

Schrittweise Aufhebung des „Shutdowns“ im Rahmen der Eindämmung von SARS-CoV-2 Infektionen in Schulen und Kindertagesstätten

Stellungnahme des Paedine Saar Netzwerkes

Version 24.04.2020

Präambel

Die hier publizierte Stellungnahme des Paedine^{Saar} Netzwerkes in enger Zusammenarbeit mit dem Vorstand des Berufsverbands der Kinder- und Jugendärzte (bvkj e.V.) im Saarland soll die verantwortlichen Politiker¹ sowie die Leiter von Schulen oder von Betreuungseinrichtungen für Kinder und Jugendliche dabei unterstützen, einen **schrittweisen, rationalen und kontrollierten Weg** aus dem „Shutdown“ im Verlauf der Corona-Pandämie zu planen und umzusetzen. Selbstverständlich wird dieses Dokument regelmäßig überarbeitet, wenn es neue belastbare Erkenntnisse zu den relevanten Aspekten dieses Themas gibt.

Die Stellungnahme geht von folgenden Grundüberlegungen aus

- Das SARS-CoV-2 Virus wird durch **Tröpfchen aus den Atemwegen** sowie durch Kontakt (**Hände**, frisch verunreinigte Gegenstände und Oberflächen, die mit den Händen berührt werden) übertragen. Eintrittspforte sind die oberen Luftwege v.a. der Nasenrachenraum.
- Kinder erkranken nach allem, was bis heute aus den asiatischen Ländern, aus Italien und aus den USA sowie auch aus Deutschland bekannt ist, nur sehr selten schwer an einer Infektion durch das neue Coronavirus (SARS-CoV-2)². Die meisten Kinder zeigen keine oder nur milde Symptome und werden ohne eine spezielle Behandlung wieder ganz gesund [1-9].
- Bei Kindern mit chronischer Grunderkrankung kann das Risiko für einen komplizierten Verlauf der SARS-CoV-2 Infektion erhöht sein. Dies gilt vor allem, wenn die Grunderkrankung die Funktionen des Immunsystem, der Atemwege, des Herzens und des Stoffwechsels nachhaltig und in klinisch relevantem Ausmaß beeinträchtigt. Hier sind wir allerdings nach wie vor auf Analogieschlüsse zu anderen viralen Atemwegsinfektionen bei Kindern angewiesen [z.B. Respiratory Syncytial Virus (RSV), Influenzavirus, Infektionen durch andere humanpathogene Coronaviren], weil die bisher publizierten Erkrankungsverläufe nicht zu einer abschließenden Beurteilung des SARS-CoV-2-assoziierten Risikos ausreichen.
- Kinder sind nach heutigem Wissenstand nicht ansteckender als Erwachsene, die mit dem SARS-CoV-2 Virus infiziert sind. Beschreibungen zu sogenannten *Superspreadern*³, betreffen bisher vorwiegend Erwachsene (zum Beispiel: [10]). Kinder werden bisher vor allem von engen Kontaktpersonen innerhalb der Familie angesteckt. Im aktuellen Survey der Deutschen Gesellschaft für pädiatrische Infektiologie zeigt sich bei den stationär behandelten Kindern mit rekonstruierter Infektionskette, dass die Infektion in 81% der Fälle über die Eltern erfolgt ist.

¹ Bei entsprechenden Bezeichnungen sind immer alle Geschlechter gemeint.

² Zum Hintergrund wird auf die Informationsseite der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie verwiesen (<https://dgpi.de/publikationen/covid-19-publikationen/>)

³ Infizierte, die eine hohe Zahl weiterer Menschen anstecken

Schrittweise Aufhebung des „Shutdowns“ im Rahmen der Eindämmung von SARS-CoV-2 Infektionen in Schulen und Kindertagesstätten

Stellungnahme des Paedine Saar Netzwerkes

Version 24.04.2020

- Tatsächlich ist unser Wissen über das genaue Ausmaß von Infektionsketten, aus denen sich regionale Erkrankungskuster entwickeln können, weiterhin sehr begrenzt [11, 12].
- In den nächsten zwei bis drei Jahren wird sich das [SARS-CoV-2 Virus in der Bevölkerung](#) ausbreiten und die meisten Menschen, die nicht durch eine wirksame Impfung geschützt sind, werden früher oder später durch dieses Virus infiziert. Die Rate der Menschen, die im Verlauf einer solchen Infektion schwerwiegende Symptome entwickeln und einer stationären Behandlung bedürfen, ist nach wie vor nicht genau bekannt. Eine massive Überlastung des Gesundheitssystems, wie sie zurzeit in Großbritannien und in den USA beobachtet wird und wie sie zuvor bereits in Italien, Spanien und bestimmten grenznahen Regionen unserer französischen Nachbarn aufgetreten ist, muss wenn irgend möglich vermieden werden.
- Infektionscluster sollen frühzeitig erkannt und durch [geeignete Maßnahmen](#) eingedämmt werden.

Kollateralschäden eines lang anhaltenden Shutdowns bei Kindern

Die Fokussierung eines Großteiles der Ressourcen im öffentlichen Gesundheitssystem auf die Diagnose, Kontrolle (Eindämmung) und Behandlung der SARS-CoV-2 Infektion ist notwendig, es besteht jedoch ein [erhebliches Risiko für schwerwiegende Kollateralschäden](#).

Dies betrifft zum einen **akute Erkrankungen bei Kindern, die in keinem Zusammenhang mit der SARS-CoV-2 Infektion stehen**, bei denen die Sorgeberechtigten jedoch zu spät medizinische Hilfe beanspruchen, weil sie Angst vor einer Ansteckung mit dem SARS-CoV-2 Virus haben. In einer Publikation aus Italien sind eindruckliche Beispiele für solche Behandlungssituationen beschrieben [13] und auch in Kinderkliniken unserer Region gab es solche Beispiele mit erheblichen (grundsätzlich vermeidbaren) nachfolgenden Komplikationen für die betroffenen Kinder. Dies liegt nicht daran, dass die medizinische Versorgung nicht gewährleistet ist.

Niedergelassene Kinder- und Jugendärzte⁴ in der Region haben im Verlauf der Pandemie erhebliche [Anstrengungen unternommen und Vorsichtsmaßnahmen etabliert](#). Durch diese sollen nicht nur sie selbst und die Mitarbeiter der jeweiligen Praxis, sondern vor allem die Patienten bestmöglich vor einer Übertragung von SARS-CoV-2 geschützt werden. Die meisten Praxen haben inzwischen infektfreie Sprechstunden (z.B. Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen) und Infektionssprechstunden organisatorisch getrennt. Bei den Infektionssprechstunden gelten besonders strenge Hygienestandards. Die Kinderkliniken/-abteilungen im Saarland (und in den angrenzenden Regionen von Rheinland-Pfalz) waren schon vor der SARS-CoV-2 Pandemie in dem vom [Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Saarlandes](#) geförderten [Paedine^{Saar} Netzwerk](#) gemeinsam aktiv.

⁴ Auch die im ärztlichen Bereitschaftsdienst außerhalb der normalen Öffnungszeiten tätigen Ärzt*innen

Schrittweise Aufhebung des „Shutdowns“ im Rahmen der Eindämmung von SARS-CoV-2 Infektionen in Schulen und Kindertagesstätten

Stellungnahme des Paedine Saar Netzwerkes

Version 24.04.2020

Dieses Netzwerk hat sich die Prävention von Infektionen (v.a. durch multiresistente Erreger) und den sinnvollen (gezielten und Leitlinien-gerechten) Einsatz von Antibiotika in der Kinder- und Jugendmedizin zum Ziel gesetzt. Diese intensive Zusammenarbeit zwischen den niedergelassenen Kinder- und Jugendärzten und den Kinderkliniken der Region ist im Rahmen der Coronakrise noch einmal deutlich verstärkt worden.

Die zweite Gruppe, bei der es durch die Coronakrise zu schwerwiegenden Kollateralschäden kommen kann, sind Kinder und Jugendliche mit chronischen Grunderkrankungen (oder bestimmten angeborenen Syndromen). Diese Kinder sind auf einen regelmäßigen und freien Zugang zu einer spezialisierten Betreuung und zu medizinischer Versorgung zwingend angewiesen. Die Möglichkeit zur barrierefreien Teilhabe an einem altersentsprechenden Alltagsleben ist essentiell für ihre langfristige Entwicklung und für die Fähigkeit der Patienten und ihrer Familien, mit den besonderen Belastungen und Einschränkungen durch die Grunderkrankung angemessen umzugehen [9, 14-26].

Ob die Grunderkrankung eines Kindes so schwerwiegend ist, dass dieses Kind in Hinblick auf Kontakte mit anderen Kindern im Rahmen des unten vorgeschlagenen Schutzkonzeptes eingeschränkt bleiben muss, kann nur von den behandelnden Ärzten und den für diese Patientengruppen zuständigen pädiatrischen Fachgesellschaften beurteilt werden [9, 27]. Die Situation chronisch kranker Kinder kann sich im Rahmen der Aktivität der Grunderkrankung oder in Abhängigkeit von der Intensität der Therapie kurzfristig ändern. Alle grundsätzlichen Überlegungen zur Infektionsprävention sind den behandelnden Ärzten und auch den Sorgeberechtigten dieser Kinder bestens vertraut. Für spezielle Risikogruppen wird es eine übergeordnete Stellungnahme der pädiatrischen Fachgesellschaften geben. Diese kann jedoch erst publiziert werden, wenn klar ist, dass die Hygienemaßnahmen in Schulen und sonstigen Betreuungseinrichtungen tatsächlich konsequent umgesetzt werden.

Ein weiteres wichtiges Argument dafür, dass eine **schrittweise und kontrollierte** Lockerung des „Shutdowns“ erforderlich ist, sind die erheblichen Belastungen für die Familien, in denen das Haushaltseinkommen niedrig ist, die Eltern arbeitslos sind/werden - oder bei denen immer die Großeltern die Kinderbetreuung während der Arbeitszeit der Eltern übernommen haben.

Kinder aus schwierigen sozialen Verhältnissen und auch solche, deren Eltern durch die „Coronakrise“ in eine wirtschaftliche Notlage geraten, haben ein erhöhtes Risiko für soziale Benachteiligung, fehlende Aufmerksamkeit und gesundheitliche Probleme. Wir denken dabei z.B. auch an Kinder, die nur im Rahmen von Schulspeisungen Zugang zu ausreichenden und gesunden Nahrungsmitteln haben und bei denen – wenn sie krank sind - nicht den Eltern, sondern den Betreuern (oder Lehrern) in der entsprechenden Einrichtung zuerst auffällt, dass es ihnen nicht gut geht. Wir machen uns erheblich Sorgen um Kinder, die häuslicher Gewalt ausgesetzt sind.

Schrittweise Aufhebung des „Shutdowns“ im Rahmen der Eindämmung von SARS-CoV-2 Infektionen in Schulen und Kindertagesstätten

Stellungnahme des Paedine Saar Netzwerkes

Version 24.04.2020

Dies sind einige von vielen Gründen dafür, dass die Isolierung von Familien, so wie sie in den letzten Wochen berechtigterweise umgesetzt wurde, nicht unbegrenzt fortgesetzt werden kann. Kinder alleinerziehender Elternteile, die auf das Gehalt ihrer eigenen Arbeit angewiesen sind, sind ebenfalls von der Dauer des Shutdowns besonders betroffen. Vor diesen Hintergründen wäre ein erneuter Wegfall der Option einer telefonisch erteilten Arbeitsunfähigkeit – gerade bei „Kind krank“ – aus pädiatrischer Sicht kontraproduktiv.

Kinder und Jugendliche sollen wieder zur Schule gehen

Wir befürworten ausdrücklich alle Bemühungen, die Teilnahme von Kindern am regulären Schulunterricht schrittweise und kontrolliert wieder möglich zu machen. Dabei gilt: aufgrund der Abstandsregeln ist der Unterricht meist nur in kleineren Gruppen pro Schulzimmer möglich. Das Lehrpersonal ist begrenzt.

Modelle, in denen **zum Beispiel** auf einen Unterrichtstag ein Betreuungstag folgt, an dem die Kinder in der Schule selbständig Aufgaben bearbeiten, die ihnen von ihren Lehrern gestellt wurden, sind aus unserer Sicht eine Möglichkeit. Es geht vor allem auch darum, die Eltern von der Aufgabe zu entlasten, zuhause die Lehrerin oder der Lehrer ihrer Kinder zu sein. Hausunterricht durch die Eltern ist nach unserer Einschätzung keine angemessene Alternative, sondern eine zusätzliche Belastung der Familien in ohnehin schwierigen Zeiten.

Inzwischen arbeiten bereits unzählige Lehrer und Pädagogen mit enormem Engagement und Kreativität an einer Anpassung der Lehrpläne, Lernziele und der didaktischen Strategien an diese neue Situation. Das bedeutet bei allen Einschränkungen auch eine große Chance, den Digitalpakt auf reale Füße zu stellen und mit Leben zu erfüllen, vor allem, wenn wir davon ausgehen, dass sich diese Situation in den nächsten 12 Monaten nicht grundsätzlich verbessern oder verändern wird.

Die Kontakte zwischen dem Lehrpersonal und den Eltern oder Elternvertretern können grundsätzlich in Form von Videokonferenzen stattfinden, insofern die Eltern Zugang zu dieser Technologie haben. Allerdings steht diese Technologie nicht allen Eltern zur Verfügung und es darf hier keine (ausschließende) Strategie verfolgt werden, die bestimmte Eltern privilegiert bzw. benachteiligt.

Kinder, die aus medizinischen Gründen auch bei konsequenter Einhaltung der unten vorgeschlagenen Präventionsmaßnahmen nicht am regulären Unterricht teilnehmen können, haben einen **Anspruch auf Hausunterricht.** In enger Absprache mit den behandelnden Ärzten ist es unter Einhaltung von einfachen Hygienemaßnahmen nahezu immer möglich, diesen Hausunterricht auch während der Corona-Pandämie fortzuführen. Hierzu ist es erforderlich, den Hausunterricht stärker zu personalisieren, da vorübergehend mehr Kinder diese Option benötigen werden.

Schrittweise Aufhebung des „Shutdowns“ im Rahmen der Eindämmung von SARS-CoV-2 Infektionen in Schulen und Kindertagesstätten

Stellungnahme des Paedine Saar Netzwerkes

Version 24.04.2020

Mit Hilfe moderner Technologie und der aus dem Digitalpakt zur Verfügung stehenden Mittel sollten Pilotprojekte zur Erprobung von einem **Echtzeit-Unterricht über das Internet** konzipiert und pilotiert werden. Dabei ist entscheidend, dass die Kinder am Unterricht aktiv teilnehmen können (zum Beispiel Fragen und Antworten in einem Chat) und dem Unterricht nicht nur zuschauen.

Kleinkinder sollen wieder in den Kindergarten / in die Kindertagesstätte dürfen

Bei Kindern in Kindergärten/Kindertagesstätten kann nicht davon ausgegangen werden, dass sie die unten aufgeführten Maßnahmen der Basishygiene umsetzen können. Auch in diesem Alter kann das richtige Händewaschen als selbstverständliches Ritual eingeübt werden. In Kindertagesstätten sind nach unserer Einschätzung nicht die Kinder gefährdet, sondern das Betreuungspersonal. Daher gelten die unten aufgeführten Überlegungen zur Bereitstellung von medizinischem Mund-Nasenschutz und Händedesinfektionsmitteln sowie die Abstandsregelungen im Kontakt mit den Eltern in besonderem Maß für das Personal in Kindertagesstätten. Wir sind sicher, dass sich die Kinder daran gewöhnen, wenn sie von Personal betreut werden, dass grundsätzlich einen Mund-Nasen-Schutz trägt. Kinder in Kindergärten und Kindertagesstätten sollen keinen Behelfs-Mund-Nasen-Schutz tragen. Die Händehygiene der Kinder sollte sich auf sorgfältiges Waschen der Hände mit Seife beschränken, **Händedesinfektionsmittel sind bei den Kleinkindern nicht anzuwenden**.

Konkrete infektionspräventive Hinweise

Grundsätzlich sind viele der hier aufgelisteten Maßnahmen **Basishygiene**. Ihre konsequente Einhaltung kann auch die Häufigkeit anderer übertragbarer Infektionskrankheiten reduzieren [28]. Außerdem ist davon auszugehen, dass die Vermittlung der Basishygieneregeln, das strikte Einfordern und Vorleben dieser Standards und ein regelmäßiges Training bestimmter Hygienerituale über die Kinder in die Familien hineinwirken.

Händehygiene

Kinder sollen so früh wie irgend möglich mit dem **Ritual des richtigen Händewaschens** spielerisch und mit Hilfe eines regelmäßigen Trainings vertraut gemacht werden. Hierzu gibt es hervorragend geeignete, anschauliche und altersentsprechende Materialien (z.B. [Hygiene Tipps für Kids](#)). Kinder, die diese Technik beherrschen, sollen andere Kinder unter Aufsicht anleiten und besonders gelobt werden. Es ist wichtig, in der gesamten Gruppe eine **positive und eindeutige Erwartungshaltung gegenüber der richtigen Händehygiene** aufzubauen. Lehrer und alle erwachsenen Betreuungspersonen haben die Aufgabe, hier mit gutem Beispiel voranzugehen. Bereits vor dem und im Grundschulalter ist hier vorbildliches Verhalten maßgeblich am erzieherischen Erfolg beteiligt.

Schrittweise Aufhebung des „Shutdowns“ im Rahmen der Eindämmung von SARS-CoV-2 Infektionen in Schulen und Kindertagesstätten

Stellungnahme des Paedine Saar Netzwerkes

Version 24.04.2020

Im Grundschulalter sind die meisten Kinder in der Lage das **Ritual des richtigen Händewaschens** zu erlernen.

Sanitärräume in Schulen müssen **angemessen mit Seifenspendern und Papierhandtüchern ausgestattet** werden, da die Händewaschung eine ganz entscheidende Maßnahme zur Infektionsprävention darstellt. Schülerinnen und Schüler sollen altersentsprechend einen Teil der Verantwortung für die Sauberkeit der Sanitärräume übernehmen, denn diese ist für die Infektionsprävention von herausragender Bedeutung.

Die Schulkinder ab der 5. Klasse sollten sich bei Betreten und Verlassen des Schulgebäudes die Hände desinfizieren.

Hierzu sollten am Eingang der Schule **Händedesinfektionsmittelspender** und Plakate zur Anleitung und Motivation angebracht werden. Diese Empfehlung wurde in der Fachgruppe kontrovers diskutiert. Wenn alle Kinder, die das Schulgebäude vor Unterrichtsbeginn betreten, sich gleichzeitig die Hände waschen sollen, entstünden (auch aufgrund der Abstandsregel) lange Schlangen vor den Waschräumen und die erste Unterrichtsstunde würde vorbei sein, bevor dies erledigt ist.

Die Händedesinfektion (HD) ist eine hoch effektive Maßnahme, wenn die Schüler sorgfältig angeleitet werden und die Händedesinfektionsstation am Eingang überwacht wird. Es ist andererseits nicht nachzuvollziehen, warum es in jeder Autobahntoilette, in vielen Hotels und anderen hoch frequentierten öffentlichen Gebäuden (selbst in Baumärkten) die Möglichkeit zur HD gibt, in der Schule (ab Klasse 5!) jedoch nicht. Vielen Schülern werden kleine Flaschen mit HD von ihren Eltern mitgegeben. So entsteht ein soziales Gefälle in Hinblick auf die Sicherheit, denn nur ein kleiner Teil der Familien kann sich dies leisten bzw. hat Zugang hierzu. Die Möglichkeit zur Händedesinfektion bei Bedarf für das Lehr- Erziehungs- und Betreuungspersonal muss unabhängig von diesen Überlegungen zum Personalschutz gegeben sein.

Gutes Lüften

Räume, in denen Kinder betreut werden, sind gut zu lüften (wenn die Außentemperaturen dies zulassen, Fenster zumindest gekippt lassen) und sollten eine ausreichende Größe aufweisen, um die Abstandsregel (1,5 m zwischen den Sitzplätzen) zu gewährleisten.

Mundschutz

Schulkinder sollen im Unterricht und während der Pausen einen Behelfs-Mund-Nasen-Schutz (auch: Mund-Nasen-Bedeckung, MNB) tragen. Diese kann eine [nach entsprechender Anleitung genähte](#) Maske aus Stoff sein ([Behelfs-Mund-Nasen-Maske](#)), die Mund und Nase bedeckt [12]. Der Verzicht auf eine MNB ist bei Veranstaltungen im Freien möglich, wenn ein Abstand von mind. 1,5m zwischen den Kindern gewährleistet ist.

Schrittweise Aufhebung des „Shutdowns“ im Rahmen der Eindämmung von SARS-CoV-2 Infektionen in Schulen und Kindertagesstätten

Stellungnahme des Paedine Saar Netzwerkes

Version 24.04.2020

Gebrauchte [MNB](#) (am Ende eines Schultages) sind verunreinigt (auf der Innenseite durch Erreger aus dem Nasenrachenraum des Kindes, von außen möglicherweise durch Tröpfchen, die andere Menschen abgegeben haben). Komplette durchfeuchtete Masken sollen gewechselt werden können. Nach der Verwendung sollte die Mund-Nasen-Bedeckung bis zum Waschen in einem separaten Beutel („Zipp-Beutel“) aufbewahrt werden.

Vor der Wiederverwendung sollte sie **bei mind. 60 °C mit einem Vollwaschmittel gewaschen⁵ und anschließend gebügelt** werden. MNBs, die beim Waschen in der Waschmaschine z.B. in einen Stoffbeutel oder einen Kissenbezug gelegt werden, halten länger.

Demnach benötigen Schulkinder pro Tag mindestens zwei saubere MNBs. Als Alternative zum Waschen zuhause vorstellbar ist die **Bereitstellung der MNBs durch die Schule.** Die Kinder und Jugendlichen entsorgen die gebrauchten Masken in einem Stoffbeutel (separater Mülleimer), dessen Deckel mit dem Fuß geöffnet werden kann. Die Aufbereitung der MNBs in diesem Stoffbeutel wird dann von der Schulleitung (z.B. durch Beauftragung einer professionellen Wäscherei) organisiert⁶. **Dieses Verfahren halten wir für besser geeignet, weil so sichergestellt wird, dass alle Kinder in der Schule immer genug saubere Behelfs-Mund-Nasen-Masken haben.**

Nach Absetzen der Maske sollten die Hände unter Einhaltung der allgemeinen Hygieneregeln gründlich gewaschen werden ([Hände anfeuchten, dann mindestens 20-Sekunden mit Seife einschäumen, dann abwaschen](#)).

Schutz des Personals

Wir sind dem Lehr- Erziehungs- und Betreuungspersonal, das sich um unsere Kinder kümmert, sehr dankbar dafür, dass sie ihren beruflichen Aufgaben auch in Zeiten der Corona-Pandemie verantwortungsvoll und engagiert nachkommen.

Lehr- Erziehungs- und Betreuungspersonal, das in engem Kontakt zu Kindern steht, soll durch betrieblich-organisatorische Maßnahmen und die Bereitstellung persönlicher Schutzausrüstung etc. vor einer SARS-CoV-2 Infektion geschützt werden.

Wir halten es für sinnvoll und indiziert, dass Lehr- Erziehungs- und Betreuungspersonal im Kontakt mit den unterrichteten oder betreuten Kindern und Jugendlichen einen [chirurgischen MNS](#) (Medizinprodukt nach Norm DIN EN 14683:2019-6 mit CE Kennzeichen) trägt. Dieser MNS soll dem Lehr- Erziehungs- und Betreuungspersonal vom Arbeitgeber gestellt werden.

⁵ Eine auf diese Weise aufbereitete Stoffmaske enthält keine ansteckenden Coronaviren mehr.

⁶ Ein entsprechendes Konzept hierfür kann vor Ort erarbeitet werden. Ggf. ist eine Zusammenarbeit mit Spezialbetrieben für Krankenhauswäsche anzustreben. Die Mittel hierfür sollten der Schulleitung zur Verfügung gestellt werden.

Schrittweise Aufhebung des „Shutdowns“ im Rahmen der Eindämmung von SARS-CoV-2 Infektionen in Schulen und Kindertagesstätten

Stellungnahme des Paedine Saar Netzwerkes

Version 24.04.2020

Das Robert Koch Institut stellt Informationen über [Personen mit einem höheren Risiko für einen schweren COVID-19-Krankheitsverlauf](#) zur Verfügung. Bei Mitarbeitern im Lehr- Erziehungs- und Betreuungspersonal, die zu einer solchen Risikogruppe gehören, kann es nach individueller ärztlicher Risikobewertung möglich sein, dass ein [chirurgischer MNS](#) (Medizinprodukt nach Norm DIN EN 14683:2019-6 mit CE Kennzeichen) zum Eigenschutz nicht ausreicht. Bestimmte Menschen aus solchen Risikogruppen (ärztliche Bescheinigung erforderlich) sollten zum Eigenschutz eine [FFP2 Maske](#) (Medizinprodukt Norm DIN EN 149:2001-10 mit CE Kennzeichen) tragen, wenn sie sich länger als 15 min mit den Kindern der Klasse oder Gruppe in einem geschlossenen Raum aufhalten. Hierzu (ständiges Tragen einer FFP2 Maske während des Unterrichts bzw. der Betreuungszeit) ist eine individuelle betriebs- oder hausärztliche Freigabe nach einer arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchung erforderlich.

Eine FFP Maske mit Ausatemventil ist in diesem Zusammenhang nicht geeignet, weil theoretisch auch von Lehr- oder Betreuungspersonen eine Übertragung von SARS-CoV-2 ausgehen kann, die durch diese Masken nicht verhindert wird. FFP-Masken mit Ausatemventil filtern nur die eingeatmete Luft und sind nicht für den Fremdschutz ausgelegt [29].

Routinemäßige Reinigung

In Klassenräumen soll eine sorgfältige **tägliche Grundreinigung** der Schreibtische, Stühle und Handkontaktflächen stattfinden. Dazu müssen die entsprechenden Oberflächen so beschaffen sein, dass sie regelmäßig gereinigt werden können. Vom Robert Koch Institut wurde in diesem Zusammenhang in der Mitteilung „Hinweise zu Reinigung und Desinfektion von Oberflächen außerhalb von Gesundheitseinrichtungen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie“ die Einführung einer routinemäßigen Umgebungsdesinfektion [nicht empfohlen](#). Davon bleibt die in den Hygieneplänen der Kindertagesstätten vorgegebene Routinedesinfektion von Wickelauflagen unberührt. In diesem Zusammenhang hat das RKI noch einmal darauf hingewiesen, dass die konsequente Umsetzung der Händehygiene die wirksamste Maßnahme gegen die Übertragung von Krankheitserregern auf oder durch Oberflächen darstellt.

Gezielte Flächendesinfektion (siehe existierende Hygienepläne der Einrichtungen)

Bei Verschmutzungen mit Fäkalien, Blut oder Erbrochenem ist nach Entfernung der Kontamination (Arbeitsgummihandschuhe!) eine [Wischdesinfektion](#) mit einem Desinfektionsmittel getränkten Einmaltuch [erforderlich](#). Wickelauflagen sind auch bisher schon unmittelbar nach Nutzung zu desinfizieren.

Schrittweise Aufhebung des „Shutdowns“ im Rahmen der Eindämmung von SARS-CoV-2 Infektionen in Schulen und Kindertagesstätten

Stellungnahme des Paedine Saar Netzwerkes

Version 24.04.2020

Zeitnahe Identifizierung infizierter Kinder und Jugendlicher

Es ist fest damit zu rechnen, dass in den nächsten Monaten immer wieder Kinder an einer Infektion durch das neue Coronavirus erkranken. Damit Kinder und Jugendliche, die Schulen und Betreuungseinrichtungen besuchen und eine Infektion mit dem neuen Coronavirus haben, frühzeitig erkannt werden, genügt es nach unserer Auffassung nicht, symptomatische Kinder (Husten, Schnupfen, Fieber) von der Teilnahme am Unterricht oder an der Betreuung für 14 Tage auszuschließen. Jedes Kind mit einer Erkältungssymptomatik ohne eine SARS-CoV-2 Testung 14 Tage zuhause in Quarantäne zu setzen, würde den Schulbetrieb in den Wintermonaten lahmlegen. Außerdem bliebe in der gesamten Gruppe des Kindes die Ungewissheit bestehen, ob es sich bei der entsprechenden Infektion des Mitschülers um eine SARS-CoV-2 Infektion handelt, oder nicht.

Vielmehr sollte erwogen werden, die Möglichkeit zu eröffnen, im Auftrag des Gesundheitsamtes eine **zeitnahe Testung auf das SARS-CoV-2** durchzuführen. Dies ist selbstverständlich nur dann möglich, wenn Testkapazitäten und Schutzausrüstung in ausreichendem Umfang zur Verfügung stehen.

Diese Testung kann nicht originär durch Kinder- und Jugendmediziner, Hausärzte oder Klinikambulanzen beauftragt und durchgeführt werden, da die Kinder- und Jugendmediziner, Hausärzte oder Klinikambulanzen in der Indikationsstellung an die Regeln der vertragsärztlichen Versorgung gebunden sind. In der vertragsärztlichen Versorgung muss das Testergebnis einen unmittelbaren Einfluss auf die Behandlung des individuellen Patienten haben. Eine Testung zur Klärung der Schulbesuchsmöglichkeit, des Infektionsschutzes bzw. der Epidemiologie ist bisher keine Leistung der Krankenkassen. Diese Frage bedarf einer übergeordneten Klärung durch den Bund und die Bundesländer.

Bestätigt sich der Verdacht auf eine SARS-CoV-2 Infektion kann vom Gesundheitsamt eine Testung der engen Kontaktpersonen (inklusive der Kinder, die in der gleichen Gruppe / Klasse beschult bzw. betreut werden), erwogen werden. In der Regel wird es bei Einhaltung der oben aufgeführten Präventionsmaßnahmen nicht erforderlich sein, die gesamte Schule oder die Kindertagesstätte zu schließen.

Epidemiologische Untersuchung des tatsächlichen Vorgehens

In dem aktuellen Dokument „Wiedereröffnung von Bildungseinrichtungen –Überlegungen, Entscheidungsgrundlagen und Voraussetzungen“ des Robert Koch Institutes heißt es:

„Da es bislang keine gesicherten Erkenntnisse zur Rolle von Schulen und Kindergärten im aktuellen Infektionsgeschehen gibt, ist es daher wichtig, eine Wiedereröffnung mit epidemiologischen Studien zu begleiten, insbesondere auch um den Beitrag der Übertragung durch asymptomatische SARS-CoV-2-Träger in diesen Settings beurteilen zu können.“

Schrittweise Aufhebung des „Shutdowns“ im Rahmen der Eindämmung von SARS-CoV-2 Infektionen in Schulen und Kindertagesstätten

Stellungnahme des Paedine Saar Netzwerkes

Version 24.04.2020

Die Ergebnisse der begleitenden Studien können genutzt werden, um die Effektivität der Maßnahmen besser einzuschätzen und ein Vorgehen auszuwählen sowie eine Handlungsbasis für das weitere Vorgehen im Verlauf der Pandemie in Bezug auf das schrittweise Öffnen (und ggf. auch erneute Schließen) von Betreuungs- und Bildungseinrichtungen zu schaffen.“

Die im Paedine Saar Netzwerk kooperierenden Kinder- und Jugendmediziner sind bereit, sich an der Konzeption und Durchführung solcher prospektiver Untersuchungen (basierend auf der lokalen epidemiologischen Situation) zu beteiligen.

Qualitative Studien (Befragung von Lehr- Erziehungs- und Betreuungspersonal)

Die Wiedereröffnung von Schulen und anderen Gemeinschaftseinrichtungen für Kinder und Jugendliche sollte auch von qualitativen Untersuchungen begleitet werden, in der das Lehr- Erziehungs- und Betreuungspersonal zur eigenen Einschätzung sowie zu Stärken und Schwächen des jeweiligen Konzeptes in der konkreten Umsetzung befragt wird. Das Paedine^{Saar} Netzwerk kann einen solchen Internet-basierten Survey konzipieren, zur Verfügung stellen und in regelmäßigen Abständen aktualisieren.

Koordination: Arne Simon (Leiter des [Paedine^{Saar} Netzwerkes](#))

An der Diskussion beteiligt waren Tilman Rohrer, Norbert Graf, Iris Lein-Köhler, Karsten Theiß, Soeren Becker, Roland Klein, Holger Wahl, Jens Möller, Martin Exner, Sascha Meyer, Michael Zemlin, Wolfgang Thomas, Alexander Tzonos, Thomas Kriebel, Jürgen Bensch, Ghiath Shamdeen, Werner Meier, Carmen Wahlen, Sven Thorsten Nipken und Hashim Abdul-Khaliq.

Literatur

1. CDC COVID-19 Response Team: **Coronavirus Disease 2019 in Children - United States, February 12-April 2, 2020**. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020, **69**(14):422-426.
2. Tagarro A, Epalza C, Santos M, Sanz-Santaeufemia FJ, Otheo E, Moraleda C, Calvo C: **Screening and Severity of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Children in Madrid, Spain**. *JAMA Pediatr* 2020, **in press**.
3. Wu Z, McGoogan JM: **Characteristics of and Important Lessons From the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Outbreak in China: Summary of a Report of 72314 Cases From the Chinese Center for Disease Control and Prevention**. *Jama* 2020, **online first**.
4. Dong Y, Mo X, Hu Y, Qi X, Jiang F, Jiang Z, Tong S: **Epidemiological Characteristics of 2143 Pediatric Patients With 2019 Coronavirus Disease in China**. *Pediatrics* 2020.
5. Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie: **Stellungnahme der DGPI, GPP, API, GKJR und STAKOB zur medikamentösen Behandlung von Kindern mit COVID-19 (Stand 07.04.2020)**. <https://dgpide/stellungnahme-medikamentoese-behandlung-von-kindern-mit-covid-19/> 2020.

Schrittweise Aufhebung des „Shutdowns“ im Rahmen der Eindämmung von SARS-CoV-2 Infektionen in Schulen und Kindertagesstätten

Stellungnahme des Paedine Saar Netzwerkes

Version 24.04.2020

6. Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie: **Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für pädiatrische Infektiologie (DGPI) im Einvernehmen mit der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) und der Deutschen Gesellschaft für Perinatale Medizin (DGPM) - Umgang mit Neugeborenen SARS-CoV-2 positiver Mütter mit oder ohne klinische Erkrankung (COVID-19).** <https://dgpide/stellungnahme-dgpi-dggg-dgpm-umgang-mit-neugeborenen-sars-cov-2-positiver-muetter/> 2020, **31.03.2020.**
7. Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie: **Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI) im Einvernehmen mit dem Berufsverband der Kind- und Jugendärzte (bvkj e.V.) - SARS-CoV-2 und COVID-19 (Erkrankung an SARS-CoV-2) in der ambulanten Kinder- und Jugendmedizin.** <https://dgpide/sars-cov-2-und-covid-19-erkrankung-an-sars-cov-2-in-der-ambulanten-kinder-und-jugendmedizin/> 2020, **28.03.2020.**
8. Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie, Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e. V.: **Gemeinsame Stellungnahme von DGPI und Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) zum aktuellen Umgang mit SARS-CoV-2, dem Erreger von Coronavirus disease-19 (Covid-19).** 2020, <https://dgpi.de/wp-content/uploads/2020/03/SARS-CoV-2- DGPI-DAKJ-Stellungnahme 2Mar2020.pdf>.
9. Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V.: **Maßnahmen zur Prävention einer SARS-CoV-2 Infektion bei Kindern mit besonderem Bedarf bei der Betreuung in Gemeinschaftseinrichtungen (GE).** <https://www.dakjde/stellungnahmen/massnahmen-zur-praevention-einer-sars-cov-2-infektion-bei-kindern-mit-besonderem-bedarf-bei-der-betreuung-in-gemeinschaftseinrichtungen-ge/> 2020, **17. März 2020.**
10. Ghinai I, Woods S, Ritger KA, McPherson TD, Black SR, Sparrow L, Fricchione MJ, Kerins JL, Pacilli M, Ruestow PS *et al*: **Community Transmission of SARS-CoV-2 at Two Family Gatherings - Chicago, Illinois, February-March 2020.** *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2020, **69(15):446-450.**
11. Helmholtz-Initiative: **Stellungnahme der Helmholtz-Initiative „Systemische Epidemiologische Analyse der COVID-19-Epidemie“** https://www.helmholtzde/fileadmin/user_upload/01_forschung/Helmholtz-COVID-19-Papier_02pdf 2020, **13.04.2020.**
12. Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina **Leopoldina-Stellungnahmen zur Coronavirus-Pandemie (2020): Dritte Ad-hoc-Stellungnahme: Coronavirus-Pandemie – Die Krise nachhaltig überwinden** https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2020_Leopoldina-Stellungnahmen_zur_Coronavirus-Pandemie.pdf 2020, **14.04.2020.**
13. Lazzarini M, Barbi E, Apicella A, Marchetti F, Cardinale F, Trobia G: **Delayed access or provision of care in Italy resulting from fear of COVID-19.** *The Lancet Child & adolescent health* 2020, **in press.**
14. Brinkman TM, Recklitis CJ, Michel G, Grootenhuis MA, Klosky JL: **Psychological Symptoms, Social Outcomes, Socioeconomic Attainment, and Health Behaviors Among Survivors of Childhood Cancer: Current State of the Literature.** *J Clin Oncol* 2018, **36(21):2190-2197.**
15. Nap-van der Vlist MM, Kars MC, Berkelbach van der Sprenkel EE, Nijhof LN, Grootenhuis MA, van Geelen SM, van der Ent CK, Swart JF, van Royen-Kerkhof A, van Grotel M *et al*: **Daily life participation in childhood chronic disease: a qualitative study.** *Arch Dis Child* 2019, **in press.**
16. Di Marino E, Tremblay S, Khetani M, Anaby D: **The effect of child, family and environmental factors on the participation of young children with disabilities.** *Disability and health journal* 2018, **11(1):36-42.**

Schrittweise Aufhebung des „Shutdowns“ im Rahmen der Eindämmung von SARS-CoV-2 Infektionen in Schulen und Kindertagesstätten

Stellungnahme des Paedine Saar Netzwerkes

Version 24.04.2020

17. Willis C, Girdler S, Thompson M, Rosenberg M, Reid S, Elliott C: **Elements contributing to meaningful participation for children and youth with disabilities: a scoping review.** *Disability and rehabilitation* 2017, **39**(17):1771-1784.
18. Hilberink SR, van Ool M, van der Stege HA, van Vliet MC, van Heijningen-Tousain HJM, de Louw AJA, van Staa A: **Skills for Growing Up-Epilepsy: An exploratory mixed methods study into a communication tool to promote autonomy and empowerment of youth with epilepsy.** *Epilepsy & behavior : E&B* 2018, **86**:116-123.
19. Westergren T, Berntsen S, Ludvigsen MS, Aagaard H, Hall EOC, Ommundsen Y, Uhrenfeldt L, Fegran L: **Relationship between physical activity level and psychosocial and socioeconomic factors and issues in children and adolescents with asthma: a scoping review.** *JB database of systematic reviews and implementation reports* 2017, **15**(8):2182-2222.
20. Gomez-Ramirez O, Gibbon M, Berard R, Jurencak R, Green J, Tucker L, Shiff N, Guzman J: **A recurring rollercoaster ride: a qualitative study of the emotional experiences of parents of children with juvenile idiopathic arthritis.** *Pediatr Rheumatol Online J* 2016, **14**(1):13.
21. Sattoe JN, Hilberink SR, Peeters MA, van Staa A: **'Skills for growing up': supporting autonomy in young people with kidney disease.** *J Ren Care* 2014, **40**(2):131-139.
22. Quirk H, Blake H, Dee B, Glazebrook C: **"You can't just jump on a bike and go": a qualitative study exploring parents' perceptions of physical activity in children with type 1 diabetes.** *BMC Pediatr* 2014, **14**:313.
23. Scholten L, Willemen AM, Last BF, Maurice-Stam H, van Dijk EM, Ensink E, Zandbelt N, van der Hoop-Mooij A, Schuengel C, Grootenhuis MA: **Efficacy of psychosocial group intervention for children with chronic illness and their parents.** *Pediatrics* 2013, **131**(4):e1196-1203.
24. Kang LJ, Palisano RJ, King GA, Chiarello LA, Orlin MN, Polansky M: **Social participation of youths with cerebral palsy differed based on their self-perceived competence as a friend.** *Child Care Health Dev* 2012, **38**(1):117-127.
25. Engel-Yeger B, Jarus T, Anaby D, Law M: **Differences in patterns of participation between youths with cerebral palsy and typically developing peers.** *The American journal of occupational therapy : official publication of the American Occupational Therapy Association* 2009, **63**(1):96-104.
26. Fereday J, MacDougall C, Spizzo M, Darbyshire P, Schiller W: **"There's nothing I can't do--I just put my mind to anything and I can do it": a qualitative analysis of how children with chronic disease and their parents account for and manage physical activity.** *BMC Pediatr* 2009, **9**:1.
27. Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie und Angeborene Herzfehler e.V.: **Stellungnahme der DGPK zur aktuellen Situation bezüglich der Coronavirus Epidemie in Deutschland (Stand: 08.04.2020).** <https://dgpide/stellungnahme-der-dgpk-zur-aktuellen-situation-bzgl-coronavirus-epidemie-in-deutschland/> 2020.
28. Willmott M, Nicholson A, Busse H, MacArthur GJ, Brookes S, Campbell R: **Effectiveness of hand hygiene interventions in reducing illness absence among children in educational settings: a systematic review and meta-analysis.** *Arch Dis Child* 2015.
29. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM): **Hinweise des BfArM zur Verwendung von selbst hergestellten Masken (sog. „Community-Masken“), medizinischem Mund-Nasen-Schutz (MNS) sowie filtrierenden Halbmasken (FFP2 und FFP3) im Zusammenhang mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2 / Covid-19).** <https://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Medizinprodukte/DE/schutzmaskenhtml> 2020.