

Aufgabe ID 882

Hinweise zu Prävention und Management von COVID-19-Erkrankungen in Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete

Stand: 28.04.2020

Hintergrund

Das Übertragungsrisiko virusbedingter Erkrankungen der Atemwege ist in Gemeinschaftsunterkünften (GU) besonders hoch, da hier viele Menschen auf engem Raum zusammen leben und Wohn-, Ess- und Sanitärräume gemeinsam nutzen. Die gesetzlichen Kontaktbeschränkungen des Bundes und der Landesregierungen, die als Maßnahme gegen eine Ausbreitung der COVID-19-Pandemie in Deutschland gelten, müssen für die in GU lebenden Menschen umsetzbar sein. Dazu müssen entsprechende räumliche Voraussetzungen geschaffen werden. Hohe Priorität hat während der Pandemie die frühzeitige Identifikation und Information aller Risikopersonen und deren separate Unterbringung. Medizinische Versorgung muss sichergestellt sein. Es gelten die allgemeinen Standards für die Prävention bzw. das Ausbruchsmanagement des Robert Koch-Instituts (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/nCoV.html).

Vorgehen

Sobald in einer GU SARS-CoV-2 bei BewohnerInnen oder Personal nachgewiesen wird, muss umgehend gehandelt werden, um eine Ausbreitung der Infektion zu verhindern und die Menschen vor einer Infektion zu schützen. Das Vorgehen erfolgt in Abstimmung mit dem Gesundheitsamt. Die räumliche Trennung von Fällen, Kontakten und Verdachtsfällen sowie Nicht-Fällen muss zeitnah und ohne Quarantänisierung der gesamten Einrichtung realisiert werden. Dazu sollten schon im Vorfeld in allen GU entsprechende Voraussetzungen geschaffen werden. Gute Vorbereitung und Kommunikation sind zentral für ein effektives und verantwortungsvolles Handeln.

Prävention

- Kontaktreduktion und Schutzverhalten: Die räumlichen Bedingungen müssen eine physische Distanzierung (mind. 1,5m Abstand) und Kontaktreduzierung zulassen. (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Kontaktreduzierung.html). Während Familien und Paare weiterhin in einem Zimmer untergebracht sein können, sollten alle anderen Personen in Einzelzimmern untergebracht werden. Dies kann ggf. durch eine Reduzierung der Belegung der Unterkunft und/oder durch Nutzung weiterer Unterkünfte wie Wohnungen oder Hotels realisiert werden.
 - Für BewohnerInnen und Personal müssen Informationen und Materialien (z.B. Seife, Einwegpapiertücher, Desinfektionsspender, Mund-Nasen-Schutz/Mund-Nasen-Bedeckung bzw. Anleitung und Materialien zur Selbstherstellung von Mund-Nasen-Bedeckung) zur Verfügung gestellt werden, damit sie sich selbst und andere schützen können.
 - Hygienepläne der Einrichtungen sind zu beachten.

- Risikopersonen: Personen mit einem erhöhten Risiko für einen schweren Verlauf der Erkrankung werden frühzeitig identifiziert und präventiv mit ihren Familienangehörigen für die Dauer der gesamten Pandemie in einer gesonderten und geeigneten Unterkunft untergebracht, die Kontaktreduktion und Selbstisolation ermöglicht. Eine Sonderunterbringung erfolgt spätestens und mit höchster Priorität unverzüglich nach dem Auftreten eines COVID-19-Falls. Es ist dafür zu sorgen, dass Risikopersonen über ihr erhöhtes gesundheitliches Risiko und die Notwendigkeit der vorübergehenden Sonderunterbringung aufgeklärt werden (https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Risikogruppen.html;jsessionid=B45E0F0C4DE46DE3202880D40C75D2EB.internet081). Die medizinische Versorgung einer eventuell vorliegenden Grunderkrankung der Personen mit erhöhtem Risiko muss dabei im Rahmen der Sonderunterbringung gewährleistet sein.
- Kommunikation: BewohnerInnen und Personal (z.B. MitarbeiterInnen, aber auch Ehrenamtliche und externe DienstleisterInnen) müssen präventiv umfassend und ggf. mit Sprachmittlung über die Erkrankung, allgemeine Schutzmaßnahmen und Verhalten im Erkrankungsfall aufgeklärt werden. Informationen dienen der Vorbeugung von Ängsten, Unsicherheiten und Missverständnissen und ermöglichen gezielte Prävention.
 - Informationen sollten in mehreren Sprachen zur Verfügung stehen (schriftlich, audio, digital). PDF-Vorlagen gibt es u.a. vom Projekt Mit Migranten für Migranten (MiMi) des Ethnomedizinischen Zentrums unter <https://www.mimi-bestellportal.de/corona-information/>, von der Johanniter Unfall-Hilfe <https://www.johanniter.de/die-johanniter/johanniter-unfall-hilfe/aktuelles/nachrichten/2020/basisinfos-zu-corona-in-verschiedenen-sprachen//> und von der BzGA unter <https://www.infektionsschutz.de/coronavirus/informationen-in-anderen-sprachen.html>.
 - Für die Information und Aufklärung der BewohnerInnen muss Sprachmittlung zur Verfügung stehen (vor Ort, telefonisch oder per Video).
 - Inhalte der Information: Es sollte eine Aufklärung über die Übertragungswege und die möglichen Krankheitsverläufe erfolgen. Dazu gehört auch die Information, dass die Mehrzahl der Erkrankungen (circa 80%) mild bis asymptomatisch verläuft, es aber auch in diesen Fällen zur Übertragung der Infektion kommen kann und ältere Menschen und Menschen mit Vorerkrankungen ein erhöhtes Risiko für schwere Erkrankungsverläufe haben und warum positiv Getestete nicht immer behandelt werden müssen etc. Die BewohnerInnen sollen außerdem Informationen darüber erhalten, in welchen Situationen sie medizinische Hilfe aufsuchen müssen.
- Etablierung eines Ausbruchsteams: Um ein strukturiertes Vorgehen zu ermöglichen, sollte ein Team zur Durchführung des Ausbruchsmanagements gebildet werden. Hygienefachpersonal aus dem Gesundheitsamt, die Leitung der Einrichtung, SozialarbeiterInnen und SprachmittlerInnen sollten zum Ausbruchsteam gehören.
- Räumliche Trennung: Um im Ausbruchsfall das Ziel der räumlichen Trennung in verschiedene Bereiche zeitnah realisieren zu können, sollten vorsorglich separate Wohneinheiten vorgehalten werden. Dies kann ggf. durch Nutzung weiterer Unterkünfte wie Wohnungen oder Hotels erfolgen, und/oder durch eine Reduzierung der Belegung der Unterkunft. Dadurch wird eine eventuell notwendige Selbstisolation ermöglicht.

- Eine Möglichkeit ist eine gemeinsame Isolationseinheit für alle Fälle aus Einrichtungen einer Region zu schaffen. Für einen solchen größeren Isolierbereich sollte eine entsprechende medizinische Versorgung inklusive Rufdienst am Wochenende etabliert werden.
- Die räumlichen Bedingungen müssen die Bildung kleiner Wohneinheiten (Kohorten bis max. 10 Personen) mit eigenem Sanitär- und ggf. Küchenbereich ermöglichen.
- Personalpläne müssen entsprechend der Bereiche angepasst werden. Das Personal sollte den Bereichen fest zugeteilt sein.
- Eine niedrigschwellige medizinische Versorgung vor Ort mit Testkapazität erleichtert bei Identifikation von Erkrankten die SARS-CoV-2-Testung in der Einrichtung.
- Psychosoziale Versorgung: Wohnbedingungen in GU (u.a. fehlende Privatsphäre, kein selbstbestimmter Alltag) tragen neben migrations- und fluchtbedingten Faktoren (wie z.B. Kriegs-, Rassismus- und Gewalterfahrungen, Traumata, Angst, ungesicherten Aufenthaltsstatus, Bedrohung durch Abschiebung, Perspektivlosigkeit) zu einem erhöhten Bedarf an psychosozialer Versorgung bei. Pandemiebedingte Stressoren wie die Sorge um die eigene Gesundheit, Quarantänemaßnahmen und soziale Isolation stellen eine zusätzliche Belastungssituation dar. Dem erhöhten Bedarf an psychosozialer Versorgung muss durch Versorgungsangebote (auch telefonisch und digital) Rechnung getragen werden.
- Neuzugänge: Neu aufgenommenen BewohnerInnen sollte eine 14-tägige Quarantäne verordnet werden. Es sollte ein Symptom-Monitoring erfolgen und Personen mit COVID-19-verdächtigen Symptomen sollten zur Entscheidung des weiteren Vorgehens und ggf. einer Testung zeitnah ärztlich vorgestellt werden. Ob bei Ankunft und/oder vor Ende der Quarantäne eine Testung durchgeführt werden soll, muss das zuständige Gesundheitsamt, je nach aktueller Risikobewertung, entscheiden. Eine systematische Testung ist nicht grundsätzlich empfohlen, da die Aussagekraft eines negativen Tests eingeschränkt ist (negativ Getestete können noch in der Inkubationszeit sein, bzw. unmittelbar nach einem negativen Testergebnis eine Infektion erwerben). Zugehörige zu Risikogruppen sind bei Ankunft zu identifizieren und gemäß den Empfehlungen zur Prävention frühzeitig einer Sonderunterbringung zuzuführen.

Ausbruchmanagement

Aufgrund der Vielzahl von asymptomatisch Erkrankten, ist bereits beim Auftreten von einem Fall von einem Ausbruch auszugehen. Die räumliche Trennung in 3 Bereiche von Fällen, Kontakten und Verdachtsfällen sowie Nicht-Fällen muss zeitnah erfolgen. Dabei muss die Möglichkeit zur Selbstisolation und Einzelquarantäne gegeben sein. Verdachtsfälle müssen zeitnah getestet, isoliert und gesondert untergebracht werden.

- Evakuierung: Eine Evakuierung der Einrichtung und eine Unterbringung in kleineren Kohorten (bis max. 10 Personen) sind notwendig, um lange und immer wieder zu verlängernde Quarantänedauern zu verhindern. Eine Quarantäne der gesamten GU ist unbedingt zu vermeiden. Durch eine Massenquarantäne wird eine vermeidbar hohe Exposition mit daraus resultierenden Risiken für alle BewohnerInnen in Kauf genommen, die den RKI-Empfehlungen zu Infektionsschutzmaßnahmen widerspricht.
- Kommunikation: Eine gute Kommunikation ist essentiell, um Verständnis und eine möglichst hohe Mitwirkung zu erzielen und Ängsten, Missverständnissen, Unverständnis und negativen Entwicklungen wie Nichteinhalten von oder Widerständen gegen Maßnahmen vorzubeugen. Die Information der BewohnerInnen und des Personals über die Situation in der Unterkunft und die laufenden Maßnahmen erfolgt engmaschig und in den notwendigen Sprachen.

- BewohnerInnen sollten Zugang zu Informationen (u.a. auch digitale Medien und Plattformen) und die Möglichkeit haben, soziale Kontakte aufrechtzuerhalten. Hierzu ist ein Internetzugang notwendig.
- Es sollte AnsprechpartnerInnen (z.B. aus dem Gesundheitsamt oder der Sozialarbeit) geben, die BewohnerInnen und Personal niedrigschwellig bei Fragen und Unsicherheiten beraten.
- Fallsuche: Es müssen alle SARS-CoV-2-positiven Personen in der Einrichtung identifiziert werden. BewohnerInnen und Personal sollten ein tägliches Symptom-Monitoring durchführen und sich bei Auftreten von Symptomen jeglicher Art, die mit COVID-19 vereinbar sind, unverzüglich bei dafür verantwortlichen Personen melden. Vertraulichkeit muss dabei gewährleistet sein. Idealerweise sollte ein aktives Symptom-Monitoring durchgeführt werden, einschließlich von „Null-Meldungen“. Bei BewohnerInnen und Personal mit COVID-19 verdächtigen Symptomen sollten zeitnah eine ärztliche Vorstellung und eine Abklärung auf SARS-CoV-2 erfolgen.
- Umgang mit Fällen: Verdachtsfälle und bestätigte COVID-19 Fälle müssen über die Diagnose bzw. Verdachtsdiagnose und damit verbundene Maßnahmen in der bevorzugten Sprache aufgeklärt werden. Dabei muss Vertraulichkeit gewährleistet sein. Sie müssen unverzüglich isoliert werden. Dies gilt sowohl für BewohnerInnen als auch für Personal. Je nach Schwere der Erkrankung kann eine Isolierung außerhalb der Einrichtung oder im Krankenhaus notwendig sein. Falls eine Unterbringung außerhalb der Einrichtung erfolgt, muss eine regelmäßige medizinische Betreuung gewährleistet sein. Falls nicht bereits erfolgt, ist eine Abklärung von Vorerkrankungen notwendig, um ein ggf. erhöhtes Risiko und medizinischen Betreuungsbedarf zu erkennen.
- Ermittlung von Kontakten: Eine Kontaktpersonennachverfolgung ist essenziell, um Infektionsketten zu unterbrechen. Prioritär müssen die Kontakte der Kategorie 1 unter BewohnerInnen und Personal entsprechend den Empfehlungen identifiziert werden: „Kontaktpersonennachverfolgung bei respiratorischen Erkrankungen durch das Coronavirus SARS-CoV-2“:
https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Kontaktperson/Management.html?nn=13490888
- Umgang mit Kontakten: Mit Kontakten ist entsprechend der Empfehlungen des RKI zum Kontaktpersonenmanagement zu verfahren:
https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Kontaktperson/Management.html#doc13516162bodyText2.
 - Für die BewohnerInnen sollte eine möglichst kleinteilige Kohortierung vorgenommen werden (bis max. 10 Personen). Das Personal geht in die häusliche Quarantäne.
 - Die 14-tägige Quarantänefrist wird für jede Kohorte einzeln ausgesprochen. Die BewohnerInnen müssen über Ziele und Dauer der Quarantäne informiert sein. Tritt ein neuer Fall innerhalb einer Kohorte auf, beginnt die 14-tägige Frist erneut.
 - Sollten Kohorten von mehr als 10 Personen im Ausnahmefall unumgänglich sein, wird empfohlen alle Personen in möglichst kurzen Abständen, z.B. alle 2 Tage zu testen. So können Fälle frühzeitig identifiziert und isoliert werden. Die Personen müssen darüber informiert werden, dass ein negativer Test nur eine Momentaufnahme ist und auch bereits infizierte Personen ein negatives Testergebnis haben können. Ein negatives Testergebnis hat nicht

unmittelbar das Aussetzen der Quarantäne zur Folge und es sind ggf. weitere Testungen notwendig.

- Es kann eine Probenselbstentnahme nach entsprechender Anleitung und eine gepoolte Testung erwogen werden (basierend auf Erfahrungen der Global Health Security Action Group (GHSAG)/Kanada: bei einem erwarteten Positivanteil von 3% oder weniger: poolen bis 8 Proben möglich; 4-8% erwarteter Positivanteil: poolen bis 4 Proben möglich; >8% erwarteter Positivanteil: poolen macht keinen Sinn, da zu viele Wiederholungen nötig).
- Sollten bereits Kontaktpersonen in andere Einrichtungen verlegt worden sein, müssen diese umgehend informiert werden (da häufig der Primärfall unbekannt ist und Kontaktpersonenermittlungen aufwändig sind, ist in Erwägung zu ziehen, alle Einrichtungen, in die in den letzten 2 Wochen Verlegungen stattfanden, zu informieren). Ebenso sollten zulegende Einrichtungen informiert werden, wenn ein Fall bei einer/einem neu aufgenommenen BewohnerIn festgestellt wird.
- Dokumentation: Alle Fälle und enge Kontaktpersonen (BewohnerInnen und Personal) müssen nach Zeit, Ort und Person dokumentiert werden. Dazu muss eine strukturierte Liste angelegt werden. Diese Linelist muss mit räumlichen, zeitlichen, sowie personenbezogenen Informationen geführt werden, damit die Infektionsketten nachvollzogen werden können.
- Aufnahmestopp: Im Ausbruchsfall können keine Neuzugänge aufgenommen werden.
- Partizipative Quarantäne: In Zusammenarbeit mit den SozialarbeiterInnen ist eine aktive Einbindung und Beteiligung der BewohnerInnen an der Umsetzung der Maßnahmen notwendig. Dieser Ansatz ist deutlich effizienter als Infektionsschutz durch Zwangsmaßnahmen. Durch Zwangsmaßnahmen und Isolation kann eine (Re-)Traumatisierung erfolgen.
 - BewohnerInnen können die Rolle von MultiplikatorInnen übernehmen (AnsprechpartnerInnen, Information, Beratung).
 - BewohnerInnen können bestimmte Aufgaben wie z.B. das (Selbst-)Monitoring der Symptome ([Symptom-Tagebuch in 5 Sprachen](#)), Fiebermessen und Dokumentation übernehmen und bei der Zuteilung der Quarantänegemeinschaften für die Kohortierung eingebunden werden.
- Vulnerable Gruppen: Bei Durchführung der Maßnahmen sollten vulnerable Gruppen wie Minderjährige, unbegleitete Minderjährige, Behinderte, ältere Menschen, Schwangere, Alleinerziehende mit minderjährigen Kindern, Opfer des Menschenhandels, Personen mit schweren körperlichen Erkrankungen, Personen mit psychischen Störungen und Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben (Richtlinie 2013/33/EU des Europäischen Parlaments und des Rates), im Hinblick auf besondere Schutzbedarfe berücksichtigt werden (ggf. Unterbringung in getrennten Räumen, Schutz vor Gewalt in Quarantäne, zusätzliche Aufklärung, psychologische Betreuung um Re-Traumatisierung zu vermeiden).
- Versorgung: Eine ausreichende und gesunde Ernährung mit Austeilung der Mahlzeiten in den Wohnbereichen sowie die Versorgung mit Lebens- und Gebrauchsmitteln muss durch die Einrichtungsleitung sichergestellt werden. Dazu gehören auch Spielsachen für Kinder.

Links

- Empfehlungen zu Ausbruchsmanagement in GUs
https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/A/Asylsuchende/Inhalt/Management_Ausbrueche.pdf?_blob=publicationFile (ab Seite 5 Informationen zu respiratorischen Erkrankungen)
- Rahmenkonzept einschl. gesetzliche Grundlagen der Maßnahmen nach IfSG (u.a. Seite 23 geht es auch um Gemeinschaftseinrichtungen)
https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Preparedness_Response/Rahmenkonzept_Epidemische_bedeutsame_Lagen.pdf?_blob=publicationFile
- Linkübersicht des RKI zu Infektionsschutz und Asyl
<https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/A/Asylsuchende/Asylsuchende.html>
- Symptom-Tagebuch in 5 Sprachen (Deutsch, Englisch, Französisch, Russisch, Arabisch) [LINK](#)

Publikationen

Razum O, Penning V, Mohsenpour A et.al. Covid-19 in Flüchtlingsunterkünften: ÖGD jetzt weiter stärken. Gesundheitswesen 2020. <https://www.thieme-connect.de/products/ejournals/pdf/10.1055/a-1154-5063.pdf>

Inter-Agency Standing Committee (IASC) secretariat. Interim Guidance. Scaling up Covid-19 Outbreak Readiness and Response Operations in Humanitarian Situations, Including Camps and Camp -Like Settings. Version 1.1. 17 March 2020.
<https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-04/IASC%20Interim%20Guidance%20on%20COVID-19%20for%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20Camps%20and%20Camp-like%20Settings.pdf>

Internationale Richtlinien zu den humanitären Standards bei der Kontrolle von Covid-19 in Flüchtlingsunterkünften. Sie finden sich auf der Webseite von SPHERE:
<https://spherestandards.org/coronavirus/>