



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

(Rahmenhygieneplan Kindertagesbetreuung und HPT)

Stand: 18. Februar 2021

Vorbemerkung und Geltungsbereich

¹Nach § 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.

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

³Die 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. ⁴Im Unterschied zum Bereich der Kindertageseinrichtungen haben die HPTs mit durchschnittlich acht bis maximal zwölf Kindern ohnehin in der Regel deutlich kleinere Gruppengrößen.

1. Einleitung

¹Der vorliegende Rahmenhygieneplan Corona für die Kindertagesbetreuung und für HPTs dient als Ergänzung zu den [routinemäßigen Hygienemaßnahmen](#) in Kindertageseinrichtungen/HPTs. ²Bereits bestehende Hygienepläne sind auf Änderungsbedarf zu überprüfen und gegebenenfalls zu aktualisieren. ³Die Beschäftigten sind über notwendige Änderungen zu unterrichten und gegebenenfalls einzuweisen. ⁴Es 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. ⁵Dies schließt die Verantwortung für die Umsetzung zusätzlicher Infektionsschutzmaßnahmen, wie in diesem Rahmenhygieneplan aufgeführt, ein. ⁶Dabei sind zudem die SARS-CoV-2-Arbeitsschutzregel sowie der SARS-CoV-2-Schutzstandard Kindertagesbetreuung zu berücksichtigen.

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

¹¹Es wurde bisher beobachtet, dass eine COVID-19-Erkrankung bei Kindern deutlich milder verläuft als bei Erwachsenen. ¹²Kinder können – wie auch Erwachsene – an COVID-19 erkranken, ohne Symptome zu zeigen, und damit auch unerkannt Überträger des Coronavirus SARS-CoV-2 sein. ¹³Der 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. ¹⁴Die Wahrscheinlichkeit einer respiratorischen Aufnahme solcher Partikel ist bei einem Kontakt ohne hinreichenden Abstand von 1,5 bis 2,0 Metern erhöht. ¹⁵Kinder und Jugendliche können sich grundsätzlich mit dem Virus infizieren und es weitergeben.

¹⁶Das 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. ¹⁷Umso wichtiger ist es, dass Maßnahmen ergriffen werden, die helfen, dies zumindest teilweise auszugleichen. ¹⁸In 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

Der Rahmenhygieneplan findet sowohl im (eingeschränkten) Regelbetrieb als auch in einem etwaigen Notbetriebsbetrieb Anwendung.

1.1.1 Umgang mit Kindern mit Erkältungssymptomen in Kinderbetreuungseinrichtungen

¹Kinder 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. ²Beim 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. ³Dies könnte beispielsweise auf der Anwesenheitsliste abgehakt werden. ⁴Außerdem sollte beim Betreten der Einrichtung eine kurze Beurteilung des Allgemeinzustands der Kinder durch äußere Inaugenscheinnahme erfolgen.

⁵Kranke Kinder in reduziertem Allgemeinzustand mit Fieber, starkem Husten, Hals- oder Ohrenschmerzen, Bauchschmerzen, Erbrechen oder Durchfall haben keinen Zugang zur Kindertagesbetreuung/HPT. ⁶Einrichtungen beziehungsweise Tagesmütter/Tagesväter sind berechtigt, in diesem Sinne erkrankte Kinder von ihren Sorgeberechtigten abholen zu lassen und einen Arztbesuch anzuregen.

⁷Kindern in Kinderkrippe/Kindergarten/Kindertagespflege/HPT bis zum Schulalter ist bei leichten, neu aufgetretenen, nicht fortschreitenden Symptomen (wie Schnupfen ohne Fieber und gelegentlicher Husten ohne Fieber) ein Besuch der Kindertagesbetreuung ohne negatives SARS-CoV-2-Testergebnis (PCR- oder Antigen-Test, nachstehend: AG-Test) oder ärztliches Attest weiterhin möglich.

⁸Kranke Kinder in Kinderkrippe/Kindergarten/Kindertagespflege/HPT bis zum Schulalter in reduziertem Allgemeinzustand mit Fieber, Husten, Hals- oder Ohrenschmerzen, starken Bauchschmerzen, Erbrechen oder Durchfall dürfen nicht in die Kindertagesbetreuung. ⁹Die Wiedenzulassung zur Kindertagesbetreuung nach einer Erkrankung ist in Kinderkrippe/Kindergarten/Kindertagespflege/HPT erst wieder möglich, sofern das Kind bei gutem Allgemeinzustand mindestens 48 Stunden symptomfrei (bis auf leichten Schnupfen und gelegentlichen Husten) ist. ¹⁰Der fieberfreie Zeitraum soll 48 Stunden betragen. ¹¹Auf Verlangen der Einrichtungsleitung müssen die Eltern/Personensorgeberechtigten eine schriftliche Bestätigung über die Symptomfreiheit von mindestens 48 Stunden (siehe Anhang 4) vorlegen. ¹²Die Vorlage eines negativen Testergebnisses auf SARS-CoV-2 (PCR- oder AG-Test) oder eines ärztlichen Attestes ist nicht erforderlich.

¹³In Übereinstimmung mit den Schulen können Schulkinder der Grundschulen/Grundschulstufen bei leichten, neu aufgetretenen, nicht fortschreitenden Symptomen (wie Schnupfen ohne Fieber und gelegentlicher Husten ohne Fieber) sowohl die Schule als auch den Hort und die HPT weiterhin besuchen. ¹⁴Für ältere Kinder ab Jahrgangsstufe fünf ist der Besuch von Schule und Hort beziehungsweise HPT bei leichten, neu aufgetretenen Symptomen (wie Schnupfen ohne Fieber und gelegentlicher Husten ohne Fieber) erst möglich, wenn nach mindestens 48 Stunden (ab Auftreten der Symptome) kein Fieber entwickelt wurde und im häuslichen Umfeld keine Erwachsenen an Erkältungssymptomen leiden bzw. bei diesen eine SARS-CoV-2-Infektion ausgeschlossen wurde.

¹⁵Kranke 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 die Schule und somit auch nicht den Hort und die HPT besuchen. ¹⁶Die Wiedenzulassung zum Besuch des Hortes und der HPT erfolgt analog zur Wiedenzulassung zur Schule. ¹⁷Das bedeutet, dass der

Besuch des Horts und der HPT nach einer Erkrankung erst wieder möglich ist, sofern die Schüler bei gutem Allgemeinzustand mindestens 48 Stunden symptomfrei (bis auf leichten Schnupfen und gelegentlichen Husten) sind. ¹⁸Der fieberfreie Zeitraum soll 48 Stunden betragen. ¹⁹Auf Verlangen der Einrichtungsleitung müssen die Eltern/Personensorgeberechtigten eine schriftliche Bestätigung über die Symptomfreiheit von mindestens 48 Stunden (siehe Anhang 4) vorlegen. ²⁰Die Vorlage eines negativen Testergebnisses auf SARS-CoV-2 (PCR- oder AG-Test) oder eines ärztlichen Attests ist nicht erforderlich.

1.1.2 Kohortenisolation von Schulkindern, die auch einen Hort beziehungsweise eine HPT besuchen

¹Wird eine Schülerin bzw. ein Schüler während der regulären Unterrichtsphase mittels PCR-Test oder Antigentest positiv auf SARS-CoV-2 getestet, so wird für die jeweilige Schulklasse bzw. Lerngruppe sofort ab Diagnose für fünf Tage die Quarantäne beziehungsweise Kohortenisolation durch das zuständige Gesundheitsamt angeordnet. ²Mit dem Tag der Diagnosestellung (= Bekanntwerden des positiven Testergebnisses) beginnt die Kohortenisolation (siehe: https://www.stmgp.bayern.de/wp-content/uploads/2020/12/20201205_infoblatt_kohortenisolation-schueler.pdf). ³Am fünften Tag sollen die unter Kohortenisolation stehenden Schülerinnen und Schüler mittels Antigenschnelltest oder PCR-Test im Rahmen der vorhandenen Testmöglichkeiten getestet werden. ⁴Die negativ getesteten Schülerinnen und Schüler werden wieder zum Unterricht zugelassen. ⁵Satz 4 gilt für Schulkinder in reinen Horten, in HPTs ab dem Schulalter und für reine Schulkindgruppen (zum Beispiel in altersgeöffneten Kindertageseinrichtungen, Häusern für Kinder, Kindertagespflegestellen und HPTs) entsprechend. ⁶Satz 5 gilt nicht für Schulkinder, die gleichzeitig mit Kindern anderer Altersgruppen betreut werden. ⁷Vor Wiederaufnahme des Hort- beziehungsweise HPT-Besuchs beziehungsweise des Besuchs der Schulkindgruppe ist der Einrichtungsleitung unaufgefordert eine Bestätigung über einen negativen Test auf SARS-CoV-2 vorzulegen oder zu übermitteln. ⁸Es kann hierfür die Bestätigung verwendet werden, die auch der Schulleitung entsprechend dem Rahmenhygieneplan für Schulen unaufgefordert vorgelegt werden muss.

⁹Eine Ausnahmeregelung gilt, wenn eine Schülerin oder ein Schüler während der regulären Unterrichtsphase positiv auf SARS-CoV-2 getestet wird und die anschließend vorgenommene variantenspezifische PCR-Untersuchung einen begründeten Verdacht auf das Vorliegen einer Virusvariante ergibt, die vom Robert-Koch-Institut als besorgniserregend (Variant of Concern – VOC) eingestuft wird. ¹⁰In diesem Fall gelten für die Schulklasse beziehungsweise Lerngruppe die Vorgaben für Kontaktpersonen der Kategorie I (KP 1) von Indexpersonen mit begründetem Verdacht oder bestätigter Infektion mit einer VOC. ¹¹Hiernach beträgt die Quarantänedauer 14 Tage; eine Verkürzung auf zehn Tage nach negativem Testergebnis kommt nicht in Betracht. ¹²Hintergrund dieses Vorgehens ist die für die VOC aufgrund wissenschaftlicher Untersuchungen angenommene höhere Übertragbarkeit im Vergleich zu den bisher bekannten SARS-CoV-2.

1.1.3 Personaleinsatz in der Kindertagesbetreuung/HPT-Betreuung

¹Bei leichten, neu aufgetretenen, nicht fortschreitenden Symptomen (wie Schnupfen ohne Fieber und gelegentlicher Husten ohne Fieber) ist eine Tätigkeit von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der Kindertagesbetreuung erst möglich, wenn mindestens 48 Stunden (ab Auftreten der Symptome) kein Fieber entwickelt wurde. ²Bei Vorliegen eines negativen Testergebnisses (PCR- oder AG-Test) oder einer ärztlichen Bescheinigung ist auch eine vorzeitige Tätigkeit möglich.

³Kranke Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Kindertagesbetreuung/HPT-Betreuung in reduziertem Allgemeinzustand mit Fieber, Husten, Kurzatmigkeit, Luftnot, Verlust des Geschmacks- und Geruchssinns, Halsschmerzen, Schnupfen, Gliederschmerzen, starken Bauchschmerzen, Erbrechen oder Durchfall müssen zu Hause bleiben und dürfen nicht eingesetzt werden. ⁴Sie dürfen Ihre Tätigkeit in der Einrichtung erst wieder aufnehmen, wenn die Mitarbeiterinnen oder die Mitarbeiter in der Kindertagesbetreuung/HPT-Betreuung bei gutem Allgemeinzustand mindestens 24 Stunden symptomfrei (bis auf leichten Schnupfen und gelegentlichen Husten) sind. ⁵Der fieberfreie Zeitraum soll 24 Stunden betragen. ⁶Zusätzlich ist die Vorlage eines negativen Testergebnisses auf SARS-CoV-2 (PCR- oder AG-Test) oder eines ärztlichen Attests erforderlich. ⁷Die Entscheidung über die Durchführung eines Tests wird nach ärztlichem Ermessen unter Einbeziehung der Testressourcen und der Testlaufzeit getroffen. ⁸Telefonische und telemedizinische Konzepte sind möglich.

⁹Hatte 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. ¹⁰Wird eine Quarantäne vom Gesundheitsamt angeordnet, darf die betroffene Person die Einrichtung erst nach Ablauf der Quarantäne wieder betreten. ¹¹Es sind die [Empfehlungen des Robert Koch-Instituts \(RKI\)](#) zum Umgang mit Kontaktpersonen zu beachten und die Anweisungen des Gesundheitsamts einzuhalten. ¹²Erlangen 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. ¹³In Abstimmung mit dem örtlichen Gesundheitsamt ist dann über weitere erforderliche Maßnahmen zu entscheiden. ¹⁴Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind verpflichtet, bei Reisen zu überprüfen, ob es sich nach aktueller Einschätzung des RKI bei dem Reiseland um ein Risikogebiet handelt. ¹⁵In diesem Fall sind die jeweils gültigen Quarantäneverordnungen zu beachten.

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

¹Der Träger der Kindertageseinrichtung/HPT hat sicherzustellen, dass ausreichend Personal zur Betreuung in der Kindertageseinrichtung/HPT anwesend ist. ²Hierbei 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. ³Eine arbeitsmedizinische Vorsorge ist den Beschäftigten zu ermöglichen, beziehungsweise anzubieten. ⁴Beschäftigte können sich individuell vom Betriebsarzt/der Betriebsärztin beraten lassen, auch zu besonderen Gefährdungen aufgrund einer Vorerkrankung oder einer individuellen Disposition. ⁵Ängste und psychische Belastungen müssen ebenfalls thematisiert werden können. ⁶Der Betriebsarzt/die Betriebsärztin kennt den Arbeitsplatz und schlägt dem Arbeitgeber geeignete Schutzmaßnahmen vor, wenn die normalen Arbeitsschutzmaßnahmen nicht ausreichen.

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

⁹Schwangere Beschäftigte in der Kindertageseinrichtung/HPT-Betreuung sind von Tätigkeiten mit direktem Kontakt zu Kindern freizustellen (betriebliches Beschäftigungsverbot). ¹⁰Im 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. ¹¹Die [Informationen zum Mutterschutz](#) im Zusammenhang mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 /COVID-19 sind zu beachten.

¹²Bei 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.

1.1.5 Verhalten beim Auftreten von Krankheitszeichen im Tagesverlauf

¹Die Einschätzung des Gesundheitszustandes des Kindes erfolgt durch reines Beobachten. ²Im Verdachtsfall wird eine kontaktlose Fiebermessung empfohlen, die Fiebermessung als Screeninguntersuchung ist jedoch nicht angeraten. ³Es wird empfohlen, mit den Personensorgeberechtigten eine Vereinbarung zu treffen, ob in der Betreuungseinrichtung beim Kind Fieber gemessen werden darf. ⁴Eine „laufende“ Nase kann bei Kindern normal sein und sollte keinen Grund darstellen, das Kind von der Kindertagesbetreuung/HPT-Betreuung auszuschließen. ⁵Reagieren Sie in dieser Situation besonnen und halten Sie die üblichen Hygieneregeln ein.

⁶Tritt 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.

⁷Achten Sie bis zur Abholung des Kindes auf die Einhaltung des Mindestabstandes, eine Isolation in einem anderen Raum ist nicht zwingend notwendig. ⁸Dies ist auch wichtig, um Ruhe zu bewahren und die anwesenden Kinder nicht zu beunruhigen. ⁹Bei 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). ¹⁰Regen Sie einen Arztbesuch an und informieren Sie die Eltern, dass das Formblatt dem Kinder- und Jugend- oder Hausarzt vorgelegt werden sollte.

¹¹Mit Krankheitszeichen bei Beschäftigten ist wie folgt umzugehen.

¹²Zeigen 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 Beschäftigten, ist die Arbeitstätigkeit sofort zu beenden. ¹³Es wird empfohlen, sich dann an einen behandelnden Arzt oder eine Ärztin oder an den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst zu wenden (Informationen finden Sie [hier](#)). ¹⁴Die Hausärztin oder der Hausarzt oder der kassenärztliche Bereitschaftsdienst bespricht mit den Beschäftigten das weitere Vorgehen, zum Beispiel ob eine Testung auf SARS-CoV-2 angezeigt ist.

¹⁵Sollte 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. ¹⁶Zu informieren ist auch die für die Betriebserlaubnis zuständige Behörde.

1.1.6 Allgemeine Verhaltensregeln

¹Die 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).
- d) ¹Neben den Beschäftigten der Kindertageseinrichtungen/HPTs sollten sich auch die Eltern und Kinder nach Betreten der Einrichtung gründlich die Hände waschen. ²Jedes Kind und jeder Beschäftigte sollten zum Abtrocknen der Hände ein eigenes Handtuch oder Einmalhandtücher verwenden.
- e) ¹Beim Händewaschen soll die gesamte Hand einschließlich Handrücken, Fingerzwischenräume, Daumen und Fingernägel für mindestens 20-30 Sekunden mit Seife eingeschäumt werden. ²Auch kaltes Wasser ist ausreichend, wichtig ist der Einsatz von Seife. ³Zur Reinigung der Hände sollten hautschonende Flüssigseife und Handtuchspender zur Verfügung gestellt werden.
- f) ¹Für Beschäftigte und Kinder gilt der erstellte Hautschutzplan. ²Hierbei 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) ¹Husten- und Nies-Etikette: Beim Husten und Niesen wegrehen von anderen Personen. ²Benutzung von Einmaltaschentüchern auch zum Husten und Niesen, regelmäßige Entsorgung im verschließbaren Hausmüll, alternativ: Niesen oder Husten in die Ellenbeuge.
- i) ¹Desinfektion 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. ²Dazu muss Desinfektionsmittel in ausreichender Menge in

die trockene Hand gegeben und bis zur vollständigen Abtrocknung ca. 30 Sekunden in die Hände eingerieben werden. ³Dabei 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.

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

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

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

¹Mit der Fragestellung, was unter einer Mund-Nasen-Bedeckung (MNB) am Arbeitsplatz zu verstehen ist, befasst sich die [SARS-CoV-2-Arbeitsschutzregel](#). ²Entsprechend 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. ³Diese 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. ⁴Die SARS-CoV-2-Arbeitsschutzregel enthält Konkretisierungen der Anforderungen der Verordnungen nach dem Arbeitsschutzgesetz (ArbSchG). ⁵Bei Einhaltung dieser Konkretisierungen kann der Arbeitgeber davon ausgehen, dass die Anforderungen aus den Verordnungen erfüllt sind. ⁶Wählt der Arbeitgeber eine andere Lösung, muss er damit mindestens die gleiche Sicherheit und den gleichen Gesundheitsschutz für die Beschäftigten erreichen.

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

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

¹¹Es ist wichtig, darauf hinzuweisen, dass der Einsatz von MNB oder auch den empfohlenen medizinischen Gesichtsmasken 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. ¹²Diese zentralen Schutzmaßnahmen müssen also weiterhin strikt eingehalten werden. ¹³Siehe hierzu die [Hinweise des RKI](#).

1.3 Maskenpflicht allgemein

¹Das Personal und Trägervertreterinnen und Trägervertreter haben die Pflicht mindestens eine MNB auf den Begegnungs- und Arbeitsflächen (zum Beispiel Flure, Personalräume) der Arbeitsstätte zu tragen. ²Auch am Arbeitsplatz ist mindestens eine MNB zu tragen, soweit der Mindestabstand von 1,5 Metern nicht zuverlässig eingehalten werden kann. ³Dies dürfte während der Betreuungszeiten in Kindertageseinrichtungen und Kindertagespflegestellen regelmäßig der Fall sein. ⁴Arbeitsplätze sind zum Beispiel Gruppen- und Nebenräume, Funktionsräume aber auch das Außengelände der Kinderbetreuungseinrichtung. ⁵Ausreichende Tragepausen sind zu beachten. ⁶Zum verbesserten Selbstschutz empfehlen wir jedoch dem Personal, medizinische Gesichtsmasken zu tragen.

⁷Externe 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. ⁸Damit sind auch Masken mit mindestens gleichwertigem genormten Standard zulässig. ⁹Alltagsmasken, also MNB, sind für externe Personen nicht zulässig. ¹⁰Dies gilt auch für die Übergabesituation durch die Eltern.

¹¹Kinder in Kindertageseinrichtungen/HPT bis zum Schulalter müssen keine Mund-Nasen-Bedeckung tragen. ¹²Zu Schulkindern in den Horten und HPT siehe Nr. 1.4.

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

¹Für Schulkinder, Beschäftigte sowie Besucherinnen und Besucher gilt auf dem Hort- und HPT-Gelände grundsätzlich eine Maskenpflicht. ²Konkrete Vorgaben zur maximalen Tragedauer beziehungsweise zu Tragepausen von MNB bestehen nicht. ³Aufgrund der Verpflichtung zum Tragen einer MNB auf dem Hort- und HPT-Gelände müssen Tragepausen/Erholungsphasen gewährleistet sein. ⁴Schülerinnen und Schülern ist es erlaubt, die MNB in den Mehrzweck- und Therapieräumen sowie in den Außenbereichen abzunehmen, wenn für einen ausreichenden Mindestabstand zwischen den Schülerinnen und Schülern gesorgt ist. ⁵Ferner dürfen Schülerinnen und Schülern während einer Stoßlüftung für die Dauer der Stoßlüftung und während der Pausen, wenn gelüftet wird, am Sitzplatz die MNB abzunehmen. ⁶Diese Regelungen gelten in Horten, Hortgruppen in altersgeöffneten Kindertageseinrichtungen und Häusern für Kinder und in HPTs entsprechend. ⁷Sie 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) ¹Die 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. ²Nur so können Kinder den Übergang in die Kindertageseinrichtung erfolgreich bewältigen und eine sichere Bindung zu ihrer Fachkraft aufbauen.
- b) ¹Angebote 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. ²Die 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) ¹Die Bring- und Holsituation sollte so gestaltet werden, dass Kontakte möglichst reduziert werden (zwischen Beschäftigten und Eltern sowie Eltern untereinander). ²Hierbei könnten gestaffelte Zeiten oder auch eine Übergabe im Außenbereich helfen. ³Sogenannte 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

- a) ¹Die Kinder müssen in festen Gruppen betreut und gefördert werden. ²Das Bilden fester Gruppen mit zugeordnetem Personal hält die Anzahl der Kontaktpersonen im Infektionsfall gering und Infektionsketten bleiben nachvollziehbar. ³Sollte eine Infektion auftreten, erleichtert eine Gruppenbildung die Entscheidung, gegebenenfalls nur Teile der Einrichtung zu schließen.
- b) ¹Die Gruppengröße ist abhängig von der personellen und räumlichen Ausstattung. ²Um die Öffnungszeiten aufrechtzuerhalten, kann Personal gruppenübergreifend tätig werden. ³Kinder, die die Randzeitenbetreuung nutzen oder Geschwisterkinder sollen möglichst in einer Gruppe betreut werden. ⁴Gegebenenfalls 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) ¹Wechselseitiger Gebrauch von Alltagsmaterial (zum Beispiel Spielzeug) zwischen den gebildeten Gruppen ist möglichst zu vermeiden. ²Vor der Aufnahme neuer Kinder oder der Bildung neuer Gruppen ist eine Reinigung zu empfehlen.
- c) Singen und Bewegungsspiele sollten vorzugsweise im Freien stattfinden.
- d) ¹In Schlafräumen sollten die Abstände zwischen den Betten möglichst groß sein. ²Vor und nach der Nutzung des Schlafrumes 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

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

- d) Handkontaktflächen (insbesondere Türklinken, Tischoberflächen, Fenstergriffe, in Kinderkrippen auch Fußböden mit häufigem Handkontakt beim Spielen) je nach Bedarf auch häufiger am Tag reinigen.
- e) Eine Reinigung mit Hochdruckreinigern sollte aufgrund von Aerosolbildung unterlassen werden.

3.2 Desinfektion von Flächen

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

⁵Nach 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. ⁶Anschließend ist die Fläche durch eine Scheuer-Wisch-Desinfektion zu desinfizieren.

⁷Das hierbei verwendete Mittel muss zur Abtötung der betreffenden Infektionserreger geeignet sein. ⁸Dies sind Mittel mit dem Wirkungsbereich „begrenzt viruzid“, „begrenzt viruzid plus“ und „viruzid“. ⁹Es 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. ¹⁰Dies sollte in Absprache mit dem zuständigen Gesundheitsamt beziehungsweise der Lebensmittelüberwachungsbehörde erfolgen.

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

4. Belüftung

¹Regelmäßiges 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. ²Durch das Lüften wird die Zahl möglicherweise in der Luft vorhandener erregerrhaltiger, feinsten Tröpfchen reduziert.

³Als Indikator für eine gute Raumluft kann die CO₂-Konzentration herangezogen werden. ⁴Der allgemein als akzeptabel eingestufte Wert von 1 000 ppm (Pettenkofer-Zahl) sollte in der Zeit der Epidemie, soweit wie möglich, unterschritten werden. ⁵Mit der CO₂-App (Rechner und Timer) des Instituts für Arbeitsschutz (IFA) lässt sich überschlägig die CO₂-Konzentration in Räumen berechnen und die optimale Zeit und Frequenz zur Lüftung eines Raumes bestimmen. ⁶Zur Überprüfung der Luftqualität kann auch der Einsatz einer CO₂-Ampel beziehungsweise eines CO₂-Sensors oder eine CO₂-Messung hilfreich sein.

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

⁸Die einfachste Form der Lüftung ist die Fensterlüftung. ⁹Diese soll als Stoßlüftung über die gesamte Öffnungsfläche der Fenster vor Beginn der Tätigkeitsaufnahme und dann in regelmäßigen Abständen, mindestens stündlich, erfolgen. ¹⁰Eine Orientierung der Lüftungsintervalle an der CO₂-Konzentration (siehe oben) wird empfohlen. ¹¹In 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. ¹²Es 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.

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

¹⁶Bei Vorhandensein von RLT-Anlagen muss geprüft und sichergestellt werden, dass eine potentielle Weiterverbreitung von Krankheitserregern über die Lüftungsanlage ausgeschlossen ist. ¹⁷Dies hängt unter anderem von der Art und dem Betrieb der vorhandenen Lüftungsanlage ab. ¹⁸Hilfreich ist ein möglichst hoher Frischluftanteil bei ausreichender Luftfeuchtigkeit. ¹⁹Eine regelmäßige Wartung und ein bestimmungsgemäßer Betrieb werden vorausgesetzt, eine Umluftbeimengung sollte minimiert werden. ²⁰Die technischen Details (Filterung, Umluftanteil, Fortluftführung etc.) müssen in die Gefährdungsbeurteilung miteinbezogen werden. ²¹Von 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

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

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

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

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

6. Dokumentation und Belehrung

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

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

⁴Ebenfalls 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.

⁵Beim 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. ⁶Dies kann beispielsweise mittels Abhaken auf der Anwesenheitsliste erfolgen.

⁷Falls Krankheitszeichen (Fieber, Husten, Hals- oder Ohrenschmerzen, 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.

⁸Das Formular sollte ebenfalls ausgefüllt und ausgehändigt werden, wenn es zum Auftreten von Krankheitszeichen im Tagesverlauf kommt.