

Covid-19 in Flüchtlingsunterkünften: ÖGD jetzt weiter stärken

Covid-19 in Refugee Shelters: The German Public Health Service Needs Strengthening Now

Autoren

Oliver Razum¹, Verena Penning¹, Amir Mohsenpour², Kayvan Bozorgmehr²

Institute

- 1 AG Epidemiologie & International Public Health, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld
- 2 AG Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld

Schlüsselwörter

Covid-19, Geflüchtete und Asylsuchende, Ausbruchkontrolle, Öffentlicher Gesundheitsdienst, Deutschland

Key word

Covid-19, refugees and asylum seekers, outbreak control, public health service, Germany

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-1154-5063>

Online-Publikation: 23.4.2020

Gesundheitswesen 2020; 82: 392–396

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

ISSN 0941-3790

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Oliver Razum
Fakultät für Gesundheitswissenschaften
Universität Bielefeld
Universitätsstraße 25
33615 Bielefeld
oliver.razum@uni-bielefeld.de

ZUSAMMENFASSUNG

Die Covid-19-Pandemie stellt für das Management von Sammelunterkünften für Geflüchtete eine große Herausforderung dar. Social Distancing und Hygienemaßnahmen sind aufgrund der oft dichten Belegung nur unzureichend umsetzbar. Eine adäquate Informationspolitik sowie ein rasches, effizientes Management von vermuteten sowie bestätigten Fällen von Covid-19 sind essenziell. Eine Evidenzbasis für Maßnahmen fehlt aber weitgehend. Neben teilweise bereits umgesetzten Lösungen wie Isolationsbereiche oder Clusterquarantäne sollten auch Pläne zur Evakuierung dicht belegter Unterkünfte erwo-

gen werden. Dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) kommt im Rahmen der Covid-19-Pandemie eine zentrale Rolle zu. Um einerseits Routineaufgaben des Infektionsschutzes wahrnehmen zu können, andererseits ein effizientes gesundheitliches Management von Flüchtlingsunterkünften zu unterstützen, sollte der ÖGD dringend personell wie materiell gestärkt werden. Wege für einen schnellen, Bundesländer übergreifenden Austausch von Best-Practice-Beispielen zu Covid-19-Maßnahmen, sowie Kapazitäten und kollaborative Strukturen innerhalb des ÖGD für operative Begleitforschung wären wichtig. Geflüchtete, ihre Unterbringungssituation sowie ihr Zugang zur Gesundheitsversorgung sollten adäquat in die Pandemieplanung einbezogen werden. Nur ein integratives Gesundheitssystem kann regionale und internationale Zielstellungen zur Kontrolle von Covid-19 und anderen Infektionskrankheiten erreichen.

ABSTRACT

The Covid-19 pandemic poses a major challenge for the management of collective accommodation centres for refugees. The often-overcrowded facilities hinder satisfactory implementation of social distancing and hygiene practices. Adequate information policies as well as a rapid, efficient management of suspected and confirmed Covid-19 cases are essential. However, scientific evidence on this is largely lacking. Besides partially implemented approaches, such as isolation areas or cluster quarantine, plans to evacuate overcrowded facilities should also be considered. The German Public Health Service (ÖGD) plays a vital role in the current Covid-19 pandemic. In order to fulfil their routine tasks of infection control and support health services management for refugee accommodation centres, the ÖGD urgently needs to be strengthened in terms of personnel and material. Additionally, means for a rapid exchange of best practice examples of Covid-19 interventions across federal states as well as collaborative structures and capacity within the ÖGD for accompanying operational research are needed. Refugees, their housing situation and their access to health care need to be included in pandemic plans. Only an integrative health care system can achieve regional and international targets for the control of Covid-19 and other infectious diseases.

Covid-19 in Flüchtlingsunterkünften: ÖGD jetzt weiter stärken

Mitte März 2020 wurde eine Erstaufnahmestelle für Geflüchtete mit über 500 Bewohner/innen unter Quarantäne gestellt, da ein Bewohner sich mit Covid-19 infiziert hatte. Laut Pressemeldungen eskalierte die Situation, als sich mehrere Geflüchtete den Quarantänebestimmungen widersetzen, sodass es zu einem größeren Polizeieinsatz kam. Anschließend wurde darüber spekuliert, ob die Bewohner/innen der Erstaufnahmestelle im Vorfeld ausreichend über die Ausbruchssituation informiert worden waren [1]. Auch in anderen Sammelunterkünften für Asylsuchende und Geflüchtete sowie in Anker-Zentren wurden vermutete wie bestätigte Fälle von Covid-19 bekannt. Dort gelang es jedoch, die Bewohner/innen zu informieren und sie zu motivieren, sich an den Quarantänemaßnahmen zu beteiligen. So unterschiedlich die lokalen Erfahrungen und die Berichterstattung sind: Außer Frage steht, dass in Sammelunterkünften für Geflüchtete ein hohes Risiko der Übertragung von SARS-CoV2 besteht, dem Erreger von Covid-19. Gleichzeitig gibt es aufgrund des föderalen Systems, wie auch in anderen Bereichen der Versorgung Geflüchteter, keine bundesweit einheitlichen Strategien zum Umgang mit diesem Risiko. Wir berichten zunächst über die Wohnsituation Geflüchteter in Deutschland und geben einen kurzen Überblick über bereits bestehende Überlegungen für das gesundheitsbezogene Management von Flüchtlingsunterkünften während der Covid-19-Pandemie. Gestützt auf Literatur u. a. zu Ausbrüchen viraler Erkrankungen in anderen Settings leiten wir ab, welche Handlungsoptionen ergriffen werden könnten und welche Evidenz generiert werden müsste. Vor allem aber argumentieren wir für eine weitere Stärkung des Öffentlichen Gesundheitsdiensts (ÖGD).

Unterbringung Geflüchteter in Deutschland

Geflüchtete werden in Deutschland in Aufnahmeeinrichtungen der Länder (Registrierungs-, Ankunfts- oder Anker-Zentren) bzw. nach Transfer in die Landkreise in Sammeleinrichtungen oder in dezentralen, privaten Unterkünften untergebracht [2]. Es existiert somit ein breites Spektrum unterschiedlicher Wohnbedingungen für Geflüchtete. In den Sammelunterkünften leben meist sehr viele Menschen auf engem Raum. Nach einer Studie unter 100 Sammelunterkünften in Sachsen lag die durchschnittliche Anzahl der Bewohner pro Unterkunft im Sommer 2018 bei 87 Personen, wobei das Viertel der am stärksten belegten Unterkünfte sogar zwischen 110 und 376 Bewohner aufwies. In der Regel war dort mindestens ein Gemeinschaftsraum vorhanden [3]. Basierend auf der IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten, die zwischen 2013 und 2016 nach Deutschland gekommen sind, lebte zwischen Juni und Dezember 2016 etwa knapp die Hälfte der befragten Geflüchteten in Sammelunterkünften [2]. Etwa jeder fünfte Befragte aus diesen Sammelunterkünften gab an, in provisorischen Einrichtungen zu leben, wie z. B. in Containeranlagen oder in Hallen. Etwa die Hälfte der Befragten aus den Sammelunterkünften lebte in umgewidmeten Gebäuden wie ehemaligen Schulen, Bürogebäuden oder in Hotels [2]. Unabhängig von der Art der Sammelunterkunft stand 51 % der dort Lebenden keine abgeschlossene Wohneinheit zur Verfü-

gung und die durchschnittliche Wohnfläche betrug etwa 11 qm pro Person. Im Vergleich dazu wohnten die Befragten aus den Privatunterkünften mehrheitlich in festen Wohngebäuden bestehend aus mehreren Einzelwohnungen und hatten in der Regel drei Räume zur Verfügung. Die durchschnittliche Wohnfläche war mit 29 qm pro Person fast dreimal so groß wie in den Sammelunterkünften [2]. Social-Distancing-Maßnahmen sind in Sammelunterkünften wesentlich schwerer umzusetzen als in Privatunterkünften, zumal manche Sammelunterkünfte einen nur provisorischen Charakter haben. Sind Geflüchtete dort in Mehrbettzimmern untergebracht, so fehlen Ausweichmöglichkeiten aufgrund des begrenzten Raumes. Häufiges Händewaschen ist in Gemeinschafts-Sanitäreinrichtungen nur unzureichend umsetzbar; Gemeinschaftsküchen müssten sequenziell statt gemeinsam genutzt werden. Die folgenden Überlegungen zum Aspekt der Unterbringung Geflüchteter fokussieren daher auf Sammelunterkünfte, während die Überlegungen zur Aufklärung über Covid-19 und zum Anspruch auf gesundheitliche Leistungen für alle Geflüchteten gelten.

Infektionsepidemiologische Überlegungen zu geschlossenen Settings

Covid-19 wird überwiegend direkt als Tröpfcheninfektion oder auf dem Umweg über Oberflächen wie Türklinken auf Schleimhäute der Atemwege oder des Auges übertragen. Ersten Hinweisen zufolge finden 85 % der Übertragungen innerhalb von Haushalten statt [4], was für ein außerordentlich hohes Übertragungspotenzial in Sammelunterkünften spricht. Dementsprechend käme gerade dort dem Social Distancing und Hygienemaßnahmen besonders große Bedeutung zu. Analysen des Robert Koch-Instituts (RKI) zu Ausbrüchen von meldepflichtigen Infektionserkrankungen in Sammelunterkünften für Geflüchtete (2004–2014) zeigen, dass ein Großteil der Ausbrüche auf Tröpfchen- und Schmierinfektionen zurückgehen, die unter besseren Lebens- und Hygienebedingungen (sowie ggf. effektivem Impfschutz) vermeidbar wären [5].

Epidemiologische Daten zum Management von Covid-19-Ausbrüchen in deutschen Flüchtlingsunterkünften liegen noch nicht vor. Es lassen sich auch nur begrenzt Parallelen zu Ausbrüchen in anderen geschlossenen Settings ziehen (z. B. Senioren- und Pflegeheimen, Vollzugsanstalten), zumal diese bislang ebenfalls noch nicht wissenschaftlich aufgearbeitet sind. Für Settings mit institutionalisierter Unterbringung fehlt eine einheitliche Strategie: Maßnahmen des internen Containments bei hohen Fallzahlen stehen Ansätzen gegenüber, betroffene Einrichtungen umgehend zu räumen und die Bewohner/innen auf andere Einrichtungen zu verteilen [6, 7]. Einige Bundesländer planen jetzt die Einrichtung von Isolierkrankenhäusern, um erkrankte Bewohner/innen von Senioren- und Pflegeheimen unterzubringen.

Ein wissenschaftlich besser untersuchtes Beispiel ist das Management von Covid-19 auf Kreuzfahrtschiffen. Auch dort befinden sich große Zahlen von Menschen auf (relativ) engem Raum. Aufgrund der besseren Unterbringung (oft Zweibett-Kabinen mit eigenen Sanitäranlagen) können Hygienemaßnahmen und Social Distancing jedoch viel besser umgesetzt werden als in Sammelunterkünften. Dennoch gibt es deutliche Belege, dass eine rechtzeitige Evakuierung des Schiffs die Zahl von Krankheitsfällen (und

damit implizit auch von schweren Verläufen) stärker senken kann als eine Quarantäne des Schiffs mit Isolierungsmaßnahmen für die Personen an Bord [8].

Die wissenschaftlichen Belege zum Management auf Kreuzfahrtschiffen lassen sich mangels anderer wissenschaftlicher Erkenntnisse zumindest in begrenztem Maße auf die Situation der Sammelunterbringung übertragen. Die Belege sprechen dafür, Pläne für die Evakuierung aller dicht belegten Einrichtungen und die Verteilung ihrer Bewohner/innen auf Einrichtungen mit geringer Belegungsdichte oder Privatunterkünfte vorzuhalten, v. a. auch angesichts dessen, dass nicht alle Einrichtungen in einem guten baulichen Zustand sind [3]. Ein solches Vorgehen erscheint zielführender, als reflexiv ein „Containment nach innen“ umzusetzen und die gesamte Einrichtung unter Quarantäne zu stellen – ganz besonders, wenn Social Distancing und Hygienemaßnahmen innerhalb des Settings nicht ausreichend umgesetzt werden können. Darüber hinaus wirft dieses Vorgehen der „Kollektivquarantäne“ institutionalisierter Settings erhebliche ethische und rechtliche Fragen auf, da die Maßnahme einem (zumindest temporären) Freiheitsentzug gleicht, welcher ohne labordiagnostisch bestätigte Infektion jeder einzelnen Person auch durch das Infektionsschutzgesetz (IfSG) nicht abgedeckt sein dürfte.

Alternativ werden zentralisierte Lösungen diskutiert und teilweise bereits umgesetzt. Ist ausreichend Platz vorhanden, so lässt sich in einer Aufnahmeeinrichtung ein Isolierbereich für alle positiv auf Covid-19 getesteten Bewohner/innen einrichten oder sogar eine Clusterquarantäne für alle Fälle aus Einrichtungen einer Region umsetzen. Für einen solchen größeren Isolierbereich sollte eine Infektionsambulanz etabliert werden, die auch am Wochenende zumindest eine ärztliche Rufbereitschaft hat. Zum einen hilft sie, medizinisch unnötige Überweisungen in Krankenhäuser zu vermeiden. Zum anderen unterstützt sie die Versorgung der (Verdachts-) Fälle bei nicht Covid-bedingten Gesundheitsproblemen. Eine ausreichende Versorgung mit Materialien wie Mundschutz für Fachpersonal und Erkrankte und mit Desinfektionsmitteln für Flächen und Türgriffe muss gewährleistet sein. Desinfektionsmittel müssen den Wirkungsbereich B aufweisen, also mindestens „begrenzt viruzid“ sein. Die jeweils aktuellsten Informationen dazu sowie zum Schutz von Gesundheitspersonal finden sich auf der RKI-Website https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Hygiene.html (Zugriff am 2.4.2020). Bei der Entscheidung für eine zentralisierte Lösung ist auch die Verfügbarkeit getrennter Toiletenanlagen für Infizierte zu bedenken. Sie sind unabdingbar, da Covid-19 bei manchen Infizierten mit Diarrhöe einhergeht und das Virus vermutlich auch mit dem Stuhl ausgeschieden und fäkal-oral übertragen werden kann [9]. In Bundesländern, in denen Sanitäreinrichtungen und Küchen der privaten Reinigungspflicht der Bewohner/innen unterliegen, wäre zumindest im Quarantänebereich eine professionelle Reinigung anzustreben. Insgesamt stellt sich jedoch bei den fragilen und heterogenen Strukturen der Aufnahmeeinrichtungen und Sammelunterkünfte und angesichts der immensen organisatorischen Herausforderungen bei der praktischen ärztlichen, hauswirtschaftlichen und humanitären Versorgung die Frage nach der (Kosten-)Effektivität dieser Maßnahmen, verglichen mit einer Unterbringung in dezentralen Wohneinheiten.

Informationsvermittlung, Motivation und Partizipation

Von Geflüchteten wird erwartet, dass sie als solidarischer Teil der Gesellschaft agieren und sich an Maßnahmen des Social Distancing und der Isolierung beteiligen, obwohl sie selbst sozialen Einschränkungen unterliegen, etwa bei der Wahl des Wohnorts und beim Zugang zum Arbeitsmarkt. Eine Situation permanenter Kontrolle ohne ein absehbares Ende, wie sie bei der Quarantäne einer Einrichtung oder bei einem Lockdown erlebt wird, verschärft die sozialpsychologische Belastungssituation. Dies kann einerseits zu Entsolidarisierung und Demotivation führen, andererseits mit einer Zunahme häuslicher Gewalt gegen Frauen und Kinder sowie gegen Minderheiten innerhalb der Einrichtung einhergehen (wie dies ähnlich auch in der Mehrheitsbevölkerung befürchtet wird). Auf der Website der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration <https://www.integrationsbeauftragte.de/ib-de> (zuletzt aufgerufen 2.4.2020) werden Informationen zu einem kostenlosen Hilfetelefon sowie einer Chat- und Email-Beratung zum Thema häusliche Gewalt bereitgestellt, angeboten in 18 Sprachen.

Herausfordernd ist (gleichfalls wie in der Mehrheitsbevölkerung) die Vermittlung von epidemiologisch gebotenen, aber intuitiv nicht nachvollziehbaren Maßnahmen im Rahmen von Isolierung oder Quarantäne. Dazu gehört, dass Menschen, die sich noch gesund fühlen, trotzdem ansteckend sein können [4]. Das trifft möglicherweise besonders auf Kinder zu, weswegen sie nicht mehr von älteren Familienmitgliedern betreut werden dürfen. Hinzu kommt die fehlende Aussagekraft des derzeit verfügbaren Tests auf das Virus: Wer negativ getestet ist, ist nicht vor einer Infektion geschützt. Auch das muss vermittelt werden.

Hinweise auf Risikopersonen im eigenen persönlichen Umfeld (Ältere, Menschen mit Atemwegserkrankungen oder mit Diabetes) könnten ein eigenverantwortliches, risikobewusstes Verhalten fördern. Berichte aus den Herkunftsländern der Betroffenen über dort getroffene Vorsorgemaßnahmen oder dort entwickelte innovative Ansätze zur Kontrolle von Covid-19 [10] könnten zudem die Kommunikation vereinfachen und sich positiv auf die Kooperationsbereitschaft auswirken. Zu allen Aspekten der Vermittlung wäre einerseits ein Erfahrungsaustausch innerhalb des ÖGD im Sinne der Best Practice hilfreich, andererseits eine Zusammenarbeit mit Wissenschaftseinrichtungen, etwa zur systematischen Durchsicht der internationalen wissenschaftlichen Literatur.

Von der genannten Website der Beauftragten können mehrsprachige Flyer mit Hinweisen zur Hygiene und Quarantäne sowie zum Schutz vor Infektionen mit Covid-19 heruntergeladen werden. Auch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) stellt bereits Informationsmaterialien zu den erforderlichen Schutzmaßnahmen in vielen Sprachen zur Verfügung. Diese Materialien sind naturgemäß eher auf das Setting Privathaushalt und dort umsetzbare Hygienemaßnahmen bezogen. Für die Zielgruppe der Geflüchteten in Sammelunterkünften wären mehr Materialien erforderlich, die in Form und Inhalt stärker an die konkrete Situation angepasst sind. Poster mit Bildinformationen und Piktogrammen erscheinen besonders geeignet, wenn Menschen angesprochen werden, die seltene Sprachen sprechen oder nicht lesen können.

Hilfreich wären außerdem kurze Videoclips, die in den wichtigsten Sprachen zur Verfügung stehen und ohne Informationsverlust auf kleinen Handy-Bildschirmen angesehen werden können. Die Homepage www.medbox.org stellt mehrsprachiges Material in ihrer neuen COVID-19 Toolbox sowie in der Refugee Toolbox zur Verfügung (zuletzt aufgerufen 2.4.2020). Die Wirksamkeit der als wünschenswert beschriebenen Materialien muss noch geprüft werden. Bekannt ist bereits, dass es nicht ausreicht, Poster aufzuhängen und Informationen weiterzugeben. Hygienepraktiken müssen zusätzlich vorgelebt und gemeinsam eingeübt werden. Durch mangelnden WLAN-Ausbau sind Informationsmaterialien manchmal nur in Gemeinschaftsräumen zugänglich. Damit Geflüchtete auch in ihren Wohnräumen Zugang zu essentiellen Gesundheitsinformationen haben, können auf den Fluren WLAN-Repeater montiert werden.

International gibt es 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/> (zuletzt aufgerufen 2.4.2020). Sie weisen nicht nur auf Hygienemaßnahmen hin, sondern decken auch grundlegende Aspekte von Kommunikation, Würde und Beteiligung der Bewohner/innen ab. Die betreffenden Materialien sind auf Englisch und daneben u. a. auf Arabisch und Farsi verfügbar. Sie könnten somit ein Hilfsmittel sein, um Multiplikator/innen unter den Geflüchteten auszubilden. Auf diese Ressourcen – z. B. Gesundheitspersonal unter den Geflüchteten in den Einrichtungen selbst, eine Praxis, der sich in der internationalen Nothilfe alle großen Hilfsorganisationen bedienen – wird noch zu wenig zurückgegriffen. Jenseits der zielorientierten Überlegungen zur Kontrolle von Covid-19 sollte die Gelegenheit genutzt und die stärkere Partizipation Geflüchteter auch unter dem Aspekt menschlicher Würde umgesetzt werden.

Gesundheitsversorgung

Die Einschränkung des Anspruchs auf Gesundheitsleistungen nach §4 Asylbewerberleistungsgesetz zeigt trotz des Kontingenzparagraphen 6 in einer Pandemiesituation unbeabsichtigte Wirkungen. Notwendige Behandlungen sind nicht nur durch Kostenübernahmeanträge kompliziert zu beantragen; sie können sich zusätzlich verzögern und durch Exazerbation des Gesundheitsproblems zu einer Überbeanspruchung des Akutversorgungssystems führen. Aus dieser Perspektive sollte mittelfristig nochmals über die flächendeckende Einführung der elektronischen Gesundheitskarte diskutiert werden. Bei Infektionskrankheiten hilft sie, Behördengänge und unnötige Kontakte zu Sozialarbeiter/innen zu vermeiden. In jedem Fall müssen Geflüchtete über die lokal korrekten Zugangswege ins Gesundheitssystem bei Verdacht auf Covid-19 informiert werden. Der Zugang muss niedrigschwellig gestaltet werden. Besonders wichtig ist, dass Geflüchtete sich sicher sein können, bei Erkrankungsverdacht nicht abgeschoben zu werden oder im Asylverfahren benachteiligt zu werden.

Bei der Etablierung von Isolierungsmaßnahmen muss die Versorgung von Geflüchteten mit chronischen Erkrankungen mit eingeplant werden, was in zentralisierten Einrichtungen mit eigener Ambulanz einfacher umzusetzen sein dürfte. Das gilt insbesondere für chronische Erkrankungen, die das Risiko schwerer Verläufe

von Covid-19 erhöhen. Ein Beispiel dafür ist Diabetes, ein bereits in jüngeren Jahren vergleichsweise häufiges Gesundheitsproblem in Herkunftsländern Geflüchteter im östlichen Mittelmeerraum [9, 11]. Raucher/innen müssen darauf hingewiesen werden, dass sie wahrscheinlich ein erhöhtes Risiko haben, sich mit dem Covid-19-Erreger zu infizieren und schwere Komplikationen zu entwickeln.

Zu zusätzlichen gesundheitlichen Belastungen kommt es, wenn die psychotherapeutische Behandlung traumatisierter Menschen nicht fortgeführt werden kann. Wenn Geflüchtete vor oder während ihrer Flucht gewaltsam festgehalten worden waren, können Maßnahmen wie ein Screening auf Infektionen, individuelle Isolierung, Quarantäne der Einrichtung oder ein Lockdown zur Verstärkung posttraumatischer Stresserscheinungen führen [12, 13]. Dies wiederum kann die weitere Kooperation der Betroffenen sowie ihre Bereitschaft, Social-Distancing-Maßnahmen einzuhalten, gefährden.

Trotz Isolierung oder Quarantäne sollte sichergestellt werden, dass fehlende Erstimpfungen bei Kindern (insbesondere gegen Masern) durchgeführt werden; Auffrischungsimpfungen können ggf. wenige Wochen aufgeschoben werden (hierzu bereitet die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) eine Empfehlung vor). Ältere Menschen, insbesondere Menschen mit Herz- oder Lungenkrankheiten oder Diabetes, sollen laut der Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO) gegen Pneumokokken geimpft werden. Die RKI-Aufstellung des Mindest-Impfangebots für Asylsuchende enthält diese Impfung nicht [14]. Hier könnten die Länder entsprechende Ergänzungen des Angebots vornehmen. Bei der Organisation der Impfungen müssen Ansammlungen von Wartenden vermieden werden.

FAZIT

Im Pandemiefall stellen Sammelunterkünfte große Herausforderungen an den ÖGD. Es ist weitere Evidenz erforderlich, um entscheiden zu können, ob ausgewählte große Einrichtungen einschließlich Registrierungs- und Anker-Zentren zur Clusterquarantäne herangezogen werden sollten. Voraussetzungen wären dem jetzigen Erfahrungsstand nach, dass vor Ort ärztlich besetzte Ambulanzen eingerichtet werden können und dass genügend Platz vorhanden ist. Vielerorts wurden leerstehende Unterkünfte oder stillgelegte Teile von Unterkünften jedoch bereits abgestoßen, um Kosten zu reduzieren. Wo vorhanden, können sie reaktiviert werden, um die Belegungsdichte in großen Einrichtungen schnellstmöglich zu reduzieren. Neu eintreffende Geflüchtete können alternativ umgehend auf dezentrale Einrichtungen in den Kommunen verteilt werden (dieses Modell wird stellenweise bereits umgesetzt).

Der Öffentliche Gesundheitsdienst muss personell und materiell gestärkt werden, damit er in Ausbruchssituationen sowohl die vom Umfang her stark steigenden Routineaufgaben des Infektionsschutzes wahrnehmen als auch gezielt das gesundheitliche Management von Sammelunterkünften sowie von Gemeinschaftseinrichtungen wie Senioren- und Pflegeheimen bei der Bewältigung der neuen Herausforderungen

rungen unterstützen kann. Eine operative Begleitforschung ist unverzichtbar, aber auch hierfür fehlen die Kapazitäten. Der wichtige und gerade in Pandemiesituationen kritische Austausch zwischen Akteur/innen der ÖGD-Praxis und der Public-Health-Forschung sollte mithilfe strukturbildender Formate wie dem Zukunftsforum Public Health verstetigt werden (<https://zukunftsforum-public-health.de>; zuletzt aufgerufen 2.4.2020).

Strukturen für einen schnellen Austausch von Best-Practice-Beispielen zur Kontrolle von Covid-19 und dem Umgang mit negativen Auswirkungen von Quarantäne, möglichst länderübergreifend, könnten die Arbeit des ÖGD vor Ort vereinfachen. Zur Schaffung von Evidenz sollten gesundheitsbezogene Daten von Geflüchteten in Sammelunterkünften einerseits zentral gesammelt werden [15], andererseits lokal aufbereitet schnell verfügbar sein. Kollaborative Strukturen zwischen ÖGD-Praxis und Public-Health-Forschung (wie z. B. im PriCare Projekt mittels der RefCare-Software umgesetzt) [16] können hierfür Raum und Methodenkompetenz bieten. Zusammenfassend gilt: Ohne zusätzliche Ressourcen kann eine zeitgerechte, evidenzbasierte Bearbeitung aktueller Fragestellungen der Gesundheitsversorgung, -kommunikation und -verwaltung nicht gelingen.

Die Lage Geflüchteter und Asylsuchender, insbesondere in Sammelunterkünften, sollte explizit in jede weitere nationale Planung zu Eindämmungs- und Kontrollmaßnahmen für Covid-19 und von Anbeginn in die zukünftige Pandemieplanung eingezogen werden. Vor diesem Hintergrund ist zu erwägen, die Einschränkungen des §4 Asylbewerberleistungsgesetzes nochmals kritisch zu prüfen und die flächendeckende Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte gemäß den GKV-Leistungen zu erwägen. Überlegungen, die Geflüchtete in die Gesundheitsversorgung und Pandemieplanung einschließen, sind aus humanitären Gründen eine Selbstverständlichkeit. Zudem nutzen sie allen Menschen in Deutschland: Nur wenn Gesundheitssysteme integrativ sind und wirklich alle Bevölkerungsgruppen einschließen, können regionale und internationale Ziele zur Kontrolle von Infektionskrankheiten wie Covid-19 erreicht werden [17].

Interessenkonflikt

KB leitet das PriCare-Projekt und die Entwicklung der nicht-kommerziellen RefCare-Software; OR ist Mitglied des wissenschaftlichen Beirats des PriCare-Projekts sowie des Steuerungskreises des Zukunftsforums Public Health. AM ist Mitglied des Nachwuchsnetzwerk Öffentliche Gesundheit (NÖG). VP gibt keine Interessenkonflikte an.

Literatur

- [1] Riese D. Polizeieinsatz gegen Geflüchtete in Suhl: „Absolut chaotische Situation“. In: taz 18.3.2020. 2020
- [2] Baier A, Siegert M. Die Wohnsituation Geflüchteter. BAMF-Kurzanalyse 02/2018. 2018; 1–12
- [3] Patzelt WJ, Meißelbach C. „Heim-TÜV“ 2019 Teil II: „Verwahrung“ oder „Ankommen“? Die Unterbringungssituation in Sachsens Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete. Der Sächsische Ausländerbeauftragte, Dresden, 2019.
- [4] Bedford J, Enria D, Giesecke J et al. COVID-19: towards controlling of a pandemic. *The Lancet* 2020; 395: 1015–1018
- [5] Kühne A, Gilsdorf A. Ausbrüche von Infektionskrankheiten in Gemeinschaftsunterkünften für Asylsuchende 2004-2014 in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl* 2016; 59: 570–577
- [6] Schultz S. Corona in Wolfsburger Pflegeheim: Trauer und Kampf. In: Spiegel Online 29.3.2020. 2020; <https://www.spiegel.de/panorama/gesellschaft/coronavirus-pflegeheim-in-wolfsburg-kaempft-gegen-covid-19-a-b51db33b-b8ab-44f0-8d98-2bf624f6c634> (Zugriff am 2.4.2020)
- [7] Anonymous (2020) Coronavirus: Seniorenheim in Ahlbeck evakuiert. In: NDR 1 Radio MV <https://www.ndr.de/nachrichten/mecklenburg-vorpommern/Coronavirus-Seniorenheim-in-Ahlbeck-evakuiert,coronavirus912.html> (Zugriff am 2.4.2020)
- [8] Rocklov J, Sjodin H, Wilder-Smith A. COVID-19 outbreak on the Diamond Princess cruise ship: estimating the epidemic potential and effectiveness of public health countermeasures. *J Travel Med* 2020; online first
- [9] Weston S, Frieman MB. COVID-19: Knowns, Unknowns, and Questions. *mSphere*. 2020; 5 online first
- [10] Dalgligh SL. COVID-19 gives the lie to global health expertise. *The Lancet* 2020; online first
- [11] Mokdad AH, Forouzanfar MH, Daoud F et al. Global burden of diseases, injuries, and risk factors for young people's health during 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2016; 387: 2383–2401
- [12] Brooks SK, Webster RK, Smith LE et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet* 2020; 395: 912–920
- [13] Faherty LJ, Doubeni CA. Unintended Consequences of Screening for Ebola. *Am J Public Health* 2015; 105: 1738–1739
- [14] Robert-Koch Institut Konzept zur Umsetzung frühzeitiger Impfungen bei Asylsuchenden nach Ankunft in Deutschland. *Epid Bull* 2015; 439–444
- [15] Razum O, Bunte A, Gilsdorf A et al. Gesundheitsversorgung von Geflüchteten: Zu gesicherten Daten kommen. *Dtsch Arztebl International* 2016; 113: 130–133
- [16] Nöst S, Jahn R, Aluttis F et al. Surveillance der Gesundheit und primärmedizinischen Versorgung von Asylsuchenden in Aufnahmeeinrichtungen: Konzept, Entwicklung und Implementierung. *Bundesgesundheitsbl* 2019; 62: 881–892
- [17] Hargreaves S, Kumar B, Mckee M et al. Europe's migrant containment policies threaten the response to covid-19. *BMJ* 2020; 368: m1213