

SARS-CoV-2 in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete

Epidemiologische und normativ-rechtliche Aspekte

Kernbotschaften

Ziel des Factsheets ist es das „Ausbreitungspotential“ (als kumulatives Inzidenzrisiko) von SARS-CoV-2 in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften bei Auftreten eines Falls zu ermitteln, Zusammenhänge mit Einrichtungstyp und Strategie des Ausbruchsmanagements zu explorieren und normativ-rechtliche Aspekte zu diskutieren. Zusammengefasst kann gesagt werden:

- Das Risiko, mit dem weitere Bewohner*innen nach einem ersten nachgewiesenen Fall von SARS-CoV-2 (mittels PCR) positiv getestet werden ist in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften mit durchschnittlich 17% als hoch einzuschätzen, wobei es eine große Varianz zwischen den Einrichtungen gibt.
- Eine Kollektivquarantäne hat bezogen auf das Infektionsrisiko der unter Quarantäne gestellten Bewohner*innen gegenüber anderen Strategien keinen messbaren Vorteil. Ist innerhalb der Quarantäne eine physische Distanzierung nur bedingt möglich, ist von einer Erhöhung des Infektionsrisikos für die nicht-infizierten Bewohner*innen auszugehen. Studien zur Quarantäne unter den vergleichsweise günstigen Bedingungen von Kreuzfahrtschiffen bestätigen dies. Es gibt keine Daten darüber, ob die Kollektivquarantäne einen gesundheitlichen Nutzen für die Bevölkerung außerhalb der Einrichtung bedeutet. Da sie allerdings erhebliche normativ-rechtliche Probleme birgt, ist die Kollektivquarantäne nach aktuellem Kenntnisstand zu vermeiden.
- Die Unterbringung von Geflüchteten sollte grundsätzlich coronaschutzkonform erfolgen, d.h. möglichst dezentral bzw. bei zentralen Einrichtungen möglichst in Einzelunterbringung in kleinen Wohneinheiten, damit bei Auftreten eines Falls eine rasche Ausbreitung vermieden wird und eine adäquate Kontaktnachverfolgung möglich ist.
- Nationale Empfehlungen zum Umgang mit SARS-CoV-2 in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften unter Berücksichtigung der bisher vor Ort entwickelten Präventions- und Lösungsansätze sowie epidemiologischer und normativ-rechtlicher Überlegungen sind dringend notwendig, um die beteiligten Akteur*innen in ihrem Engagement für die Gesundheit der Bewohner*innen zu unterstützen.

Dieses Papier richtet sich an: Politikverantwortliche sowie Akteur*innen der Flüchtlingsversorgung und der Wissenschaft.

Kurzfassung*

In Deutschland leben ca. 200.000 Geflüchtete in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften (Stand: 31.12.2018). Maßnahmen der physischen Distanzierung sind in der Sammelunterbringung für Geflüchtete meist nicht oder nur bedingt umsetzbar: Beengte Verhältnisse, Mehrbettzimmer und gemeinschaftliche Nutzung von Küchen und Sanitäreinrichtungen stellen Kontexte dar, die eine Ausbreitung von Infektionserkrankungen begünstigen. Zunehmend werden in diesen Settings Infektionen mit dem neuartigen Coronavirus (SARS-CoV-2) bekannt. Die Ansätze zu Prävention und Management von SARS-CoV-2 sind regional unterschiedlich, Vorgaben fehlen bisher auf nationaler und internationaler Ebene. So werden vielerorts Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünfte beim Auftreten einer SARS-CoV-2-Infektion unter Geflüchteten kollektiv unter Quarantäne gestellt.

Ziel

Ziel des Factsheets ist es, das „Ausbreitungspotential“ (gemessen als kumulatives Inzidenzrisiko) von SARS-CoV-2 in Aufnahmeeinrichtungen der Länder und Gemeinschaftsunterkünften der Landkreise bei Auftreten eines Falls zu quantifizieren. Dabei sollen mögliche Zusammenhänge mit dem Einrichtungstyp und der Strategie des Ausbruchmanagements untersucht werden. Um das Risiko in einen Vergleichsrahmen zu setzen, wird das Ausbreitungspotential deskriptiv mit SARS-CoV-2-Ausbrüchen auf Kreuzfahrtschiffen und Gefängnissen verglichen. Diese Settings sind aufgrund hoher Personendichte mit langer Verweildauer, räumlich-geografischer Eingrenzbarkeit und/oder ihres institutionalisierten Charakters mit Sammelunterkünften vergleichbar und wurden im Zuge des Ausbruchmanagements ebenfalls oft „als Ganzes“ (bzw. im Kollektiv) einer Quarantäne unterzogen. Angesichts des ermittelten Ausbreitungspotentials und der Unterbringungsbedingungen gibt das Fact Sheet eine Übersicht über normativ-rechtliche Aspekte der „Sammelunterbringung“ in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften, sowie der Kollektivquarantäne. Auf Basis dieser Informationen werden geeignete Präventions- und Eindämmungsmaßnahmen identifiziert.

Vorgehen

Anhand einer strukturierten Suche und systematischen Aufbereitung öffentlicher Medienberichte und amtlicher Meldungen zu bekannt gewordenen SARS-CoV-2-Infektionen in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften in Deutschland wurde das „Ausbreitungsrisiko“ (kumulatives Inzidenzrisiko) für SARS-CoV-2-Infektionen in diesen Settings ermittelt. Dies wird ergänzt durch eine Übersicht normativ-rechtlicher Aspekte, die für den Umgang mit SARS-CoV2 in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften relevant sind.

Ergebnisse & Diskussion

Insgesamt konnten Berichte aus 11 Bundesländern zu 1769 bestätigten SARS-CoV-2-Infektionen unter 9785 Geflüchteten in 42 Einrichtungen (15 Erstaufnahmeeinrichtungen, 27 Gemeinschaftsunterkünfte) identifiziert werden (Stand 22.05.2020). In den Erstaufnahmeeinrichtungen lebten im Schnitt 416 Personen (Min: 40, Max: 792), in den 27 Gemeinschaftsunterkünften im Schnitt 131 Personen (Min:28, Max: 413).

* Die Kurzfassung enthält die wichtigsten Ergebnisse, Abwägungen, und Empfehlungen. Ausführliche Details zur Methodik, zu Ergebnissen und Diskussion sowie Belege, Referenzen und Quellenangaben sind in der sich unmittelbar anschließenden Langfassung aufgeführt.

In 30 Einrichtungen (71% aller einbezogenen Einrichtungen) wurden entweder direkt zu Beginn oder (seltener) im Verlauf des Ausbruchs Maßnahmen der Kollektivquarantäne ergriffen, d.h. eine pauschale Bewegungseinschränkung aller Personen aufgrund ihrer Sammelunterbringung, unabhängig vom Ergebnis eventueller individueller Testergebnisse, und ohne eine gezielte Ermittlung von engen Kontaktpersonen. Das bedeutet, dass für alle insgesamt 7295 Bewohner*innen dieser Einrichtungen Kontakt- und Ausgangssperren verhängt wurden. Das geschah auch dann, wenn sie nicht selbst positiv getestet oder als enge Kontaktpersonen bestätigter Fälle eingestuft waren und somit kein erhöhtes Infektionsrisiko aufwiesen. Teilweise wurden zusätzliche Zäune errichtet und die Einhaltung der Quarantäne wurde durch Polizeikräfte, private Security-Firmen, die Bundeswehr oder Hubschraubereinsätze kontrolliert. Acht Einrichtungen (20% der betroffenen Einrichtungen) verfolgten eine Isolation Infizierter, gezielte Quarantäne von Kontaktpersonen, kombiniert mit Reihentestungen aller Bewohner*innen. In vier Einrichtungen (9%) kamen bestätigte Fälle und deren Kontaktpersonen nach individueller Testung in Quarantäne, ohne weitere Maßnahmen für die restlichen Bewohner*innen. In 17 Einrichtungen (36%) wurden Sprach- und Kommunikationsprobleme als Barriere bei der Umsetzung von Präventions- und Eindämmungsmaßnahmen beschrieben, in sieben Einrichtungen (17%) konnten Hinweise auf besondere Schutzkonzepte zur Berücksichtigung von schutzbedürftigen oder für COVID-19 besonders vulnerablen Gruppen gefunden werden. Jedoch kann aus den Datenquellen nicht zweifelsfrei geschlossen werden, dass entsprechende Maßnahmen in anderen Einrichtungen nicht ergriffen wurden.

Das Ausbreitungsrisiko (gepooltes kumulatives Inzidenzrisiko) innerhalb der Einrichtungen betrug im Mittel 17,0 % (95% KI: 12,0 – 23,0), ohne wesentliche Unterschiede zwischen Gemeinschaftsunterkünften und Aufnahmeeinrichtungen.

Unter Kollektivquarantäne lag das gepoolte Inzidenzrisiko bei 19,0% (95% KI: 12,0 – 27,0), bei gezielter Quarantäne und Testung aller Bewohner*innen bei 18,0% (95% KI: 8,0 – 32,0). In Einrichtungen mit Isolation Infizierter, gezielter Quarantäne enger Kontaktpersonen sowie Einzeltestung lag das gepoolte Inzidenzrisiko bei 5,0% (95% KI: 1,0 – 13,0). Ein Ausschluss der am schwersten betroffenen Einrichtungen (Sensitivitätsanalyse) änderte nichts an dieser Tendenz.

Der Vergleich mit anderen umschriebenen Settings, die geschlossen in Quarantäne gestellt wurden, zeigt vergleichbar hohe Werte. Das gilt beispielsweise für Kreuzfahrtschiffe (16,7%, 95 KI: 15,5-18,0) oder für betroffene US-Gefängnisse. Eine Modellierungsstudie zeigt, dass eine frühe Evakuierung von Kreuzfahrtschiffen gegenüber der Kollektivquarantäne mit niedrigeren Infektionszahlen einhergeht.

In einzelnen untersuchten Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften lagen die Infektionsrisiken weit über den Werten der Vergleichssettings, in vielen Fällen jedoch auch deutlich darunter. Insgesamt war die Heterogenität des Infektionsrisikos sehr hoch. Es steht anzunehmen, dass dafür soziodemografische Merkmale der Bewohner*innen, die Belegungsdichte der Einrichtung, die Möglichkeiten zur Selbstisolation und zur physischen Distanzierung der Bewohner*innen untereinander, die Möglichkeiten zur effektiven Trennung Infizierter von Nichtinfizierten, der Zeitpunkt der Identifizierung eines Falls und schließlich auch zufallsbedingte Varianz verantwortlich sind. Abschließend lassen sich die Unterschiede in den Infektionsdynamiken jedoch nur durch longitudinale Analysen von Individualdaten erklären. Hierzu ist eine flächendeckende Datenerhebung notwendig. Ergebnisse genauerer Analyse aller ergriffenen Maßnahmen, die zu einem geringen Infektionsrisiko führten, könnten den weiteren Umgang mit SARS-CoV-2 in Aufnahmeeinrichtungen informieren.

Das Auftreten von SARS-CoV-2-Infektionen in Sammelunterkünften ist trotz etwaiger Reihentestungen bei Aufnahme nicht mit 100%iger Sicherheit auszuschließen. Daher ist aus Public-Health-Sicht die effektivste Maßnahme der Prävention eine coronaschutzkonforme Unterbringung, die Maßnahmen der physischen Distanzierung und optimale Einhaltung von Hygienemaßnahmen ermöglicht. Das bedeutet im Kern erstens eine möglichst dezentrale Unterbringung oder bei zentralen Aufnahmeeinrichtungen die Unterbringung in Einzelzimmern oder kleinen Wohneinheiten. Zweitens bedeutet es insbesondere Sanitäranlagen und Küchen möglichst nicht zur gemeinschaftlichen Nutzung einzurichten. Eine coronaschutzkonforme Unterbringung ist auch normativ-rechtlich geboten, da eine konventionelle Sammelunterbringung mit verschiedenen nationalen und internationalen Rechtsnormen und den Coronaschutzverordnungen der Länder nicht vollständig konform erscheint. Einzelne Rechtsprechungen stützen diese Auffassung.

Insbesondere ist der Bedarf schutzbedürftiger Personen zu ermitteln und zu berücksichtigen. Dies gilt im Falle der routinemäßigen Unterbringung, allerspätestens aber beim Auftreten einer Infektion in der Einrichtung. Die Kollektivquarantäne dagegen ist weder mit nationalen noch mit internationalen Richtlinien und Empfehlungen vereinbar, sodass diese Maßnahme ausnahmslos zu vermeiden ist. Wenn alle Personen einer Einrichtung als mögliche Kontaktpersonen eingestuft werden, können Abstandsregelungen offenbar nicht eingehalten werden. Ob sich durch Kollektivquarantäne möglicherweise ein gesundheitlicher Nutzen für die Bevölkerung außerhalb der Einrichtung ergibt, lässt sich aufgrund fehlender Daten nicht ermitteln. Andererseits ist nicht ersichtlich, warum unter Verzicht auf Kollektivquarantäne und bei Einhalten der üblichen Schutzmaßnahmen sowohl in der Unterkunft als auch seitens der Bevölkerung für letztere ein erhöhtes Infektionsrisiko entstehen sollte. Eine Abwägung des Schutzrechts der Geflüchteten gegenüber denen der Allgemeinbevölkerung ist im Infektionsschutzgesetz nicht vorgesehen, da jedes Leben gleich zu schützen ist. Allerdings stehen diese Schutzrechte auch nicht in Konflikt miteinander, sondern sind synergistisch, da der Schutz der einen Gruppe die Gesundheit der anderen Gruppe gleichermaßen schützt.

Die Empfehlungen des Robert Koch Instituts zur Nachverfolgung von Kontaktpersonen, Schutz von Risikopersonen sowie Quarantäne und Isolierung gelten für alle in Deutschland lebenden Menschen. Um lokale Akteure angesichts der epidemiologischen, normativ-rechtlichen sowie ethischen Überlegungen zu Infektionsschutzmaßnahmen und deren Umsetzung in die Praxis zu unterstützen, sind zusätzlich entsprechende evidenz-basierte Leitlinien nötig, die auf die besondere Situation von Geflüchteten eingehen. Nationale Empfehlungen zu Prävention und Management von SARS-CoV-2 in Aufnahmeeinrichtung für Geflüchtete müssen daher dringend erarbeitet werden. Angesichts der schwachen Evidenzbasis sollten dabei auch die vielerorts entwickelten und umgesetzten lokalen Strategien der Bundesländer und Landkreise einfließen. Ergänzt werden sollte dies durch Situationsanalysen, die ergriffene Maßnahme und auch Bedürfnisse der zahlreichen Akteure im Kontext der Flüchtlingsversorgung evaluieren. Zur Umsetzung bestehender und zukünftiger Empfehlungen in die Praxis ist die adäquate personelle und finanzielle Ausstattung der lokalen Akteure, insbesondere auch des Öffentlichen Gesundheitsdiensts, notwendig.

Die vorliegende Analyse basiert lediglich auf einer aggregierten Datenbasis aus öffentlichen Quellen. Zwar sind bessere, auch längsschnittliche Daten dringend erforderlich. Die verfügbaren Daten zeigen aber die hohe Relevanz eines zeitnahen und routinemäßigen Monitorings gesundheitlicher Bedarfe im Kontext der Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünfte und geben Hinweise auf dringende Verbesserungsbedarfe beim Schutz der Bewohner*innen vor gegenseitiger Ansteckung mit SARS-CoV-2.

Fazit und Empfehlungen

- Das Infektionsrisiko für Bewohner*innen von Sammelunterkünften für Geflüchtete ist bei Auftreten eines Falls von SARS-CoV-2 als hoch einzuschätzen.
- Aufnahmeeinrichtungen der Länder und Gemeinschaftsunterkünfte der Landkreise unterschieden sich im Infektionsrisiko nicht.
- Eine Kollektivquarantäne hat keinen Zusatznutzen gegenüber einem Vorgehen, das Fallquarantäne und Reihentestungen mit ausschließlicher Quarantäne Infizierter verfolgt.
- Bei Kollektivquarantäne können keine signifikant höheren Infektionsraten belegt werden, ein dahingehendes Restrisiko und das Potential schwererer psychosozialer Folgen bleiben jedoch.
- Es gibt keine Belege darüber, dass durch Verzicht auf Kollektivquarantäne bei Einhalten der üblichen Schutzmaßnahmen ein erhöhtes Infektionsrisiko für die Bevölkerung außerhalb der Einrichtung entsteht.
- Normativ-rechtlich ist die Kollektivquarantäne hoch problematisch.
- Aus epidemiologischer und aus normativ-rechtlicher Sicht ist die Kollektivquarantäne daher zu vermeiden.
- Die coronaschutzkonforme Unterbringung Geflüchteter möglichst dezentral bzw. bei zentraler Unterbringung in Einzelzimmern/kleinen Wohneinheiten ist aus epidemiologischer und aus normativ-rechtlicher Sicht die beste Präventionsmaßnahme.
- Besondere Schutzbedarfe sind frühzeitig zu ermitteln und spätestens im Fall eines Ausbruchs durch geeignete Maßnahmen (z.B. Transfer, Einzelunterbringung) zu adressieren.
- Die Datensituation zur gesundheitlichen Situation Geflüchteter, vor allem besonders schutzbedürftiger Gruppen, muss zeitnah verbessert werden.
- Eine bundesweite Empfehlung zu Prävention und Management von SARS-CoV-2 im Kontext der Fluchtmigration ist dringend notwendig.
- Der Öffentliche Gesundheitsdienst und andere beteiligte Akteure müssen personell und finanziell adäquat ausgestattet werden, damit die Empfehlungen umgesetzt werden können.

Langfassung

Geflüchtete, die in Deutschland einen Antrag auf Asyl stellen, müssen zunächst in den ihnen zugewiesenen Aufnahmeeinrichtungen verbleiben (§47 Asylgesetz, AsylG). In den letzten Jahren ist eine starke Tendenz zur Zentralisierung der Flüchtlingsunterbringung zu verzeichnen: waren bis Anfang 2015 noch maximal drei Monate Aufenthaltszeit in großen Aufnahmeeinrichtungen der Länder erlaubt, so ist mittlerweile ein Aufenthalt von bis zu 18 Monaten, bzw. je nach Herkunftsland bis zum Abschluss des Asylverfahrens, in Registrierungszentren, Ankunftscentren, ANKER-Zentren oder Erstaufnahmeeinrichtungen möglich (§47 AsylG). Die Geflüchteten müssen sich in diesen Einrichtungen Zimmer und Sanitäranlagen mit zahlreichen anderen Personen teilen, Essen wird zentral ausgegeben und in großen Speiseräumen verzehrt. Privatsphäre und Maßnahmen der physischen Distanzierung sowie Selbstisolation sind in den meisten Einrichtungen nicht möglich¹. Nach Verlegung in die Landkreise erfolgt meist eine Unterbringung in großen Gemeinschaftsunterkünften, gekoppelt mit einer Residenzpflicht (§§53, 56 AsylG). Geflüchtete mit Aufenthaltserlaubnis oder Empfänger*innen von Analogleistung nach §2 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) können dezentral in privaten Mietwohnungen untergebracht werden. Oft ist dies jedoch aufgrund hoher Mietpreise und angespannter Wohnungsmärkte nicht möglich, sodass viele als „Überbeleger“ auch nach Anerkennung in Gemeinschaftsunterkünften leben.

Insgesamt leben ca. 200.000 Geflüchtete in einer Form der Sammelunterbringung, d.h. in Aufnahmeeinrichtungen oder Gemeinschaftsunterkünften (Stand: 31.12.2018)^b. Eine bundesweite Übersicht über Lage, Größe und Beschaffenheit von Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften existiert nicht. Laut populationsbasierter Studien des IAB-SOEP-BAMF Refugee Panels lebten 2016 knapp die Hälfte der Geflüchteten in einer Form der Sammelunterbringung, teils mit prekärer Infrastruktur und mit einer durchschnittlichen Wohnfläche von ca. 11 qm pro Person^{1,2}. Im Rahmen eines landesweiten Gesundheits-Surveys im Rahmen der RESPOND-Studie bei Geflüchteten konnten im Jahr 2017 insgesamt 1933 Gemeinschaftsunterkünfte in 44 untersuchten Landkreisen identifiziert werden³. Ein Viertel der Unterkünfte hatten eine Belegung von über 50 Personen, wobei einzelne Gemeinschaftsunterkünfte Belegungszahlen bis ca. 450 Personen aufwiesen. Ein Drittel der Unterkünfte war in einem sehr schlechten bis schlechten baulichen und/oder hygienischen Zustand⁴.

Die Unterbringung in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften birgt Herausforderungen für die Kontrolle von Infektionskrankheiten, die im Zuge der aktuellen Coronavirus-Pandemie zu Tage treten. Bereits 2016 hat eine Untersuchung des Robert Koch-Instituts gezeigt, dass der überwiegende Anteil der Ausbrüche meldepflichtiger Infektionserkrankungen wie Scabies oder Masern in Sammelunterkünften für Geflüchtete im Zeitraum 2004-2014 auf Infektionen zurückging, die mit hoher Wahrscheinlichkeit nach Ankunft erworben wurden und auf die schlechten hygienischen Bedingungen oder mangelnde Immunisierung zurückzuführen waren⁵. Defizite in der Bereitstellung von Immunisierungsangeboten⁶ sind seit 2015 vielerorts behoben worden. Jedoch führen die mangelnden Möglichkeiten der physischen Distanzierung angesichts der fehlenden Vakzine gegen SARS-CoV-2 zu einem erheblichen Potential für Ausbrüche und unkontrollierte Transmissionen in Sammelunterkünften.

Gleichzeitig fehlen flächendeckende Systeme, die ein zeitnahes und umfassendes Monitoring der Gesundheit in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete ermöglichen

^b Siehe Asylbewerberleistungsstatistik, Empfängerinnen und Empfänger nach Bundesländern und Art der Unterbringung, <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Asylbewerberleistungen/Tabellen/liste-empaenger-bl.html>,

könnten⁷. Daher ist eine routinemäßige Quantifizierung des Infektionsrisikos bisher nicht flächendeckend möglich. Zwar werden in einigen Bundesländern^c auf Empfehlung des Bundesministeriums des Inneren, für Bau und Heimat bei neu ankommenden Geflüchteten in Aufnahmeeinrichtungen (je nach Kapazität und lokaler Regelung)⁸ routinemäßig Nasen-Rachen-Abstriche und PCR-Tests auf SARS-CoV-2-Infektionen durchgeführt. Eine taggenaue und routinemäßige Zuordnung zur Anzahl getesteter Personen ist überregional jedoch nicht möglich. Daher ist auf überregionaler Ebene unbekannt, welcher Anteil der Geflüchteten bei Ankunft infiziert ist oder sich im Verlauf des Aufenthalts in einer Einrichtung infiziert^d. Diese bereits langjährig bekannten Defizite in der Erfassung, Auswertung und zeitnahen Berichterstattung gesundheitlicher Bedarfe in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften⁹⁻¹¹ erschweren nun im Zuge der Pandemie sowohl Monitoring als auch das Ausbruchmanagement.

Erschwert wird das praktische Ausbruchmanagement bis dato auch durch einen Mangel an nationalen sowie internationalen fachlichen Empfehlungen zu Prävention und Management von SARS-CoV-2 in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften. Geflüchtete und ihre spezielle Situation in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften sind im Nationalen Pandemieplan¹² sowie dessen Ergänzung im Zuge der COVID-19 Pandemie¹³ bisher kaum berücksichtigt. So wird die spezielle Situation Geflüchteter ausschließlich im Hinblick auf Isolation und Desinfektion in Aufnahmeeinrichtungen erwähnt. Während pauschal vor „kulturell bedingter Non-Compliance“¹³ gewarnt wird, beinhaltet der Pandemieplan keine Strategien oder praktischen Handlungsanweisungen zur Kommunikation und adäquaten Umsetzung der vorgeschlagenen Hygienemaßnahmen. Die Berücksichtigung von Geflüchteten in Pandemieplänen ist aus Sicht der Weltgesundheitsorganisation hingegen von essentieller Bedeutung, um adäquat auf die Herausforderungen der aktuellen Pandemie zu reagieren¹⁴.

Dies zeigt sich auch in Deutschland: Medienberichten zufolge kommt es derzeit wiederholt zu SARS-CoV-2 Ausbrüchen in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete. In diesem Fall werden vielerorts alle Bewohner*innen unter „Kollektivquarantäne“ gestellt, nicht zuletzt mangels verbindlicher Vorgaben zum Umgang mit der Situation¹. Kollektivquarantäne, d.h. eine pauschale Bewegungseinschränkung aller Personen aufgrund ihrer Sammelunterbringung, unabhängig vom Ergebnis eventueller individueller Testergebnisse, und ohne gezielte Ermittlung von Kontaktpersonen, ist umstritten. Sie wirft neben normativen und rechtlichen Fragen auch epidemiologische Fragen auf: Zum einen erfolgt ein temporärer Freiheitsentzug auch potentiell nicht-infizierter Bewohner*innen sowie von Personen, die nicht nachweisbaren Kontakt zu positiv getesteten Personen hatten und somit kein erhöhtes Risiko haben infiziert zu sein. Zum anderen werden diese Personen, bedingt durch die gemeinschaftliche Nutzung von Sanitäranlagen und Mehrbettzimmern, einem möglicherweise vermeidbaren Infektionsrisiko ausgesetzt, falls in der Einrichtung noch Personen mit bisher unerkannten (latenten oder bereits manifesten) Infektionen untergebracht sind. Da sich die Bewohner*innen nicht freiwillig in den Einrichtungen aufhalten, sondern auf Grundlage einer behördlich angeordneten Pflicht im Zuge des Asylverfahrens, kommt der Frage des Zusatznutzens oder eines durch Kollektivquarantäne womöglich höheren Infektionsrisikos eine besonders große Bedeutung zu.

^c Siehe: <https://www.zeit.de/politik/deutschland/2020-04/asylbewerber-unterbringung-fluechtlinge-deutschland-asylverfahren#werden-alle-fluechtlinge-auf-corona-getestet>

^d Die Anzahl der positiv getesteten bei Ankunft ist zwar unmittelbar bei Ankunft relevant, ist aber nur eine Momentaufnahme mit Blick auf das Infektionsrisiko, da auch negativ getestete sich im Alltag (Einkauf, ÖPNV, etc) und bei Kontakt mit der Regelbevölkerung infizieren können (community-erworbene Infektionen). Siehe auch S.9, Screening

Bisher gibt es jedoch keine wissenschaftlichen Untersuchungen, die 1.) das „Ausbreitungspotential“ von SARS-CoV-2 in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften bei Auftreten eines Falls quantifizieren, und 2.) die normativ-rechtlichen Aspekte der a) Sammelunterbringung sowie b) der Kollektivquarantäne als einer Strategie des Ausbruchsmanagements systematisch beleuchten.

Ziel & Fragestellung

Ziel des Factsheets ist es, das „Ausbreitungspotential“ (als kumulatives Inzidenzrisiko) von SARS-CoV-2 in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften bei Auftreten eines Falls zu quantifizieren. Dabei sollen mögliche Zusammenhänge mit dem Einrichtungstyp und der Strategie des Ausbruchsmanagements untersucht werden. Um das Risiko in einen Vergleichsrahmen zu setzen, wird das Ausbreitungspotential deskriptiv mit SARS-CoV-2-Ausbrüchen in weiteren „umschriebenen“ oder „institutionalisierten“ Settings (z.B. Kreuzfahrtschiffen, Justizvollzugsanstalten) verglichen. Angesichts des ermittelten Ausbreitungspotentials und der Unterbringungsbedingungen gibt das Fact Sheet eine Übersicht über normativ-rechtliche Aspekte der Sammelunterbringung und der Kollektivquarantäne. Auf Basis dieser Informationen können die am besten geeigneten Präventions- und Eindämmungsmaßnahmen identifiziert werden.

Folgende Fragestellungen werden beantwortet:

1. Wie hoch ist das kumulative Inzidenzrisiko („Ausbreitungspotential“) von SARS-CoV-2 in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete nach Auftreten eines Falls? Unterscheidet sich das Risiko nach Einrichtungsart und Strategie des Ausbruchsmanagements?
2. Wie hoch sind Inzidenzrisiken in anderen „umschriebenen“ bzw. „institutionalisierten“ Settings (z.B. Kreuzfahrtschiffen, Justizvollzugsanstalten)?
3. Welche normativ-rechtlichen Aspekte haben a) die Sammelunterbringung und b) die Kollektivquarantäne im Lichte des ermittelten Ausbreitungspotentials?

Methodik

Inzidenzrisiko von SARS-CoV-2 in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete

Um in Ermangelung einer bundesweiten Datenbasis das Inzidenzrisiko von SARS-CoV-2 in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete bei Auftreten einer bestätigten SARS-CoV-2 Infektion zu untersuchen, wird auf eine systematische Analyse von Medienberichten aus öffentlichen Quellen zurückgegriffen. Hierzu wurde anhand gängiger Kriterien strukturierter Literaturrecherchen^e eine pragmatische, jedoch strukturierte Internet-Suche via Google durchgeführt. Dabei wurden Medienberichte identifiziert, die über das Auftreten von SARS-CoV-2 in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete in Deutschland berichten.

Verschiedene Suchbegriffe wurden in jeweils unterschiedlichen Kombinationen für die Population (Flüchtlinge, Asylsuchende, Asylbewerber, Asyl, Geflüchtete), das Setting (Unterkunft, Asylheim, Flüchtlingsheim, Gemeinschaftsunterkunft, Erstaufnahmeeinrichtung, Aufnahmeeinrichtung, Sammelunterkunft, Quarantäne) und das Outcome (Corona, Coronavirus, Corona-Fälle, Fallzahl Corona, Covid, Covid-19) verwendet. Ausgehend von den jeweils identifizierten Medienberichten wurden gezielte Schneeball-Suchen angewendet, um weitere relevante Berichte über aufgetretene

^e PICO Kriterien: Population, Intervention/Exposition, Comparison, Outcome

Infektionen in derselben oder in anderen Einrichtungen zu finden. Die Suchen wurden von drei Autor*innen (KB, MH, RJ) unabhängig voneinander und in mehreren Zyklen (zuletzt am 22.05.2020)^f iterativ durchgeführt, um bereits identifizierte Ausbrüche zu aktualisieren und Berichte zu neuen Ausbrüchen zu identifizieren. Die jeweiligen Suchergebnisse wurden wechselseitig geprüft.

Eingeschlossen wurden Medienberichte der Tagespresse oder amtliche Meldungen aus Websites sowie behördliche Pressemitteilungen, die die Anzahl der infizierten (n), die Gesamtanzahl der Bewohner*innen der Einrichtung (Nenner, N) sowie Name, Ort und Art der Einrichtung benennen. Darüber hinaus wurden nur Einrichtungen berücksichtigt, für die Angaben zu den ergriffenen Maßnahmen in Folge der aufgetretenen Infektionen berichtet wurde^g. Berichte aus sozialen Medien wurden aus Gründen der geringeren Verlässlichkeit nicht berücksichtigt.

Diese Angaben sowie das jeweilige Berichtsdatum und eventuelle Angaben über infiziertes Personal wurden extrahiert und in eine strukturierte Excel-Tabelle überführt. Die extrahierten Daten wurden jeweils von drei Autor*innen (KB, MH, RJ) wechselseitig geprüft, um mögliche Unstimmigkeiten zu identifizieren. Bei wiederholter Berichterstattung über eine Einrichtung wurden die Angaben des jeweils aktuellsten Berichts verwendet. Bei fehlenden oder ungenauen Angaben zu Anzahl der infizierten Bewohner*innen oder der Belegungszahl wurden gezielt weitere Recherchen (z.B. auf den amtlichen Seiten des jeweils zuständigen Landkreises) durchgeführt, um entsprechende, öffentlich verfügbare Informationen zu erhalten. Bei nicht eindeutigen oder widersprüchlichen Angaben zu bestätigten SARS-CoV-2 Fällen und Belegungszahlen (N) wurde der jeweils niedrigere Wert für Fälle und der höhere Wert für Belegungszahlen genommen um jeweils eine vorsichtige (konservative) Schätzung des Infektionsrisikos zu erhalten^h.

Die in den Einrichtungen berichteten Maßnahmen wurden anhand der identifizierten Informationen aus Medienberichten in drei Kategorien eingeteilt:

- (1) Maßnahmen der Kollektivquarantäne durch Ausgangssperre für alle Bewohner*innen einer Einrichtung (auch nach Erhalt negativer Testergebnisse);
- (2) Maßnahmen der gezielten Quarantäne infizierter Personen und deren engen Kontaktpersonen sowie Testungen der restlichen Bewohner und ggf. Quarantäne bis zum Erhalt des Testergebnisses; und
- (3) Quarantäne bestätigter Fälle und deren Kontaktpersonen nach individueller Testung ohne weitere Maßnahmen für alle Bewohner*innen.

Falls Angaben zu weiteren Maßnahmen, z.B. eventuellen Transfers Infizierter in gesonderten Unterbringungseinheiten, oder zur Berücksichtigung von Personen mit besonderem Schutzbedarf gemacht wurden, erfolgte eine entsprechende Kodierung. Die Berichte und Quellen sind im Annex tabellarisch aufgeführt.

Anhand der absoluten Fallzahl Infizierter (n) und der Gesamtanzahl der Bewohner*innen der Einrichtung (N) wurde das kumulative Inzidenzrisiko je Einrichtung errechnet. Das kumulative Inzidenzrisiko beschreibt das Risiko, mit dem weitere Bewohner*innen nach einem ersten, mittels PCR nachgewiesenen Fall positiv getestet werden. Transfers in die Landkreise wurden in der Regel bereits

^f Vorangehende Suchen erfolgten am 30.04.2020, 07.05.2020, 09.05.2020, 11.05.2020, und 19.05.2020.

^g So konnten in Hamburg zwar Hinweise zu Infektionen in 25 Unterkünften gefunden werden, eine Zuordnung zur Bewohnerzahl, einzelnen Einrichtungen, oder ergriffenen Maßnahmen konnte nicht erfolgen. Entsprechend wurden solche Berichte/Orte ausgeschlossen.

^h Dies war bei zwei Standorten der Fall.

zu Beginn der Pandemie reduziert und spätestens nach Auftreten eines Falls zumeist gänzlich ausgesetzt. Daher ist anzunehmen, dass die entsprechenden Belegungszahlen mit der tatsächlichen Population zum Zeitpunkt des Auftretens eines Falls weitgehend übereinstimmen oder nur gering abweichen. Um das Inzidenzrisiko sowie das 95% Konfidenzintervall (95% KI) über Einrichtungen hinweg zu ermitteln, wurde ein statistisches Syntheseverfahren (Random Effects Meta-Analyse in Stata 15.1, „metaprop“ Syntax¹⁵) durchgeführt, getrennt nach Art der Einrichtung (Aufnahmeeinrichtungen der Länder vs. Gemeinschaftsunterkünfte der Landkreise) und der o.g. Kategorien angewandter Maßnahmen zur Eindämmung. Dieses Verfahren wurde gewählt, da ein einfaches Aufaddieren die Varianz nicht berücksichtigt und somit unzulässig wäre, um ein gemittelttes Inzidenzrisiko zu erhalten. Der gepoolte Schätzer des Inzidenzrisikos wurde anhand der „Freeman-Tukey Double Arcsine Transformation“ errechnet, um die Varianzen zu stabilisieren. Exakte Konfidenzintervalle wurden unter der Annahme einer Binomialverteilung anhand der Clopper-Pearson-Formel errechnet, die Heterogenität wurde anhand des I^2 nach Higgins/Thompson berechnet. Von einem populationsgewichteten Fixed-Effect Model wurde aufgrund der sehr hohen Heterogenität (s. Ergebnisse) abgesehen.

Als Sensitivitätsanalyse wurden Extrem-Events (die z.B. auf „Super-Spreader“¹⁶ zurückgehen könnten) mit Infektionsrisiken von über 50% der Bewohner*innen ausgeschlossen.

Inzidenzrisiko bzw. Ausbreitungspotential von SARS-CoV-2 in anderen „umschriebenen“ bzw. „institutionalisierten“ Settings

Hierzu erfolgte eine pragmatische Literaturrecherche der internationalen Literatur in Medline über PubMed sowie Web of Science unter Verwendung relevanter Begriffe zu SARS-CoV-2 und umschriebenen bzw. institutionalisierten Settings (*engl.: confined settings, ships, prisons, asylum homes*). Diese Settings sind aufgrund hoher Personendichte mit langer Verweildauer, räumlich-geografischer Eingrenzbarkeit und/oder ihres institutionalisierten Charakters mit Sammelunterkünften vergleichbar und wurden im Zuge des Ausbruchmanagements ebenfalls oft „als Ganzes“ (bzw. im Kollektiv) einer Quarantäne unterzogen. Von Interesse waren Berichte zu Ausbrüchen, in denen der Anteil der Infizierten, Anteil der schweren Verläufe sowie die Ausbreitungsgeschwindigkeit gemessen an der Reproduktionszahl (R) berichtet wurden. Da insbesondere zu institutionalisierten Settings wie Justizvollzugsanstalten (jenseits Kommentaren und Meinungsartikeln) bisher kaum epidemiologische Berichte aus Fachzeitschriften mit Peer Review vorliegen, erfolgte zusätzlich eine Internet-Suche (via Google).

Normativ-rechtliche Aspekte der Sammelunterbringung und Kollektivquarantäne

Um die normative-rechtlichen Aspekte der a) Sammelunterbringung und b) Kollektivquarantäne angesichts des vorangehend ermittelten Infektionsrisikos zu untersuchen, werden Vorgaben des Asylgesetzes im Sinne eines Mehrebenen-Ansatzes der Politikfeldanalyse mit internationalen Regelwerken (Allgemeine Erklärung der Menschenrechte, UN Sozialpakt, EU Menschenrechtskonvention, EU-Aufnahmeverordnung, Genfer Flüchtlingskonvention) sowie relevanten nationalen Rechtsnormen (Infektionsschutzgesetz, Grundgesetz, Coronaschutzverordnungen) abgeglichen.

Ergebnisse

Insgesamt konnten Berichte aus 11 Bundesländern zu 1781 bestätigten SARS-CoV-2 Infektionen bei 9785 Geflüchteten in 42 Einrichtungen, davon 15 Erstaufnahmeeinrichtungen und 27 Gemeinschaftsunterkünfte, identifiziert werden (Stand 22.05.2020). In den Erstaufnahmeeinrichtungen lebten im Schnitt 416 Personen (Standardabweichung SD: 271, Min: 40, Max: 792), in den 27 Gemeinschaftsunterkünften im Schnitt 131 Personen (SD: 110, Min: 28, Max: 413).

In 30 Einrichtungen (71% aller Einrichtungen) wurden im Verlauf Maßnahmen der Kollektivquarantäne ergriffen. Teilweise wurden zusätzliche Zäune errichtet und die Quarantäne durch Polizeikräfte, private Security-Firmen, die Bundeswehr oder durch Hubschraubereinsätze kontrolliert. Das bedeutet, dass für alle insgesamt 7295 Bewohner*innen dieser Einrichtungen Kontakt- und Ausgangssperren verhängt wurden. Das geschah auch dann, wenn sie nicht selbst positiv getestet oder als enge Kontaktpersonen bestätigter Fälle eingestuft waren und somit kein erhöhtes Infektionsrisiko aufwiesen. Das galt auch, wenn sie negativ getestet wurden. In 17 Einrichtungen unter Kollektivquarantäne (mit insgesamt 4884 Bewohner*innen) erfolgte den Berichten zufolge eine Reihentestung aller Bewohner*innen, davon wurden 1130 positiv und 3754 negativ getestet. Für die verbleibenden 13 Einrichtung, die eine Kollektivquarantäne anwendeten, kann eine Reihentestung nicht sicher ermittelt werden.

Acht Einrichtungen (20% der betroffenen Einrichtungen) verfolgten eine Isolation Infizierter und gezielte Quarantäne ihrer Kontakte, kombiniert mit Reihentestungen aller 878 Bewohner*innen. In vier Einrichtungen (9% aller Einrichtungen) kamen bestätigte Fälle und deren Kontaktpersonen nach individueller Testung in Quarantäne, ohne weitere Maßnahmen für die restlichen Bewohner*innen.

Den Medienberichten war zu entnehmen, dass in 15 Einrichtungen (36% der einbezogenen Einrichtungen) Sprach- und Kommunikationsbarrieren die Präventions- und Eindämmungsmaßnahmen erschwerten. In 23 Einrichtungen (55%) wurden im Rahmen der Quarantäne lokale Vorkehrungen zur Trennung von infizierten und nicht-infizierten Bewohner*innen innerhalb der Einrichtung getroffen. In 17 Einrichtungen (40%) wurden zu diesem Zweck gezielt Verlegungen vorgenommen. Für 19 Einrichtungen (45%) konnten den verfügbaren Berichten keine Hinweise auf entsprechende Maßnahmen zur Trennung von Infizierten und Nicht-infizierten während der Kollektivquarantäne entnommen werden. Daraus kann jedoch keinesfalls geschlossen werden, dass entsprechende Maßnahmen nicht ergriffen wurden.

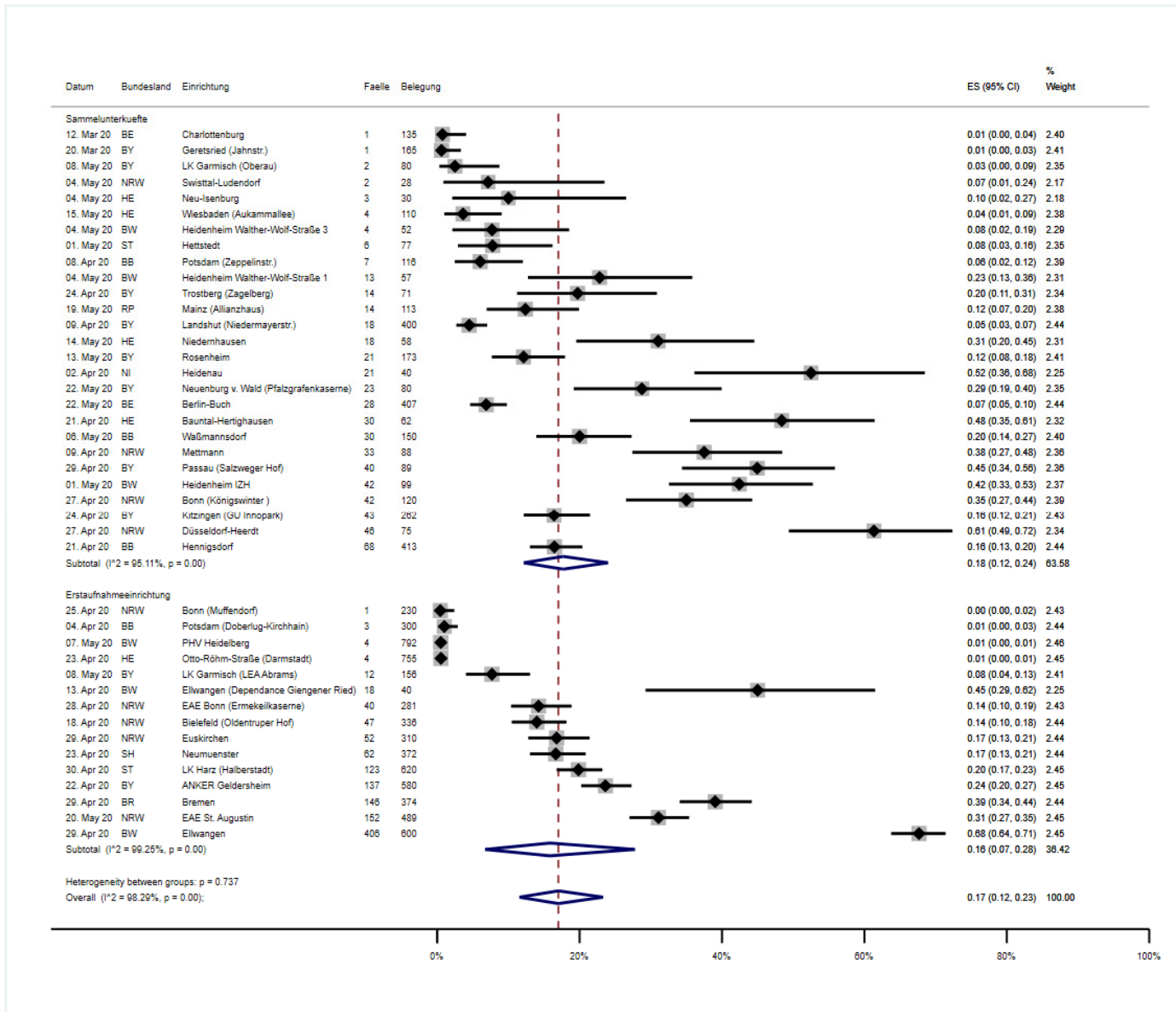
Für vier der Einrichtungen, in denen Maßnahmen der Kollektivquarantäne eingeführt wurden, und drei weiteren Einrichtungen (also insgesamt 17% aller Einrichtungen) konnten Hinweise auf besondere Schutzkonzepte zur Berücksichtigung von schutzbedürftigen oder für COVID-19 besonders vulnerablen Gruppen gefunden werden. Auch hier gilt, dass nicht zweifelsfrei geschlossen werden kann, dass in den anderen Einrichtungen keine Maßnahmen ergriffen wurden.

Ausbreitungspotential (kumulatives Inzidenzrisiko) von SARS-CoV-2

Das Ausbreitungsrisiko (gepooltes kumulatives Inzidenzrisiko) innerhalb der Einrichtungen betrug im Mittel 17,0 % (95% KI: 12,0 – 23,0), ohne wesentliche Unterschiede zwischen

Gemeinschaftsunterkünften der Landkreise (18,0%; 95% KI: 12,0-24,0) und Aufnahmeeinrichtungen der Länder (16,0%; 95% KI: 7,0% - 28,0)ⁱ (Abbildung 1).

Abbildung 1: Forest-plot des Inzidenzrisikos bestätigter SARS-CoV-2 Infektionen bei 9785 Geflüchteten in 42 Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften (Stand: 22. Mai 2020), nach Einrichtungsart



BB: Brandenburg; BE: Berlin; BR: Bremen; BW: Baden-Württemberg; BY: Bayern; HE: Hessen; NI: Niedersachsen, NRW: Nordrhein-Westfalen; RP: Rheinland-Pfalz; SH: Schleswig-Holstein; ST: Sachsen-Anhalt.

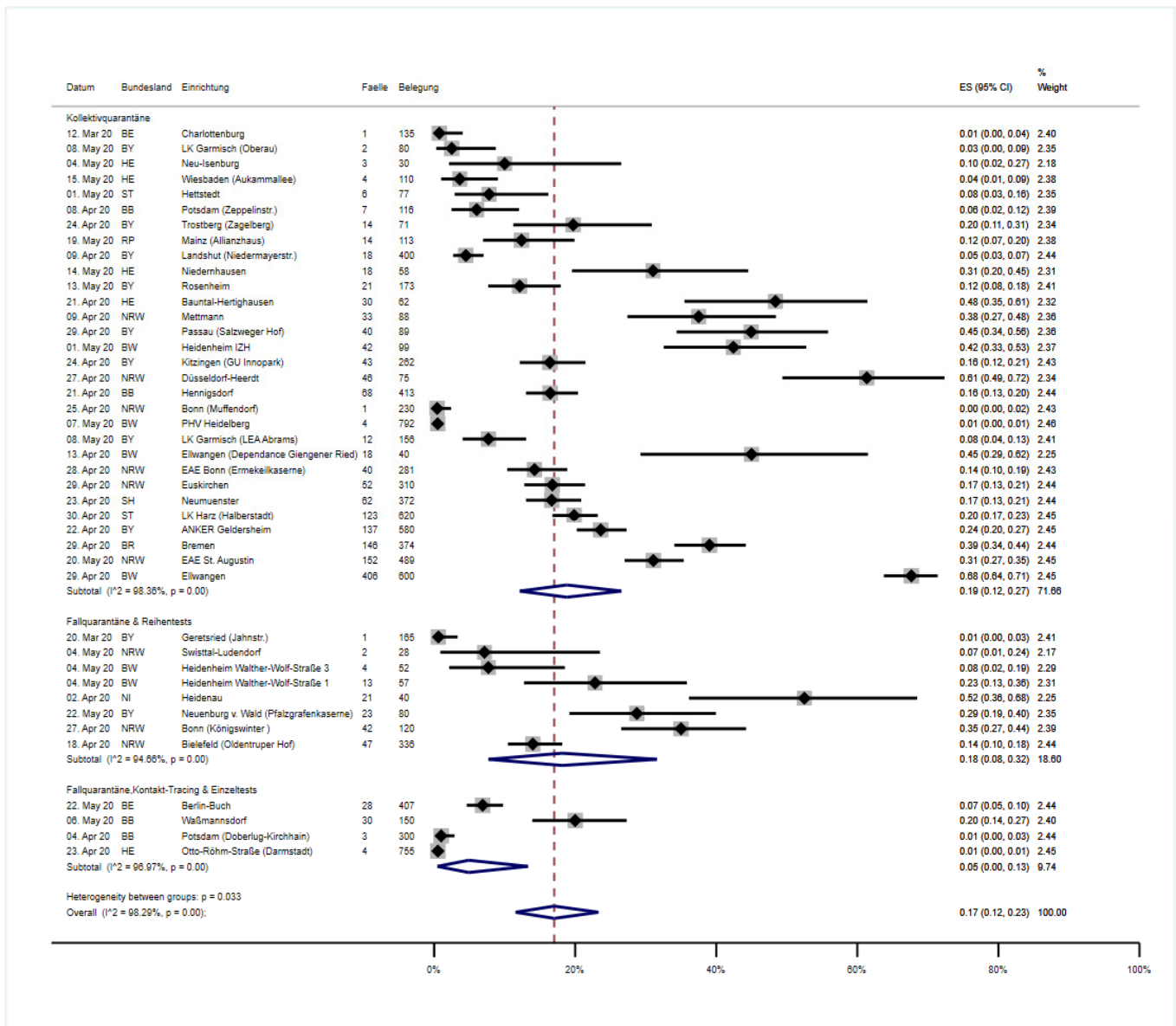
Insgesamt war die Heterogenität zwischen den Inzidenzrisiken der einzelnen Einrichtungen sehr hoch (I² = 98,3%). Dies ist vermutlich auf Unterschiede in der soziodemografischen Zusammensetzung der Bewohner*innen, der Belegungsdichte, der Beschaffenheit der Einrichtungen bzgl. der Möglichkeiten

ⁱ Bei vorläufigen Ergebnissen zeichnete sich eine (nicht-signifikante) Tendenz hin zu höheren in Sammelunterkünften der Landkreise Inzidenzrisiken (21,0%; 95% KI: 13,0- 31,0) im Vergleich zu Aufnahmeeinrichtungen auf Landesebene (15,0%; 95% KI: 6,0 - 28,0) ab; diese basierten auf Daten bis 08.Mai 2020, n=1368 und N=6083.

der Selbstisolation und der physischen Distanzierung der Bewohner*innen untereinander, der Möglichkeiten, Infizierte von Nichtinfizierten effektiv zu trennen, den Zeitpunkten der Identifizierung eines Falls und schließlich auch der zufallsbedingten Varianz zurückzuführen.

Mögliche Zusammenhänge zwischen dem Ausbreitungsrisiko und den ergriffenen Maßnahmen werden in Abbildung 2 exploriert und dargestellt. Unter Kollektivquarantäne lag das gepoolte Inzidenzrisiko bei 19,0% (95% KI: 12,0 – 27,0), bei gezielter Quarantäne und Testung aller Bewohner*innen bei 18,0% (95% KI: 8,0 – 32,0). In Einrichtungen mit lediglich gezielter Quarantäne bei Infizierten und Kontaktpersonen sowie Einzeltestung lag das Risiko bei 5,0% (95% KI: 1,0 – 13,0).

Abbildung 2: Forest-plot des Inzidenzrisikos bestätigter SARS-CoV-2 Infektionen bei 9785 Geflüchteten in 42 Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften (Stand: 22. Mai 2020), nach Managementstrategie



BB: Brandenburg; BE: Berlin; BR: Bremen; BW: Baden-Württemberg; BY: Bayern; HE: Hessen; NI: Niedersachsen; NRW: Nordrhein-Westfalen; RP: Rheinland-Pfalz; SH: Schleswig-Holstein; ST: Sachsen-Anhalt.

Durch Ausschluss möglicher Extremevents (Ereignisse in Ellwangen, Düsseldorf-Heerdt oder Heidenau) im Sinne einer Sensitivitätsanalyse ergab sich ein Infektionsrisiko in Einrichtungen mit Kollektivquarantäne von 16% (95% KI: 11,0- 22,0) und in Einrichtungen mit Fallquarantäne und Reihentestungen von 14% (95% KI: 5,0 – 27%).

Insgesamt lag auch eine deutliche Heterogenität zwischen den Gruppen (nicht nur zwischen Einrichtungen) vor. Zur Heterogenität trägt erstens bei, dass sich die Einrichtungen jeweils in unterschiedlichen Phasen der lokalen Eindämmung entsprechender Ausbrüche und Infektionsketten befanden. Zweitens traten die Ausbrüche zu unterschiedlichen Phasen der gesamtgesellschaftlichen Bemühungen zur Eindämmung der Pandemie in Deutschland auf. Es liegt daher nahe, dass die vorliegende Analyse das tatsächliche Ausbreitungsrisiko unterschätzt, da in einzelnen Einrichtungen, in denen zum Zeitpunkt der Analyse bzw. der medialen Berichterstattung die Quarantäne noch nicht aufgehoben war, im Verlauf noch weitere Fälle auftreten könnten.

Zudem könnten die unterschiedliche Teststrategien und -frequenzen zu einer Unterschätzung der Anzahl infizierter Bewohner*innen führen, wenn z.B. nur einmal getestet wurde und anschließend eine Quarantäne für mindestens 14 Tage ohne Abschlusstestung verhängt wurde, oder nur Infizierte und Kontaktpersonen getestet wurden.

Zusätzlich zu Angaben infizierter Bewohner*innen enthielten die Medienberichte und öffentlichen Quellen für 15 Einrichtungen Informationen zu Testergebnissen bei Personal. Diesen zufolge infizierten sich insgesamt 63 Personen, die als Personal in den Einrichtungen tätig waren^l. Weitere epidemiologisch relevante Parameter wie Reproduktionszahl oder Anzahl der COVID-19-Erkrankungen sowie Erkrankungsverläufe lassen sich anhand der limitierten und aggregierten Datenquellen nicht untersuchen. Hierzu wäre das Vorliegen exakter Daten zu Testergebnissen, Beginn eventueller Symptome bzw. geschätztem Infektionsbeginn notwendig.

Inzidenzrisiko und Ausbreitung von SARS-CoV-2 in anderen „umschriebenen“ bzw. „institutionalisierten“ Settings

Um die Inzidenzrisiken in den Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften zu kontextualisieren, erfolgt im Folgenden eine Gegenüberstellung mit anderen Settings, die geschlossen einer Quarantäne unterzogen wurden. Hierzu zählen Kreuzfahrtschiffe und Justizvollzugsanstalten als vergleichsweise gut untersuchte Settings.

Das Kreuzfahrtschiff „Diamond Princess“ wurde, nachdem ein Passagier positiv auf SARS-CoV-2 getestet wurde, in Japan unter Quarantäne gestellt. In einem Zeitraum von 16 Tagen haben sich 621 der insgesamt 3711 Personen an Bord infiziert¹⁷, entsprechend einem kumulativen Inzidenzrisiko von 16,7% (95 KI: 15,5-18,0)^k.

Die Basis-Reproduktionszahl (R_0) lag vor Einleitung von Eindämmungsmaßnahmen bei 14,8¹⁸ und im gesamten Verlauf im Durchschnitt bei ca. 11¹⁷. Somit war die Anzahl der Personen, die ein Infizierter durchschnittlich ansteckte, bis zu viermal höher¹⁸ als in Community-Settings (mit einem durchschnittlichen R von 3,7¹⁹).

Nach Einleiten von Isolations- und Quarantänemaßnahmen konnte die Reproduktionszahl zwar gesenkt und die Transmission zwischen Passagieren unterbrochen werden¹⁸, jedoch wurde weiterhin

^l Wobei diese Zahl ohne Angabe der Gesamtzahl des Personals eine geringe Aussagekraft hat.

^k eigene Berechnung basierend auf berichteten Fallzahlen von Mizumoto et al., exaktes Konfidenzintervall basierend auf einer binomial Verteilung

Bordpersonal infiziert, das mit Verpflegungs- und Reinigungsmaßnahmen betraut war^{17,20}. Basierend auf einer Modellierungsstudie wurde festgestellt, dass die Isolations- und Quarantänemaßnahmen insgesamt zwar 2307 weitere Fälle vermieden haben, eine frühe Evakuierung unmittelbar nach Bekanntwerden des ersten Infizierten jedoch (statt mit 621) mit lediglich insgesamt 76 infizierten Fällen einhergegangen wäre¹⁸.

Auch in Justizvollzugsanstalten besteht ein hohes Übertragungsrisiko. Die enormen Herausforderungen bei der Umsetzung von Quarantäne und Hygienemaßnahmen in den Einrichtungen weisen Parallelen mit Aufnahmeeinrichtungen auf. Dazu gehören der ständige Zugang neuer (in diesem Fall inhaftierter) Personen, das tägliche Ein- und Ausgehen von Personal, das teilweise in verschiedenen Einheiten eingesetzt wird²¹, sowie das enge Zusammenleben von Menschen aus unterschiedlichen Regionen des Landes^{22 23}. Zudem besteht bei inhaftierten Personengruppen eine höhere Prävalenz von chronischen und Infektionskrankheiten²⁴, was auch zu einer erhöhten Mortalität von Covid-19 beitragen kann. Als präventive Maßnahmen werden neben einer vorzeitigen Entlassung von Insassen zum Schutze ihrer Gesundheit²⁵ auch die Minimierung der Anzahl der Überführungen und Transfers zwischen Einrichtungen diskutiert²¹.

In den Vereinigten Staaten gab es mindestens 29.251 bestätigte Fälle unter Inhaftierten (Stand: 20. Mai 2020)^m, mehrere Berichte haben die Situation in den amerikanischen Gefängnissen untersucht (siehe Tab. 1). Aufgrund des populationsbasierten Ansatzes sind diese Zahlen jedoch nicht direkt vergleichbar mit den in Abbildung 1 berichteten Zahlen, welche lediglich diejenigen Aufnahmeeinrichtungen darstellt, in denen es zu gemeldeten Fällen kam. Lediglich die Zahlen einzelner Ausbrüche können für vorsichtige Vergleiche herangezogen werden.

Tabelle 1: Übersicht der Inzidenz von SARS-CoV-2 in US-Gefängnissen

Quelle	Methodik	Ergebnisse
Wallace M et al. ²¹	Analyse aggregierter Surveillancedaten aus dem Zeitraum 21. Januar bis 21. April 2020, aus 402 Justizvollzugsanstalten mit mindestens einem bestätigten Fall	4.893 bestätigte COVID-19 Fälle bei Insassen Bei 10% (491) davon COVID-19-assoziiertes Krankenhausaufenthalt, bei 2% (88) tödlicher Krankheitsverlauf 2.778 bestätigte COVID-19 Fälle bei Personal Bei 3% (79) davon COVID-19-assoziiertes Krankenhausaufenthalt, bei 1% (15) tödlicher Krankheitsverlauf 53% der Einrichtungen berichteten nur von Fällen bei Personal
National Commission on Health Care, Harvard Kennedy School ^{l,m}	Wöchentliche Abfrage bei 320 Einrichtungen in 47 Bundesstaaten, mit ca. 276.000 Insassen und 53.000 Personal, Stand: 18. Mai	Inzidenz von 2.079 pro 100.000 Insassen (2,1%)
Marshall Project ⁿ	Wöchentliche Abfrage der zuständigen Behörden, Stand: 13. Mai	Inzidenz von 918 Fällen pro 100,000 Insassen (ca. 0.9%).

^l Siehe Meldung der Harvard Kennedy School: First research findings measure COVID-19 prevalence in U.S. prisons, jails, <https://www.hks.harvard.edu/faculty-research/policy-topics/fairness-justice/first-research-findings-measure-covid-19-prevalence>

^m Siehe Website der National Commission on Health Care mit laufend aktualisierten Zahlen je Kalenderwoche: Study of Covid-19 in Correctional Facilities, <https://www.ncchc.org/study-of-covid-19-in-correctional-facilities>

ⁿ Siehe Website des Marshall Projekts: <https://www.themarshallproject.org/2020/05/01/a-state-by-state-look-at-coronavirus-in-prisons>

New York Times ^{o,p}	Bericht über schwer kontrollierbaren COVID-19-Ausbruch in Cook County Jail, Chicago, Illinois	2 Fälle am 23. März, etwas mehr als zwei Wochen später 350 Fälle, 401 Fälle am 10. April bei 4604 Inhaftierten, Inzidenz: 8,7 % (95% KI: 7,9 – 9,6)^q 17 schwere Verläufe und ein Todesfall; bis 22. Mai über 1000 Fälle; Inzidenz: 21,7% (95% KI: 20,5 – 22,9)^r
-------------------------------	---	--

Normativ-rechtliche Aspekte der Sammelunterbringung im Lichte der Infektionsrisiken

Die Transmission von SARS-CoV-2 erfolgt über Aerosole, Tröpfchen- sowie über Schmierinfektionen. Somit stellen Kontakte in geschlossenen Räumen mit hoher Personendichte das größte Risiko für Infektionen dar. Zudem führen gemeinschaftlich genutzte Sanitäreinrichtungen und Speiseräume zu einer weiteren Erhöhung des Ansteckungsrisikos. Diesem erhöhten Risiko steht in der Sammelunterbringung die erhöhte Anfälligkeit von Asylsuchenden für Infektionserkrankungen gegenüber, welche aufgrund von Belastungen vor, während und nach der Flucht sowie möglicherweise unzureichender Immunisierung besteht²⁶. Darüber hinaus befinden sich unter Asylsuchenden in der Sammelunterbringung auch besonders schutzbedürftige Personen gemäß EU-Aufnahmeverordnung²⁷ wie zum Beispiel Schwangere^{28,29}, alleinreisende Frauen³⁰, Kinder^{3,31-33} oder Personen mit chronischen Erkrankungen^{3,34,35}, psychischen Störungen^{31,36} oder Behinderungen³⁴. Da (mit wenigen Ausnahmen) derzeit keine flächendeckende und systematische Erfassung oder gesonderte Unterbringung dieser Personengruppen erfolgt³⁴, sind sie ebenso dem erhöhten Infektionsrisiko in der Sammelunterbringung ausgesetzt.

Bestrebungen, das Infektionsrisiko in der Sammelunterbringung zu reduzieren, basieren derzeit vor allem auf Screeningmaßnahmen. Während Eingangsscreenings sinnvoll sein können, um bei Aufnahme in die Einrichtung infizierte Personen zu identifizieren⁵, sind sie als alleinige Maßnahmen – d.h. ohne Verknüpfung mit effektiven Maßnahmen physischer Distanzierung – als problematisch zu bewerten, da sie eine falsche Sicherheit vermitteln. Die Aussagekraft negativer Screeningergebnisse kann durch inadäquate Probenentnahme^t sowie im frühen Stadium des Krankheitsverlaufs eingeschränkt sein und fälschlich fehlende Infektiosität suggerieren³⁷. Zudem kann auch nach erfolgtem negativem Screening eine Infektion mit SARS-CoV-2 im Alltagskontakt außerhalb der Sammelunterbringung (Einkauf, Nutzung von ÖPNV, etc.) erworben und auf Bewohner*innen übertragen werden. Ein Infektionsrisiko für Bewohner*innen einer Einrichtung ist daher auch bei routinemäßigem Eingangsscreening weiterhin gegeben (siehe Abbildung 1), da sich einmal aufgetretene Fälle je nach Setting rasch verbreiten können. Der Nutzen von Eingangsscreenings als Maßnahme der aktiven Fallfindung, die nur in einer umschriebenen Population punktuell stattfinden, ist daher als gering einzuschätzen^u. Darüber hinaus ist die Reihentestung kein Ersatz für eine konsequente Nachverfolgung von Kontaktpersonen.

^o Siehe Bericht New York Times: <https://www.nytimes.com/interactive/2020/us/coronavirus-us-cases.html>

^p Siehe: New York Magazine, 10. Apr 2020, Who Deserves Jail During a Pandemic? <https://nymag.com/intelligencer/2020/04/cook-county-jail-coronavirus.html>

^q eigene Berechnung basierend auf berichteten Fallzahlen, exaktes Konfidenzintervall basierend auf einer binomial Verteilung

^r eigene Berechnung basierend auf berichteten Fallzahlen, exaktes Konfidenzintervall basierend auf einer binomial Verteilung

^s Eine systematische Analyse des Nutzens von Reihentestung auf SARS-CoV-2 gibt es nicht, jedoch ist aus der Praxis ein (kurzfristiger) Nutzen ableitbar, siehe z.B. auch: https://www.rnz.de/nachrichten/heidelberg_artikel,-coronavirus-so-will-heidelberg-die-ausbreitung-verzoegern-und-risikogruppen-schuetzen-update-_arid,501916.html

^t Siehe auch: RKI. Hinweise zur Testung von Patienten auf Infektion mit dem neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Vorl_Testung_nCoV.html

^u Verknüpft mit aktiver Fallfindung und Testung in anderen institutionellen Settings, die auch die Allgemeinbevölkerung einschließt (z.B. Schulen, Krankenhäuser, Kindertagesstätten, Pflegeheime) könnte die Maßnahme eine größere Wirkung

Die effektivsten Maßnahmen der Infektionskontrolle und -prävention, wie sie für die Regelbevölkerung vorgesehen und in den Corona-Verordnungen von Bund und Ländern festgehalten sind, lassen sich in der Sammelunterbringung hingegen i.d.R. nicht oder nur stark eingeschränkt umsetzen. Diese Maßnahmen beinhalten vor allem Kontaktverbote im privaten und öffentlichen Raum. Auch nach Lockerung (Stand: 17. Mai 2020) sind Abstände von mindestens 1,5m einzuhalten, Kontakte im privaten Raum eingeschränkt und z.B. Urlaubsaufenthalte in Herbergen mit Gemeinschaftsunterbringung verboten. Das Betreten von anderweitigen Orten, an denen sozialer Kontakt stattfindet, wie Bars und Gaststätten, ist ebenfalls stark eingeschränkt.

Dennoch erfolgt im Kontext des Asylverfahrens auf behördliche Anordnung weiterhin die Sammelunterbringung von mehreren Personen, die nicht einem Haushalt angehören, in einem Zimmer. Selbst bei Einzelbelegung von Zimmern erfolgt in den meisten Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften unverändert eine gemeinschaftliche Nutzung von Sanitäranlagen und (wenn vorhanden) Küchen. In diesen Settings kollidiert die gängige Unterbringungspraxis mit den im Rahmen der jeweiligen Coronaschutzverordnungen vorgesehenen Maßnahmen der Infektionskontrolle.

Dies wurde einzelfallbezogen mittlerweile in vier Beschlüssen sächsischer Verwaltungsgerichte (Leipzig^y, Dresden^w x und Chemnitz^y) bestätigt. Die Gerichte gaben den Anträgen klagender Geflüchteter (darunter einer Schwangeren) statt, ihre Unterbringungspflicht in der Erstaufnahmeeinrichtung vorläufig aufzuheben und ordneten eine dezentrale Unterbringung an. Begründet wurde diese Entscheidung mit einem Verstoß gegen die Sächsische Coronaschutzverordnung, welche in §2 eine Kontaktbeschränkung sowie einen Mindestabstand von 1,5m vorsieht. Die Sammelunterbringung würde eine Umsetzung dieser Verordnung und damit eine ausreichende Infektionsprävention und -kontrolle nicht zulassen. Eine Beendigung der Gemeinschaftsunterbringung sei daher sowohl für den allgemeinen Schutz der öffentlichen Gesundheit sowie insbesondere den individuellen Gesundheitsschutz der Asylsuchenden geboten. Die Verwaltungsgerichte waren der Ansicht, dass daher die Entlassung aus der Gemeinschaftsunterbringung „aus Gründen der öffentlichen Gesundheitsvorsorge“ gerechtfertigt ist (§ 49 AsylG, Abs. 2). Behördliche Einwände, dass das Infektionsrisiko in der Gemeinschaftsunterbringung insbesondere durch Screeningmaßnahmen gering und daher keine Gefährdung gegeben sei, wurden von den Gerichten in allen Fällen abgelehnt.

Diese Gerichtsbeschlüsse bewerten die Unterbringung jedoch vor dem Hintergrund des jeweils in den Einzelfällen vorliegenden persönlichen Schutzbedarfs und sehen keine *generelle* Beendigung der Gemeinschaftsunterbringung vor. Es sollte also eine verlässliche und systematische Erfassung sowie gesonderte Unterbringung schutzbedürftiger Personen erfolgen. Da dies aufgrund fehlender Standards und Prozesse in den meisten Einrichtungen nicht routinemäßig erfolgt³⁴, kann der Schutz

entfalten, müsste jedoch in Modellierungsstudien in Abhängigkeit der pre-test Wahrscheinlichkeit auf Kosten-Nutzen überprüft werden. Eine aktive Fallfindung wird als Strategie derzeit bundesweit nicht verfolgt.

^y Verwaltungsgericht Leipzig. Az.: 3 L 204/20.A: https://www.saechsischer-fluechtlingsrat.de/wp-content/uploads/2020/04/VG-LE-3-L-204_20.A.pdf (Zugriff: 16.05.2020)

^w Verwaltungsgericht Dresden (a). Az.: 11 L269/20.A: <https://www.saechsischer-fluechtlingsrat.de/wp-content/uploads/2020/04/VG-DD-11-L-269-20.A.pdf> (Zugriff: 16.05.2020)

^x Verwaltungsgericht Dresden (b). Az.: 13 L 270/20.A: https://www.saechsischer-fluechtlingsrat.de/wp-content/uploads/2020/04/VG-DD-13-L-270_20.A.pdf (Zugriff: 16.05.2020)

^y Verwaltungsgericht Chemnitz: Az.: 4 L 224/20.A: https://www.saechsischer-fluechtlingsrat.de/wp-content/uploads/2020/04/VG-C-4-L-224_20.A.pdf (Zugriff: 16.05.2020)

der Gesundheit der untergebrachten schutzbedürftigen Individuen in der Realität womöglich nur durch dezentrale bzw. die routinemäßige Unterbringung in Einzelzimmern gewährleistet werden.

Box 1 Ausgewählte internationale Rechtsnormen:

Lebensstandard und Unterbringung

- Recht auf **Lebensstandard, der Gesundheit und Wohl gewährleistet**, einschließlich Wohnung und ärztliche Versorgung (Art. 25 AEMR)
- Recht eines jeden auf **angemessenen Lebensstandard** (Art. 11 UN Sozialpakt) und **adäquate Unterbringung, Sanitäreinrichtungen und Hygiene** im Rahmen des Recht auf Gesundheit (Art. 12 UN Sozialpakt, CESCR General Comment No. 14)
- Materielle Leistungen sowie die Unterbringungszentren für Asylsuchende müssen einen **angemessenen Lebensstandard** gewährleisten (Art. 17, 18 EU Aufnahme richtlinie)

Infektionskontrolle

- Recht auf Vorbeugung und **Bekämpfung epidemischer Erkrankungen** sowie Zugang zu Gesundheitsversorgung Im Rahmen des Rechts auf erreichbares Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit (Art. 2, Abs. 2 UN Sozialpakt)
- Gewährleistung der **medizinischen Versorgung** von Asylsuchenden (Art 19 EU Aufnahme richtlinie)

Schutzbedarfe

- Berücksichtigung von **schutzbedürftigen Personen** (u.a. Behinderten, älteren Menschen, Schwangeren, Personen mit schweren körperlichen Erkrankungen oder psychischen Störungen und Gewaltopfern) „innerhalb einer angemessenen Frist“ und „während der gesamten Dauer des Asylverfahrens“ (Art. 21,22 EU Aufnahme richtlinie), insbesondere im Hinblick **auf angemessene Unterkunft** (Art. 18, Abs. 3 EU Aufnahme richtlinie) sowie **medizinische Versorgung** (Art. 19, Abs. 2 EU Aufnahme richtlinie).

Nicht-diskriminierung

- **Gleicher Schutz** durch das Gesetz (AEMR Art. 7)
- Ausübung der Rechte des UN Sozialpakt **ohne Diskriminierung** (Art 2, Abs. 2 UN Sozialpakt)
- Gewährung von öffentlicher Fürsorge ohne **Diskriminierung** gegenüber Flüchtlingen (Art. 23 Genfer Flüchtlingskonvention)
- **Diskriminierungsverbot** (Art. 14 EU Menschenrechtskonvention; Protokoll Nr. 12, Artikel 1)

Neben nationalen und bundeslandspezifischen Regelwerken ist die Gemeinschaftsunterbringung jedoch auch vor dem Hintergrund internationaler und europäischer Rechtsnormen zu betrachten (siehe Box 1). Zunächst bestehen allgemein-gültige Rechtsnormen im Bereich der Gewährleistung von Wohl und Gesundheit, insbesondere durch adäquate Unterbringung, Hygiene und Sanitäreinrichtungen, aber auch solche die spezifisch für die Situation Geflüchteter gelten (Box 1). Das gilt in besonderem Maße für besonders schutzbedürftige Personengruppen gemäß EU Aufnahme richtlinie^{27,38}. Das Recht auf adäquate Unterbringung steht in potentiell Konflikt mit der trotz Corona-Pandemie fortgeführten Sammelunterbringung. Das beschriebene Inzidenzrisiko in Aufnahmeeinrichtungen bei Auftreten eines Falls (Abbildung 1) sowie vorangegangene Untersuchungen von Infektionsausbrüchen in Aufnahmeeinrichtungen unterstreichen das erhöhte Infektionsrisiko für Bewohner*innen sich gegenseitig anzustecken⁵. Von einer generellen Gewährleistung von Gesundheit in der Gemeinschaftsunterbringung kann daher nicht ausgegangen werden.

Darüber hinaus sind Rechtsnormen im Hinblick auf das Recht auf Zugang zu Gesundheitsversorgung sowie zu Maßnahmen der Infektionskontrolle zu beachten. Maßnahmen der sozialen Distanzierung, Hygiene und

Abstandsregelungen stellen nicht nur in Deutschland, sondern auch in der Strategie der Weltgesundheitsorganisation einen zentralen Bestandteil der Infektionskontrolle dar³⁹.

Aufgrund der erschwerten bzw. teilweise unmöglich realisierbaren Umsetzung dieser Maßnahmen in der Gemeinschaftsunterbringung sehen die Richtlinien der EU-Kommission zu Covid-19 in Aufnahmeeinrichtungen, soweit möglich, eine Verlegung der Bewohner*innen vor, um den „den Schutz der physischen und psychischen Gesundheit“ zu gewährleisten³⁸.

Die fortgeführte Gemeinschaftsunterbringung unter den aktuellen Umständen beeinträchtigt allerdings nicht nur den Zugang zu Maßnahmen des individuellen Gesundheitsschutzes. Das resultierende Ausbreitungsrisiko in den Einrichtungen birgt das Potential von rekurrierenden Hot Spots (Abbildung 1), die ebenso den Gesundheitsschutz der Bevölkerung beeinträchtigen können².

Durch die Sammelunterbringung ist daher sowohl für die Bewohner*innen als auch die umliegende Bevölkerung das Recht auf adäquate Maßnahmen der Infektionskontrolle eingeschränkt.

Zuletzt sind internationale Rechtsnormen im Bereich der Nichtdiskriminierung zu beachten (z.B. in den Ausführungen des UN-Sozialpakt zum „Recht auf Gesundheit“⁴⁰), die auch im deutschen Grundgesetz verankert sind (Art. 3 Grundgesetz). Daher muss die trotz des Infektionsrisikos fortgeführte Gemeinschaftsunterbringung ohne Möglichkeiten zum Abstandhalten und Maßnahmen der Kollektivquarantäne von Asylsuchenden, die in selbem Umfang gegenüber keiner anderen Bevölkerungsgruppe in Deutschland durchgeführt wird, kritisch auf ihren diskriminierenden Charakter geprüft werden. Insbesondere ist hier zu beachten, dass die Aufenthaltsdauer in Aufnahmeeinrichtungen für Personen aus „sicheren Herkunftsländern“ gegenüber Asylsuchenden aus anderen Ländern auf die gesamte Dauer des Asylverfahrens erhöht ist (§ 47 AsylG). Die Maßnahmen der Sammelunterbringung treffen daher insbesondere Menschen aus sogenannten sicheren Herkunftsländern und beinhalten auch *innerhalb* der Asylsuchenden ein erhebliches Diskriminierungspotential anhand der nationalen Herkunft, die dem Gleichbehandlungsgebot und dem Prinzip der Nichtdiskriminierung im Widerspruch steht.

Die Gemeinschaftsunterbringung von Asylsuchenden ist daher sowohl epidemiologisch als auch normativ-rechtlich vor dem Hintergrund des aktuellen Infektionsgeschehens eindeutig als problematisch zu bewerten. Das gilt insbesondere dort, wo die effektiven Maßnahmen zu Eindämmung der Ausbreitung des SARS-CoV-2 praktisch nicht umsetzbar sind und wo systematische Schutzkonzepte für besonders schutzbedürftige Personen fehlen. Die Sammelunterbringung in der zur Zeit in Deutschland praktizierten Form gefährdet sowohl Asylsuchende als auch Personal in vermeidbarer Weise. Zudem beinhaltet sie das Risiko, den gesellschaftlichen Bemühungen zur Eindämmung der Ausbreitung des Virus entgegenzuwirken.

Sie birgt somit in der Gesamtschau hohes Potential für eine Kollision mit international anerkannten Rechtsnormen in Bezug auf adäquate Lebensstandards und Unterbringung, Zugang zu Gesundheitsversorgung und Maßnahmen der Infektionskontrolle, Berücksichtigung besonderer Schutzbedarfe sowie der Nichtdiskriminierung.

Normativ-rechtliche Aspekte der Kollektivquarantäne im Lichte der Infektionsrisiken

Kollektivquarantäne beinhaltet eine pauschale Bewegungseinschränkung aller Personen aufgrund ihrer Sammelunterbringung, unabhängig von individuellen Testungen auf Sars-CoV-2, und ohne eine gezielte Ermittlung von engen Kontaktpersonen. Im Kern werden bei der Kollektivquarantäne alle Menschen als „potenziell infizierte“ bzw. enge Kontaktpersonen klassifiziert, ungeachtet der Prüfung des tatsächlichen Kontakts.

Das oben beschriebene, geringfügig höhere Ausbreitungsrisiko bei Kollektivquarantäne (Abb. 1 und Sensitivitätsanalyse) beweist kein höheres Infektionsrisiko für die unter Quarantäne gestellten Bewohner*innen, es konnte jedoch auch kein Vorteil gegenüber anderen Strategien festgestellt werden. Zudem ist aufgrund der fehlenden oder eingeschränkten Möglichkeit der Selbstisolation

² Dies erscheint insbesondere relevant im Zuge einer Wiederöffnung der Grenzen und verstärkter internationaler und EU-interner Mobilität.

durch die Unterbringung auf engem Raum und der gemeinsamen Nutzung von Sanitäranlagen im Rahmen der Kollektivquarantäne zumindest *theoretisch* von einem erhöhten Infektionsrisiko für bislang nicht-infizierte Bewohner*innen auszugehen. Dies gilt insbesondere, wenn die Kollektivquarantäne nicht-infizierte Personen mit einbezieht, deren Schutzbedarf und Risikoprofil nicht erkannt oder berücksichtigt wurden. Zudem handelt es sich bei SARS-CoV-2 um ein Virus, dessen mögliche langfristige Infektionsfolgen (z.B. durch die Beteiligung des Zentralnervensystems bei Infektion⁴²) noch weitgehend unbekannt sind und für das auch für Nicht-Risikogruppen, z.B. Kinder, seltene, aber schwerwiegende Krankheitsverläufe diskutiert werden⁴³. Mehrere zivilrechtliche Organisationen, darunter auch die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer, haben darüber hinaus darauf hingewiesen, dass die Kollektivquarantäne^{aa} re-traumatisierend wirken^{bb} und insbesondere für Schutzbedürftige wie Kinder belastend sein kann³³. Bereits bei konventioneller Quarantäne der Allgemeinbevölkerung sind negative Auswirkung auf die psychische Gesundheit belegt⁴¹.

Zunächst entspricht die pauschale Betrachtung aller Bewohner*innen als enge Kontaktpersonen (gemäß RKI-Klassifikation Kategorie I), die der kollektiven Quarantäne zugrunde liegt, nicht den gängigen RKI-Empfehlungen. Diese sehen eine gezielte Nachverfolgung von Kontaktpersonen vor. Es wird unterschieden zwischen engen Kontaktpersonen, für die häusliche Absonderung geboten ist, und Kontaktpersonen der Kategorie II, die nur sporadischen Kontakt hatten, ein geringes Infektionsrisiko aufweisen und keiner Quarantäne bedürfen^{cc}. Durch eine Klassifizierung aller als enge Kontaktpersonen (Kategorie I) wird eine aufwändige, und in der praktischen Umsetzung herausfordernde, gezielte Kontaktnachverfolgung zwar vermieden. Allerdings kollidiert die anschließende häusliche Absonderung angesichts der gängigen Unterbringungspraxis in Mehrbettzimmern mit der eigentlichen Intention des Infektionsschutzgesetzes und den Coronaschutzverordnungen, physischen Abstand zwischen Menschen zu halten.

Sollte als Ziel der Kollektivquarantäne der Schutz der Allgemeinheit bzw. der nahe einer Einrichtung lebenden Bevölkerung im Vordergrund stehen, ergibt sich zudem eine Werteabwägung, die das IfSG nicht vorsieht: Bei der Verordnung einer Quarantäne wägt der Staat die Rechte auf *körperliche Unversehrtheit der Bevölkerung gegenüber den Grundrechten der (potentiell) Infizierten* ab und behandelt die Öffentliche Gesundheit als vorrangig. Hier dagegen müsste erwogen werden, ob es in Kauf zu nehmen ist „einige wenige“ potentiell nicht-infizierte Geflüchtete (die sich bei gezielter Kontaktnachverfolgung ggf. als Kontaktpersonen Kategorie II erweisen würden) einem potentiell (wenn auch nur theoretisch) höheren Infektionsrisiko auszusetzen, um die Öffentliche Gesundheit zu schützen. Diese Abwägung ist nicht zulässig, da jedem Leben gemäß des Grundgesetzes gleicher Wert zuzumessen ist.

Ob sich durch Kollektivquarantäne überhaupt ein gesundheitlicher Nutzen für die Bevölkerung außerhalb der Einrichtung ergibt, lässt sich aufgrund fehlender Daten nicht ermitteln. Andererseits ist nicht ersichtlich, warum unter Verzicht auf Kollektivquarantäne bei Einhalten der üblichen

^{aa} S. Oben, eine komplette Abriegelung der Unterkünfte mit Ausgangssperre für die Bewohner*innen, einschließlich nicht-infizierter zum Teil durch Polizeikräfte, Einsatz der Bundeswehr und das Aufstellen von Bauzäunen oder Errichtung anderer physischer Barrieren

^{bb} Siehe Pressemitteilung der Baff vom 20. März 2020: <http://www.baff-zentren.org/news/gesundheitsversorgung-sicherstellen-lager-aufloesen-menschen-und-ihre-rechte-schuetzen/>

^{cc} Siehe RKI Empfehlungen zur Kontaktpersonennachverfolgung bei respiratorischen Erkrankungen durch das Coronavirus SARS-CoV-2, Stand: 19.05.2020. Bei Kontaktpersonen Kategorie II gelten: keine Quarantäne, Kontaktreduzierung zu Dritten wo möglich, häufiges Händewaschen, Einhaltung einer Hustenetikette, Gesundheitsüberwachung bis zum 14.Tag: 1x täglich Symptomkontrolle, Führen eines Symptom-Tagebuchs

Schutzmaßnahmen sowohl in der Unterkunft als auch seitens der Bevölkerung für letztere ein erhöhtes Infektionsrisiko entstehen sollte. Es ist davon auszugehen, dass bei Einhalten der allgemein geltenden Schutzmaßnahmen (Abstandsregelungen, Tragen eines Mund-Nasen-Schutzes im ÖPNV etc.) das Infektionsrisiko für die umliegende Bevölkerung gegenüber der Pandemiesituation insgesamt als nicht erhöht anzusehen ist. So geht z.B. nach Einschätzung des Verwaltungsgerichts Bremen von Corona-Schwerpunktpraxen kein höheres Infektionsrisiko für die umliegende Bevölkerung aus, sofern die allgemeingültigen Schutzmaßnahmen eingehalten werden^{dd}. Analog geht von einer Sammelunterkunft, in der Personen positiv auf Sars-CoV-2 getestet und effektiv isoliert sind, Kontakte nachverfolgt und ggf. alle Bewohner*innen getestet wurden, dasselbe (geringe) Risiko für die umliegende Bevölkerung aus wie z.B. von einer Corona-Schwerpunktpraxis. Daher ist der Schutz der Allgemeinbevölkerung keine tragfähige Begründung für das Verhängen einer Kollektivquarantäne.

Kollektivquarantäne ist somit nicht durch das Infektionsschutzgesetz abgedeckt, wenn die davon betroffenen Personen nicht nachweisbar infiziert sind oder *nachweislich* als enge Kontaktpersonen gelten¹. Wenn alle Personen einer Einrichtung als mögliche Kontaktpersonen eingestuft oder als eine „Hausgemeinschaft“ klassifiziert werden, impliziert das, dass Abstandsregelungen offenbar nicht einhaltbar sind oder waren. Ein solcher Sachverhalt widerspräche wiederum den Coronaschutzverordnungen.

Im Rahmen der EU-Aufnahmerichtlinie wird die Frage der Rechtmäßigkeit einer Kollektivquarantäne nicht berücksichtigt²⁷. Allerdings teilt die EU-Kommission in Hinweisen zur Umsetzung der Covid-19 Bestimmung im Bereich des Asylverfahrens mit, dass nach nationalem Recht eingeführte Quarantänemaßnahmen „angemessen, verhältnismäßig und nicht diskriminierend“ sein müssen³⁸. Leitlinien des Inter-Agency Standing Committee (IASC) sowie der Internationalen Organisation für Migration (IOM) zum Umgang mit Covid-19 in Flüchtlingsunterkünften sehen die Umsetzung von Abstands- und Hygienemaßnahmen, routinemäßiger Gesundheitssurveillance sowie ausschließlich *individuellen* Isolations- und Quarantänemaßnahmen vor^{44,45}. In Fällen, in denen Selbstisolation und Einzelquarantäne nicht möglich sind, werden ein regelmäßiges Monitoring positiv getesteter Personen und eine möglichst weitgehende Reduzierung der Kontakte mit anderen Bewohner*innen empfohlen. Eine Trennung von Nicht-Infizierten einerseits und vermuteten sowie bestätigten Fällen von Covid-19 andererseits wird dringend empfohlen, sodass eine Kollektivquarantäne in den Leitlinien gar nicht erst Erwähnung findet.

Angesichts der oben beschriebenen Evidenzlage ist die Alternative zur Kollektivquarantäne eine frühzeitige Evakuierung¹⁸ in kleinere Unterkünfte und Wohnungen mit Möglichkeit zur Selbstisolation. Die Evakuierung ausschließlich von Risikogruppen könnte in betroffenen Einrichtungen Raumkapazitäten für Quarantäne und Selbstisolation schaffen (dies könnte jedoch auf Unverständnis bei anderen Nicht-Infizierten stoßen und weiterhin gegen die o.g. normativ-rechtlichen Aspekte verstoßen). Die Hinweise der EU-Kommission zum Umgang mit Covid-19 in Aufnahmeeinrichtungen schlagen vor, Personen, die auch außerhalb der Gemeinschaftsunterbringung unterkommen können, dazu zu ermutigen, die Einrichtung zu verlassen³⁸. Während die Kollektivquarantäne Nicht-Infizierte einem potentiell hohen Infektionsrisiko aussetzt, könnte eine Komplettevakuierung ihr Infektionsrisiko womöglich reduzieren^{1,18}.

Aus diesem Grund ist die Kollektivquarantäne in besonderem Maße als normativ-rechtlich problematisch zu bewerten. Die Maßnahme birgt das Risiko, mit Grundrechten auf körperliche

^{dd} Siehe Verwaltungsgericht der Freien Hansestadt Bremen, Beschluss 5V 533/20, https://www.verwaltungsgericht.bremen.de/sixcms/media.php/13/20_533_V_5.pdf

Unversehrtheit und Gesundheitsschutz zu kollidieren und läuft den im europäischen Recht festgehaltenen Vorgaben zur Berücksichtigung von Schutzbedarf entgegen. Von einer Kollektivquarantäne, insbesondere in Settings, die physische Distanzierung und effektive Trennung (latent) Infizierter und Nicht-Infizierter nur bedingt ermöglichen, ist daher aus epidemiologischer wie aus normativ-rechtlicher Sicht ausnahmslos abzusehen. Eine Unterbringung, die die individuellen Schutzrechte der Geflüchteten berücksichtigt, bietet hingegen gleichzeitig den besten Schutz der Öffentlichen Gesundheit.

Diskussion

Die vorliegende meta-analytische Zusammenfassung der öffentlich berichteten SARS-CoV-2 Fälle in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete in Deutschland zeigt, dass bei Auftreten eines Falls das Ausbreitungsrisiko innerhalb der Bewohner*innen als hoch einzustufen ist und bei 17,0 % (95% KI: 11,0 – 23,0) liegt.

Dieser Wert ist vergleichbar hoch mit dem Inzidenzrisiko auf untersuchten Kreuzfahrtschiffen. Die Spanne der Werte einzelner Einrichtungen schwankt stark, was darauf hinweist, dass je nach Zeitpunkt der Fallfindung, der räumlichen Bedingungen und der Möglichkeiten der effektiven Trennung Infizierter und Nicht-infizierter sowie weiterer Schutzmaßnahmen das Ausbreitungsrisiko verringert werden kann.

In der Gesamtbetrachtung waren die mittleren Infektionsrisiken jedoch vergleichbar mit, und in Einzelfällen sogar um ein Vielfaches höher als, Inzidenzen in anderen Settings, die aufgrund ihrer strukturellen Bedingungen (Kreuzfahrtschiffe, Gefängnisse) ein hohes Potential für die Übertragung des neuartigen Coronavirus aufweisen. Direkte Vergleiche mit populationsbasierten Schätzungen sind zwar nicht valide; sie erlauben aber zumindest, das Potenzial dieser hier ermittelten Ausbruchslage vorsichtig einzuschätzen. So lag das Inzidenzrisiko in den Aufnahmeeinrichtungen für Geflüchtete im Schnitt höher, und in Einzelfällen um ein Mehrfaches höher, als populationsbasierte Schätzungen zur Inzidenz in von der Pandemie schwer betroffenen Ländern wie Frankreich (4,4% der Population bzw. 9,9% in Ile-de-France einschließlich Paris⁴⁶).

Die Schätzungen des Infektionsrisikos sollten jedoch keineswegs auf die Gesamtpopulation von Geflüchteten oder alle Unterkünfte bezogen werden. Wichtig ist auch, dass sich die Zahlen nicht (!) auf das *Risiko des Auftretens eines Falls* in Aufnahmeeinrichtungen beziehen (hierzu bräuchte es eine bundesweite Datenbasis mit allen Einrichtungen und Geflüchteten als Grundgesamtheit). Sie beziehen sich lediglich auf das Infektionsrisiko der Bewohner*innen *bei Auftreten eines Falls*.

Gleichzeitig ist zu betonen, dass in vielen Einrichtungen in Deutschland womöglich noch keine Fälle aufgetreten sind, und dass (wie hier dargestellt) auch bei Auftreten eines Falls in vielen der betrachteten Einrichtungen das Infektionsrisiko sehr gering bis überschaubar war.

Es stellt sich somit die Frage, welche Maßnahmen, Vorkehrungen und Strategien der zuständigen Akteur*innen sowie auch kontextuelle Bedingungen der Unterbringung dazu beigetragen haben, dass trotz Auftreten eines Falls das Risiko weiterer Ausbreitungen beherrschbar blieb. Um im Zuge der Pandemie die weitere Arbeit um Fluchtcontext zu informieren, bedarf es somit nicht nur eines Blicks auf „Ausbruchsherde“, sondern dringend auch eine systematische Dokumentation und Erfassung der Strategien und Maßnahmen in Aufnahmeeinrichtungen und Landkreisen, in denen noch keine größeren Ausbrüche verzeichnet wurden. Eine entsprechende Situationsanalyse und Primärdatenerhebung kann die Ansätze, die in der vorliegenden Analyse nur äußerst begrenzt erfasst werden konnten, ergänzen.

Eine Kollektivquarantäne hat gegenüber anderen Strategien keinen messbaren Vorteil bezogen auf das Infektionsrisiko der unter Quarantäne gestellten Personen. Ob durch pauschale Klassifizierung aller Bewohner*innen als potentiell Infizierte oder enge Kontaktpersonen die Kollektivquarantäne eine mögliche Ausbreitung außerhalb der Einrichtung besser kontrollieren kann, ist nicht belegt. Das Vorgehen zur pauschalen Klassifizierung aller Bewohner*innen entspricht nicht den Empfehlungen des RKI. Zudem widerspricht es der Intention des Infektionsschutzgesetzes, Infektionsketten zu unterbinden, denn Nicht-infizierte werden durch die Sammelunterbringung möglicherweise einem höheren Infektionsrisiko ausgesetzt.

Studien unter den vergleichsweise günstigen Bedingungen von Kreuzfahrtschiffen lassen darauf schließen, dass ein erhöhtes Risiko nicht ausgeschlossen werden kann. Auch bei Ausschluss möglicher Extremereignisse (z.B. durch „Super-Spreader“¹⁶) mit hohem Anteil Infizierter ist kein Vorteil für die Bewohner*innen unter Kollektivquarantäne zu verzeichnen: Ihr Inzidenzrisiko ist nicht geringer als in Settings, die andere Maßnahmen ergriffen. Diese Aussage ist dahingehend legitim, als dass vielerorts die Kollektivquarantäne direkt nach Auftreten des lokal ersten SARS-CoV-2-Falls verhängt wurde und somit zeitlich dem weiteren Infektionsverlauf voranging. Nur vereinzelt wurde diese Maßnahme nach anfänglicher Einzelquarantäne auf die gesamte Einrichtung ausgeweitet. Ursachen oder Folgen eines höheren Infektionsgeschehens voneinander zu trennen kann jedoch abschließend nur durch longitudinale Analysen erfolgen. Dies gilt auch für die vergleichsweise niedrige Inzidenz in Einrichtungen, die ausschließlich eine Einzelquarantäne Infizierter und Kontaktpersonen anstrebten: Es lässt sich nicht eruieren, ob dies aufgrund des lokal geringen Infektionsgeschehens möglich war oder ob andere Bedingungen wie räumliche Kapazitäten dazu beitrugen, dass das Geschehen überschaubar blieb bzw. ob die (dann nur scheinbar niedrigen) Zahlen schlicht das Ergebnis des Verzichts auf Reihentestungen aller Bewohner*innen waren.

Hierzu bedarf es dringend der Analyse von Individualdaten in den bisher von Ausbrüchen betroffenen Einrichtungen, um die Infektionsdynamiken genau nachzuvollziehen. Nur so können aus der bisherigen Heterogenität der Maßnahmen Schlüsse gezogen werden, die das Management im Ausbruchsfall auf eine solide Evidenzbasis stellen und das Vorgehen im weiteren Verlauf der Pandemie informieren.

In der Analogie der Ausbrüche auf Kreuzfahrtschiffen¹⁸ könnte eine frühe Evakuierung, insbesondere bei fehlenden Möglichkeiten der effektiven Trennung Infizierter und Nicht-Infizierter, eine hohe Anzahl an Folgeinfektionen vermeiden¹. Die hier nur eingeschränkt vorliegenden Informationen und Daten zu Transfers von Infizierten, Nicht-Infizierten und Schutzbedürftigen lässt jedoch keine abschließende Evaluation der Wirkung dieser Maßnahmen zu, insbesondere, da die öffentlichen, aggregierten Daten ein hohes Potenzial für Verzerrungen haben.

Als weitere Limitationen ist anzumerken, dass die Datenbasis durch fehlende Berichte zu Infektionsfällen mit nur sehr kleinen Zahlen verzerrt sein könnte, da größere Ausbrüche ein höheres öffentliches Interesse und damit erst eine Berichterstattung nach sich ziehen. Um Verzerrungen dieser Art auszuschließen und zukünftig bessere Aussagen treffen zu können, sollte die Verbesserung der Datenlage in Aufnahmeeinrichtungen eine hohe Priorität haben.

Da es keine Maßnahmen gibt, die das Auftreten des Virus in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften mit 100%iger Sicherheit verhindern können, sind vor allem Maßnahmen zur Prävention der Ausbreitung essentiell. Die effektivsten dieser Präventionsmaßnahmen sind aufgrund der beengten Lebensverhältnisse in Mehrbettzimmern zumeist nicht umsetzbar. Die wichtigste Präventionsmaßnahme aus Public-Health-Sicht ist daher, die Unterkunftsbedingungen konform mit den geltenden Coronaschutzverordnungen zu gestalten. Das bedeutet a) eine

Einzelunterbringung mit möglichst geringer Anzahl an Personen, die dieselben Sanitäreinrichtungen und Gemeinschaftsräume nutzen, oder b) eine dezentrale Unterbringung in Wohnungen, die genügend Möglichkeiten zum *Physical Distancing* und zur Selbstisolation geben. Die Identifizierung und gesonderte Unterbringung von besonders Schutzbedürftigen hat dabei hohe Priorität. Eine Kollektivquarantäne ist epidemiologisch nicht sinnvoll und normativ-rechtlich problematisch. Sie ist daher unbedingt zu vermeiden.

Maßnahmen zum Empowerment und Capacity Building sind aus Public-Health-Perspektive ein wichtiges Element funktionierender Prävention. Das gilt auch für Bewohner*innen von Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften. Die Bewohner*innen werden aktuell zumeist aus einer Risikoperspektive betrachtet, die beim Auftreten von Fällen abgeschottet werden müssen. Es fehlt eine Perspektive auf die Ressourcen der Menschen, selber aktiv und partizipativ an der Prävention von COVID-19 Ausbrüchen mitzuwirken¹ und damit auch zur Eindämmung der Pandemie in der Gesellschaft insgesamt beizutragen¹.

Ungeachtet der genannten Wissenslücken ist es dringend geboten, eine bundesweite Empfehlung zu Prävention und Management von SARS-CoV-2 im Kontext der Fluchtmigration zu erstellen. Sie sollte bisherige wissenschaftliche Erkenntnisse sowie lokal erarbeitete Ansätze und Strategien guter Praxis aus den Bundesländern und Landkreise berücksichtigen. Sie kann dann als Orientierung für die zahlreichen behördlichen und zivilgesellschaftlichen Akteur*innen dienen, die sich seit Beginn der Pandemie mit viel Engagement und vielerorts begrenzten Ressourcen im Fluchtkontext einbringen. Es gilt, insbesondere vor dem Hintergrund der normativ-rechtlichen und ethischen Herausforderungen, diese Akteur*innen bei der Umsetzung effektiver Infektionsschutzmaßnahmen gemäß den geltenden Bestimmungen zu unterstützen. Die Umsetzung effektiver Maßnahmen der Prävention und Kontrolle ist mit hohem Aufwand verbunden. Daher müssen die lokalen Akteur*innen, allen voran der ÖGD, personell und finanziell stärker unterstützt werden. Dazu gehört auch, weitere Evidenz zu schaffen und nationale Handlungsempfehlungen zu erarbeiten, um angesichts der Pandemieherausforderungen im gesamtgesellschaftlichen Interesse handlungsfähig zu bleiben¹.

Fazit und Empfehlungen

- Das Infektionsrisiko für Bewohner*innen von Sammelunterkünften für Geflüchtete ist bei Auftreten eines Falls von SARS-CoV-2 als hoch einzuschätzen.
- Aufnahmeeinrichtungen der Länder und Gemeinschaftsunterkünften der Landkreise unterschieden sich im Infektionsrisiko nicht.
- Eine Kollektivquarantäne hat keinen Zusatznutzen gegenüber einem Vorgehen, das Fallquarantäne und Reihentestungen mit ausschließlicher Quarantäne Infizierter verfolgt.
- Bei Kollektivquarantäne können keine signifikant höheren Infektionsraten belegt werden, ein dahingehendes Restrisiko und das Potential schwererer psychosozialer Folgen bleiben jedoch.
- Es gibt keine Belege darüber, dass durch Verzicht auf Kollektivquarantäne bei Einhalten der üblichen Schutzmaßnahmen ein erhöhtes Infektionsrisiko für die Bevölkerung außerhalb der Einrichtung entsteht.
- Normativ-rechtlich ist die Kollektivquarantäne hoch problematisch.
- Aus epidemiologischer und aus normativ-rechtlicher Sicht ist die Kollektivquarantäne daher ausnahmslos zu vermeiden.
- Die coronaschutzkonforme Unterbringung Geflüchteter möglichst dezentral bzw. bei zentraler Unterbringung in Einzelzimmern/kleinen Wohneinheiten ist aus epidemiologischer und aus normativ-rechtlicher Sicht die beste Präventionsmaßnahme.
- Besondere Schutzbedarfe sind frühzeitig zu ermitteln und spätestens im Fall eines Ausbruchs durch geeignete Maßnahmen (z.B. Transfer, Einzelunterbringung) zu adressieren.
- Die Datensituation zur gesundheitlichen Situation Geflüchteter, vor allem besonders schutzbedürftiger Gruppen, muss zeitnah verbessert werden.
- Eine bundesweite Empfehlung zu Prävention und Management von SARS-CoV-2 im Kontext der Fluchtmigration ist dringend notwendig.
- Der Öffentliche Gesundheitsdienst und andere beteiligte Akteure müssen personell und finanziell adäquat ausgestattet werden, damit die Empfehlungen umgesetzt werden können.

Autor*innen, Peer-Reviewer*innen und Ansprechpersonen

Federführende Autor*innen: Prof. Dr. Kayvan Bozorgmehr, Rosa Jahn

Ko-autor*innen: Maren Hintermeier, Prof. Dr. Oliver Razum, Amir Mohsenpour, Louise Biddle, Prof. Dr. Sabine Oertelt-Prigione, Prof. Dr. Jacob Spallek, Marie Tallarek.

Bitte zitieren als: Bozorgmehr K, Hintermeier M, Razum O, Mohsenpour A, Biddle L, Oertelt-Prigione S, Spallek J, Tallarek M, Jahn R. 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

Gutachter*innen (Peer-Review): Prof. Dr. Peter Angerer; Prof. Dr. Ansgar Gerhardus; Dr. Florence Samkange-Zeeb; sowie drei anonyme Gutachter*innen.

Angabe der Autor*innen zu Interessenskonflikten: Die Autor*innen geben an, dass keine Interessenskonflikte vorliegen, die die Inhalte, Empfehlung oder Schlussfolgerungen dieses Papiers betreffen.

Disclaimer: Dieses Papier wurde im Rahmen des Kompetenznetzes Public Health zu COVID-19 erstellt. Die alleinige Verantwortung für die Inhalte dieses Papiers liegt bei den Autor*innen.

Das Kompetenznetz Public Health zu COVID-19 ist ein Ad hoc-Zusammenschluss von über 25 wissenschaftlichen Fachgesellschaften und Verbänden aus dem Bereich Public Health, die hier ihre, methodische, epidemiologische, statistische, sozialwissenschaftliche und (bevölkerungs-)medizinische Fachkenntnis bündeln. Gemeinsam vertreten wir mehrere Tausend Wissenschaftler*innen aus Deutschland, Österreich und der Schweiz.

Referenzen

1. Razum O, Penning V, Mohsenpour A, Bozorgmehr K. Covid-19 in Flüchtlingsunterkünften: ÖGD jetzt weiter stärken. *Gesundheitswesen* 2020; **82**(5), 392-6.
2. Baier A, Siegert M. Die Wohnsituation Geflüchteter. *BAMF-Kurzanalyse* 2018; **02/2018**: 1-12.
3. Biddle L, Menold N, Bentner M, et al. Health monitoring among asylum seekers and refugees: a state-wide, cross-sectional, population-based study in Germany. *Emerging Themes in Epidemiology* 2019; **16**(1): 3.
4. Mohsenpour A, Biddle L, Bozorgmehr K. Deterioration of housing environment and mental health of asylum seekers—a multi-level analysis. *European Journal of Public Health* 2019; **29**(Supplement_4): ckz185. 323.
5. Kühne A, Gilsdorf A. Ausbrüche von Infektionskrankheiten in Gemeinschaftsunterkünften für Asylsuchende 2004-2014 in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt* 2016; **59**(5): 570-7.
6. Bozorgmehr K, Nöst S, Thaiss HM, Razum O. Die gesundheitliche Versorgungssituation von Asylsuchenden: Bundesweite Bestandsaufnahme über die Gesundheitsämter. *Bundesgesundheitsblatt* 2016; **59**(5): 545-55.
7. Nöst S, Jahn R, Aluttis F, et al. Surveillance der Gesundheit und primärmedizinischen Versorgung von Asylsuchenden in Aufnahmeeinrichtungen: Konzept, Entwicklung und Implementierung. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 2019; **62**(7), 881-2.
8. BMI. Coronavirus: Fragen und Antworten - Werden ankommende Flüchtlinge auf Corona untersucht? 2020. <https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/faqs/DE/themen/bevoelkerungsschutz/coronavirus/coronavirus-faqs.html> (accessed 18.05.2020).
9. Bozorgmehr K, Stock C, Joggerst B, Razum O. Tuberculosis screening in asylum seekers in Germany: a need for better data. *Lancet Public Health* 2018; **3**(8): Pe359-e61.
10. Razum O, Bunte A, Gilsdorf A, Ziese T, Bozorgmehr K. Gesundheitsversorgung von Geflüchteten: Zu gesicherten Daten kommen. *Deutsches Ärzteblatt* 2016; **113**(4): 130-3.
11. Bozorgmehr K, Biddle L, Rohleder S, Puthoopparambil S, Jahn R. What is the evidence on availability and integration of refugee and migrant health data in health information systems in the WHO European Region? Copenhagen, 2019.
12. RKI. Nationaler Pandemieplan Teil I - Strukturen und Maßnahmen. Berlin, 2017.
13. RKI. Ergänzung zum Nationalen Pandemieplan – COVID-19 – neuartige Coronaviruserkrankung. Berlin, 2020.
14. Kluge HHP, Jakab Z, Bartovic J, D'Anna V, Severoni S. Refugee and migrant health in the COVID-19 response. *The Lancet* 2020; **395**(10232), 1237-9.
15. Nyaga VN, Arbyn M, Aerts M. Metaprop: a Stata command to perform meta-analysis of binomial data. *Archives of Public Health* 2014; **72**(1): 39.
16. Kupferschmidt K. Case clustering emerges as key pandemic puzzle. *Science* 2020; **368**(6493): 808-9.
17. Mizumoto K, Chowell G. Transmission potential of the novel coronavirus (COVID-19) onboard the diamond Princess Cruises Ship, 2020. *Infect Dis Model* 2020; **5**: 264-70.
18. Rocklöv J, Sjödin H, Wilder-Smith A. COVID-19 outbreak on the Diamond Princess cruise ship: estimating the epidemic potential and effectiveness of public health countermeasures. *Journal of travel medicine* 2020; **27**(3), taaa030.
19. Liu Y, Gayle AA, Wilder-Smith A, Rocklöv J. The reproductive number of COVID-19 is higher compared to SARS coronavirus. *Journal of travel medicine* 2020.
20. Kakimoto K, Kamiya H, Yamagishi T, Matsui T, Suzuki M, Wakita T. Initial investigation of transmission of COVID-19 among crew members during quarantine of a cruise ship—Yokohama, Japan, February 2020.

21. Wallace M, Hagan L, Curran KG, et al. COVID-19 in correctional and detention facilities—United States, February–April 2020.
22. CDC. Interim Guidance on Management of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in Correctional and Detention Facilities. Atlanta.
23. Seal DW. Impact of COVID-19 on Persons in Correctional Facilities—A Commentary. *Health Behavior and Policy Review* 2020; **7**(2): 161-4.
24. Maruschak LM, Berzofsky M, Unangst J. Medical problems of state and federal prisoners and jail inmates, 2011-12. *Washington, DC: US Department of Justice, Office of Justice Programs, Bureau of Justice Statistics*;2015.
25. Akiyama MJ, Spaulding AC, Rich JD. Flattening the curve for incarcerated populations—Covid-19 in jails and prisons. *New England Journal of Medicine* 2020.
26. Frank L, Yesil-Jürgens R, Razum O, et al. Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2017; **2**(1).
27. European Commission. Directive 2013/33/EU of the European Parliament and of the Council of 26 June 2013 laying down standards for the reception of applicants for international protection. *Official Journal of the European Union* 2013; **L180**: 96-116.
28. Gewalt SC, Berger S, Szecsenyi J, Bozorgmehr K. “If you can, change this system” -Pregnant asylum seekers’ perceptions on social determinants and material circumstances affecting their health whilst living in state-provided accommodation in Germany - a prospective, qualitative case study. *BMC Public Health* 2019; **19**(1): 287.
29. Gewalt SC, Berger S, Ziegler S, Szecsenyi J, Bozorgmehr K. Psychosocial health of asylum seeking women living in state-provided accommodation in Germany during pregnancy and early motherhood: A case study exploring the role of social determinants of health. *PLOS ONE* 2018; **13**(12): e0208007.
30. Jesuthasan J, Sönmez E, Abels I, et al. Near-death experiences, attacks by family members, and absence of health care in their home countries affect the quality of life of refugee women in Germany: a multi-region, cross-sectional, gender-sensitive study. *BMC Medicine* 2018; **16**(1): 15.
31. Fazel M, Reed RV, Panter-Brick C, Stein A. Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. *The Lancet* 2012; **379**(9812): 266-82.
32. Lichtl C, Lutz T, Szecsenyi J, Bozorgmehr K. Differences in the prevalence of hospitalizations and utilization of emergency outpatient services for ambulatory care sensitive conditions between asylum-seeking children and children of the general population: a cross-sectional medical records study (2015). *BMC Health Serv Res* 2017; **17**(1): 731.
33. Baron J, Flory L, Krebs D. Living in a box: Psychosoziale Folgen des Lebens in Sammelunterkünften für geflüchtete Kinder. Berlin, 2020.
34. Menschenrechte Df. Entwicklung der Menschenrechtssituation in Deutschland: Juli 2016–Juni 2017. Bericht an den Deutschen Bundestag gemäß § 2 Absatz 5 DIMRG. Berlin, 2017.
35. Baron J, Flory L. Versorgungsbericht zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland. Berlin: Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (Baff e.V.); 2016.
36. Lindert J, Ehrenstein OS, Priebe S, Mielck A, Brahler E. Depression and anxiety in labor migrants and refugees--a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med* 2009; **69**(2): 246-57.
37. Böhmer MM, Buchholz U, Corman VM, et al. Investigation of a COVID-19 outbreak in Germany resulting from a single travel-associated primary case: a case series. *The Lancet Infectious Diseases* 2020.

38. Europäische Kommission. Mitteilung der Kommission. COVID-19: Hinweise zur Umsetzung der einschlägigen EU-Bestimmungen im Bereich der Asyl- und Rückführungsverfahren und zur Neuansiedlung *Amtsblatt der Europäischen Union* 2020; **C 126/02**: 12-27.
39. WHO. Covid-19 Strategy Update 2020.
40. CESCR. Substantive Issues Arising in the Implementation of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights: General Comment No.14 (2000) - The right to the highest attainable standard of health (article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights). *UN Economic and Social Council* 2000.
41. Riedel-Heller S, Röhr S, Seidler A, C A. Psychosoziale Folgen von Isolations- und Quarantänemaßnahmen: Womit müssen wir rechnen? Was können wir dagegen tun? Ergebnisse einer systematischen Literaturrecherche („Rapid Review“). Bremen, 2020.
42. Schenk M. Neurologische Manifestationen: Wie COVID-19 die Nerven tangiert. *Dtsch Ärztebl* 2020; **117**(19): A-1001 / B-843.
43. WHO. Multisystem inflammatory syndrome in children and adolescents temporally related to COVID-19. Geneva.
44. IOM. Camp Management Operational Guidance: Frequently Asked Questions. Brussels, 2020.
45. IASC. Scaling-up COVID-19 Outbreak Readiness and Response Operations in Humanitarian Situations Including Camps and Camp-like Settings, 2020.
46. Salje H, Kiem CT, Lefrancq N, et al. Estimating the burden of SARS-CoV-2 in France. *Science* 2020.

ANNEX

Bundesland	Ort/Name der Unterkunft	Fälle Bewohner	Belegungszahl	Fälle Personal	Datum	Unterkunft	Management	Quellen
BY	ANKER Geldersheim	137	580	16	22.04.2020	EA	1	https://www.stuttgarter-zeitung.de/inhalt.coronavirus-in-asylbewerberheimen-risiko-auf-engsterraum.b3b08b87-0e1a-4c93-a808-4971fc544530.html https://www.welt.de/politik/deutschland/article206884881/Coronavirus-Etwa-600-Fluechtlinge-in-Ankerzentrum-in-Bayern-unter-Quarantaene.html https://www.br.de/nachrichten/bayern/ankerzentrum-geldersheim-polizei-muss-erneut-eingreifen,RzNAV74 https://www.schwaebische.de/sueden/bayern_artikel,-kitzinger-asylbewerberunterkunft-unter-quarant%C3%A4ne-_arid,11215684.html
HE	Baunatal-Hertigshausen	30	62	N.A.	21.04.2020	GU	1	https://www.migazin.de/2020/04/21/corona-immer-mehr-fluechtlingsunterkuenfte-komplett-in-quarantaene/ https://www.hna.de/lokales/kreis-kassel/fluechtlingsunterkunft-in-hertingshausen-haelfte-bewohner-erkrankt-13680342.html
BE	Berlin-Buch	28	407	N.A.	22.05.2020	GU	3	https://www.bz-berlin.de/berlin/pankow/mindestens-16-coronafaelle-in-fluechtlingsheim-in-berlin-buch https://www.berlin.de/aktuelles/berlin/6180722-958092-28-menschen-aus-fluechtlingsunterkunft-m.html
NRW	Bielefeld (Oldentruper Hof)	47	336	1	18.04.2020	EA	2	https://www.westfalen-blatt.de/OWL/Bielefeld/Bielefeld/4188317-Herausfordernde-Situation-mehrsprachige-Info-Blaetter-Bauzaun-errichtet-48-Coronafaelle-im-Oldentruper-Hof

ANNEX

NRW	Bonn (Königswinter)	42	120	N.A.	27.04.2020	GU	2	https://www.general-anzeiger-bonn.de/region/siebengebirge/koenigswinter-bringt-negativ-getestete-fluechtlinge-in-anderen-einrichtungen-unter_aid-50168595 https://www.general-anzeiger-bonn.de/region/siebengebirge/koenigswinter/zwei-weitere-corona-faelle-in-fluechtlingsunterkuenften-in-koenigswinter_aid-50251493
NRW	Bonn (Muffendorf)	1	230	N.A.	25.04.2020	EA	1	https://www.general-anzeiger-bonn.de/bonn/bad-godesberg/corona-tests-bei-230-asylbewerbern-in-muffendorf-sind-negativ_aid-50109639
BR	Bremen	146	374	5	29.04.2020	EA	1	https://www.weser-kurier.de/bremen/bremens-stadt_artikel,-120-coronainfizierte-in-fluechtlingserstaufnahme-_arid,1909700.html https://www.migazin.de/2020/04/24/infizierte-jetzt-bremer-fluechtlingsheim-corona/ https://www.senatspressestelle.bremen.de/detail.php?gsid=bremen146.c.334233.de&asl=bremen02.c.732.de
BE	Charlottenburg	1	135	N.A.	12.03.2020	GU	1	https://www.rbb24.de/politik/thema/2020/corona-virus/beitraege/berlin-fluechtlingsunterkunft-charlottenburg-erster-corona-fall.html
NRW	Düsseldorf-Heerd	46	75	N.A.	27.04.2020	GU	1	https://www.nrz.de/staedte/duesseldorf/coronavirus-fluechtlingsheim-in-duesseldorf-unter-quarantaene-id228999793.html https://www.wz.de/nrw/duesseldorf/corona-in-duesseldorf-fluechtlinge-ziehen-in-hotels_aid-50644351
NRW	EAE Bonn (Ermeikaserne)	40	281	5	28.04.2020	EA	1	https://www.general-anzeiger-bonn.de/bonn/stadt-bonn/ermeikaserne-in-bonn-45-bestaetigte-coronafaelle-in-fluechtlingsunterkunft_aid-50274471

ANNEX

NRW	EAE St. Augustin	152	489	13	20.05.2020	EA	1	https://rp-online.de/panorama/coronavirus/corona-krise-in-st-augustin-165-fluechtlinge-mit-virus-infiziert_aid-51238465 https://www1.wdr.de/nachrichten/themen/coronavirus/fluechtlingsheim-sankt-augustin-schliessung-100.html
BW	Ellwangen	406	600	32	29.04.2020	EA	1	https://www.welt.de/regionales/baden-wuerttemberg/article207622425/Ellwangen-Quarantaene-fuer-Fluechtlinge-bis-10-Mai-verlaengert.html https://www.swp.de/suedwesten/staedte/crailsheim/coronavirus-in-lea-ellwangen-199-menschen-sind-wieder-gesund-45990020.html
BW	Ellwangen (Dependance Giengener Ried)	18	40	2	13.04.2020	EA	1	https://www.hz.de/meinort/giengen/coronavirus-18-faelle-in-zusammenhang-mit-der-lea-45433451.html https://www.hz.de/meinort/heidenheim/coronavirus-so-ist-der-stand-am-dienstag-in-und-um-heidenheim-45453923.html https://www.hz.de/meinort/heidenheim/corona-walther-wolf-strasse_-mit-zaeunen-und-kontrollen-gegen-das-virus-45956105.html
NRW	Euskirchen	52	310	N.A.	29.04.2020	EA	1	https://www.general-anzeiger-bonn.de/region/koeln-und-rheinland/corona-in-fluechtlingsunterkunft-in-euskirchen-quarantaene-bis-13-mai-verlaengert_aid-50313207
BY	Geretsried (Jahnstr.)	1	165	N.A.	20.03.2020	GU	2	https://www.merkur.de/lokales/wolfratshausen/geretsried-ort46843/nach-corona-fall-an-jahnstrasse-asylbewerber-sollen-zuhause-bleiben-13607595.html
NI	Heidenau	21	40	1	02.04.2020	GU	2	https://www.ndr.de/nachrichten/niedersachsen/lueneburg_heide_unterelbe/22-Coronainfektionen-

ANNEX

								in-Fluechtlingsunterkunft- ,aktuelllueneburg3460.html https://www.kreiszeitung-wochenblatt.de/tostedt/c-politik/feinden-sie-die-fluechtlinge-in-heidenau-nicht-wegen-der-corona-quarantaene-an_a164243 https://www.kreiszeitung-wochenblatt.de/buchholz/c-politik/mit-coronavirus-infizierte-fluechtlinge-werden-in-buchholz-konzentriert_a165995 https://www.kreiszeitung-wochenblatt.de/buchholz/c-politik/mit-coronavirus-infizierte-fluechtlinge-werden-in-buchholz-konzentriert_a165995
BW	Heidenheim IZH	42	99	N.A.	04.05.2020	GU	1	https://www.info-corona-lrahdh.de/bewohner+des+integrationszentrums+haidenheim+positiv+auf+das+coronavirus+getestet https://www.hz.de/meinort/heidenheim/coronawalther-wolf-strasse_-mit-zaeunen-und-kontrollen-gegen-das-virus-45956105.html
BW	Heidenheim Walther-Wolf- Straße 1	13	57	N.A.	04.05.2020	GU	2	https://www.hz.de/meinort/heidenheim/coronawalther-wolf-strasse_-mit-zaeunen-und-kontrollen-gegen-das-virus-45956105.html
BW	Heidenheim Walther-Wolf- Straße 3	4	52	N.A.	04.05.2020	GU	2	https://www.hz.de/meinort/heidenheim/coronawalther-wolf-strasse_-mit-zaeunen-und-kontrollen-gegen-das-virus-45956105.html
BB	Hennigsdorf	68	413	1	21.04.2020	GU	1	https://www.oberhavel.de/B%C3%BCrgerservice/Gesundheit/Aktuelles-zum-Coronavirus/Coronavirus-Ma%C3%9Fnahmen-f%C3%BCr-Gemeinschaftsunterkunft-festgelegt.php?object=tx,2244.1&ModID=7&FID=2244.48714.1&NavID=2244.6824&La=1

ANNEX

								https://www.moz.de/landkreise/oberhavel/hennigsdorf/hennigsdorf-artikel/dg/0/1/1798983/ https://taz.de/Corona-in-Hennigsdorfer-Fluechtlingsheim/!5681127/
ST	Hettstedt	6	77	N.A.	01.05.2020	GU	1	https://www.mz-web.de/hettstedt/77-personen-in-quarantaene-corona-fall-in-hettstedter-fluechtlingsunterkunft-36632898 https://www.mz-web.de/hettstedt/mitarbeiter-in-quarantaene-sechs-corona-infizierte-in-hettstedter-fluechtlingsunterkunft-36657358
BY	Kitzingen (GU Innopark)	43	262	N.A.	24.04.2020	GU	1	https://www.schwaebische.de/sueden/bayern_artikel,-kitzinger-asylbewerberunterkunft-unter-quarant%C3%A4ne-_arid,11215684.html https://www.regierung.unterfranken.bayern.de/presse/pressemitteilungen/archiv/2020/093/index.html
BY	Landshut (Niedermayerstr.)	18	400	N.A.	09.04.2020	GU	1	https://www.br.de/nachrichten/bayern/kritik-an-quarantaene-in-landshuter-gemeinschaftsunterkunft,RveY4Uc
BY	LK Garmisch (LEA Abrams)	12	156	1	08.05.2020	EA	1	https://www.kreisbote.de/lokales/garmisch-partenkirchen/coronavirus-landkreis-garmisch-partenkirchen-ausgangssperre-13587484.html https://www.merkur.de/lokales/garmisch-partenkirchen/garmisch-partenkirchen-ort28711/garmisch-partenkirchen-12-menschen-in-fluechtlingsheim-abrams-mit-corona-infiziert-ajetzt-liegen-alle-testergebnisse-vor-13753711.html
BY	LK Garmisch (Oberau)	2	80	0	08.05.2020	GU	1	https://www.kreisbote.de/lokales/garmisch-partenkirchen/coronavirus-landkreis-garmisch-partenkirchen-ausgangssperre-13587484.html https://www.merkur.de/lokales/garmisch-partenkirchen/garmisch-partenkirchen-

ANNEX

								ort28711/garmisch-partenkirchen-12-menschen-in-fluechtlingsheim-abrams-mit-corona-infiziert-ajetzt-liegen-alle-testergebnisse-vor-13753711.html
ST	LK Harz (Halberstadt)	123	620	N.A.	30.04.2020	EA	1	https://www.mz-web.de/corona/corona-in-sachsen-anhalt-entwicklungen-vom-27--februar-bis-10--mai-im-ueberblick-36503910 https://hallespektrum.de/nachrichten/politik/geflu-echtete-in-quarantaene-landesverwaltungsamt-reagiert-auf-missstaende-in-zast-halberstadt/373362/
RP	Mainz (Allianzhaus)	14	113	N.A.	19.05.2020	GU	1	https://www.rnd.de/panorama/corona-in-fluchtlingsunterkunft-in-mainz-113-bewohner-unter-quarantane-GTLFW53TM4QPM7DWXGYEBAGDKU.html
NRW	Mettmann	33	88	N.A.	09.04.2020	GU	1	https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/gesund-heit-mettmann-weitere-33-corona-faelle-in-mettmanner-fluechtlingsheim-dpa.urn-newsml-dpa-com-20090101-200409-99-644509
HE	Neu-Isenburg	3	30	N.A.	04.05.2020	GU	1	https://www.kreis-offenbach.de/Kurzmen%C3%BC/Startseite/Corona-F%C3%A4lle-in-Gemeinschaftsunterkunft-in-Neu-Isenburg.php?object=tx,2896.5&ModID=7&FID=2896.8916.1
SH	Neumuenster	62	372	N.A.	23.04.2020	EA	1	https://www.kn-online.de/Lokales/Neumuenster/Corona-in-Neumuenster-Quarantaene-fuer-Fluechtlinge-aufgehoben https://www.kn-online.de/Lokales/Neumuenster/Corona-Landesunterkunft-in-Neumuenster-hat-vier-Container-fuer-Quarantaene https://www.welt.de/regionales/hamburg/article2

ANNEX

								07327231/Grosseinsatz-der-Polizei-Fluechtlinge-wollen-aus-Corona-Quarantaene.html
BY	Neunburg v. Wald (Pfalzgrafen- kaserne)	23	80	N.A.	22.05.2020	GU	2	https://www.mittelbayerische.de/region/schwandorf-nachrichten/corona-zweites-asylheim-ist-betroffen-21416-art1908099.html https://www.br.de/nachrichten/bayern/corona-ticker-oberpfalz-weitere-infektionen-und-schliessungen,Rsvre2T
HE	Niedernhausen	18	58	0	14.05.2020	GU	1	https://www.welt.de/regionales/hessen/article207982841/Corona-Faelle-in-Gemeinschaftsunterkunft-fuer-Asylbewerber.html
HE	Otto-Röhm- Straße (Darmstadt)	4	755	N.A.	23.04.2020	EA	3	https://www.giessener-anzeiger.de/panorama/aus-aller-welt/keine-neuen-corona-falle-in-erstwohnhausern-fur-fluechtlinge_21581727
BY	Passau (Salzweger Hof)	40	89	N.A.	29.04.2020	GU	1	https://www.br.de/nachrichten/bayern/ueber-40-coronafaelle-asylunterkunft-in-salzweg-unter-quarantaene,RxYuTQi https://www.br.de/nachrichten/bayern/helferkreis-unterstuetzt-fluechtlingsunterkuenfte-in-quarantaene,RvYhKbf
BW	PHV Heidelbeg	4	792	1	07.05.2020	EA	1	https://www.rnz.de/nachrichten/heidelberg_artikel,-corona-fall-im-ankunfts-zentrum-ausgangssperre-im-patrick-henry-village-endet-update-_arid,511910.html
BB	Potsdam (Doberlug- Kirchhain)	3	300	N.A.	04.04.2020	EA	3	https://www.maz-online.de/Brandenburg/Corona-Drei-Fluechtlinge-in-Sammelunterkunft-in-Brandenburg-infiziert
BB	Potsdam (Zeppelinstr.)	7	116	N.A.	08.04.2020	GU	1	https://www.maz-online.de/Lokales/Potsdam/Coronavirus-in-Unterkunft-fuer-Gefluechtete-in-Potsdam-Asylheim-unter-Quarantaene

ANNEX

BY	Rosenheim	21	173	N.A.	13.05.2020	GU	1	https://www.br.de/nachrichten/bayern/58-menschen-wegen-corona-aus-rosenheimer-asylunterkunft-verlegt,RysKGf5
NRW	Swisttal-Ludendorf	2	28	0	04.05.2020	GU	2	https://www.general-anzeiger-bonn.de/region/voreifel-und-vorgebirge/swisttal/corona-faelle-in-unterkunft-fuer-fluechtlinge-in-swisttal_aid-50376047
BY	Trostberg (Zagelberg)	14	71	N.A.	24.04.2020	GU	1	https://www.pnp.de/lokales/landkreis-traunstein/Zehn-Bewohner-der-Unterkunft-positiv-getestet-weitere-mit-Symptomen-3667535.html
BB	Waßmannsdorf	30	150	0	06.05.2020	GU	3	https://www.maz-online.de/Thema/Specials/C/Coronavirus/Dahme-Spreewald-Erste-Corona-Faelle-im-Fluechtlingsheim-Wassmannsdorf
HE	Wiesbaden (Aukammallee)	4	110	N.A.	15.05.2020	GU	1	https://www.wiesbadener-kurier.de/lokales/wiesbaden/nachrichten-wiesbaden/wiesbadener-fluechtlingsunterkunft-in-quarantane_21670869

GU=Gemeinschaftsunterkunft; **EA**= Registrierungszentren, Ankunftszentren, ANKER-Zentren, Erstaufnahmeeinrichtungen

Management: 1=Kollektivquarantäne; 2=Isolierung oder Quarantäne nur Infizierter und ggf. Testung aller Bewohner; 3=Fallfindung und Isolation oder Quarantäne Einzelner und deren unmittelbare Kontaktpersonen ohne weitere Maßnahmen für andere Bewohner.