



Startseite Infektionskrankheiten A-Z Coronavirus SARS-CoV-2

Empfehlungen für Gesundheitsämter zu Prävention und Management von COVID-19-Erkrankungen in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften für Schutzsuchende (im Sinne von §§ 44, 53 AsylG)

Empfehlungen für Gesundheitsämter zu Prävention und Management von COVID-19-Erkrankungen in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften für Schutzsuchende (im Sinne von §§ 44, 53 AsylG)

Stand: 10.7.2020

Hintergrund
Vorgehen
Präventionsmaßnahmen vor Auftreten einer Infektion
Kommunikation
Risikopersonen
Ausbruchmanagement
Kommunikation zum und im Ausbruchsgeschehen
Fallsuche
Umgang mit Fällen
Ermittlung von Kontakten
Umgang mit Kontaktpersonen
Umgang mit Kontaktpersonen der Kategorie I mit engem Kontakt ("höheres" Infektionsrisiko)
Kohortenbildung im Ausbruchsfall
Dokumentation
Partizipative Quarantäne
Gemeinschaftlich genutzte Räume
Vulnerable Gruppen*
Versorgung während der Quarantäne
Ent-Isolierung und Beendung der Quarantäne
Aufnahme und Weiterleitung während der Quarantäne
Weitere Informationen
Publikationen

Hintergrund

Das Übertragungsrisiko virusbedingter Erkrankungen der Atemwege ist in Aufnahmeeinrichtungen (AE) und Gemeinschaftsunterkünften (GU) besonders hoch, da hier viele Menschen auf engem Raum zusammen leben und Wohn-, Küchen-, Ess- und Sanitärräume gemeinsam nutzen. Grundsätzlich gelten für Schutzsuchende Menschen die allgemeinen Standards für die Prävention und das Ausbruchmanagement des Robert Koch-Instituts. Zudem müssen die rechtlichen Kontaktbeschränkungen, die als Maßnahmen gegen eine Ausbreitung der COVID-19-Pandemie in Deutschland gelten, für Menschen in AE und GU umsetzbar sein. Die Menschen brauchen Zugang zu Informationen über COVID-19 sowie zu aktuellen Empfehlungen. Hohe Priorität hat während der Pandemie vor dem Hintergrund des hohen Ausbruchpotentials die frühzeitige Identifikation und Information aller Risikopersonen und deren separate Unterbringung, in der die medizinische Versorgung sichergestellt ist.

Diese Empfehlungen richten sich auf Grundlage der jeweils geltenden infektionsschutzrechtlichen Vorschriften an die Gesundheitsämter. Die Belange der Gesundheits- und Innenressorts des Bundes und der Länder haben Berücksichtigung gefunden. Die asylrechtlichen Vorschriften, insbesondere das Asylbewerberleistungsgesetz, bleiben unberührt.

Vorgehen

Wegen des erhöhten Risikos einer raschen Ausbreitung der SARS-CoV-2-Infektion

in einer AE und GU wird empfohlen, dass das zuständige Gesundheitsamt bereits vor dem Auftreten eines Falls vorsorglich Maßnahmen mit dem jeweiligen Betreiber bespricht. Die notwendige räumliche Trennung von a) labordiagnostisch bestätigten Fällen, b) Kontakten und Verdachtsfällen sowie c) Nicht-Fällen muss im Vorfeld gut vorbereitet sein, um eine Quarantäne der gesamten Einrichtung oder größerer Gruppen zu vermeiden. Um die Ausbreitung der Infektion zu verhindern und die Menschen vor einer Infektion zu schützen, muss bei Auftreten einer SARS-CoV-2-Infektion bei BewohnerInnen oder Personal in einer AE oder GU unverzüglich gehandelt werden. Zuständig für die Anordnungen von konkreten Absonderungs- und sonstigen Maßnahmen nach dem Infektionsschutzgesetz ist das jeweilige Gesundheitsamt. Da die örtlichen Gegebenheiten sehr unterschiedlich sein können, müssen für jede AE oder GU individuell sachgerechte Lösungen gefunden werden, die u. a. die konkrete Pandemielage in der betroffenen Umgebung berücksichtigen. Die vorliegenden Empfehlungen sollen eine Hilfestellung für Gesundheitsämter sein und können entsprechend angepasst werden. Gute Vorbereitung und Kommunikation sind zentral für ein effektives und verantwortungsvolles Handeln.

Präventionsmaßnahmen vor Auftreten einer Infektion

Kommunikation

BewohnerInnen und Personal (z.B. MitarbeiterInnen, aber auch Ehrenamtliche und externe DienstleisterInnen) müssen präventiv umfassend in geeigneter Weise (z.B. mündlich, schriftlich, digital) über die Erkrankung, allgemeine Schutzmaßnahmen und Verhalten im Erkrankungsfall aufgeklärt werden. Informationen dienen der Vorbeugung von Ängsten, Unsicherheiten und Missverständnissen und ermöglichen gezielte Prävention.

- COVID-19-Informationen sollten in möglichst allen von den BewohnerInnen in der AE oder GU verstandenen Sprachen zur Verfügung stehen. Neben schriftlichen Informationen sind auch, etwa im Internet verfügbare, Audioformate und/oder digitale Formate möglich, um die unterschiedlichen Bedarfe der BewohnerInnen abzudecken (möglichen Analphabetismus berücksichtigen). Es sollen auch Lösungen für ggf. vor Ort untergebrachte Gehörlose oder Sehbehinderte geschaffen werden.

PDF-Vorlagen gibt es u.a. hier:

- Projekt "Mit Migranten für Migranten" (MiMi) des Ethnomedizinischen Zentrums
- Johanniter Unfall-Hilfe
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
- Die Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration
- Für die Information und Aufklärung der BewohnerInnen ist eine bedarfsgerechte Sprachmittlung dringend empfohlen (z.B. vor Ort, telefonisch oder per Video). Sobald die Behörde in die Rechte einer der deutschen Sprache unkundigen Person eingreift (z. B. Anordnung einer Quarantäne, Absonderung o. Ä.), ist die Hinzuziehung von Sprachmittlung dringend empfohlen.
- Inhalte der Informationen sind zum Beispiel:
 - Aufklärung über die Übertragungswege und die möglichen Krankheitsverläufe
 - Informationen darüber, dass die Mehrzahl der Erkrankungen (circa 80%) mild bis asymptomatisch verläuft, es aber auch in diesen Fällen zur Übertragung der Infektion kommen kann
 - Erklärung der Distanzierung von 1,5m, Anleitung zum richtigen Händewaschen, Darstellung der Hygieneregeln beim Husten und Niesen und Anleitung zum Tragen des Mund-Nasen-Schutzes (MNS)/der Mund-Nasen-Bedeckung (MNB)
 - Aufklärung darüber, dass ältere Menschen und Menschen mit Vorerkrankungen ein erhöhtes Risiko für schwere Erkrankungsverläufe haben
 - Erklärung, warum positiv Getestete nicht immer eine Behandlung benötigen
 - Informationen darüber, in welchen Situationen medizinische Hilfe aufgesucht werden sollte und an wen sich gewendet werden kann

Risikopersonen

Für Personen mit einem erhöhten Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf ist die größtmögliche Minderung des Risikos für eine Infektion besonders wichtig. Durch ein entsprechendes Konsultations- und Diagnostikangebot sollten die Risikofaktoren für einen schweren Verlauf möglichst umfassend und frühzeitig identifiziert werden. Eine Aufklärung über die Risikofaktoren mit einer entsprechenden Sprachmittlung für alle BewohnerInnen einschließlich des Personals wird empfohlen.

- Es wird dringend empfohlen, diese Personengruppe, ggf. auch mit ihren engen Angehörigen präventiv möglichst für die Dauer der gesamten Pandemie separat unterzubringen oder ihnen dies zumindest anzubieten, um für sie das Risiko einer Infektion zu reduzieren. Dazu sollten besondere Schutzmaßnahmen wie ein

eigener Sanitärbereich, z.B. die von übrigen Personen getrennte Einnahme der Mahlzeiten auf den Zimmern bzw. in dem eigenen Wohnbereich sichergestellt werden. Ziel der separierten Unterbringung ist die unbedingte Kontaktreduktion mit Meidung hochfrequenzierter Gemeinschaftsräume und Schaffung einer Möglichkeit zur Selbstisolation. Die medizinische Versorgung einer eventuell vorliegenden Grunderkrankung bei Personen mit erhöhtem Risiko muss gewährleistet sein. Es wird dringend empfohlen Risikopersonen ggf. mit Hilfe von Sprachmittlung in einer von ihnen verstandenen Sprache über ihr erhöhtes gesundheitliches Risiko und die Notwendigkeit und Dauer der separaten Unterbringung aufzuklären.

- **Kontaktreduktion und Schutzverhalten:** Die räumlichen Bedingungen sollten eine physische Distanzierung (mind. 1,5 m Abstand), ausreichendes Lüften und eine Kontaktreduzierung zulassen.
 - In einem Zimmer sollten möglichst nur Personen aus einer Familie bzw. enge Bezugspersonen zusammen untergebracht werden. Die BewohnerInnen eines Zimmers sind dabei als Hausstand in Sinne der Coronaschutzverordnung des jeweiligen Bundeslandes zu verstehen. Es wird empfohlen, alle anderen Personen in weniger belegten Zimmern unterzubringen. Dies kann z.B. durch eine Reduzierung der Belegung der Unterkunft realisiert werden. Ein Wechsel der Belegung sollte vermieden werden. Geeignete Maßnahmen zur Herstellung dieser räumlichen Bedingung oder der physischen Distanzierung dienende Umstände sollten schnellstmöglich ergriffen werden.
 - In AE und GU ist es für die Betriebsfähigkeit der Einrichtung notwendig, dass BewohnerInnen und Personal sich selbst und andere schützen können. Es wird daher dringend empfohlen, dass genügend Materialien wie z.B. Seife, Einwegpapiertücher, Desinfektionsspende, Mund-Nasen-Schutz/Mund-Nasen-Bedeckung bzw. Anleitung und Materialien zur Selbstherstellung von Mund-Nasen-Bedeckung zur Verfügung gestellt werden oder von den BewohnerInnen für sich beschafft werden können.
 - Gemeinsam genutzte bzw. öffentlich zugängliche Räume: Es können Pläne für eine zeitlich gestaffelte Nutzung von gemeinsam genutzten Räumen (z.B. Küchen, Sanitär-, Wäsche-, Fernseh-, Lernräume) erstellt und möglichst unter Mitwirkung der BewohnerInnen umgesetzt werden. Besondere Bedarfe von Familien mit kleinen Kindern sollten dabei berücksichtigt werden. Je nach baulichen Gegebenheiten können Einbahnregelungen in Korridoren oder auf Zugangswegen zu öffentlich zugänglichen Räumen (z.B. Cafeteria) sinnvoll sein.
 - Hygienepläne der Einrichtungen sind zu beachten und müssen bedarfsentsprechend fortlaufend aktualisiert werden.
- **Etablierung eines Infektionsschutzteams:** Zusätzlich zu in den Einrichtungen bestehenden Infektionsschutzmaßnahmen wird empfohlen, ein Team zur Umsetzung von Präventionsmaßnahmen und zur Durchführung des Ausbruchsmangements zu bilden. Dadurch wird im Ausbruchsgeschehen ein strukturiertes Vorgehen erleichtert. Hierbei ist es sinnvoll, dass neben VertreterInnen des Gesundheitsamts und der Einrichtung (Leitung) z.B. auch VertreterInnen der Sozialarbeit, der psychosozialen Versorgung und der BewohnerInnen, sowie SprachmittlerInnen zum Infektionsschutzteam gehören. Zuständigkeiten sollten klar festgelegt sein. Auch der Einsatz von BewohnerInnen als MultiplikatorInnen hat sich bewährt. Eine Vernetzung der Einrichtung mit dem entsprechenden örtlichen Hilfesystem (Psychosoziale Zentren, Suchtberatungsstellen etc.) wird sowohl im Hinblick auf die Krisensituationen als auch auf die präventiven Maßnahmen empfohlen.
- **Räumliche Trennung:** Um im Ausbruchsfall das Ziel der räumlichen Trennung in verschiedene Bereiche zeitnah realisieren zu können, sollten vorsorglich separate Unterbringungsmöglichkeiten vorgehalten werden (siehe oben). Eine weitere Möglichkeit könnte, je nach regionalen Voraussetzungen, die Schaffung einer gemeinsamen Isolationseinheit für alle Fälle aus Einrichtungen einer Region sein.
 - Um im Quarantänefall und während der Isolierung von Erkrankten eine medizinische Versorgung inklusive Rufdienst am Wochenende vorhalten zu können müssen entsprechende Vorbereitungen getroffen werden.
 - Es wird dringend empfohlen, Möglichkeiten der Einzelunterbringung sowie einer eventuell notwendigen Selbstisolation zu schaffen.
 - Soweit die räumlichen Bedingungen es zulassen, wird die Bildung kleiner Kohorten mit jeweils eigenem Sanitär- und, je nach Art der Unterkunft, Küchenbereich dringend empfohlen. Ist die Versorgung mit den Mahlzeiten zentral organisiert, dann sollten Speisesäle pandemiegerecht ausgestaltet und ggf. durch die Kohorten zu unterschiedlichen Zeiten genutzt werden können.
 - Es wird empfohlen Personalpläne entsprechend den Bereichen anzupassen. Personal mit perspektivisch mehrmaligem individuellen Kontakt zu den BewohnerInnen sollte nach Möglichkeit den Bereichen fest zugeteilt sein.
- **Medizinische Versorgung vor Ort:** Eine medizinische Versorgung vor Ort mit Testkapazität erleichtert die Identifikation von Erkrankten und die SARS-CoV-2-Testung in der Einrichtung.
- **Psychosoziale Versorgung:** BewohnerInnen können auf Grund besonderer Belastungen vor, während und nach der Flucht einen erhöhten Bedarf an psychosozialer Versorgung haben. Pandemiebedingte Stressoren wie die Sorge um die eigene Gesundheit, Quarantänemaßnahmen und soziale Isolation stellen eine zusätzliche Belastungssituation dar. Es wird dringend empfohlen, dem erhöhten individuellen Bedarf an psychosozialer Versorgung durch psychosoziale und sozialbetreuerische Versorgungsangebote (auch telefonisch oder digital) Rechnung zu tragen. Dabei sollte insbesondere auch an zugängliche und altersgerechte Angebote für Kinder und Jugendliche gedacht werden.
- **Neuzugänge:** Bei neu aufgenommenen BewohnerInnen kann entsprechend der individuellen Risikoeinschätzung und des vorangegangenen Aufenthaltsortes, der

allgemeinen Einreisebestimmungen und Empfehlungen des Bundes und der Länder eine 14-tägige Quarantäne erwogen werden. Alternativ kann eine Kohortenseparierung neu ankommender BewohnerInnen bei entsprechenden baulichen Voraussetzungen erfolgen. Wird im Einzelfall eine Quarantäne ausgesprochen, sollte ein Symptom-Monitoring (Symptom-Tagebuch in 5 Sprachen) erfolgen und Personen mit COVID-19-verdächtigen Symptomen müssen zur Entscheidung des weiteren Vorgehens und einer Testung zeitnah ärztlich vorgestellt werden.

- Ein systematisches Eingangsscreening ist nicht grundsätzlich empfohlen. Eine Testung von Neuzugängen sollte nach individueller Risikoeinschätzung durch das Gesundheitsamt erfolgen. Kriterien sind zum Beispiel die Verlegung aus einer Einrichtung mit einem oder mehreren bekannten COVID-19 Fällen, Einreise aus einem Land bzw. einer Region mit einer hohen Inzidenz.
- Ein systematisches Eingangsscreening könnte in Erwägung gezogen werden, wenn die Infektionszahlen in Deutschland sehr niedrig bleiben und regelmäßig Schutzsuchende durch Gebiete mit hoher COVID-19 Inzidenz reisen.
- Falls eine systematische Testung aller Neuzugänge durchgeführt wird, gilt zu beachten, dass die Aussagekraft eines negativen Tests eingeschränkt ist (negativ Getestete können noch in der Inkubationszeit sein, bzw. unmittelbar nach einem negativen Testergebnis eine Infektion erwerben).
- Es wird dringend empfohlen, Zugehörige zu Risikogruppen bei Ankunft z.B. durch Abfrage relevanter Vorerkrankungen möglichst zu identifizieren und gemäß den Empfehlungen zur Prävention möglichst frühzeitig und mit ihren engen Familienangehörigen separat unterzubringen (siehe Abschnitt zu Risikopersonen).

Ausbruchmanagement

Aufgrund der Vielzahl von asymptomatisch Erkrankten, enger Lebensbedingungen und gemeinsam genutzter Räume in vielen AE oder GU wird dringend empfohlen, bereits beim Auftreten von einer nachgewiesenen SARS-CoV-2 Infektion unverzüglich zu untersuchen, ob es zu einem Ausbruch gekommen ist. Um Fälle möglichst früh identifizieren zu können, sollten für alle Personen mit akuten respiratorischen Symptomen niedrigschwellig Tests auf COVID-19 angeboten werden. Für die Testung sind bezüglich Probenmaterial und Transport Absprachen mit dem für die Einrichtung zuständigen Gesundheitsamt zu treffen. Nach Entscheidung des Gesundheitsamts wird umgehend eine räumliche Trennung in drei Bereiche von a) labordiagnostisch bestätigten Fällen (notwendig: Unterbringung in Isolation), b) Kontakten und Verdachtsfällen mit Möglichkeit zur Quarantäne sowie c) Nicht-(Verdachts-)Fällen/Nicht-Kontakten veranlasst. Familienangehörige sollten in ausreichend großen Zimmern gemeinsam untergebracht werden. Die Trennung in drei Bereiche kann auch durch den Betrieb von gesonderten Quarantäneunterkünften umgesetzt werden. Symptomatische Verdachtsfälle müssen zeitnah getestet, bis zum Vorliegen des Ergebnisses isoliert, gesondert untergebracht und medizinisch versorgt werden.

Kommunikation zum und im Ausbruchsgeschehen

Eine gute Kommunikation ist essentiell, um Verständnis und eine möglichst hohe Mitwirkung zu erzielen sowie Ängsten, Missverständnissen, Unverständnis und negativen Entwicklungen wie Nichteinhalten von oder Widerstand gegen Maßnahmen vorzubeugen. Es ist wichtig, dass BewohnerInnen und Personal engmaschig in den notwendigen Sprachen ggf. in Zusammenarbeit mit psychosozialen Zentren über die Situation in der Unterkunft und die laufenden Maßnahmen informiert werden. Es ist dabei zu berücksichtigen, dass ein Informationsmodus (z.B. ausschließlich schriftliche Information) ggf. nicht für alle BewohnerInnen geeignet ist (wenn z.B. Analphabetismus vorliegt). Es wird empfohlen BewohnerInnen Zugang zu Informationen und die Aufrechterhaltung von sozialen Kontakten durch entsprechende Medien (z.B. Internet, Fernsehen, Printmedien) zu ermöglichen.

- Es sollte AnsprechpartnerInnen (z.B. aus dem Gesundheitsamt, der Einrichtungsleitung oder der Sozialarbeit) geben, die für Fragen der BewohnerInnen und des Personals zur Verfügung stehen. Unsicherheiten und Ängsten kann dadurch niedrigschwellig begegnet werden.

Fallsuche

In einem Ausbruchsgeschehen müssen alle SARS-CoV-2-positiven Personen in der Einrichtung identifiziert werden. Dazu werden BewohnerInnen und Personal

daraufhin sensibilisiert, ein tägliches Symptom-Monitoring bei sich durchzuführen. Bei COVID-19-verdächtigen Symptomen sollten unter Gewährleistung der Vertraulichkeit umgehend eine ärztliche Vorstellung und eine Abklärung auf SARS-CoV-2 erfolgen. Fallsuche und Kontaktpersonennachverfolgung sind Aufgaben der Gesundheitsämter, die aber von den Einrichtungen unterstützt werden können und sollten.

Umgang mit Fällen

Verdachtsfälle und labordiagnostisch bestätigte COVID-19 Fälle müssen von einem Arzt oder einer Ärztin ggf. unter Einbeziehung von Sprachmittlung über die Diagnose bzw. Verdachtsdiagnose und damit verbundene Maßnahmen aufgeklärt und unverzüglich ggf. mit ihren engen Familienangehörigen 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. In jedem Fall ist für eine regelmäßige medizinische Betreuung zu sorgen. 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 essentiell, um Infektionsketten zu unterbrechen. Prioritär müssen die Kontakte der Kategorie I unter BewohnerInnen und Personal entsprechend den Empfehlungen identifiziert werden:
„Kontaktpersonennachverfolgung bei respiratorischen Erkrankungen durch das Coronavirus SARS-CoV-2“.

Umgang mit Kontaktpersonen

Mit Kontaktpersonen der Kategorie I und Kategorie II ist entsprechend der Empfehlungen des RKI zum Kontaktpersonenmanagement zu verfahren. Alle Kontaktpersonen erhalten Informationen zu COVID-19, insbesondere zu Kontaktreduktion und Vorgehen bei eintretender Symptomatik.

Umgang mit Kontaktpersonen der Kategorie I mit engem Kontakt ("höheres" Infektionsrisiko)

Kontaktpersonen der Kategorie I werden durch das Gesundheitsamt für 14 Tage unter Quarantäne gestellt.

- Das Gesundheitsamt oder andere durch das Gesundheitsamt beauftragte Personen führen eine aktive Gesundheitsüberwachung bis zum 14. Tag nach dem letzten Kontakt mit dem bestätigten COVID-19-Fall durch.
- Es wird dringend empfohlen, für die BewohnerInnen, die in Quarantäne müssen, eine möglichst kleinteilige Kohortierung vorzunehmen. Die 14-tägige Quarantänefrist wird vom Gesundheitsamt für jede Kohorte einzeln ausgesprochen. Die BewohnerInnen sind über Ziele und Dauer der Quarantäne zu informieren. Soweit erforderlich, geht das Personal in die häusliche Quarantäne.
- Sollten Quarantänekohorten von mehr als zehn Personen unumgänglich sein, wird empfohlen, alle Personen in möglichst kurzen Abständen, z.B. alle 2 Tage mittels PCR zu testen (z.B. mit Probenselbstentnahme). In einer Massenquarantäne, in der eine physische Distanzierung nur bedingt erfolgen kann, ist von einer deutlichen Erhöhung des Infektionsrisikos für die nicht-infizierten Personen auszugehen. Mit der engmaschigen Testung soll erreicht werden, dass Fälle frühzeitig identifiziert und isoliert werden, um weitere Übertragungen zu vermeiden. Die Personen sollten 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.
- Sollten bereits Kontaktpersonen in andere Einrichtungen verlegt worden sein, sollten diese umgehend informiert werden (da häufig der Primärfall unbekannt ist und Kontaktpersonenermittlungen aufwändig sind, wird empfohlen, 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.

Kohortenbildung im Ausbruchsfall

Eine gesonderte Unterbringung von Risikopersonen sollte – soweit nicht bereits präventiv geschehen (s.o.) – umgehend nach Bekanntwerden eines Falles erfolgen. Die Bildung kleinerer Kohorten für die verbleibenden BewohnerInnen ist notwendig, um lange und immer wieder zu verlängernde Quarantänedauern zu verhindern. Eine Umverteilung der BewohnerInnen innerhalb der Einrichtung und ggf. auf zusätzliche Unterkunftseinheiten und damit eine reduzierte Belegung können hierzu beitragen. Das Gesundheitsamt kann dann jeweils für einzelne Kohorten, innerhalb derer ein Fall aufgetreten ist, über die Quarantäne entscheiden. Es wird dringend empfohlen, eine Quarantäne der gesamten AE oder GU sowie das Errichten von (zusätzlichen) physischen Barrieren (Zäunen) zu vermeiden.

Dokumentation

Das Gesundheitsamt veranlasst das Anlegen einer strukturierten Liste, in der alle Fälle und engen Kontaktpersonen (BewohnerInnen und Personal) nach Zeit, Ort und Person dokumentiert werden. Diese Linelist wird mit räumlichen, zeitlichen, sowie personenbezogenen Informationen geführt, damit die Infektionsketten nachvollzogen werden können. Eine Muster-Linelist sollte bei den Unterkünften hinterlegt werden. Diese kann dann auf Veranlassung des Gesundheitsamtes sofort ausgefüllt und dem Gesundheitsamt für weitere Maßnahmen zur Verfügung gestellt werden.

Partizipative Quarantäne

Eine aktive Einbindung und Beteiligung der BewohnerInnen an der Umsetzung der Maßnahmen wird empfohlen. Dies kann z.B. in Zusammenarbeit mit den SozialarbeiterInnen erfolgen. 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 und als Peers beteiligt werden (AnsprechpartnerInnen, Information, Beratung).
- BewohnerInnen können bestimmte Aufgaben wie z.B. das (Selbst-)Monitoring der Symptome (Symptom-Tagebuch in 5 Sprachen), Fiebermessen und Dokumentation übernehmen.

Gemeinschaftlich genutzte Räume

Wenn die räumlichen Gegebenheiten die Einhaltung der Abstandsregeln nicht zulassen, sollte der Aufenthalt in Gemeinschaftsräumen (z.B. Küchen, Sanitär-, Wäsche-, Fernseh-, Lernräumen) nur familien- bzw. kohortenbezogen erfolgen. Wenn sich ein gemeinsamer Aufenthalt unterschiedlicher Personengruppen nicht vermeiden lässt, sollte allen Beteiligten ein MNS/MNB empfohlen und ermöglicht werden. Um das Infektionsrisiko zu reduzieren, sollten Hygienemaßnahmen wie z.B. erhöhte Reinigungsintervalle, Anwendung von Desinfektionsmittel und Abstandsmarkierungen umgesetzt werden.

Vulnerable Gruppen*

Bei Durchführung der Infektionsschutzmaßnahmen sind vulnerable Gruppen im Hinblick auf besondere Schutzbedarfe zu berücksichtigen (z.B. Unterbringung in getrennten Räumen, Schutz vor Gewalt in Quarantäne, zusätzliche Aufklärung, psychologische Betreuung um Re-Traumatisierung zu vermeiden). Minderjährige, Menschen mit Behinderungen, 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 (gemäß Richtlinie 2013/33/EU des Europäischen Parlaments und des Rates) sind unabhängig von ihrem Risiko bezüglich COVID-19 besonders schutzbedürftig.

* Mit „vulnerable Gruppen“ sind nicht Risikopersonen im Sinne von Menschen mit einem erhöhten Risiko für einen schweren COVID-19-Krankheitsverlauf gemeint. Die EU-Aufnahmerichtlinie (2013/33/EU) definiert Personengruppen mit einem erhöhten Schutzbedarf. Ein erhöhter Schutzbedarf bedeutet, dass die EU-Mitgliedsstaaten dazu verpflichtet sind, die jeweils besonderen Bedürfnisse dieser vulnerablen und von Mehrfachdiskriminierungen betroffenen Menschen im Asylverfahren, in der Unterbringung und der

Rehabilitation zu berücksichtigen.

Versorgung während der Quarantäne

Aufgrund der Ausgangssperre sollte in AEs organisiert werden, dass die BewohnerInnen Zugang zu zusätzlichen Lebens- und Hygienemitteln für den individuellen Bedarf sowie zu Gebrauchsmitteln (z.B. Internetkarten, Batterien, Spielsachen für Kinder, Lernmaterialien) haben. In GU ist ebenso ein Zugang zu Lebens-, Hygiene-, und Gebrauchsmitteln sicherzustellen. Grundsätzlich erscheint im Falle eines Ausbruchs eine Austeilung von Mahlzeiten in die Zimmer/Wohnbereiche notwendig. Dies ist aber von den jeweiligen örtlichen Gegebenheiten abhängig und kann bei AE und GU unterschiedlich gehandhabt werden.

Ent-Isolierung und Beendigung der Quarantäne

Positiv getestete BewohnerInnen ohne oder mit leichten Symptomen, die für mindestens 48 Stunden symptomfrei sind und nach 10 Tagen aus der Isolierung entlassen werden, gelten nach RKI Richtlinie als geheilt und nicht mehr infektiös (zu Kriterien zur Entlassung aus der häuslichen Isolierung siehe www.rki.de/covid-19-entlassungskriterien). Ein Abschlusstest ist entbehrlich. Sollten Genesene in einer AE oder GU wohnen, die ausnahmsweise komplett unter Quarantäne und Ausgangssperre steht, ist diesen BewohnerInnen grundsätzlich ein Verlassen der Anlage zu ermöglichen, da keine Infektionsgefahr mehr von ihnen ausgeht. Dies kann z.B. durch eine entsprechende Bescheinigung erfolgen. Da dies auf Unverständnis bei den anderen BewohnerInnen stoßen kann, ist auch hier eine umfassende Aufklärung essentiell.

Aufnahme und Weiterleitung während der Quarantäne

Im Ausbruchfall können keine Neuzugänge in die vom Ausbruch und der Quarantäne betroffenen Kohorten (Fälle, Verdachtsfälle, Kontaktpersonen Kategorie I) aufgenommen werden. Mögliche geplante Weiterleitungen aus einer betroffenen Kohorte in Anschlussunterbringungen sind ebenfalls auszusetzen. Neuankommende Personen können in ein anderes Gebäude innerhalb oder außerhalb des Geländes oder in getrennten Gebäudeteilen untergebracht werden, die nicht unmittelbar vom Ausbruch betroffen sind. Die Aufnahme positiv Getesteter zur Unterbringung bei positiv Getesteten bleibt möglich.

Weitere Informationen

- Empfehlungen zu Ausbruchmanagement in AE und GU (ab Seite 5 Informationen zu respiratorischen Erkrankungen)
- Rahmenkonzept einschl. gesetzliche Grundlagen der Maßnahmen nach IfSG (u.a. Seite 23 geht es auch um Gemeinschaftseinrichtungen)
- Linkübersicht des RKI zu Infektionsschutz und Asyl
- Symptom-Tagebuch in 5 Sprachen (Deutsch, Englisch, Französisch, Russisch, Arabisch)

Publikationen

- Bozorgmehr K, Hintermeier M, Razum O, et al. SARS-CoV-2 in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete: Epidemiologische und normativ-rechtliche Aspekte. 2020, Bremen: Kompetenznetz Public Health COVID-19. DOI: 10.4119/unibi/2943665
- Razum O, Penning V, Mohsenpour A et.al. COVID-19 in Flüchtlingsunterkünften: ÖGD jetzt weiter stärken. Gesundheitswesen 2020.
- European Centre for Disease Prevention and Control. Guidance on infection prevention and control of coronavirus disease (COVID-19) in migrant and refugee reception and detention centres in the EU/EEA and the United Kingdom – June 2020. ECDC: Stockholm; 2020.
- 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.
- Internationale Richtlinien zu den humanitären Standards bei der Kontrolle von COVID-19 in Flüchtlingsunterkünften auf <https://spherestandards.org/coronavirus/>
- BMFSFJ, UNICEF u.a. Mindeststandards zum Schutz von geflüchteten Menschen in Flüchtlingsunterkünften. Leitlinien zur Entwicklung und Umsetzung von einrichtungsspezifischen Schutzkonzepten. 3. Aufl., 2018.

Stand: 10.07.2020

