Rahmenhygieneplan zur Umsetzung des Schutz- und Hygienekonzepts für die Kindertagesbetreuung und Heilpädagogische Tagesstätten nach der jeweils geltenden Infektionsschutzmaßnahmenverordnung

(Rahmenhygieneplan Kindertagesbetreuung und HPT)

Stand: 10. April 2021

Vorbemerkung und Geltungsbereich

[1]Nach § 36 Abs. 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG) sind alle Kindertageseinrichtungen und Heilpädagogischen Tagesstätten (HPTs) grundsätzlich verpflichtet, in Hygieneplänen innerbetriebliche Verfahrensanweisungen zur Einhaltung der Infektionshygiene festzulegen, um Infektionsrisiken zu minimieren.

[2]Dieser Rahmenhygieneplan steht im Einklang mit den Anforderungen der SARS-CoV-2-Arbeitsschutzverordnung.

[3]Die nachfolgenden, für den Bereich Kindertageseinrichtungen entwickelten Empfehlungen sind sinngemäß auch für HPTs, die eine Betriebserlaubnis nach § 45 des Achten Buches Sozialgesetzbuch (SGB VIII) erfordern (HPTs der Jugendhilfe und HPTs, die Kinder und Jugendliche mit Behinderung bis zum Abschluss der Schulpflicht betreuen und fördern) anwendbar, soweit dies mit den örtlichen Gegebenheiten im Einzelfall vereinbar ist. [4]Im Unterschied zum Bereich der Kindertageseinrichtungen haben die HPTs mit durchschnittlich acht bis maximal zwölf Kindern ohnehin in der Regel deutlich kleinere Gruppengrößen.

1. Einleitung

[1]Der vorliegende Rahmenhygieneplan Corona für die Kindertagesbetreuung und für HPTs dient als Ergänzung zu den routinemäßigen Hygienemaßnahmen in Kindertageseinrichtungen/HPTs. [2]Bereits bestehende Hygienepläne sind auf Änderungsbedarf zu überprüfen und gegebenenfalls zu aktualisieren. [3]Die Beschäftigten sind über notwendige Änderungen zu unterrichten und gegebenenfalls einzuweisen. [4]Es wird darauf hingewiesen, dass die Einrichtungsträger auch nach den Bestimmungen des Arbeitsschutzgesetzes sowie der DGUV Vorschrift 1 „Grundsätze der Prävention“ verpflichtet sind, zur Gewährleistung von Sicherheit und Gesundheit eine Gefährdungsbeurteilung für Beschäftigte und Versicherte, das heißt auch betreute Kinder, durchzuführen. [5]Dies schließt die Verantwortung für die Umsetzung zusätzlicher Infektionsschutzmaßnahmen, wie in diesem Rahmenhygieneplan aufgeführt, ein. [6]Dabei sind zudem die SARS-CoV-2-Arbeitsschutzregel (BMAS) sowie der SARS-CoV-2-Schutzstandard Kindertagesbetreuung (DGUV) zu berücksichtigen.

[7]Der Rahmenhygieneplan gibt nur einen Rahmen vor. [8]Die konkrete Umsetzung ist von den individuellen Umständen vor Ort abhängig. [9]Es obliegt daher den Einrichtungsträgern, wie sie das Ziel der in diesem Rahmenhygieneplan aufgeführten Maßnahmen erreichen können. [10]Wenn das Ziel auch auf andere Weise erreicht werden kann, so ist dies zulässig.

[11]Es wurde bisher beobachtet, dass eine COVID-19-Erkrankung bei Kindern deutlich milder verläuft als bei Erwachsenen. [12]Kinder können – wie auch Erwachsene – an COVID-19 erkranken, ohne Symptome zu zeigen, und damit auch unerkannt Überträger des Coronavirus SARS-CoV-2 sein. [13]Der vorherrschende Übertragungsweg ist nach derzeitigem Erkenntnisstand die respiratorische Aufnahme virushaltiger Partikel (Tröpfchen und Aerosole) von Mensch zu Mensch, die zum Beispiel beim Atmen, Husten, Sprechen und Niesen entstehen. [14]Die Wahrscheinlichkeit einer respiratorischen Aufnahme solcher Partikel ist bei einem Kontakt ohne hinreichenden Abstand von 1,5 bis 2,0 Metern erhöht. [15]Kinder und Jugendliche können sich grundsätzlich mit dem Virus infizieren und es weitergeben.

[16]Das Distanzgebot in der Arbeit mit Kindern im Alter bis zur Einschulung – bei Kindern/Jugendlichen mit Behinderung oft auch darüber hinaus – lässt sich im pädagogischen Alltag nicht durchgängig umsetzen. [17]Umso wichtiger ist es, dass Maßnahmen ergriffen werden, die helfen, dies zumindest teilweise auszugleichen. [18]In den Bereichen von Hygiene und Personaleinsatz, aber auch bei der konkreten Organisation der pädagogischen Arbeit müssen daher Maßnahmen zur Reduzierung von Übertragungsrisiken sowie zur Nachverfolgbarkeit von Kontaktpersonen mit dem Ziel der Unterbrechung eventueller Infektionsketten getroffen werden.

1.1 Anwendung des Rahmenhygieneplans im Regelbetrieb und in der Notbetreuung

[1]Der Rahmenhygieneplan findet sowohl im (eingeschränkten) Regelbetrieb als auch in einem etwaigen Notbetreuungsbetrieb Anwendung. [2]Maßgeblich für die Frage, ob Regelbetrieb, eingeschränkter Regelbetrieb oder eine Notbetreuung stattfindet, ist die Bayerische Infektionsschutzmaßnahmenverordnung in der jeweils geltenden Fassung.

1.1.1 Vorgehen bei (möglicher) Erkrankung eines Kindes bzw. einer Mitarbeiterin oder einem Mitarbeiter

Bei Erkältungs- bzw. respiratorischen Symptomen gilt Folgendes:

a) [1]Bei leichten, neu aufgetretenen Erkältungs- bzw. respiratorischen Symptomen (wie Schnupfen und Husten, aber ohne Fieber) ist der Besuch der Kindertageseinrichtung/HPT für alle Kinder nur möglich, wenn ein negatives Testergebnis auf SARS-CoV-2 (PCR- oder vorzugsweise POC-Antigen-Schnelltest) vorgelegt wird. [2]Der Test kann auch während der Erkrankungsphase erfolgen. [3]Satz 1 gilt nicht bei Schnupfen oder Husten allergischer Ursache (zum Beispiel Heuschnupfen), bei verstopfter Nasenatmung (ohne Fieber), bei gelegentlichem Husten, Halskratzen oder Räuspern, das heißt, hier ist ein Besuch der Kindertageseinrichtung/HPT ohne Test möglich.

b) [1]Kranke Kinder in reduziertem Allgemeinzustand mit Fieber, Husten, Kurzatmigkeit, Luftnot, Verlust des Geschmacks- und Geruchssinns, Hals- oder Ohrenschmerzen, Schnupfen, Gliederschmerzen, starken Bauchschmerzen, Erbrechen oder Durchfall dürfen nicht in die Kindertageseinrichtung/HPT. [2]Die Wiederzulassung zur Kindertageseinrichtung/HPT nach einer Erkrankung ist erst wieder möglich, sofern das Kind wieder bei gutem Allgemeinzustand ist bis auf leichte Erkältungs- bzw. respiratorische Symptome (wie Schnupfen und Husten, aber ohne Fieber) beziehungsweise Symptome nach Buchstabe a) Satz 2 und ein negatives Testergebnis auf SARS-CoV-2 (PCR- oder vorzugsweise POC-Antigen-Schnelltest) vorgelegt wird. [3]Der Test kann auch während der Erkrankungsphase erfolgen.

c) Für das Personal in den Kindertageseinrichtungen/HPTs gelten die Buchstaben a) und b) entsprechend.

d) [1]Erhält in der Kindertagesbetreuung beschäftigtes Personal ein positives Ergebnis in einem selbst durchgeführten Test auf SARS-CoV-2 (Selbsttest), sollte sich die betroffene Person sofort absondern, d.h. alle Kontakte so weit wie möglich reduzieren, und das Gesundheitsamt sowie die Einrichtungsleitung über den positiven Selbsttest unterrichten. [2]Entsprechendes gilt für in der Einrichtung betreute Kinder, bei denen ein Selbsttest ein positives Ergebnis zeigt (Absonderung und Kontaktreduktion, Information des Gesundheitsamtes und der Einrichtung durch die Erziehungsberechtigten). [3]Das Gesundheitsamt ordnet unverzüglich eine PCR-Testung an und unterrichtet über das weitere Vorgehen. [4]Mit der Anordnung der Testung gilt die Absonderungspflicht nach Nr. 1.2 in Verbindung mit Nr. 2.1.2 der AV Isolation in der Fassung der Änderungsbekanntmachung vom 09.03.2021 (BayMBl. Nr. 176). [5]Ist das Ergebnis der PCR-Testung negativ, darf die Einrichtung unverzüglich wieder besucht werden. [6]Bei positivem Testergebnis wird die Absonderung als Isolation gemäß den Vorgaben der Allgemeinverfügung Quarantäne von Kontaktpersonen der Kategorie 1 und von Verdachtspersonen, Isolation von positiv auf das Coronavirus SARS-CoV-2 getesteten Personen (AV Isolation) fortgesetzt.

e) [1]Kinder dürfen nicht in der Kindertageseinrichtung/HPT betreut werden, wenn eine SARS-CoV-2-Infektion mit oder ohne Symptomatik (beim Kind) vorliegt oder sich das Kind in Quarantäne befindet. [2]Beim täglichen Empfang der Kinder empfiehlt es sich kurz nachzufragen, ob Kind und Eltern gesund sind oder bekannter Kontakt zu SARS-CoV-2

infizierten Personen bestand. [3]Dies könnte beispielsweise auf der Anwesenheitsliste abgehakt werden. [4]Außerdem sollte beim Betreten der Einrichtung eine kurze Beurteilung des Allgemeinzustands der Kinder durch äußere Inaugenscheinnahme erfolgen.

f) [1]Hatte eine für die Kinderbetreuung/HPT-Betreuung vorgesehene Person in den letzten 14 Tagen vor dem geplanten Einsatz Kontakt zu einer bestätigt SARS-CoV-2-infizierten Person, darf diese vorgesehene Person die Einrichtung nicht betreten, bis mit dem zuständigen Gesundheitsamt abgeklärt worden ist, ob Quarantänemaßnahmen für diese Person notwendig sind. [2]Wird eine Quarantäne von der zuständigen Kreisverwaltungsbehörde angeordnet, darf die betroffene Person die Einrichtung erst nach Ablauf der Quarantäne wieder betreten. [3]Es sind die Empfehlungen des Robert Koch-Instituts (RKI) zum Umgang mit Kontaktpersonen zu beachten und die Anweisungen des Gesundheitsamts einzuhalten. [4]Erlangen Beschäftigte darüber Kenntnis, dass sie Kontakt zu einer Person hatten, die nachweislich infiziert ist, haben sie hierüber den Träger der Kindertageseinrichtung/HPT unverzüglich zu informieren. [5]In Abstimmung mit der örtlich zuständigen Kreisverwaltungsbehörde ist dann über weitere erforderliche Maßnahmen zu entscheiden. [6]Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind verpflichtet, bei Reisen zu überprüfen, ob es sich nach aktueller Einschätzung des RKI bei dem Reiseland um ein Risikogebiet handelt. [7]In diesem Fall sind die jeweils gültigen Quarantäneverordnungen zu beachten.

1.1.2 Umgang mit Personen mit einem höheren Risiko für einen schweren COVID-19-Krankheitsverlauf

[1]Der Träger der Kindertageseinrichtung/HPT hat sicherzustellen, dass ausreichend Personal zur Betreuung in der Kindertageseinrichtung/HPT anwesend ist. [2]Hierbei ist insbesondere in der Gefährdungsbeurteilung gemäß Arbeitsschutzgesetz abzuwägen, ob und in welchem Umfang und gegebenenfalls mit welchen Schutzmaßnahmen Beschäftigte, bei denen ein höheres Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf besteht, in der Betreuung der Kinder eingesetzt werden. [3]Eine arbeitsmedizinische Vorsorge ist den Beschäftigten zu ermöglichen, beziehungsweise anzubieten. [4]Beschäftigte können sich individuell vom Betriebsarzt/der Betriebsärztin beraten lassen, auch zu besonderen Gefährdungen aufgrund einer Vorerkrankung oder einer individuellen Disposition. [5]Ängste und psychische Belastungen müssen ebenfalls thematisiert werden können. [6]Der Betriebsarzt/die Betriebsärztin kennt den Arbeitsplatz und schlägt dem Arbeitgeber geeignete Schutzmaßnahmen vor, wenn die normalen Arbeitsschutzmaßnahmen nicht ausreichen.

[7]In diesem Zusammenhang sind auch die Empfehlungen des RKI zu Risikogruppen und die ggf. anzupassende Gefährdungsbeurteilung zu berücksichtigen. [8]Auf die Arbeitsmedizinische Empfehlung „Umgang mit aufgrund der SARS-CoV-2-Epidemie besonders schutzbedürftigen Beschäftigten“ wird hingewiesen.

[9]Schwangere Beschäftigte in der Kindertageseinrichtung/HPT-Betreuung sind von Tätigkeiten mit direktem Kontakt zu Kindern freizustellen (betriebliches Beschäftigungsverbot). [10]Im Rahmen der Gefährdungsbeurteilung ist zu ermitteln, ob und unter welchen Bedingungen Schwangere mit anderen Tätigkeiten in der Einrichtung beschäftigt werden können, sofern eine Beschäftigung im Homeoffice nicht möglich ist. [11]Die Informationen zum Mutterschutz im Zusammenhang mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 /COVID-19 sind zu beachten.

[12]Bei Kindern, die nach den Informationen des RKI zu Personengruppen gehören, die nach bisherigen Erkenntnissen ein höheres Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf haben, klären die Eltern mit dem Kinderarzt geeignete Schutzmaßnahmen und mit dem Träger deren Umsetzung in der Kindertagesbetreuung/HPT.

1.1.3 Verhalten beim Auftreten von Krankheitszeichen im Tagesverlauf

[1]Die Einschätzung des Gesundheitszustandes des Kindes erfolgt durch reines Beobachten. [2]Im Verdachtsfall wird eine kontaktlose Fiebermessung empfohlen, die Fiebermessung als Screeninguntersuchung ist jedoch nicht angeraten. [3]Es wird empfohlen, mit den Personensorgeberechtigten eine Vereinbarung zu treffen, ob in der Betreuungseinrichtung beim Kind Fieber gemessen werden darf. [4]Schnupfen oder Husten allergischer Ursache, verstopfte Nasenatmung (ohne Fieber), gelegentlicher Husten, Halskratzen oder Räuspern können bei Kindern normal sein und sollten keinen Grund darstellen, das Kind von der

Kindertagesbetreuung/HPT-Betreuung auszuschließen. [5]Reagieren Sie in dieser Situation besonnen und halten Sie die üblichen Hygieneregeln ein.

[6]Tritt eine Verschlechterung des Allgemeinzustands eines Kindes (Fieber, starker Husten, Hals- oder Ohrenschmerzen usw.) im Tagesverlauf auf, so informieren Sie die Eltern und bitten Sie diese, ihr Kind zeitnah abzuholen.

[7]Achten Sie bis zur Abholung des Kindes auf die Einhaltung des Mindestabstandes, eine Isolation in einem anderen Raum ist nicht zwingend notwendig. [8]Dies ist auch wichtig, um Ruhe zu bewahren und die anwesenden Kinder nicht zu beunruhigen. [9]Bei der Abholung informieren Sie die Eltern über die Art der von Ihnen beobachteten Symptome und dokumentieren Sie diese auf dem Formblatt „Ausschluss Betreuung in der Gemeinschaftseinrichtung“ (siehe Anhang). [10]Regen Sie einen Arztbesuch an und informieren Sie die Eltern, dass das Formblatt dem Kinder- und Jugend- oder Hausarzt vorgelegt werden sollte.

[11]Mit Krankheitszeichen bei Beschäftigten ist wie folgt umzugehen.

[12]Zeigen sich während der Betreuung der Kinder COVID-19-typische Krankheitssymptome (Fieber, starker Husten, Kurzatmigkeit, Luftnot, Verlust des Geschmacks- und Geruchssinns, Halsschmerzen, Schnupfen, Gliederschmerzen, siehe Hinweise des RKI) bei Beschäftigen, ist die Arbeitstätigkeit sofort zu beenden. [13]Es wird empfohlen, sich dann an einen behandelnden Arzt oder eine Ärztin oder an den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst zu wenden (Informationen finden Sie hier).

[14]Sollte bei einem in der Einrichtung betreuten Kind oder bei einer Mitarbeiterin oder einem Mitarbeiter eine Infektion mit COVID-19 nachgewiesen werden, ist umgehend das zuständige Gesundheitsamt zu informieren, um die weiteren Maßnahmen abzustimmen. [15]Zu informieren ist auch die für die Betriebserlaubnis zuständige Behörde.

1.1.4 Allgemeine Verhaltensregeln

[1]Die Beschäftigten in Kindertageseinrichtungen/HPTs sowie erwachsene Besucherinnen und Besucher sollen untereinander das Abstandsgebot von 1,5 Metern sowie die bekannten Hygieneregeln einhalten:

a) Für Beschäftigte beziehungsweise Eltern gilt: Keine Berührungen, Umarmungen und kein Händeschütteln.

b) Regelmäßiges und gründliches Händewaschen mit Seife (nach Hygieneplan).

c) Häufiges Händewaschen mit Seife wird auch über die Mindestanforderungen des Hygieneplans hinaus empfohlen (zum Beispiel nach der Benutzung von öffentlichen Verkehrsmitteln; nach dem erstmaligen Betreten des Gebäudes; vor dem Aufsetzen und vor sowie nach dem Abnehmen einer Mund-Nasen-Bedeckung beziehungsweise einer medizinischen Gesichtsmaske.

d) [1]Neben den Beschäftigten der Kindertageseinrichtungen/HPTs sollten sich auch die Eltern und Kinder nach Betreten der Einrichtung gründlich die Hände waschen. [2]Eltern können sich alternativ die Hände desinfizieren. [3]Jedes Kind und jeder Beschäftigte sollten zum Abtrocknen der Hände ein eigenes Handtuch oder Einmalhandtücher verwenden.

e) [1]Beim Händewaschen soll die gesamte Hand einschließlich Handrücken, Fingerzwischenräume, Daumen und Fingernägel für mindestens 20-30 Sekunden mit Seife eingeschäumt werden. [2]Auch kaltes Wasser ist ausreichend, wichtig ist der Einsatz von Seife. [3]Zur Reinigung der Hände sollten hautschonende Flüssigseife und Handtuchspender zur Verfügung gestellt werden.

f) [1]Für Beschäftigte und Kinder gilt der erstellte Hautschutzplan. [2]Hierbei ist auch die Pflege der Hände der Kinder mit einem geeigneten Hautschutzmittel zu berücksichtigen (gegebenenfalls in Absprache mit den Eltern, um allergische Reaktionen auszuschließen).

g) Das Berühren der Schleimhäute im Gesichtsbereich (Augen, Mund etc.) mit ungewaschenen Händen ist zu vermeiden.

h) [1]Husten- und Nies-Etikette: Beim Husten und Niesen wegdrehen von anderen Personen. [2]Benutzung von Einmaltaschentüchern auch zum Husten und Niesen, regelmäßige Entsorgung im verschließbaren Hausmüll, alternativ: Niesen oder Husten in die Ellenbeuge.

i) [1]Desinfektion der Hände beim Personal (nach Hygieneplan) – Eine Desinfektion der Hände ist nur dann sinnvoll, wenn ein Händewaschen nicht möglich ist und nach Kontakt mit Fäkalien, Blut oder Erbrochenem. [2]Dazu muss Desinfektionsmittel in ausreichender Menge in die trockene Hand gegeben und bis zur vollständigen Abtrocknung ca. 30 Sekunden in die Hände eingerieben werden. [3]Dabei ist auf die vollständige Benetzung der Hände zu achten (siehe auch www.aktion-sauberehaende.de/).

j) Gegenstände wie zum Beispiel Trinkgefäße, persönliche Arbeitsmaterialien, Stifte sollen nicht mit anderen Personen geteilt werden.

[2]Diese Verhaltensregeln sind auch entwicklungsangemessen mit den Kindern zu erarbeiten und umzusetzen (§ 13 Kinderbildungsverordnung – AVBayKiBiG). [3]Insbesondere das Händewaschen ist gründlich mit den Kindern durchzuführen. [4]Eine Handdesinfektion ist bei Kindern weder sinnvoll noch erforderlich.

[5]Informationen zu Verhaltensmaßnahmen (Händehygiene, Husten- und Niesetikette, Abstand halten) sollten auch mittels Postern und anderen auffälligen Hinweisen gegeben werden (www.infektionsschutz.de/).

1.1.5 Testpflicht für Schulkinder

[1]Schulkinder sollen möglichst, analog zur Regelung an den Schulen und unter Vorbehalt einer Regelung in der Bayerischen Infektionsschutzmaßnahmenverordnung, nur dann betreut werden, wenn sie zu Beginn der Betreuung über ein schriftliches oder elektronisches negatives Ergebnis eines PCR- oder POC-Antigentests in Bezug auf eine Infektion mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 verfügen und auf Anforderung der Einrichtung vorweisen oder in der Kindertageseinrichtung/HPT unter Aufsicht einen Selbsttest mit negativem Ergebnis vorgenommen haben. [2]Die dem Testergebnis zu Grunde liegende Testung oder der in der Einrichtung vorgenommene Selbsttest dürfen bei einer 7-Tage-Inzidenz im betreffenden Landkreis/der kreisfreien Stadt bis zu 100 höchstens 48 Stunden vor dem Beginn des Schul- beziehungsweise Betreuungstages vorgenommen worden sein, bei einer 7-Tage-Inzidenz über 100 darf der Test höchstens 24 Stunden vor Beginn des Schul- beziehungsweise Betreuungstages vorgenommen worden sein. [3]Sofern ein Kind am betreffenden Tag oder 24 Stunden beziehungsweise 48 Stunden vor Betreuungsbeginn am Präsenzunterricht oder der Notbetreuung in der Schule teilgenommen hat, wird vermutet, dass das Kind bereits in der Schule einen Test vorgewiesen hat oder in der Schule unter Aufsicht getestet wurde. [4]Ein nochmaliger Test in der Kindertageseinrichtung/HPT ist in den Fällen des Satz 3 nicht erforderlich. [5]Soweit Tests in der Einrichtung vorgenommen werden, verarbeitet die Einrichtung das Testergebnis ausschließlich für den Zweck der Aufrechterhaltung der Betreuung; eine Übermittlung an Dritte findet vorbehaltlich von Meldepflichten nach dem Infektionsschutzgesetz nicht statt. [6]Das Testergebnis wird höchstens 14 Tage aufbewahrt. [7]Die Durchführung eines Selbsttests nach Satz 1 bedarf der Einwilligung der Personensorgeberechtigten.

1.2 Hinweise zum Umgang mit Mund-Nasen-Bedeckung (Community Maske) beziehungsweise medizinischen Gesichtsmasken

[1]Mit der Fragestellung, was unter einer Mund-Nasen-Bedeckung (MNB) am Arbeitsplatz zu verstehen ist, befasst sich die SARS-CoV-2-Arbeitsschutzregel. [2]Entsprechend Punkt 2.3 dieser Regel sind MNB textile Bekleidungsgegenstände, die mindestens Nase und Mund bedecken und die geeignet sind, die Geschwindigkeit des Atemstroms oder des Speichel-/Schleim-/Tröpfchenauswurfs deutlich zu reduzieren. [3]Diese SARS-CoV-2-Arbeitsschutzregel konkretisiert für den gemäß § 5 Infektionsschutzgesetz festgestellten Zeitraum der epidemischen Lage von nationaler Tragweite die Anforderungen an den Arbeitsschutz in Hinblick auf SARS-CoV-2. [4]Die SARS-CoV-2-Arbeitsschutzregel enthält Konkretisierungen der Anforderungen der Verordnungen nach dem Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG). [5]Bei Einhaltung dieser Konkretisierungen kann der Arbeitgeber davon ausgehen, dass die Anforderungen aus den Verordnungen erfüllt sind. [6]Wählt der Arbeitgeber eine andere Lösung, muss er damit mindestens die gleiche Sicherheit und den gleichen Gesundheitsschutz für die Beschäftigten erreichen.

[7]MNB sind weder ein Medizinprodukt (wie medizinischer Mund-Nasen-Schutz) noch Teil der persönlichen Schutzausrüstung (wie FFP2/FFP3 Masken). [8]Community-Masken können die Infektionsgefahr verringern und helfen dabei, die Ausbreitung von SARS-CoV-2 zu verlangsamen.

[9]Bei medizinischen Gesichtsmasken beziehungsweise MNS (auch als OP-Masken, chirurgische Masken oder Mund-Nasen-Schutz bezeichnet) handelt es sich um Einmalprodukte, die aus speziellen Kunststoffen bestehen und mehrschichtig aufgebaut sind. [10]Sie müssen besonderen Anforderungen genügen und besitzen eine CE-Kennzeichnung auf der Maske und/oder der Verpackung.

[11]Es ist wichtig, darauf hinzuweisen, dass der Einsatz von MNB oder auch den empfohlenen medizinischen Gesichtsmasken (MNS) beziehungsweise Masken mit mindestens gleichwertigem genormten Standard die zentralen Schutzmaßnahmen, wie die Selbst-Isolation Erkrankter, die Einhaltung der physischen Distanz von mindestens 1,5 Metern, die Hustenregeln und die Händehygiene zum Schutz vor Ansteckung, nicht ersetzen kann. [12]Diese zentralen Schutzmaßnahmen müssen also weiterhin strikt eingehalten werden. [13]Siehe hierzu die Hinweise des RKI.

1.3 Maskenpflicht allgemein

[1]Das Personal und Trägervertreterinnen und Trägervertreter haben die Pflicht mindestens eine MNB auf den Begegnungs- und Arbeitsflächen (zum Beispiel Flure, Personalräume) der Arbeitsstätte zu tragen. [2]Auch am Arbeitsplatz ist mindestens eine MNB zu tragen, soweit der Mindestabstand von 1,5 Metern nicht zuverlässig eingehalten werden kann. [3]Dies dürfte während der Betreuungszeiten in Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflegestellen regelmäßig der Fall sein. [4]Zum verbesserten Selbstschutz empfehlen wir jedoch dem Personal, medizinische Gesichtsmasken (MNS) zu tragen. [5]Arbeitsplätze sind zum Beispiel Gruppen- und Nebenräume, Funktionsräume aber auch das Außengelände der Kinderbetreuungseinrichtung. [6]Ausreichende Tragepausen sind zu beachten. [7]Hierzu eignen sich auch spezifische pädagogische Situationen, in denen die Fachkräfte planbar Abstand zu den Kindern halten können, wie zum Beispiel der (morgendliche) Begrüßungskreis, Vorlese-Situationen oder Erklärungen und Anleitungen vor einer Gruppe von Kindern sowie die Aufsicht im Freien. [8]Vorher und im Anschluss sollte ausreichend gelüftet werden.

[9]Externe Personen (Eltern, Pädagogische Qualitätsbegleiterinnen und -begleiter, Fachberaterinnen und Fachberater, Supervisorinnen und Supervisoren, Lieferantinnen und Lieferanten und sonstige Besucherinnen und Besucher) haben in der Kinderbetreuungseinrichtung mindestens medizinische Gesichtsmasken zu tragen. [10]Damit sind auch Masken mit mindestens gleichwertigem genormten Standard zulässig. [11]Alltagsmasken, also MNB, sind für externe Personen nicht zulässig. [12]Dies gilt auch für die Übergabesituation durch die Eltern.

[13]Kinder in Kindertageseinrichtungen/HPT bis zum Schulalter müssen keine Mund-Nasen-Bedeckung tragen. [14]Zu Schulkindern in den Horten und HPT siehe Nr. 1.4.

1.4 Maskenpflicht auf dem Hort- und HPT-Gelände (ab dem Schulalter)

[1]Für Schulkinder, Beschäftigte sowie Besucherinnen und Besucher gilt auf dem Hort- und HPT-Gelände grundsätzlich eine Maskenpflicht. [2]Konkrete Vorgaben zur maximalen Tragedauer beziehungsweise zu Tragepausen von MNB/MNS bestehen nicht. [3]Aufgrund der Verpflichtung zum Tragen einer MNB auf dem Hort- und HPT-Gelände müssen Tragepausen/Erholungsphasen gewährleistet sein. [4]Schülerinnen und Schülern ist es erlaubt, die MNB/MNS in den Mehrzweck- und Therapieräumen sowie in den Außenbereichen abzunehmen, wenn für einen ausreichenden Mindestabstand zwischen den Schülerinnen und Schülern gesorgt ist. [5]Ferner dürfen Schülerinnen und Schülern während einer Stoßlüftung für die Dauer der Stoßlüftung und während der Pausen, wenn gelüftet wird, am Sitzplatz die MNB abnehmen. [6]Diese Regelungen gelten in Horten, Hortgruppen in altersgeöffneten Kindertageseinrichtungen und Häusern für Kinder und in HPTs entsprechend. [7]Sie gelten nicht für Schulkinder in altersgeöffneten Kindertageseinrichtungen und in Häusern für Kinder und in den Kindertagespflegestellen, in denen Schulkinder gemeinsam mit Kindern anderer Altersgruppen betreut werden.

2. Raumhygiene: Gruppengröße, Nutzung der Räume und Außenbereiche

2.1 Allgemeines

a) [1]Die Eingewöhnung neuer Kinder, die sich in der Regel über zwei bis drei Wochen erstreckt, kann und sollte auch in Zeiten von Corona unbedingt von Eltern und Beschäftigten gemeinsam durchgeführt werden. [2]Nur so können Kinder den Übergang in die Kindertageseinrichtung erfolgreich bewältigen und eine sichere Bindung zu ihrer Fachkraft aufbauen.

b) [1]Angebote zur sprachlichen Bildung, wie zum Beispiel die Vorkurse Deutsch, oder andere Förderangebote, zum Beispiel heilpädagogische oder medizinisch-therapeutische, können in Abstimmung aller Beteiligten und unter Wahrung des Infektionsschutzes durchgeführt werden. [2]Die Förderung sollte nach Möglichkeit so durchgeführt werden, dass die Maßgaben zur Betreuung der Kinder durch einen festen Personenstamm eingehalten werden.

2.2 Maßnahmen zur Kontaktreduzierung

a) [1]Die Bring- und Holsituation sollte so gestaltet werden, dass Kontakte möglichst reduziert werden (zwischen Beschäftigten und Eltern sowie Eltern untereinander). [2]Hierbei könnten gestaffelte Zeiten oder auch eine Übergabe im Außenbereich helfen. [3]Sogenannte Tür- und Angelgespräche sollten alternativ möglichst im Freien stattfinden.

b) Mittelbare pädagogische Arbeit wie die Ausarbeitung von Betreuungsangeboten und Projekten sowie Dokumentationen von Entwicklungsprozessen der Kinder sollte, sofern möglich, im Homeoffice erfolgen.

c) Betriebsbedingte Zusammenkünfte mehrerer Personen (zum Beispiel Teambesprechungen, aber auch Elterngespräche) sollten auf das zwingend betriebsnotwendige Minimum reduziert werden und, wenn möglich, durch die Verwendung von Informationstechnologie ersetzt werden.

d) Das Betreten der Kinderbetreuungseinrichtung durch Externe (zum Beispiel Fach- oder Lieferdienste) sollte vom Träger auf seine Notwendigkeit hin überprüft und auf ein Mindestmaß reduziert werden.“

2.3 Gruppenbildung im eingeschränkten Regelbetrieb und in der Notbetreuung

a) [1]Die Kinder müssen im eingeschränkten Regelbetrieb und in der Notbetreuung in festen Gruppen betreut und gefördert werden. [2]Das Bilden fester Gruppen mit zugeordnetem Personal hält die Anzahl der Kontaktpersonen im Infektionsfall gering und Infektionsketten bleiben nachvollziehbar. [3]Sollte eine Infektion auftreten, erleichtert eine Gruppenbildung die Entscheidung, gegebenenfalls nur Teile der Einrichtung zu schließen. [4]Im Regelbetrieb kann die Bildung und Betreuung auch im Rahmen von offenen Konzepten, mithin ohne die Bildung fester Gruppen, erfolgen.

b) [1]Die Gruppengröße ist abhängig von der personellen und räumlichen Ausstattung. [2]Um die Öffnungszeiten aufrechtzuerhalten, kann Personal gruppenübergreifend tätig werden. [3]Kinder, die die Randzeitenbetreuung nutzen oder Geschwisterkinder sollen möglichst in einer Gruppe betreut werden. [4]Gegebenenfalls sollen alle Räume für die Gruppenbildung genutzt werden, zum Beispiel auch der Mehrzweckraum oder der Turnraum.

c) Werden Räumlichkeiten von verschiedenen Gruppen zeitversetzt genutzt (zum Beispiel Funktionsräume wie zum Beispiel Wasch- und Toilettenbereiche, Essbereich, Turnräume, Ruheräume), sind diese vor dem Wechsel zu lüften und Möbel wie Materialien zu reinigen.

d) Sollten Sprachfördermaßnahmen, therapeutische/pädagogische Förderangebote durch Beschäftigte stattfinden, sollen diese möglichst nicht zwischen den Gruppen wechseln.

e) Infektionsketten bleiben nachvollziehbar durch tägliche Dokumentation der Zusammensetzung der Gruppen, tägliche Dokumentation der Betreuerinnen und Betreuer der Gruppen, Dokumentation des Auftretens von Erkältungs- beziehungsweise respiratorischen Symptomen und tägliche Dokumentation der Anwesenheit externer Personen in der Kindertageseinrichtung/HPT.

2.4 Infektionsschutz in Funktions- und Gemeinschaftsräumen

a) Die Funktionsräume, das heißt Wasch- und Toilettenbereiche, Essbereich, Turnräume, Ruheräume etc. sollen – sofern möglich – festen Gruppen zugewiesen beziehungsweise zeitversetzt genutzt werden.

b) [1]Wechselseitiger Gebrauch von Alltagsmaterial (zum Beispiel Spielzeug) zwischen den gebildeten Gruppen ist möglichst zu vermeiden. [2]Vor der Aufnahme neuer Kinder oder der Bildung neuer Gruppen ist eine Reinigung zu empfehlen.

c) Singen und Bewegungsspiele sollten vorzugsweise im Freien stattfinden.

d) [1]In Schlafräumen sollten die Abstände zwischen den Betten möglichst groß sein. [2]Vor und nach der Nutzung des Schlafraumes ist für eine ausreichende Belüftung zu sorgen.

e) Die Nutzung von Verkehrswegen (unter anderem Treppen, Türen) ist, wenn möglich so anzupassen, dass ein ausreichender Abstand eingehalten werden kann, zum Beispiel durch zeitlich versetzte Nutzung.

f) Sanitärbereich: Die Toilettenräume sind mit ausreichend Flüssigseifenspendern und Einmalhandtüchern oder personengebundenen Handtüchern und Abfallbehältern auszustatten.

g) Eine tägliche Reinigung ist ausreichend, es sei denn, der Sanitärbereich wird von mehreren Gruppen zeitversetzt genutzt.

2.5 Infektionsschutz im Freien

a) Außenbereich verstärkt nutzen.

b) Versetzte Spielzeiten können vermeiden, dass zu viele Kinder zeitgleich den Außenbereich nutzen.

c) Ausflüge in der näheren Umgebung sind möglich (auf Abstandsgebot zu Kita-fremden Personen achten).

3. Reinigung und Desinfektion

3.1 Allgemeines

[1]Die aufgeführten Maßnahmen des Hygieneplans, über den jede Kindertageseinrichtung/HPT verfügt, sind weiterhin grundsätzlich ausreichend. [2]Falls nicht bereits im Hygieneplan vorgesehen, sollten die Hygienemaßnahmen mindestens wie folgt erweitert werden:

a) Handkontaktflächen (insbesondere Türklinken, Tischoberflächen, Fenstergriffe, in Kinderkrippen auch Fußböden mit häufigem Handkontakt beim Spielen) je nach Bedarf auch häufiger am Tag reinigen.

b) Eine Reinigung mit Hochdruckreinigern sollte aufgrund von Aerosolbildung unterlassen werden.

3.2 Desinfektion von Flächen

[1]Die Anwendung von Desinfektionsmitteln sollte auf die im Hygieneplan vorgesehenen Anwendungsbereiche beschränkt bleiben. [2]Insbesondere sind keine routinemäßigen Flächendesinfektionsmaßnahmen (Boden, Möbel, Sanitärbereich) erforderlich. [3]Auch bei häufigen Handkontaktflächen reicht eine Reinigung mit einem handelsüblichen Reiniger aus. [4]In bestimmten sensiblen Bereichen (zum Beispiel Küche) können desinfizierende Mittel und Verfahren notwendig sein.

[5]Nach einer Kontamination mit potenziell infektiösem Material (Erbrochenem, Stuhl und Urin sowie mit Blut) ist zunächst das kontaminierte Material mit einem in Desinfektionsmittel getränkten Einmaltuch (Zellstoff und ähnliches) zu entfernen und das Tuch sofort in den Abfall zu entsorgen. [6]Anschließend ist die Fläche durch eine Scheuer-Wisch-Desinfektion zu desinfizieren.

[7]Das hierbei verwendete Mittel muss zur Abtötung der betreffenden Infektionserreger geeignet sein. [8]Dies sind Mittel mit dem Wirkungsbereich „begrenzt viruzid“, „begrenzt viruzid plus“ und „viruzid“. [9]Es sind Desinfektionsmittel mit geprüfter und nachgewiesener Wirksamkeit, zum

Beispiel aus der aktuell gültigen Desinfektionsmittelliste des Verbundes für Angewandte Hygiene e.V. (VAH), der RKI-Liste beziehungsweise im Küchenbereich aus der Desinfektionsmittelliste der Deutschen Veterinärmedizinischen Gesellschaft (DVG) mit der entsprechenden Konzentration und Einwirkzeit zu verwenden. [10]Dies sollte in Absprache mit dem zuständigen Gesundheitsamt beziehungsweise der Lebensmittelüberwachungsbehörde erfolgen.

[11]Reinigungs- und Desinfektionsmittel sind vor unberechtigtem Zugriff geschützt aufzubewahren.

4. Belüftung

[1]Regelmäßiges Lüften fördert die Luftqualität und dient der Hygiene, da in geschlossenen Räumen in Abhängigkeit von der Anzahl der anwesenden Personen die Anzahl von Aerosol getragenen Krankheitserregern in der Raumluft steigen kann. [2]Durch das Lüften wird die Zahl möglicherweise in der Luft vorhandener erregerhaltiger, feinster Tröpfchen reduziert.

[3]Als Indikator für eine gute Raumluft kann die CO_2-Konzentration herangezogen werden. [4]Der allgemein als akzeptabel eingestufte Wert von 1 000 ppm (Pettenkofer-Zahl) sollte in der Zeit der Epidemie, möglichst unterschritten werden. [5]Mit der CO_2-App (Rechner und Timer) des Instituts für Arbeitsschutz (IFA) lässt sich überschlägig die CO_2-Konzentration in Räumen berechnen und die optimale Zeit und Frequenz zur Lüftung eines Raumes bestimmen. [6]Zur Überprüfung der Luftqualität kann auch der Einsatz einer CO_2-Ampel beziehungsweise eines CO_2-Sensors oder eine CO_2-Messung hilfreich sein.

[7]Eine ausreichende Belüftung kann durch vollständig geöffnete Fenster (am besten Querlüftung) oder durch Raumlufttechnische Anlagen (RLT, Lüftungsanlage) sichergestellt werden.

[8]Die einfachste Form der Lüftung ist die Fensterlüftung. [9]Diese soll als Stoßlüftung über die gesamte Öffnungsfläche der Fenster vor Beginn der Tätigkeitsaufnahme und dann in regelmäßigen Abständen, möglichst alle 20 Minuten erfolgen. [10]Eine Orientierung der Lüftungsintervalle an der CO_2-Konzentration (siehe oben) wird empfohlen. [11]In Anlehnung an die Technische Regel für Arbeitsstätten ASR A3.6 kann als Mindestdauer der Stoßlüftung im Winter drei Minuten, im Frühling und Herbst fünf Minuten sowie im Sommer zehn Minuten herangezogen werden. [12]Es wird empfohlen, in Abhängigkeit von der konkreten Situation vor Ort, zur Sicherstellung eines ausreichenden Luftwechsels einen Lüftungsplan für alle regelmäßig genutzten Räume der Einrichtung aufzustellen.

[13]Geöffnete Fenster können eine Absturzgefahr darstellen, zum Beispiel, wenn Kinder auf Fensterbänke klettern. [14]Dieser Gefahr muss mit einer angemessenen Aufsicht (zum Beispiel ständige Beobachtung) begegnet werden. [15]Auch auf Einklemmschutz ist zu achten.

[16]Bei Vorhandensein von RLT-Anlagen muss geprüft und sichergestellt werden, dass eine potentielle Weiterverbreitung von Krankheitserregern über die Lüftungsanlage ausgeschlossen ist. [17]Dies hängt unter anderem von der Art und dem Betrieb der vorhandenen Lüftungsanlage ab. [18]Hilfreich ist ein möglichst hoher Frischluftanteil bei ausreichender Luftfeuchtigkeit. [19]Eine regelmäßige Wartung und ein bestimmungsgemäßer Betrieb werden vorausgesetzt, eine Umluftbeimengung sollte minimiert werden. [20]Die technischen Details (Filterung, Umluftanteil, Fortluftführung etc.) müssen in die Gefährdungsbeurteilung miteinbezogen werden. [21]Von einer generellen Abschaltung von RLT-Anlagen wird abgeraten, da dies zu einer Erhöhung der Aerosolkonzentration in der Raumluft und damit zur Erhöhung des Infektionsrisikos führen kann.

5. Lebensmittelhygiene

[1]Die Essenseinnahme erfolgt in fest zusammengesetzten Gruppen. [2]Gegebenenfalls kann durch zeitlich versetzte Essenseinnahme der Abstand zwischen den einzelnen Gruppen der Kindertageseinrichtung vergrößert und eine Durchmischung vermieden werden. [3]Kinder einer Gruppe müssen auch während der Essenseinnahme untereinander keinen Mindestabstand einhalten.

[4]In der Küche bei Unterschreitung des Mindestabstandes von 1,5 Metern und bei der Essensausgabe wird durch das Personal eine geeignete Mund-Nasen-Bedeckung getragen. [5]Der Zugang zur Küche beziehungsweise Spülküche ist den Mitarbeitern bzw. dem Betreuungspersonal vorbehalten. [6]Die Abgabe von Speisen erfolgt ausschließlich über Bedien-/Betreuungspersonal, eine Abgabe unverpackter Speisen (zum Beispiel Obst als Nachtisch oder

am Nachmittag) wird so durchgeführt, dass das Infektionsrisiko nicht erhöht wird, zum Beispiel kann sich jedes Kind nach dem Händewaschen selbst ein Stück Obst entnehmen.

[7]Bei Essenseinnahme in der Gruppe der Kindertageseinrichtung kann eine Selbstbedienung mit eigenständigem Einschenken beziehungsweise Schöpfen erfolgen. [8]Kinderdienste beim Eindecken und Abräumen sind innerhalb der Tischgemeinschaft ebenfalls möglich. [9]Eine gemeinsame Speisenzubereitung mit den Kindern sollte nicht erfolgen, jedoch können Angebote im Bereich der Ernährungsbildung durchgeführt werden (pädagogisches Kochen und Backen). [10]Nach dem Essen werden die Tische gereinigt.

[11]Das Mitbringen von Speisen ist möglich, es sollte jedoch gewährleistet sein, dass keine Kontamination über das Geschirr erfolgt. [12]Dazu sollte das Geschirr an der Außenseite vor dem Erwärmen gereinigt werden, sofern die Speisen im eigenen Geschirr erwärmt und an das Kind abgegeben werden. [13]Die Kinder sollten untereinander keine Speisen probieren.

6. Dokumentation und Belehrung

[1]Das einrichtungsspezifische Hygienekonzept sollte an den Rahmenhygieneplan angepasst werden. [2]Auf Verlangen ist das Hygienekonzept der zuständigen Kreisverwaltungsbehörde vorzulegen.

[3]Die Beschäftigten sind hierüber zu unterrichten und gegebenenfalls einzuweisen, die Teilnahme ist zu dokumentieren (Teilnahmedokumentation siehe Anhang).

[4]Ebenfalls ist eine (einmalige) Sicherstellung und Dokumentation der Information der Eltern über die Inhalte des Vorgehens mittels des Formblatts „Bestätigung über Erhalt der Elterninformation“ (siehe Anhang) notwendig.

[5]Beim täglichen Empfang der Kinder sollte eine kurze Dokumentation über eine erfolgte Rückversicherung bei den Eltern, ob Kind und Eltern gesund sind oder ein bekannter Kontakt zu SARS-CoV-2 infizierten Personen bestand, durchgeführt werden. [6]Dies kann beispielsweise mittels Abhaken auf der Anwesenheitsliste erfolgen.

[7]Falls Krankheitszeichen (Fieber, Husten, Kurzatmigkeit, Luftnot, Verlust des Geschmacks- und Geruchssinns, Hals- oder Ohrenschmerzen, Schnupfen, Gliederschmerzen, starke Bauchschmerzen, Erbrechen oder Durchfall) beim Kind beim Empfang vorhanden sind, darf das Kind den Ort der Kindertagesbetreuung nicht betreten und das Formular „Ausschluss Betreuung in der Gemeinschaftseinrichtung“ (siehe Anhang) sollte ausgefüllt und den Eltern ausgehändigt werden. [8]Das Formular sollte ebenfalls ausgefüllt und ausgehändigt werden, wenn es zum Auftreten von Krankheitszeichen im Tagesverlauf kommt.