

# Covid-19 in Gemeinschaftsunterkünften und Heimen – Strukturen, Probleme, Handlungsbedarfe

von Verena Penning<sup>1</sup> und Oliver Razum<sup>2</sup>

## ABSTRACT

**Gemeinschaftsunterkünfte für Geflüchtete sowie Alten- und Pflegeheime** haben aufgrund ihrer räumlichen und sozialen Strukturen eine besondere Bedeutung für die Übertragung von Sars-CoV-2. Wir vergleichen diese beiden Settings bezüglich Wohnstrukturen, Handlungsempfehlungen und des Managements im Ausbruchsfall. In beiden Settings fehlt es sowohl an belastbaren Statistiken zum Infektionsgeschehen als auch an Evidenz zum optimalen Management von Covid-19. Hinsichtlich der Wohnstrukturen stellt die Situation von Geflüchteten eine besondere Herausforderung dar. Dennoch gelten in beiden Einrichtungsarten grundsätzlich ähnliche Handlungsempfehlungen zur Prävention und zum Management von Covid-19. Das verdeutlicht, dass eine settingübergreifende Kommunikation nötig wäre. Diese sollte auch weitere Arten von Gemeinschaftsunterkünften einbeziehen.

**Schlüsselwörter:** Covid-19, Gemeinschaftsunterkunft, Geflüchtete, Altenheim, Pflegeheim

**Collective accommodation for refugees as well as retirement and nursing homes** are of particular importance in terms of SARS-CoV-2 transmissions given their structural and social living conditions. We compare both settings with regard to these living conditions, the management in cases of outbreaks of Covid-19 and official recommendations for action. We find that in both settings there is a lack of reliable statistics on infection rates as well as evidence for an effective management of Covid-19. In terms of living conditions, refugees in collective accommodation centres face particular challenges. For both settings, official recommendations for the prevention and management of Covid-19 have been published, which are basically identical. This underlines the need for communication across these and other settings of collective accommodation, in order to adequately protect all residents from Covid-19.

**Keywords:** Covid-19, collective accommodation, refugees, retirement homes, nursing homes

## 1 Covid-19 im Kontext Gemeinschaftsunterkunft und Heim

In vielen Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete in Deutschland ist im Rahmen der Covid-19-Pandemie ein erhöhtes Ausbruchsgeschehen festzustellen. Bis Ende Mai 2020 wurden auf Basis von Medienberichten insgesamt 1.769 Infektionen unter 9.785 Asylsuchenden aus 42 Gemeinschaftsunterkünften identifiziert (Bozorgmehr et al. 2020). Alten- und Pflegeheime waren Medienberichten zufolge ebenfalls

stark von Covid-19-Infektionen betroffen (Kamp et al. 2020). Allerdings gibt es bisher kaum offizielle bundesweite Daten über die genaue Anzahl von Infektionen in den beiden Settings. Das Robert Koch-Institut (RKI) verzeichnete in einer Ende August vorab veröffentlichten Analyse auf Basis von Meldedaten zu erfassten Covid-19-Ausbrüchen mit Datenstand vom 11. August 2020 insgesamt 709 Covid-19-Ausbrüche in Alten- und Pflegeheimen sowie 199 Ausbrüche in Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete (Buda et al. 2020). Mit durchschnittlichen Fallzahlen von 18,8 beziehungsweise 20,8 pro Ausbruch gehörten diese beiden Settings zu den

<sup>1</sup> Verena Penning, MPH, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld · Postfach 10 01 31 · 33501 Bielefeld · Telefon: 0521 1063881  
E-Mail: verena.penning@uni-bielefeld.de

<sup>2</sup> Prof. Dr. med. Oliver Razum, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld · Postfach 10 01 31 · 33501 Bielefeld · Telefon: 0521 1063837  
E-Mail: oliver.razum@uni-bielefeld.de

Infektionsumfeldern mit den meisten Ausbruchsfällen (*ebenda*). Die Zahlen sind allerdings nur bedingt aussagekräftig, da ein Großteil der übermittelten Fälle (73 Prozent) keinem Ausbruchsgeschehen zugeordnet und damit nicht in der Analyse berücksichtigt werden konnte. Die Zahl registrierter Covid-19-Fälle in Heimen und Gemeinschaftsunterkünften aller Art lag laut RKI mit Stand vom 11. August 2020 bei circa 18.800 (*RKI 2020d*). Neben Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete sowie Alten- und Pflegeheimen fallen hierunter beispielsweise auch Obdachlosenunterkünfte oder Justizvollzugsanstalten. Sars-CoV-2, das verursachende Virus, wird überwiegend als Tröpfcheninfektion, teils auch durch kontaminierte Oberflächen übertragen (*RKI 2020c*). Daher besteht in geschlossenen Räumen beziehungsweise Einrichtungen, in denen sich mehrere Menschen aufhalten, ein besonderes Übertragungsrisiko. Gemeinschaftsunterkünfte beziehungsweise Heime sind demnach für die Übertragung von Sars-CoV-2 von besonderer Bedeutung.

Das Risiko einer Covid-19-Infektion wird durch eine Vielzahl an individuellen und kontextuellen Determinanten auf verschiedenen Ebenen beeinflusst. Das Regenbogenmodell von Dahlgren und Whitehead (1991) erfasst die Ebenen systematisch, auf denen die physischen und sozialen Determinanten von Gesundheit angesiedelt sind (siehe Abbildung 1). Ausgehend von individuellen Faktoren wie Alter oder Geschlecht wird die Gesundheit auf stets breiter werdenden Ebenen durch weitere kontextuelle Determinanten beeinflusst (*Dahlgren und Whitehead 1991*). Die Ebene der Lebens- und Arbeitsbedingungen fasst eine ganze Reihe von untergeordneten Bereichen zusammen wie die Wohnverhältnisse, sanitäre Anlagen oder die Gesundheitsversorgung (*ebenda*). In den folgenden Ausführungen zu Covid-19 im Kontext von Gemeinschaftsunterkünften und Heimen betrachten wir diese Ebene genauer. Wir diskutieren neben den strukturellen Wohnbedingungen auch das Management im Falle eines Ausbruchsgeschehens sowie Empfehlungen und gesetzliche Verordnungen, die einen Schutz der Bewohner vor einer Covid-19-Ansteckung ermöglichen sollen. Besonderes Augenmerk richten wir auf Gemeinschaftsunterkünfte für Geflüchtete sowie auf Alten- und Pflegeheime. Durch einen Vergleich verdeutlichen wir, wo ein settingübergreifendes Handeln möglich ist und in welcher Hinsicht die Situation Geflüchteter eine besondere Herausforderung darstellt.

## 2 Covid-19 in Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete

Nach Ankunft in Deutschland sind Geflüchtete in den ersten Monate dazu verpflichtet, in Landesaufnahmeeinrichtungen (Registrierungs-, Ankunfts- oder Ankerzentren) zu wohnen. Anschließend erfolgt die weitere Unterbringung entweder in

Gemeinschaftsunterkünften oder in dezentralen Wohnformen (*Baier und Siegert 2018*), wobei nach § 53 des Asylgesetzes die Anschlussunterbringung in der Regel in Gemeinschaftsunterkünften erfolgen soll. Im Fokus der folgenden Ausführungen stehen die Gemeinschaftsunterkünfte und die Landesaufnahmeeinrichtungen, soweit eine Unterscheidung notwendig ist.

### 2.1 Wohnbedingungen

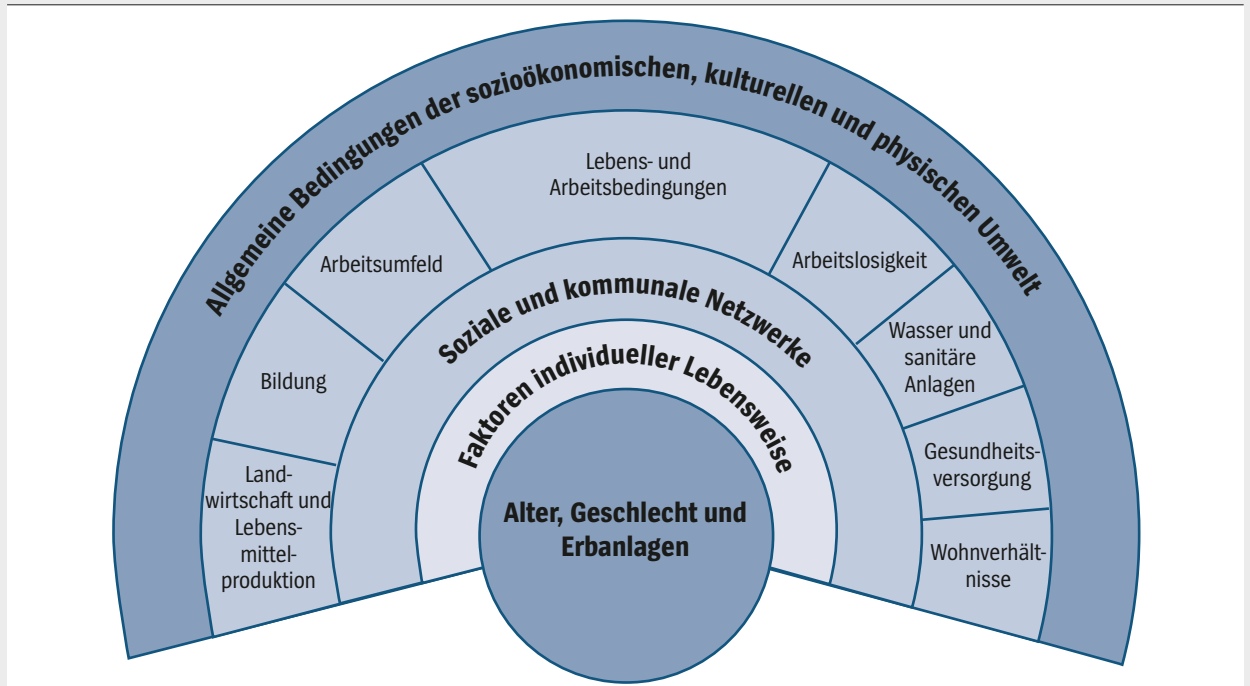
Die Belegungszahl der Gemeinschaftsunterkünfte ist abhängig von Ort, Größe und Unterkunftstyp. In den Landesaufnahmeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen waren Ende 2019 beispielsweise im Schnitt etwa 350 Personen untergebracht (*MKFFI 2020*). Zur Mindestwohnfläche pro Person gibt es zwar keine bundesweit einheitlichen Vorgaben, eine Reihe von Bundesländern hat allerdings Mindeststandards von sechs bis sieben Quadratmetern pro Person vorgeschrieben (*Wendel 2014*). In vielen Fällen steht den Bewohnern in den Unterkünften keine abgeschlossene Wohneinheit zur Verfügung, wie die Geflüchtetenstichprobe des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung der Bundesagentur für Arbeit (IAB), des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF) und des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) zeigt (*Baier und Siegert 2018*). Dies bedeutet: Mehrbettzimmer und kaum Rückzugsmöglichkeiten sowie die gemeinsame Nutzung von Sanitär- und Küchenanlagen. Geflüchtete in Gemeinschaftsunterkünften leben bezüglich des Risikos einer Sars-CoV-2-Infektion somit unter ungünstigen Bedingungen. Hinzu kommt, dass sie aufgrund von teils belastenden Fluchterfahrungen und einer möglicherweise unzureichenden Immunisierung anfälliger für Infektionskrankheiten sein können (*Frank et al. 2017*). Wenig überraschend ist daher, dass das Infektionsrisiko in Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete als hoch eingeschätzt wird (*Bozorgmehr et al. 2020; Razum et al. 2020*).

### 2.2 Maßnahmen und Handlungsempfehlungen im Ausbruchfall

Wie beim Auftreten eines Covid-19-Falls vorzugehen ist, entscheiden die jeweiligen Betreiber in Abstimmung mit dem Gesundheitsamt vor Ort. Gemäß § 36(1) des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) müssen die Unterkünfte ihre innerbetrieblichen Verfahren zur Infektionshygiene in Hygieneplänen festlegen. Für deren Erstellung gibt es aber keine gesetzlichen Vorgaben. Offizielle Empfehlungen zum Management von Covid-19-Ausbrüchen in den Gemeinschaftsunterkünften wurden erst am 10. Juli 2020 durch das RKI veröffentlicht, nachdem bereits viele Unterkünfte von Covid-19-Ausbrüchen betroffen und auch bereits wissenschaftliche Empfehlungen publiziert worden waren (*Bozorgmehr et al. 2020; Razum et al. 2020*). Die RKI-Empfehlungen, die sich zum Teil auf diese

ABBILDUNG 1

## Determinanten von Gesundheit



Wie gesund jemand ist und woran er erkrankt, hängt von einer Vielzahl von Faktoren ab. Dazu gehören genetische Vorgaben genauso wie die Lebensweise (Essen, Sport etc.), die Netzwerke, in denen er sich bewegt, sowie größere Zusammenhänge wie Wirtschaftsleben, Kultur und Umweltbedingungen.

Quelle: Hurrelmann, Richter (2018) nach Dahlgreen und Whitehead (1991), Grafik: G+G Wissenschaft 2020

Publikationen stützen, gelten als Hilfestellung für Gesundheitsämter, die die konkreten Maßnahmen nach dem Infektionsschutzgesetz in den betroffenen Unterkünften anordnen (RKI 2020a). Das RKI weist in den Empfehlungen darauf hin, dass die rechtlichen Kontaktbeschränkungen, die in der Allgemeinbevölkerung gelten, ebenfalls in Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete umsetzbar sein müssen. Dabei wird aber auch verdeutlicht, dass asylrechtliche Vorschriften unberührt bleiben. Eine Übersicht über die Empfehlungen gibt Tabelle 1. Im Ausbruchfall sollte eine räumliche Trennung von Infizierten, Nichtinfizierten und Verdachtsfällen erfolgen, dies sollte bereits präventiv geplant werden. Außerdem rät das RKI von einer Kollektivquarantäne, also einer Quarantäne der gesamten Einrichtung, ab. Stattdessen sollten insbesondere Risikogruppen separat untergebracht und alle anderen Bewohner in kleinere Kohorten aufgeteilt werden, wodurch im Infektionsfall nur für die entsprechende Kohorte eine Quarantäne angeordnet werden muss. Hierzu könnten andere Unterkunftseinheiten oder eine gemeinsame Quarantäneunterkunft organisiert werden, um die Belegungsdichte in der Unterkunft zu reduzieren. Auf eine explizit dezentrale

Unterbringung, wie sie die oben genannten wissenschaftlichen Publikationen empfehlen, gehen die Empfehlungen jedoch nicht ein (*ebenda*).

Inwiefern die Empfehlungen in den Gemeinschaftsunterkünften umgesetzt werden (können), bleibt abzuwarten. Da sich die Empfehlungen an die Gesundheitsämter richten, nicht an die betreibenden Institutionen, müssten Letztere bereits präventiv von den Gesundheitsämtern entsprechend beraten werden. Auf Basis vergangener Covid-19-Ausbrüche in den Unterkünften lässt sich feststellen, dass in vielen Fällen nach Bekanntwerden eines Covid-19-Falls beziehungsweise spätestens nach Auftreten weiterer Infektionen eine Kollektivquarantäne der Unterkunft erfolgte, unabhängig von Testergebnissen oder der gezielten Ermittlung von Kontaktpersonen. In der Studie von Bozorgmehr et al. (2020) war dies in 71 Prozent der einbezogenen Unterkünfte der Fall. In circa 20 Prozent der in die Studie einbezogenen Einrichtungen wurden Infizierte isoliert, Kontaktpersonen gezielt unter Quarantäne gestellt und bei den anderen Bewohnern Reihentestungen vorgenommen.

### 2.3 Probleme und Herausforderungen

Quarantänemaßnahmen können die Zahl an Neuinfektionen reduzieren, wenn sie mit weiteren kontaktreduzierenden Maßnahmen wie der physischen Distanzierung kombiniert werden (Nussbaumer-Streit et al. 2020). Die Quarantäne kann sich allerdings negativ auf die psychische Gesundheit auswirken, zum Beispiel aufgrund langer Dauer, Frustration, Langeweile und Isolation (Brooks et al. 2020). Eine Kollektivquarantäne in Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete ist daher in zweierlei Hinsicht kritisch: Zum einen ist eine physische Distanzierung nur schwer umzusetzen. Wenn Bewohner nicht getestet werden und asymptomatische Infizierte nicht erkannt und isoliert werden, könnte sich die Übertragungsrates sogar erhöhen. Zum anderen könnten die psychischen Konsequenzen einer Quarantäne durch fehlende Rückzugsmöglichkeiten oder durch psychische Belastungen aufgrund der Flucht noch verstärkt werden. Wenn die Bewohner wegen Sprach- und Kommunikationsbarrieren nicht adäquat über die Maßnahmen informiert werden, könnte die daraus resultierende Unsicherheit zu einer weiteren Belastung führen.

Bislang zeigt sich, dass die Situation von Geflüchteten in Gemeinschaftsunterkünften in geltenden Coronaschutzverordnungen (CoronaSchVO) unzureichend Beachtung finden. Während beispielsweise die Einhaltung des Mindestabstands von 1,5 Metern im öffentlichen Bereich gesetzlich vorgeschrieben ist (siehe beispielsweise § 2(1) CoronaSchVO NRW vom 15. Juli 2020), gibt es eine solche Vorgabe für die Gemeinschaftsunterkünfte meist nicht, auch wenn hier teils fremde Personen auf relativ engem Raum zusammenleben. Dass Vorgaben zum Einhalten eines Mindestabstands ebenfalls in Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete gelten müssen, belegen einzelne Gerichtsentscheide, in denen den Anträgen klagender Asylsuchender zur Situation in Gemeinschaftsunterkünften stattgegeben wurde: Ein individueller Schutz der Kläger vor einer Infektion mit Sars-CoV-2 sei in den jeweiligen Unterkünften nicht möglich, hieß es; die Kläger durften aus den Unterkünften ausziehen (Verwaltungsgericht Leipzig, Urteil vom 22. April 2020, Aktenzeichen 3 L 204/20; Verwaltungsgericht Münster, Urteil vom 11. Mai 2020, Aktenzeichen 6a L 365/20). Die Stadt Bremen machte bereits einen ersten Schritt. Hier wurde per Verordnung festgelegt, dass der Mindestabstand von 1,5 Metern auch in gemeinschaftlichen Einrichtungen für Geflüchtete, Obdachlose sowie Saisonarbeitskräfte einzuhalten ist und somit die Belegungsdichte in Einrichtungen gegebenenfalls zu reduzieren ist (§ 12a Sechste Coronaverordnung vom 2. Juni 2020).

### 3 Covid-19 in Alten- und Pflegeheimen

Zur Situation in Alten- und Pflegeheimen ergab eine Studie der Universität Bremen, in der hochgerechnete Befragungsdaten von 824 Pflegeheimen mit den RKI-Zahlen zu Heimen

und Gemeinschaftsunterkünften aller Art in Relation gesetzt wurden, dass sieben Prozent aller Covid-19-Infizierten Pflegebedürftige sind, die in stationären Einrichtungen betreut werden. Dabei entfallen bundesweit 49 Prozent aller Covid-19-bedingten Todesfälle auf die Bewohner dieser Einrichtungen (Wolf-Ostermann et al. 2020). Aufgrund ihres Alters und eventuell bestehender Vorerkrankungen haben die Bewohner in Alten- und Pflegeheimen ein höheres Risiko für schwere Verläufe einer Covid-19-Infektion. Gleichzeitig stehen sie oft in sehr nahem physischen Kontakt zu pflegendem Personal, wodurch umfangreiche Strategien erforderlich sind, um das Auftreten sowie die Weiterverbreitung einer Covid-19-Erkrankung zu vermeiden (RKI 2020 b).

Von den baulichen Strukturen her sind Hygiene- und Abstandsregelungen in Alten- und Pflegeheimen besser umzusetzen als in Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete. Im Durchschnitt weisen die Einrichtungen in Deutschland 77 Pflegeplätze auf (Meißner 2016). In der Regel stehen den Bewohnern Ein- oder Zweibettzimmer zur Verfügung. Mit der Einführung der Einzelzimmerquote im Jahr 2018 müssen Pflegeeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen beispielsweise Einzelzimmer zu einem Anteil von mindestens 80 Prozent vorweisen, das sieht § 20(3) des dortigen Wohn- und Teilhabegesetzes (WTG) vor. Darüber hinaus sollten Alten- und Pflegeheime in Nordrhein-Westfalen für jeden Bewohner ein eigenes Duschbad und WC haben, Doppelbenutzung ist nur in Ausnahmefällen erlaubt. Die Mindestwohnfläche in einem Einzelzimmer sollte laut Durchführungsverordnung 14 Quadratmeter betragen (§ 7 WTG DVO).

Für Alten- und Pflegeheime veröffentlichte das RKI nach Angaben des Paritätischen Wohlfahrtsverbandes Baden-Württemberg (Der Paritätische Baden-Württemberg 2020) bereits Mitte April erste detaillierte Handlungsempfehlungen zu Präventions- und Kontrollmaßnahmen von Covid-19-Infektionen. Mittlerweile liegen diese in ihrer achten Version vor. Zudem stützen sich Rechtsordnungen, wie beispielsweise die Coronaschutzverordnung des Landes NRW, darauf. Die Handlungsempfehlungen betreffen beispielsweise räumliche und personelle Anforderungen, Besuchsregelungen sowie das Management von Verdachtsfällen und Infizierten (RKI 2020 b). Wie in Tabelle 1 erkennbar, finden sich Parallelen zu den Empfehlungen in Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete. So sollten die Bewohner in Pflegeheimen beispielsweise ebenfalls in feste kleine Kohorten eingeteilt werden, wodurch im Falle einer Infektion nur ein kleiner Kreis potenzieller Kontaktpersonen besteht. Bei bestätigten Covid-19-Fällen sollten Infizierte, Nichtinfizierte und Verdachtsfälle in drei räumlich voneinander getrennten Bereichen untergebracht werden.

Inwiefern diese Maßnahmen in den betroffenen Einrichtungen umgesetzt werden, ist auch in Alten- und Pflegeheimen bislang schwer ermittelbar. Medien berichten hier eben-

TABELLE 1

## Gegenüberstellung: Empfehlungen für Unterkünfte und Heime

	RKI-Empfehlungen für Gemeinschaftsunterkünfte für Geflüchtete (RKI 2020 a)	RKI-Empfehlungen für Alten- und Pflegeheime (RKI 2020 b)
<b>Räumliche Trennung/ Kontaktreduzierung</b>	Trennung von Infizierten, Nichtinfizierten und Verdachtsfällen	Trennung von Infizierten, Nichtinfizierten und Verdachtsfällen
	Separate Unterbringungsmöglichkeit für Risikogruppen	Räumlich voneinander getrennte Kohorten mit festem Personal schaffen
	Sofern räumlich möglich, kleinteilige Kohortenbildung mit separaten Sanitär- und Küchenbereichen beziehungsweise schichtweiser Essenausgabe	
<b>Hygienemaßnahmen</b>	Zugang zu Hygiene- und Schutzmaterial sicherstellen	Versorgung mit Hygiene- und Schutzmaterial
	In gemeinschaftlich genutzten Räumen Reinigungsintervalle erhöhen, Desinfektionsmittel anwenden	Einhaltung der Basishygiene und erweiterte Maßnahmen für Infizierte und Kontaktpersonen
		(Umgebungs-)Desinfektion und Reinigung, Schlusdesinfektion, Abfallentsorgung
<b>Aufklärung und Information</b>	Bewohner (insbesondere Risikogruppen) mehrsprachig und über mehrere Kanäle bezüglich Erkrankung, Schutzmaßnahmen und Verhalten im Krankheitsfall aufklären	Bewohner über Schutzmaßnahmen informieren
	Sprachmittlung für sprachlich unkundige Personen erwägen	Schulung für pflegerisches sowie nichtpflegerisches Personal zu Hygiene- und Schutzmaßnahmen durchführen
<b>Diagnostik und Monitoring im Ausbruchfall</b>	Niedrigschwellige Testung ermöglichen	Niedrigschwellige Testung ohne Zeitverzug ermöglichen
	Falls keine kleinteilige Kohortierung möglich, engmaschige Testung der Bewohner	Systematisches Monitoring von Symptomen bei Bewohnern und Personal
	Symptom-Tagebuch für Bewohner	Dokumentation klinischer Symptomatik in Gesamtübersicht
	Dokumentation von Fällen und Kontaktpersonen veranlassen	
<b>Regelung bei Neuaufnahmen</b>	14-tägige Quarantäne gemäß allgemeingültiger Einreisebestimmungen des Bundes, alternativ Kohorten-Isolierung	7- bis 14-tägige Quarantäne mit Symptomerfassung, Testung auch bei asymptomatischen Personen empfohlen, gegebenenfalls Aufnahmestopp
	Symptomatische Personen zeitnah testen	
	Aufnahmestopp im Ausbruchfall	
<b>Weitere Maßnahmen</b>	Besondere Schutzbedürftigkeit vulnerabler Gruppen frühzeitig ermitteln	Personalschutzmaßnahmen/persönliche Schutzausrüstung für pflegendes Personal
	Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung gewährleisten	Besuchsregelungen, alternative Kommunikationsmöglichkeiten schaffen
	Partizipation der Bewohner bei Umsetzung der Maßnahmen fördern, zum Beispiel Multiplikatoren ausbilden	

Während die Empfehlungen für Alten- und Pflegeheime bereits im April 2020 entwickelt wurden, gibt es für die Gemeinschaftsunterkünfte erst seit dem 10. Juli 2020 offizielle Empfehlungen und Hinweise.

falls von großen Herausforderungen: Personalmangel, insbesondere auch durch selbst an Covid-19 erkrankte Mitarbeiter, fehlende Schutzausrüstung und fehlende Tests werden angeführt. Wenn Testungen möglich seien, komme das Ergebnis oft mit starker Verzögerung (*Kamp et al. 2020*). Auch die Bremer Studie berichtet über ähnliche Herausforderungen (*Wolf-Ostermann et al. 2020*). Das Mitte Mai beschlossene „Zweite Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage mit nationaler Tragweite“ (*Bundesrat 2020*) könnte hier Abhilfe bringen, da durch das Gesetz die Krankenkassen zur Übernahme der Kosten für Covid-19-Tests verpflichtet werden, wodurch eine intensivere Testung im Umfeld gefährdeter Personengruppen ermöglicht werden soll.

Medien berichten sowohl von Kollektivquarantäne als auch von Teilquarantäne nur bestimmter Abteilungen der Pflegeheime (*Beneker 2020; Spanel 2020*). Ende März 2020 wurde ein generelles Besuchsverbot in den Heimen eingeführt, um einen externen Eintrag von Sars-CoV-2 zu verhindern (siehe beispielsweise die CoronaSchVO NRW in der Fassung vom 22. März 2020). Insbesondere im höheren Alter können soziale Isolation und Einsamkeit jedoch nachteilige Effekte auf die physische und psychische Gesundheit haben (*Courtin und Knapp 2017*). Eine interdisziplinäre Expertise hatte daraufhin Ende April 2020 empfohlen, notwendige Hygiene- und Schutzvorkehrungen zu etablieren, um Kontakte nach und von außen in Pflegeeinrichtungen wieder zu ermöglichen (*Zimmermann et al. 2020*). Seit Anfang Mai 2020 wurden diese Einschränkungen zunehmend gelockert. In Nordrhein-Westfalen beispielsweise sind Besuche wieder gestattet, wenn ein einrichtungsbezogenes Besuchskonzept vorliegt, das sich auf die Empfehlungen des RKI stützt.

## 4 Fazit: Klare Strukturen und sichere Evidenz schaffen

Beide hier dargestellte Settings haben in Bezug auf Covid-19 eine strukturelle Gemeinsamkeit: Die gemeinsamen Räumlichkeiten lassen eine konsequente Einhaltung der Abstands- und Hygieneregeln nur in bedingtem Maße zu. Dadurch sind Bewohner solcher Einrichtungen einem höheren Infektionsrisiko ausgesetzt als Personen in Privathaushalten. Häufungen von Infektionsfällen in Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete sowie in Alten- und Pflegeheimen verdeutlichen dies. In beiden Settings fehlt es allerdings an einer flächendeckenden, sicheren Datenbasis zur Zahl betroffener Einrichtungen sowie zu Infektionsfällen in den Einrichtungen. Bisher liegen nur Gesamtzahlen zu Gemeinschaftsunterkünften und Heimen aller Art vor. So ist das Infektionsrisiko in den einzelnen Settings bisher auf Basis offizieller Statisti-

ken kaum feststellbar. Die Ende August vorab veröffentlichte Analyse des RKI zum Infektionsumfeld bei Covid-19-Ausbrüchen (*Buda et al. 2020*) liefert in dieser Hinsicht erste wichtige Erkenntnisse, ebenso die Studie von Wolf-Ostermann et al. (2020) zur Situation in den Pflegeheimen sowie von Bozorgmehr et al. (2020) zur Situation in den Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete. Darüber hinaus fehlt es in beiden Settings an Evidenz zu bereits getroffenen und wirksamen Maßnahmen bei einem Ausbruchsgeschehen.

In beiden hier dargestellten Settings kommt dem öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) eine zentrale Rolle zu, der im Epidemiefall Ansprechpartner und für die Nachverfolgung von Kontaktpersonen zuständig ist, was insbesondere in Einrichtungen mit vielen Bewohnern eine komplexe Aufgabe darstellt. Wie die RKI-Empfehlungen in Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete zeigen, sollte der ÖGD auf lokaler Ebene auch präventive Maßnahmen zur Vorbereitung auf einen eventuellen Covid-19-Ausbruch an die betreibenden Institutionen kommunizieren. Dadurch werden insgesamt die hohen personellen wie materiellen Anforderungen an den ÖGD deutlich. Strukturen, die die systematische Erfassung der Infektionszahlen in den Einrichtungen sowie eine schnelle länder- und settingübergreifende Kommunikation von Best-Practice-Beispielen ermöglichen, könnten die Arbeit des ÖGD unterstützen (*Razum et al. 2020*). Das im Mai 2020 verabschiedete zweite Pandemiegesetz, das auch die Stärkung des ÖGD vorsieht, ist in dieser Hinsicht ein wichtiger Schritt.

Maßnahmen einer Kollektivquarantäne sind in beiden Settings kritisch zu betrachten. Während es in Pflegeeinrichtungen seit April 2020 Bestrebungen gab, Besuche sowie Ausgänge wieder zu ermöglichen, und dies auch gesetzlich über Verordnungen geregelt wurde, fehlt eine solche Rechtsbasis für Geflüchtete in Gemeinschaftsunterkünften bislang. Weitere Bundesländer sollten dem Beispiel Bremens folgen und die Situation von Geflüchteten in Gemeinschaftsunterkünften in ihre Coronaschutzverordnungen aufnehmen.

Auf Basis der bisherigen Erfahrungen wird die Notwendigkeit deutlich, Bewohner in kleine, voneinander getrennte Kohorten einzuteilen. Die Tatsache, dass in vielen Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete keine abgeschlossenen Wohneinheiten zur Verfügung stehen, zeigt allerdings, dass eine solche Maßnahme hier schlechter umzusetzen ist als zum Beispiel in Alten- und Pflegeheimen. Damit auch in Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete eine coronaschutzkonforme Unterbringung möglich ist, sind strukturelle Veränderungen nötig, die die Lage in den Unterkünften entzerren. Das Nutzen dezentraler Wohnformen würde unmittelbar solche kleinen Kohorten schaffen und zudem die Belegungsdichte in den Gemeinschaftsunterkünften für verbleibende Bewohner reduzieren.

Die Empfehlungen des RKI zur Prävention und zum Management von Covid-19 stellen umfangreiche Handlungshilfen bereit. Insbesondere für die Situation in Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete kamen sie jedoch sehr spät. Wissenschaftliche Empfehlungen wurden hierzu bereits Anfang April veröffentlicht (*Bozorgmehr et al. 2020; Razum et al. 2020*). Auch decken sich die Maßnahmen aus infektions-epidemiologischer Sicht mit den deutlich früher veröffentlichten Empfehlungen in Alten- und Pflegeheimen, zum Beispiel zur Kohortenbildung und zur räumlichen Trennung sowie zum systematischen Monitoring. Diese Parallelen legen nahe, dass entsprechende Empfehlungen auch auf andere Arten von Gemeinschaftsunterkünften übertragen werden könnten, wie zum Beispiel auf Justizvollzugsanstalten oder Gemeinschaftsunterkünfte für Saisonarbeiter, deren Wohnbedingungen im Zusammenhang mit Covid-19-Ausbrüchen in der Landwirtschaft diskutiert werden. Trotz unbestreitbarer Unterschiede zwischen diesen verschiedenen Settings bestehen gemeinsame Grundstrukturen, die grundsätzlich ähnliche Maßnahmen erfordern können. Hier gilt es, Evidenz in den einzelnen Einrichtungsarten zu schaffen und Strukturen zu etablieren, die einen settingübergreifenden Austausch ermöglichen, um in Bezug auf Covid-19 sowie zukünftige Epidemien den Bewohnern aller Gemeinschaftsunterkünfte oder Heime den bestmöglichen Schutz zu gewähren.

Diese Arbeit entstand im Kontext der von der Deutschen Forschungsgemeinschaft finanzierten Forschungsgruppe PH-LENS (DFG FOR 2928).

## Literatur

- Baier A, Siegert M (2018):** Die Wohnsituation Geflüchteter. Ausgabe 02|2018 der Kurzanalysen des Forschungszentrums Migration, Integration und Asyl des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge, Nürnberg
- Beneker C (2020):** Zwölf Coronafälle: Bremer Pflegeheim komplett unter Quarantäne. Ärzte Zeitung vom 10. Mai 2020; aerztezeitung.de → Politik → Pflege → Seite 18
- Bozorgmehr K et al. (2020):** SARS-CoV-2 in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete: Epidemiologische und normativ-rechtliche Aspekte. Bremen: Kompetenznetzwerk Public Health COVID-19
- Brooks SK et al. (2020):** The Psychological Impact of Quarantine and How to Reduce It: Rapid Review of the Evidence. *The Lancet*, Vol. 395, No. 10227, 912–920
- Buda S et al. (2020):** Infektionsumfeld von erfassten COVID-19-Ausbrüchen in Deutschland. *Epidemiologisches Bulletin*, online first, Nr. 38 vom 17. September 2020, 3–12; rki.de → Infektionsschutz → Epidemiologisches Bulletin: Jahrgang 2020, Ausgabe 38
- Bundesrat (2020):** Gesetzesbeschluss des Deutschen Bundestages: Zweites Gesetz zum Schutz der Bevölkerung bei einer epidemischen Lage von nationaler Tragweite. Drucksache 246/20 vom 14. Mai 2020
- Courtin E, Knapp M (2017):** Social Isolation, Loneliness and Health in Old Age: A Scoping Review. *Health & Social Care in the Community*, Vol. 25, No. 3, 799–812
- Dahlgren G, Whitehead M (1991):** Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health. Stockholm: Institute for Futures Studies
- Frank L et al. (2017):** Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, Vol. 2, No. 1, 24–46
- Hurrelmann K, Richter M (2018):** Determinanten von Gesundheit. In: Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung; leitbegriffe.bzga.de → Alphabetisches Verzeichnis → D
- Kamp L, Pittelkow S, Richter N, Riedel K (2020):** Corona in Altenheimen: Wo das Virus heftig wütet. *Süddeutsche Zeitung* vom 22. April 2020; sueddeutsche.de/politik/coronavirus-altenheim-tote-1.4884742
- Meißner S (2016):** Anzahl und Statistik der Altenheime in Deutschland. 28. Oktober 2016; pflegemarkt.com → Fachartikel → Seite 10
- MKFFI NRW (Ministerium für Kinder, Familie, Flüchtlinge und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen) (2020):** Sachstandsbericht staatliches Asylsystem 4. Quartal 2019. Düsseldorf; landtag.nrw.de/portal/WWW/dokumentenarchiv/Dokument/MMV17-3140.pdf
- Nussbaumer-Streit B et al. (2020):** Quarantine Alone or in Combination with Other Public Health Measures to Control COVID-19: A Rapid Review. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, Vol. 4, No. 4, 8. April 2020
- Der Paritätische Baden-Württemberg (2020):** RKI: Prävention und Management von COVID-19 in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen. 15. April 2020; paritaet-bw.de → Leistungen und Services → Fachinformationen → Seite 12
- Razum O, Penning V, Mohsenpour A, Bozorgmehr K (2020):** Covid-19 in Flüchtlingsunterkünften. ÖGD jetzt weiter stärken. *Das Gesundheitswesen*, Vol. 82, No. 5, 392–396
- RKI (Robert Koch-Institut) (2020 a):** Empfehlungen für Gesundheitsämter zu Prävention und Management von COVID-19-Erkrankungen in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften für Schutzsuchende (im Sinne von §§ 44, 53 AsylG), Stand 10. Juli 2020; rki.de → Infektionskrankheiten A-Z → Coronavirus SARS-CoV-2 → Allgemeine Infektionsschutzmaßnahmen
- RKI (Robert Koch-Institut) (2020 b):** Prävention und Management von COVID-19 in Alten- und Pflegeeinrichtungen und Einrichtungen für Menschen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen. V.08 (18. August 2020), 1–22; rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\_Coronavirus/Alten\_Pflegeeinrichtung\_Empfehlung.pdf?\_\_blob=publicationFile
- RKI (Robert Koch-Institut) (2020 c):** SARS-CoV-2 Steckbrief zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19); rki.de → Infektionskrankheiten A-Z → Coronavirus SARS-CoV-2 → Übersicht

**RKI (Robert Koch-Institut) (2020 d):** Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit (COVID-19). 11. August 2020 – Aktualisierter Stand für Deutschland; rki.de → Infektionskrankheiten A-Z → Aktueller Lage-/Situationsbericht des RKI zu COVID-19 → Archiv

**Spanel E (2020):** Ein Bewohner positiv auf Corona getestet: Herleshäuser Seniorenheim unter Teil-Quarantäne. Werra-Rundschau vom 16. April 2020; werra-rundschau.de/lokales/herleshäuser/corona-herleshäuser-seniorenheim-unter-teil-quarantäne-13654303.html

**Wendel K (2014):** Unterbringung von Flüchtlingen in Deutschland: Regelungen und Praxis der Bundesländer im Vergleich. Frankfurt am Main: Pro Asyl

**Wolf-Ostermann K et al. (2020):** Zur Situation der Langzeitpflege in Deutschland während der Corona-Pandemie. Ergebnisse einer

Online-Befragung in Einrichtungen der (teil)stationären und ambulanten Langzeitpflege. Bremen: Institut für Public Health und Pflegeforschung (IPP), SOCIUM Forschungszentrum Ungleichheit und Sozialpolitik

**Zimmermann M et al. (2020):** Handlungsempfehlungen zum Schutz vor Infektion und vor sozialer Isolation von Menschen mit Pflegebedürftigkeit und Teilhabebeeinträchtigungen in einer Exit-Strategie in interdisziplinärer Expertise. Düsseldorf: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen

(letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 7. September 2020)

## DIE AUTOREN



**Verena Penning, MPH,**

Jahrgang 1990, hat zunächst Physiotherapie in den Niederlanden studiert (BSc.) und machte 2019 ihren Masterabschluss in Public Health mit dem Zusatztitel „European Public Health“ an der Universität Bielefeld (MPH/EMPH). Während ihres Masterstudiums arbeitete sie bereits als wissenschaftliche Hilfskraft in einem Forschungsprojekt zum Thema Fluchtmigration in der Abteilung Epidemiologie & International Public Health an der Universität Bielefeld. Seit Januar 2020 arbeitet sie dort als wissenschaftliche Mitarbeiterin und promoviert in der Forschungsgruppe PH-LENS über die kontextuellen Einflüsse der Unterbringung Geflüchteter auf ihre Gesundheit. Sie ist außerdem an der Lehre im Bachelorstudiengang „Health Communication“ beteiligt.



**Prof. Dr. med. Oliver Razum,**

Jahrgang 1960, hat Medizin an der Universität Heidelberg studiert und den Master in Epidemiologie an der London School of Hygiene and Tropical Medicine erworben. Er ist Dekan der Fakultät für Gesundheitswissenschaften an der Universität Bielefeld und leitet die Abteilung Epidemiologie & International Public Health. Seine Forschungsschwerpunkte sind soziale Ungleichheit und Gesundheit sowie die gesundheitliche Versorgung von Migranten und Geflüchteten. Zu diesem Thema leitet er eine Forschungsgruppe der Deutschen Forschungsgemeinschaft. Zusammen mit Petra Kolip gibt er das „Handbuch Gesundheitswissenschaften“ heraus, das kürzlich in der siebten Auflage neu erschienen ist.