

[REDACTED]

Von: [REDACTED]
Gesendet: Mittwoch, 16. September 2020 11:15
An: [REDACTED]
Betreff: Antrag gemäß Landestransparenzgesetz

[REDACTED]

Ministerium für Bildung

Frau Dr. Stefanie Hubig

Antrag gemäß Landestransparenzgesetz

Sehr geehrte Frau Hubig,

dies ist ein Antrag auf Information auf der Grundlage des Landestransparenzgesetzes und des Verbraucherinformationsgesetzes.

Ich beantrage Auskunft und die Herausgabe von Dokumenten, aus denen sich ergibt, aufgrund welcher wissenschaftlicher Erkenntnisse in Rheinland-Pfalz die Maskenpflicht in Grundschulen im Schulgebäude und freien Schulgelände, mit Ausnahme des Sitzplatzes im Unterrichtsraum, als Schutzmaßnahme definiert wurde.

Ebenfalls bitte ich um Auskunft und Herausgabe von Dokumenten, die die stattgefundene Verhältnismäßigkeitsprüfung zum Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung (MNB) bei Grundschulkindern in Rheinland-Pfalz darlegen.

Ich bitte um eine schriftliche Antwort innerhalb der gesetzlichen Frist. Im negativen Fall bitte ich um eine Rechtsmittelbelehrung.

Anlass des Antrags:

Mit dem Start der Schulen in Baden-Württemberg wird in den Grundschulen auf die Pflicht zum Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung verzichtet.

Begründet wird dies mit der Studie der vier Universitätsklinika in Freiburg, Heidelberg, Tübingen und Ulm, die darlegen, dass das Infektions- und Übertragungsrisiko bei Kindern bis zum Alter von 10 Jahren deutlich geringer ist.

Dies wird ebenfalls durch die Studie der Universität Leipzig bestätigt.

Aufgrund welcher evidenzbasierter Fakten lässt sich das Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung in Grundschulen in Rheinland-Pfalz begründen? Inwieweit ist das Virus in Rheinland-Pfalz für Kinder in Grundschulen gefährlicher bzw. infektiöser als in Baden-Württemberg?

Gemäß dem Lagebericht des RKI vom 06.09.2020 verzeichnet das Land Baden-Württemberg seit Erfassung durch das RKI 43.423 positiv getestete Fälle (kumulativ) auf 11,07 Mio. Einwohner und das Land Rheinland-Pfalz 9.324 positiv getestete Fälle (kumulativ) auf 4,09 Mio. Einwohner. Bisher ist 1 Person im Alter von 0 bis 9 Jahren in Deutschland mit COVID-19 verstorben. Bei vielen verstorbenen Personen ist bereits bekannt, dass neben der Erkrankung COVID-19 mehrere, schwerwiegende Vorerkrankungen vorlagen.

Zum Argument von steigenden Infektionszahlen möchte ich folgendes aufführen:

Laut RKI erfolgt ein Genomnachweis mittels PCR. Dabei wird das Virusgenom über hoch-sensitive, molekulare Testsysteme nachgewiesen. Existieren evidenzbasierte Studien, die tatsächlich belegen, dass ein positiver PCR-Test eine Infektion nachweist? Inwieweit können überhaupt asymptomatische Personen mit einem positiven Test andere anstecken? Ist durch wissenschaftliche Studien belegt, dass beim Testen ein lebens- und vermehrungsfähiges Virus nachgewiesen wird?

Zur Rolle von falsch-positiven Testergebnissen führt das RKI aus: „Ein falsch-positives Testergebnis bedeutet, dass eine Person ein positives Testergebnis bekommt, obwohl keine Infektion mit dem SARS-CoV-2 vorliegt. Generell wird die Richtigkeit des Ergebnisses von diagnostischen Tests auch von der Verbreitung einer Erkrankung beeinflusst. Je seltener eine Erkrankung ist und je ungezielter getestet wird, umso höher sind die Anforderungen an die Sensitivität (= die Empfindlichkeit des Tests) und die Spezifität (die Zielgenauigkeit des Tests, also wie wahrscheinlich es ist, dass nur der gesuchte Erreger sicher erkannt wird) der zur Anwendung kommenden Tests.“

Das RKI kann keine Angaben über die Höhe der durchschnittlichen Fehlerquote (Falsch-Positiv-Rate) der verwendeten PCR-Tests machen, da sehr viele verschiedene Anbieter für PCR-Tests existieren, die in den an das RKI übermittelnden Laboren genutzt werden und diese unterschiedliche Sensitivität und Spezifität aufweisen. Es gibt auch keine Statistik darüber, welche Tests, bei wem verwendet wurden.

Und wer kontrolliert die am Markt befindlichen PCR-Tests? Dazu schreibt das Paul-Ehrlich-Institut:

„Alle COVID-19-Tests unterliegen der EU-Richtlinie über In-vitro-Diagnostika (IVD), die derzeit in Europa die Marktzulassung für IVDs regelt. Gemäß dieser Richtlinie können die Hersteller die COVID-19-Tests — als ‚IVD niedrigen Risikos‘ — noch selbst zertifizieren und auf eine unabhängige Überprüfung der Tests verzichten, bevor sie auf den Markt gebracht werden.“

Um in Deutschland ganzjährig zeitnah die Aktivität akuter Atemwegserkrankungen überwachen zu können besteht seit 1992 die Arbeitsgemeinschaft Influenza (AGI). Das Ziel der AGI in Deutschland ist die zeitnahe ganzjährige Überwachung und Berichterstattung des Verlaufs und der Stärke der Aktivität akuter Atemwegserkrankungen und der spezifischen Merkmale der jeweils zirkulierenden Influenzaviren. Die Geschäftsstelle der AGI ist im Fachgebiet für respiratorisch übertragbare Erkrankungen (FG36) der Abteilung für Infektionsepidemiologie des RKI angesiedelt. An der syndromischen Surveillance der AGI beteiligen sich mehr als ein Prozent der primärversorgenden Ärztinnen und Ärzte in Deutschland, womit nach eigenen Angaben eine Datengrundlage erreicht wird, die auch international als repräsentativ erachtet wird, um auf nationaler Ebene statistische Auswertungen durchführen zu können.

Gemäß dem COVID-19-Lagebericht vom 13.08.2020 des RKI gab es seit der 16. KW 2020 in den Sentinelproben des AGI keine Nachweise von SARS-CoV-2 mehr.

Zu verfassungsrechtlichen Anforderungen an eine „epidemische Lage von nationaler Tragweite“ verweise ich auf das Rechtsgutachten des Hr. Prof. Dr. Kingreen.

Die Hinweise des RKI i.V.m. den Hinweisen des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) zur Verwendung von Mund–Nasen-Bedeckungen (z.B. selbst hergestellten Masken, „Community- oder DIY-Masken“) sind beim Tragen zu beachten.

Diese Regeln des BfArM dienen dazu, folgende Gefahrenquellen für die Gesundheit im Zusammenhang mit dem Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung zu reduzieren:

- Kontamination der Innenseite der Maske
- Behinderung der Atmung

- Kontamination der Hände
- Durchfeuchtung der Maske
- Schimmelbildung

Diese können jedoch seitens der Grundschulen nicht sichergestellt werden.

Parallel wird beim BfArM aufgeführt, dass Träger der beschriebenen Mund-Nasen-Bedeckungen sich nicht darauf verlassen können, dass diese sie oder andere vor einer Übertragung von SARS-CoV-2 schützen, da für diese Masken keine entsprechende Schutzwirkung nachgewiesen wurde.

Die Ausarbeitung der Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages zum Thema „Mund-Nasen-Bedeckung“ und Freiheitsrechte vom 30.04.2020 mit Aktzeichen WD 3 -3000 - 109/20 führt dazu aus: „Das Tragen eines Mundschutzes stellt jedenfalls dann eine Beeinträchtigung der körperlichen Unversehrtheit (Art. 2 GG) dar, wenn es sich auf die Gesundheit auswirkt, beispielsweise durch Verursachung von Atemschwierigkeiten, Hervorrufen allergischer Reaktionen oder gar durch unsachgemäße Anwendung und eine dadurch hervorgerufene Anreicherung der Viren.“ ... „Wissenschaftlich belegt ist die Schutzwirkung von einfachen Mund-Nasen-Bedeckungen bisher nicht.“

Es kann hier nicht von Grundschulern, wie bei medizinischem Personal erwartet werden, dass diese selbst die Durchfeuchtung einer Maske erkennen oder sich nicht ins Gesicht und an die Maske greifen.

Das RKI verweist darauf, dass die MNB nicht zurecht gezupft werden soll. Ebenso sollen Kinder gemäß BZgA beim Spielen und Toben keine Mund-Nasen-Bedeckung tragen, da die Gefahr besteht, damit hängen zu bleiben. Wie lässt sich dies jedoch auf dem Pausenhof einer Grundschule realisieren? Insb. Kinder im Grundschulalter haben nach längerem, ruhigem Sitzen im Unterricht einen natürlichen Bewegungsdrang und müssen aktuell eine MNB auf dem Pausenhof tragen.

Auch wird von Grundschulern verlangt, dass diese ihre MNB beim Fangen oder Fußball spielen anziehen.

Die Traumatisierung von Kindern ist bereits empirisch längst nachgewiesen. Dokumentiert ist dies in einer Studie der spezifisch die Maskenpflicht betrachtenden Arbeit von Daniela Prousa.

Auch die Abwägung inwieweit das Tragen einer MNB, insb. für Grundschulkindern, im Rahmen des Kontakts mit den Mitschülern entwicklungsgefährdend ist, wurde bisher keiner Berücksichtigung unterzogen.

In der Ausarbeitung zum „Mund-Nasen-Schutz in der Öffentlichkeit“ kommt Prof. Dr. med. Ines Kappstein zum Ergebnis, dass aus der Maskenpflicht heraus für viele Millionen Bürger in Deutschland jeden Tag zig-millionenfache Kontaminationen resultieren, die zu einem wesentlichen Teil vermeidbar wären, weil die ohnehin schon häufigen Hand-Gesichts-Kontakte der Menschen durch die Maskenpflicht noch häufiger werden, Händewaschen unterwegs aber nur ausnahmsweise möglich ist. Dabei besteht das Risiko, dass der – schon zwangsläufig – unsachgemäße Umgang mit der Maske und die erhöhte Tendenz, sich selbst ins Gesicht zu fassen, während man die Maske trägt, tatsächlich das Risiko einer Erregerverbreitung und damit Erregerübertragung noch erhöht – ein Risiko, das man doch aber gerade durch die Maske reduzieren will.

Eine Metastudie vom renommierten, 1920 gegründeten National Bureau of Economic Research (NBER) belegt, dass Lockdowns und Maskenzwang keinen Einfluss auf den Verlauf von COVID-19 hatten. Die Einrichtung ist ein unabhängiges, mit mehr als zwei Dutzend Nobelpreisträgern verbundenes Institut in den USA.

In der 10. CoBeLVO finden sich keine Hinweise auf den konkreten Zweck der angeordneten Maßnahmen, insb. zur Maskenpflicht bei Kindern. Von der immer in den Vordergrund gestellten Eindämmung der Infektionen mit SARS-CoV-2 und damit der Verhinderung der Überlastung der Krankenhaussysteme kann zumindest bei Grundschulkindern nicht ausgegangen werden, nachdem durch zahlreiche Studien nachgewiesen wurde, dass diese sich nur in sehr geringem Maße infizieren und nur mit sehr geringer Wahrscheinlichkeit den Virus auf andere Personen übertragen.

Folglich stellt sich die Frage, wie hier zwischen der Schutzwirkung einer MNB und den Gefahrenquellen für die Gesundheit bei Grundschulkindern abgewogen wurde.

Für die Beurteilung der Existenz einer erheblichen Gesundheitsgefährdung besteht eine Ermittlungspflicht des Staates, die sich aus § 24 Abs. 1 VwVfG und § 25 Abs. 1 IfSG ableiten lässt und Auskunft geben muss über Art, Ursache, Ansteckungsquelle und Ausbreitung der Krankheit (vgl. BVerwG, Urteil vom 22.03.2012, 3 C 16/11).

In allen Fällen gilt, dass der Staat streng an den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz gebunden ist. Es ist dabei eine strenge Prüfung der Verhältnismäßigkeit vorzunehmen und zu untersuchen, ob es angesichts neuer Erkenntnisse etwa zu den Verbreitungswegen des Virus oder zur Gefahr einer Überlastung des Gesundheitssystems verantwortet werden kann (BVerfG, Beschluss v. 10.04.2020, 1 BvQ 28/20).

Auch in einer Ausnahmesituation darf nur soweit in die Substanz von Grundrechten eingegriffen werden, als dies unbedingt erforderlich und ein milderer Mittel nicht ersichtlich ist.

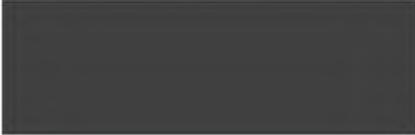
Zur Verhältnismäßigkeit der Maßnahmen möchte ich auf die Stellungnahme des Hr. Prof. Dr. Murswiek, die im Rahmen der Enquete-Kommission 17/2 „Corona-Pandemie“ des Landtags Rheinland-Pfalz eingeholt wurde, verweisen.

Freundliche Grüße



FreeMail powered by [mail.de](https://www.mail.de) - **mehr Sicherheit, Seriosität und Komfort**

Ministerium für Bildung | Postfach 32 20 | 55022 Mainz



Mittlere Bleiche 61
55116 Mainz
Telefon 06131 16-0
Telefax 06131 16-29 97
Poststelle@bm.rlp.de
www.bm.rlp.de

20.10.2020

Mein Aktenzeichen
9211
Bitte immer angeben!

Ihr Schreiben vom
11. September 2020

Ansprechpartner/-in / E-Mail



Telefon



Ihr Antrag nach dem Landestransparenzgesetz betreffend Maskenpflicht an Grundschulen

Sehr geehrt

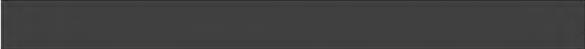


mit Ihrem Schreiben an Frau Ministerin Dr. Hubig beantragen Sie die Herausgabe von Dokumenten, aus denen sich ergibt, aufgrund welcher wissenschaftlicher Erkenntnisse in Rheinland-Pfalz die Maskenpflicht in Grundschulen im Schulgebäude und freien Schulgelände als Schutzmaßnahme definiert wurde.

Auf Ihren Antrag hin übersende ich Ihnen anliegend das Papier „Präventionsmaßnahmen in Schulen während der COVID-19-Pandemie“ in der aktuellen Fassung vom 12. Oktober 2020, das vom Robert-Koch-Institut herausgegeben wurde. Diesem Papier können Sie insbesondere auf der Übersicht auf Seite 10 entnehmen, dass auch für jüngere Schülerinnen und Schüler, also für die der Grundschule, das Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung oder eines Mund-Nasen-Schutzes außerhalb des Unterrichts empfohlen wird, wenn ein Mindestabstand von 1,5 m nicht eingehalten werden kann (Flur etc.). In dem Papier finden sich Hinweise auf Referenzen und Links sowie auf Begleitforschungsprojekte.

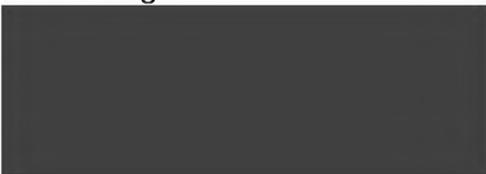
Zu Ihrem Hintergrund möchte ich Ihnen folgendes Vorgehen erläutern: Die Entscheidungen, die zurzeit aufgrund der Corona-Pandemie zum Schulbetrieb zu treffen sind, sind in erster Linie gesundheitspolitische Entscheidungen. Das Bildungsministerium wird deshalb vom Gesundheitsministerium beraten, das sich wiederum im engen Aus-

tausch mit anderen Gesundheitsbehörden, insbesondere dem Bundesgesundheitsministerium und dem Robert-Koch-Institut befindet. Sowohl die vom Robert-Koch-Institut veröffentlichten Papiere als auch die Beratung mit dem rheinland-pfälzischen Gesundheitsministerium fließen in die gemeinsame Erarbeitung von Regelungen wie der Corona-Bekämpfungs-Verordnung oder dem Hygieneplan Corona für die Schulen in Rheinland-Pfalz ein. Die in der Anlage beigefügten Empfehlungen des Robert-Koch-Instituts bestätigen die im Hygieneplan Corona für die Schulen in Rheinland-Pfalz vorgegebene Regelung, dass an Schulen dann eine Mund-Nasen-Bedeckung getragen werden muss, wenn nicht sichergestellt werden kann, dass der Mindestabstand von 1,5 m – mit Ausnahme des Klassenraums – eingehalten werden kann. Diese Empfehlung gilt auch für Grundschülerinnen und Grundschüler.

Sehr geehrt , wir haben großes Verständnis für Ihr Interesse an Informationen zum Schulbetrieb unter Pandemiebedingungen. Da dies auf viele Bürgerinnen und Bürger in Rheinland-Pfalz zutrifft, hat sich die Landesregierung, namentlich das Bildungsministerium, von Beginn der Corona-Krise an um eine transparente und umfassende Kommunikation bemüht. Hierzu gehört zum einen die regelmäßige Information über die Medien. Zum anderen wird eine Vielzahl von Informationen betreffend Corona-spezifische Maßnahmen im Bildungsbereich, die nicht den vorstehenden Einschränkungen unterliegen, jeweils tagesaktuell auf den Homepages des Ministeriums für Bildung (<https://corona.rlp.de/de/startseite/>) und der Aufsichts- und Dienstleistungsdirektion des Landes Rheinland-Pfalz (<https://add.rlp.de/de/startseite/>) zugänglich gemacht.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag



Rechtsbehelfsbelehrung:

Gegen diese Entscheidung kann innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe Widerspruch erhoben werden. Der Widerspruch ist beim Ministerium für Bildung einzulegen.

Der Widerspruch kann

1. schriftlich oder zur Niederschrift beim Ministerium für Bildung, Mittlere Bleiche 61, 55116 Mainz oder
2. durch E-Mail mit qualifizierter elektronischer Signatur[1] an bm@poststelle.rlp.de erhoben werden.

[1] vgl. Artikel 3 Nr. 12 der Verordnung (EU) Nr. 910/2014 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. Juli 2014 über elektronische Identifizierung und Vertrauensdienste für elektronische Transaktionen im Binnenmarkt und zur Aufhebung der Richtlinie 1999/93/EG (ABl. EU Nr. L 257 S. 73)



Präventionsmaßnahmen in Schulen während der COVID-19-Pandemie

Empfehlungen des Robert Koch-Instituts für Schulen

12.10.2020

Inhalt

1	Zielgruppe.....	2
2	Infektionsepidemiologische Grundannahmen und Beobachtungen zu Schulen	2
3	Vorrangige Ziele der SARS-CoV-2-Infektionsprävention in Schulen.....	3
4	Einordnung und Umsetzung infektionspräventiver Maßnahmen.....	4
5	Präventionsmaßnahmen	4
6	Kommunikation und Wissensvermittlung	6
7	Vorgehen bei Auftreten eines Verdachtsfalls an der Schule.....	7
8	Vorgehen bei Auftreten eines Erkrankungsfalls an der Schule	7
9	Nachverfolgbarkeit von Infektionsketten und Kontakten.....	8
10	Verwendung von Risikoindikatoren und Grenzwerten zur Einschätzung des Eintrags und Transmissionsrisikos in Schulen bzw. zur Ableitung von abgestuften Maßnahmen.....	9
11	Wissenschaftliche Begleitung.....	12
12	Referenzen und Links	12
13	Glossar:	15

1 Zielgruppe

Die Empfehlungen richten sich in erster Linie an alle für den Schulbetrieb und für Gesundheit und Hygiene an Schulen verantwortliche Personen.

2 Infektionsepidemiologische Grundannahmen und Beobachtungen zu Schulen

Folgende Aspekte sind hinsichtlich der Maßnahmenempfehlung in Schulen in Zeiten der COVID-19 Pandemie von Bedeutung (zu epidemiologischen Daten s. Lageberichte des RK (1)):

- Schülerinnen und Schüler (SuS) sind prinzipiell empfänglich für eine Infektion mit SARS-CoV-2 und können andere infizieren (2)(3).
- Kinder und jüngere Jugendliche sind jedoch seltener betroffen als Erwachsene und nicht Treiber der Pandemie (2)(3).
- Mit zunehmendem Alter ähneln Jugendliche hinsichtlich Empfänglichkeit und Infektiosität den Erwachsenen (4)(5)(6).
- Kinder und Jugendliche zeigen häufig keine oder nur eine milde Symptomatik (7).
- Im Erkrankungsfall erkranken Kinder und Jugendliche in aller Regel leicht. Dies trifft nach Einschätzung pädiatrischer Fachgesellschaften (7) auch bei Vorliegen von aus dem Erwachsenenalter bekannten Risikofaktoren/chronischen Erkrankungen zu, sofern diese gut kompensiert bzw. behandelt sind. Das individuelle Risiko bei Vorliegen von Vorerkrankungen unterliegt einer ärztlichen Einzelfallbeurteilung, unter Berücksichtigung der Empfehlungen und Stellungnahmen der pädiatrischen Fachgesellschaften für das jeweilige Krankheitsbild.

- Schwere Verläufe sind im Kindes- und Jugendalter selten (deutlich seltener als bei Erwachsenen), ebenso wie Todesfälle (jeweils 1 Todesfall im Alter von 0-9 J. bzw. 10-19 J. , Stand 06.10.2020 (1)) (7).
- Die anerkannten Infektionsschutzmaßnahmen sind auch im Kindes- und Jugendalter wirksam, zumindest für ältere Kinder gut umsetzbar und ein wichtiger Baustein bei der Bewältigung der Pandemie.
- Ausbrüche in Schulen werden nach Wiedereröffnung der Bildungseinrichtungen in zunehmendem Ausmaß beobachtet. Sie können bislang gut kontrolliert werden. Oftmals erfolgt der Eintrag in Schulen über Erwachsene (9).
- Das Ausmaß einer Übertragung innerhalb der Schulen und von den Schulen in die Familien/Haushalte ist weitgehend unklar und Gegenstand der Forschung.
- Hauptübertragungsweg ist die respiratorische Aufnahme virushaltiger Partikel (10), im unmittelbaren Umfeld der infektiösen Person (innerhalb 1,5-2 Meter; erhöhtes Risiko bei längerer Exposition (ab ca. 15 Minuten); „Nahfeld“) oder jenseits des Nahfeldes über sich (unter ungünstigen Bedingungen) aufsättigende infektiöse Aerosole („Fernfeld“). Das Risiko einer Übertragung über das Fernfeld erhöht sich bei besonders starker Partikelemission (Singen oder Schreien), bei besonders langem Aufenthalt der infektiösen Person(en) in einem gegebenen Raum und unzureichender Lüftung/Frischlufzufuhr.

3 Vorrangige Ziele der SARS-CoV-2-Infektionsprävention in Schulen

Mit einer Infektionsprävention an Schulen werden vorrangig folgende Ziele verfolgt:

- Die Aufrechterhaltung eines „regulären“, zuverlässigen, kontinuierlichen Unterrichtsangebots als Präsenzunterricht.
- Vermeidung von kompletten und präventiven oder reaktiven Schulschließungen.
- Schutz aller SuS und Beschäftigten vor einer COVID-19-Infektion - Prävention geht vor Reaktion.
- Auch ein Großteil des pädagogischen Personals und der SuS mit Vorerkrankungen sollte ohne erhöhtes COVID-19-Risiko am Unterricht teilnehmen können (Anmerkung: eine generelle Zuordnung zu einer Risikogruppe ist nicht möglich, es ist eine individuelle ärztliche Bewertung der Risikofaktoren erforderlich).
- Verhinderung einer unkontrollierten Infektionsausbreitung in Schulen und im Schulumfeld durch Infektionsschutz- und Hygienemaßnahmen, Gewährleistung einer schnellen Fallfindung, Nachverfolgbarkeit von Infektionsketten und konsequenter Umsetzung von Isolierung und Quarantäne.
- Stärkung des Vertrauens der Schülerschaft, der Erziehungsberechtigten sowie des Schulpersonals in ein sicheres Umfeld in der Schule.
- Konsistenz mit den Maßnahmen, die für die Allgemeinbevölkerung empfohlen werden, basierend auf der aktuellen wissenschaftlichen Evidenz und Nachvollziehbarkeit des Vorgehens vermittelt durch klare Kommunikation.

4 Einordnung und Umsetzung infektionspräventiver Maßnahmen

Das Infektionsrisiko von SuS und Schulpersonal lässt sich durch geeignete Maßnahmen minimieren, aber nicht auf Null reduzieren. Es sollte innerhalb der Schule nicht höher als in der Allgemeinbevölkerung sein. Die infektionspräventiven Grundprinzipien und Empfehlungen (z.B. AHA+A+L Regeln sowie Kontaktpersonenmanagement inklusive Isolierung und Quarantäne (12)(13)(16)(17)(18)(23)(27)(29)) gelten auch im Schulsetting.

Die geschilderten präventiven Maßnahmen sind Bausteine eines Gesamtpakets und wirken zusammen. Sie müssen in regelmäßigen Abständen überprüft und ggf. entsprechend neuer Evidenz und Erfahrungen angepasst werden.

Die vorliegenden COVID-19-Empfehlungen beruhen zwar im Kern auf den bekannten Standardmaßnahmen zu Prävention und Management von respiratorisch übertragbaren Krankheiten in Schulen, aufgrund der sehr unterschiedlichen Bedingungen und Gegebenheiten ist jedoch eine Eins-zu-Eins Umsetzung nicht in jeder Situation ohne weiteres machbar. Die avisierten Einrichtungen sind zudem ebenso wie das Spektrum der Schülerschaft, der Erziehungsberechtigten sowie des Schulpersonals inhomogen. Daher kann es keinen „one size fits all“-Ansatz geben.

Schulen müssen die empfohlenen Maßnahmen an ihre Rahmenbedingungen anpassen, unter Berücksichtigung des lokalen Infektionsgeschehens, der räumlichen Situation, des Personals, der schulischen Demographie etc. Daher ist es notwendig, dass die Verantwortlichen der Einrichtungen gemeinsam mit den örtlichen Gesundheitsbehörden die erforderlichen Maßnahmen im Sinne der Empfehlungen flexibel und mit Augenmaß den gegebenen Umständen und Bedingungen vor Ort anpassen. Dies erfordert stets eine sensible Abwägung des Nutzens der Maßnahmen zum Schutz der in der Einrichtungen betreuten bzw. arbeitenden Menschen vor Erkrankung und ggf. Hospitalisierung und Tod gegenüber möglichen psychosozialen Folgen und anderen negativen Begleiterscheinungen. Psychosoziale und andere Aspekte wie die Vermeidung von Stigmatisierung sind nicht Teil dieser Empfehlung, der Fokus liegt auf der Infektionsprävention.

5 Präventionsmaßnahmen

Risikominderungsmaßnahmen in Schulen können in die drei Kategorien eingeteilt werden: (i) Persönliche Schutz- und Kontrollmaßnahmen, (ii) Administrative und (iii) Umwelt und technische Präventions- und Kontrollmaßnahmen (11).

Ad (i) Persönliche Schutz- und Kontrollmaßnahmen

Hierzu zählen

- Verhaltensmaßnahmen wie die AHA-Regeln (12)(13): Abstand halten (auch im Unterricht), Hygieneregeln befolgen (Husten-/Nies- und Händehygiene) und das Tragen von Alltagsmasken, wenn der Mindestabstand von 1,5 m nicht eingehalten werden kann.

- Pädagogisches Personal sollte auch im Unterricht einen MNS oder MNB tragen, bei niedrigem Infektionsgeschehen (<25/100.000) zumindest dann, wenn ein Mindestabstand von 1,5 m zur Schülerschaft nicht sichergestellt werden kann.
- Direkte körperliche Kontakte sind nach Möglichkeit zu vermeiden, so sollten Begrüßungsrituale mit körperlicher Nähe, wie Umarmungen und Händeschütteln, unterlassen werden.
- Diese Maßnahmen gelten innerhalb und außerhalb des Schulsettings. In Abhängigkeit von den lokalen Gegebenheiten und Verordnungen der Gesundheitsbehörden sind auch die Vorgaben bezüglich Kontaktbeschränkungen außerhalb der Schule zu beachten.
- Wer Symptome zeigt, die mit einer COVID-19-Infektion vereinbar sind, bleibt zu Hause und nimmt ggf. entsprechend der Empfehlungen die Testangebote wahr (s. Empfehlungen zu den Testkriterien für Schulen¹).

(i) Administrative Präventions- und Kontrollmaßnahmen

Dazu zählen strukturelle Vorgaben und Regeln wie z.B.

- Die Kohortierung von SuS und von pädagogischem Personal.
- Die Wegeführung innerhalb der Schulen und im direkten Umfeld. Wege und SuS-Bewegungen im Schulgebäude lassen sich z. B. vermeiden, indem nur das pädagogische Personal den Unterrichtsraum wechselt und die Klasse im Raum verbleibt.
- Zeitliche und räumliche Pausenkonzepte.
- Abhängig vom Infektionsgeschehen Wechsel von Präsenz- und Distanzunterricht, verkürzte Schulstunden.
- Einhaltung von AHA-Regeln auch auf dem Schulweg (14).
- Ein Zutrittsverbot zum Schulgebäude für Erwachsene/Personen ohne konkreten Schulbezug.
- Die konsequente Einhaltung von Quarantäne und Isolierung, unter Umständen auch ohne Anordnung durch die verantwortlichen Gesundheitsbehörden (s. Empfehlungen zu den Testkriterien in Schulen¹).
- Die Vorgabe und Kommunikation von Kriterien und deren konsequente Anwendung, unter welchen Umständen bzw. bei Vorliegen welcher Krankheitszeichen SuS (und Schulpersonal) die Schule nicht besuchen dürfen (inklusive Testkriterien, s. dort¹).
- Die Vorgabe und Kommunikation von Kriterien und deren konsequente Anwendung, wann SuS (und Schulpersonal) nach Absonderung (Isolierung bei Erkrankung/nachgewiesener Infektion (15)(16)(17) bzw. Quarantäne (16)(18) bei Kontaktpersonen der Kategorie 1) die Schule wieder besuchen dürfen.
- Die Aussetzung von Klassenfahrten, Schulfeiern und ähnlichen nicht zwingend notwendigen Schulaktivitäten.
- Lösungen zur Teilhabe (z.B. durch Distanzunterricht) von Gruppen, für welche nach (betriebs-) ärztlicher Einschätzung das Infektionsrisiko durch Teilnahme am Schulbetrieb

¹ [SARS-CoV-2 Testkriterien in Schulen während der COVID-19 Pandemie. Empfehlungen des Robert Koch-Instituts für Schulen. 12.10.2020](#)

medizinisch nicht vertretbar ist. Befinden sich im Haushalt von SuS Angehörige mit gesundheitlichen Risiken für einen schweren COVID-19-Krankheitsverlauf, so sind zu deren Schutz vorrangig infektionspräventive Maßnahmen innerhalb der häuslichen Gemeinschaft zu treffen.

(ii) Umweltbezogene und technische Präventions- und Kontrollmaßnahmen

Dies beinhaltet unter anderem

- Die Verlegung von Schulaktivitäten (z.B. Sportunterricht) ins Freie, soweit möglich.
- Die räumliche Entzerrung durch Nutzung/Schaffung zusätzlicher Raumkapazitäten (nicht nur im Hinblick auf Klassenzimmer, sondern auch Aufenthalts-, Besprechungsräume, Lehrerzimmer, Umkleiden und Garderoben etc.) und durch den Einsatz virtueller Möglichkeiten (z.B. für Besprechungen des pädagogischen Personals und Schulkonferenzen).
- Die Vermeidung von Schulaktivitäten, welche die Bildung und Anreicherung von Aerosolen begünstigen (z.B. Chorsingen und Bläserklassen in ungeeigneten Innenbereichen).
- Das regelmäßige und korrekte Lüften (AHA+A+L) von Fluren und Räumen, um die Anreicherung und Verteilung potentiell infektiöser Aerosole zu vermeiden (Details zum korrekten Lüften s. (19)(20)(21)), ggf. unter Verwendung von „CO2-Ampeln“ oder -Messgeräten (22)) (Für eine Schule muss nicht unbedingt für jeden Klassenraum ein CO2-Sensor gekauft werden, es ist ausreichend, wenn mit einem Sensor stichprobenartig Messungen in typischen Klassenräumen durchgeführt wurden).
- Die Ausstattung bezüglich sanitärer Anlagen/Waschbecken.
- Die strikte Einhaltung der Infektionsschutz- und Hygienemaßnahmen unter Beachtung der gesetzlich vorgeschriebenen schulischen Hygienepläne (§ 36 i.V.m. § 33 Infektionsschutzgesetz) mit seinen SARS-CoV-2 spezifischen Erweiterungen, inkl. Reinigung und Desinfektionsmaßnahmen (23).

Durch die in der Regel klassenübergreifende Tätigkeit und sonstigen Interaktionen mit Kolleg*innen und anderen erwachsenen Personen (z.B. Erziehungsberechtigten) spielt der Infektionsschutz gerade bei pädagogischem Personal eine wichtige Rolle, zumal Erwachsene - zumindest im Vergleich zu jüngeren Kindern - wahrscheinlich eine relevantere Rolle im Infektionsgeschehen spielen. Neben den AHA+ A+L Regeln zählen dazu auch hier Maßnahmen wie die räumliche Entzerrung im Lehrerzimmer, beispielsweise durch Nutzung weitere räumlicher Kapazitäten (Besprechungszimmer, Aula u.a.) sowie die Selbstisolierung und priorisierte Testung bei Auftreten einer Symptomatik (s. [Dokument Testkriterien](#)¹).

6 Kommunikation und Wissensvermittlung

Wichtig ist eine zielgruppenorientierte, den SuS altersgerechte, sprach- und kultursensitive klare Kommunikation der Maßnahmen, ihrer Hintergründe und zu den getroffenen Entscheidungen, die Einbindung aller relevanten Partner (einschließlich Schulgremien und SuS-Vertreter) und die Berücksichtigung von Schnittstellen.

Verhaltensbezogene Maßnahmen müssen den SuS von dazu geschulten Personen vermittelt werden. Dies kann in Teilen auch eingebettet in den Unterricht oder auch durch die SuS selbst erfolgen, z.B. durch entsprechend ausgebildete „Hygienelotsen“, auf Augenhöhe und mit geeigneten Medien und Methoden (12). Die Verhaltensmaßnahmen müssen so lange erforderlich kontinuierlich beibehalten werden, damit sie fest verankert und zu einer Selbstverständlichkeit werden (z.B. der hygienisch einwandfreie Umgang mit den MNB/MNS). Ältere SuS sowie Erwachsene müssen sich hier ihrer Vorbildfunktion bewusst sein. Bewährte Konzepte sind beizubehalten und Best Practise Beispiele zu teilen. Für identifizierte Defizite sind schnellstmöglich Lösungsansätze zu finden.

7 Vorgehen bei Auftreten eines Verdachtsfalls an der Schule

Personen mit Symptomen, die mit einer Erkrankung an COVID-19 vereinbar sind (s. Empfehlungen zu den Testkriterien in Schulen¹), dürfen das Schulgebäude und -gelände nicht betreten und Beförderungsmittel für SuS nicht nutzen. Treten während der Unterrichtszeit derartige Symptome auf, so ist die betroffene Person zu isolieren und die Eltern betroffener SuS werden informiert. Personen mit respiratorischen Symptomen jeglicher Art können grundsätzlich eine SARS-CoV-2-Infektion haben. Diese sind aufgrund der Symptomatik nicht von anderen Erregern zu unterscheiden. Da nicht alle Personen mit jeglicher respiratorischer Symptomatik getestet werden können, und auch andere Erreger zu Übertragungen (und somit Ausbruchssituationen) führen können, die mit COVID-19 Ausbrüchen verwechselt werden können (z.B. Influenza), sollten Personen (SuS oder pädagogisches Personal) bei Erkrankungen mit jeglicher respiratorischer Symptomatik, soweit umsetzbar und insbesondere ab einer 7-Tages-Inzidenz von 35/100.000, für mindestens 5 Tage zu Hause bleiben und die Schule erst wieder besuchen, wenn sie über 48 Stunden symptomfrei waren. Ärztliche Bescheinigungen für Freistellungen betreuender Elternteile oder Atteste im Fall von Prüfungen (z.B. Abitur) sollten wenn möglich telefonisch oder durch eine Videosprechstunde eingeholt werden.

Eine Testung soll bei begrenzten Testkapazitäten und erhöhtem Vorkommen respiratorischer Atemwegserkrankungen in der Bevölkerung Personen vorbehalten bleiben, die einen schwereren Verlauf oder ein Risiko für einen schweren Verlauf haben, Kontakt mit vulnerablen Personen haben, oder an einem intensiven (evtl. noch nicht erkannten) Übertragungsgeschehen beteiligt waren oder ein solches hervorrufen können (s. auch Empfehlungen zu den Testkriterien für Schulen¹).

8 Vorgehen bei Auftreten eines Erkrankungsfalls an der Schule

- Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten und Erreichbarkeit für den Fall eines Infektionsgeschehens müssen im Vorfeld abgestimmt und eindeutig geregelt werden, um alle notwendigen Maßnahmen ohne Zeitverlust umsetzen zu können. Die Benennung eines Hygienebeauftragten für die Aktualisierung und Umsetzung des Hygieneplans, eines „Corona-Verantwortlichen“ bzw. eines „Corona-Response-Teams“ und das Verfassen von Standardvorgehensweisen („standard operating procedures“, SOPs) wird empfohlen.
- Die Schulleitung sollte wenn möglich unverzüglich über bestätigte COVID-19-Infektionen und Infektionsverdachtsfälle informiert werden. Nach § 6 und §§ 8,36 IfSG ist sowohl der Verdacht

einer Infektion als auch das Auftreten von COVID-19-Fällen in Schulen dem Gesundheitsamt zu melden. Zeitgleich ist auch die zuständige Schulaufsicht zu informieren.

- Infizierte Personen dürfen die Schule nicht betreten.
- Ansprechpartner für Infizierte und Kontaktpersonen sind neben den Gesundheitsämtern in erster Linie die Haus- bzw. Kinder- und Jugendärzte und die Patientenservicenummer des ärztlichen Bereitschaftsdienstes der Kassenärztlichen Vereinigung (116 117 (24)). Information und z.T. auch Hilfestellung über Hotlines für Bürgerinnen und Bürger bieten darüber hinaus die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (12), die Informationsseite des Bundesministeriums für Gesundheit (25), die Unabhängige Patientenberatung (26), sowie viele Krankenkassen und Gesundheitsbehörden der Bundesländer an.

9 Nachverfolgbarkeit von Infektionsketten und Kontakten

Es gilt die Voraussetzungen dafür zu schaffen, dass Gesundheitsämter Infektionsgeschehen rasch eindämmen können und Infektionsketten schnell und unkompliziert nachverfolgen können, dazu gehören (27)

- Möglichst konstante Gruppen- und auch räumliche Zuordnungen (Kohortenbildung, feste Sitzplätze) (Schulklassen, Hort, pädagogisches Personal, feste Gruppen in Schul-Kantinen/Essensräumen, falls möglich auch auf dem Schulweg).
- Die sorgfältige tägliche Dokumentation der Gruppenzusammensetzung und von An- bzw. Abwesenheiten.
- Die korrekte und vollständige Erfassung der Kontaktdaten aller SuS und des Schulpersonals.
- Die Corona-Warn-App (28) kann einen wichtigen Beitrag zur Unterbrechung der Infektionsketten leisten und die zentrale Arbeit der Gesundheitsämter beim Nachverfolgen der Kontakte unterstützen. Sie wird daher allen am Schulleben Beteiligten empfohlen, insbesondere auch mit dem Ziel, infektionsrelevante Expositionen außerhalb des Schulsettings zu erfassen. Es ist anzumerken, dass eine Nutzung der App in einem Alter von unter 16 Jahren von Kindern und Jugendlichen vorab nur mit Einverständnis des Erziehungsberechtigten zulässig ist.
- In Abhängigkeit vom Infektionsgeschehen ist es sinnvoll, bei der Kontaktpersonennachverfolgung ressourcenadaptiert vorzugehen. Grundsätzlich haben Kontaktpersonen der Kategorie I (enger Kontakt) Priorität über Kontaktpersonen der Kategorie II, und Erwachsene/ältere SuS über jüngere SuS. In relativ beengten Raumsituationen oder schwer zu überblickenden Kontaktsituationen in der Schule kann die Quarantäne für alle in der Kohorte sinnvoll sein, aufgrund der Aerosolaufsättigung bei unterrichtsbedingt langer Aufenthaltsdauer im Klassenzimmer auch dann, wenn alle im Raum einen MNB/MNS tragen. Die Ermittlung eines schon bestätigten oder potentiellen Ausbruchsgeschehens hat Vorrang vor Einzelfällen. Ereignisse bei oder im Kontext von vulnerablen Personen oder medizinischem Personal haben Vorrang vor anderen Situationen (29).

10 Verwendung von Risikoindikatoren und Grenzwerten zur Einschätzung des Eintrags und Transmissionsrisikos in Schulen bzw. zur Ableitung von abgestuften Maßnahmen

Für die Herangehensweise im Sinne eines risikoadaptierten Vorgehens existieren bereits diverse Dokumente international wie national aus den Ländern und von Fachgesellschaften (Beispiele (30)(31)). Einige dieser Überlegungen sind hier eingeflossen.

Es gibt in Deutschland Ansätze, die vorsehen, unter Berücksichtigung der 7-Tagesinzidenz (<25 bzw. <35; bis unter 50 und ab bzw. >50) einen stufenweisen Einsatz infektionspräventiver Maßnahmen vorzunehmen. Sie dienen insbesondere der orientierenden Einschätzung, ob das Tragen einer Mund-Nasen-Bedeckung außerhalb und auch während des Unterrichts und eine Reduktion der Klasse bzw. SuS-Gruppengröße angezeigt ist. Die Ansätze unterscheiden sich im Detail teilweise deutlich. Das amerikanische Centers for Disease Control and Prevention (32) verwendet feiner abgestufte Inzidenzschwellenwerte und darüber hinaus weitere Indikatoren, anhand derer es vier Risikostufen ableitet und welche neben dem Implementierungsgrad empfohlener Maßnahmen die Dynamik und die Auslastung des Gesundheitssystems mit berücksichtigen. Auch die WHO Europa diskutiert einen Ansatz, mit dem stufenweise auf das Infektionsgeschehen reagiert wird (no cases, sporadic cases, clusters, community transmission) (33).

Basierend auf diesen Ansätzen schlagen wir in Tabelle 1 ein mögliches Risiko-adaptiertes Vorgehen im Sinne einer Rahmenempfehlung bzw. als Ergänzung zu bestehenden Dokumenten vor.

Tabelle 1: Orientierende Schwellenwerte/Indikatoren für infektionspräventive Maßnahmen in Schulen in Deutschland

Schwellenwert 7-Tages-Inzidenz ¹ (regionale 7-Tages-Inzidenz auf Landkreis-Ebene)	Inzidenz <35/100.000		Inzidenz 35-50/100.000		>50/100.000	
Alternative bzw. ergänzende Indikatoren (bezogen auf lokales/regionales Infektionsgeschehen)	Sporadisches Auftreten von COVID-19 Fällen		<ul style="list-style-type: none"> • Auftreten einzelner oder kleinerer Infektionscluster • Niedrige Testpositivenrate in repräsentativer Stichprobe, z.B. ≤5% (sofern lokal erhoben und verfügbar) 		<ul style="list-style-type: none"> • Größere einzelne oder mehrere Ausbrüche o. community transmission (Infektionsketten nicht mehr nachvollziehbar o. nachverfolgbar, zunehmender oder hoher Anteil an Fällen ohne bekannten Quellfall); • Hohe Testpositivenrate in repräsentativer Stichprobe, z.B. >5% (sofern lokal erhoben und verfügbar), • Überlastung ÖGD u./o. Gesundheitsversorgung 	
Altersgruppe SuS/Schulform ²	Jüngere/ Grundschule	Ältere/ weiterführend	Jüngere/ Grundschule	Ältere/ weiterführend	Jüngere/ Grundschule	Ältere/ weiterführend
Kohortenbildung ³ (konstante Klassen/Gruppenverbände/Lerngruppen)	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Schulaktivitäten mit potentiell erhöhter Infektionsgefährdung (Chor, Bläserorchester, Kontaktsportarten)	ja/optional	optional	optional ⁷ /nein	optional ⁷ / nein	nein	nein
MNB/MNS außerhalb des Unterrichts, sofern ein Mindestabstand von 1,5 m nicht eingehalten werden kann (Flur etc.)	ja, zumindest bei Gruppenmischung	ja	ja	ja	ja	ja
MNB/MNS ⁴ im Klassenzimmer	nein	nein/optional	nein/optional	ja	ja	ja
adäquate Raumlüftung und Händewaschen ⁵	ja	ja	ja	ja	ja	ja
Verkleinerung der Klassen (durch Teilung oder Wechselunterricht), so dass Mindestabstand von 1,5 m eingehalten werden kann	nein	nein	nein/optional	nein/optional	ja	ja
Notwendigkeit für kurzzeitige, lokale Schulschließung mit Distanzunterricht prüfen ⁶	nein	nein	nein/optional	nein/optional	ja	ja

¹ die Notwendigkeit einer zeitnahen Verschärfung der Maßnahmen kann sich auch Inzidenz-unabhängig ergeben, z.B. bei raschem und erheblichen Anstieg der lokalen Fallzahlen, unübersichtlicher Situation bei Klassen-übergreifenden Ausbruchsgeschehen oder bei ad hoc Überlastungssituationen in der Kontaktpersonennachverfolgung oder Gesundheitsversorgung; die Entscheidung darüber trifft das Gesundheitsamt bzw. erfolgt in enger Abstimmung mit dem Gesundheitsamt

² hier bietet sich als Altersgrenze ein Alter von 10 Jahren oder mit Blick auf ein sechsjähriges Grundschulsystem von 12 Jahren an

³ soweit im Kursstufensystem möglich; adäquate Lösungen müssen insbesondere für Abschluss-gefährdete SuS und in Prüfungs-Jahrgängen gefunden werden

⁴ Für pädagogisches Personal gelten die Empfehlungen für ältere SuS, bei niedriger Inzidenz (<35/100.000) sollte jedoch im Unterricht (sowie im Lehrerzimmer etc.) MNS/MNB getragen werden, wenn ein Mindestabstand von 1,5 m nicht eingehalten werden kann

⁵ sofern Möglichkeiten für Händewaschen vorhanden sind, ist keine Händedesinfektion erforderlich;

⁶ kann nach Situations-Einschätzung durch das Gesundheitsamt auch abweichend vom vorgeschlagenen Schema sinnvoll sein

⁷ Hygienekonzept vorausgesetzt

Legende: MNB Mund-Nasen-Bedeckung, MNS Mund-Nasen-Schutz, ausgenommen sind SuS, die nach ärztlicher Beurteilung wegen einer Gesundheitsgefährdung keine MNB/MNS tragen können, SuS Schülerinnen und Schüler

11 Wissenschaftliche Begleitung

Begleitforschungsprojekte (Ausbruchsuntersuchungen, Haushaltskontaktuntersuchungen, serologische Prävalenzstudien) werden dazu beitragen, offene Frage zu beantworten, wie

- Kommt es, und wenn ja in welchem Ausmaß, zu Übertragungen aus dem Schulsetting in die Familien und in Risikogruppen?
- In welchem Ausmaß und unter welchen Bedingungen finden Übertragungen im beruflichen Umfeld von Personal auf Personal und von Personal auf die Schülerschaft statt?
- Daraus abgeleitet: welchen Impact haben die einzelnen Infektionsschutzmaßnahmen?
- Bedarf es im Schulsetting und für die unterschiedlichen Altersgruppen einer Anpassung der empfohlenen Herangehensweisen (Stichwort Kohortenquarantäne, Wiedereinzulassungskriterien)?

12 Referenzen und Links

(letzter Zugriff 24.09.2020 und für neue Referenzen 08.10.2020)

- (1) Robert Koch-Institut. Aktueller Lage-/Situationsbericht des RKI zu COVID-19.
https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Gesamt.html
- (2) Madewell, Z., Yang, Y., Longini, I., Halloran, E., & Dean, N. (2020). Household transmission of SARS-CoV-2: a systematic review and meta-analysis of secondary attack rate MedRxiv.
<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.07.29.20164590v1>
- (3) Ludvigsson JF. Children are unlikely to be the main drivers of the COVID-19 pandemic - a systematic review. *Acta Paediatr* 2020. doi:[doi:10.1111/apa.15371](https://doi.org/10.1111/apa.15371).
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/apa.15371>
- (4) Park Y, Choe Y, Park O, et al. Contact Tracing during Coronavirus Disease Outbreak, South Korea, 2020. *Emerging Infectious Diseases*. 2020;26(10):2465-2468. doi:10.3201/eid2610.201315.
https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/26/10/20-1315_article
- (5) Stringhini S, Wisniak A, Piumatti G, Azman AS, Lauer SA, Baysson G, et al. Seroprevalence of anti-SARS-CoV-2 IgG antibodies in Geneva, Switzerland (SEROCoV-POP): a population-based study. *Lancet*. 2020. 10.1016/S0140-6736(20)31304-0
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)31304-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)31304-0/fulltext)
- (6) I. Quartalsbericht der Corona-KiTa-Studie - 1. Quartalsbericht (III/2020). 2020
https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Projekte_RKI/KiTASTudie_QuartalIII_2020.pdf?blob=publicationFile
- (7) Patel NA (2020) Pediatric COVID-19: Systematic review of the literature. *Am J Otolaryngol* 41(5):102573
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0196070920302672?via%3Dihub>
- (8) Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Kinder-und Jugendmedizin(DGKM) im Austausch mit den Konventgesellschaften und mit Unterstützung des Berufsverbands der Kinder-und Jugendärzte(BVKJ). Welche Grunderkrankungen legen Einschränkungen in der Teilnahme am Schulunterricht aufgrund der Corona-Pandemienähe? Vom 04.05.2020

- https://www.dgkj.de/fileadmin/user_upload/Meldungen_2020/200506_SN_SchulbefreiungRisikogruppen_final_alt.pdf
- (9) Otte im Kampe E, Leheld A, Buda S, Buchholz U, Haas W. Surveillance of COVID-19 school outbreaks, Germany, March to August 2020. Euro Surveill 2020;25(38):pii=2001645.
<https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2020.25.38.2001645>
- (10) Robert Koch-Institut. SARS-CoV-2 Steckbrief zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19).
https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html#doc13776792bodyText2
- (11) Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV). SARS-CoV-2 – Schutzstandard Schule- Lehren und Lernen in der Epidemie – mehr Sicherheit und Gesundheit in der Schule
<https://dguv.de/corona-bildung/schulen/index.jsp>
- (12) Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Informationsseiten zu COVID-19
<https://www.infektionsschutz.de/coronavirus/>
- (13) Die AHA-Regeln im neuen Alltag. Video auf den Informationsseiten der Bundesregierung
<https://www.bundesregierung.de/breg-de/mediathek/die-aha-regeln-im-neuen-alltag-1758514>
- (14) Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV). Handlungshinweise – Coronavirus-Hinweise für den Kita- und Schulweg <https://publikationen.dguv.de/widgets/pdf/download/article/3837> (Stand 25.09.2020)
- (15) Robert Koch-Institut in Abstimmung mit der Arbeitsgruppe Infektionsschutz der AOLG. COVID-19: Entlassungskriterien aus der Isolierung.
https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Entlassmanagement.html
- (16) Robert Koch-Institut (v. Kleist et al) Abwägung der Dauer von Quarantäne und Isolierung bei COVID-19 Epidemiologische Bulletin 39/2020
https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2020/39/Art_02.html
- (17) Robert Koch-Institut. Häusliche Isolierung bei bestätigter COVID-19-Erkrankung: Flyer für Patienten und Angehörige.
https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Quarantaene/haeusl-Isolierung.html
- (18) Robert Koch-Institut. Häusliche Quarantäne (vom Gesundheitsamt angeordnet): Flyer für Kontaktpersonen.
https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Quarantaene/Inhalt.html
- (19) Stellungnahme der Kommission Innenraumlufthygiene am Umweltbundesamt. Das Risiko einer Übertragung von SARS-CoV-2 in Innenräumen lässt sich durch geeignete Lüftungsmaßnahmen reduzieren. Vom 12. August 2020
https://www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/2546/dokumente/irk_stellungnahme_lueften_sars-cov-2_0.pdf
- (20) Voß S., A. Gritzki, K. Bux: Infektionsschutzgerechtes Lüften – Hinweise und Maßnahmen in Zeiten der SARS-CoV-2-Epidemie. 1. Auflage, 24.09.2020. Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin 2020. (buaa: Fokus) Seiten 21, PDF-Datei, DOI: 0.21934/buaa:fokus20200918
https://www.buaa.de/DE/Angebote/Publikationen/Fokus/Lueftung.pdf?__blob=publicationFile&v=11

- (21) „Infektionsschutzgerechtes Lüften“ - Empfehlung der Bundesregierung, Stand September 2020
<https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/Thema-Arbeitsschutz/infektionsschutzgerechtes-lueften.html>
- (22) Mehlis A. et al. Einsatz von Lüftungsampeln zur Verbesserung der Luftqualität in Kindertageseinrichtungen und Schulen. Epi Bull 42/2017
https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2017/Ausgaben/42_17.pdf?blob=publicationFile
- (23) Robert Koch-Institut. Hinweise zu Reinigung und Desinfektion von Oberflächen außerhalb von Gesundheitseinrichtungen im Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie Stand 3.7.2020
https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Reinigung_Desinfektion.html
- (24) <https://www.116117.de/de/coronavirus.php>
- (25) Zusammen gegen Corona. Informationsseiten der Bundesregierung.
<https://www.zusammengegencorona.de/>
- (26) <https://www.patientenberatung.de/de/gesundheit/gesundheitsinformation/Coronavirus-covid-19>
- (27) Robert Koch-Institut. Wiedereröffnung von Bildungseinrichtungen – Überlegungen, Entscheidungsgrundlagen und Voraussetzungen. Epi Bull 19/200, Vorab Online publiziert am 23.04.2020
https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2020/Ausgaben/19_20_02.html
- (28) https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/WarnApp/Warn_App.html
- (29) Robert Koch Institut. Kontaktpersonen-Nachverfolgung bei respiratorischen Erkrankungen durch das Coronavirus SARS-CoV-2 Stand: 9.9.2020
https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Kontaktperson/Management.html
- (30) Deutsche Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) (Simon et al.) Maßnahmen zur Aufrechterhaltung eines Regelbetriebs und zur Prävention von SARS-CoV-2-Ausbrüchen in Einrichtungen der Kindertagesbetreuung oder Schulen unter Bedingungen der Pandemie und Kozirkulation weiterer Erreger von Atemwegserkrankungen vom 04. August 2020
<https://www.dakj.de/allgemein/massnahmen-zur-aufrechterhaltung-eines-regelbetriebs-und-zur-praevention-von-sars-cov-2-ausbruechen-in-einrichtungen-der-kindertagesbetreuung-oder-schulen-unter-bedingungen-der-pandemie-und-kozikulat/>
- (31) Bayrisches Staatsministerium für Unterricht und Kultus. Drei-Stufen-Plan zum Unterrichtsbetrieb im Schuljahr 2020/2021- Informationen für Eltern und Erziehungsberechtigte – Stand: 07.09.2020
- (32) Centers for Disease Control and Prevention. COVID-19. Schools and Child Care Programs. Reopening.: Decision-Making Indicators <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/community/schools-childcare/index.html> bzw. <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/downloads/community/schools-childcare/indicators-thresholds-table.pdf>
- (33) WHO Europe background document in preparation to the High-level virtual briefing for ministers of health on “schooling during the COVID-19 pandemic” Stand 14.09.2020

<https://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2020/08/high-level-virtual-meeting-on-schooling-during-the-covid-19-pandemic/who-europe-background-document-in-preparation-to-the-high-level-virtual-briefing-for-ministers-of-health-on-schooling-during-the-covid-19-pandemic>

13 Glossar:

MNB - Mund-Nasen-Bedeckung („Alltagsmaske“)

MNS - Mund-Nasenschutz (chirurgische „Maske“)

SuS - Schülerinnen und Schüler