin: „Zu bedenken ist, dass ein korrektes Ergebnis stark von der regelgerechten Probengewinnung und Testdurchführung abhängt und in seiner Bedeutung von dem Betroffenen und seiner Umgebung verstanden werden muss“ (20). Als Konsequenz ergibt sich, dass zur regelrechten Handhabung welcher Testverfahren auch immer eine fachliche Einführung und am besten im Gefolge eine weitere fachliche Begleitung und Supervision erfolgen sollte. Darüber hinaus ist von Anfang an eine gute Kommunikationsstrategie zu

gewährleisten, um Fehlnutzungen, Fehlinterpretationen oder Ressourcenverschwendung zu minimieren.

Als Partner können hier die betriebsärztlichen Dienste zum Einsatz kommen, die ja auch durch Gefährdungsanalysen zur stringenten Indikationsstellung beitragen können. Bei entsprechender Beauftragung bieten Betriebsärzte (18) an, ganz konkret bei Corona-Testungen (und –Impfungen) zu unterstützen, sofern sich die Tätigkeiten aus arbeitsmedizinischer Indikationsstellung ableiten lassen. Letztlich stehen die Einrichtungsträger als Anstellungsträger in der Verantwortung für Arbeits- und Gesundheitsschutz ihrer Beschäftigten, die sie über betriebsärztliche Strukturen gewährleisten müssen.

Wo bereits vorhanden, können sich Kindergesundheitsfachkräfte – als Komponente multidisziplinärer Teams in den Einrichtungen - mit ihrer Expertise als sehr hilfreich erweisen, dies auch unter dem Aspekt der Entlastung des pädagogischen Personals zugunsten seiner Kernaufgaben.

Für Begleitung und Unterstützung können die Kinder- und Jugendgesundheitsdienste (KJGD) als kommunale Partner des öffentlichen Gesundheitsdienstes in Anspruch genommen werden. Weitgehend sind Kindergesundheitsfachkräfte dort fachlich angebunden. Die KJGD sind nicht primär und originär mit Kernaufgaben des Infektionsschutzes betraut, erfüllen aber in vielen Bundesländern eine gesetzlich festgeschriebene betriebsmedizinische Verantwortung für die Kinder in „staatlicher Obhut“, d.h. z.B. in Gemeinschaftseinrichtungen wie Kitas und Schulen.

### **Allgemeine Maßnahme-Empfehlungen der CDC (7) für die Situation des Wiederöffnens oder Offenhaltens von Einrichtungen Früher Betreuung**

Die Centers for Disease Control (CDC) sind eine Behörde des US-amerikanischen Gesundheitsministeriums, vergleichbar dem RKI. Ihre Zuständigkeit ist allerdings nicht beobachtend, analysieren und bewertend, sondern stärker handlungsorientiert und inhaltlich vor allem auf Prävention und Kontrolle ausgerichtet. Zudem wird den CDC trotz föderalistischer Struktur eine hohe Richtlinienkompetenz zugeschrieben, während Ausführungen des RKI ohne Zuschreibung eines anderen Rechtscharakters durch Verordnungs- oder Gesetzgeber lediglich empfehlenden Charakter behalten. Von daher dürfen die entwickelten Guidelines der CDC eine gute Richtschnur darstellen, zumal sie sich zudem auf die Erfahrungen aus den Außenstellen aller Bundesstaaten gründen.

Die Ausführungen unter dem Titel „if your child care program remains open“ können für unsere Fragestellung wegweisend und handlungsleitend sein. Wesentlich ist zunächst, dass sie in Maßnahmen zur kommunalen bzw. generell bevölkerungsbezogenen Planung und Konzeptentwicklung eingebunden sind, auf die hier aber nicht näher eingegangen werden soll.

Die „additional considerations“ für Kinderbetreuungseinrichtungen sind in 6 Kategorien aufgeteilt:

- a) Implementierung von Maßnahmen zum „social distancing“ und zur Kontaktminimierung
- b) Intensivierung von Reinigungs- und Desinfektionsmaßnahmen
- c) Modifizieren der Vorgehensweisen beim Bringen und Abholen der Kinder
- d) Screeningmaßnahmen bei Ankunft
- e) Aufrechterhalten einer adäquaten Relation Mitarbeiter/ Kinder (Betreuungsschlüssel)
- f) Masketragen des Betreuungs- und Unterstützungspersonals, wo immer möglich und vertretbar („feasible“)

Zu a) Hier wird die besondere Bedeutung von Gruppenkonstanz, größtmöglicher Betreuer- und Raumkonstanz hervorgehoben, um die Kontaktzahl möglichst niedrig zu halten. Durch dieses bereits in die gängige, gute Praxis übergegangene Vorgehen wurde maßgeblich befördert, dass sich Schließungsmaßnahmen im Gefolge von Ausbrüchen weit überwiegend auf Gruppen, nicht ganze Einrichtungen bezogen. Weitere Punkte sind weitgehender Verzicht auf Gruppenaktivitäten mit Nahkontakten, Staffelung von Hol- und Bringzeiten, größere Abstände der Mittagsschlafstätten etc.

Zu b) Hierzu erfolgen sehr ausführliche und detaillierte Darstellungen, die hier nicht im Detail wiederzugeben sind. Es geht um Aspekte der Ortshygiene genauso wie um Aspekte, die bei Pflege, Wickeln, Handling, Mahlzeitenzubereitung und -gestaltung von Bedeutung sind. Die für einen umfassenden Hygieneplan erforderlichen Komponenten werden erläutert und dies teilweise mit Postern (z.B. zur Spielzeugreinigung oder zum Ablauf beim Wickeln) hinterlegt.

Zu c) In Bezug auf das Bringen und Abholen der Kinder wird gefordert, dass dies möglichst durch ein und dieselbe Person erfolgt, möglichst eine solche ohne besonderes Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf. Die Begrüßung und „Übergabe“ sollen, wenn irgend möglich, außerhalb des Gebäudes stattfinden und /oder ansonsten der gleichzeitige Zugang mehrerer Eltern limitiert werden. Im Eingangsbereich ist eine Händedesinfektionsmöglichkeit vorzusehen.

Zu d) Bei jeder Ankunft soll zunächst aus einer Entfernung von 6 feet entsprechend 1,80 m (!) nach Fieber oder Symptomen gefragt werden. Dabei soll das Kind grob inspiziert und die Eltern um eine mündliche Bestätigung der Symptomfreiheit gebeten werden. Menschen mit Temperaturerhöhung von 38 ° C und mehr oder mit Krankheitszeichen bleibt der Zugang verwehrt. Das ohnehin als Screeningmaßnahme kontrovers beurteilte (alleinige) Fiebermessen wird nicht explizit angesprochen.

Zu e) Hier werden keine konkreten Zahlenangaben gemacht, die ohnehin nach Alterszusammensetzung der Betreuungsgruppe zu differenzieren wären. Es geht mehr um größtmögliche vorausschauende Personalplanung.

Zu f) Das Tragen von Masken- hier nicht näher spezifiziert – wird dringend für das betreuende Personal empfohlen, wann immer dies möglich und mit der pädagogischen Arbeit kompatibel ist. An dieser Stelle ist die Handreichung relativ unkonkret. Sie schließt das Masketragen für ältere Kinder, die in der Handhabung sicher sind und das Tragen gut tolerieren, nicht aus; womöglich bezieht sich dies auf Hortkinder im Schulalter. Aus Sicht der Verfasser sollte der Standard für das Personal nicht eine Alltagsmaske, sondern eine korrekt angelegte medizinische Maske sein.

Zu ergänzen ist, dass das regelmäßige bevorzugt Stoßlüften eine wesentliche Maßnahme zur Reduktion von Aerosol- und Tröpfchenbelastung darstellt. Dies gilt für Gruppenräume in gleichem Maße wie für Klassenzimmer. Perspektivisch muss bei der Planung künftiger Betreuungseinrichtungen das Raumlufthkonzept einen höheren Stellenwert erhalten; Nachrüsten und flankierende Maßnahmen wie Einsatz von Luftreinigern ist in der Regel schwieriger und von geringerer Effektivität.

Insgesamt bleibt festzuhalten, dass mit einigen Ergänzungen die Empfehlungen der CDC derzeit noch nicht optimal, aber recht praktikabel erscheinen. Sie sind in der Quelle (7) wesentlich detaillierter dargestellt und werden durch einen Instrumentenkasten komplettiert (Postern zum Aushängen, Erklär- und Anleitungsvideos).

**In der Summe entsprechen die Maßnahmenempfehlungen der CDC weitgehend denjenigen, die DGPI und DGKH am 18.1.2021 in der aktualisierten Version ihres Positionspapiers niedergelegt haben (3). Es gibt bisher keinen Anlass anzunehmen, dass diese nicht auch gegen die kursierenden Virusmutanten wirksam sind. Jedoch erfordert das derzeitige Infektionsgeschehen eine besondere Konsequenz und Stringenz in der Umsetzung.**

## Limitationen

Die besondere Herausforderung in der Umsetzung von allgemein anerkannten AHA-L-Regeln in der pädagogischen Arbeit mit Klein- und Kleinstkindern muss immer Rechnung getragen werden. Sie sind im Betreuungsalltag nur sehr eingeschränkt umsetzbar, und zwar umso weniger, je jünger die Kinder sind und je "körpernäher" Pflege- und pädagogische Maßnahmen von ihrer Natur her ansetzen. Hier sind vielfach sehr schwierige Kompromisslösungen zu finden und umzusetzen; Betreuungskräfte sind hier sehr gefordert, den Spagat zwischen pädagogischen Vorstellungen und

Erfordernissen und den Maßgaben des Infektionsschutzes hinzubekommen. Vielfach stößt man hier an „natürliche“ Grenzen der individuellen Risikobereitschaft und Belastbarkeit, was sich in der Verschlechterung des Betreuungsschlüssels niederschlagen mag.

## **Perspektiven**

Von entscheidender Bedeutung ist eine engmaschige begleitende Evaluation der eingesetzten Instrumente und Maßnahmen. Zum einen erfolgen diese ohnehin über Meldestatistiken, Ausbruchsuntersuchungen, vor allem aber über einzelne Module der Corona-Kita-Studie von RKI und dem Deutschen Jugendinstitut (DJI). Auf dieser Ebene sind die Daten allerdings hoch aggregiert, lassen aber durchaus Entwicklungstrends ableiten.

Das Infektionsgeschehen bei Kindern und in ihrer Umgebung bedarf angesichts der VOC einer besonders sorgfältigen und engmaschigen Beobachtung und der Nutzung, ggf. des Ausbaus der bestehenden Surveillance-Systeme und -Kriterien.

Die Einrichtungen selbst müssen die Maßnahmenempfehlungen Punkt für Punkt für ihre Rahmenbedingungen im Setting durchdeklinieren und entsprechend anpassen. Viele können nur auf einem relativ hohen Abstraktionsniveau formuliert werden, da die Gegebenheiten vor Ort ausgesprochen heterogen sind; ein gutes Beispiel dafür sind die Lüftungsempfehlungen.

Erstrebenswert ist es, den Beteiligten eine größtmögliche „Selbstwirksamkeitserfahrung“ zu ermöglichen, und zwar durch geeignete Konzepte und durch Unterstützung bei der Umsetzung und einrichtungsbezogener, vergleichender Evaluation. Dabei muss den Limitationen, die sich im Betreuungsalltag verschiedener Altersgruppen ergeben, Rechnung getragen werden. Auf jeden Fall dürfen keine unrealistischen Erwartungen befördert werden, die mit einer Steigerung von Frustration und Angstniveau bei den Beteiligten einhergehen. Immer muss das „infektionsepidemiologische Grundrauschen“ – als solches nicht konkret erfassbar, oft anhand von Indizien beschreibbar – mit in Betracht gezogen und bei Evaluation der Maßnahmen berücksichtigt werden. Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit der Maßnahmenempfehlungen, ihre größtmögliche realistische konkrete Umsetzbarkeit und wenn möglich messbare Evaluationserfolge in der Evaluation wären tragfähige Bausteine für eine hinreichende Compliance der Beschäftigten und der Familien; dies ist mittel- und langfristig **d i e** wesentliche Voraussetzung für die möglichst sichere Gestaltung vorschulischer Betreuung und Bildung.

**Ein besonders wichtiger erster Schritt im Sinne eines höheren individuellen, aber auch kollektiven Infektionsschutzes der Erzieher\*Innen und Fachkräfte und einer Abnahme der gegenwärtigen Arbeitsausfälle ist die Inaussichtstellung einer zeitnah erfolgenden Impfung.**

### **Kommission für Frühe Betreuung und Kindergesundheit**

Dr. Ulrike Horacek, Dortmund (Federführung und Sprecherin der Kommission), Prof. Dr. Harald Bode, Ulm, Dr. Iris Eckhardt, Dr. Ulrich Fegeler, Oranienburg, Prof. Dr. Karl Ernst von Mühlendahl, Georgsmarienhütte, PD Dr. Burkhard Rodeck, Berlin, Dr. Gabriele Trost-Brinkhues, Aachen, Elfriede Zoller, Hannover

Die Kommission für Frühe Betreuung und Kindergesundheit der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

### **Korrespondenzadresse:**

Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) e. V.  
Prof. Dr. med. Hans-Iko Huppertz, Generalsekretär  
Chausseestr. 128/129; 10115 Berlin  
Tel.: 030.4000588-0; Fax.: 030.4000588-88  
e-Mail: kontakt@dakj.de; Internet: www.dakj.de

## Referenzen:

1. <https://corona-kita-studie.de/ergebnisse>: Aktuelle Daten aus den vier Modulen der Corona-Kita-Studie; dashboard der Corona-Kita-Studie
2. [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/coala/coala\\_node.html](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/coala/coala_node.html). Informationen zur CIOALA-Studie. Corona: Anlassbezogene Untersuchungen in Kitas
3. Hübner et al. (2021): Aktualisierte Stellungnahme der DGPI und der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) zur Rolle von Schulen und Kindertagesstätten in der COVID-19-Pandemie: Mit Ausweitung und Verbesserung der bestehenden AHA+L-Regeln sowie ergänzenden Maßnahmen können Kitas und Schulen auch bei hohen Infektionszahlen offenbleiben. Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI): Version 18.01.2021
4. Initiative Niedersächsischer Ethikrat: Neue Perspektiven für junge Menschen in der Corona-Krise. 16.11.2020
5. Jugend- und Familienministerkonferenz (JFMK), Umlaufbeschluss 02/2021 vom 8.2.2021: Perspektiven für die Kindertagesbetreuung
6. ECDC Technical Report: COVID-19 in Children and the Role of School Settings in Transmission – first Update 23 December 2020
7. CDC (2020): Guidance for Child Care Programs that Remain Open. Updated Dec.2020. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/schools-childcare/guidance-for-child-care.html>;
8. [www.rki.de/covid-19.-risikobewertung](http://www.rki.de/covid-19.-risikobewertung)
9. [https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/coala/coala\\_node.html](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Studien/coala/coala_node.html). Informationen zur CIOALA-Studie. Corona: Anlassbezogene Untersuchungen in Kitas
10. <http://hopkinshumanitarianhealth.org/empower/advocacy/covid-19/>
11. <http://fruehehilfen.de/forschung-im-nzfh/forschung-zu-corona>
12. [Questions and answers on COVID-19: Children aged 1-18 years and the role of school settings](https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/questions-answers/questions-answers-school-transmission) <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/questions-answers/questions-answers-school-transmission>;
13. [BMG: Nationale Teststrategie SARS-CoV-2, Stand 8.2.2021](#)
14. S3-Leitlinie: Maßnahmen zur Prävention und Kontrolle der SARS-CoV-2-Übertragung in Schulen / Lebende Leitlinie (Kurz- und Langfassung) AWMF-Registriernummer 027-076, Version 1, Februar 2021
15. Bundeselternvertretung der Kinder in Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflege (BeVki): Positionen zum Corona-Kita-Rat am 4.1.2021 bzw. zur Ministerpräsidentenkonferenz am 5.1.2021
16. Gerlinger T (2019): Wissenschaftliche Politikberatung im Gesundheitswesen. Gesundheit und Gesellschaft – Wissenschaft 19 (1): 15-22

17. Corona-Pandemie: Betriebsärzte wichtiger denn je! Aktuelle Stellungnahme der arbeitsmedizinischen Verbände, vom 15.1.2021, u.a. auf der Homepage des VDBW (Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte) <https://www.asu-arbeitsmedizin.com/praxis/corona-pandemie-betriebsaerzte-wichtiger-denn-je>
18. RKI: SARS-CoV-2 Testkriterien für Schulen während der COVID-19-Pandemie, Empfehlungen des RKI für Schulen, aktualisiert 23.2.2021; [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/Teststrategie/Testkriterien-Schulen.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Teststrategie/Testkriterien-Schulen.html)
19. Horvath et al. (2020): Antikörpertests bei COVID-19 –Was uns die Ergebnisse sagen. Zeitschr. Fortb. Qual. Gesundheitswesen - Elsevier, Graz, 6.5.2020, <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2020.05.005>
20. Reichert J, Berner R: Kinder in der COVID-Krise; Familien verinselt im Lockdown. Deutsches Ärzteblatt Jg.8118, Heft 8, 26.02.2021
21. Technical briefing 5 von Public Health England: [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/959426/Varinat\\_of\\_Concern\\_VOC\\_202012\\_01\\_Technical\\_Briefing\\_5.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/959426/Varinat_of_Concern_VOC_202012_01_Technical_Briefing_5.pdf)
22. Epidemiolog. Bulletin (2021): Was ist bei Antigentests zur Eigenanwendung (Selbsttests) zum Nachweis von SARS-CoV-2 zu beachten? Epid. Bull. RKI, 25.2.2021,
23. [Xue Li](#), [Wei Xu](#), [Marshall Dozier](#), [Yazhou He](#), [Amir Kirolos](#), [Zhongyu Lang](#), [Peige Song](#), [Evropi Theodoratou \(2020\)](#): The role of children in the transmission of SARS-CoV2: updated rapid review. J Glob Health. 2020 Dec;10(2):021101. doi: 10.7189/jogh.10.021101, [UNCOVER](#) Affiliations DOI: [10.7189/jogh.10.021101](https://doi.org/10.7189/jogh.10.021101) Free PMC article (review)
24. [Amy Falk](#), [Alison Benda](#), [Peter Falk](#), [Sarah Steffen](#), [Zachary Wallace](#), [Tracy Beth Høeg \(2021\)](#): COVID-19 Cases and Transmission in 17 K-12 Schools - Wood County, Wisconsin, August 31-November 29, 2020. MMWR Morb Mortal Wkly Rep. 2021 Jan 29;70(4):136-140. doi: 10.15585/mmwr.mm7004e3. Free PMC article
25. Somekh I, Shohat T, Boker LK, Simões EAF, Somekh E. (2021): [Reopening Schools and the Dynamics of SARS-CoV-2 Infections in Israel: A Nationwide Study](#). Clin Infect Dis. 2021 Jan 18:ciab035. doi: 10.1093/cid/ciab035. Online ahead of print. PMID: 33460434
26. Körner RW, Weber LT. (2021): Prävalenz von COVID-19 bei Kindern und Jugendlichen während der Lockerung von Lockdown-Maßnahmen in Köln, Nordrhein-Westfalen, Deutschland, Klin Pädiatr. 2021 Jan 18. doi: 10.1055/a-1341-9530. Online ahead of print. PMID: 33461226 English
27. Larosa E, et al. (2020): [Secondary transmission of COVID-19 in preschool and school settings in northern Italy after their reopening in September 2020: a population-based study](#). Euro Surveill. 2020. PMID: 33303065 Free PMC article
28. DGPI, BVKJ, DGKJ, DGKH: Teststrategien zur COVID Diagnostik in Schulen. Version 28.2.2021. <https://dgpj.de/teststrategien-zur-covid-diagnostik-in-schulen-stand-28-02-2021/>
29. Epidemiologisches Bulletin 13/2021, RKI: Epidemiologie von COVID-19 im Schulsetting. 01.04.2021 (online vorab)



