

Kochskämper, Susanna; Arentz, Christine

Working Paper

Ihr Kinderlein kommet? Regelungen für den Schul- und Kitabesuch in der Pandemie im Bundesländervergleich

IW-Policy Paper, No. 23/2020

Provided in Cooperation with:

German Economic Institute (IW), Cologne

Suggested Citation: Kochskämper, Susanna; Arentz, Christine (2020) : Ihr Kinderlein kommet? Regelungen für den Schul- und Kitabesuch in der Pandemie im Bundesländervergleich, IW-Policy Paper, No. 23/2020, Institut der deutschen Wirtschaft (IW), Köln

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/225976>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



IW-Policy Paper 23/20

Ihr Kinderlein kommet?

Regelungen für den Schul- und Kitabesuch in der Pandemie im Bundesländervergleich
Susanna Kochskämper, Christine Arentz

Köln, 21.10.2020

Kontaktdaten Ansprechpartner

Dr. Susanna Kochskämper
+49 (0)221 / 4981 - 887
kochskaemper@iwkoeln.de

Institut der deutschen Wirtschaft Köln
Postfach 10 19 42
50459 Köln

Christine Arentz
WIP - Wissenschaftliches Institut der PKV
Gustav-Heinemann-Ufer 74c
50968 Köln

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	4
1 Einleitung	5
2 Interessenskonflikte im regulären Betrieb von Kitas und Schulen – die Ausgangslage	6
2.1 Aufrechterhaltung des regulären Schul- und Kitabetriebs	6
2.2 Infektionsschutz: Sars-CoV-2-Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen – ein kurzer Überblick	9
2.3 Kapazitäten im Gesundheitswesen: der ambulante Bereich im Fokus	9
2.3.1 Teststrategie und Testkapazitäten – Stand September 2020	9
2.3.2 Kapazitäten in der ambulanten Kinder- und Jugendmedizin und ihre prä-pandemische Inanspruchnahme	10
2.3.3 Was wäre, wenn? Überlegungen zur ambulanten Kapazitätsnachfrage durch Kinder und Jugendliche	12
2.4 Zwischenfazit: „Magisches Dreieck“ für den regulären Schul- und Kitabetrieb	14
3 Umgang mit kranken Kindern im Kontext von Kitas und Schulen – ein Bundeslandvergleich	15
4 Zusammenfassung und Fazit	20
Literatur	22
Abstract	25
Tabellenverzeichnis	26
Abbildungsverzeichnis	26

JEL-Klassifikation:

I18 – Health: Government Policy; Regulation; Public Health

I28 – Education: Government Policy

Zusammenfassung

Neben den Zielen des Infektionsschutzes und der Vermeidung von Überlastungen der Kapazitäten des Gesundheitswesens ist auch das Nutzen von Bildungs- und Betreuungsangeboten ein weiteres Ziel, das insbesondere im Kontext steigender Frauenerwerbstätigkeit und im Hinblick auf das Kindeswohl Bedeutung erlangt hat. Letzteres rückte insbesondere während der corona-bedingten Kita- und Schulschließungen in das gesellschaftliche Bewusstsein.

Allerdings stehen diese drei Ziele – bei gegebenen Testkapazitäten und ambulanten Behandlungskapazitäten – in einem Konflikt. Denn gerade bei Kindern und Jugendlichen treten Erkrankungen, deren Symptome auch auf eine SARS-CoV-2-Infektion hinweisen könnten, im Vergleich zu Erwachsenen häufiger auf. Im letzten Jahr schwankte die Anzahl derjenigen Kinder und Jugendlichen, die neu aufgetretene „respiratorische Symptome“ wie Schnupfen, Husten oder Halsschmerzen aufwiesen, im November und Dezember um wöchentlich eine Million, teilweise lagen sie darüber. Würden in diesem Jahr alle Kinder und Jugendliche mit diesen Symptomen getestet, müssten wahrscheinlich fast alle der gegenwärtig möglichen PCR-Tests im November und Dezember allein für diese Bevölkerungsgruppe verwendet werden. Suchten gleichzeitig nur die Hälfte aller entsprechend erkrankten Kinder einen Kinderarzt auf – in „normalen“ Zeiten sind es durchschnittlich etwa ein Fünftel – müsste jeder Kinderarzt im Durchschnitt allein 275 gesetzlich versicherte Patienten mehr in den Monaten November und Dezember behandeln.

In der Vergangenheit war es Kindern und Jugendlichen möglich, auch mit leichten Erkältungssymptomen Kita und Schule zu besuchen. Würden aber in der Pandemie alle Kinder mit entsprechenden Symptomen vom Kita- und Schulbesuch ausgeschlossen, weil die entsprechenden Kapazitäten im Gesundheitswesen nicht ausreichen, um eine SARS-CoV-2-Infektion sicher auszuschließen zu können, müssten in den kommenden beiden Monaten auch diese Kinder und Jugendliche zuhause bleiben.

Die Bundesländer haben versucht, auf diesen Interessenskonflikt Antworten zu geben. Zusammenfassend lässt sich feststellen: Letztlich sind es die Ärzte, die darüber befinden sollen, ob eine Testung auf COVID-19 angezeigt ist oder nicht. Die Empfehlungen an Eltern, wann Schul- und Kitakinder einen Arzt aufsuchen sollten, unterscheiden sich aber je nach Bundesland. Ebenso wird unterschiedlich bewertet, wann bei Symptomen, die auf eine SARS-CoV-2-Infektion hindeuten könnten, ein Schul- beziehungsweise Kindergartenbesuch weiter möglich ist, und ob entsprechende Atteste vorgelegt werden müssen. Gleichzeitig sind die Empfehlungen der Bundesländer hinsichtlich der Vorgehensweise bei Erkältungssymptomen nicht in allen Punkten eindeutig und lassen Interpretationsspielräume für die Eltern.

Im Hinblick auf die gesellschaftliche Akzeptanz der Maßnahmen erscheint es sinnvoll, bundesweit einheitliche Regelungen für Schule und Kindergarten zu verabschieden. Diese sollten auch einen Stufenplan vorsehen, der den Umgang mit Erkrankungssymptomen vereinheitlicht und an das Infektionsgeschehen koppelt. Auch für erwerbstätige Eltern ist es wichtig, klare und möglichst unbürokratische Regeln zu finden, um in den kommenden Monaten die Vereinbarkeit von Beruf und Familie möglichst sicherzustellen.

1 Einleitung

Der Schul- und Kitabetrieb wurde nach dem Ende der Sommerferien in allen Bundesländern wieder in Präsenzform aufgenommen, in einigen haben die Herbstferien aktuell begonnen. Neben den vielerorts steigenden SARS-CoV-2-Infektionsraten zeichnen sich gleichzeitig die ersten Erkältungswellen ab und führen bei Eltern vielerorts zu Verunsicherungen. Denn vieles ist unklar, sei es die medizinische Komponente, mit welchen Symptomen sich eine mögliche Sars-CoV-2-Infektion bei Kindern äußern kann, aber auch die organisatorischen Fragen: Wann ein Kind testen, wann ein Kind zuhause lassen?

Dabei sind verschiedene Interessen abzuwägen: Zum einen soll für alle Beteiligten, also Kinder, Jugendliche und ihre Familien sowie für die Lehrer und Erzieher ein möglichst hoher Infektionsschutz gewährleistet werden. Zum anderen sollen Kitas und Schulen geöffnet bleiben, um allen einen kontinuierlichen Zugang zu Bildung und der jeweiligen Gruppengemeinschaft zu gewähren. Außerdem soll berufstätigen Eltern eine Betreuung angeboten werden. Schließlich gilt es aber auch, das Gesundheitswesen im Blick zu halten und Überlastungen nicht nur bei den stationären Behandlungskapazitäten möglichst zu vermeiden.

Mit Beginn der Herbst-/Wintersaison rückt insbesondere die Sorge vor einem erhöhten Infektionsrisiko in den Fokus und damit aber auch die Frage, wie angesichts der jährlich wiederkehrenden Erkältungswellen und unter dem beschriebenen Interessenkonflikt mit Kindern zu verfahren ist, die Erkrankungssymptome aufweisen. Die einzelnen Bundesländer haben hierzu entsprechende Regeln oder zumindest Empfehlungen formuliert, die im Folgenden kurz zusammengefasst und mit Blick auf die unterschiedlichen Ziele und möglichen Interessenskonflikte eingeordnet werden. Darüber hinaus wird untersucht, inwieweit die Bundesländer einer einheitlichen Strategie folgen. Zuvor wird kurz dargestellt, welcher Erkenntnisstand aktuell zu den möglichen Symptomen und der Diagnostik einer Sars-COV-2-Infektion bei Kindern und Jugendlichen veröffentlicht ist. Dabei wird jedoch nicht die bereits zu diesem Zeitpunkt umfangreiche medizinische Literatur analysiert, geschweige denn bewertet. Hier ist vielmehr von Interesse, was von den für das Pandemie-Management entscheidenden Akteuren und den wichtigsten Intermediären zu diesem Thema öffentlich kommuniziert wird und deshalb handlungsleitend für Eltern, Einrichtungen und medizinisches Fachpersonal sein kann.

2 Interessenskonflikte im regulären Betrieb von Kitas und Schulen – die Ausgangslage

2.1 Aufrechterhaltung des regulären Schul- und Kitabetriebs

Über die Bedeutung eines regulären Schul- und Kitabetriebs für die Kinder und Jugendlichen wurde während der Schul- und Kitaschließungen öffentlich viel diskutiert.¹ Es ist erklärtes politisches Ziel, die Schulen und Kitas auch bei einer zweiten Infektionswelle möglichst offen zu halten.

Neben der für die Kinder notwendigen Bildungsfunktion und der Bedeutung in der psychosozialen Entwicklung, die Schule und Kita für Kinder und Jugendliche einnehmen können, übernehmen diese Institutionen insbesondere für jüngere Kinder auch eine Betreuungsfunktion. Laut Statistischem Bundesamt (2020b) waren in Deutschland im Jahr 2018 rund 692.000 Alleinerziehende erwerbstätig, die Kinder unter 13 Jahren hatten, in zwei Drittel der Paarfamilien mit Kindern unter 13 Jahren waren beide Elternteile erwerbstätig.

Nach einer Auswertung der Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) von Müller et al. (2020) haben rund 65 Prozent der erwerbstätigen Alleinerziehenden mit Kindern unter 13 Jahren keine Möglichkeit, von zuhause aus zu arbeiten, von den Paarhaushalten mit zwei erwerbstätigen Eltern haben 43 Prozent keine Möglichkeit, dass mindestens ein Elternteil Heimarbeit verrichtet. Wie diese Eltern genau vorgehen, wenn Betreuung in Schule oder Kita nicht möglich ist, dazu gibt es nach Kenntnis der Autorinnen keine umfassenden Untersuchungen. Müller et al. (2020, 334) zeigen, dass vor der Corona-Pandemie rund 30 Prozent aller Haushalte mit Kindern im Alter bis zu 12 Jahren zumindest regelmäßig Kinderbetreuung durch Verwandte in Anspruch nahmen. Auch dazu, wie erwerbstätige Eltern in den letzten Jahren im Fall erkrankter Kinder vorgegangen sind, gibt es keine umfassenden Untersuchungen.

¹ Beispielsweise: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/115323/Kinder-und-Jugendaerzte-warnen-vor-erneuten-Schulschliessungen> [9.10.2020], https://www.uni-muenchen.de/forschung/news/2020/schwerpunkt_schule.html [9.10.2020].

Regelungen im Fall erkrankter Kinder für Arbeitnehmer

Abhängig Beschäftigte haben grundsätzlich die Möglichkeit, sich im Fall der Erkrankung eines Kindes von der Arbeit freistellen zu lassen. Grundlage ist zum einen § 616 BG (in Verbindung mit § 275 Absatz 3 BGB), in dem geregelt ist, wann ein Arbeitnehmer wegen einer „vorübergehenden Verhinderung“ bezahlt von der Arbeit freigestellt werden muss. Wie lange eine „vorübergehende Verhinderung“ gilt, ist hingegen nicht eindeutig festgelegt. Gleichzeitig haben gesetzlich krankenversicherte Beschäftigte einen Anspruch auf das sogenannte Kinderkrankengeld für Kinder bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres (§ 45 SGB V) –zehn Arbeitstage für jedes Kind pro Elternteil in Paarfamilien beziehungsweise 20 Arbeitstage für Alleinerziehende. Dieses wird von der jeweiligen Krankenkasse gezahlt. Dieser Anspruch wurde im Zuge der Corona-Pandemie um weitere fünf Tage je Elternteil beziehungsweise zehn Tage für Alleinerziehende erhöht. Um Kinderkrankengeld zu erhalten, muss ein ärztliches Attest vorliegen. Dieses kann nur durch Vorstellung bei einem Arzt ausgegeben werden, Kinder können nicht telefonisch krankgeschrieben werden. Der Arbeitgeber stellt in diesem Fall die Beschäftigten unbezahlt frei.

Wie diese beiden gesetzlichen Grundlagen für Kinder bis 12 Jahren zusammenspielen, ist seitens des Gesetzgebers nicht eindeutig geregelt. Explizit wird daher in vielen Arbeitsverhältnissen vertraglich festgeschrieben, wie lange ein Mitarbeiter zur Pflege eines kranken Kindes zu Hause bleiben darf und dabei weiter Anspruch auf die volle Lohnfortzahlung hat. Ab welchem Zeitpunkt hierfür ein ärztliches Attest vorzulegen ist, ist ebenfalls Verhandlungssache zwischen Arbeitgeber und Arbeitnehmern.

Zwischen 2016 und 2018 hat zwar laut Daten des BKK Dachverbandes (Knieps/Pfaff, 2019, 65) der Anteil der Kinderkrankengeldfälle zugenommen. Dennoch blieb die Anzahl der Kinderkrankengeldfälle eher marginal – im Durchschnitt kamen im Jahr 2018 7,8 Kinderkrankengeldfälle auf 100 beschäftigte Mitglieder der Betriebskrankenkassen. Eine grobe Umrechnung anhand der Datenauswertung von Keller und Kahle (2018) zu der realisierten² Erwerbstätigkeit³ von Eltern ergibt für das Jahr 2016 durchschnittlich 0,4 Kinderkrankengeldfälle pro beschäftigter Mutter mit mindestens einem Kind unter 15 Jahren und 0,1 Kinderkrankengeldfälle pro beschäftigtem Vater mit mindestens einem Kind derselben Altersgruppe. Weshalb die Inanspruchnahme von Kinderkrankengeld in der Vergangenheit so niedrig ausgefallen ist, ist bisher nicht untersucht. Es ist anzunehmen, dass bei einigen Beschäftigten großzügigere arbeitsvertragliche Regeln greifen und Arbeitgeber einen Teil der „Kind krank“-Tage bei vollem Lohnausgleich auffangen. Neben der Freistellung von der Arbeit nutzen die Arbeitnehmer, die die entsprechenden Möglichkeiten haben, gegebenenfalls auch das Homeoffice, um kranke Kinder zu betreuen. Möglicherweise wurde auch in den vergangenen Jahren auf die Unterstützung durch Verwandte zurückgegriffen. Und schließlich ist davon auszugehen, dass Kinder mit Erkältungssymptomen ohne Fieber auch in der Regel Kita und Schule weiterhin besuchen – zumindest vor der Corona-Pandemie.

² Beim Konzept der „realisierten Erwerbstätigkeit“ werden Personen, die ihre Erwerbstätigkeit durch Mutterschutz oder Elternzeit unterbrochen haben, nicht zu den Erwerbstätigen gezählt.

³ Angenommen wird, dass der Anteil der beschäftigten Mütter (Väter) mit einem Kind unter 15 Jahren an allen beschäftigten weiblichen (männlichen) Mitgliedern dem der realisiert erwerbstätigen Mütter (Väter) an allen erwerbstätigen Frauen (Männern) aus dem Jahr 2016 entspricht.

Und schließlich gibt es auch noch keine umfangreichen empirischen Erkenntnisse darüber, wie genau Eltern die Zeit der Schul- und Kitaschließungen bewältigt haben. Allerdings ist davon auszugehen, dass im Zuge der Corona-Pandemie Verwandte in weit geringerem Maße zur Betreuung von Kindern zur Verfügung standen und, sollten Kinder Krankheitssymptome zeigen, auch in den kommenden Monaten nicht stehen werden. In welchem Umfang bei Arbeitnehmern bereits Urlaubstage genutzt wurden, um fehlende Betreuungsmöglichkeiten auszugleichen, lässt sich derzeit ebenfalls nicht abschätzen.

2.2 Infektionsschutz: Sars-CoV-2-Symptomatik bei Kindern und Jugendlichen – ein kurzer Überblick

Laut Robert Koch Institut (RKI) können bei Kindern und Jugendlichen verschiedene Symptome auf eine Sars-CoV-2-Infektion hinweisen: Fieber und Husten zählen zu den häufigsten Symptomen, weitere mögliche Krankheitsanzeichen sind: Magen-Darm-Symptome, Kopf-, Körper-, Brustschmerzen, Schnupfen und Geschmacks- und Geruchsverlust (RKI, 2020a). Darüber hinaus ergibt eine Auswertung der Angaben zur Symptomatik von COVID-19 bei Kindern und Jugendlichen, dass es nicht möglich ist, diese gegenüber anderen akuten Atemwegserkrankungen klinisch abzugrenzen (DJI / RKI, 2020, 33). So treten laut dieser Auswertung bei über 60 Prozent der Fälle kein Fieber auf, Schnupfen häufig mit anderen Symptomen wie Fieber und Husten, allerdings bei einem geringeren Prozentsatz (3,4 Prozent) auch als einzelnes Symptom. Auch die Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V., der Dachverband der kinder- und jugendmedizinischen Gesellschaften, schreibt in seiner Stellungnahme zur Aufrechterhaltung des Regelbetriebs in Gemeinschaftseinrichtungen vom August 2020, dass eine Unterscheidung zwischen einer symptomatischen SARS-CoV-2-Infektion und Infektionen durch andere Erreger allein aufgrund der Befunde der ärztlichen Untersuchung nicht möglich seien (Simon et al., 2020, 10).

Gleichzeitig zeigt sich nach Datenauswertungen des RKI (2020b) im Rahmen des „GrippeWeb“, dass die Inzidenz der akuten Atemwegserkrankungen (ARE)⁴ seit der 28. Kalenderwoche zwar etwas, aber nicht deutlich unter den Werten der Vorjahre liegt (Stand: 38. Kalenderwoche 2020) – ähnliches ergibt die Datenauswertung des RKI im Rahmen der „Arbeitsgemeinschaft Influenza“ (AGI) (unter anderem Buda et al., 2020). Nicht geklärt werden könne, ob dies trotz Anwendung der bestehenden Hygienemaßnahmen der Fall sei, oder ob dies auf das Verhalten von Kindern und Jugendlichen zurückzuführen sei, die diese Hygienemaßnahmen gegebenenfalls in ihren Kontakten nicht umsetzten (DJI / RKI, 2020, 33). Wären die ARE-Erkrankungen aufgrund der sogenannten „AHA-Regeln“ deutlich zurückgegangen, hätte man bei Vorliegen von Symptomen ein stärkeres Indiz dafür gehabt, dass eine SARS-Cov-2-Infektion vorliegen könnte.

2.3 Kapazitäten im Gesundheitswesen: der ambulante Bereich im Fokus

2.3.1 Teststrategie und Testkapazitäten – Stand September 2020

Deutschland hat – auch im Vergleich zu anderen Ländern – recht hohe Testkapazitäten, die zudem seit März kontinuierlich ausgeweitet wurden. Gleichzeitig ist Deutschlands Labormarkt mit einem großen Anteil ambulanter Labore und einer weitreichenden regionalen Abdeckung (vgl. Schöneberg et al., 2016) so strukturiert, dass relativ schnell Resultate zu erhalten sind. Patienten müssen daher nicht in die Krankenhäuser, um sich testen zu lassen, sondern können dies auch bei niedergelassenen Ärzten vornehmen lassen. Darüber hinaus wurden bundesweit Testzentren eingerichtet, die unter anderem von den Kassenärztlichen Vereinigungen sowie privatwirtschaftlich betrieben werden. Manche der Testzentren wurden nur temporär während der Reiserückkehrzeit errichtet, andere bestehen dauerhaft.

⁴ ARE sind definiert als eine neu aufgetretene Atemwegserkrankung mit Fieber ODER Husten ODER Halsschmerzen.

Zu Anfang der Pandemie bis Mai 2020 bestand in Deutschland noch ein eher restriktives Testregime. Getestet wurde nur, wenn neben Symptomen noch weitere Kriterien (unter anderem der Aufenthalt in einem Risikogebiet) vorlagen. Inzwischen ist das Testregime offener gestaltet und es können sich alle Personen mit COVID-19 typischen Symptomen testen lassen (RKI, 2020c). Für Ärztinnen und Ärzte gibt das RKI als Orientierungshilfe unter anderem das Testkriterium „alle Patienten mit akuten respiratorischen Symptomen jeder Schwere und/oder Verlust von Geruchs-/Geschmackssinn“ vor (RKI, 2020d).

Gegenwärtig (Stand: Ende September 2020) liegen die Testkapazitäten nach Angaben des RKI bei rund 1,5 Millionen durchführbaren PCR-Tests pro Woche (RKI, 2020e, 11). Diese wurden in den vergangenen Wochen nicht vollständig ausgeschöpft (ebd., 10 f.).

Nach dem jüngsten Bund-Länder-Beschluss zur Corona-Pandemie (Stand: Ende September 2020) soll ab Mitte Oktober eine neue Teststrategie gelten. Zum einen sollen in den kommenden Monaten sogenannte „Fieber-Ambulanzen“, Schwerpunktsprechstunden und -praxen genutzt werden. Darüber hinaus sollen mehr Schnelltests zum Einsatz kommen – in welchem Umfang dadurch Kapazitäten erweitert werden können, und in welchen Situationen diese Tests zum Einsatz kommen sollen, ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht abschließend geklärt.

2.3.2 Kapazitäten in der ambulanten Kinder- und Jugendmedizin und ihre präpandemische Inanspruchnahme

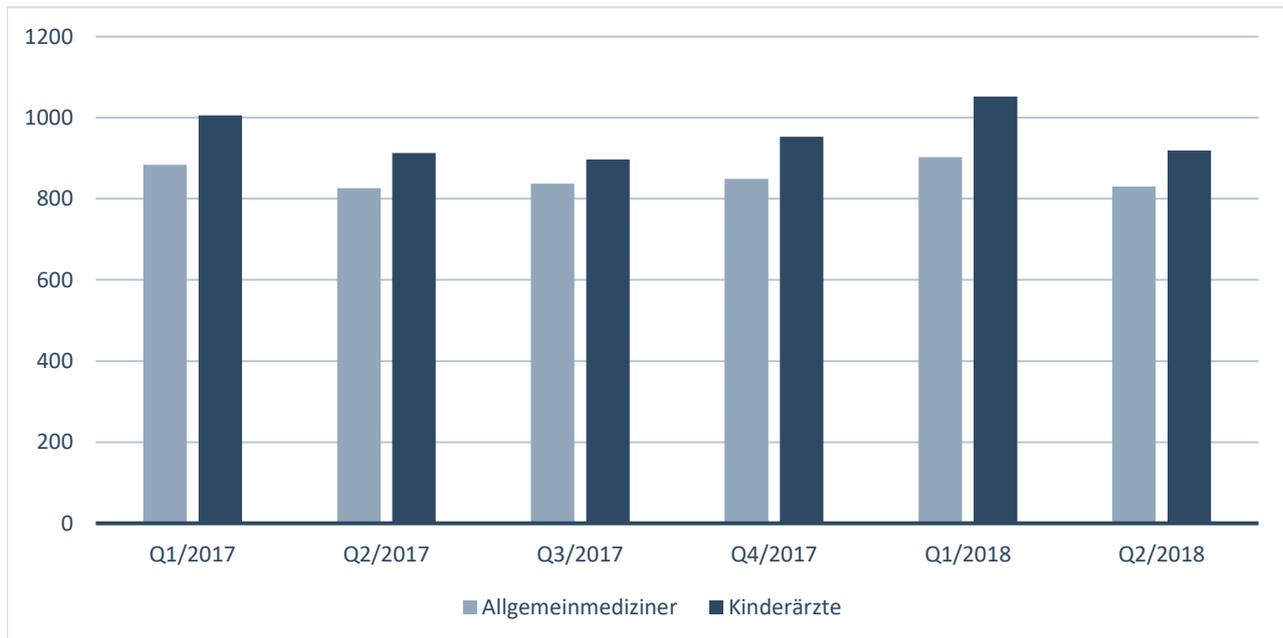
Insgesamt waren in Deutschland im Jahr 2018 rund 21.900 Kinderärzte und -ärztinnen tätig, davon gut 7.527 im ambulanten Bereich (KBV, 2020a). Als niedergelassene Ärzte und Ärztinnen arbeiteten in der Kinder- und Jugendmedizin dabei knapp 5.800 Mediziner (Bundesärztekammer, 2020) – andere Tätigkeitsformen im ambulanten Bereich sind beispielsweise die medizinischen Versorgungszentren (MVZ) oder die sozialpädiatrischen Zentren (SPZ).

Zur Inanspruchnahme der ambulanten kinderärztlichen Versorgung werden verschiedene Datenquellen herangezogen, die jeweils einen Teilaspekt beleuchten, um einen – wenn auch nicht ganz vollständigen – Überblick zu liefern.

Nach den Daten aus dem Untersuchungs- und Befragungssurvey KiGGS – einer Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen – gaben für den Untersuchungszeitraum 2014 bis 2017 72,8 Prozent der Mädchen und 72,7 Prozent der Jungen an, ambulante kinderärztliche Leistungen in Anspruch genommen zu haben. 25,9 Prozent der Mädchen und 24,6 Prozent der Jungen wurden hingegen in allgemeinmedizinischen Praxen versorgt (Seeling et al., 2018, 59), dabei besonders häufig in ländlichen Gebieten. Obwohl die Allgemeinmediziner somit auch einen Teil der kinder- und jugendärztlichen Versorgung in Deutschland übernehmen, weisen verschiedene Datenquellen darauf hin, dass Ärzte in der Kinder- und Jugendmedizin hoch frequentiert sind. Laut der Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) liegen ihre Behandlungsfallzahlen je Arzt im bundesdeutschen Durchschnitt höher als die der Allgemeinmediziner (Abbildung 1 für die Quartale 1/2017 bis 2/2018).

Abbildung 2-1: Behandlungsfälle je Arzt

2017 und erste Jahreshälfte 2018



Quellen: Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV, 2020b), 2017, 2018; eigene Darstellung

Zu beachten ist hierbei allerdings, dass Behandlungsfälle und Arztkontakte nicht gleichzusetzen sind. Da seit dem Jahr 2008 im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung über Versichertenpauschalen mit den ambulanten Leistungserbringern abgerechnet wird, zählen *alle* Behandlungen eines Patienten bei einem Arzt innerhalb eines Quartals als ein Behandlungsfall, unabhängig davon, wie häufig und mit welchen Behandlungsgründen er diesen aufgesucht hat. Die Anzahl der tatsächlichen Arztkontakte kann deshalb aufgrund dieser Abrechnungspraxis für die gesetzlich Versicherten, die den Großteil der Patienten ausmachen, nicht quantifiziert werden. Näherungsweise lassen sich die Angaben zu den sogenannten Abrechnungstagen nutzen. Denn über Abrechnungsziffern werden Einzelleistungen mit Tagesdatumsangaben differenziert. Nach den regelmäßigen Auswertungen der Daten der BARMER Ersatzkrankenkasse liegt die Anzahl der Abrechnungstage deutlich über denen der Behandlungsfälle. So zeigte beispielsweise die Auswertung aller Versichertendaten der BARMER im Jahr 2018 im Mittelwert zwischen 2,15 und 2,01 Behandlungsfälle je Person im Quartal, die Anzahl der Tage mit Leistungsabrechnung (Abrechnungstage) hingegen lag zwischen 3,8 und 3,5 je Person im Quartal (Grobe et al., 2020, 47). Allerdings werden mehrfache Patientenkontakte zum Teil auch nur mit einer Abrechnungsziffer angegeben und mit einer Datumsangabe dokumentiert. Daher wird die Anzahl der Arztkontakte auch bei Betrachtung der Abrechnungstage immer noch unterschätzt. Dafür spricht, dass vor Einführung der pauschalierten Vergütungen die beobachteten Arztkontakte deutlich höher lagen, beispielsweise im Jahr 2007 mit im Mittel zwischen 4,7 und 4,4 Arztkontakten je Person im Quartal (Grobe et al., 2020, 47). Grobe et al. (2019, 12) nehmen an, dass sich hinsichtlich der Arztkontakte seit 2008 keine grundlegenden Veränderungen ergeben haben.

Einen Aufschluss über die Frequentierung von niedergelassenen Ärzten können neben den Routinedaten der Kassenärztlichen Vereinigung beziehungsweise der Krankenkassen auch Um-

fragen geben. So zeigt eine repräsentative Befragung des Instituts für angewandte Sozialwissenschaften (infas) aus dem Jahr 2018, dass die Patientenzahlen im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin im Mittel etwas über denen der Allgemeinmediziner liegen: Die befragten Kinder- und Jugendmediziner gaben im Mittel an, durchschnittlich 59,4 Patienten pro Tag zu behandeln, die durchschnittliche Anzahl der am Tag behandelten Patienten der Allgemeinmediziner lag im Mittel bei 51,1 (infas, 2018, 35).

Gleichzeitig ist nicht anzunehmen, dass Kinder und Jugendliche grundsätzlich bei jeder Erkrankung sofort einen Arzt aufsuchen. So gaben in einer repräsentativen Umfrage aus dem Jahr 2014 (forsa, 2014, 14) nur 6 Prozent der Eltern an, mit ihren Kindern einen Arzt aufzusuchen, sobald es diesen „nicht gut geht“. Die Mehrheit wartete hingegen nach eigenen Angaben zunächst ab, bevor sie mit ihren Kindern zum Arzt gehe. Auch für die im Zuge der gegenwärtigen Coronapandemie interessanten ARE zeigen die Datenauswertungen aus GrippeWeb aus dem Jahr 2017, dass nur rund 20 Prozent der Kinder mit ARE bei einem Arzt gewesen sind (RKI, 2017, 242), für die aktuelle Saison haben sich diese Werte (bisher) nicht deutlich verändert (Stand: 38. KW, RKI, 2020b). Der Anteil derjenigen Kinder und Jugendlichen, die eine akute grippeähnliche Erkrankung (influenza-like illness, ILI)⁵ aufwiesen und deshalb einen Arzt aufsuchten, liegt in der Regel etwa doppelt so hoch. Während der Grippewellen-Saison 2017/18 waren es etwa 37 Prozent, außerhalb der Grippewelle etwas niedriger (RKI, 2019, 85) und die Kennziffer bewegt sich auch aktuell im Bereich der Vorjahre. Nicht eindeutig zu klären ist, wie die Teilnehmer die entsprechende Fragestellung im GrippeWeb interpretieren – möglich wäre, dass einige der Befragten zwar nicht in einer Arztpraxis waren, den Arzt aber dennoch beispielsweise telefonisch konsultiert haben.⁶ Gegebenenfalls unterschätzen die Angaben die tatsächliche Häufigkeit einer Arztkonsultation.

2.3.3 Was wäre, wenn? Überlegungen zur ambulanten Kapazitätsnachfrage durch Kinder und Jugendliche

Wie in Abschnitt 2.2 beschrieben können nach gegenwärtigem Erkenntnisstand verschiedene Symptome bei Kindern und Jugendlichen auf eine Sars-CoV-2-Infektion hinweisen. Wie oben ebenfalls erwähnt, wird momentan davon ausgegangen, dass sich eine solche Infektion nicht ohne Weiteres von einer Infektion durch andere Viren unterscheiden lässt, wird kein Test auf Sars-CoV-2 durchgeführt.

Sollte aber das allgemeine Infektionsgeschehen (also auch mit anderen Krankheitserregern) in den kommenden Herbst- und Wintermonaten nicht deutlich von dem der Vorjahre abweichen, gleichwohl aber der coronabedingte Bedarf an Testungen bestehen bleiben, stellt sich die Frage nach den ambulanten Kapazitäten für die Testung/Behandlung von Kindern und Jugendlichen und deren Aus- oder möglicherweise Überlastung. Dies wird hier im Folgenden anhand einer Heuristik grob geschätzt, um ein Gefühl für mögliche Größenordnungen zu entwickeln. Herangezogen werden zunächst die Daten aus dem GrippeWeb, da eine SARS-CoV-2-Infektion bei Kindern und Jugendlichen auch mit Symptomen einer ARE im Allgemeinen auftreten kann.

⁵ ILI bilden eine Untergruppe der ARE und sind definiert als Atemwegserkrankungen mit Fieber (UND Husten ODER Halsschmerzen) (RKI, 2019, 81).

⁶ Im GrippeWeb lautet die Frage „Sind Sie [...] bei einem Arzt gewesen“.

Angenommen, die ARE-Inzidenzraten bei Kindern und Jugendlichen bis 14 Jahre wären ähnlich denen, die für das Vorjahr geschätzt wurden, so würden ab November bis Ende des Jahres wöchentlich jeweils bei einer bis 1,4 Millionen Kindern und Jugendlichen im Alter bis 14 Jahre Symptome wie Fieber oder Husten oder Halsschmerzen auftreten (eigene Berechnungen anhand RKI, 2020f; Statistisches Bundesamt, 2020). Ausgenommen ist die letzte Kalenderwoche, in der wahrscheinlich ferienbedingt regelmäßig geringere Raten zu beobachten sind. Würden sich alle Kinder und Jugendliche mit ARE-Symptomen testen lassen, um eine SARS-CoV-2 Infektion auszuschließen, wäre der Großteil der 1,5 Millionen PCR-Tests pro Woche, die derzeit möglich sind, allein durch Kinder und Jugendliche bis 14 Jahre ausgeschöpft.

Darüber hinaus wäre es möglich, dass Eltern angesichts der sich verschärfenden Pandemiesituation vorsichtiger auf Erkrankungssymptome reagierten und entsprechend häufiger bei Auftreten einer ARE einen Arzt aufsuchten. Angenommen, es würden sich nun im Gegensatz zu den Vorjahren nicht nur rund 20 Prozent, sondern 50 Prozent der Erkrankten an einen Arzt wenden und davon jeweils wiederum 75 Prozent an einen Kinderarzt (die übrigen 25 Prozent an einen Hausarzt), so entstünden in den Monaten November und Dezember wöchentlich zwischen gut 300.000 und 440.000 zusätzliche Arztkonsultationen allein für die Kinder- und Jugendärzte – in beiden Monaten zusammen knapp drei Millionen (eigene Berechnungen anhand RKI, 2002f; Statistisches Bundesamt, 2020; Seeling et al., 2018, 59).

Um eine grobe Vorstellung davon zu haben, was dies für die einzelnen Kinder- und Jugendmediziner bedeuten könnte, lassen sich die Daten der KBV zu den Behandlungsfällen und die Daten der BARMER (Grobe et al., 2020) heranziehen:

- Erstere liegen für den Herbst/Winter zuletzt aus dem Jahr 2017 vor – je Kinderarzt waren es im Durchschnitt in den Jahren 2013 bis 2017 im jeweils 4. Quartal 2017 rund 955 Behandlungsfälle. Hier wird angenommen, dass diese Größenordnung in etwa auch für die noch nicht ausgewerteten letzten Jahre gilt.
- Die Daten der BARMER zeigen, dass die Relation zwischen Behandlungsfällen und Kalendertagen mit Abrechnung in der Kinder- und Jugendmedizin im gesamten Jahr 2018 bei etwa 1 zu 1,75 lag (Grobe et al., 2020, 60). Hier wird angenommen, dass die von der BARMER erfassten Fälle repräsentativ für die aller gesetzlich Versicherten sind, und deshalb für die folgende Schätzung die konservative Annahme gesetzt wird, dass ein Behandlungsfall im 4. Quartal 2017 tatsächlich mit zwei Arztkontakten einhergeht (wie oben beschrieben ist selbst diese Anzahl möglicherweise zu gering).

Gesetzlich versichert sind wiederum rund 90 Prozent der Kinder und Jugendlichen bis unter 15 Jahren (eigene Berechnungen anhand BMG, 2020; PKV, 2019), die übrigen sind Mitglieder der privaten Versicherung und werden in den hier herangezogenen Statistiken nicht erfasst. Deshalb beschränken sich die folgenden Überlegungen auch nur auf die gesetzlich versicherten Patienten.

Angenommen wird, wie oben, dass im Jahr 2020 50 Prozent statt 20 Prozent der Kinder und Jugendlichen (bis 14 Jahre) mit ARE im November und Dezember einen Arzt konsultieren bei

ähnlichen ARE-Inzidenzzahlen wie im Vorjahr. Dann würde sich die Anzahl der Arztkontakte bei den Kinderärzten allein durch die gesetzlich versicherten Kinder und Jugendlichen nur für die Monate November und Dezember zusammen um im Durchschnitt gut 275 Patienten je Arzt erhöhen – insgesamt um rund 14 Prozent für das 4. Quartal. Wie beschrieben sind hier weder die privat Versicherten erfasst noch Erkrankungen wie beispielsweise des Magen-Darm-Traktes, die grundsätzlich ebenfalls durch eine SARS-CoV-2-Infektion ausgelöst sein könnten (vgl. Abschnitt 2.1.).⁷

2.4 Zwischenfazit: „Magisches Dreieck“ für den regulären Schul- und Kitabetrieb

Der politische Wunsch, in der gegenwärtig noch nicht bewältigten Corona-Pandemie Schulen und Kitas möglichst geöffnet zu halten, geht zum gegenwärtigen Zeitpunkt mit einem Konflikt zwischen drei Zielen einher:

1. **Infektionsschutz:** Neben dem Einhalten der AHA-Regeln ist der Infektionsschutz der Bevölkerung umso höher, je schneller Infizierte erkannt und entsprechend von Kontakten mit anderen isoliert werden können. Dies gilt auch für Kinder und Jugendliche in Schule und Kindergarten.
2. **Kapazitätsauslastung:** Angesichts der Unmöglichkeit, Covid-19-Symptome ohne Test von denen anderer Infektionen zu unterscheiden, wäre ein umfassender Infektionsschutz nur zu gewährleisten, wenn alle Beteiligten bei Symptomen getestet würden. Dazu bedürfte es umfangreicher Kapazitäten im Gesundheitswesen, da in sehr großem Umfang getestet werden müsste. Allerdings stehen diese Kapazitäten zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht zur Verfügung.⁸
3. **Bildung und Betreuung:** Stehen diese Kapazitäten nicht zur Verfügung, könnte ein umfassender Infektionsschutz nur erreicht werden, wenn grundsätzlich alle Kinder mit Symptomen vom Schul- und Kitabesuch ferngehalten werden. Damit würden in größerem Umfang Kinder und Jugendliche von Bildungs- und Betreuungsangeboten ausgeschlossen, was mit entsprechend negativen Folgen für die Kinder und die Erwerbstätigkeit der Eltern verbunden wäre.

Maximaler Infektionsschutz bei gleichzeitig für alle stets zugängliche Kitas und Schulen ist ohne gleichzeitige Überlastung des ambulanten Sektors angesichts der momentanen Kapazitäten nicht möglich. Daher müssen zum gegenwärtigen Zeitpunkt Kompromisse zwischen Infektionsschutz und Zugang zu Bildung gefunden werden.

Auf diesen Interessenskonflikt verweist auch das RKI in seinen jüngsten Empfehlungen. So sei eine Testung aller Schülerinnen und Schüler mit leichten respiratorischen Symptomen unrealistisch (2020g, 4 f.). Das RKI schlägt daher eine kriterienbasierte Teststrategie vor.

⁷ Diese Szenarien sind rein hypothetischer Natur und dienen der Verdeutlichung, dass ein Spannungsverhältnis zwischen Infektionsschutz und ambulanten Versorgungskapazitäten besteht.

⁸ Zudem können auch asymptomatische Personen das Virus weitergeben, ein maximaler Infektionsschutz wäre also erst bei permanenter Testung aller Personen gewährleistet.

3 Umgang mit kranken Kindern im Kontext von Kitas und Schulen – ein Bundeslandvergleich

Aufgrund der fehlenden Abgrenzbarkeit einer Sars-CoV-2-Infektion von normalen Atemwegs- oder Grippeerkrankungen müssen für den Schul- und Kitabesuch Regeln gefunden werden, wann eine Teilnahme der Kinder möglich ist und wann eine ärztliche Abklärung erfolgen muss.

Das RKI (2020h, 7) empfiehlt hier für Schulen folgendes Vorgehen: Personen mit Symptomen (hierunter zählt auch ein singulär auftretendes Symptom wie Schnupfen (RKI, 2020g, 7)), die auf eine SARS-CoV-2-Erkrankung hinweisen, sollten das Schulgelände/-gebäude nicht betreten und – soweit umsetzbar, aber insbesondere ab einer 7-Tages-Inzidenz von 35/100.000 – für mindestens fünf Tage zuhause bleiben und erst wieder nach 48 Stunden Symptomfreiheit die Schule besuchen. Laut RKI sollten allerdings möglichst keine Ärzte aufgesucht, sondern Atteste zum Beispiel zur Freistellung bei Betreuung von Kindern telefonisch oder per Videosprechstunde eingeholt werden.⁹

Entsprechend seiner Rolle gewichtet das RKI somit den Infektionsschutz sowie das Vermeiden von Kapazitätsauslastungen im ambulanten Bereich (und bei den Testkapazitäten) stärker als den individuellen Schulbesuch.

Die Entscheidungen zum Schul- und Kitabesuch fällt allerdings in das Hoheitsgebiet der Bundesländer. Ihre Strategie weicht – zumindest zum gegenwärtigen Zeitpunkt – von diesen Empfehlungen ab. Dabei ist anzumerken, dass die Empfehlungen der Bundesländer größtenteils noch vor dem gegenwärtigen ansteigenden Infektionsgeschehen abgefasst wurden.

Zusammengefasst ergibt sich folgendes Bild:

- In allen Bundesländern müssen letztlich die Ärzte darüber befinden, ob ein Test angezeigt ist oder nicht.¹⁰
- Die Empfehlungen für Eltern, wann Schul- und Kitakinder einen Arzt aufsuchen sollten, unterscheiden sich je nach Bundesland.
- Bei Vorliegen von Symptomen, die neben anderen auch auf eine Sars-CoV-2-Infektion hindeuten könnten, wird unterschiedlich bewertet, wann ein Schul- oder Kindergartenbesuch weiterhin möglich ist, und ob dafür entsprechende Atteste vorgelegt werden müssen.

Einen Überblick über die Regelungen jedes Bundeslandes liefert Tabelle 3-1. Für diese Einordnung wurden die jeweiligen Handreichungen für Eltern ausgewertet, die oft anhand von Schaubildern und Flussdiagrammen die Vorgehensweisen bei Erkrankungen des Kindes aufzeigen sollen. Nicht alle Handreichungen sind völlig eindeutig, so dass hier nur eine eigene Interpretation erfolgen kann.

⁹ Letzteres ist jedoch wie oben (Abschnitt 2.1.) gezeigt, gegenwärtig (noch) nicht möglich und müsste daher seitens der Arbeitgeber beziehungsweise der Krankenkassen explizit gestattet werden.

¹⁰ Außer in Bayern ab einer bestimmten Inzidenz.

Tabelle 3-1: Regelungen und Empfehlungen der Bundesländer zum Schul- und Kitabesuch

Stand der Recherche: Anfang Oktober 2020

Bundesland	Schul-/Kitabesuch mit leichten Erkältungssymptomen möglich?	Muss eine ärztliche Abklärung bei Erkrankung mit weiteren Symptomen stattfinden?	Vorlage Attest nach Erkrankung mit weiteren Symptomen notwendig?
Baden-Württemberg	Ja	Nein	Nein
Bayern	Ja für Grundschüler (aber abhängig vom Infektionsgeschehen). Für weiterführende Schulen gilt 24 h Beobachtung, ob Fieber hinzutritt.	Abhängig von Inzidenzentwicklung	Abhängig von Inzidenzentwicklung
Berlin	Ja	Nein	Nein
Brandenburg	Ja	Nein	Nein
Bremen	Ja	Nein	Nein
Hamburg	Ja, außer weiterführende Schulen: bei Schnupfen 48 h Beobachtung zuhause	Nein	Nein
Hessen	Ja	Nein	Nein
Mecklenburg-Vorpommern	Ja	Ja	Nein
Niedersachsen	Ja	Nein	Bei Erkrankungen mit nur „ausgeprägtem Krankheitswert“: Nein; bei schwerer Symptomatik entscheidet der Arzt, welche Aspekte für Wiederezulassung zu beachten sind.
Nordrhein-Westfalen	Nein (für alle Schüler); bei Schnupfen 24 h zuhause beobachten. Kitakinder „sollten“ 24 h beobachtet werden.	Ja für Schule, Empfehlung für Kitakinder	Unklar für Schule, nein für Kitas

Bundesland	Schul-/Kitabesuch mit leichten Erkältungssymptomen möglich?	Muss eine ärztliche Abklärung bei Erkrankung mit weiteren Symptomen stattfinden?	Vorlage Attest nach Erkrankung mit weiteren Symptomen notwendig?
Rheinland-Pfalz	Ja	Nein	Nein
Saarland	Ja	Nein	Nein
Sachsen	Ja	Nein	Nein
Sachsen-Anhalt	Ja (Kinder unter 10); für Kinder über 10 wird auf die Empfehlungen des RKI verwiesen.	Ja für Schule, Empfehlung für Kitakinder	Nein
Schleswig-Holstein	Ja	Nein	Nein
Thüringen	Ja	Ja	Ja

Eigene Interpretation der von den Bundesländern zur Verfügung gestellten Schaubilder/FAQs/Pressemitteilungen. Quellen: Baden-Württemberg: https://km-bw.de/site/pbs-bw-km-root/get/documents_E2047564382/KULTUS.Dachmandant/KULTUS/KM-Homepage/Artikelseiten%20KP-KM/1_FAQ_Corona/Fakten_Krankheitssymptome.pdf (Stand: 7.10.2020). Bayern: https://www.km.bayern.de/download/23581_Drei-Stufen-Plan.pdf und <https://www.stmas.bayern.de/aktuelle-meldungen/pm2008-182.php> (7.10.2020). Berlin: https://www.berlin.de/sen/bjf/coronavirus/aktuelles/senbjf_infografik_wenn_mein_kind_krank_wird-i.jpg (7.10.2020). Brandenburg: <https://msgiv.brandenburg.de/msgiv/de/presse/pressemitteilungen/detail/~06-08-2020-regelung-schnupfen-kita-schule> (7.10.2020). Bremen: <https://www.senatspressestelle.bremen.de/detail.php?gsid=bremen146.c.341589.de> (7.10.2020). Hamburg: <https://www.hamburg.de/bsb/14263390/infografiken/> und <https://www.hamburg.de/kita/14291878/krankheitssymptome/> (7.10.2020). Hessen: https://kultusministerium.hessen.de/sites/default/files/media/hkm/hygieneplan_6.0_anlage_4_umgang_mit_krankheits-_und_erkaeltungssymptomen_bei_kindern_und_jugendlichen.pdf (15.10.2020). Mecklenburg-Vorpommern: https://www.regierung-mv.de/serviceassistent/_php/download.php?datei_id=1626304 (7.10.2020). Niedersachsen: https://www.mk.niedersachsen.de/startseite/aktuelles/schule_neues_schuljahr/faq_zum_start_ins_neue_schuljahr_abs/die-wichtigsten-fragen-und-antworten-zur-schule-im-neuen-schuljahr-2020-21-190634.html und <https://www.niedersachsen.de/download/157249> (7.10.2020). NRW: <https://www.schulministerium.nrw.de/themen/schulsystem/elterninfo-wenn-mein-kind-zuhause-erkrankt-handlungsempfehlung> (07.10.2020) und https://www.mkffi.nrw/sites/default/files/asset/document/20200728_offizielle_information_land_nrw_krankheitssymptome.pdf (7.10.2020) Rheinland-Pfalz: https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&ved=2ahUKEwjFo7eU1qTsAhXjYUKHaa_C5kQFjABegQIBxAC&url=https%3A%2F%2Fadd.rlp.de%2Ffileadmin%2Fadd%2FCorona%2FSCHULEN_-_Merkblatt_Umgang_mit_Erkaeltungssymptomen_in_Kita_Schule.pdf&usq=AOvVaw2zIKrBbAv8kAdCkaIHhWdv (7.10.2020). Saarland: https://corona.saarland.de/DE/service/downloads/_documents/schule-elterninformationen/dld_hygienemassnahmen-schule-2020-07-03.pdf?__blob=publicationFile&v=9 und https://www.saarland.de/msgff/DE/aktuelles/aktuelle-meldungen/aktuelle-meldungen_2020/aktuelle-meldungen_2020-07/aktuelle-meldungen_20200731_handlungsempfehlungenkita.html (9.10.2020). Sachsen: http://schule-sachsen.de/20_09_16_Empfehlung_Krankheitsanzeichen.pdf. Sachsen-Anhalt: <https://coronavirus.sachsen-anhalt.de/news-detail/news/duerfen-kinder-mit-erkaeltung-in-die-kita/> und https://mb.sachsen-anhalt.de/fileadmin/Bibliothek/Landesjournal/Bildung_und_Wissenschaft/Aktuelles_Startseite/Erkaeltungs-u._Krankheitssymptome__SuS.pdf (9.10.2020). Schleswig-Holstein: https://schleswig-holstein.de/DE/Schwerpunkte/Coronavirus/Schulen_Hochschulen/beschreibung_schnupfenplan.html;jsessionid=5197F990E467A92F550CDA2554A86DC3.delivery2-replication (9.10.2020). Thüringen: https://bildung.thueringen.de/fileadmin/2020/2020-09-03_Handlungsschema-Kita-Erkaeltungssymptome.pdf.pdf (9.10.2020)

Insgesamt wird ersichtlich, dass ein Großteil der Bundesländer dem Schul- und Kitabesuch eine stärkere Bedeutung beimisst als das RKI und damit eher einen weniger restriktiven Umgang beim Vorliegen von Erkältungssymptomen an den Tag legt. So ist in fast allen Bundesländern ein Kita-/Schulbesuch bei leichten Erkältungssymptomen mit Schnupfen und „gelegentlichem“ oder „leichten“ Husten oder Halskratzen weiterhin möglich.¹¹ In **Bayern** ist dies zusätzlich von der Entwicklung der Inzidenzzahlen abhängig sowie von der Schulform (letzteres gilt auch für Hamburg und Sachsen-Anhalt). Viele Bundesländer betonen explizit, dass Kinder, bei denen die Symptome wie trockener Husten einer nicht-infektiösen Grunderkrankung zuzuordnen sind, auch mit diesen Symptomen weiter die Kita/Schule besuchen können.

Grundsätzlich behalten sich die Bundesländer vor, die Regelungen an das Infektionsgeschehen anzupassen, weswegen der hier vorgestellte Regelungsstand nur vorläufig gelten kann. Bayern beispielsweise koppelt die Regelungen zum Schul-/Kitabesuch mit Symptomen schon heute an einen Stufenplan je nach Inzidenzentwicklung.¹²

Bezüglich leichter Erkältungssymptome bilden **Nordrhein-Westfalen** und **Hamburg** (für weiterführende Schulen) eine Ausnahme. Hier wird verlangt, dass Kinder mit Schnupfen 24 h (Hamburg: 48 h) Stunden beobachtet werden und nur bei Fehlen zusätzlicher Symptome die Einrichtungen wieder besuchen dürfen. Sachsen-Anhalt lässt nur Kinder unter zehn Jahren mit leichten Erkältungssymptomen zu, für Kinder über zehn Jahren wird auf die Empfehlungen des RKI verwiesen.

Eine Vorstellung beim Kinderarzt wird in vielen Bundesländern auch bei schwereren Erkältungen mit Fieber der Entscheidung der Eltern überlassen. Hier bleiben die Empfehlungen oft vage („sollten vorgestellt werden“, „falls Ihr Kind einen Arzt benötigt“). In vielen Bundesländern werden bei solchen stärkeren Infekten Vorgaben zur Dauer der Symptom-/Fieberfreiheit gemacht, bevor Kinder die Gemeinschaftseinrichtungen wieder betreten dürfen. Nur in **Nordrhein-Westfalen** muss nach Interpretation der entsprechenden Schaubilder eine ärztliche Abklärung stattfinden, wenn zum Schnupfen weitere Symptome hinzutreten, ebenso in **Thüringen, Sachsen-Anhalt** und **Mecklenburg-Vorpommern**.

Atteste werden nur ab einem bestimmten Infektionsgeschehen in **Bayern** und grundsätzlich in **Thüringen** erwartet, bevor die Kita/Schule wieder besucht werden darf. In vielen Bundesländern

¹¹ Es sei denn, diese Symptome treten nach einem direkten Kontakt zu Covid-19-Infizierten auf.

¹² Die Kultusministerkonferenz hat ebenfalls einen Stufenplan zur Unterrichtsorganisation und weiteren Vorsichtsmaßnahmen veröffentlicht, der unterschiedliche Regelungen je nach Infektionsgeschehen vorsieht (vgl. https://www.kmk.org/fileadmin/Dateien/veroeffentlichungen_beschluesse/2020/2020_07_14-Infektionsschutz-Hygienemaassnahmen_idF_2020-09-01.pdf [13.10.2020]). Eine dezidierte Variation bezüglich der Erkältungssymptome enthält dieser Plan aber nicht. Weitere Stufenpläne haben unter anderem Baden-Württemberg: https://www.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Gesundheitschutz/Corona_Stufenkonzept_20090914.pdf [13.10.2020], Thüringen https://bildung.thueringen.de/fileadmin/2020/Stufenkonzept_Schule_Kita_Pandemie_2020-2021_ANLAGE_SCHULE.pdf [13.10.2020], Sachsen <https://www.bildung.sachsen.de/blog/index.php/2020/08/03/schule-nach-den-ferien-im-normalbetrieb-vier-stufen-plan-fuer-sachsen/> (13.10.2020) oder Bremen https://bildung.bremen.de/sixcms/media.php/13/2020-10-13_Reaktionsstufenplan_Schulen.pdf [14.10.2020] veröffentlicht.

wird eine Attestpflicht dezidiert ausgeschlossen, in anderen bleibt es vom Schaubild her unklar, so etwa in **Nordrhein-Westfalen** für Schulen.

Zusammenfassend lassen sich die Bundesländer hinsichtlich der drei Ziele Infektionsschutz – Kapazitätsauslastung – Bildung/Betreuung folgendermaßen einordnen:

- Die meisten Bundesländer scheinen das Ziel, Bildung und Betreuung durch den Kita- und Schulbesuch zu gewährleisten, mindestens für die Grundschulen hoch zu gewichten. Entsprechend wird auf einen Ausschluss vom Kita-/Schulbesuch bei nur leichten Erkältungssymptomen verzichtet. Einzige Ausnahme bilden hierbei **Nordrhein-Westfalen** für alle Schüler und **Hamburg** für die weiterführenden Schulen
- Wie die Frequentierung der niedergelassenen (Kinder-)Ärzte und damit der ambulanten Kapazitäten von diesen Regelungen betroffen sein wird, ist gerade noch nicht vollständig zu überblicken. Zunächst ist herauszustellen, dass in der Mehrheit der Bundesländer eine ärztliche Abklärung von stärkeren Symptomen nicht ausdrücklich verlangt wird – Ausnahmen bilden Mecklenburg-Vorpommern, Nordrhein-Westfalen, Sachsen-Anhalt, Thüringen sowie Bayern, falls bereits insgesamt ein hohes Infektionsgeschehen vorliegt. In den erstgenannten vier Bundesländern könnte daher in den kommenden Monaten eine deutliche Zunahme der Arztkonsultationen im Vergleich zum Vorjahr erfolgen, sollten die Regelungen bestehen bleiben. Gleichzeitig wird aber in allen Bundesländern den Eltern Interpretationsspielraum eingeräumt. So müssen die Eltern beispielsweise unterscheiden können, ob es sich um einen „gelegentlichen“, „unauffälligen“ oder „leichten“ Husten handelt, der einen Schulbesuch ermöglicht oder um einen „(trockenen) Husten“, der für ein Beobachten zuhause oder einen Arztbesuch sprechen könnte. Ob Eltern diesen Interpretationsspielraum nutzen, um im Zweifel nicht zum Arzt zu gehen und den Kita-/Schulbesuch vorziehen oder eher vorsichtig die Verantwortung für die Auslegung auf den Arzt verschieben, bleibt abzuwarten.
- In Nordrhein-Westfalen und eingeschränkt Hamburg tritt hinzu, dass Kinder und Jugendliche bereits bei leichten Erkältungssymptomen mindestens 24 h zuhause bleiben sollen. Deshalb könnte auch hier eine Zunahme an Arztkonsultationen durch berufstätige Eltern erfolgen, die entsprechende Atteste zur Freistellung benötigen. Allerdings kann es auch sein, dass viele Eltern hier Alternativen wählen wie oben (Abschnitt 2.1) beschrieben ist. Aufgrund der Datenlage aus Zeiten vor der Pandemie ist das Bild zu dieser Problematik diffus.
- Testungen von Kindern mit Symptomen werden – außer in Bayern bei hohem Infektionsgeschehen – von keinem Bundesland explizit verlangt, sondern diese Entscheidung den behandelnden Ärzten überlassen. Entscheiden diese gemäß der jüngst vom RKI (2020g) vorgeschlagenen kriterienbasierten Teststrategie für Schüler, ist eine Überlastung der Testkapazitäten kein wahrscheinliches Szenario.

4 Zusammenfassung und Fazit

Angesichts der knappen Testkapazitäten im Status quo bei gleichzeitig nicht unbegrenzt zur Verfügung stehenden ambulanten Behandlungskapazitäten, aber gleichzeitig im Verhältnis häufig auftretender Erkrankungen von Kita- und Schulkindern kann nicht jede Erkrankung mit SARS-CoV-2-ähnlichen Symptomen durch einen Test von einer Covid-19-Infektion abgegrenzt werden.

Neben den Zielen Infektionsschutz und der Vermeidung von Überlastungen der Kapazitäten des Gesundheitswesens ist auch das Nutzen von Bildungs- und Betreuungsangeboten ein weiteres gesellschaftliches Ziel. Die Bedeutung des Letzteren rückte insbesondere während der temporären Kita- und Schulschließungen in das gesellschaftliche Bewusstsein.

Da diese drei Ziele – bei gegebenen Testmöglichkeiten – in einem Konflikt stehen, sind zu Beginn der Herbst- und Wintersaison auch Regelungen für den Kita- und Schulbesuch zu finden. Dazu gehört neben Fragen zu Hygienekonzepten innerhalb der Gebäude und anderen auch diejenige, wie in den folgenden Wochen und Monaten mit Kita-Kindern und Schülern zu verfahren ist, die Symptome aufweisen, die auf eine SARS-CoV-2-Infektion hinweisen können, aber nicht müssen. Die Bundesländer haben hierzu bereits entsprechende Empfehlungen ausgesprochen, ebenso das RKI.

Allerdings sind diese Empfehlungen nicht einheitlich. Dass die politischen Entscheider in den Bundesländern das Ziel, auch den individuellen Kita- und Schulbesuch zu ermöglichen, stärker gewichten als das RKI, dessen primäre Aufgabe auf der Erkennung und Verhütung insbesondere von Infektionskrankheiten liegt, ist Teil der gesellschaftlichen Auseinandersetzung mit der gegenwärtigen Lage. Denn Aufgabe der politischen Akteure ist es, neben dem Infektionsschutz auch noch andere gesellschaftliche Ziele zu identifizieren und entsprechend abzuwägen. Allerdings weichen auch die Bundesländer selbst in einigen entscheidenden Punkten voneinander ab, was wiederum nicht mit einer unterschiedlichen Rolle dieser handelnden Akteure erklärt werden kann.

Gleichzeitig sind die Empfehlungen der Bundesländer hinsichtlich der Vorgehensweise bei Erkältungssymptomen ebenfalls nicht in allen Punkten eindeutig. So lassen sie unter anderem Interpretationsspielräume für die Eltern und kündigen – mit Ausnahme von Bayern – nur an, dass diese in Abhängigkeit von der Entwicklung der Fallzahlen gegebenenfalls geändert werden müssten, ohne hier weiteres zu benennen. Dies kann jedoch auch in den kommenden Monaten zum Problem werden: Die überschlägigen Berechnungen zu einer möglichen erhöhten Inanspruchnahme von ambulanten Kapazitäten verdeutlichen, dass es unabdingbar ist, den Eltern größtmögliche Eindeutigkeit bei den Verhaltensregeln bei Erkältungssymptomen an die Hand zu geben. Ansonsten besteht die Gefahr, dass verunsicherte Eltern vermehrt die Kinderärzte aufsuchen, denen ansonsten ihre Kinder nicht vorgestellt werden. Dies blockiert wiederum Behandlungskapazitäten für schwerer erkrankte Kinder.

Im Hinblick auf die generelle Akzeptanz der Maßnahmen erscheint es sinnvoll, bundesweit einheitliche Regelungen für Schule und Kindergarten zu verabschieden. Diese sollten auch einen Stufenplan vorsehen, der den Umgang mit Erkältungssymptomen vereinheitlicht und an das

Infektionsgeschehen koppelt. Denn auch dies erhöht die Planungssicherheit auf allen Seiten, bei Eltern, Erziehern, Lehrern, Arbeitgebern sowie Ärzten. Zudem vermeidet ein einheitliches Vorgehen, dass in Regionen mit demselben Infektionsgeschehen unterschiedliche Regeln gelten, nur weil sie in einem anderen Bundesland liegen. Solche Unterschiede in der Behandlung gleicher Sachverhalte droht sonst, die allgemeine Akzeptanz von Schutzmaßnahmen in der Bevölkerung zu unterminieren.

Schließlich wäre es mit Blick auf erwerbstätige Eltern geboten, klare und möglichst unbürokratische Regeln zu schaffen. Dazu gehört auch, für abhängig Beschäftigte die Frage der Freistellung zu klären. Soll hier weiterhin das Kinderkrankengeld einen Baustein darstellen, so ist der Vorschlag des RKI, Atteste auch telefonisch einholen zu können, eine denkbare Lösung – sonst drohen von dieser Seite her mögliche ambulante Engpässe, sollten Eltern nicht für eine diagnostische Abklärung sondern ausschließlich für ein Attest einen niedergelassenen Arzt aufsuchen müssen. Gleichzeitig sind klare Regeln auch notwendig, um den Arbeitseinsatz von Eltern in den nächsten Monaten zu planen. Denn nur so können Arbeitgeber und Arbeitnehmer gemeinsam entsprechende Vorbereitungen treffen.

Literatur

BMG – Bundesministerium für Gesundheit, 2020, Pflegeversicherung, Zahlen und Fakten, Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der sozialen Pflegeversicherung (SPV) nach Altersgruppen und Geschlecht am 1.7.2018, <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/pflegeversicherung-zahlen-und-fakten.html> [2.10.2020]

Buda, S. et al – Arbeitsgemeinschaft Influenza. Robert Koch Institut, 2020, Influenza-Monatsbericht. Kalenderwochen 33 bis 36 (8.8 bis 4.9.2020), https://influenza.rki.de/Wochenberichte/2019_2020/2020-36.pdf [24.09.2020]

Bundesärztekammer, 2020, Ärzttestatistik 2018. Niedergelassene Ärztinnen/Ärzte nach Gebietsbezeichnungen und Altersgruppen. Stand 31.12.2018, <https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerzttestatistik/aerzttestatistik-2018/ambulant-taetige-aerzte/> [25.9.2020]

DJI – Deutsches Jugendinstitut / RKI – Robert Koch Institut, 2020, Corona-KiTa-Studie. Quartalsbericht der Corona-KiTa-Studie. ! Quartalsbericht (III/2020), August 2020, https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Projekte_RKI/KiTASTudie_QuartalIII_2020.html [8.10.2020]

Infas – Institut für angewandte Sozialwissenschaft GmbH, 2018, Tabellenband. Ärztemonitor 2018. Ergebnisse nach Facharztgruppen, <https://www.kbv.de/html/aerztemonitor.php> [25.9.2020]

Grobe, Thomas G. / Steinmann, Susanne / Szecsenyi, Joachim, 2019, Arztreport 2019. Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, Band 14, <https://www.barmer.de/presse/infothek/studien-und-reports/arztreporte/pm-arztreport-2019-192568> [28.9.2020]

Grobe, Thomas G. / Steinmann, Susanne / Szecsenyi, Joachim, 2020, BARMER Arztreport 2020. Psychotherapie – veränderter Zugang, verbesserte Versorgung?, Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse – Band 21, <https://www.barmer.de/blob/227512/4f989562e2da4b0fbc785f15ff011ebe/data/dl-arztreport2020-komplett.pdf> [28.09.2020]

KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2020a, Anzahl berufstätige Ärzte nach Arztgruppe, 2009-2018, <https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/17077.php> [25.9.2020]

KBV – Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2020b, Honorarberichte 1/2017 bis 2/2018, <https://www.kbv.de/html/honorarbericht.php> [25.9.2020]

Müller, Kai-Uwe / Samtleben, Claire / Schmieder, Julia / Wrohlich, Katharina, 2020, Corona-Krise erschwert Vereinbarkeit von Beruf und Familie vor allem für Mütter – Erwerbstätige Eltern sollten entlastet werden, in: DIW Wochenbericht Nr., Berlin, S. 332–340

PKV – Verband der privaten Krankenversicherungen, 2019, Zahlenbericht 2018, <https://www.pkv.de/service/broschueren/daten-und-zahlen/zahlenbericht-2018.pdb.pdf> [2.10.2020]

RKI – Robert Koch Institut, 2017, Epidemiologisches Bulletin. Aktuelle Daten und Informationen zu Infektionskrankheiten und Public Health, https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Epi-dBull/Archiv/2017/Ausgaben/27_17.pdf?blob=publicationFile [25.9.2020]

RKI – Robert Koch Institut, 2019, Bericht zur Epidemiologie der Influenza in Deutschland Saison 2018/2019, https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/6253/RKI_Influenzabericht_2018-19.pdf?sequence=1&isAllowed=y [30.9.2020]

RKI – Robert Koch Institut, 2020a, https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html#doc13776792bodyText16 [24.9.2020]

RKI – Robert Koch Institut, 2020b, Wochenberichte GrippeWeb, Ergebnisse der Woche 37/2020, <https://grippeweb.rki.de/Results.aspx> [24.9.2020]

RKI – Robert Koch Institut, 2020c, Nationale Teststrategie – wer wird in Deutschland getestet, https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Teststrategie/Nat-Teststrat.html [25.09.2020]

RKI – Robert Koch Institut, 2020d, COVID-19-Verdacht: Maßnahmen und Testkriterien – Orientierungshilfe für Ärzte (Stand 12.5.2020), https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Massnahmen_Verdachtsfall_Infografik_Tab.html?nn=13490888 [25.9.2020]

RKI – Robert Koch Institut, 2020e, Täglicher Lagebericht des RKI zur Corona-Virus-Krankheit-2019 (COVID-19). 23.09.2020 – Aktualisierter Stand für Deutschland, https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Gesamt.html [24.9.2020]

RKI – Robert Koch Institut, 2020f, Wochenberichte GrippeWeb. Jahr 2019, Wochenbericht 45/2019 bis einschließlich Wochenbericht 52/2019, <https://grippeweb.rki.de/WeeklyReports.aspx> [30.9.2020]

RKI – Robert Koch Institut, 2020g, SARS-CoV-2_Testkriterien für Schulen während der COVID-19-Pandemie. Empfehlungen des Robert Koch-Instituts für Schulen. 12.10.2020, https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Teststrategie/Testkriterien-Schulen.pdf?blob=publicationFile [13.10.2020]

RKI – Robert Koch Institut, 2020h, Präventionsmaßnahmen in Schulen während der COVID-19-Pandemie. Empfehlungen des Robert Koch-Instituts für Schulen. 12.10.2020, https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Praevention-Schulen.pdf?blob=publicationFile [13.10.2020]

Schöneberg, Katharina et. al., 2016, Branchenanalyse Laboranalytik. Wirtschaftliche Trends, Beschäftigungsentwicklung, Arbeits- und Gehaltsbedingungen, https://www.boeckler.de/pdf/p_study_hbs_342.pdf [28.9.2020]

Statistisches Bundesamt, 2020a, Genesis, Fortschreibung des Bevölkerungsstands, Bevölkerung: Deutschland, Stichtag, Altersjahre, 31.12.2019, Wiesbaden

Statistisches Bundesamt, 2020b, Fast 700 000 Alleinerziehende mit Kindern unter 13 Jahren im Jahr 2018 erwerbstätig, https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2020/03/PD20_N012_122.html [7.10.2020]

Seeling, Stefanie / Prütz, Franziska / Gutsche, Johanna, 2018, Inanspruchnahme pädiatrischer und allgemeinmedizinischer Leistungen durch Kinder und Jugendliche in Deutschland – Querschnittsergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends, in: Journal of Health Monitoring, 3 (4), S. 57–67

Abstract

In addition to the goals of infection prevention and the avoidance of overloading the capacities of the health care system, the avoidance of daycare, kindergarden and school closures is another goal of the current German policy in the corona pandemic. However, these three goals are in conflict – given both the current COVID-19 test capacities and the outpatient treatment capacities. In the past it was possible for children to attend daycare and school even with mild cold symptoms. Now, the corresponding capacities in the health care system are insufficient to safely rule out a SARS-CoV-2 infection. Yet illnesses, the symptoms of which could also indicate a SARS-CoV-2 infection, occur more frequently in children than in adults. Therefore, numerous children would probably have to stay at home within the next months, if infection prevention is the primary objective.

The Bundesländer have tried to provide answers to this conflict of interest. In summary, it can be stated: Ultimately, it is the GPs and paediatricians who should decide whether testing for COVID-19 is indicated or not. However, the recommendations to parents as to when children should consult a doctor differ depending on the Bundesland. Likewise, different evaluations are made as to when a child could continue attending school or kindergarden in the case of symptoms that could indicate a SARS-CoV-2 infection. At the same time, the recommendations of the Bundesländer regarding the procedure for dealing with cold symptoms are not clear at all points and leave room for interpretation.

With regard to the social acceptance of the measures, it makes sense to adopt nationwide uniform regulations for school and kindergarden. These should also provide a step-by-step plan that standardises the handling of disease symptoms and links them to the infection process. Regarding employed parents it is also important to find clear rules that are as unbureaucratic as possible in order to ensure the compatibility of work and family in the coming months.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 3-1: Regelungen und Empfehlungen der Bundesländer zum Schul- und Kitabesuch.....	16
---	----

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 2-1: Behandlungsfälle je Arzt	11
---	----