



Schützende Maßnahmen gegen Infektionen in Kindertagesbetreuung – Eine empirische Studie über pädagogische Interaktionsqualität und Mitarbeiter*innensicherheit

Sonja Damen, Menno Baumann, Bernhard Hemming, Friederike Meßler, Sara Alina Clauß

Pre-Print

Zusammenfassung

In einer qualitativen Untersuchung hat das Forschungsteam mittels teilnehmender Beobachtung, leitfadengestützten Interviews und Video-Interaktionsanalysen untersucht, wie verschiedene schützende Maßnahmen, die zur Verhinderung der Ausbreitung von SARS-CoV-2-Viren (Corona) durch die Wiedereröffnung von Kindertagesbetreuung und Tagespflege so gehandhabt werden können, dass die pädagogische Prozess- und Interaktionsqualität möglichst wenig beeinträchtigt wird und gleichzeitig pädagogische Fachkräfte weitestgehend geschützt werden. Untersucht wurde dabei der Einsatz von Mund-Nase-Abdeckungen (so genannte Alltagsmasken) mit transparentem Mundausschnitt sowie die so genannten Face-Shields (durchsichtige Gesichtsmasken). Im Ergebnis zeigt sich, dass der Einsatz von Mund-Nase-Abdeckungen im pädagogischen Alltag als nicht tauglich eingeschätzt wird, während Face-Shields eine schützende Alternative für pädagogische Fachkräfte im Umgang mit Kindern zu sein scheinen.

Einleitung

„Ich würde im Moment lieber an der Kasse arbeiten, als in der Kita“ titelte Felicitas Wilke am 30.4. eine Reportage über die Situation von Fachkräften in KiTas zur „Corona-Zeit“ auf Zeit Online (Wilke 2020). Diese Überschrift – wie auch der Artikel und die Diskussion darunter – lässt deutlich werden, dass die Ausweitung der Notbetreuungen bzw. die stufenweise Wiedereröffnung für die Fachkräfte in KiTas eine besondere Herausforderung darstellt. Die Verunsicherung, ob diese politischen Entscheidungen für die Fachkräfte ein erhebliches Gesundheitsrisiko darstellen, scheint groß. Einerseits scheint es pädagogisch kaum sinnvoll möglich, Abstandsregeln und Maskenpflicht, wie sie in vielen öffentlichen Bereichen als Voraussetzung so genannter „Lockerungen“ der Corona-Maßnahmen vorausgesetzt werden, umzusetzen. Es muss aber festgehalten werden, dass eben diese Maßnahmen gerade im Bereich der Kindertagesbetreuung wichtig scheinen: In einem Geschäft ist die Wahrscheinlichkeit, dass Ihnen jemand mit Fingern, die er zuvor ausgiebig in den Mund gesteckt hat, unvermittelt ins Gesicht fast, wohl eher gering – in der Kindertagesbetreuung ist dies Alltag. Andererseits scheint eine noch längere Aussetzung von Betreuungsangeboten erhebliche Probleme für Eltern, Kinder und letztlich die gesamte Gesellschaft mit sich zu bringen.

Aus dieser Situation heraus (und nach dem uns über verschiedene Wege mehrere Rückfragen aus der pädagogischen Praxis erreichten) haben wir uns in einem interdisziplinären Forscherteam kurzerhand entschlossen, dieser Frage nachzugehen. *Wie können die Potentiale, die sich Mediziner (und Politiker) durch die so genannte „Maskenpflicht“ erhoffen, um eine schrittweise Ermöglichung eines Alltags in Deutschland umzusetzen, auch im Betreuungsalltag der Kleinkindbetreuung so integriert werden, dass die pädagogische Arbeit nicht unverhältnismäßig stark beeinträchtigt wird?*



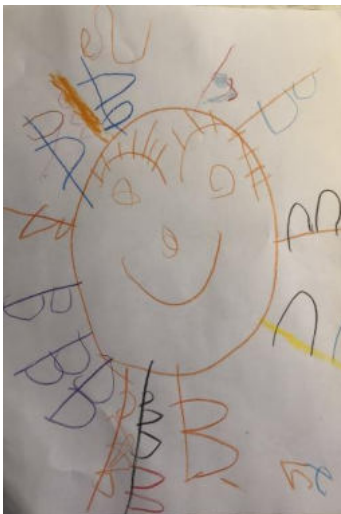
Abbildung 1: Face shield und Masken mit transparentem Inlay im Test: Interaktionsqualität und Schutz vor Tröpfcheninfektionen

Schließung von KiTas zur Infektionseindämmung: Evidenzen, Risiken, Unsicherheiten

Zum jetzigen Zeitpunkt muss festgehalten werden, dass der Wissensstand zur aktuellen SARS-CoV-2 Pandemie noch recht gering ist und wesentlich auf Einzelstudien stützt, die sich noch in einem Stadium, welches im Wissenschaftsjargon als „Pre-Print“ bezeichnet wird, befinden. Diese Tatsache hat in der Medienlandschaft teils heftige Diskussionen über die Zuverlässigkeit der Wissenschaften ausgelöst, ist aber innerhalb der Scientific Community eigentlich Routine und aktuell die logische Folge des Zeitdrucks, unter dem auf ein neues Phänomen blitzschnell reagiert werden muss. Um die Ergebnisse unserer Studie einzuordnen macht es dabei durchaus Sinn, sich den aktuellen Wissensstand bezüglich relevanter Fragen anzusehen – immer in dem Wissen, dass jederzeit neue Erkenntnisse entstehen können, die die Situation grundlegend verändern.

Zunächst einmal stellt sich die Frage, ob die Schließung von KiTas überhaupt einen maßgeblichen Effekt auf die Ausbreitung des Corona-Virus zeigt. Leider existieren keine Studien nur über KiTa-Schließungen, vermutlich, weil es in keinem Land eine singuläre Schließung dieser Einrichtungen ohne eine parallele Schließung der Schulen gab. Dennoch

kann aus den vorhandenen Forschungsergebnissen schon einiges rückgeschlossen werden. Eine internationale Studie, die von Schweizer Wissenschaftlern durchgeführt wurde, zeigte, dass die Schließung von pädagogischen Einrichtungen einen geringen Einfluss auf die Ausbreitung von SARS-CoV-2 zeigte (vgl. Bannholzer, Weenen, Kratzwald u.a. 2020). Allein die Schließung pädagogischer Bildungs- und Betreuungseinrichtungen wurde in dieser Studie ein Effekt von ca. 8% Reduktion der Neuinfektionen zugeschrieben, während andere, auf erwachsene Personen zielende Beschränkungen deutlich höhere Effekte aufwiesen. Das bedeutet nicht, dass die Schließung keine Effekte zeigt – aber andere Maßnahmen scheinen deutlich wichtiger. Ein erstes Systematic Review – also eine Analyse aller bisher verfügbaren Studien in der Gesamtschau – deutet in eine ähnliche Richtung: Hier wurde vor allem der Einfluss auf schwere Verläufe und Todesfälle, die mit SARS-CoV-2 Infektionen assoziiert waren, betrachtet und es konnte ein Effekt von ca. 2-4 % nachgewiesen werden (Viner, Russel, Corker u.a. 2020). Die aktuellen Forschungsbefunde deuten also darauf hin, dass die Schließung der KiTas und Schulen im Vergleich zu anderen Maßnahmen nicht die Hauptmaßnahme im Kampf gegen die Ausbreitung von SARS-CoV-2 darstellt, sondern ihre statistische Evidenz im Vergleich als eher gering einzuschätzen ist. Dieses Ergebnis ist wichtig bei der Diskussion um die Folgen, die eine Aufrechterhaltung der Schließung bedeuten würde.



Corona-Virus (Hanna, 3 Jahre)

Die Schließung von KiTas setzt Familien extrem unter Druck. Einerseits entsteht natürlich eine Betreuungslücke, wenn die Eltern ihre Berufstätigkeit wieder aufnehmen müssen, oder wenn im Home-Office die tägliche Arbeit mit der Betreuung eines Kleinkindes nicht ohne weiteres kompatibel erscheint (vgl. Di Giorgio, Di Rosi, Mioni & Cellini 2020). Aber auch andere Aspekte werden diskutiert. So zeigen internationale Untersuchungen, dass die Maßnahmen, die in Deutschland unter den Anglizismen „Stay at Home“ und „Social Distancing“ vollzogen wurden, die innerfamiliäre Gewalt in manchen Familien gesteigert hat. Dieser Effekt ist sicherlich nicht willkürlich, sondern über bereits bevor bestehende Risikofaktoren vermittelt. Er scheint wohl zurückzuführen auf eine Kombination einerseits von Enge und sozialen (Zukunfts-) Ängsten sowie einer mangelnden Versorgung mit Betreuungsangeboten und sozialpädagogischer Infrastruktur (vgl. Usher, Ba, Durkin u.a. 2020). Eine italienische Studie untersuchte die Entwicklung des psychischen Wohlbefindens u.a. anhand einiger somatischer Marker (z.B. Schlafqualität) und Angaben zum emotionalen Erleben von Müttern und Kindern im Vorschulalter (2-5 Jahre) sowie der Fähigkeit zur Selbstregulation bei den Kindern. Die Forscher stellten einen signifikanten Zusammenhang her zwischen problematischen Entwicklungen und den Bedingungen der Quarantäne (vgl. Di Giorgio, Di Riso, Mioni & Cellini 2020). Insofern muss die Öffnung von KiTas auch aus Sicht der Politik und des Kinderschutzes ein Anliegen aller pädagogischen Fachkräfte und der Gesellschaft insgesamt sein.

Neben der Frage der Evidenz von Schul- und KiTa-Schließungen einerseits, den Folgen für Kinder und Familien durch selbige andererseits, ist das tatsächliche Infektionsrisiko in diesen Kontexten zu betrachten. Welche Rolle Kinder bei der Verbreitung des SARS-CoV-2 Virus tatsächlich spielen, ist noch unklar. Fakt scheint zu sein: Kinder erkranken selten schwer durch das Virus. Ihre Verläufe scheinen deutlich häufiger asymptomatisch (vgl. Bi, Wu, Mei u.a. 2020, Mallapaty 2020, Protzer, Henneke & Burkert 2020), was auch dazu führt,



dass sie seltener getestet werden und somit bei den offiziellen Statistiken zur Frage der Infizierten deutlich unterrepräsentiert scheinen. Es gibt aber keine Hinweise darauf, dass Kinder sich seltener infizieren oder weniger ansteckend sind (vgl. Jones, Mühlemann, Veith u.a. 2020, Mallapaty 2020) – ihre Infizierung werden nur seltener bemerkt, da sie selbst seltener Krankheitssymptome zeigen und somit auch seltener getestet werden (Protzer, Henneke & Burkert 2020).

Interessanterweise scheinen aber Kinder unter Alltagsbedingungen weniger häufig Erwachsene anzustecken (Zhu, Blaxham u.a. 2020), obwohl die Viruslast in ihren Atemwegen ähnlich wie bei Erwachsenen ist (Zhen-Dong, Gao-Jun u.a. 2020; Jones, Mühlemann, Veith u.a. 2020). Ursache ist wahrscheinlich der geringer ausgeprägte und vor allem sich normalerweise nicht in Gesichtshöhe befindliche Hustenstoß bei Kindern im Vergleich zu Erwachsenen. In der Kita ist diese Situation allerdings genau umgekehrt, da die Erzieherinnen in der Regel „auf Augenhöhe“ mit den Kindern kommunizieren und häufig genug direkt angehustet werden.

In der hier gebotenen Kürze kann also festgehalten werden: Auch wenn es wenig schwere Krankheitsverläufe bei Kindern gibt, so gibt es keinen Anlass anzunehmen, dass Kinder sich seltener infizieren und weniger ansteckend für ihre Lebenswelt wären als Erwachsene. Davon auszugehen, dass das Risiko, dass Kinder in KiTas sich und andere mit dem SARS-CoV-2 Virus infizieren und dieses weitergeben, geringer sei als bei Erwachsenen, ist durch den aktuellen Wissensstand nicht gedeckt.

Die Rolle von Mund-Nase-Abdeckungen im pädagogischen Alltag und Infektionsschutz

Die Ausweitung von Notbetreuung sowie die stufenweise Wiederaufnahme des Regelbetriebes in KiTas und Tagespflegebetreuungen ist nach aktuellem Erkenntnisstand wünschenswert und notwendig, erscheint aber nur unter Einhaltung von Maßnahmen zum Infektionsschutz verantwortbar.

Dabei ergibt sich zwangsläufig eine Spannung: Aus pädagogischer Begründung wird die Prozess- und Interaktionsqualität als Ausgangsbasis kindlicher Entwicklung aller Kompetenzbereiche beschrieben, die abhängig ist von der Interaktion zwischen der pädagogischer Fachkraft und dem Kind. Die Fachkraft hat dabei die Rolle, die Lern- und Bildungssituationen im Kontext der Resonanz auf die kindliche Kommunikation und Interaktion individuell zu gestalten (Strehmel & Ulber 2014, S.11; Amerein 2019, S. 343). Die Resonanz gelingt jedoch nur auf der Basis einer wechselseitig gelingenden Verständigung und Interpretation von Mimik und Gestik. Aus den interdisziplinären Entwicklungswissenschaften wissen wir, dass der unmittelbare Face-to-Face-Kontakt, also die Kommunikation über Mimik zwischen Kinder und Erwachsenen, vor allem über die unmittelbare Kommunikation emotionaler Gesichtsausdrücke unabdingbar für die Entwicklung ist. Dies gilt sowohl für die präverbale kommunikative Entwicklung (Dornes 2001), wie auch für die Entwicklung emotionaler Kompetenzen und der Emotionsregulation (Adolphs 2002) wie auch vor allem für Aspekte der Bindungs- und Beziehungsentwicklung (Fonagy, Gregely, Jurist & Target 2015, Fuchs 2007). Kinder sind elementar darauf angewiesen, die Emotionen ihres Gegenübers in der Mimik erkennen zu können, um sich adäquat entwickeln zu können. Insofern scheinen die Mund-Nase-Abdeckungen, wie sie in Deutschland ab dem 20.04.2020 z.B. beim Betreten von Geschäften zur Pflicht wurden, auf Grund pädagogisch-entwicklungswissenschaftlicher Erwägungen in der Arbeit in KiTas auszufallen.



Aber kann die Alternative wirklich heißen, auf Schutzmaßnahmen bezüglich möglicher Infektionen zu verzichten?

Das SARS-COV2 Virus wird ganz überwiegend durch Tröpfcheninfektion übertragen (Wu, Chen & Chan 2020). Es scheint auch in sehr kleinen Tröpfchen in so genannten Aerosolen vorzukommen, dort allerdings in so niedriger Konzentration dass Infektionen nur über Aerosole bisher nicht nachgewiesen wurden (van Doremalen, Bushmaker, Morris u.a. 2020). Beim Hustenstoss und lautem Singen kommt es allerdings zur Bildung großer Tröpfchen die eine hohe Viruslast mit sich bringen. Die sicherste Methode im Alltag ist daher die Einhaltung eines Sicherheitsabstandes, da die schweren Tröpfchen zu Boden sinken und keine Gefahr mehr darstellen. So konnte einer Studie einer Reduktion der Virenübertragung um mehr als 90 % bei Einhaltung eines Sicherheitsabstandes von 180 cm gezeigt werden (Lindsay, Noti, Blanchere u.a. 2014). Während das Einhalten der Abstandsregel also im beruflichen und öffentlichen Alltag die sicherste Methode darstellt, lässt sich dies in einer KiTa selbstverständlich nicht umsetzen.

Der Einsatz von sogenannten Alltagsmasken als Schutz wird kontrovers diskutiert. Einerseits reduzieren sie zweifelsohne die Wahrscheinlichkeit, dass der Träger der Maske – so er denn infiziert ist und potentiell Viren verbreitet – andere infiziert, da seine Atemluft, vor allem aber Husten, Niesen und Spuckepartikel beim lauten Sprechen/ Singen durch die Maske abgefangen wird (Lai, Poon & Cheung 2011; Robert-Koch-Institut 2020). Andererseits ist diese Wirkung von vielen Faktoren abhängig, die im Alltag und in der flächendeckenden Nutzung kaum gewährleistet zu sein scheinen (vgl. Fischer 2020). Klar scheint aber zu sein: Im Wesentlichen schützen die Masken neben dem Effekt, dass der Träger selbst sich unter Tragen einer Maske seltener ins Gesicht zu fassen scheint, nicht den Träger, sondern die Umwelt vor der Virenlast des Trägers (vgl. Grätzel von Grätz 2020; Robert-Koch-Institut 2020).

Da es Kindern im Alter bis 6 Jahren nicht zumutbar ist eine Mund-Nase-Abdeckung während der Betreuungszeit in der KiTa zu tragen, käme nur infrage die pädagogischen Fachkräfte zu einem Tragen der Gesichtsmaske anzuhalten. Dies würden die Alltagsmasken lediglich die Kinder davor schützen, sich bei den pädagogischen Fachkräften zu infizieren. Vor einer Infektion der Fachkräfte durch Kinder dagegen wären diese nicht nennenswert geschützt.

Als Alternative könnten die so genannten Face shield dienen (vgl. Abbildung 1). Face shield decken einen größeren Gesichtsbereich ab (also auch die Augenschleimhäute) und sind nach vorne komplett geschlossen, dennoch vollständig transparent. Auch ihre hygienische Handhabung (z.B. Desinfektion) scheint einfacher.

In Studien konnte gezeigt werden, dass die alleinige Verwendung von Face-Shields für drei Monate im Vergleich zur alleinigen Verwendung von chirurgischen Masken für den gleichen Zeitraum bei Operationen zu keinen Unterschieden in den Infektionsraten der Patienten geführt haben (Norman 1995). Im Gegensatz zu den einfachen Masken können Sie aber effektiv den Träger eines solchen Face shield vor einer Infektion durch einen Hustenstoss aus unmittelbarer Nähe schützen. So konnte in einer Studie mit einem Hustensimulator gezeigt werden, dass das Tragen eines Face shield die Virusübertragung um 96 % reduzieren konnte (Lindsay, Noti, Blanchere u.a. 2014) Das bedeutet, dass durch das Tragen eines Face shield annähernd die gleiche Sicherheit, wie durch das Einhalten eines Sicherheitsabstandes von 1,5m - 2m hergestellt werden kann. Einschränkend muss allerdings bemerkt werden, dass dieses nur unter den Idealbedingungen des Hustenstoß direkt von vorne gelten kann. Von der Seite oder unten ist der Schutz sicherlich deutlich geringer. Ebenfalls erscheint es durchaus möglich, dass ein Kind das an der Brust getragen



und getröstet wird vor einer Tröpfcheninfektion durch die pädagogische Fachkraft, die ein Face shield trägt nicht gut geschützt ist.

Festzuhalten ist, dass der Schutz beim Face shield im Gegensatz zur einfachen chirurgischen Maske vor allem *in beide Richtungen* gilt. Das heißt, die Face-Shields schützen nicht nur die Umwelt vor einer Tröpfcheninfektion durch den Träger, sondern auch den Träger vor Aerosolen aus der Umwelt (vgl. Roberge 2016, Lindsley, Noti, Blachere u.a. 2014).

Untersuchungsdesign

Um zu überprüfen, inwieweit Mund-Nase-Abdeckungen mit transparentem PVC-Inlay (so das der Mund sichtbar bleibt) oder Face-Shields im KiTa-Alltag eine Möglichkeit zum Infektionsschutz der Mitarbeiter*innen und Kinder darstellen könnte, hat unsere Forschungsgruppe ein qualitatives Untersuchungsdesign entworfen, das aus drei Bausteinen bestand:

- Erstens wurden Notbetreuungsgruppen von vier KiTas mit Mund-Nase-Abdeckungen mit transparentem Inlay sowie Face-Shields ausgestattet und die Mitarbeiter*innen aufgefordert, einen Arbeitstag lang diese bei der Arbeit zu tragen. Im Anschluss an den Dienst wurden **leitfadengestützte Interviews** mit den Proband*innen geführt.
- Zweitens wurde in Notbetreuungsgruppen von drei KiTas in jeweils zwei Gruppen die Mitarbeitenden mit jeweils einer Mund-Nase-Abdeckung mit transparentem Inlay sowie einem Face-Shield ausgestattet. Anschließend wurde eine 90-Minütige **Beobachtung** durchgeführt.
- In einer KiTa wurden Mitarbeitende mit jeweils einer Mund-Nase-Abdeckung mit transparentem Inlay sowie einem Face-Shield ausgestattet und acht kurze **Videosequenzen von 1:1 – Interaktionen zur Analyse** erstellt.

Die Ergebnisse wurden anschließend mittels qualitativer Inhaltsanalyse auf der Grundlage von vier Kategorien ausgewertet:

- Kategorie 1: Subjektives Sicherheitsempfinden der Fachkräfte
- Kategorie 2: Veränderung der Kommunikation und Interaktion durch das Tragen von Infektionsschutz-Vorrichtungen
- Kategorie 3: Handhabbarkeit der Schutzvorrichtungen im KiTa-Alltag
- Kategorie 4: Perspektiven des Einsatzes im Arbeitsalltag

Ergebnisse der Studie

Subjektives Sicherheitsempfinden der Fachkräfte

Mitarbeiter_innen in KiTas gehen davon aus, dass auch KiTas zu einem Hot-Spot der Corona-Krise werden können. Die Vermutung über die Ansteckungsgeschwindigkeit wird von den Interviewpartnerinnen (IP) als hoch eingeschätzt.

„Die Arbeit mit den 1jährigen ist da schwierig, die fassen viel an und wir können nicht jedes Spiel sofort abwischen. Die Kinder fassen etwas an und wir fassen



schnell etwas an. Die Oberfläche ist dabei entscheidend. Zum Glück ist das Niesen und Husten gerade nicht aktuell bei uns. Es würde schnell gehen (so wie im Vergleich zu Streptokokken, Läuse, das verbreitet sich in der Kita enorm schnell).“ (IP-I)

Sie fühlen sich mangelhaft geschützt, da die Kinder keinen Abstand einhalten können und zudem Finger und Gegenstände in den Mund nehmen.

„Auch wenn wir die HM einhalten, sind wir nah am Kind. Und damit ja auch der Ansteckung unmittelbarer ausgesetzt, als das jetzt bei Erwachsenen der Fall wäre.“ (IP-III)

„Die Finger der Kinder sind im Mund nach dem Essen und direkt nach dem Händewaschen, man muss da umdenken...“ (IP-II-2),

„Man würde sich schnell anstecken, viele Schutzmaßnahmen sind nicht gegeben. Jüngere Kinder haben Schwierigkeiten, benötigen Nähe/Trost, besonders beim Ankommen, beim Essen. Die Kinder zu trennen ist schwierig. Die Kinder verstehen den Sinn nicht. Das Wickeln ist ein Problem, das Niesen der Kinder bekommt man ab. Die Kinder benutzen das gleiche Spielzeug.“ (IP-II-1)

Die persönliche Angst vor einer Infektion liegt bei einer Normalverteilung im Mittelwert bei 7 (Skala von 1-10 (1=gar nicht, 10=starke Angst) im oberen Bereich.

„Ich kann meine Maßnahmen einhalten, aber die Kinder reagieren unvorhergesehen, fassen einen an, fassen einem ins Gesicht.“ (IP-II-1)

Reaktion der Kinder

Die Kinder reagieren sowohl auf Masken mit PVC-Inlay als auch auf die Face shields nur im ersten Augenblick irritiert. Die Irritation vergeht schnell und die Verwendung der Masken und der Face-Shields sind nach kurzer Zeit völlig normal.

„Keine Irritation, keine Berührungssängste, die Kinder haben keinen bevorzugt oder vermieden, es waren keine Veränderungen in den Beziehungskontakten zu bemerken.“ (IP-II-1)

Schutzvorrichtungen werden von den Kindern aus dem Alltag (Einkaufen mit den Eltern) wiedererkannt und auch fachlich kommentiert. Die Kinder zeigen Neugierde und Interesse an den Masken, finden diese lustig.

„Die Kinder fanden das lustig, fanden die Maske schön. Kein Kind fand das komisch, es gab keine Berührungssängste. Die Kinder erzählten, dass ihre Elterne das zuhause auch haben. Für die Kinder war es selbstverständlich, dass ich die Maske anhatte.“ (IP-II-1)

Mimik

Masken: Bei direktem frontalem Blickkontakt ist die Mimik gut erkennbar. Im Raum, von der Seite, mit Abstand ist das Erkennen der Mimik kaum bis gar nicht möglich. Jüngere Kinder (U3) wenden sich anfangs zum Teil ab und bleiben in der Kommunikation zurückhaltend.



Face shield: Keine Beeinträchtigung der Wahrnehmung der Mimik. Keine Veränderung der Kommunikation und Interaktion zu den Kindern.

„Die Kinder kommen in den Kontakt zu uns, mit dem Faceshield gab es keine Schwierigkeiten. Es kommt sehr darauf an, wie die Kollegin damit umgeht (sichere Ausstrahlung, unsichere Ausstrahlung), dementsprechend gehen die Kinder ebenso damit um.“ (IP-I)

Nähe-Distanz:

Masken: Provozieren, dass die Kinder sehr dicht vor das Gesicht kommen, um Mimik erkennen zu können. Distanz wird dadurch verringert, was potentiell sogar die Infektionsgefahr erhöht.

Face-Shields: Die Verständigung ist auch über Distanz hinweg mit Blicken und Mimik möglich, in Kreissituationen ist vollkommen natürliche Interaktion erkennbar. Beim „Kuscheln“ sind Face shield schwierig. Aber sie verhindern, dass Kinder den Fachkräften unvermittelt ins Gesicht fassen.

Handhabbarkeit im KiTa-Alltag

Masken: Das dauerhafte Tragen ohne Absetzen (wie es medizinisch empfohlen wird) wird als große Belastung wahrgenommen. Kopfschmerzen, Plastik-Geschmack im Mund, Atembeklemmung, Mundpartie wird feucht, gedämpfte Sprache, behindert das Blickfeld nach unten, werden als Gründe genannt, warum die Maske in sehr regelmäßigen Abständen abgenommen werden muss.

Face shield: Das längerfristige Tragen sowie die Nutzung in Kernsituationen ist möglich. Die Stimme klingt etwas gedämpft. Bei vielem Sprechen beschlägt die Folie, im Einsatz draußen wird es bei direkter Sonneneinstrahlung darunter sehr heiß. Befürchtet wird, das Face shield könnte Staub anziehen. Für Bewegungsspiele scheinen Face shield nicht geeignet. Vereinzelt wurde berichtet, dass sie Druckstellen am Kopf erzeugen und als Störfaktor wahrgenommen werden, das Tragen schafft jedoch Bewusstsein für das Ansteckungsrisiko und erhöht damit insgesamt die Vorsicht.

„Wenn man viele Sätze spricht, beschlägt die Folie. Gefühl man spricht gegen eine Wand. Stimme kommt gedämpfter an. In Morgenkreissequenz (Video), Lieder singen mit Bewegung (mit Springen) rutscht die Maske nach oben“ (IP II-2)

„Im Außenbereich. Der Außenbereich ist groß und man muss große Flächen erkennen können. Das FS hatte die Kollegin eher Probleme, weil es in diese Folie geblendet und gespiegelt hat. Dementsprechend musste Sie es ausziehen, damit Sie was sehen konnten“ (IP-IV)



Perspektiven des Einsatzes

Die meisten Fachkräfte können sich den Einsatz von Face shield im KiTa-Alltag vorstellen. Sie werden als deutliche Minderung des Infektionsrisikos wahrgenommen und tragen somit zur subjektiv empfundenen Mitarbeiter_innensicherheit bei. Face shield müssen für den Einsatz genau eingestellt und gepolstert werden, sonst entstehen Druckstellen an der Stirn. Für Brillenträger sind sie praktischer als Masken, müssen aber angepasst.

„Gegen Nießen, Husten, Patschen ins Gesicht fühlen wir uns gut mit Face shield geschützt. Die Kinder verstehen das mit der Abstandsregel für einen kurzen Moment, vergessen das dann aber wieder, es dauert lange bis daraus ein Ritual entsteht. Hinter jeden Kind müsste man hinterherputzen.“ (IP-I)

Diskussion

Unsere Untersuchung konnte zeigen, dass die stufenweise Wiederausweitung der Kindertagesbetreuung und Tagespflege durchaus mit evidenzbasierten Schutzmaßnahmen für Mitarbeiter_innen durchgeführt werden können, ohne dass dadurch die pädagogische Interaktionsqualität maßgeblich beeinflusst wird. Sowohl die Face-to-Face-Kommunikation als auch die Handhabbarkeit im KiTa-Alltag sind durch den Einsatz von Face shield zu gewährleisten, so dass ein wesentlicher schützender Moment sowohl die objektive Arbeitssicherheit wie auch das subjektive Sicherheitsempfinden der Fachkräfte deutlich erhöhen kann.

Kritisch beleuchtet werden müssen in weiteren, sowohl vom Beobachtungszeitraum wie auch von der Stichprobengröße her ausgedehnten Untersuchungen Momente des unmittelbaren Körperkontaktes (Tragen, Kuscheln) sowie Hygienetätigkeiten (v.a. Wickeln). Diese Momente scheinen im Besonderen risikobelastet, die Praktikabilität der Face shields scheint dagegen eingeschränkt. Hierfür müssen spezielle Arbeitsabläufe entwickelt werden und auch ggf. Kompromisse eingegangen werden. Besonders wenn das Kind sich am Körper unterhalb des Face shield befindet, könnte eine zusätzliche Mund-Nase-Abdeckung hilfreich sein, was dann aber die Interaktionsqualität in diesen Momenten einschränkt. Hier wäre dem Infektionsschutz in der aktuellen Situation aber Vorrang zu geben.

Der Einsatz der Mund-Nase-Masken mit durchsichtigem Inlay kann für den Einsatz in Kindertageseinrichtungen nicht empfohlen werden, da dieser weder die Mimik für das Kind gut erkennen lässt, noch angenehm im Tragen ist. Im Gegenteil scheinen diese Masken eher zu provozieren, dass die Kinder besonders nah vor das Gesicht der Fachkraft kommen, um gut sehen zu können – dies wiederum ist problematisch, da die Fachkraft mit einer Mund-Nase-Abdeckung ja nicht geschützt vor einer Tröpfcheninfektion durch das Kind ist.

Der Einsatz der Face shield kann für den Einsatz in Innenräumen in Kindertageseinrichtungen empfohlen werden, da diese die Mimik für das Kind gut erkennen lassen und somit die Interaktionsqualität gegeben bleibt. Für den Tragefort sollte der Kopfring gepolstert und in der Tiefe verstärkt werden, damit er auch für Brillenträger einsetzbar ist.



Literatur:

Adolphs, R. (2002). Recognizing Emotion from Facial Expressions: Psychological and Neurological Mechanisms; In: Behavioral and Cognitive Neuroscience Reviews (1) 1/ 2002; S. 21 – 61

Amerein, B. (2019). Qualität durch Evaluation. Strätz (2019) (Hrsg.): Das große Handbuch Qualitätsmanagement in der Kita. Köln: WoltersKluwer, 343-380.

Bannholzer, N., Weenen, E. van, Kratzwald, B., Seeliger, A., Tschernutter, D., Bottrighi, P., Cenedese, A., Salles, J., Vach, W. & Feuerriegel, S. (2020). Impact of non-pharmaceutical interventions on documented cases of COVID-19. medRxiv Preprint Server for Health Science. Verfügbar unter:

<https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.16.20062141v3> Abruf: 10.05.2020

Bi, Q., Wu, Y., Mei, S., Ye, C., Zou, X, Zhang, Z., Liu, X., Wie, L., Truelove, S.A., Zhang, T., Gao, W., Cheng, C., Tang, X. Wu, X., Wu, X., Sun, B. Huang, S., Sun, Y., Zhang, J., Ma, T., Lessler, J. & Feng, T. (2020). Epidemiology and transmission of COVID-19 in 391 cases and 1286 of their close contacts in Shenzhen, China: a retrospective cohort study. In: The Lancet Infectious Diseases. Verfügbar unter:

[https://www.thelancet.com/pdfs/journals/laninf/PIIS1473-3099\(20\)30287-5.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/laninf/PIIS1473-3099(20)30287-5.pdf) Abruf: 10.05.2020

Di Giorgio, E., Di Riso, D., Mioni, G. & Cellini, N. (2020). The interplay between mother's and children behavioral and psychological factors during COVID-19: An Italian study. Verfügbar unter: <https://psyarxiv.com/dqk7h/> Abruf: 10.05.2020

Fischer, L. (2020). Was ein Mundschutz bringt – und was nicht. Verfügbar unter:

<https://www.spektrum.de/news/was-ein-mundschutz-bringt-und-was-nicht/1123713> Abruf: 10.05.2020

Fonagy, P., Gregely, G., Jurist, E.L. & Target, M. (2004). Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart: Klett Cotta Verlag

Fuchs, T. (2007). Das Gehirn – Ein Beziehungsorgan. Stuttgart, New York: Kohlhammer Verlag

Grätzel von Grätz, P. (2020). Schutz vor SARS-CoV-2: Wie viel Maske sollte es sein? In: MMW Fortschritte der Medizin 8/2020, S. 12-14

Jones, T.C., Mühlemann, B., Veith, T., Zuchowski, M., Hofmann, J., Stein, A., Edelmann, A., Cormann, V.M. & Drosten, C. (2020). An analysis of SARS-CoV-2 viral load by patients age. Verfügbar unter: https://virologie-ccm.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cc05/virologie-ccm/dateien_upload/Weitere_Dateien/analysis-of-SARS-CoV-2-viral-load-by-patient-age-v2.pdf Abruf: 10.05.2020

Lai, A.C.K., Poon, C.K.M. & Cheung, A.C.T. (2012). Effectiveness of facemasks to reduce exposure hazards for airborne infections among general populations. In: Journal of the Royal Society Interface (70) 9/2012, S. 938-948

Lindsley, W.G., Noti, J.D., Blachere, F.M., Szalajda, J.V. & Beezhold, D.H. (2014). Efficacy of Face Shields Against Cough Aerosol Droplets from Cough Simulator. In: Journal of occupational and environmental hygiene (11), S. 509-518

Mallapaty, S. (2020). How do Children spread the coronavirus? The science still isn't clear. In: nature news. Verfügbar unter: <https://www.nature.com/articles/d41586-020-01354-0> Abruf: 10.05.2020



Norman A. (1995). A comparison of face masks and visors for the scrub team: A study in theatres. *Br. J. Theatre Nurs.* 5:10–13

Protzer, U., Henneke, P. & Burkert, A. (2020). Welche Rolle spielen Kinder bei der Übertragung von SARS-CoV-2? Transkript. Science Media Center. Verfügbar unter: https://www.sciencemediacenter.de/fileadmin/user_upload/Press_Briefing_Zubehoer/Transkript_virPB_Kinder_COVID.pdf Abruf: 10.05.2020

Roberge, R.J. (2016). Face shields for infection controls: A review. In: *Journal of occupational and environmental hygiene* (13), S. 235–242

Robert Koch-Institut (2020). Mund-Nasen-Bedeckung im öffentlichen Raum als weitere Komponente zur Reduktion der Übertragungen von COVID-19. Strategie-Ergänzung zu empfohlenen Infektionsschutzmaßnahmen und Zielen (3. Update). *Epid Bull* 2020;19:3 – 5

Strehmel, Petra & Ulber, Daniela (2014). Leitung von Kindertageseinrichtungen. Weiterbildungsinitiative Frühpädagogische Fachkräfte. WIFF Expertisen, Band 39. München

Usher, K., Bhullar, N, Durkin, J., Gyamfi, N. & Jackson, D. (2020). Family violence and COVID-19: Increased vulnerability and reduced options for support. In: *International Journal of Mental Health Nursing (Australia)* 2020, <https://doi.org/10.1111/inm.12735> Abruf: 10.05.2020

van Doremalen N, Bushmaker T, Morris DH, Holbrook MG, Gamble A, Williamson BN, et al. (2020). Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1. *The New England journal of medicine.* 2020.

Viner, R.M., Russel, S.J., Corker, H., Packer, J, Ward, J., Stansfield, C., Mytton, O., Bonell, C. & Booy, R. (2020). School closure and management practise during coronavirus outbreaks including COVID-19: a rapid systematic review. In: *The Lancet Child and Adolescent Health* 4/2020, S. 397–404

Wilke, F. (2020). „Ich würde im Moment lieber an der Kasse arbeiten als in der Kita“. *Zeit Online.* Verfügbar: www.zeit.de/arbeit/2020-04/kitas-hygienevorgaben-erzieher-coronavirus-infektionsschutz/seite-1 Abruf: 10.05.2020

Wu YC, Chen CS, Chan YJ. Overview of The 2019 Novel Coronavirus (2019-nCoV) (2020). The Pathogen of Severe Specific Contagious Pneumonia (SSCP). *Journal of the Chinese Medical Association : JCMA.* 2020.

Zhen-Dong Y, Gao-Jun Z, Run-Ming J, Zhi-Sheng L, Zong-Qi D, Xiong X, et al. (2020). Clinical and Transmission Dynamics Characteristics of 406 Children with Coronavirus Disease 2019 in China: A Review. *Journal of Infection.* 2020.

Zhu Y, Bloxham C, Hulme K, Sinclair J, Tong ZWM, Steele L, et al. (2020). Children Are Unlikely to Have Been the Primary Source of Household SARS-CoV-2 Infections. *The Lancet Infectious diseases.* 2020



Fliedner Fachhochschule
Düsseldorf
University of Applied Sciences

Forschungsteam:

Professor Dr. Sonja Damen, Professorin für Bildung und Erziehung in der Kindheit, Fliedner-Fachhochschule Düsseldorf, damen@fliedner-fachhochschule.de

Professor Dr. phil. habil. Menno Baumann, Professor für Intensivpädagogik, Fliedner-Fachhochschule Düsseldorf, baumann@fliedner-fachhochschule.de

Professor Dr. med. Bernhard Hemming, Professor für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, Fliedner-Fachhochschule Düsseldorf, hemming@fliedner-fachhochschule.de

Professor Dr. Friederike Meßler, Professorin für Bewegung und Gesundheitsförderung in der Kindheit, Fliedner-Fachhochschule Düsseldorf, messler@fliedner-fachhochschule.de

Sara Alina Clauß, M.A. Soziale Arbeit, B.A. Bildung und Erziehung im Kindesalter, staatl. anerkannte Erzieherin, Lehrbeauftragte im B.A. Kindheitspädagogik an der Fliedner Fachhochschule Düsseldorf