



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

(Rahmenhygieneplan Kindertagesbetreuung und HPT)

Stand: 22. Februar 2022

Stand der Erläuterungen: 25. März 2022

Hinweis: Die Erläuterungen sind nicht Bestandteil des Rahmenhygieneplans. Sie dienen lediglich dem besseren Verständnis und sollen insbesondere bei Verweisungen die aktuelle Rechtslage darstellen.

Erläuterung: Der Rahmenhygieneplan ist nach Änderung der bundesgesetzlichen Vorgaben seit dem 19. März 2022 in weiten Teilen nicht mehr verbindlich. Die weiterhin verbindlichen Passagen sind jeweils in den Erläuterungen als verbindlich markiert. Im Übrigen kann der Rahmenhygieneplan weiterhin als Orientierung für die individuellen Hygienepläne herangezogen werden.

Alternativ können sich die Träger von Kindertageseinrichtungen bei der Erstellung ihrer individuellen Hygienekonzepte am SARS-CoV-2 – Schutzstandard Kindertagesbetreuung der DGUV orientieren. In beiden Fällen kommen sie ihren Verpflichtungen entsprechend der SARS-CoV-2-Arbeitsschutzverordnung nach. Abweichungen von den Maßnahmen des Rahmenhygieneplans oder des SARS-CoV-2 – Schutzstandard Kindertagesbetreuung der DGUV sind im Rahmen einer Gefährdungsbeurteilung darzulegen.

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 (BMAS) sowie der SARS-CoV-2-Schutzstandard Kindertagesbetreuung (DGUV) 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

¹Der Rahmenhygieneplan findet während des Pandemiegeschehens rund um das Coronavirus SARS-CoV-2 stets Anwendung. ²Maßgeblich für die Frage, wie der Betrieb in den Kinderbetreuungseinrichtungen grundsätzlich ausgestaltet ist, ist die Bayerische Infektionsschutzmaßnahmenverordnung (BayIfSMV) in der jeweils geltenden Fassung. ³Die BayIfSMV in der jeweils geltenden Fassung ist ebenfalls für die Frage maßgeblich, ob und unter welchen Voraussetzungen Veranstaltungen (zum Beispiel Elternabende oder Feste) unter Einbeziehung externer Personen (zum Beispiel Eltern) stattfinden können.

1.1.1 Vorgehen bei (möglicher) Erkrankung eines Kindes beziehungsweise einer Mitarbeiterin oder eines Mitarbeiters

Bei Erkältungs- beziehungsweise respiratorischen Symptomen gilt Folgendes:

- a) ¹Bei leichten, neu aufgetretenen Erkältungs- beziehungsweise respiratorischen Symptomen (wie Schnupfen und Husten, aber ohne Fieber) ist der Besuch der Kindertageseinrichtung/HPT für alle Kinder nur möglich, wenn eine Bestätigung der Eltern darüber vorgelegt wird, dass das betreffende Kind nach Auftreten der Symptome nach Satz 1 negativ auf SARS-CoV-2 getestet wurde (PoC-Antigen-Schnelltest, Selbsttest oder PCR-Test). ²Der Test kann auch während der Erkrankungsphase erfolgen. ³Satz 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. ⁴Satz 1 gilt nicht für Kinder, die in der Kindertageseinrichtung/HPT regelmäßig an PCR-Pool-Testungen teilnehmen oder drei Mal wöchentlich einen Testnachweis nach der geltenden BayIfSMV tatsächlich erbringen. ⁵Für Schulkinder kommen für den Besuch der Kindertageseinrichtung/HPT bei einer vorliegenden Symptomatik nach Satz 1 die Regelungen des Rahmenhygieneplans Schulen zur Anwendung.

Erläuterung: Ein ärztliches Attest ist neben der Bestätigung bzw. dem negativen Testnachweis grundsätzlich nicht erforderlich.

- b) ¹Kranke 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. ²Die Wiederzulassung zur Kindertageseinrichtung/HPT nach einer Erkrankung ist erst wieder möglich, sofern das Kind wieder bei gutem Allgemeinzustand

ist bis auf leichte Erkältungs- beziehungsweise respiratorische Symptome (wie Schnupfen und Husten, aber ohne Fieber) beziehungsweise Symptome nach Buchst. a Satz 3 und ein negatives Testergebnis auf SARS-CoV-2 (vorzugsweise PoC-Antigen-Schnelltest, zulässig ist auch ein PCR-Test) vorgelegt wird. ³Der Test kann auch während der Erkrankungsphase erfolgen. ⁴Wird die Testung derart verweigert, dass eine Testung nicht durchzuführen ist, so kann das betreffende Kind die Kindertageseinrichtung/HPT wieder besuchen, sofern es keine Krankheitssymptome mehr aufweist und die Kindertageseinrichtung/HPT ab Auftreten der Krankheitssymptome sieben Tage nicht besucht hat.

- c) ¹Für das Personal in den Kindertageseinrichtungen/HPTs gelten die Buchst. a und b entsprechend. ²Als negatives Testergebnis bei Beschäftigten gilt auch ein Selbsttest, der

Erläuterung: Ein ärztliches Attest ist neben der Bestätigung bzw. dem negativen Testnachweis grundsätzlich nicht erforderlich.

unter Aufsicht in der Einrichtung durchgeführt wird.

- d) ¹Erhält 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, das heißt alle Kontakte so weit wie möglich reduzieren, und die Einrichtungsleitung über den positiven Selbsttest unterrichten. ²Entsprechendes gilt für in der Einrichtung betreute Kinder, bei denen ein Selbsttest ein positives Ergebnis zeigt (Absonderung und Kontaktreduktion, Information der Einrichtung durch die Erziehungsberechtigten). ³Für Kinder und Beschäftigte, die im PCR-Test oder in einem zertifizierten Antigen-Schnelltest durch eine medizinische Fachkraft oder eine vergleichbare, hierfür geschulte Person, ein positives Ergebnis erhalten, gilt die Absonderungspflicht unmittelbar aus Nr. 1.3 in Verbindung mit Nr. 2.1.3 der Allgemeinverfügung Quarantäne von Kontaktpersonen und von Verdachtspersonen, Isolation von positiv auf das Coronavirus SARS-CoV-2 getesteten Personen (AV Isolation). ⁴Eine Anordnung durch das Gesundheitsamt ist nicht erforderlich. ⁵Ein positiver Selbsttest sollte durch einen PCR-Test überprüft werden. ⁶Ist das Ergebnis der PCR-Testung negativ, darf die Einrichtung unverzüglich wieder besucht werden, es sei denn, es liegt eine Gruppenschließung vor. ⁷Bei positivem Testergebnis wird die Absonderung als Isolation gemäß den Vorgaben der AV Isolation fortgesetzt. ⁸In Einrichtungen mit Pooltestung gelten nach einem positiven Pool nach Nr. 1.2 in Verbindung mit Nr. 2.1.2 der AV Isolation alle Teilnehmenden des Pools als Verdachtspersonen und unterliegen bis zur Auflösung des Pools einer Quarantänepflicht. ⁹Diese endet für die Teilnehmenden erst mit Vorliegen eines negativen PCR-Individualtests.
- e) 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.
- f) ¹Die in einer Kindertageseinrichtung/HPT beschäftigten Personen dürfen die Einrichtung nicht betreten, wenn eine SARS-CoV-2-Infektion mit oder ohne Symptomatik vorliegt oder sich die Person in Quarantäne befindet. ²Die zuständige Kreisverwaltungsbehörde kann erforderlichenfalls eine abweichende Entscheidung treffen. ³Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind verpflichtet, bei Reisen zu überprüfen, ob es sich nach aktueller Einschätzung des RKI bei dem Reiseland um ein Gebiet mit erhöhtem Infektionsrisiko (Hochrisikogebiet oder Virusvariantengebiet) handelt. ⁴In diesem Fall sind die jeweils gültigen Quarantäneverordnungen zu beachten.

Erläuterung: Die Vorgaben zu Gruppenschließung und intensiviertem Testregime (nachfolgend Buchst. g bis j) gelten **verbindlich** fort.

- g) ¹Nach Bekanntwerden eines Infektionsfalls in einer Gruppe gilt ein intensiviertes Testregime. ²Hierzu wird auf die BayIfSMV in der jeweils geltenden Fassung verwiesen. ³In Einrichtungen/HPT, in denen PCR-Pool-Tests durchgeführt werden, muss für die betreuten Kinder zusätzlich zu den zweimal wöchentlich durchgeführten PCR-Pool-Tests ein Testnachweis während der folgenden fünf Kita-Tage (Wochenende und Feiertage zählen nicht mit) auf jeden Fall am Montag sowie am letzten der fünf Kita-Tage erbracht werden. ⁴Zulässig ist auch ein zuhause durchgeführter Selbsttest. ⁵Findet am letzten der fünf Tage ohnehin ein Pool-Test statt, so entfällt der zusätzliche Testnachweis. ⁵Für in der Kindertagesbetreuung beschäftigtes Personal wird bei einem Infektionsfall in der Einrichtung ebenfalls eine intensivierte Testung über fünf Kita-Tage empfohlen.
- h) ¹Wenn mehr als 20 Prozent der Kinder, die in der Gruppe (Kindertageseinrichtung/HPT oder Großtagespflege) regelmäßig betreut werden, aufgrund einer positiven Testung auf SARS-CoV-2 die Einrichtung nicht besuchen (Häufung der Infektionsfälle), soll der Einrichtungsträger die betroffene Gruppe für die nächsten fünf Wochentage schließen. ²Die Entscheidung kann auf die Einrichtungsleitung übertragen werden. ³Auf die Testart kommt es dabei nicht an. ⁴Die Gruppenschließung ist der Aufsichtsbehörde unverzüglich anzuzeigen. ⁵Die Gruppenschließung ist außerdem dem zuständigen Gesundheitsamt unverzüglich anzuzeigen. ⁶Das Gesundheitsamt kann ergänzend alle Kinder der betroffenen Gruppe als enge Kontaktpersonen einstufen, sodass Quarantänepflicht nach der AV Isolation gilt. ⁷Einzelanordnungen des Gesundheitsamts sind nicht notwendig. ⁸Das Gesundheitsamt übermittelt die Entscheidung an die Einrichtung, welche die Personensorgeberechtigten informiert. ⁹Kinder, die von einer Quarantäneanordnung nach der AV Isolation nicht betroffen wären, können die Einrichtung trotz Gruppenschließung grundsätzlich weiter besuchen und bei Bedarf in einer anderen Gruppe betreut werden. ¹⁰Allerdings wird auch ihnen empfohlen, die Kontakte zu reduzieren und die Einrichtung nicht zu besuchen. ¹¹Nach Rückkehr aus der Gruppenschließung sollten alle Kinder, auch geimpfte und genesene, einen negativen Testnachweis erbringen. ¹²Zu den Möglichkeiten der Freitestung aus der Quarantäne sowie zu Ausnahmen von der Quarantänepflicht gelten die Vorgaben der AV Isolation. ¹³Die Prüfung zu Möglichkeiten der Freitestung und zu Ausnahmen nach Satz 12 erfolgt durch die Personensorgeberechtigten, eine Prüfung durch das Gesundheitsamt ist nicht vorgesehen. ¹⁴Die Einrichtung kann hierfür einen Nachweis verlangen.
- i) ¹Für Schulkinder, die den Hort oder eine Hortgruppe in altersgeöffneten Kindertageseinrichtungen und Häusern für Kinder besuchen, gilt Buchst. h entsprechend mit der Maßgabe, dass eine Häufung der Infektionsfälle erst vorliegt, wenn mehr als 50 Prozent der Kinder, die in der Gruppe regelmäßig betreut werden, aufgrund einer positiven Testung auf SARS-CoV-2 die Einrichtung nicht besuchen. ²Hinsichtlich der Testungen gelten die Vorgaben aus der Schule.
- j) ¹Für die Kindertagespflegestellen gilt Buchst. h entsprechend mit der Maßgabe, dass eine Häufung der Infektionsfälle vorliegt, wenn mindestens zwei der Kinder, die in der Tagespflegestelle regelmäßig betreut werden, aufgrund einer positiven Testung auf SARS-CoV-2 die Tagespflegestelle nicht besuchen. ²Für die Großtagespflege wird dagegen auf den Schwellenwert von 20 Prozent der Kinder nach Buchst. h Satz 1 abgestellt.

1.1.2 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 schutzwürdigen 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 der Kinderärztin/dem Kinderarzt geeignete Schutzmaßnahmen und mit dem Träger deren Umsetzung in der Kindertagesbetreuung/HPT.

1.1.3 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. ⁴Schnupfen 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. 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 Anlage 2). ¹⁰Regen Sie einen Arztbesuch an und informieren Sie die Eltern, dass das Formblatt in der Kinder- und Jugend- oder Hausarztpraxis 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](#)).

1.1.4 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 beziehungsweise einer medizinischen Gesichtsmaske).
- d) ¹Neben den Beschäftigten der Kindertageseinrichtungen/HPTs sollten sich auch die Eltern und Kinder nach Betreten der Einrichtung gründlich die Hände waschen. ²Eltern können sich alternativ die Hände desinfizieren. ³Jedes 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).

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).

1.1.5 Testnachweispflicht für Schulkinder

Zu den Vorgaben hinsichtlich der Testnachweispflicht für Schulkinder wird auf die BayIfSMV in der jeweils geltenden Fassung verwiesen.

Erläuterung: Aktuell werden Schulkinder im Rahmen ihrer schulischen Testverpflichtung regelmäßig auf eine Coronavirus-Infektion getestet. Lediglich in den Schulferien, in denen Schulkinder ihren Hort, nicht aber die Schule besuchen, ist dreimal wöchentlich ein Testnachweis im Hort zu erbringen. Zulässig ist hierbei die Vornahme eines Selbsttests unter Aufsicht im Hort.

Die Testnachweispflicht gilt nach der BayIfSMV verbindlich fort.

1.1.6 Testnachweispflicht für nicht eingeschulte Kinder

Zu den Vorgaben hinsichtlich der Testnachweispflicht für nicht eingeschulte Kinder wird auf die BayIfSMV in der jeweils geltenden Fassung verwiesen.

Erläuterung: Nicht eingeschulte Kinder dürfen ab Vollendung des ersten Lebensjahres nur in Kindertageseinrichtungen/HPT und Kindertagespflegestellen betreut werden, wenn sie zweimal wöchentlich an PCR-Pool-Testungen teilnehmen oder dreimal wöchentlich die Durchführung eines negativen Selbsttests durch die Personensorgeberechtigten glaubhaft versichert wird. Zulässig ist auch die Vorlage eines Nachweises über einen negativen PoC-Antigen-Schnelltest oder PCR-Test. Für geimpfte bzw. genesene Kinder kann der Impf- bzw. Genesungsnachweis vorgelegt werden.

Die Testnachweispflicht gilt nach der BayIfSMV **verbindlich** fort.

1.1.7 Testnachweispflicht für Beschäftigte

Zu den Vorgaben hinsichtlich der Testnachweispflicht für Beschäftigte wird auf die BayIfSMV in der jeweils geltenden Fassung verwiesen.

Erläuterung: Nicht geimpfte bzw. nicht genesene Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer sind verpflichtet, täglich einen negativen Testnachweis zu erbringen. Der Testnachweis kann durch Vornahme eines Selbsttests unter Aufsicht in der Kinderbetreuungseinrichtung erbracht werden. Zulässig ist auch die Vorlage eines Nachweises über einen negativen PCR- oder PoC-Antigen-Schnelltest. Geimpfte bzw. genesene Beschäftigte legen ihren Impf- bzw. Genesungsnachweis vor.

Die Testnachweispflicht gilt nach der BayIfSMV **verbindlich** fort.

1.1.8 Testnachweispflicht für Eltern und sonstige Dritte

Zu den Vorgaben hinsichtlich der Testnachweispflicht für Beschäftigte wird auf die BayIfSMV in der jeweils geltenden Fassung verwiesen.

Erläuterung: Nicht geimpfte bzw. nicht genesene Eltern oder sonstige Dritte dürfen das Gelände der Kinderbetreuungseinrichtungen nur betreten, wenn sie einen negativen Testnachweis vorlegen. Zulässig ist – neben der Vorlage eines Nachweises über einen negativen PCR- oder PoC-Antigen-Test – auch die Vornahme eines Selbsttests unter Aufsicht in der Kinderbetreuungseinrichtung. Werden Kinder lediglich in die Kinderbetreuungseinrichtung gebracht oder von dort abgeholt, ist die Vorlage eines 3G-Nachweises nicht erforderlich. Geimpfte bzw. genesene Eltern oder sonstige Dritte legen ihren Impf- bzw. Genesungsnachweis vor.

Die Testnachweispflicht gilt nach der BayIfSMV **verbindlich** fort.

1.2 Hinweise zum Umgang mit Mund-Nasen-Bedeckung / medizinischer Gesichtsmaske

¹Mund-Nasen-Bedeckungen (MNB), auch als Alltagsmaske oder Community-Maske bezeichnet, sind textile Bekleidungsgegenstände, die mindestens Nase und Mund bedecken und die geeignet sind, die Geschwindigkeit des Atemstroms oder des Speichel-/Schleim-/Tröpfchenauswurfs deutlich zu reduzieren.

²MNB sind weder ein Medizinprodukt (wie medizinischer Mund-Nasen-Schutz) noch Teil der persönlichen Schutzausrüstung (wie FFP2/FFP3 Masken). ³Community-Masken können die Infektionsgefahr verringern und helfen dabei, die Ausbreitung von SARS-CoV-2 zu verlangsamen.

⁴Bei medizinischen Gesichtsmasken (auch als OP-Masken, chirurgische Masken oder Mund-Nasen-Schutz – MNS – bezeichnet) handelt es sich um Einmalprodukte, die aus speziellen Kunststoffen bestehen und mehrschichtig aufgebaut sind. ⁵Sie müssen besonderen Anforderungen genügen und besitzen eine CE-Kennzeichnung auf der Maske und/oder der Verpackung.

⁶Es 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. ⁷Diese zentralen Schutzmaßnahmen müssen also weiterhin strikt eingehalten werden. ⁸Siehe hierzu die [Hinweise des RKI](#).

1.3 Pflicht zum Tragen einer medizinischen Gesichtsmaske allgemein (Beschäftigte)

¹Die Beschäftigten und Trägervertreterinnen und Trägervertreter haben die Pflicht, mindestens einen MNS auf den Begegnungs- und Verkehrsflächen (zum Beispiel Flure, Personalräume) der Arbeitsstätte zu tragen. ²Alltagsmasken, also MNB, sind für Beschäftigte und Trägervertreterinnen und Trägervertreter nicht zulässig. ³Auch am Arbeitsplatz ist mindestens ein MNS zu tragen, soweit der Mindestabstand von 1,5 Metern nicht zuverlässig eingehalten werden kann. ⁴Arbeitsplätze sind zum Beispiel Gruppen- und Nebenräume sowie Funktionsräume. ⁵Ausreichende Tragepausen sind zu beachten. ⁶Hierzu eignen sich auch spezifische pädagogische Situationen, in denen die Beschäftigten 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. ⁷Vor, während und im Anschluss an die Nutzung der Innenräume sollte ausreichend gelüftet werden, siehe hierzu auch Nr. 4.

⁸Unter freiem Himmel muss keine Maske getragen werden.

⁹Kinder in Kindertageseinrichtungen/HPT bis zum Schulalter müssen keinen MNS und keine MNB tragen. ¹⁰Zu Schulkindern in den Horten und HPT siehe Nr. 1.4.

1.4 Pflicht zum Tragen einer medizinischen Gesichtsmaske beziehungsweise einer Mund-Nasen-Bedeckung auf dem Hort- und HPT-Gelände (Beschäftigte und Schulkinder)

¹Für Beschäftigte gilt auf dem Hort- und HPT-Gelände grundsätzlich eine Pflicht zum Tragen eines MNS. ²Aufgrund der Verpflichtung zum Tragen eines MNS auf dem Hort- und HPT-Gelände müssen Tragepausen gewährleistet sein. ³Konkrete Vorgaben zur maximalen Tragedauer beziehungsweise zu Tragepausen von MNS bestehen nicht. ⁴Während einer Stoßlüftung kann der MNS abgenommen werden.

⁵Für Schulkinder wird hinsichtlich der Pflicht zum Tragen eines MNS beziehungsweise einer MNB auf die Vorgaben der BayLfSMV in der jeweils geltenden Fassung verwiesen.

⁶Unter freiem Himmel muss kein MNS beziehungsweise keine MNB getragen werden.

⁷Diese Regelungen gelten für Hortgruppen in altersgeöffneten Kindertageseinrichtungen und Häusern für Kinder entsprechend. ⁸Die Regelungen zur Pflicht zum Tragen eines MNS beziehungsweise einer MNB 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.

Erläuterung: Für Schulkinder entfällt am Sitz- und Arbeitsplatz sowie bei sportlicher Betätigung die Pflicht zum Tragen einer medizinischen Gesichtsmaske analog der Regelungen des Schulbereichs. Im Übrigen (insb. auf den Begegnungsflächen) dürfen Schulkinder der Jahrgangsstufen 1-4 statt einer medizinischen Gesichtsmaske auch eine Alltagsmaske tragen; empfohlen wird jedoch das Tragen medizinischer Gesichtsmasken.

Soweit nach der BayLfMSV noch Vorgaben zur Maskenpflicht für Schulkinder bestehen, gelten diese nach der BayLfSMV **verbindlich** fort.

1.5 Maskenpflicht für externe Personen

¹Externe Personen (Eltern, Pädagogische Qualitätsbegleiterinnen und -begleiter, Fachberaterinnen und Fachberater, Supervisorinnen und Supervisoren, Lieferantinnen und Lieferanten und sonstige Besucherinnen und Besucher) haben in Innenräumen der Kinderbetreuungseinrichtung die jeweils nach der BayLfSMV vorgeschriebenen Masken zu tragen. ²Alltagsmasken, also MNB, sind für externe Personen nicht zulässig. ³Dies gilt auch für die Übergabesituation durch die Eltern.

Erläuterung: Externe Personen sind nach der aktuellen Fassung der BayLfSMV dazu verpflichtet, FFP2-Masken zu tragen.

Die Vorgabe zur FFP2-Maskenpflicht für externe Personen gilt nach der BayLfSMV **verbindlich** fort.

2. Raumhygiene: Gruppengröße, Nutzung der Räume und Außenbereiche

2.1 Eingewöhnung und Förderangebote

- 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) 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.

2.2 Gruppenbildung

- a) ¹Die Betreuung der Kinder hat nach den Vorgaben der BayLfSMV in der jeweils geltenden Fassung zu erfolgen. 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 Ermittlung enger Kontaktpersonen und die Entscheidung gegebenenfalls nur für einzelne Personen Quarantäne anzuordnen. ⁴Daher wird die Betreuung in festen Gruppen auch unabhängig von den Regelungen in der BayLfSMV in der jeweils geltenden Fassung empfohlen.

Erläuterung: Die Betreuung in offenen Konzepten ist zulässig. Die Bildung fester Gruppen wird nicht mehr vorgegeben.

- b) Werden Räumlichkeiten von verschiedenen Gruppen zeitversetzt genutzt (zum Beispiel Funktionsräume wie zum Beispiel Wasch- und Toilettenbereiche, Essbereich, Turnräume, Ruheräume), sind diese vor dem Wechsel ausreichend zu lüften.
- c) Eine tägliche Dokumentation der Zusammensetzung der Gruppen, der Betreuerinnen und Betreuer der Gruppen, des Auftretens von Erkältungs- beziehungsweise respiratorischen Symptomen und der Anwesenheit externer Personen in der Kindertageseinrichtung/HPT unterstützt dabei, etwaige Infektionsketten nachvollziehen zu können.

2.3 Empfehlungen zum 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) Singen und Bewegungsspiele sollten vorzugsweise im Freien stattfinden.
- c) Sanitärbereich: Die Toilettenräume sind mit ausreichend Flüssigseifenspendern und Einmalhandtüchern oder personengebundenen Handtüchern und Abfallbehältern auszustatten.

2.4 Empfehlungen zum Infektionsschutz im Freien

- a) Der Außenbereich sollte verstärkt genutzt werden.
- b) Versetzte Spielzeiten können vermeiden, dass zu viele Kinder zeitgleich den Außenbereich nutzen.

3. Reinigung und Desinfektion

3.1 Allgemeines

Erläuterung: Die Vorgaben zu Reinigung und Desinfektion (nachfolgend Ziffern 3.1 und 3.2) gelten **verbindlich** fort.

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:

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

Erläuterung: Die Vorgaben zur Belüftung (Ziffer 4) gelten **verbindlich** fort.

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 möglichst 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-Anlage, 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, möglichst alle 20 Minuten, 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. ¹⁸Dies erfordert einen möglichst hohen Frischluftanteil bei ausreichender Luftfeuchtigkeit. ¹⁹Eine regelmäßige Wartung und ein bestimmungsgemäßer Betrieb werden vorausgesetzt, eine Umluftbeimengung ist zu minimieren. 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. Empfehlungen zur Lebensmittelhygiene

¹Der Zugang zur Küche beziehungsweise Spülküche ist den Mitarbeitenden beziehungsweise dem Betreuungspersonal vorbehalten. ²Die 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.

³Bei Essenseinnahme in der Gruppe der Kindertageseinrichtung kann eine Selbstbedienung mit eigenständigem Einschenken beziehungsweise Schöpfen erfolgen. ⁴Kinderdienste beim Eindecken und Abräumen sind innerhalb der Tischgemeinschaft ebenfalls möglich. ⁵Nach dem Essen werden die Tische gereinigt.

⁶Das Mitbringen von Speisen ist möglich, es sollte jedoch gewährleistet sein, dass keine Kontamination über das Geschirr erfolgt. ⁷Dazu sollte das Geschirr an der Außenseite vor dem Erwärmen gereinigt werden, sofern die Speisen im eigenen Geschirr erwärmt und an das Kind abgegeben werden. ⁸Die 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 [Anlage 1](#)).

⁴Beim 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. ⁵Dies kann beispielsweise mittels Abhaken auf der Anwesenheitsliste erfolgen.

⁶Falls 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 [Anlage 2](#)) sollte ausgefüllt und den Eltern ausgehändigt werden. ⁷Das Formular sollte ebenfalls ausgefüllt und ausgehändigt werden, wenn es zum Auftreten von Krankheitszeichen im Tagesverlauf kommt.