

Bundesgesundheitsbl 2023 · 66:890–900  
<https://doi.org/10.1007/s00103-023-03745-w>  
 Eingegangen: 25. Januar 2023  
 Angenommen: 23. Juni 2023  
 Online publiziert: 7. Juli 2023  
 © Der/die Autor(en) 2023



Andreas W. Gold<sup>1,2</sup> · Kayvan Bozorgmehr<sup>1,2</sup> · Louise Biddle<sup>1,2</sup> · Clara Perplies<sup>1</sup> · Eilin Rast<sup>1</sup> · Rosa Jahn<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Sektion Health Equity Studies und Migration, Abteilung für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

<sup>2</sup> AG Bevölkerungsmedizin und Versorgungsforschung, Fakultät für Gesundheitswissenschaften, Universität Bielefeld, Bielefeld, Deutschland

# Krisenreaktion zu Beginn der COVID-19-Pandemie in Sammelunterkünften für Geflüchtete

## Analyse der akteursübergreifenden Zusammenarbeit aus Perspektive der Aufnahmebehörden in Deutschland

### Zusatzmaterial online

Zusätzliche Informationen sind in der Online-Version dieses Artikels (<https://doi.org/10.1007/s00103-023-03745-w>) enthalten.

### Hintergrund

Die COVID-19-Pandemie hat Gesundheitssysteme weltweit vor große Herausforderungen gestellt und verstärkt die Frage aufgeworfen, wie die medizinische Versorgung und der Gesundheitsschutz von Bevölkerungen auch in Krisensituationen aufrechterhalten werden können [1, 2]. Dies zeigt sich besonders deutlich bei der Versorgung von Geflüchteten, die in Erstaufnahmeeinrichtungen der Länder (EA) und in Gemeinschaftsunterkünften der Kreise und Kommunen (GU) leben [3, 4]. Häufig sind Geflüchtete in diesen Einrichtungen durch eine hohe Belegungsdichte, geteilte Zimmer und gemeinschaftlich genutzte Sanitäranlagen einem erhöhten Risiko für COVID-19 und andere Infektionserkrankungen ausgesetzt [5, 6]. Aufgrund fehlender flächendeckender Standards für die Unterbringung und medizinische Versorgung bestehen zwischen den

Unterkünften ausgeprägte Unterschiede hinsichtlich Lage, Größe, Infrastruktur und Mindestumfang angebotener Leistungen. Spezifische Empfehlungen des Robert Koch-Instituts (RKI) zum Umgang mit COVID-19 in Sammelunterkünften für Geflüchtete<sup>1</sup> (SU) wurden nach der ersten Pandemiewelle im Juli 2020 erstmals veröffentlicht [7].

Bereits präpandemisch war die Versorgung in SU geprägt von einer Vielfalt an Akteuren mit unterschiedlichen Zuständigkeiten, Rollen und Aufgaben [8–10]. Eine Evaluation der in der ersten Pandemiewelle in 8 Bundesländern (BL) ergriffenen Maßnahmen zeigte große Unterschiede in den Reaktionen auf die Pandemie bei gleichzeitig hoher Belastung der Aufnahmebehörden und weiterer Akteure in den SU [11]. Die akteursübergreifende Zusammenarbeit ist in Krisenzeiten besonders wichtig, um die verschiedenen Beteiligten in eine gemeinsame Gesamtstrategie zu integrieren [11]. Auch die internationale Literatur zur Resilienz von Gesundheitssystemen verweist auf den hohen Stellenwert der Zusammenarbeit um mit Unsicher-

heiten umzugehen, relevantes Wissen im Krisenfall zu erhalten und eine adäquate gemeinsame Krisenreaktion zu finden [12, 13]. Bislang fehlen jedoch tieferegehende Analysen dieser Aspekte im Kontext der COVID-19-Pandemie. Vor allem in fragmentierten Settings mit multiplen Organisationen, Akteuren und Zuständigkeiten stellt sich die Frage, welche Akteure in einer Krise zusammenarbeiten und wie sich dies ausgestaltet [14].

In der vorliegenden Arbeit soll die Zusammenarbeit zwischen den Aufnahmebehörden und weiteren an der Unterbringung und Versorgung beteiligten (organisationalen) Akteuren während der ersten Welle der COVID-19-Pandemie genauer untersucht und Empfehlungen für eine zukünftig verbesserte Krisenreaktion abgeleitet werden. Dabei wird mittels einer Visualisierung von Akteursnetzwerken und einer qualitativen Datenanalyse folgenden Fragestellungen nachgegangen:

- Mit welchen Akteuren arbeiteten die Aufnahmebehörden bei Maßnahmen zur Bewältigung der ersten Welle der COVID-19-Pandemie in SU für Geflüchtete zusammen?

<sup>1</sup> Hierunter werden EA und GU subsumiert.

**Tab. 1** Merkmale unterschiedlicher Formen der Zusammenarbeit, orientiert an Axelsson und Axelsson (2006; [21]); eigene Darstellung

		<b>Horizontale Integration</b> (Auf der gleichen Hierarchieebene bzw. zwischen Akteuren mit gleichem Status)	
		–	+
<b>Vertikale Integration</b> (Über unterschiedliche Hierarchieebenen hinweg)	+	<b>Koordination</b> <i>Integration wird durch eine gemeinsame Managementhierarchie erreicht</i>	<b>Kooperation</b> <i>Integration basiert meist auf einem hierarchischen Management, aber in Verbindung mit freiwilligen Vereinbarungen und „gegenseitigen Anpassungen“ der beteiligten Organisationen</i>
	–	<b>Vertragsbasierte Zusammenarbeit</b> <i>Beteiligte Organisationen können auf einem Markt miteinander konkurrieren und dieser Wettbewerb kann zu einer Art von Integration durch vertragliche Beziehungen führen</i>	<b>Kollaboration</b> <i>Integration wird vorwiegend durch freiwillige Vereinbarungen und gegenseitige Anpassungen der beteiligten Organisationen erreicht</i>

### Infobox Datenerhebung und -aufbereitung im Rahmen der COVMIG-Studie [11], eigene Darstellung

#### Datenerhebung:

- Zeitraum der Datenerhebung: 01.05.–31.07.2020
- Rekrutierung zuständiger Ansprechpartner\*innen in den Sozial-, Migrations- oder Ordnungsämtern (GU) bzw. in den Landesbehörden (EA) zum Interview per schriftlicher Einladung:
  - Auf Ebene der EA wurden über ein überregionales Forschungsnetzwerk 18 Teilnehmer\*innen aus 8 Bundesländern rekrutiert
  - Auf GU-Ebene wurden 27 Teilnehmer\*innen in einem Flächenland mit einer hohen Flüchtlingszuweisung und großen regionalen Strukturunterschieden rekrutiert
  - Gezielte zusätzliche Rekrutierung von 3 Akteur\*innen aus 3 weiteren Bundesländern zur Überprüfung auf mögliche Sättigungseffekte
- Durchführung semistrukturierter telefonischer Leitfadeninterviews durch je 2 Forschende
- Dauer der Interviews: 25–105 min

#### Datenaufbereitung:

- Digitale Aufzeichnung der Interviews (bei vorliegender Einwilligung), Transkription als Volltexte und Pseudonymisierung
- Aufbereitung der Daten mittels der Framework-Analysemethode [20] unterstützt durch MAXQDA Version 20 [19]:
  - Induktiv-deduktive Entwicklung eines Codesystems zu zentralen Themenbereichen
  - Erstellung einer Übersichtsmatrix mit relevanten Strukturmerkmalen, Informationen zu Mustern getroffener Maßnahmen und geäußerten Unterstützungsbedarfen für jeden Themenbereich

- Welche Formen der Zusammenarbeit (Tab. 1) werden in diesem Kontext beschrieben?

### Methoden

Datengrundlage der hier vorgestellten Analyse sind semistrukturierte qualitative Leitfadeninterviews, die im Zeitraum Mai–Juli 2020 im Rahmen der Studie COVMIG (COVID-19 und Fluchtmigration: Situationsanalyse von Maßnahmen und Bedarfen in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften in Deutschland) mit den für die Unterbringung Geflüchteter zuständigen unteren Aufnahmebehörden auf Kreisebene (GU;  $n = 30$ ) bzw. den oberen Aufnahmebehörden auf Landesebene (EA;  $n = 16$ ) in 8 BL geführt wurden. Der Leitfaden (Onlinematerial 1) beinhaltete wesentliche Dimensionen der Prävention und Gesundheitsförderung, Infektionskontrolle und akteursübergreifenden Zusammenarbeit. Die Interviews dauerten 25–105 min und wurden jeweils von 2 Forschenden geführt. Weitere Details können der Infobox entnommen werden und wurden bereits veröffentlicht [11]. Um die gewonnenen Daten mit Blick auf die Fragestellungen dieser Arbeit zu analysieren, wurde ein mehrschrittiges methodisches Vorgehen gewählt.

### Netzwerkanalyse

Zur Beantwortung der ersten Forschungsfrage wurde, orientiert an Methoden der sozialen Netzwerkanalyse [15, 16], eine Akteursmatrix auf Grundlage der qualitativen Interviewdaten mittels MS Excel 2019 erstellt. Aus den Transkripten wurden unab-

hängig durch 2 Forschende (AG, RJ) alle Akteure extrahiert, mit denen eine Zusammenarbeit in relevanten Bereichen der Pandemiebewältigung erwähnt wurde. Etwaige Abweichungen wurden im Nachgang konsentiert. Informiert durch eine vorherige Analyse des Datenmaterials [11] wurden 5 Bereiche berücksichtigt: 1) prospektive *Konzepterstellung* zur Festlegung von Abläufen und Zuständigkeiten für vorhergesehene Eventualitäten, z. B. eines Nachweises von SARS-CoV-2 in der Einrichtung, 2) *Aufklärung und Information* über pandemiebedingte Maßnahmen, 3) *Testung und Ermittlung von Kontaktpersonen*, 4) *Verlegung* von Risikopersonen und Entzerrung der Belegung zum Zwecke des Infektionsschutzes und 5) Vorbereitung und Durchführung von *Quarantäne und Isolation*.

Die Visualisierung erfolgte mittels Softwarepaket „gephi 0.9.2“ [17]. Für die Darstellung wurde ein klassischer Layout-Algorithmus nach Fruchterman-Reingold gewählt, bei dem sich Knotenpunkte (Nodes), die durch Linien (Edges) verbunden sind, gegenseitig anziehen [18]. Verbindungslinien zeigen Netzwerkkontakte der befragten Aufnahmebehörden zu anderen Akteuren an. In 2 der 46 Interviews machten die Befragten keinerlei Angabe zur Zusammenarbeit mit anderen Akteuren, entsprechend werden diese nicht visuell dargestellt. Erstellt wurden eine Gesamtdarstellung aller Akteure sowie Darstellungen der Zusammenarbeit zu den o.g. ausgewählten Bereichen. Die Positionen der einzelnen Akteure innerhalb der Visualisierung sind aus Gründen der Übersichtlichkeit in allen Abbildungen gleich und entsprechen

Bundesgesundheitsbl 2023 · 66:890–900 <https://doi.org/10.1007/s00103-023-03745-w>  
 © Der/die Autor(en) 2023

A. W. Gold · K. Bozorgmehr · L. Biddle · C. Perplies · E. Rast · R. Jahn

## Krisenreaktion zu Beginn der COVID-19-Pandemie in Sammelunterkünften für Geflüchtete. Analyse der akteursübergreifenden Zusammenarbeit aus Perspektive der Aufnahmebehörden in Deutschland

### Zusammenfassung

**Hintergrund.** Geflüchtete Menschen in Sammelunterkünften (SU) sind durch hohe Belegungsdichte und gemeinschaftlich genutzte Räume einem erhöhten SARS-CoV-2-Infektionsrisiko ausgesetzt. Unklar ist, mit welchen (organisationalen) Akteuren und in welcher Form die Aufnahmebehörden im Rahmen ihrer Krisenreaktion zur Eindämmung der COVID-19-Pandemie zusammenarbeiteten. Ziel des Beitrags ist es, die Zusammenarbeit zwischen Aufnahmebehörden und weiteren an der Unterbringung und Versorgung beteiligten Akteuren während der ersten Welle der COVID-19-Pandemie darzustellen und Empfehlungen für eine zukünftig verbesserte Krisenreaktion abzuleiten.

**Methoden.** Datengrundlage bilden qualitative Interviews die im Zeitraum Mai–Juli 2020 mit Ansprechpersonen in Aufnahmebehörden, die für die Unterbringung von Geflüchteten zuständig sind ( $N = 46$ ). Es erfolgen eine Visualisierung von Akteursnetzwerken und eine qualitative Analyse des Datenmaterials mittels Framework-Methode.

**Ergebnisse.** Die Aufnahmebehörden arbeiteten mit einer Vielzahl weiterer (organisationaler) Akteure zusammen. Am häufigsten wurden Gesundheitsämter, Sozialarbeiter\*innen und Sicherheitsdienste genannt. Die Krisenreaktion fiel sehr unterschiedlich aus, häufig in Abhängigkeit von Engagement, Wissen und Einstellungen einzelner Personen

und beteiligten Organisationen. Bei Abwesenheit einer koordinierenden Stelle konnte es zu Verzögerungen durch eine „Wartehaltung“ der beteiligten Akteure kommen.

**Fazit.** Die Krisenreaktion in SU für Geflüchtete würde von einer klaren Zuordnung der koordinierenden Funktion an einen geeigneten Akteur profitieren. Anstelle von Ad-hoc-Lösungen bedarf es nachhaltiger Verbesserungen im Sinne einer transformativen Resilienz, um strukturelle Vulnerabilitäten zu reduzieren.

### Schlüsselwörter

Infektionserkrankungen · Migration · Gemeinschaftseinrichtungen · Zusammenarbeit · Resilienz

## Early crisis response to the COVID-19 pandemic in collective accommodation facilities for refugees. Analysis of cross-actor working arrangements from the perspective of the reception authorities in Germany

### Abstract

**Background.** Refugees in collective accommodation facilities are at increased risk of COVID-19-infections due to high occupancy density and shared spaces. It is unclear which (organisational) actors the reception authorities were working with in their crisis response and how. The aim of this paper is to examine the working arrangements between reception authorities and other actors involved in accommodation and (health) care during the first wave of the COVID-19 pandemic and to derive recommendations for future crisis responses.

**Methods.** The analysis was based on qualitative interviews with representatives responsible

for the reception and accommodation of refugees ( $N = 46$ ) conducted from May to July 2020. Cross-actor networks were visualised, and a qualitative analysis of the data material was carried out using the framework method.

**Results.** The reception authorities worked with a multitude of other (organisational) actors. Health authorities, social workers and security personnel were mentioned most frequently. The crisis response was found to be highly heterogeneous due to its dependence on the commitment, knowledge and attitude of the individuals and organisations involved. In the absence of a coordinating actor, there

may also be delays due to a “wait-and-see” attitude of the actors involved.

**Conclusion.** Crisis response in collective accommodation facilities for refugees would benefit from a clear allocation of the coordinating role to an appropriate actor. Instead of improvised ad hoc solutions, sustainable improvements in terms of transformative resilience are needed to reduce structural vulnerabilities.

### Keywords

Infectious diseases · Migration · Refugee accommodation · Cooperation · Resilience

den Positionen im Gesamtnetzwerk. Da Stabsstrukturen nicht als ausführende Akteure beschrieben wurden, sind sie in den Abbildungen nicht enthalten. Für eine bessere Übersicht werden Akteure bei vergleichbarer Funktion zusammengefasst sowie Akteursgruppen gebildet.

### Qualitative Analyse

Zur Beantwortung der zweiten Forschungsfrage erfolgte, unterstützt durch MAXQDA 2020 [19], eine vertiefende

Analyse des umfangreichen qualitativen Datenmaterials. Hierfür konnte auf ein bereits für eine initiale Analyse [11] entwickeltes Codesystem aufgebaut werden (*Onlinematerial 1*). Informiert durch die entwickelten Visualisierungen des Datenmaterials wurden Formen der Zusammenarbeit zu den o.g. Themenbereichen mittels Frameworkmethode strukturiert analysiert [20].

Zur Typisierung unterschiedlicher Formen der Zusammenarbeit kommt das Framework von Axelsson und Axelsson

(2006) zum Einsatz (■ **Tab. 1**). Hiernach können 4 Formen der Zusammenarbeit für die Integration der unterschiedlichen organisationalen Akteure in eine gemeinsame Gesamtstrategie differenziert werden: Kollaboration, Kooperation, Koordination und vertragsbasierte Zusammenarbeit [21]. Die Beschreibung im Ergebnisteil erfolgt anhand dieser Begrifflichkeiten. Ist eine Zuordnung aus dem Datenmaterial nicht möglich, wird allgemein von „Zusammenarbeit“ gesprochen.





frühzeitige proaktive Kontaktaufnahme beschrieben:

„Wir haben relativ früh begonnen uns Gedanken zu machen und so habe ich Ende Februar Kontakt mit unserem Gesundheitsamt aufgenommen. Als erstes haben wir ein Ablaufschema skizziert, wie wir bei Verdachtsfällen mit dem Gesundheitsamt vorgehen können“ (17LK).

Auch mit weiteren Akteuren wurden Abstimmungen zur Konzepterstellung berichtet, insbesondere wenn die Zusammenarbeit mit dem GA nicht zur gewünschten Klärung führte. Einzelne Einrichtungen arbeiteten mit anderen behördlichen Strukturen zusammen, teils wurde auch eine Kooperation mit Hilfsorganisationen und Katastrophenschutzstrukturen ( $n=4$ ) bei Ausbruchsgeschehen vorbesprochen (Abb. 2a). Ansprechpersonen aus der medizinischen Routineversorgung oder aus Ambulanzstrukturen in EA waren selten in konzeptionelle Abstimmungsprozesse eingebunden. Gleichwohl existierten in Einzelfällen Taskforces, die v.a. für den Aspekt Konzepterstellung auf kollaborative Formate der Zusammenarbeit setzten.

In 31 Interviews, in denen keine Zusammenarbeit bezüglich der Erstellung von Konzepten berichtet wurde, blieb dieser Arbeitsbereich entweder gänzlich unerwähnt ( $n=9$ ) oder es wurde trotz entsprechender Bemühungen keine Ansprechperson für eine Zusammenarbeit gefunden ( $n=22$ ). In diesen Fällen mussten die Aufnahmebehörden eigenständig Konzepte entwickeln, was aufgrund der fehlenden medizinischen Expertise als schwierig empfunden wurde:

„Ich bin kein Mediziner, ich bin Verwaltungsmitarbeiter. Es gibt da eben immer auch Unsicherheiten“ (24LK).

## Aufklärung und Information

In 24 der 46 Interviews wurde für eine persönliche Ansprache zur Aufklärung und Information der Bewohner\*innen zu pandemiebedingten Maßnahmen mit Sozialarbeiter\*innen und Alltagsbetreuer\*innen zusammengearbeitet (Abb. 2b). Diese werden häufig durch

Dienstleister bzw. freigemeinnützige Träger gestellt. Die Zusammenarbeit erfolgt damit formal *vertragsbasiert*, gleichwohl wurde in etlichen Interviews über eine eher *kooperative* oder *kollaborative* Zusammenarbeit mit freiwilligen Vereinbarungen und gegenseitigen Anpassungen der beteiligten Organisationen berichtet, die über vertragliche Vereinbarungen hinausgeht. In anderen Fällen ergab sich aus der externen Trägerschaft der Sozialarbeit aufgrund behördlicher Betretungsverbote oder durch Rückzug der Träger aus manchen Einrichtungen eine vorübergehende vollständige Aussetzung der Tätigkeiten vor Ort. In diesen Fällen erhielt das noch vor Ort verbliebene, allerdings fachfremde Personal (Unterkunftsleitung, Hausmeister, Sicherheitsdienst;  $n=14$ ) entweder explizit den Auftrag, Aufklärung und Information anzubieten, oder übernahm dies implizit:

„Erklärungen kommen von unserer Unterkunftsleitung und über die Sozialbetreuung. Und die Security, die auch einen Riesenauftrag hat, die Bewohner hinzuweisen oder zu erklären, warum man was machen soll oder nicht machen soll“ (21LK).

Eine Zusammenarbeit mit Vertreter\*innen der medizinischen Routineversorgung oder des GA wurde hingegen selten benannt ( $n=4$ ), obwohl sie als besonders wirksam bewertet wurde:

„Wenn jemand kommt von einer Institution [Gesundheitsamt] – der ist auch kompetenter als wir Mitarbeiter vor Ort – hat das auch nochmal zusätzliches Gewicht. Das hat auch dazu beigetragen ... dass die Maßnahmen besser akzeptiert wurden“ (2SK).

Eine Kooperation mit Vertreter\*innen aus der Bewohnerschaft als Peer-Multiplikator\*innen oder mit professioneller Sprachmittlung wurde nur von 7 Interviewpartner\*innen (5 EA, 2 GU) beschrieben. Dies zukünftig zu intensivieren, wurde jedoch als eine wichtige Erkenntnis formuliert:

„Ich will in der Zukunft intensiv aufklären und das möglichst auch in allen Sprachen, damit ich auch den Letzten

erreiche, ... schon als vorbeugende Aufklärung“ (41EA).

## Testung und Ermittlung von Kontaktpersonen

In 40 der 46 Interviews wurde eine Zusammenarbeit mit anderen Akteuren bei der Testung von Bewohner\*innen und bei der Ermittlung von Kontaktpersonen beschrieben (Abb. 3a).<sup>3</sup> Insgesamt zeigten sich eine hohe Heterogenität bei der Durchführung und entsprechende Unterschiede bei der Zusammenarbeit [11].

Für die Durchführung von Testungen war in der Regel eine Zusammenarbeit mit mehreren Akteuren Voraussetzung. Insbesondere in der Feststellung der Testberechtigung und Übermittlung von Testergebnissen übernahmen GA meist eine *koordinierende* Rolle, die auf entsprechenden vorgeschriebenen Verwaltungsverfahren beruhte. Die Informationsweitergabe war jedoch lokal unterschiedlich stark standardisiert und reichte von der Annahme, bei einem positiven Testergebnis wohl informiert zu werden, bis hin zu definierten Meldketten. Eine Einbindung des GA in die Testdurchführung erfolgte nur in Einzelfällen:

„Ich hoffe doch, dass dann das Gesundheitsamt sich bei uns melden würde ...“ (3SK).

„Wir haben natürlich dem Gesundheitsamt schon relativ früh alle Adressen gemeldet, sodass wenn im Gesundheitsamt ein COVID-19-Fall gemeldet wird, die das abgleichen und uns sofort informieren“ (26LK).

In EA führten in der Regel die medizinischen Ambulanzen die Testungen durch, hier konnte häufig auf eine bereits vorbestehende Kooperation aufgebaut werden. Bei größeren Ausbruchsgeschehen wurde eine Unterstützung bei der Probennahme durch Hilfsorga-

<sup>3</sup> In Interviews, in denen keine Zusammenarbeit berichtet wurde, wurden zum Zeitpunkt des Interviews auch keine bestätigten COVID-19-Fälle angegeben. Die Interviews mit diesen Einrichtungen wurden in KW 19/20 (2020) geführt.







menzuarbeiten. Die Aufnahmebehörden übernahmen dabei regelmäßig eine *koordinierende* Rolle, die jedoch mit einem erheblichen Aufwand verbunden war:

„Man muss gucken, dass da nichts schief läuft. Drumherum stehen ganz viele Leute und die wollen alle alles wissen, und da ist die große Herausforderung, dass da nichts durchrutscht“ (15LK).

## Diskussion

Um auf die COVID-19-Pandemie adäquat reagieren und eine effektive Krisenreaktion sicherstellen zu können, sind die Aufnahmebehörden auf die Zusammenarbeit mit einer Vielzahl weiterer Akteure angewiesen. Am häufigsten werden das GA, Sozialarbeiter\*innen und Sicherheitsdienste genannt. Unsere Analyse unterstreicht die große Akteursvielfalt in SU, mit der eine Differenzierung und Fragmentierung der Aufgaben in unterschiedlichen Bereichen der Pandemiebekämpfung einhergeht. Derzeit sind es vor allem kollaborative Formen der Zusammenarbeit, die eine zeitnahe gemeinsame Krisenreaktion sicherstellen. Diese *kollaborativen* Formate begünstigen jedoch gleichzeitig, dass das Ergebnis der Zusammenarbeit und die Maßnahmen in den einzelnen SU sehr unterschiedlich ausfallen und einer gewissen Zufälligkeit unterliegen, da die Krisenreaktion von Engagement, Wissen und Einstellungen einzelner Personen und Organisationen abhängt. In Abwesenheit eines *koordinierenden* Akteurs kann es zu einer Verzögerung der Krisenreaktion durch eine „Wartehaltung“ der Beteiligten kommen. Die häufig in der Krisensituation gefundenen Ad-hoc-Lösungen machen nachhaltige Verbesserungen im Sinne einer transformativen Resilienz praktisch unmöglich und schaffen strukturelle Vulnerabilitäten, die vermeidbar wären [22].

Die interorganisationale Zusammenarbeit in EA in Deutschland wurde bereits infolge des „Sommer der Migration“ 2015/2016 empirisch untersucht [23]. Es zeigten sich ebenfalls komplexe Akteursnetzwerke. Viele Herausforderungen wurden bereits in dieser und weiteren Analysen beschrieben, führten jedoch seitdem nicht zu einem nachhalti-

gen Strukturauf- und -umbau [23–25]. In Bezug auf COVID-19 werden diese Erkenntnisse auch durch ein internationales Scoping-Review zu Präventionsmaßnahmen in SU für Geflüchtete bestätigt [26]. Das Review zeigt Diskrepanzen zwischen internationalen Empfehlungen und der tatsächlichen Umsetzung von Maßnahmen in den Einrichtungen auf und führt diese auf einen Mangel an settingspezifischen Vorgaben von übergeordneter Ebene, unzureichende Möglichkeiten zur Vorbereitung auf Ausbruchsgeschehen in den Einrichtungen sowie auf fehlende Zusammenarbeit zurück [26].

Die Krisenreaktion in SU für Geflüchtete würde von einer klaren Zuordnung der *koordinierenden* Funktion zu einem geeigneten Akteur profitieren. So richteten sich die erstmals am 10.07.2020 vom RKI veröffentlichten Empfehlungen an die lokalen Gesundheitsämter als zentrale Akteure [7]. Unsere Ergebnisse zeigen jedoch, dass die GA häufig *keine koordinierende* Rolle übernehmen und derzeit auch nicht ausreichend ausgestattet sind, um dies sicherstellen zu können [11, 27]. So kam laut den hier analysierten Interviews die Initiative zur prospektiven Konzepterstellung immer vonseiten der Aufnahmebehörden. Auch eine aktive Einbindung der GA in Aufklärungsmaßnahmen erfolgte nur in Einzelfällen. Um die in den Empfehlungen vorgesehenen Aufgaben übernehmen zu können, ist nebst der vielfach geforderten Stärkung der Strukturen des öffentlichen Gesundheitsdienstes [2, 27] vor allem eine klar kommunizierte Erweiterung bzw. Präzisierung ihres Aufgabenspektrums und Mandats im Kontext der Fluchtmigration unerlässlich.

Insbesondere wenn die Einbindung neuer Akteure notwendig wurde, wie zum Beispiel bei der Umsetzung von Isolations- und Quarantänemaßnahmen, zeigte sich die Relevanz effektiver und frühzeitiger Abstimmung von Zuständigkeiten und Abläufen. Bei kurzfristigem Einsatzbedarf für die Umsetzung von erstmals anfallenden Aufgaben werden *ad hoc* häufig fachfremde Akteure einbezogen. Dabei handelt es sich regelmäßig um Sicherheitspersonal, was zum Beispiel im Kontext von Quarantäne und

Isolation zu einer „Versicherheitlichung“ beiträgt [23]. Durch regelmäßigen, strukturierten Austausch über Krisenstäbe oder enge persönliche Kontakte sowie durch frühzeitige konzeptionelle Abstimmung und Standardisierung konnte zwar in einigen Einrichtungen eine einheitliche Gesamtstrategie umgesetzt werden, aufgrund fehlender verbindlicher Vorgaben und entsprechender Mandate setzten diese Kollaborationen aber eine freiwillige Selbstverpflichtung und den „guten Willen“ der Beteiligten voraus.

Ebenfalls zentral ist es, die dargestellte Aufgaben-, Akteurs- und Maßnahmenvielfalt vor dem Hintergrund der heterogenen und fragmentierten Unterbringungssituation in Deutschland zu betrachten. Daraus ergeben sich jeweils unterschiedliche strukturelle Bedingungen, die zu einer lokalen Differenzierung von Aufgabenspektren, Zuständigkeiten und Akteuren führen. Dies hat auch zur Folge, dass die für die Umsetzung von Infektionsschutzmaßnahmen gemäß § 36 Infektionsschutzgesetz (IfSG) verantwortliche Leitung einer Gemeinschaftseinrichtung nicht klar oder einheitlich definiert ist. Dies erschwert im Krisenfall die koordinative Integration der beteiligten Akteure und das Schaffen von einheitlichen Strukturen, die z. B. Synergien zwischen den Einrichtungen herstellen oder einen Austausch von Best Practices ermöglichen. Die heterogenen lokalen Bedingungen bedeuten zudem eine Herausforderung für das Verfassen von allgemeingültigen Empfehlungen für die Infektionskontrolle in SU, da diese einen Spielraum für lokale Anpassungen beinhalten und dennoch Mindestanforderungen formulieren müssen. Die *Koordination* einer übergreifenden Krisenreaktion in deutschen SU würde daher zusätzlich von einer Vereinheitlichung der Unterbringungsstrukturen und des Einrichtungsmanagements profitieren. Dies beinhaltet sowohl die Festlegung von Zuständigkeiten, behördliche Strukturen, digitale Lösungen, medizinische Versorgungsangebote und Sprachmittlung als auch Werkzeuge des Krisenmanagements wie feste Ansprechpersonen, dezidierte Quarantänemöglichkeiten und bei Bedarf aktivierbare Stabsstrukturen.

## Stärken und Schwächen

Die im Rahmen der Datenerhebung gewonnenen tiefen Einblicke in unterschiedliche Einrichtungen und die hohe Anzahl an Interviews aus verschiedenen BL stellen eine große Stärke der Studie dar. Die Visualisierung der Akteursnetzwerke ermöglicht einen neuartigen Zugang zum umfangreichen qualitativen Datenmaterial. Hiermit verbunden sind eine erleichterte Erkennung übergreifender Muster und Strukturen innerhalb des Datenmaterials und die Möglichkeit, darauf aufbauend weitere Forschungsfragen zur qualitativen Analyse zu generieren. Gleichwohl ist an dieser Stelle auch auf Schwächen hinzuweisen. So decken die Interviews lediglich die ersten Monate der Pandemie (05–07/2020) ab; die weitere dynamische Entwicklung des Pandemiegeschehens kann somit an dieser Stelle nicht mit abgebildet werden. Durch den geografischen Schwerpunkt bei der Durchführung der Interviews auf GU-Ebene auf ein Flächenland ist nicht auszuschließen, dass hierdurch bestimmte landesspezifische Strukturen überbetont sein könnten. Hinsichtlich der gewählten Analyseverfahren ist zu beachten, dass die Informationen für die Netzwerkanalyse aus qualitativem Datenmaterial auf Grundlage eines semistrukturierten Interviewleitfadens und nicht in Form einer dezidierten Abfrage gewonnen wurden. Gewisse Abweichungen zwischen den Interviews sind somit möglich. Grundsätzlich können die grafischen Darstellungen der Netzwerkanalyse die Quantität der Zusammenarbeit abbilden, jedoch nicht deren Qualität. Es bedarf daher der Kontextualisierung anhand des qualitativen Datenmaterials.

## Fazit

Die Auswertung zeigt, dass eine effektive Krisenreaktion auf die COVID-19-Pandemie in SU für Geflüchtete schwerpunktmäßig *kollaborativ* geprägt ist und damit grundlegend auf freiwilliger Selbstverpflichtung beruht. Dies ermöglicht zwar in einigen Einrichtungen die Entwicklung und Umsetzung einer einheitlichen Gesamtstrategie, ist

aber stark von der Ressourcenausstattung, dem Engagement und der Haltung der beteiligten Akteure vor Ort abhängig. Dadurch ergibt sich eine Zufälligkeit in Ausmaß, Umsetzung und Qualität der vor Ort ergriffenen Maßnahmen des Infektionsschutzes, die der Resilienz des Gesundheits- und Aufnahmesystems in der Versorgung Geflüchteter im Weg steht und strukturelle Vulnerabilitäten schafft. Die Krisenreaktion in SU für Geflüchtete würde daher von einer klaren Zuordnung der koordinierenden Funktion an einen geeigneten Akteur sowie einheitlichen Standards des Einrichtungsmanagements, einschließlich der Festlegung der Einrichtungsleitung nach § 36 IfSG, profitieren.

## Korrespondenzadresse

### Dr. med. Rosa Jahn

Sektion Health Equity Studies und Migration, Abteilung für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg  
Im Neuenheimer Feld 130.3, 69120 Heidelberg, Deutschland  
RosaHelene.Jahn@med.uni-heidelberg.de

**Danksagung.** Wir danken allen Teilnehmer\*innen der Interviews für ihre Zeit, die wertvollen Beiträge und das entgegengebrachte Vertrauen.

**Förderung.** Die Datenerhebung wurde finanziell von der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) im Rahmen des Projekts „COVID-19 und Fluchtmigration: Situationsanalyse von Maßnahmen und Bedarfen in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften in Deutschland“ (COVMIG) gefördert (FKZ: ZZ/60.5/20). Die Datenauswertung wurde finanziell durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft im Rahmen des Projekts NEXUS gefördert (DFG: GZ: BO5233/1-1 – FOR 2928).

**Funding.** Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

## Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** A.W. Gold, K. Bozorgmehr, L. Biddle, C. Perplies, E. Rast und R. Jahn geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden von den Autor\*innen keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Der Durchführung der Interviews lag ein Ethikvotum der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät Heidelberg, Universität Heidelberg zugrunde (S-287/2017).

**Open Access.** Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz

veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

## Literatur

1. Haldane V, de Foo C, Abdalla SM et al (2021) Health systems resilience in managing the COVID-19 pandemic: lessons from 28 countries. *Nat Med* 27:964–980. <https://doi.org/10.1038/s41591-021-01381-y>
2. SVR Gesundheit (2023) Resilienz im Gesundheitswesen. Wege zur Bewältigung künftiger Krisen. Gutachten 2023. [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten\\_2023/Gesamtgutachten\\_ePDF\\_Final.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/Gutachten/Gutachten_2023/Gesamtgutachten_ePDF_Final.pdf). Zugegriffen: 15. Jan. 2023
3. Jahn R, Hintermeier M, Bozorgmehr K (2022) SARS-CoV-2 attack rate in reception and accommodation centres for asylum seekers during the first wave: Systematic review of outbreak media reports in Germany. *J Migr Health* 5:100084. <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2022.100084>
4. Hintermeier M, Gencer H, Kajikhina K et al (2021) SARS-coV-2 among migrants and forcibly displaced populations: a rapid systematic review. *J Migr Health* 4:100056. <https://doi.org/10.1016/j.jmh.2021.100056>
5. Eiset AH, Wejse C (2017) Review of infectious diseases in refugees and asylum seekers-current status and going forward. *Public Health Rev* 38:22. <https://doi.org/10.1186/s40985-017-0065-4>
6. Bozorgmehr K, Hintermeier M, Razum O et al (2020) SARS-CoV-2 in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften für Geflüchtete: Epidemiologische und normativ-rechtliche Aspekte <https://doi.org/10.4119/UNIBI/2943665>
7. RKI (2020) Empfehlungen für Gesundheitsämter zu Prävention und Management von COVID-19-Erkrankungen in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften für Schutzsuchende (im Sinne von §§ 44, 53 AsylG). [https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges\\_Coronavirus/AE-GU/Aufnahmeeinrichtungen.html](https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/AE-GU/Aufnahmeeinrichtungen.html). Zugegriffen: 10. Juli 2020
8. Schammann H, Kühn B (2016) Kommunale Flüchtlingspolitik in Deutschland. <https://library.fes.de/pdf-files/wiso/12763.pdf>. Zugegriffen: 17. Okt. 2022
9. Bozorgmehr K, Nöst S, Thaiss HM, Razum O (2016) Die gesundheitliche Versorgungssituation von Asylsuchenden: Bundesweite Bestandsaufnahme über die Gesundheitsämter. Bundesgesund-

- heitsblatt 59:545–555. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2329-4>
10. Nöst S, Jahn R, Aluttis F et al (2019) Surveillance der Gesundheit und primärmedizinischen Versorgung von Asylsuchenden in Aufnahmeeinrichtungen: Konzept, Entwicklung und Implementierung. Bundesgesundheitsblatt 62:881–892. <https://doi.org/10.1007/s00103-019-02971-5>
  11. Biddle L, Jahn R, Perplies C et al (2021) COVID-19 in Sammelunterkünften für Geflüchtete: Analyse von Pandemiemaßnahmen und prioritäre Bedarfe aus behördlicher Sicht. Bundesgesundheitsblatt 64:342–352. <https://doi.org/10.1007/s00103-021-03284-2>
  12. Blanchet K, Nam SL, Ramalingam B, Pozo-Martin F (2017) Governance and capacity to manage resilience of health systems: towards a new conceptual framework. Int J Health Policy Manag 6:431–435. <https://doi.org/10.15171/ijhpm.2017.36>
  13. O'Sullivan TL, Kuziemsky CE, Toal-Sullivan D, Corneil W (2013) Unraveling the complexities of disaster management: a framework for critical social infrastructure to promote population health and resilience. Soc Sci Med 93:238–246. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.07.040>
  14. Saulnier DD, Blanchet K, Canila C et al (2021) A health systems resilience research agenda: moving from concept to practice. BMJ Glob Health. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2021-006779>
  15. Gamper M (2020) Netzwerkanalyse – eine methodische Annäherung. In: Klärner A, Gamper M, Keim-Klärner S, Moor I, von der Lippe H, Vonneilich N (Hrsg) Soziale Netzwerke und gesundheitliche Ungleichheiten. Springer, Wiesbaden, S 109–133
  16. Pokorny JJ, Norman A, Zanesco AP, Bauer-Wu S, Sahdra BK, Saron CD (2018) Network analysis for the visualization and analysis of qualitative data. Psychol Methods 23:169–183. <https://doi.org/10.1037/met0000129>
  17. Bastian M, Heymann S, Jacomy M (2009) Gephi: an open source software for exploring and manipulating networks. ICWSM 3(1):361–362
  18. Fruchterman TMJ, Reingold EM (1991) Graph drawing by force-directed placement. Softw: Pract. Exper. 21, S 1129–1164 <https://doi.org/10.1002/spe.4380211102>
  19. VERBI Software (2020) MAXQDA 2020. VERBI Software, Berlin
  20. Gale NK, Heath G, Cameron E, Rashid S, Redwood S (2013) Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. BMC Med Res Methodol 13:117. <https://doi.org/10.1186/1471-2288-13-117>
  21. Axelsson R, Axelsson SB (2006) Integration and collaboration in public health—a conceptual framework. Int J Health Plann Mgmt 21:75–88. <https://doi.org/10.1002/hpm.826>
  22. Deutscher Ethikrat (2022) Vulnerabilität und Resilienz in der Krise – Ethische Kriterien für Entscheidungen in einer Pandemie. Stellungnahme. <https://www.ethikrat.org/fileadmin/Publikationen/Stellungnahmen/deutsch/stellungnahme-vulnerabilitaet-und-resilienz-in-der-krise.pdf>. Zugegriffen: 13. Okt. 2022
  23. Schütte PM, Schönefeld M, Schulte Y, Fiedrich F (2022) Krisenbewältigung und interorganisatorische Zusammenarbeit. In: Schütte PM, Schulte Y, Schönefeld M, Fiedrich F (Hrsg) Krisenmanagement am Beispiel der Flüchtlingslage 2015/2016. Akteure, Zusammenarbeit und der Umgang mit Wissen, 1. Aufl. Springer, Wiesbaden, S 87–126
  24. Bozorgmehr K, Biddle L, Razum O (2021) Das Jahr 2015 und die Reaktion des Gesundheitssystems: Bilanz aus einer Resilienzperspektive. In: Spallek J, Zeeb H (Hrsg) Handbuch Migration und Gesundheit. Grundlagen, Perspektiven und Strategien, 1. Aufl. Hogrefe, Bern, S 243–256
  25. Wahedi K, Biddle L, Jahn R et al (2020) Medizinische Versorgung von Asylsuchenden in Erstaufnahmeeinrichtungen: Eine qualitative Bestandsaufnahme aus Versorgungsperspektive. Bundesgesundheitsblatt. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03243-3>
  26. Führer A, Erdogdu ÖI, Kompa P, Yilmaz-Aslan Y, Brzoska P (2022) COVID-19 pandemic in shelters for asylum seekers: a scoping review of preventive measures. BMJ Open 12:e58076. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-058076>
  27. Razum O, Penning V, Mohsenpour A, Bozorgmehr K (2020) Covid-19 in Flüchtlingsunterkünften: ÖGD jetzt weiter stärken. Gesundheitswesen 82:392–396. <https://doi.org/10.1055/a-1154-5063>