



ARBEITSKREIS MEDIZINISCHE GEOGRAPHIE UND GEOGRAPHISCHE GESUNDHEITSFORSCHUNG IN DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT FÜR GEOGRAPHIE

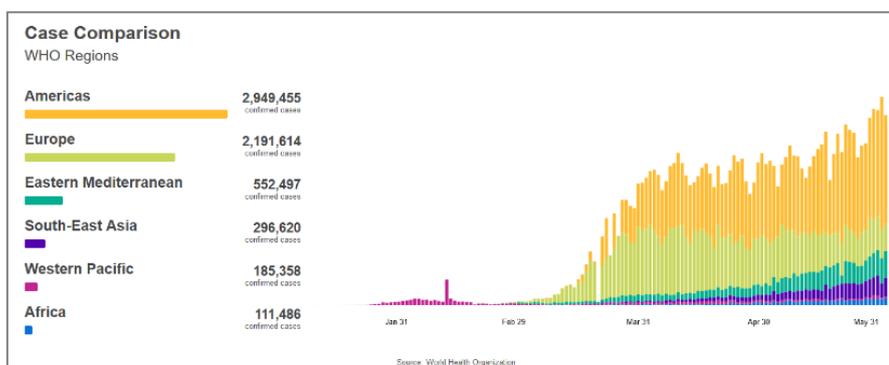
AUS DEM AK

Erstmals im Dezember 2019 traten in der chinesischen Stadt Wuhan gehäuft Lungenentzündungen auf und am 7. Januar 2020 wurde der neuartige Verursacher identifiziert: das von der Weltgesundheitsorganisation mit dem offiziellen Namen COVID-19 (Coronavirus Disease 2019) Virus bezeichnet wurde. Seitdem hält die Corona-Pandemie die Welt in Atem. Was kann die Medizinische Geographie beitragen, um die Öffentlichkeit über die Situation und Perspektiven aufzuklären? Jede Berichterstattung zieht den raumbezogenen Aspekt mit ein, die Frage nach dem Ort ist zentral. Fortlaufend werden die Daten räumlich und zeitlich nach Ländern aktualisiert und in einer Karte der Johns Hopkins University (Baltimore) dargestellt. Diese ist auf vielen Nachrichtenseiten zu finden. Die kartographische Darstellung von Krankheiten und die dadurch sichtbar gemachten Muster ist historisch die zentrale Aufgabe der Medizinischen Geographie. Sie hat wie selbstverständlich Einzug in den Alltag gehalten. Die Geographische Gesundheitsforschung geht allerdings weit über die deskriptive Darstellung der Karte hinaus und eröffnet wichtige Perspektiven auf die Pandemie. Infektionsketten in ihrer raum- und zeitbezogenen Dimension werden nachvollzogen, geographische Methoden eingesetzt, um Bewegungsmuster nachzuvollziehen, Aspekte der räumlichen Organisation des Gesundheitssystems etc. analysiert. Die post-medizinische Geographische Gesundheitsforschung schließlich beleuchtet die gesellschaftlichen Fragen, die sich aus der Pandemie ergeben. Es wird hinterfragt, wie die Pandemie Orten eine neue Bedeutung zuweist und welche Folgen daraus erwachsen, wenn sich etwa Theater vom Ort der Kultur temporal zum Angstraum vor Infektion verwandeln. Es gibt viel zu tun für die Geographische Gesundheitsforschung.

Link zu aktuellen Informationen und einer interaktiven Karte (WHO):
<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>

Jürgen Schweikart (Beuth Hochschule für Technik Berlin),
schweikart@beuth-hochschule.de

Dieser Beitrag wurde bereits veröffentlicht:
<https://geographie.de/2020/04/09/die-corona-pandemie-ein-forschungsgegenstand-der-geographie/>



Entwicklung der COVID-19 Fälle nach WHO Region (<https://covid19.who.int/>),
Stand: 4. Juni 2020

INHALT

AUS DEM AK	1
IN EIGENER SACHE	2
WIE SARS-CoV-2 UNSERE GEOGRAPHIEN VERÄNDERT – DREI POSTMEDIZINISCHE PERSPEKTIVEN	3
NEW WORLD HEALTH ORGANIZATION REGIONAL DIRECTOR FOR THE EUROPEAN REGION STARTS HIS TERM DURING THE COVID-19 PANDEMIC – A BRIEF OVERVIEW AT THE ACTIONS AND WORDS USED SO FAR	4
DAS CORONA-VIRUS UND DIE POLITISCHE ÖKOLOGIE VON GESUNDHEIT GEOGRAPHIE KANN MEHR ALS „BIG DATA“!	6
Globale Gesundheitspolitik zwischen ökonomischer Rationalität und State of Exception	9
RISIKOWAHRNEHMUNGS- UND VERHALTENSFORSCHUNG IN ZEITEN EINER GLOBALEN PANDEMIE	11
YOUNG ADULTS WEATHERING THE COVID-19 PANDEMIC: THEY ARE NOT A “LOST GENERATION”!	12
„MAPPING CORONA“ – KARTEN UND GRAFIKEN ÜBER DIE EPIDEMIE „LESEN LERNEN“: GIS-STATION IN HEIDELBERG ENTWICKELT ONLINE-KURS MIT WEBGIS FÜR DIE MITTELSTUFE	14
DATEN UND KARTEN AM LAUFENDEN BAND: DIE RÄUMLICHE VISUALISIERUNG DER COVID-19-PANDEMIE	15
DIE MEHRDIMENSIONALE PROBLEMATIK DER KLEINEN FALLZAHL IN DER KLEINRÄUMIGEN DARSTELLUNG VON COVID-19-FÄLLEN	18
VERANSTALTUNGSHINWEIS	19
VERMISCHTES	19
IMPRESSUM	20

IN EIGENER SACHE

Wir alle sind mehr oder weniger unmittelbar mit der aktuellen COVID-19-Pandemie befasst – entweder, weil wir in unserem Beruf täglich dazu arbeiten, oder weil wir einfach nur intensiv über die räumlichen Aspekte der Pandemie nachdenken.

Für uns alle beutet die aktuelle Situation ein hohes Maß an Arbeitsbelastung und auch Veränderung des Arbeitsumfeldes (Homeoffice, Fernunterricht u. a. m.). Vor dem Hintergrund erschien es uns nicht möglich den eigentlich für Mai vorgesehenen Newsletter zu erstellen. Aber wann gibt es schon ein so aktuelles Thema mit solch einer Vielzahl von raumbezogenen Fragestellungen, als ein "klassisches" Thema für die medizinische Geographie? Um die Kommunikation und den Austausch von Aktivitäten zu diesem Thema zu fördern, zu unterstützen, den Newsletter doch nicht ganz ausfallen zu lassen und somit das Leben des AK und seinen Beitrag zur Forschung und Praxis hinsichtlich der globalen Pandemie zu demonstrieren, haben wir uns in Absprache mit den Sprechern des AK zu dieser Sonderausgabe entschieden. Wir verzichten auf die sonst üblichen Rubriken und drucken hintereinander weg die eingegangenen Artikel. Für die insbesondere im Hinblick erhöhter Arbeitsbelastung überwältigende Anzahl eingegangenen Beiträge danken wir allen Autoren ganz herzlich, wissen wir doch um die gerade knappe Zeit! Unter allen Beiträgen sind die Namen der Autoren und ihre E-Mail-Adresse abgedruckt. Wir laden herzlich zur Kontaktaufnahme und Diskussion ein!

*Carmen Anthonj (University of North Carolina) und Martina Scharlach (Niedersächsisches Landesgesundheitsamt),
carmen.anthonj@email.unc.edu und martina.scharlach@nlga.niedersachsen.de*

Folgendes Glossar soll als Hilfestellung dienen:

Containment	Die Verbreitung einer Krankheit wird genau verfolgt. Ziel ist es, eine Epidemie zu stoppen.
Coronaviren	Familie von RNA-Viren, die sowohl Tiere als auch Menschen infizieren können und beim Menschen vor allem Erkrankungen des Respirationstrakts auslösen. Der Name ist auf das charakteristische, kränzförmige Aussehen der Coronaviren zurückzuführen (lateinisch „corona“: Kranz, Krone).
COVID-19	Durch Sars-CoV-2 ausgelöste Atemwegserkrankung.
Detection	Entdeckung.
Durchseuchung	Grad des Vorkommens einer Infektionskrankheit in der Bevölkerung.
Gesundheit	Ein Zustand völligen physischen, psychischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Freisein von Krankheit und Gebrechen (WHO, 1946).
Global Health	Im Zentrum von Global Health / Globaler Gesundheit stehen Entwicklungen und Auswirkungen einer zunehmend globalisierten Welt auf Gesundheit und die damit verbundenen Herausforderungen. Global Health bezieht sich auf die transnationalen Einflüsse der Globalisierung auf gesundheitliche Lagen, Determinanten und Risiken, die außerhalb der Kontrolle einzelner Nationen liegen.
Herdenimmunität	Wenn ein bestimmter Anteil der Bevölkerung eine Infektion durchlaufen hat und gegen den Krankheitserreger immun geworden ist, dann ist die Reproduktionszahl R weit unter 1 und der Erreger kann sich nicht weiter ausbreiten.
Inzidenz	Anzahl der neu auftretenden Erkrankungen innerhalb einer Personengruppe von bestimmter Größe während eines bestimmten Zeitraums.
Lockdown	Maßnahme im Rahmen des Infektionsschutzes, Ausgangssperre.
Notstand	Die Weltgesundheitsorganisation nutzt den Begriff internationaler Gesundheitsnotstand („Public Health Emergency of International Concern“), wenn ein außergewöhnliches Ereignis im Bereich der öffentlichen Gesundheit von globaler Bedeutung vorliegt. Ein solcher Notstand liegt vor, wenn der Ausbruch einer Krankheit mehr als ein Land betrifft und eine internationale koordinierte Handlungsstrategie erforderlich ist.
Nowcasting	Erstellung einer Schätzung des Verlaufs der Anzahl von bereits erfolgten SARS-CoV-2-Erkrankungsfällen in Deutschland unter Berücksichtigung des Diagnose-, Melde- und Übermittlungsverzugs.
Pandemie	Ausbreitung einer Infektionskrankheit mit hohen Fallzahlen und in der Regel auch schweren Krankheitsverläufen weltweit. Bei einer fortgesetzten Mensch-zu-Mensch Übertragung kann die Weltgesundheitsorganisation eine Pandemie „deklarieren“. Der COVID-19 Ausbruch wurde am 12. März 2020 zu einer Pandemie erklärt.
Quarantäne	Vorübergehende Isolierung von Personen oder Tieren, die von einer ansteckenden Krankheit befallen sind oder bei denen Verdacht auf eine solche besteht. Die Quarantäne ist eine Schutzmaßnahme gegen eine Verbreitung der Krankheit.
Reproduktionszahl R	Wert der angibt, wie viele andere Personen eine infizierte Person im Durchschnitt ansteckt. Ist die Reproduktionszahl größer als 1, überträgt jeder Infizierte die Erkrankung an mindestens eine weitere Person. Erst wenn R kleiner 1 ist, geht die Zahl der Infizierten zurück.
SARS-CoV-2	Neuartiger Krankheitserreger der Familie der Coronaviren, der die Lungenkrankheit COVID-19 auslösen kann.
Social Distancing	Eine Strategie zur Verlangsamung der Ausbreitung einer Krankheit, bei der die Menschen möglichst Abstand voneinander halten, wenn sie sich begegnen. Der vorgegebene Abstand beträgt für COVID-19 1,5m.
Verdoppelungsrate	Die Zeitspanne, in der sich die Zahl der Coronavirusansteckungen in einem Land oder in einer Region verdoppelt hat.
Versicherheitlichung	Konzept in der politikwissenschaftlichen Teildisziplin Internationale Beziehungen das beschreibt, dass ein Sachverhalt als Sicherheitsproblem wahrgenommen oder zu einem solchen gemacht wird.
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Die derzeitige Pandemie-Situation verändert gesellschaftliche Strukturen und beeinflusst, wie wir Räume wahrnehmen, uns in ihnen bewegen und in ihnen handeln. Die gesellschaftliche Raumwirksamkeit der Coronakrise zu analysieren ist Aufgabe der postmedizinischen geographischen Gesundheitsforschung. Im Folgenden werden mögliche Fragestellungen aus drei unterschiedlichen postmedizinischen Perspektiven vorgestellt.

1. DAS VIRUS ALS AKTANT

Unser Alltag ist nicht mehr alltäglich und in die Ausnahmesituation, aus der wir uns langsam wieder zurückkämpfen, wurden wir durch ein Virus gestoßen. Aus sozialwissenschaftlicher Perspektive kann SARS-CoV-2 als idealtypischer nicht-menschlicher Akteur bzw. Aktant gesehen werden. Dabei handelt das Virus natürlich nicht selbst, es verordnet uns kein Homeoffice, es verbietet nicht den Besuch im Zoo und es vertreibt auch nicht Millionen armer Tagelöhner unter menschenunwürdigen Bedingungen aus Indiens Metropolen. Es sind unsere Vorstellungen von dem Virus und ganz konkret Personen und Institutionen, die mit SARS-CoV-2 interagieren und Veränderungen hervorrufen. Durch die Akteursnetzwerke werden unsere täglichen Aktionsräume verändert: die in der realen Welt werden kleiner und enger, während unsere Präsenz im digitalen Raum zunimmt. Statt in Seminar- und Konferenzräumen treffen wir uns in Zoom-Räumen. SARS-CoV-2 verändert neben unseren täglichen Aktionsräumen auch unsere sozialen Praktiken – die Art und Weise, wie wir uns auf der Straße und im Supermarkt bewegen, wie wir mit anderen Menschen (im Raum) interagieren. Eine der ersten Praktiken, die dem Virus zum Opfer fiel, war das Händeschütteln. Freunde umarmen wir nicht mehr, weil wir sie nicht mehr sehen – und wenn dann nur beim Spaziergang mit einem Mindestabstand von 1,5 Metern. Die Frage für die Zukunft lautet: Wie wird das Virus unsere Aktionsräume und Praktiken verändern? Und welche Prozesse, die jetzt angestoßen werden, sind von Dauer?

2. PLACE-MAKING WÄHREND DER PANDEMIE

Als Gesellschaft verhandeln wir derzeit, welche Orte wir wieder zugänglich machen sollen. Orte – im Englischen places – sind mehr als der physische Ort, sie sind die Orte, wie sie in unseren Vorstellungen existieren, geprägt durch die Ereignisse, die wir dort erlebt haben, und die Emotionen, die wir mit ihnen verbinden. San Siro, das Fußballstadion Mailands, wandelte sich vom Ort der Freude – Atalanta Bergamo gewann hier am 19. Februar 2020 4:1 gegen den favorisierten Club aus Valencia das Hinspiel des Championsleague-Viertelfinals – zum Ort der Ansteckung. Im Nachhinein wurde dieses Spiel als „Biologische Bombe“ bezeichnet und San Siro zum Schauplatz des „Spiel 0“ – in Anlehnung an den Patienten 0, den ersten Träger eines neuartigen Virus. Von hier aus, so die Theorie, verbreitet sich das Virus in Norditalien. Aber auch andere Orte haben binnen kurzer Zeit neue Bedeutungszuschreibungen erfahren: Das Karnevalszelt in Gangelt, im Kreis Heinsberg, wurde zum Ort von Deutschlands „Sitzung 0“, Kinderspielplätze wurden von Orten kindlicher Freude zu Durchseuchungsorten und der ÖPNV zu rollenden Infektionsherden (vor allem für diejenigen, die sich kein Auto leisten können). Wie viel wird davon bleiben? Welche Orte werden dauerhaft neue Zuschreibungen erfahren?

3. BIOMACHT UND DIE PANDEMIE

Regierungen weltweit reagieren entschlossen und mit ähnlichen Maßnahmen auf die Verbreitung des Virus, der Begriff Lockdown hat es in deutlich weniger als 80 Tagen um die Welt geschafft. Aus sozialwissenschaftlicher Perspektive bietet sich die Analyse unter Verwendung von Michel Foucaults Konzept der Bio-Macht an. Der Staat ordnet Räume neu, um Leben zu schützen, und wählt dafür drastische Maßnahmen: Er schränkt die Freiheitsrechte in einer Art und Weise ein, wie wir sie in den westlichen Demokratien seit Ende des Zweiten Weltkrieges nicht mehr erlebt haben. In Foucaults Worten „diszipliniert“ er seine Bürger, um Leben zu erhalten. Er schützt seine Bürger auf seinem Territorium. Die bis vor kurzem in diesem Ausmaß nicht vorstellbaren Reisebeschränkungen sind der deutlichste Ausdruck der räumlichen Komponente dieser Biopolitik. Das räumliche Tracking von Infizierten mittels Mobilfunkdaten, in Deutschland vor kurzem noch undenkbar, wird heute selbstverständlich diskutiert. Für die Zukunft stellt sich die Frage, ob diese Biopolitiken die globalisierte Welt verändern werden? Zudem stellt sich die Frage, wie Staaten zukünftig räumliche Bewegungen noch stärker kontrollieren werden.

FAZIT

Die Corona-Krise verändert Geographien kurz-, mittel- und langfristig. Diese räumlichen Veränderungen kritisch zu hinterfragen, wird die Geographische Gesundheitsforschung in den nächsten Jahren herausfordern. Neben der Krankheitsökologie und der Gesundheitssystemforschung wird auch die postmedizinische Gesundheitsgeographie einen wichtigen Beitrag leisten.

*Carsten Butsch (Universität Köln),
butschc@uni-koeln.de*

NEW WORLD HEALTH ORGANIZATION REGIONAL DIRECTOR FOR THE EUROPEAN REGION STARTS HIS TERM DURING THE COVID-19 PANDEMIC - A BRIEF OVERVIEW AT THE ACTIONS AND WORDS USED SO FAR

Since 25 January 2020, the new Regional Director of the WHO Regional Office for Europe (RD) has been addressing the countries and people in the European region, including governments, health professionals, media, with respect to the COVID-19 pandemic, once a week or more often. All Statement can be retrieved at <http://www.euro.who.int/en/about-us/regional-director/statements>.

On 7 May, the European Region registered a total of 1.6 million cases and almost 150,000 deaths, accounting for 45 % of cases and 60 % of global deaths associated with COVID-19. Meanwhile, since 12 April, a decrease in the number of cases reported per day has been observed in the Region.

"I am sorry for the loss of every grandmother, grandfather, mother, father, sister, brother, son or daughter during these times."
RD Hans Henri P. Kluge

The RD had personally reached out to prime ministers, ministers, director generals and chief medical officers and reported to frequently convene ministries from all corners of the Region, especially on a sub-regional basis in the Western Balkans and Central Asia, and among small countries.

The Regional Office relies upon and contributed to the development and distribution of the numerous WHO and partners' COVID-specific materials to inform and guide countries and the public in relation to the response to COVID-19 as well as its indirect consequences such as regular healthcare services being disrupted, higher health inequalities, increased interpersonal violence and mental health of all, including of healthcare workers and children. The RD provided information on the work done at the regional level and asked countries and people to take quick, informed and targeted actions while reminding of the big health concerns and the needs to avoid further collateral damages. Among all, one example is the resurgence of measles in the Region since 2017 and the need for continued access to vaccination. Efforts have already been introduced in several countries and it lies on the determination of parents and caregivers to keep their children safe.

As of 17 March 2020, the Regional Office has been organising some 40 missions in countries across the Region, on request, for hospital preparedness, coordination, health sector planning, laboratory services, preparedness and readiness, and rapid response; monitoring the risk of possible medicine supplies disruption; increasing the work with manufacturers while strengthening hospitals and laboratory capacity; and contributing to the Global Outbreak Alert and Response Network partners and emergency medical teams to scale up capacity to respond to the increasing demands.

People with pre-existing chronic diseases are more likely to suffer serious complications or die from COVID-19. These people are often in the lower socioeconomic status and the social and mental consequences of this pandemic, especially linked with the economic impacts, are likely to be felt for years from now.

Increases in interpersonal violence have been observed in the Region, including in Belgium, Bulgaria, France, Ireland, Russian Federation, Spain, UK, and others of – including violence against women and men, by an intimate partner and against children – because of the COVID-19 response. Member States are reporting up to a 60 % increase in emergency calls by women subjected to violence by their intimate partners in April this year, compared to last. Older women, people with disabilities, those who are displaced or are refugees, and those living in conflict-affected areas are especially vulnerable and it is our responsibility to protect them. Countries have already started responding with public health measures and guidance materials have been published.

The RD recognised that every country is at a different place and is finding its way to find a new form of normality. 43 countries have implemented partial or full domestic movement restrictions, and 32 countries are moving to ease some of the public health and social measures, alongside managing to reduce the transmission of the virus.

"The situation remains very fragile and could quickly relapse if the basic measures are not scaled up, their surge maintained and if the transition is not planned carefully and gradually." RD Hans Henri P. Kluge

The screenshot shows the WHO website's emergency page for COVID-19. At the top left is the WHO logo. A blue navigation bar contains links for Home, Health Topics, Countries, Newsroom, Emergencies, Data, and About Us. The main content area is divided into several sections: a large red emergency banner for the Coronavirus disease (COVID-19) pandemic with a link 'All info here ->'; a 'COVID-19 quick links' section with expandable items like 'Scam alert', 'Advice for the public', 'Advice for health workers', 'Country & Technical Guidance', 'Situation updates', and 'Research and Development'; a 'Coronavirus disease (COVID-19) Situation dashboard' section featuring a world map and a description of the interactive dashboard; and a blue promotional banner for a WHO press conference on #COVID19, scheduled for Monday, Wednesday, and Friday from 15:00 GMT at www.who.int/COVID-19.

Through these statements, the Regional Director has called on countries to:

- Work together to remove barriers to the response - making sure that measures introduced by one nation help and do not hamper the response in another
- Continue supporting the response with resources and acting in solidarity, including all, and leaving no-one behind, assuring the most vulnerable are supported
- Support, protect and strengthen the health workforce at all levels, including caring for their state of mental health
- Implement what we know is working
- Maintain command-and-control structures and functions, communicate continuously and engage communities to achieve collective buy-in to current and possible future measures - promote an all-of-government response
- Separate healthy people from suspected and probable cases
- Maintain a dual track health and social service – continuing to deliver regular health services, whilst responding aggressively to COVID-19, including services to address violence
- Address gaps in long-term care facilities, ensuring safe and supportive services (now), trained and empowered staff, and prioritizing users' needs

And on people and communities to:

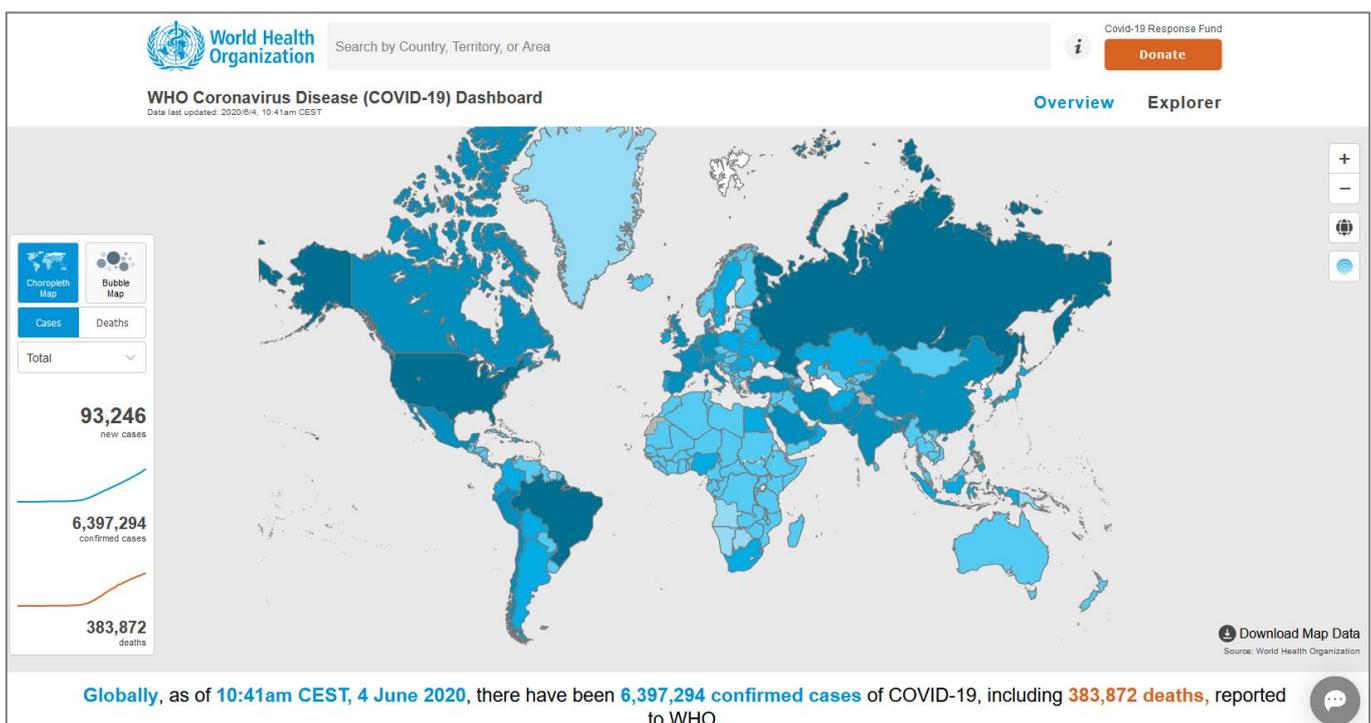
- Adhere to the guidance from your public health authorities.
- Keep immunization services available and ensure that children are vaccinated and safe.
- Stay alert to the safety and wellbeing of those around you (including on matter violence, If you see something, say something)
- Keep in touch with those you trust and can support you.

New initiatives / products by the WHO Regional Office for Europe mentioned across the statements:

- COVID-19 Health System Response Monitor, launched by the WHO Regional Office, the European Observatory on Health Systems and Policies, together with the European Commission to map the policy measures taken by countries and to make it accessible on a platform to be updated continuously
- Programme of Work “United action for better health”, we will strive to accelerate action to reduce health inequities and to strengthen public health leadership at local, regional, national and international levels (in collaboration with EUPHA)
- Surge planning tools to support Member States to visualize acute and intensive care capacity needs over time; and the severity of the peak of the outbreak. This is supplemented with policy recommendations on how to create surge capacity in acute and intensive care, and includes helpful country examples we are sharing

"Each of us has a vital role to play – shaping the recovery to a new normal, placing health and equity at the heart of all policies" (WHO RD Hans Henri P. Kluge)

Valentina Grossi (Universitätsklinikum Bonn & World Health Organization Regional Office for Europe),
Valentina.Grossi@ukbonn.de



Weltweite COVID-19 Situation (<https://covid19.who.int/>), Stand: 4. Juni 2020

DAS CORONA-VIRUS UND DIE POLITISCHE ÖKOLOGIE VON GESUNDHEIT

GEOGRAPHIE KANN MEHR ALS „BIG DATA“!

DIE „CORONA-PANDEMIE“ AUS SICHT DER GEOGRAPHIE: MUSTERBEISPIEL EINES KRISENVERLAUFS

In der Ursachenforschung zur COVID-19-Pandemie („Corona-Pandemie“) und der wissenschaftlichen Begründung von Bewältigungsstrategien kommen derzeit vor allem Vertreter der medizinischen Epidemiologie bzw. Virologie zu Wort. Die auch im Lebensalltag zunehmend spürbar werdenden gesellschaftlichen und ökonomischen Auswirkungen der Pandemie bedürfen aber einer fachwissenschaftlichen Analyse, die nicht nur biomedizinische Fakten und Zahlen einbezieht. Aus Perspektive der Geographie kann es in einem ersten Schritt darum gehen, Infektionen zu kartieren und damit wertvolle Rückschlüsse auf den Ausbreitungsprozess des Virus zu ziehen. Hierfür ist ein Rückgriff auf große Datenmengen („Big Data“) nötig, um das Geschehen möglichst differenziert darstellen zu können. Dies allein ist jedoch nicht ausreichend, denn die Wirksamkeit möglicher Interventionsmaßnahmen hängt nicht nur von räumlichen Ausbreitungsmechanismen ab. Pandemien wirken häufig als Katalysatoren und Beschleuniger für Maßnahmen, deren Umsetzung in „Normalzeiten“ oft Jahre dauert. Sie können im positiven Sinne progressive und emanzipatorische oder im negativen Sinne autoritäre Prozesse befördern sowie bestehende Hierarchie- und Machtverhältnisse destabilisieren oder festigen. Eine Krise kann zudem gesellschaftliche Unsicherheiten und Widersprüche offenbaren, die ansonsten verborgen bleiben. Die Kulturgeographie mit ihren Ansätzen zur Gesundheits-, Risiko- und Katastrophenforschung reicht daher über die infektiologische Kartierungsaufgabe und die Analyse von „Big Data“ hinaus. Die Erfassung und das Verstehen der sozialen Prozesse, unter denen sich eine Pandemie vollzieht, wird zu einer komplexen Angelegenheit, wenn man auch danach fragt, wer in einer Gesellschaft bezüglich Gesundheit und Krankheit, Gefahr, Risiko und Bewältigung welche Auffassungen vertritt und welche Interessen sich dahinter verbergen. Die fast schon im wahrsten Sinne virulente Debatte um „richtiges“ Handeln im Zeichen von Corona zeigt, wie konfliktbehaftet eine Pandemie und die Frage des angemessenen Umgangs mit ihr sein können.

Wenn man divergierende Interessenslagen und Strategien untersucht, dann stößt man unweigerlich auf Fragen von Deutungshoheiten, Durchsetzungskraft und Macht, bewegt sich also in diesem Sinne unmittelbar im Feld des Politischen. Dabei sind das Virus selbst und die Krankheiten, die es auslöst, aus rein biomedizinischer Perspektive ganz natürliche Vorgänge – die kulturgeographische Analyse dieser Vorgänge wird damit zu einer Politischen Ökologie, die nach den spezifischen Beziehungen des Menschen zu seiner natürlichen Umwelt fragt. Besonders spannend wird es, wenn es in einer solchen Analyse um Gesundheit geht: die Trennung zwischen Mensch und Umwelt verläuft hier nämlich quasi durch den Menschen hindurch. Der gesund bleibende oder krank werdende Körper wird dem denkenden Menschen zur Umwelt – und diese zu erhalten (also „gesund zu bleiben“) wird zur Frage nach den Lebensbedingungen und zur essentiellen Auseinandersetzung um Leben und Tod. Genau in dieses Feld stoßen Geographische Risiko- und Katastrophenforschung und eine Politische Ökologie von Gesundheit.

Zu komplex? Vielleicht. Aber Krisen- und Katastrophenverläufe beruhen selten auf simplen Ursache-Wirkungs-Ketten. Die Geographische Entwicklungs- und Katastrophenforschung, wie sie an der Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg (FAU) betrieben wird, versucht sich dem komplexen Geschehen über einige „bewährte“ Eingangspforten zu nähern: Sie fokussiert auf (kulturell sensible) humanitäre Hilfe und Entwicklungszusammenarbeit, versucht den Ursachen riskanter Lebensbedingungen und sozialer Verwundbarkeit auf die Spur zu kommen und bedient sich im Kontext von Gesundheitskrisen der Politischen Ökologie als Analyseansatz. Und sie versucht, die Logiken und Strategien zu erfassen, denen Entscheidungsträger folgen, wenn sie in den Pandemieverlauf eingreifen.

Die Interventionsmaßnahmen im Falle von Corona unterscheiden sich zunächst nicht von Konzepten, wie sie weltweit zum Einsatz kommen, wenn eine Epidemie oder gar Pandemie droht. Es sind wiederkehrende Schemata der Prävention und Intervention, die wir auch im deutschen Pandemieplan finden: In einer ersten Phase einer (potentiellen) Epidemie gilt es, die Ausbreitung der Krankheit früh zu erkennen und einzudämmen („detection“ und „containment“). In Deutschland haben wir aktuell diese Phase längst durchschritten. Es geht nun darum, besonders anfällige Gruppen zu schützen („protection“) und die Negativfolgen der Krankheit zu minimieren („mitigation“). Als wichtige Kennziffer hierfür ist die „Reproduktionszahl“ bereits in den Alltagswortschatz gedrungen: ist sie kleiner als eins, dann steckt jeder Infizierte im Durchschnitt weniger als eine andere Person an und die Krankheit bzw. die Epidemie ebbt ab. Auch die „Herdenimmunität“ ist inzwischen ein bekannter Begriff: Wenn ein großer Teil der Bevölkerung eine Infektion durchlaufen hat und immun geworden ist, wird sich die Krankheit nicht mehr folgenswer ausbreiten können. Dies ist vor allem deshalb wichtig, damit es nicht zu einer Überlastung des Gesundheitssystems kommt. Die derzeitigen Beschränkungen des öffentlichen Lebens dienen, wie wir wissen, genau diesem Zweck und scheinen auch recht erfolgreich zu sein. Da es gelungen ist, die Reproduktionszahl massiv zu drücken, erscheint sogar eine Rückkehr zur Phase des Containments möglich.

STRATEGIEN UND PERSPEKTIVEN DER KRISENBEWÄLTIGUNG

Aber genau an diesem Punkt scheiden sich die Geister: Welcher Strategie soll man folgen? Die politische und gesellschaftliche Debatte adressiert im Wesentlichen zwei Lösungswege:

1. Setzt man auf eine Rückkehr zum Containment, dann muss es gelingen, jede einzelne neu infizierte Person zu isolieren und alle sozialen Kontakte, bei denen eine Ansteckung Anderer stattgefunden haben könnte, lückenlos nachzuvollziehen. Selbst bei gelingendem „Aushungern“ der Krankheit bestünde aber weiterhin die Gefahr, dass sich das Virus aufgrund der Fahrlässigkeit einzelner Personen oder durch Einschleppung von außen erneut ausbreiten könnte. Lockerungen im öffentlichen Leben wären daher enge Grenzen gesetzt.

Weiterlesen →

2. Favorisiert man die Fortführung der Mitigation, dann kann man durchaus einen geringen Anstieg der Reproduktionszahl zulassen, solange das Gesundheitssystem das eben noch verkraftet. Deshalb erlaubt auch dieses Konzept keine sehr weitgehenden Lockerungen der Schutzmaßnahmen. Das Ziel wäre hier u. a. die Herdenimmunität, die allerdings erst nach Hunderten von Tagen erreicht werden könnte – ein Zeitraum also, der vermutlich weder sozial noch ökonomisch zu verkraften wäre.

Der Unterschied zwischen Strategie 1 (radikales Containment) und 2 (sukzessive „Durchseuchung“ bei Minimierung der Negativfolgen) liegt darin, dass im ersten Fall jeder Krankheitsfall vermieden werden muss, während im zweiten Fall eine gewisse Ansteckungsrate sogar erwünscht ist. Berücksichtigt man, dass die Reproduktionszahl in beiden Fällen niedrig gehalten werden müsste, dann scheint der Unterschied zwischen diesen Möglichkeiten nur sehr gering zu sein. Bezüglich seiner Implikationen aber ist er groß: Zwar erscheint Strategie 1 auf den ersten Blick als die humanere Methode (setzt sie doch möglichst wenige Menschen der Gefahr einer Ansteckung aus). Aber sie macht eine lückenlose Überwachung der Bevölkerung notwendig, wie sie ja auch über eine entsprechende App angedacht ist. Nicht nur Infizierte, sondern alle, die sich dieser Person innerhalb eines bestimmten zurückliegenden Zeitraums auf eine bestimmte Reichweite genähert hatten (die damit quasi unter den Generalverdacht gestellt würden, infiziert und infektiös zu sein), müssten Zwangsmaßnahmen unterzogen werden. Dieses Procedere hätte so lange zu geschehen, bis ein Impfstoff gefunden wäre, denn schließlich bliebe immer die Gefahr des erneuten Aufkeimens der Infektionen. Bei Strategie 2 könnte man zumindest auf diese Maßnahmen verzichten. Andererseits würde man bewusst die Erkrankung vieler Personen in Kauf nehmen, dabei aber versuchen, das Gesundheitssystem nicht zu überlasten. Dies birgt ethische und moralische Implikationen, würde man doch mehr Menschen dem Leiden der Krankheit aussetzen und, selbst bei guter medizinischer Infrastruktur, einige Infizierte in Todesgefahr bringen. Der Unterschied zwischen beiden Strategien bedeutet also die Wahl zwischen der Einführung digitaler Überwachungssysteme (mit der Gefahr ihrer Verstetigung) und der bewussten Inkaufnahme höherer Infektions- und Krankheitsfälle.

Mit der Wahl zwischen Strategie 1 und 2 sind sehr fundamentale Fragen einer angemessenen Krisenbewältigung verbunden. Begreift man Krankheit als etwas zum Leben Gehörendes oder begegnet man ihr als Feind? Viele aktuelle Politiken (z. B. Frankreich oder USA) instrumentalisieren derartige Kriegsmetaphern und artikulieren ihre Katastrophenintervention in strategisch-militärischem Duktus. Wo aber liegt die Grenze zwischen einem „guten“ Leben einerseits, wie es im Übrigen auch die Weltgesundheitsorganisation in ihrer Definition von Gesundheit beschreibt, und dem Schutz des nackten Über-Lebens andererseits, wie es aus biomedizinischer Sicht wohl favorisiert wird?

Wir befinden uns also in einem Dilemma, das wiederum durchaus charakteristisch für viele Krisenverläufe ist und weit jenseits biomedizinischer Rationalität liegt: Wird nicht schnell ein Impfstoff gefunden (unrealistisch), sind bei beiden Strategien sehr lange Laufzeiten der gegenwärtigen Schutzmaßnahmen erforderlich. Diese sind aber weder wirtschaftlich noch gesellschaftlich durchsetzungsfähig und vertretbar. Die Debatte um Lockerungen ist also unvermeidlich, trotz Wissens um deren gesundheitliche Gefahren. Diese Debatte wird meist als eine Abwägung zwischen ökonomischen Interessen und dem Schutz von Menschenleben dargestellt. Oft wird sie sogar zur moralischen Frage zwischen Eigennutz und Rücksicht, Egoismus und Verantwortung hochstilisiert. Um aber nicht in gegenseitige Beschuldigungsrhetoriken zu verfallen, ist es notwendig, sich über die Bedingungen klar zu werden, unter denen es zu diesen unterschiedlichen Auffassungen kommt. Aus kulturgeographischer Perspektive lassen sich mindestens die folgenden drei Dimensionen identifizieren, in die Krisenhandeln und Entscheidungsfindung eingebettet sind: Erstens die Rollen politischer und wissenschaftlicher Akteure im Rahmen sogenannter kaskadierender Kriseneffekte, zweitens Konzepte von Versicherheitlichung und Verantwortung auf nationaler und globaler Ebene, und drittens die Frage nach einer adäquaten Katastrophenprävention.

POLITIK, WISSENSCHAFT UND DIE KASKADENEFFEKTE DER PANDEMIE

In „westlichen“ Demokratien zählt der Schutz des individuellen menschlichen Lebens als oberstes Gut und wird entsprechend zur Direktive der Politik. Dem zugrunde liegt die Überzeugung, dass es in jedermanns Interesse ist, möglichst lange zu leben. Geschichtlich betrachtet sind immer schon Seuchen über das Land gezogen. Staatliches Handeln orientierte sich aber nicht immer an der Rettung möglichst vieler Menschenleben, sondern oft eher am Erhalt der Funktionsfähigkeit im Inneren und der Wehrhaftigkeit nach außen. Die Befürchtung, dass unter dem Deckmantel des Schutzes nun restriktive Überwachungsmaßnahmen eingeführt und der Ausnahmezustand dabei zum Schreckensszenario der totalen Kontrolle werden könnten, liegt deshalb nahe. Während einige autoritäre oder stärker im Kollektivhandeln verankerte Regierungen Ostasiens (v. a. China, Südkorea) Stärke beweisen in der Radikalität, mit der sie Infektionsschutzmaßnahmen durchsetzten, wuchs in Deutschland eine Debatte, ob die liberale und zudem föderale Demokratie überhaupt flexibel und entscheidungskräftig genug sein könne, effektive Schutzkonzepte umzusetzen. Zur äußeren Bedrohung kam auch noch eine innere Auseinandersetzung mit autoritären Kräften innerhalb der etablierten Parteien, die vor allem zu Beginn der Krise durch Forderungen nach repressiven Maßnahmen (z. B. Grenzschließungen) steigende Umfragewerte erzielten. Nun zeigt sich aber, dass auch in einer demokratisch moderaten Haltung, die vor allem Wert auf die Angemessenheit und Nachvollziehbarkeit der Maßnahmen legt, durchaus effektives Regierungshandeln möglich ist.

Hierbei verlassen sich politische Entscheidungsträger zur Zeit in ungewohnt offener Weise auf Einschätzungen und Empfehlungen aus der Wissenschaft, allen voran der Epidemiologie. Dabei ist die Begrenztheit allen menschlichen Wissens gerade in dieser Krise besonders bemerkbar. Klagen darüber, dass selbst die Experten sich nicht einig sind, mehren sich. Oft wird aber übersehen, dass der Wert von Wissenschaft darin liegt, um Wahrheit zu ringen, und nicht darin, Wahrheit parat zu haben. Wissenschaft erreicht differenzierte Urteile nur in einer beständigen Zwiesprache unter den Wissenschaftlern und im naturgemäß zeitaufwändigen „Abgleich“ mit der sogenannten Praxis. Dabei zeigt sich eines deutlich: jeder Kontrollversuch, jede Interventionsmaßnahme, die der Eindämmung der Pandemie dienen soll, beeinflusst Dinge und Prozesse weit jenseits des eigentlichen Pandemiegeschehens und setzt dort weitere Folgeeffekte in Gang. Die Katastrophenforschung bezeichnet das als „kaskadierende Effekte“. Pandemien

lassen sich nicht deswegen schwer kontrollieren, weil sie unaufhaltsam „über das Land ziehen“, sondern weil sie nur mittels schwerer, kaum zu rechtfertigender Einschnitte aufgehalten werden können. Die Kaskadeneffekte greifen tief in unseren Lebensalltag ein und werden noch zu spüren sein, wenn die Pandemie selbst längst überwunden ist.

GLOBALISIERUNG, VERSICHERHEITLICHUNG UND VERANTWORTUNG IM KONTEXT DER KRISENMAßNAHMEN

Die Debatte um staatliche Krisenpolitik ist auch bei Corona eng verbunden mit Fragen einer globalen Gesundheitspolitik („Global Health“) und berührt damit Globalisierungsprozesse und Tendenzen einer sogenannten „Versicherheitlichung“. Wie können beispielsweise internationale Handels- und Migrationswege effektiv kontrolliert werden, sodass sie nicht automatisch auch Infektionswege darstellen? Welche Rolle spielt dabei die jeweilige nationale Kontrolle eines Krankheitserregers? Es ist in diesem Zusammenhang bemerkenswert, wie sehr trotz alledem der Blick politischer Akteure und der „Öffentlichkeit“ auf den unmittelbar eigenen Lebenskontext verengt wird. Dass ein westeuropäischer Lebensstandard kein Universalphänomen ist, wird oft übersehen. Dies zeigt sich aktuell z.B. deutlich in den südafrikanischen Townships. Dort gelten wesentlich strengere Ausgangsbeschränkungen als bei uns, die sich aber nicht durchsetzen lassen, wenn sich im Schnitt acht Personen eine Wohnfläche von weniger als 20 m² teilen müssen. Ein Mindestmaß an Privatsphäre und Körperhygiene ist nur möglich, wenn andere Personen das Haus verlassen können. Hinzu kommt, dass unter marginalen Bedingungen keine Vorratshaltung möglich ist. Überleben kann nur, wer zur Versorgung seines Haushalts täglich das Haus verlässt. Hinzu kommen potentielle Wechselwirkungen mit anderen Krankheiten. Das südliche Afrika ist seit drei Jahrzehnten massiv von der HIV/AIDS-Pandemie betroffen. Jährlich sterben weltweit fast 800.000 Menschen an AIDS-verursachten Krankheiten, allein im östlichen und südlichen Afrika waren es 2018 über 300.000. Jede Woche infizieren sich rund 6.000 junge Frauen zwischen 15 und 24 Jahren mit HIV – unter den Jugendlichen in Afrika südlich der Sahara sind es in vier von fünf Fällen Mädchen, die sich neu infizieren. Allein diese Beispiele verdeutlichen, wie eng Pandemien mit sozialer Ungleichheit und Benachteiligung verwoben sind. Die HIV-Seroprävalenz, also der Anteil der Infizierten an der Gesamtbevölkerung zwischen 15 und 49 Jahren, liegt im südlichen Afrika bei über 20 %. Es ist zu befürchten, dass diese Gesellschaften, in denen Millionen von Menschen mit Immunschwäche leben, besonders stark von COVID-19 betroffen sein werden – so spekulieren zumindest UN-Organisationen. Auch hier sind Fragen offen, welche die oben angesprochenen Kaskadeneffekte und Aspekte der Versicherheitlichung betreffen: Wenn etwa im südlichen Afrika antiretrovirale Medikamente gegen AIDS nicht allen Betroffenen zur Verfügung stehen, blüht dann ein Schwarzmarkt auf, der resistente Erregerstämme entstehen lässt, die dann wiederum weltweit die derzeit erfolgreiche Therapie gefährden und dann wiederum auch COVID-19 Tür und Tor öffnen?

Aber es stellen sich auch Fragen der Legitimität. Mit welcher Berechtigung darf wer wo helfen? Dürfen humanitäre Organisationen oder die WHO überhaupt in lokale Lebenswelten eingreifen? Wie kann eine kulturell sensible Nothilfe realisiert werden? Diese Fragen haben viel mit internationaler Solidarität und Verantwortung zu tun, die uns auch durch die COVID-19-Krise aktuell vor Augen treten. Was also bedeutet Verantwortung?

Seit etwa den 1980er Jahren ist in westlichen Demokratien zu beobachten, wie der „Staat“ in vielen Lebensbereichen Verantwortung an die Bürgerschaft überträgt. Im Zuge dieser „Responsibilisierung“ wird nicht nur in der Ratgeberliteratur oder der politischen Sprache an die Eigenverantwortung des Einzelnen appelliert. Das Verhältnis zwischen Eigenverantwortung und staatlicher Fürsorge verändert sich. In dieser Krise kann der staatliche Appell an Eigenverantwortung – wie das in akademischen Kreisen häufig geschieht – aber nicht mehr nur als Bevormundung angesehen werden. Vielmehr erscheint er nun – zumindest hier in Deutschland – als ernstzunehmende Alternative zur staatlichen Autorität. Maßnahmen, die nicht im Sinne eines Infektionsschutzes zu rechtfertigen sind, wie etwa das Verbot, alleine auf einer Parkbank sitzend ein Buch zu lesen, müssen zurückgenommen werden. Dies sind in Pandemiezeiten, in denen Freiheitsrechte empfindlich eingeschränkt werden und autoritäre Stimmen an Popularität gewinnen, dezente Hinweise darauf, dass es gerade die bedachten und angemessenen Reaktionen sind, die außergewöhnliche kollektive Leistungen hervorbringen und uns im Infektionsschutz bereits schier Unmögliches erreichen ließen. Auch scheint die Forderung der Regierenden nach Verantwortung nun auf Politiker zurückzufallen. Ihnen wird eine Bestimmung ihrer Verantwortung abgenötigt und sie müssen Position beziehen.

WAREN WIR AUSREICHEND VORBEREITET?

Schließlich stellt sich noch die Frage, ob wir auf die Krise angemessen vorbereitet waren. Nun ist die Kritik an neoliberaler Gesundheitspolitik einerseits und rigoroser Versicherheitlichung andererseits nicht neu. Katastrophenexperten verwiesen seit Jahren auf die Risiken neuartiger, global wirksamer Infektionsquellen. Bisherige Pandemieerläufe offenbarten regelmäßig Nachlässigkeiten und kulturelle Insensitivitäten bei der Katastrophenprävention und -intervention. Marktwirtschaftliche Logiken der Effizienzsteigerung widersprechen aber beispielsweise der kostenintensiven Bereitstellung oder Instandhaltung teurer, ungenutzter Geräte und Schutzkleidung. Die „unsichtbare Hand“ des Marktes kann diese Schutzfunktion nicht übernehmen, denn in der Krise entsteht unvermittelt eine extrem hohe Nachfrage. Dabei ist die Annahme durchaus richtig, dass eine freie Marktwirtschaft auch schnell und flexibel auf diese Nachfrage reagieren kann. Katastrophenprävention und -intervention (einschließlich der humanitären Nothilfe durch Nichtregierungsorganisationen) sind selbst längst zu einem bedeutenden Markt geworden. Zu beobachten ist aber auch, dass der Markt zu allererst mit enorm steigenden Preisen für die raren Produkte reagiert und damit die öffentlichen Ausgaben ebenfalls rasch wachsen. Selbstverständlich können Wirtschaftsakteure auch nur dann reagieren, wenn die wirtschaftlichen Tätigkeiten nicht durch Infektionsschutzmaßnahmen eingeschränkt werden. Zu fragen ist aber angesichts der oben angesprochenen Verantwortung dennoch, warum sich das Vorhalten angemessener Präventionsinstrumente offenbar nicht durchsetzen lässt. Dies wird spätestens nach der Krise aufzuarbeiten sein.

Weiterlesen →

VORLÄUFIGES FAZIT

Wird die Pandemie rein aus infektiologischer Sicht betrachtet, dann wird deutlich, wie kompetent wir heute fähig sind, Krankheitsverläufe zu erkennen, zu beurteilen und sogar einzudämmen. Aber wie die dargelegte gesellschaftliche Komplexität des Pandemiegeschehens zeigt, bedeutet Epidemiologie viel mehr als die Bearbeitung von Inzidenzen, Ansteckungswegen und „Big Data“. Eine solide fachwissenschaftliche Analyse kapituliert nicht vor der Komplexität der Krise, sondern arbeitet mit ihr und versucht sie zu verstehen. Hier setzt – gemeinsam mit anderen Sozialwissenschaften – die Geographische Risiko- und Katastrophenforschung an. Wir können am meisten aus der Krise lernen, wenn wir sie als ein gesellschaftliches Phänomen begreifen, das durch Abweichung vom alltäglichen Normalzustand, durch Aushandlungen und Praktiken im Widerstreit gekennzeichnet ist. Das deutsche Beispiel zeigt (für Krisenverläufe nahezu prototypisch) die Dilemmata von Kompromiss- und Entscheidungsfindung auf, verdeutlicht unseres Erachtens aber auch die Überlegenheit freiheitlich-föderaler Entscheidungsprozesse gegenüber autoritären Maßnahmen. Dies bedeutet unter anderem, dass der Ausnahmezustand, in dem sich Gesellschaften weltweit momentan befinden, offensichtlich lokal mehr oder weniger „total“ sein kann. Auch bietet die Krise Anlass, unser biomedizinisch dominiertes Verständnis von Krankheit und Pandemie zu überdenken. Die Geographie kann mit ihrem Ansatz einer Politischen Ökologie von Gesundheit dazu beitragen, zu reflektieren, auf Basis welcher Überzeugungen bestimmte Entscheidungen getroffen werden und welche Kompetenzen uns noch fehlen, um zukünftig besser vorbereitet zu sein.

*Klaus Geiselhart und Fred Krüger (Universität Erlangen-Nürnberg),
klaus.geiselhart@fau.de und fred.krueger@fau.de*

Globale Gesundheitspolitik zwischen ökonomischer Rationalität und State of Exception

„Menschenleben vor Shoppingtouren“ und „Geduld rettet Leben“ konstatierte Bayerns Ministerpräsident Söder Anfang April (tagesschau.de, 7. April 2020) und Linken-Vorsitzende Kipping warnte davor, dass eine unbedachte Lockerung der aktuellen Maßnahmen „nicht raus aus der Corona-Krise, sondern rein in eine zweite Infektionswelle“ führe, die der Wirtschaft genauso wie den Menschen schade (FAZ, 4. Mai 2020). Dem entgegen stehen Forderungen des Bundesverbands der Deutschen Industrie (BDI) und des Bundesverbands der mittelständischen Wirtschaft (BVMW) nach einem klaren Exit-Plan und Aufhebung der Beschränkungen noch im Mai: „Heben Sie den Lockdown auf, bevor es zu spät ist!“ hieß es beispielsweise Anfang Mai in einem offenen Brief an Kanzlerin Merkel (tagesschau.de, 2. Mai 2020). Unabhängig von der jeweiligen politischen Positionierung macht diese Kontroverse deutlich, dass aktuell weitreichende Entscheidungen zur Eindämmung der Infektion mit COVID-19 mit wenig Rücksicht auf ökonomische Auswirkungen durchgesetzt wurden. Die Folgen dieser Maßnahmen für global verflochtene Volkswirtschaften sind enorm, unter anderem aufgrund von Grenzschließungen, Einreisebeschränkungen, Reisewarnungen, temporären Fabrikschließungen und Produktionsstopps. „The first economic modelling of coronavirus scenarios is grim for the world“ stellte The Guardian am 3. März 2020 fest. Zugleich bedeuten die Einschränkungen des alltäglichen Lebens in Reaktion auf den Ausbruch der Pandemie massive wirtschaftliche Verluste, vor allem im Einzelhandel, in der Gastronomie und im Tourismus.

Der Umgang mit COVID-19 ist im Kontext einer Verschiebung im Politikfeld „Gesundheit“ zu sehen, welche als ‚Versicherheitlichung‘ bezeichnet werden kann. „Policy issues“ wurden im Lauf des letzten Jahrzehnts vermehrt als „security issues“ (Stasiulis and Ross 2006: 335f.) reformuliert und damit zu außen- und sicherheitspolitischen, aber auch wirtschaftspolitischen Aufgaben. Unter dem Aspekt der Verletzlichkeit sozialer Infrastrukturen angesichts einer potenziell drohenden Katastrophe nimmt dabei die technische und politische Dimension des Risikos – als Berechnung der unbestimmten Gefahr – eine zentrale Rolle ein (Collier and Lakoff 2015). Versorgungs- und Gesundheitssysteme werden hinsichtlich ihrer Bedeutung für die nationale Integrität bzw. des Risikos einer Verletzung von Territorium, Autorität, Administration und Ökonomie des Nationalstaats neu bewertet. In Deutschland erfolgte diese Verschiebung in Zusammenhang mit einer zunehmenden Präsenz in der europäischen und internationalen Politik seit der Weltwirtschaftskrise 2008/09 (Kickbusch et al. 2017: 900). Das Thema Gesundheit wurde in diesem Zeitraum unter deutscher Führung u. a. in Foren wie G7 und G20 eingebracht und die deutschen Ausgaben für die Weltgesundheitsorganisation sowie für andere globale gesundheitspolitische Initiativen wurden signifikant erhöht (Bonk 2019).

Angesichts dieser Veränderungen mag es verwundern, dass wirtschaftliche Kriterien – eigentlich ein Kernbestandteil jeder nationalen Sicherheitsagenda – im aktuellen Fall temporär zweitrangig wurden. Die Legitimierung durch den Verweis auf einen ‚Ausnahmezustand‘ spielt hierfür eine entscheidende Rolle und ermöglichte den brüchigen Konsens, ökonomische Rationalitäten in den Krisenreaktionen hintanzustellen. Demgegenüber wird der langfristige Trend der Versicherheitlichung von einer Ökonomisierung begleitet, bei der sich zwei Zielrichtungen identifizieren lassen. Zum einen wurden gesundheitspolitische Risiken und Maßnahmen zunehmend ökonomisch im Sinn eines Kosten-Nutzen-Kalküls bewertet, zum anderen implizierte die nationale Risikoperspektive eine Re-Nationalisierung wirtschaftspolitischer Rationalitäten in den Präventionsszenarien für gesundheitspolitische Krisenfälle. Da aber die Ökonomisierung nur eine von mehreren gesundheitspolitischen Rationalitäten der Versicherheitlichung darstellt, bleibt sie fragil und muss immer wieder neu ausgehandelt und abgewogen werden. So konnten zwar mit Verweis auf das außergewöhnliche Krisenmoment der aktuellen Pandemie u. a. die eingangs genannten Einschränkungen und Restriktionen begründet und das Primat des Ökonomischen zumindest vorübergehend infektiologisch-gesundheitlichen Begründungen untergeordnet werden, doch diese Prioritätensetzung steht unter andauerndem Rechtfertigungsdruck. Unvermeidlich war es dann wiederum, die Folgen durch überwiegend national konzipierte Programme abzumildern, welche dem Charakter einer global verflochtenen Ökonomie nur begrenzt Rechnung tragen, während gleichzeitig die Unsichtbarkeit spätmoderner Grenzen einer neuen Sichtbarkeit und Offensichtlichkeit wich: Reglementierung, Sortierung, Differenzierung und Diskriminierung von Personen- und Berufsgruppen, aber auch die Unterscheidung zwischen unverzichtbarer bzw. legitimer und illegitimer Mobilität von Personen und Gütern werden zum Krisen-Funktionsmodus nationaler Grenzen.

Die ökonomische Rationalität der Versicherheitlichung steht dabei letztlich in einem Spannungsfeld, das im Zuge der Reformulierung humanitärer und sozialstaatlicher Gesundheitspolitik als Sicherheitspolitik nicht zu vermeiden war: Während national-ökonomische Sicherheit in einer globalisierten Welt auf die möglichst freie, aber kontrollierte Mobilität von Personen und Gütern angewiesen ist (Cowen 2010, 2014), macht der Schutz der nationalen Bevölkerung vor Pandemien eine möglichst präzise Kontrolle und häufig auch Einschränkung eben dieser Mobilität erforderlich. Die Grenzen des zu schützenden Nationalstaates dürfen also bestenfalls zu minimalen Unterbrechungspunkten globaler Zirkulation werden, an denen „risky bodies“ abgepasst, kontrolliert und koordiniert werden (Opitz 2016: 265). Doch auch komplexe technologische Lösungen wie beispielsweise das von der Weltgesundheitsorganisation empfohlene Screening an Flughäfen und anderen Grenzübergängen, das zur Aufrechterhaltung einer globalen, grenzen-, reibungs- und unterbrechungslos funktionierenden Welt beitragen sollen, können die inhärente Widersprüchlichkeit einer versicherheitlichten Gesundheitspolitik bestenfalls abschwächen.

Die im Zuge der Versicherheitlichung globaler Gesundheitspolitik stattfindende Verschiebung und Überlagerung unterschiedlicher Rationalitäten des Regierens steht im Zentrum des hier vorgestellten Forschungsprojekts zu „Globaler Gesundheitspolitik zwischen ökonomischer Rationalität und state of exception“. Diese Rationalitäten prägen ein komplexes Gefüge, das sowohl von Spannungsfeldern und Unvereinbarkeiten wie auch von Synergien gekennzeichnet ist und nicht zuletzt aufgrund der Möglichkeit, den state of exception anzurufen, jederzeit grundsätzlich in Frage gestellt werden kann. Für den empirischen Zugang wurden vier Felder unterschieden, die sich überschneiden, aufeinander beziehen und in Wechselwirkung stehen und in denen sich die ökonomisierende Versicherheitlichung auf jeweils unterschiedliche Weise niederschlägt:

- Im Feld Globalisierung ist eine zunehmende Transnationalisierung der Gesundheitspolitik in Form eines Regierens jenseits des nationalstaatlichen ‚Containers‘ in transnationalen Netzen zu beobachten. Da nationale Sicherheit und der Schutz der eigenen Bevölkerung im Rahmen der klassischen Sicherheitspolitik nicht mehr garantiert werden können, verändert sich dabei auch der staatliche Souveränitätsbegriff. Die Notwendigkeit durchlässiger Grenzen für die Funktionsfähigkeit global verflochtener nationaler Ökonomien verlangt nach einer neuen Sicherheitspolitik, die sich über militärische Bedrohungen hinaus auch mit Pandemien und deren Konsequenzen für nationalstaatliche Souveränität und Integrität befasst. Die Fokussierung der Global Health Security auf Infektionskrankheiten zu Lasten nichtübertragbarer Krankheiten wie Diabetes exemplifiziert die Versicherheitlichung von Gesundheit: Als besonders bedrohlich markierte, von Mensch zu Mensch oder Tier zu Mensch übertragbare Krankheiten erfahren nun besondere Beachtung, da von ihnen eine grenzüberschreitende Gefährdung der nationalen Sicherheit ausgeht. Offen ist noch, ob diese neue Rationalität der Versicherheitlichung globaler Gesundheitspolitik sich zudem durch eine Verschränkung geopolitischen und biopolitischen Regierens auszeichnet und wie Politik und Sicherheit nationaler Bevölkerungen im modernen Staat angesichts einer zunehmenden Transnationalisierung verhandelt werden.
- Die Re-Nationalisierung der Wirtschaftspolitik macht ein zweites Feld aus, in dem sich die Versicherheitlichung der Gesundheitspolitik niederschlägt: Wenn die nationale Wirtschaft vor den Konsequenzen einer Pandemie geschützt werden soll, impliziert das spezifische politisch-ökonomische Rationalitäten, die neu etabliert werden müssen. Diese Rationalitäten werden u.a. in Pandemieplänen ausgehandelt und dargelegt, die es beispielsweise erlauben, das sich verändernde Verhältnis zwischen Grenzsicherung und Aufrechterhaltung des globalen Handels nachzuvollziehen. Gleichzeitig können Strategien und Pläne immer nur mögliche Szenarien abbilden, von denen im tatsächlichen Krisenfall abgewichen wird. Somit wird die Bedeutung dieser politisch-ökonomischen Rationalitäten in der Krise und im Ausnahmezustand eventuell neu verhandelt und die nationalen ökonomischen Interessen werden zeitweise anderen Rationalitäten untergeordnet.
- Im Feld der Kosten-Nutzen-Kalkulationen stehen Programme und Strategien im Fokus, in denen diskursiv verhandelt wird, welche monetären Ausgaben warum und auf welche Art und Weise zur Prävention getätigt werden und wessen Gesundheit und Leben sie schützen sollen. Gesundheitsrisiken und Reaktionen darauf – sowohl präventiv in Pandemieplänen als auch im tatsächlichen Krisenfall – werden dabei im Hinblick auf ihre ökonomischen Implikationen bewertet, wobei diese Bewertungen immer in Relation zu anderen Legitimierungsnarrativen (nationale Souveränität, Administrierbarkeit, humanitäre Pflicht etc.) erfolgen. Der konkrete Fall der Corona-Pandemie liefert in diesem Zusammenhang wertvolles empirisches Material, anhand dessen nachvollzogen werden kann, wie sich Bewertungen, Argumentationen und die in ihnen wurzelnden Maßnahmen zueinander verhalten und im Lauf der Zeit verschieben.
- Schließlich verweist die aktuelle Pandemie eindrucksvoll auf die Notwendigkeit, das Feld des Ausnahmezustandes näher zu betrachten, denn konkrete Krisen eröffnen die Möglichkeit der Anrufung eines „state of exception“ als Legitimierungsnarrativ, in dem Entscheidungen getroffen werden, die im Normalzustand schwer begründbar wären. Paradox ist in diesem Zusammenhang, dass die Versicherheitlichung der Gesundheitspolitik zwar explizit auf den Krisenfall vorbereiten soll, dann aber beim tatsächlichen Eintreten einer Krise Pandemiepläne und deren Rationalitäten vergleichsweise leicht suspendiert werden können. Das Krisenmoment konstituiert also eine besondere Form des Regierens, die sich durch ständiges Oszillieren zwischen dem ‚Abarbeiten‘ vorbereiteter Krisenagenden, Trial-and-Error-Reaktionen – politische Entscheidungen werden vom sich verändernden medizinisch-epidemiologischen Kenntnisstand abhängig gemacht, ein „Fahren auf Sicht“ charakterisiert das Vorgehen – und dem (temporären) Aussetzen dominierender Rationalitäten mit Verweis auf die Ausnahmesituation auszeichnet. Offen bleibt, ob die getroffenen Entscheidungen bzw. die Modalitäten der Entscheidungsfindung über den Ausnahmezustand hinaus aufrechterhalten werden und somit auch längerfristig technokratisch-depolitisierenden Effekte mit sich bringen.

Weiterlesen →

Empirischer Ansatzpunkt für das hier vorgestellte Forschungsprojekt ist das 2015 neu geschaffene Amt eines „Koordinators für die außenpolitische Dimension globaler Gesundheitsfragen“ im Auswärtigen Amt. Dabei sollen die vier oben genannten Felder mit qualitativen und ethnographischen Methoden, teilnehmender Beobachtung und Interviews untersucht werden, um eine kritische Perspektive auf das komplexe Gefüge um Gesundheitssysteme, Pandemiepläne und sicherheitspolitische sowie ökonomische Rationalitäten zu entwickeln.

QUELLEN

Bonk, M., 2019. *Is Germany Really a New Leader in Global Health?* Global Health Now Exclusive, 10. September 2019.

Zu finden unter <https://www.globalhealthnow.org/2019-09/germany-really-new-leader-global-health>

Collier, S. J., und Lakoff, A., 2015. *Vital Systems Security: Reflexive Biopolitics and the Government of Emergency*. Theory, Culture & Society 32(2), 19-51.

Cowen, D., 2010. *A geography of logistics: Market authority and the security of supply chains*. Annals of the Association of American Geographers 100(3), 600-620.

Cowen, D., 2014. *The Deadly Life of Logistics: Mapping Violence in Global Trade*. Minneapolis: University of Minnesota Press.

Frankfurter Allgemeine Zeitung, 2020. *Bundesländer wollen Lockerung des Kontaktverbots durchsetzen*. FAZ, 04. Mai 2020.

Zu finden unter <https://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/gesundheit/coronavirus/corona-krise-bundeslaender-wollen-lockerung-des-kontaktverbots-16753068.html>

Kickbusch, I., Franz, C., Holzscheiter, A., Hunger, I., Jahn, A., Köhler, C., Razum, O., Schmidt, J.-O., 2017. *Germany's expanding role in global health*. The Lancet 390, 898-912.

McKibbin, W., Fernando, R., 2020. *The first economic modelling of coronavirus scenarios is grim for the world*. The Guardian, 03. März 2020.

Zu finden unter <https://theconversation.com/the-first-economic-modelling-of-coronavirus-scenarios-is-grim-for-australia-the-world-132759>

Opitz, S., 2016. *Regulating epidemic space: The nomos of global circulation*. Journal of International Relations and Development 19(2), 263-284.

Stasiulis, D., Ross, D., 2006. *Security, flexible sovereignty, and the perils of multiple citizenship*. Citizenship Studies 10(3), 329-348.

tagesschau.de, 2020. *Menschenleben vor Shoppingtouren*. 07.04.2020.

Zu finden unter <https://www.tagesschau.de/inland/corona-soeder-rki-101.html>

tagesschau.de, 2020. *Wirtschaft fordert Ende des Lockdowns*. 02.05.2020.

Zu finden unter <https://www.tagesschau.de/wirtschaft/wirtschaft-deutschland-corona-101.html>

Mara Linden und Peter Lindner (Universität Frankfurt),

linden@geo.uni-frankfurt.de und plindner@uni-frankfurt.de

RISIKOWAHRNEHMUNGS- UND VERHALTENSFORSCHUNG IN ZEITEN EINER GLOBALEN PANDEMIE

Innerhalb von nur vier Monaten entwickelte sich die COVID-19 Pandemie zu einer der größten globalen Gesundheitsherausforderungen seit der Spanischen Grippe (Pederson 2018). Das neue Coronavirus hat bereits 213 Länder, Gebiete und Territorien erreicht, Millionen Menschen rund um den Globus infiziert und hundert Tausende das Leben gekostet (Weltgesundheitsorganisation 2020). Während manche Regierungen drastische Maßnahmen ergriffen haben um die Ausbreitung einzudämmen, strenge Reisevorschriften, Grenzschließungen, Ausgangssperren, Kontaktverbot und Maskenpflicht im öffentlichen Raum auferlegt haben, entschieden andere, leichtere oder vor allem freiwillige Maßnahmen zu ergreifen.

Mit der Pandemie verbreitete sich die Angst. Mittlerweile hat der Großteil der Weltbevölkerung vom Coronavirus und der Wichtigkeit guter Handhygiene und Social Distancing gehört. Immer mehr Regierungen haben sich der Weltgesundheitsorganisation angeschlossen und einen nationalen Notstand ausgerufen. Um die Risikowahrnehmung zu schärfen und Bürger zur Prävention zu bewegen, "kämpfen" Regierungen, die globale Gemeinschaft ebenso wie die Medien gegen die Pandemie und hoffen, "den Krieg" zu gewinnen – und bedienen sich dabei Metaphern, die Kriegssituationen beschreiben (Gebrekidan 2020, Levenson 2020). Das U.S. Navy Militärkrankenschiff, welches für eine zusätzliche Kapazität von 1000 Krankbetten auf dem Hudsonfluss in New York City, dem neuen Epizentrum der Pandemie, stationiert wurde (Cooper 2020), füllt genau diese Kriegsmetaphern mit Leben, schürt zusätzliche Angst und stärkt die Risikowahrnehmung. Dass Angst und die Wahrnehmung von Risiken einen Einfluss auf das menschliche Verhalten hat, im aktuellen Fall der COVID-19 Pandemie also Individuen zur verbesserten Gesundheitsvorsorge ebenso wie zum Aufsuchen von Gesundheitsdienstleistern motivieren kann, wurde in anderen Kontexten bereits belegt (Wiedemann 2005).

Dass diese Gleichung von Risikowahrnehmung und Verhalten in der Realität aber anders aussieht, sehen wir gerade jetzt: Während sich Einige streng an die Einschränkungen halten, ignorieren Andere die Regeln von Regierungen, treffen sich in Gruppen auf öffentlichen Plätzen, an Stränden, oder in ihrem Zuhause. Risikowahrnehmung und Verhalten unterscheiden sich stark an unterschiedlichen Orten, in unterschiedlichen Gesellschaft, unter Individuen – und unterliegt außerdem auch zeitlicher Dynamik (Cori et al. 2020). Die Tatsache, dass in Zeiten einer solchen massiven gemeinsamen Herausforderung so verschieden gehandelt wird, zeigt das nur allzu deutlich.

In Zeiten einer globalen Pandemie ist medizinisch-geographische Risikowahrnehmungs- und Verhaltensforschung mit ihrem Potenzial, die Risikokommunikation zu informieren und zu verbessern, essentiell.

Die Fachzeitschrift International Journal of Environmental Research and Public Health mit der leitenden Gasteditorin Liliana Cori des Institute of Clinical Physiology, National Research Council, Research Unit of Environmental Epidemiology and Disease Registries in Pisa lädt aus diesem Grund zur Einreichung von entsprechenden Beiträgen für die Sonderausgabe Research about Risk Perception in the Environmental Health Domain ein. Dieser Beitrag beinhaltet aus dem Englischen übersetzte Auszüge des Editorials der genannten Spezialausgabe (Cori et al. 2020). Weitere Informationen finden Sie hier https://www.mdpi.com/journal/ijerph/special_issues/Risk_Perception

QUELLEN

Cooper, H., Gibbons-Neff, T., 2020. *Navy Hospital Ship Reaches New York. But It's Not Made to Contain Coronavirus*. The New York Times, USA. 30. März 2020.

Zu finden unter <https://www.nytimes.com/2020/03/30/us/politics/coronavirus-comfort-hospital-ship-new-york.html> (besucht am 21. April 2020).

Cori, L., Bianchi, F., Cadum, E., Anthonj, C., 2020. *Risk Perception and COVID-19*. International Journal of Environmental Research and Public Health 17, 3114.

Gebrekidan, S., 2020. *The World Has a Plan to Fight Coronavirus. Most Countries Are Not Using it*. The New York Times, USA. 12. März 2020.

Zu finden unter <https://www.nytimes.com/2020/03/12/world/coronavirusworld-health-organization.html> (besucht am 10. April 2020).

Levenson, E., 2020. *Officials Keep Calling the Coronavirus Pandemic a 'War'. Here's Why*. CNN, USA. 2. April, 2020.

Zu finden unter <https://www.cnn.com/2020/04/01/us/war-on-coronavirus-attack/index.html> (besucht am 21. April 2020).

Pederson, T., 2018. *Where Are We, a Century After the "Spanish Flu"?* FASEB J. 32, 2317–2318.

World Health Organization, 2020. *Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic*.

Zu finden unter <https://www.covid19.who.int>

Darüber soll auf zwei weitere Projekte zu Risikowahrnehmung, Risikoverhalten und Risikokommunikation im Kontext von COVID-19 hingewiesen werden.

- Die School of Medicine an der University of North Carolina untersucht gemeinsam mit dem UNC Water Institute und der University of Twente im Rahmen einer durch die National Science Foundation geförderten Studie unter Leitung von Carmen Anthonj, wie Individuen und Gesundheitsdienstleister in den Vereinigten Staaten von Amerika Risiken im Kontext von COVID-19 wahrnehmen und wie diese Wahrnehmungen gesundheitsbezogene Entscheidungen und Verhalten beeinflussen. Weiterhin wird erforscht, wie sich die Risikowahrnehmungen mit der Zeit verändern, und welche Faktoren diesen Veränderungen zu Grunde liegen. Sowohl Individuen als auch Gesundheitsdienstleister sind Teil dieser Studie. Basierend auf diesen Untersuchungen werden verbesserte öffentliche Gesundheits- und Risikokommunikationsmaßnahmen formuliert.
- Die University of Edinburgh untersucht unter Leitung von Kathi Kaesehage, wie schnell und in welcher Art und Weise verwundbare Gemeinden in Puebla (Mexiko), Medellín (Kolumbien) und den Galapagosinseln (Ecuador) ihre sozialen und wirtschaftlichen Praktiken im Zuge von COVID-19 ändern, um das Infektionsrisiko zu verringern. Der Schwerpunkt dieser Forschung liegt auf kollektiven Maßnahmen zur Minderung kurz-, mittel- und langfristiger negativer Auswirkungen einer globalen Pandemie auf lokaler Ebene.

Carmen Anthonj (University of North Carolina),
carmen.anthonj@email.unc.edu

YOUNG ADULTS WEATHERING THE COVID-19 PANDEMIC: THEY ARE NOT A "LOST GENERATION"!

When in March 2020 education institutions such as schools and universities in Austria, across Europe and beyond were closed due to the COVID-19 pandemic, for many young people their futures seemed to be put on hold. While governments, educators and parents' associations have started to wrangle over feasible exit strategies, public media recently ignited discourses that refer to young adults currently in their graduation periods as a "lost generation" (Tiroler Tageszeitung, 11. April 2020, New York Times, 16. April 2020), emphasizing pity and victimhood over agency and resilience.

Being framed by the media as a potentially forthcoming "Generation Corona" (Kurier, 12. April 2020) however might only reinforce the tremendous negative impacts on the future perspectives as well as the self-perception of this group – deepening the psychological, social and economic hardships they already face. We aim to flip the perspective by asking: Which generation was ever better prepared and had more agency at their hands to cope with a pandemic?

Current media discourses on young adults in their qualification period evoke notions of an unexperienced, non-resilient, overwhelmed populace not capable of dealing with the current situation. In these discourses, the so-called Generation Z, born in time period since 1996, is often separated from those born earlier who are ascribed more experience in general and in terms of dealing with crises in particular. However, we claim that the question raised instead should be: Which generation was ever better prepared to weathering a pandemic and the accompanying lockdown measures than today's young adults? Through falling back on the online sphere, they continue making their lives, continue learning through switching to distance learning (often being much better prepared to do so as compared to their teachers and parents), continue meeting friends and socializing online and they stay up to date on all aspects of the crisis while being in a lockdown. It seems that through digital means young people today

have more agency at their hands to making sense and continuing routines despite the overwhelming change that has befallen all aspects of their lives.

Let's imagine the COVID-19 pandemic had occurred 20 years ago, when video-conferencing was an exclusive business tool and smartphones were not yet invented. Young people at that time would have been much more separated from the outside world, without means to continue preparations for their final exams in schools or to follow up on their university classes, let alone ways to interact with groups of friends and extended families, staying up to date on their well-being and cheering up together in the face of worries as closely as digital means allow.

Although we are aware that a reconstruction of the current discourse surrounding the pandemic is more complex than implied above, what we seek to point out is the following: Europe is just a few weeks into the pandemic and both the media and the public seem to have already made up their minds on the dark future that irrevocably seems to be waiting for today's young adults due to the pandemic. We do not want to talk down the tremendous impacts that the COVID-19 pandemic is having and will continue to have on the lives of people across the globe. Painfully playing out digital and data divides and other structural inequalities, there is little doubt that the pandemic will sharply increase existing global and social inequalities. Young people in the final stages of their education, apprenticeship and qualification periods, are indeed sorely struck by the pandemic because of the formative relevance of their current stage in life to their careers and identity formation.

Yet, given the digital means in these young adults' hands and their inventive ways they adapt and cope with the challenges they face, talking of a "lost generation" does not seem to do justice to the majority of young people in their apprenticeship and qualification periods in Austria. We call for an acknowledgement of the endeavours, competencies, agency and resilience of young people in this situation. Hearing young people's voices, taking up and supporting their ways of coping, their ways of innovation and flexibilities that are deeply ingrained in the digital is crucial in navigating out of this crisis together.

We think it is time for letting young people tell through their own words, what they are actually doing to cope with the pandemic in their everyday lives and how they situate themselves in societal discourses through their identity work. That is why our team of the Transient Spaces & Societies Research Group has swiftly started the COV-IDENTITIES research project in mid-March 2020 that investigates the active and reflexive making of individual spaces and identities by young adults registered at Tyrolean educational institutions and the implications they see for their futures. We use a longitudinal, qualitative and mobile multi-method design to accompany these young adults through the months of the lockdown. We aim to understand the effects of the pandemic and the related measures of decreed self-isolation, social distancing, distance learning and concurrent financial, social and psychological hardships faced, just as young adult's reflexive responses, on their everyday spaces, practices, identities and future perspectives.

In the coming weeks and months, we want to accompany our highly topical and dynamic empirical research project – which course seems for now to be as unpredictable as all aspects of life in face of the pandemic – with a series of blog posts. In this way, we – including our committed student researchers – aim to make room to reflect on our experiences, to communicate early insights into our data to the interested public and to connect with researchers and parties concerned.

QUELLEN

Bennet, J., et al., 2020, 16. April. *50 Million Kids can't attend school. What happens to them? America's younger students will need help catching up.* The New York Times.

Online verfügbar unter: <https://www.nytimes.com/2020/04/16/opinion/coronavirus-schools-closed.html?smid=em-share> (Besucht am 26. Mai 2020).

Fankhauser, EM, 2020, 11. April. *Verzweifelte Suche nach Lehrstelle: Verlorene Generation wegen Corona?* Tiroler Tageszeitung.

Online verfügbar unter: <https://www.tt.com/artikel/16850568/verzweifelte-suche-nach-lehrstelle-verlorene-generation-wegen-corona> (Besucht am 26. Mai 2020).

Pfingl, J., 2020, 12. April. „Werden zur Generation Corona“: Was die Krise aus Millennials macht. Der Kurier.

Online verfügbar unter: <https://kurier.at/freizeit/leben-liebe-sex/tristan-horx-was-die-corona-krise-aus-den-millennials-macht/400809761> (Besucht am 26. Mai 2020).

*Tabea Bork-Hüffer und Katja Kaufmann (Universität Innsbruck),
Tabea.Bork-Hueffer@uibk.ac.at und Katja.Kaufmann@uibk.ac.at*

Dieser Blogpost ist bereits auf dem Transient Spaces Research Blog veröffentlicht:

<https://www.transient-spaces.org/blog/blog-young-adults-weathering-the-COVID-19-pandemic-they-are-not-a-lost-generation/>

„MAPPING CORONA“ – KARTEN UND GRAFIKEN ÜBER DIE EPIDEMIE „LESEN LERNEN“: GIS-STATION IN HEIDELBERG ENTWICKELT ONLINE-KURS MIT WEBGIS FÜR DIE MITTELSTUFE

Die COVID-19-Pandemie beeinflusst den Alltag aller Schüler in Deutschland maßgeblich und ist omnipräsent in den Medien.

Dabei werden die Jugendlichen mit einer Masse an Graphiken, Diagrammen und Karten konfrontiert. Die GIS-Station, das Kompetenzzentrum für digitale Geomedien der Abteilung Geographie, Research Group for Earth Observation (rgeo) an der Pädagogischen Hochschule Heidelberg, hat aus diesem Grund einen Online-Kurs entwickelt, der zeigt, welche Rolle Geodaten und Geoinformationstechnologien bei den Darstellungen spielen, wie Karten und Grafiken zu lesen sind und welche Fallstricke es bei der Interpretation von diesen gibt. Der Kurs läuft über die Plattform ArcGIS-Online und kann ohne Anmeldung und über mobile Endgeräte aufgerufen werden. Mithilfe eines Erklärvideos soll auch in Zeiten von Homeschooling das Bearbeiten ohne Lehrkraft leicht gemacht werden. Neben verschiedenen WebGIS-Anwendungen werden auch Satellitenbilder in dem Kurs eingesetzt. Inhaltlich werden unter anderem die Unterschiede zwischen relativen und absoluten Corona-Zahlen erläutert und die Rolle von Regionalisierungen und Klassifizierungen bei der Erstellung von (Corona-)Karten.



Kurs Mapping Corona: Kapitel 1 Einleitung.

Darüber hinaus wird auch das Thema globale Disparitäten aufgegriffen.

Der Kurs richtet sich an die Klassenstufen 7/8/9 und wird voraussichtlich ab Mitte Juni 2020 auf der Seite der GIS-Station abrufbar sein.

Die GIS-Station ist ein Lehr-Lern-Labor des UNESCO-Lehrstuhls für Erdbeobachtung und Geokommunikation von Welterbestätten und Biosphärenreservaten in der Abteilung Geographie – Research Group for Earth Observation (rgeo) der Pädagogischen Hochschule Heidelberg. Als Forschungszentrum, Fortbildungseinrichtung für Lehrkräfte und Referendare sowie als außerschulischer Lernort für Schulklassen rund um die Themen Fernerkundung (Satellitenbildanalyse), Geographische Informationssysteme (GIS) und mobile Geotools (GPS, Smartphones, Tablets etc.) ist sie in ihrer Form einzigartig.

Melanie Pieske (Pädagogische Hochschule Heidelberg),
pieske@ph-heidelberg.de

Karten lesen lernen "mit" Covid-19

2 Arbeitsauftrag

3 Corona aus der Luft

4 Zeitliche Entwicklung

Hier siehst du die Corona-Website der Berliner Morgenpost. Auf der Karte werden die aktuellen Fallzahlen zur Covid-19-Pandemie in Europa und für Deutschland sogar für jedes Bundesland dargestellt.

Bevor wir uns die Karte näher anschauen, wollen wir herausfinden, woher die Daten für die Karte kommen. Gehe dazu auf *Quellen & Infos* - dieses Fenster findest du rechts unter der Karte.

Aufgabe 2

a) Von welcher Institution erhält die Berliner Morgenpost die Daten für die Karten?
 Schiebe nun den Schieberegler auf den 27.01.2020 und dann wieder langsam auf heute. Links im Fenster siehst du wie sich die Gesamtzahl der Corona-Infizierten entwickelt.

b) Ab welchem Datum gab es mehr als 50.000 Infizierte in Deutschland?

Wenn du nun die Maus auf das Tortendiagramm in dem Bundesland, in dem du wohnst, bewegst, wird dir angezeigt wie viele Fälle es bis zu diesem Tag in diesem Bundesland gab.

c) Wie viele Infizierte gab es an diesem Tag in deinem Bundesland?

Berliner Morgenpost | Coronavirus-Monitor

Deutschland Europa weltweit

Coronavirus-Fälle in Deutschland
 STAND: 05.06.2020, 09 Uhr

184.924 bestätigt | 167.909 wieder gesund | 8.635 Todesfälle

seit 0 Uhr gemeldet: +452 | 0 | 0

Gesamt-Fallzahlen | Neuinfektionen

184.924

22. Jan 24. Feb 29. Mär 02. Mai 05. Jun

Fälle pro 100.000 EW	Bayern	Nordrhein-Westfalen	Baden-Württemberg	Niedersachsen	Hessen	Berlin	Rheinland-Pfalz
	47.289	38.297	34.870	12.277	10.163	6.946	6.726
	43.480	35.100	32.209	10.900	9.100	6.412	6.289
	2.491	1.611	1.778	607	482	200	230

Alle anzeigen

*Keine offiziellen Angaben zu Genesenen

Klicken oder tippen Sie hier, um die interaktive Anwendung zu nutzen

Kurs Mapping Corona: Kapitel 4 Zeitliche Entwicklung.

Die zahlreichen kartographischen Darstellungen und Webkarten (sog. Dashboards) über die regionalen Unterschiede in der Verbreitung der COVID-19-Pandemie zeigen ihre zunehmende Bedeutung sowohl in der Öffentlichkeit als auch in der Politik in einem bisher noch nicht gekannten Ausmaß. Gründe liegen zum einen in den inzwischen relativ einfach zu bedienenden und teilweise frei verfügbaren Desktop-GIS-Programmen sowie in der Verfügbarkeit von Pandemiedaten im Internet.

Zahlen und vor allen Dingen ihre Darstellung in Karten sind unser täglicher Begleiter durch die COVID-19-Pandemie. Sie begegnen uns auf den Internetseiten von Behörden, wie dem Robert Koch-Institut mit dem COVID-Dashboard, aber in bunter Vielfalt auch in den Webangeboten der öffentlich-rechtlichen und privaten Medien. Diese Karten prägen unsere geographische Sicht auf die Pandemie, ermöglichen es uns, das Geschehen mit täglicher Aktualisierung quasi in „real time“ im Blick zu behalten, werfen aber auch ständig neue Fragen auf und fordern Interpretationen ihrer Aussagen. In der weiteren Konsequenz können diese Karten öffentlichen Druck erzeugen und Auslöser für politisches und fachliches Handeln sein.

VON DEN MELDEDATEN ZUR KARTE

Für die geographischen Analysen bedarf es diverse Arbeitsschritte die von unterschiedlichen Akteuren durchgeführt werden. Daten über meldepflichtige Krankheiten wie laborbestätigte COVID-19-Fälle werden von den erstversorgten Krankenhäusern und Praxen sowie den Laboren für die Erreger-Diagnostik an die zuständigen Gesundheitsämter der jeweiligen Kreise und kreisfreien Städten gemeldet. Die Landesmeldestelle stellt die Meldewege und den Datentransfer sicher, begleitet die Meldeprozesse inhaltlich und methodisch. Die täglich an unterschiedlichen Uhrzeiten gemeldeten Daten werden an das Robert Koch-Institut, weiter an die EU und die WHO geleitet. Die in einer Datenbank aufgearbeiteten Meldedaten sind die Basis für die kartographischen Darstellungen und Webkarten (sog. Dashboards) (Zu kleinräumigeren Daten vgl. den Beitrag von Bender und Burger in diesem Newsletter). Diese Meldedaten haben dabei gewisse Einschränkungen. So können trotz einer weitgehend digitalen Meldung und Übermittlung einige Tage von der eigentlichen Infektion bis zur Ausweisung in der öffentlichen Statistik vergehen. Außerdem werden die Daten nach Wohnort der betroffenen Person und nicht nach dem Infektionsort erhoben.

UNTERSCHIEDLICHE MAßZAHLEN

Um die Entwicklung der Pandemie beurteilen zu können, sind in den vergangenen Monaten immer wieder neue Maßzahlen herangezogen worden. Hier sind insbesondere die absoluten Fallzahlen von den Inzidenzen pro 100.000 Einwohner zu differenzieren. Letztere setzen die Fallzahlen in Relation zur Bevölkerung, um die Regionen besser vergleichen zu können. Von Bedeutung sind aktuell die Karten zur 7-Tages-Inzidenzen pro 100.000 Einwohner für die Hilfestellung politischer Entscheidungen: Werden in einem Kreis oder einer kreisfreien Stadt mehr als 50 Neuinfizierten pro 100.000 Einwohner in den letzten 7 Tagen gemeldet, müssen Lockerungen für diese Region zurückgenommen werden.

Im Folgenden soll am Beispiel von drei Karten aus dem Arbeitsalltag der letzten Wochen gezeigt werden, welche Aspekte bei deren Interpretation zu berücksichtigen sind und dass die Interpretation von Karten zu COVID-19 nicht immer trivial ist.

1. ÜBERMITTELTE COVID-19-MELDEFÄLLE

In den ersten Wochen der Pandemie war der Blick auf die übermittelten Meldefälle gerichtet, die bezogen auf 100.000 Einwohner auf Landkreisebene (Inzidenz) in Karten dargestellt wurden (Abb. 1). Dabei tauchte häufiger die Frage auf, warum ein Landkreis mehr Fälle als ein Nachbarlandkreis hat? Sind diese Unterschiede ggf. auf Versäumnisse oder Fehler bei der Bekämpfung von COVID-19 in einem Landkreis zurückzuführen?

Wenn ein neuer hoch infektiöser Krankheitserreger auf eine Bevölkerung trifft, in der noch keine Immunität gegen diesen Erreger vorhanden ist, treten zunächst im Umfeld von einzelnen Eintragungen vermehrt Fälle auf. Es entstehen somit zufällig verteilte Hotspots an den Orten, an denen Infektionen eingetragen und weiterverbreitet wurden. So werden möglicherweise die Infektionen sichtbar, die – wie im Fall von COVID-19 – mit einer Busreise in ein Skigebiet im Zusammenhang stehen. In welchem Landkreis der Bus ankommt, ist dabei ein zufälliges Ereignis. Bei der Berechnung der Inzidenz (Fälle pro 100.000 Einwohner) führt ein solcher, zufällig entstandener Hotspot in einer Region mit geringer Bevölkerung zu einem stärkeren Anstieg der Inzidenz als in einer bevölkerungsreichen Region. Das wirkt sich in

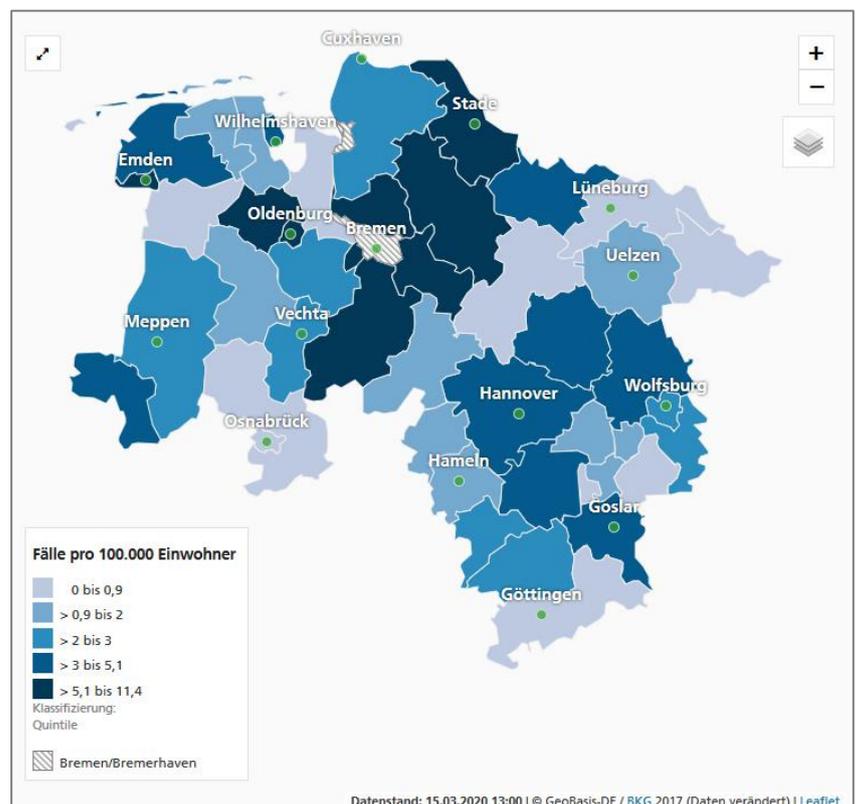


Abb. 1: Laborbestätigte COVID-19-Fälle in Niedersachsen (www.apps.nlga.niedersachsen.de/corona/iframe.php, 15. März 2020).

erheblichem Maß auf das Zahlenverhältnis bei regionalen Vergleichen aus, gerade wenn die Fallzahlen insgesamt (noch) sehr klein sind.

Hohe Fallzahlen oder hohe regionale Inzidenzen können somit für sich alleine genommen nicht als Hinweis auf fehlerhaftes Verhalten in der betroffenen Region interpretiert werden.

2. ÜBERMITTELTE COVID-19-TODESFÄLLE

Im weiteren Verlauf der COVID-19-Pandemie rückten die Todesfälle in den Mittelpunkt. Auch hier waren die Meldezahlen insgesamt zunächst gering. Dann ist die Stadt Wolfsburg in Niedersachsen und deutschlandweit in den Fokus der Öffentlichkeit gerückt, auf einer Kartendarstellung des NDR vom 3. April 2020 tritt die Stadt Wolfsburg deutlich hervor (Abb. 2). Aber warum gibt es dort eine vergleichsweise hohe Zahl an Todesopfern pro 100.000 Einwohner? Ist es jetzt gefährlich, nach Wolfsburg zu fahren, ist dort eine besonders gefährliche Virusvariante im Umlauf?

Was die Karte nicht sagt, ist, dass die in Wolfsburg aufgetretenen COVID-19-Todesfälle auf einen Ausbruch in einem Pflegeheim für demenzkranke Menschen zurückgehen. Dabei handelt es sich um ein klar geographisch abgrenzbares Infektionsgeschehen in der Stadt Wolfsburg und um eine betroffene Gruppe von Menschen mit einem hohen Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf. Die Karte kann jedoch keine Auskunft darüber geben, warum es zu dieser Häufung gekommen ist und ob sich diese hätte verhindern lassen.

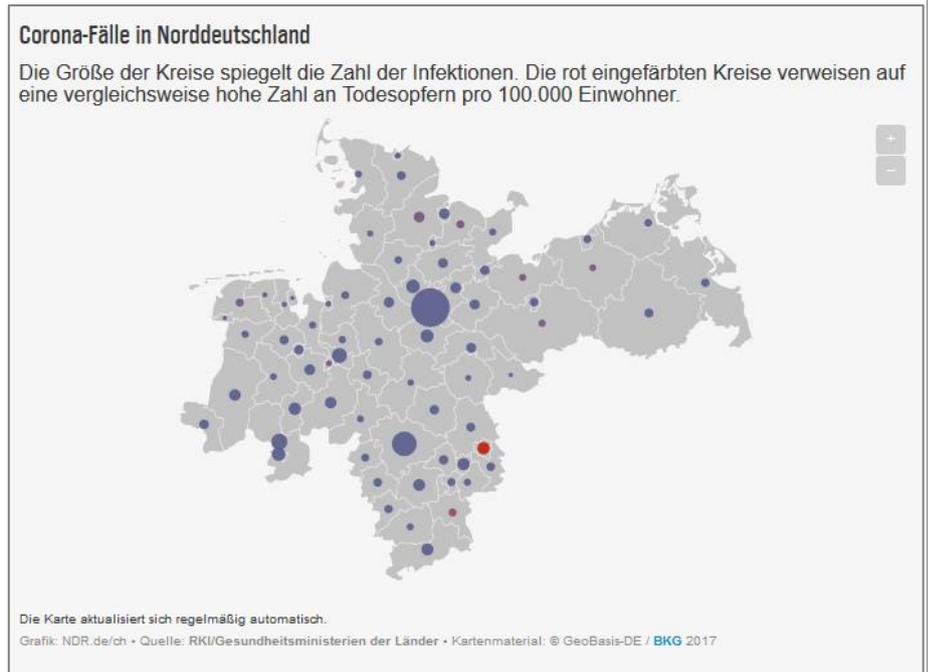


Abb. 2: Corona-Fälle in Norddeutschland (www.ndr.de, 3. April 2020).

3. 7-TAGES-INZIDENZ

Im Blickpunkt der Öffentlichkeit steht aktuell die 7-Tages-Inzidenz, deren Grenze bundesweit auf 50 Neuinfektionen in 7 Tagen pro 100.000 Einwohner festgelegt wurde. Dieser Schwellenwert ist von der Bundespolitik festgelegt. Darüber hinaus wird auch eine Obergrenze von 35 Neuinfektionen in einer Woche in anderen Regionen diskutiert, um bei deren Überschreitung gelockerte Corona-Beschränkungen wieder zu verschärfen.

Einer der ersten Landkreise, der sich in den Karten der 7-Tages-Inzidenz als roter Hotspot zeigte, war der Kreis Coesfeld in Nordrhein-Westfalen. Was die Kartendarstellung verschweigt, ist, dass es sich überwiegend um Fälle von Mitarbeitern eines Schlachtbetriebes der Firma Westfleisch handelt. Noch am gleichen Tag der Veröffentlichung der Karte werden allgemeine Lockerungen wie die Öffnung von Restaurants im Landkreis kurzfristig zurückgenommen, in der Presse mit „Coesfeld zieht die Notbremse“ (FAZ, 8. Mai 2020, <https://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/nrw-ordnet-corona-test-fuer-alle-schlachtbetriebe-an-16760258.html>) kommentiert. Der Standort des Schlachtbetriebes der Firma Westfleisch liegt ca. 4 Kilometer vom Nachbarkreis Borken entfernt. Eine Woche später wurde erläutert, dass es sich um einen lokal eingrenzbar Ausbruch handelt, sich die Maßnahmen auf den Betrieb konzentrieren müssen und allgemeine Lockerungen wiedereingeführt werden können.

Vergleichbare Situationen entwickelten sich auch in anderen Regionen Nordrhein-Westfalens. Die Karte der 7-Tages-Inzidenz (Abb. 3) zeigt deutlich, dass z. B. der Kreis Olpe oder Steinfurt den Wert von 50 weit überschritten hatte.

Bevor über Maßnahmen zur Eindämmung des Infektionsgeschehens entschieden wird, muss immer eine Bewertung des Infektionsgeschehens vor Ort erfolgen. Dabei sollte zunächst

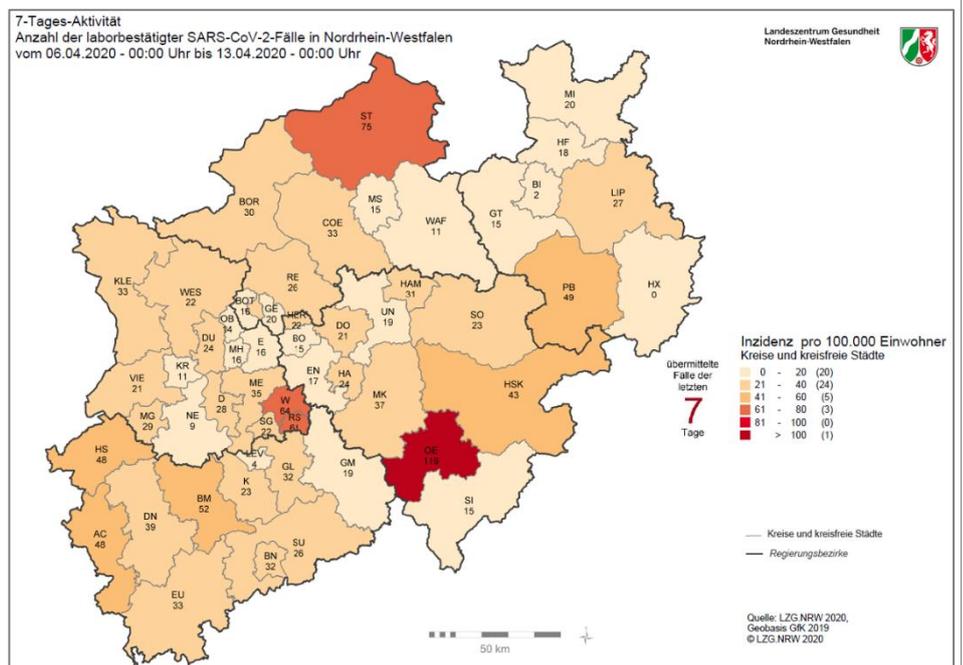


Abb. 3: 7-Tages-Inzidenz in Nordrhein-Westfalen vom 13. April 2020

überprüft werden, wo die Infektionsfälle aufgetreten sind und ob Infektionsketten identifiziert werden können. Die konsequente Nachverfolgung der Infektionsketten sowie die Erhebung von Daten zur Kontaktpersonennachverfolgung bei den Gesundheitsämtern ist deshalb von großer Bedeutung. Art und Umfang der Maßnahmen sollten sich an dieser Bewertung orientieren.

FAZIT

Karten sind für die Bewertung dieser Pandemie mit all ihren Limitationen, auch denen der zugrundeliegenden Daten, unverzichtbar. Sie stellen räumliche Unterschiede auf einen Blick erfassbar dar und werfen berechnete Fragen auf.

Berücksichtigt werden muss dabei gerade mit Blick auf die COVID-19-Pandemie, dass bei geringen Fallzahlen Einzelereignisse deutlich hervortreten, die unmittelbar in den Fokus der öffentlichen Aufmerksamkeit geraten. Es kommt dann darauf an, zeitnah verständliche Erklärungen zu kommunizieren, um möglichen Fehlinterpretationen zuvorzukommen.

Eine Karte ist mit den heutigen technischen Möglichkeiten schnell veröffentlicht, Datenbankanbindungen erlauben sehr kurze Aktualisierungszyklen. Dagegen ist die Beantwortung der entstehenden Fragen aufwändig und zeitintensiv, bzw. gibt es im Einzelfall auch keine (einfache) Erklärung. Werden keine zusätzlichen Informationen hinzugezogen und adäquat bewertet, besteht die Gefahr, dass solche Darstellungen bewusst oder unbewusst falsch interpretiert werden und unter Umständen falsche bzw. postfaktische Handlungen nach sich ziehen.

Eine Orientierungshilfe in Form von Empfehlungen zur Erstellung und Interpretation von Karten mit gesundheitlichem Bezug nach aktuellen wissenschaftlichen Standards gibt die Gute Kartographische Praxis im Gesundheitswesen(GKPiG) (<https://www.health-geography.de/gkpig/>).

Tab. 1: Ausgewählte Internet Präsentationen über Daten und kartographischen Darstellungen der COVID-19-Pandemie.

Nordrhein-Westfalen	https://www.lzg.nrw.de/inf_schutz/komp_zentr_inf_schutz/corona_meldelage/index.html
Sachsen-Anhalt	https://verbraucherschutz.sachsen-anhalt.de/hygiene/infektionsschutz/infektionskrankheiten/coronavirus/
Sachsen	https://www.sms.sachsen.de/coronavirus.html
Hessen	https://soziales.hessen.de/sites/default/files/media/hsm/2020_03_12_bulletin_coronavirus_tabelle.pdf
Rheinland-Pfalz	https://msagd.rlp.de/de/unsere-themen/gesundheits-und-pflege/gesundheitsversorgung/oeffentlicher-gesundheitsdienst-hygiene-und-infektionsschutz/infektionsschutz/informationen-zum-coronavirus-sars-cov-2/
Bayern	https://www.lgl.bayern.de/gesundheits/infektionsschutz/infektionskrankheiten_a_z/coronavirus/karte_coronavirus/index.htm
Baden-Württemberg	https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/gesundheitspflege/gesundheitschutz/infektionsschutz-hygiene/informationen-zu-coronavirus/
Niedersachsen	https://www.niedersachsen.de/Coronavirus
Robert Koch-Institut	https://experience.arcgis.com/experience/478220a4c454480e823b17327b2bf1d4/page/page_1/
Europäische Union (WHO)	https://who.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/ead3c6475654481ca51c248d52ab9c61
Johns Hopkins University	https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6

Holger Scharlach (Niedersächsisches Landesgesundheitsamt) und
 Jutta Grohmann (Landeszentrum Gesundheit Nordrhein-Westfalen)
holger.scharlach@nlga.niedersachsen.de und jutta.grohmann@lzg.nrw.de

DIE MEHRDIMENSIONALE PROBLEMATIK DER KLEINEN FALLZAHL IN DER KLEINRÄUMIGEN DARSTELLUNG VON COVID-19-FÄLLEN

PROBLEMSTELLUNG

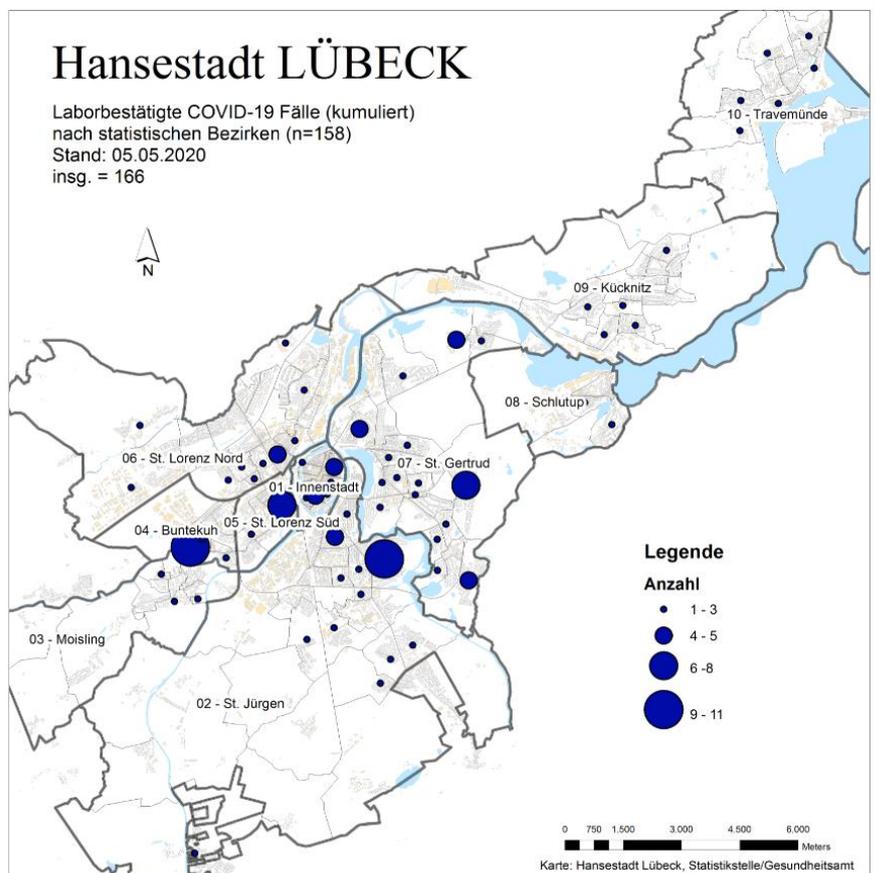
Die thematischen Karten zur weltweiten Verteilung der Corona-Fälle und die interaktiven Karten zu den Fallzahlen bzw. zur Inzidenz auf Landkreisebene oder etwa nach Kreisen dürften weitgehend bekannt sein. Wie jedoch stellt sich die Situation kleinräumig bzw. unterhalb der räumlichen Ebene des Stadtgebietes dar?

METHODIK – DAS BEISPIEL LÜBECK

Die in den örtlichen Gesundheitsämtern ermittelten Daten zur Nachverfolgung von Infektionsketten und zur Anordnung von Quarantänemaßnahmen erlauben in Abhängigkeit der erfassten Merkmale – hier gibt es noch keine einheitliche Vorgehensweise in der Datenerfassung – zahlreiche Auswertungsmöglichkeiten. Dieser Datenbestand ist datenschutzrechtlich jedoch hochsensibel. Die Daten wurden daher innerhalb des Gesundheitsamtes auf einige wenige Merkmale (kumulierte Fälle, aktive Fälle und als Hilfsmerkmal die Adresse des Wohnortes) reduziert. Über eine Referenztabelle aus dem Raumbezugssystem der Stadt wurden die Daten auf Ebene der Statistischen Bezirke der Stadt aggregiert (n=158 bei insgesamt rd. 220.000 Einwohnern). Das Hilfsmerkmal Adresse kann nun bereits gelöscht werden, womit die Daten (auch bei Vorkommen von Einzelfällen) anonymisiert sind. Spätestens jetzt, wenn nicht auch schon vorher, könnte eine weitere kartographische Aufbereitung oder auch weitere räumliche Aggregation der Daten zu größeren Gebietseinheiten durch eine abgeschottete kommunale Statistikstelle erfolgen. Über die Filterung von Datumsfeldern in der aktiven Datenbank oder aus den Sicherungskopien der Datenbank ließen sich rückwirkend zeitliche Abläufe abbilden. Der berufsethischen Vorgabe der Kommunalstatistik, keine Werte unterhalb von drei zu veröffentlichen, kann durch eine entsprechende Gruppierung in der untersten Klassifikation entsprochen werden.

VORLÄUFIGES ERGEBNIS

Die üblichen Bewegungsmuster (Wohnen-Arbeiten-Einkaufen-Freizeit) sorgen innerhalb kürzester Zeit für eine weitgehende Verteilung der COVID-19-Fälle im Stadtgebiet. Im zeitlichen Verlauf zeigen sich wiederholt diverse räumliche Konzentrationen in den Fallzahlen. Deren Interpretation ist jedoch vorsichtig anzugehen und kann nur im Zusammenhang mit dem ursprünglichen, alle erfassten Merkmalen enthaltenden Datenbestand erfolgen. Durch die Beschränkung auf den Wohnort der Personen sind z. B. arbeitsplatzbezogene Infektionsketten nicht zu erkennen. Dies war jedoch nie Zweck der Darstellung, sollte diese doch zunächst nur ein Bild über die kleinräumliche Verteilung der Infektionen im Stadtgebiet liefern – nicht mehr und nicht weniger. Was darüber hinaus möglich sein kann, z. B. durch das Hinzufügen soziodemographischer Aggregatdaten, wäre zu prüfen. Im konkreten Fall wären hierfür jedoch größere Fallzahlen notwendig. Über die weitere räumliche Aggregation der Daten zu größeren Gebietseinheiten ließen sich derartige Darstellungen jedoch – vorbehaltlich der noch folgenden Ausführungen – ggfs. auch publizieren bzw. weitergeben, was im Falle einer adressscharfen Geokodierung aus Datenschutzgründen nicht möglich wäre.



Laborbestätigte COVID-19 Fälle in der Hansestadt Lübeck.

GEFAHREN DER FEHLINTERPRETATION - INSBESONDERE BEI ABNEHMENDEN FALLZAHLEN

Es ist zu beachten, dass sich die erzeugten thematischen Karten auf bestätigte COVID-19-Erkrankungen beziehen. Gehen die Fallzahlen nun zurück bzw. in einigen Gebietseinheiten sogar auf „Null“, wächst bei einer Veröffentlichung der Daten die Gefahr einer massiven Fehlinterpretation in der Bevölkerung. Vor dem Hintergrund, dass das Virus unsichtbar und unerkannt im Umlauf ist, weist das Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren des Landes Schleswig-Holstein zu Recht darauf hin, „dass eine Veröffentlichung der genauen Zahlen ... kontraindiziert wirken könnte. Bürger, die für den eigenen Wohnort die Fallzahl „Null“ lesen, könnten sich in falscher Sicherheit wiegen und aufhören, die bestehenden Regeln und Empfehlungen einzuhalten. (...) Vor dem Hintergrund, dass das Unabhängige Landeszentrum für Datenschutz (ULD) gerade in diesem Zusammenhang selbst bei Forschungsvorhaben mit anonymisierten Patientendaten bei einer postleitzahlenmäßigen Zuordnung sehr strikt agiert“, wird hier eine stringente Beachtung des Datenschutzes und ein Unterlassen der Aufschlüsselung nach Wohnorten eingefordert.

FAZIT

Es bleiben somit diverse Fragen zurück: Inwieweit haben (zeitlich) kumulierte Zahlen zu den COVID-19-Fällen, die sich mittlerweile im gesamten Stadtgebiet finden, auch die genannten kontraindizierten Effekte und sind die datenschutzrechtlichen Vorgaben in den Bundesländern annähernd gleichlautend geregelt? Sollten kleinräumige thematische Darstellungen zu COVID-19 aufgrund möglicher Fehlinterpretationen eher nicht öffentlich zugänglich sein? Fängt der Datenschutz hier wirklich schon auf der Ebene von Postleitzahlgebieten oder Wohnorten an? Wie verhält es sich mit kleineren bzw. größeren Wohnorten? Es sind z. T. bekannte Fragestellungen, die uns nicht erst seit COVID-19 beschäftigen.

*Gerhard Bender und David Burger (Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt und Kommunale Statistikstelle),
gerhard.bender@luebeck.de und David.Burger@luebeck.de*

VERANSTALTUNGSHINWEIS

COVID-19 ALS ZÄSUR?

GEOGRAPHISCHE PERSPEKTIVEN AUF RÄUME, GESELLSCHAFTEN UND TECHNOLOGIEN IN DER PANDEMIE.

Die COVID-19-Pandemie betrifft derzeit Gesellschaften weltweit: Sie zwingt die globalisierte Welt in eine Pause, schränkt menschliche Mobilitäten ein und wirkt als Verstärker von Achsen sozialer Ungleichheiten, u. a. in den intersektionalen Dimensionen von Geschlecht, Klasse, Alter und Bildung. Die meisten Arbeitsbereiche der Geographie sind von der Pandemie betroffen. Neben dem offensichtlichen Bezug zur Medizinischen Geographie/Geographischen Gesundheitsforschung wirkt die „Corona-Krise“ als Treiber von Digitalisierungsprozessen, schafft neue Vulnerabilitäten im Entwicklungskontext und stürzt die Weltwirtschaft in eine Krise (die einige auch als Chance umdeuten). Vor diesem Hintergrund möchten wir zu einem Austausch über geographische Perspektiven auf COVID-19 einladen. Geplant ist ein digitales Symposium am 6. Juli, 7. Juli und 8. Juli 2020 jeweils von 12:30 bis 14:00 Uhr. In Kurzbeiträgen von fünf, acht oder zwölf Minuten haben Beitragende die Möglichkeit, entweder Ideen für Forschungsprojekte oder Ergebnisse (laufender) Projekte zur COVID-19-Pandemie vorzustellen. Auch Kommentare zu den aktuellen Disruptionen geographischer Forschungen durch die Pandemie sind willkommen. Das Symposium soll explizit dazu dienen, einen intradisziplinären Dialog zu initiieren, der idealerweise in koordinierten Forschungsaktivitäten münden soll.

Das Symposium beginnt am 6. Juli 2020 mit zwei Keynotes: (1) Ayona Datta (University College London) und (2) Till Bärnighausen (Institute for Global Health, Heidelberg).

Aktuelle Informationen zum Symposium: <https://www.transient-spaces.org/online-symposium-covid-19-als-zasur/>

VERMISCHTES

KARTOGRAPHISCHE DARSTELLUNGEN

DASHBOARD AUF DER HOMEPAGE DES RKI

Darstellung der Meldaten in Deutschland bis auf Ebene der Landkreise. Ein Projekt des RKI in Kooperation mit dem GeoHealth Zentrum des Universitätsklinikums Bonn und der Firma ESRI.

<https://experience.arcgis.com/experience/478220a4c454480e823b17327b2bf1d4>

https://www.geohealth-centre.de/download/corona/IHPH_FAQ_zum_Dashboard_Covid19_DE.pdf

COVID19-SMALL AREA MONITOR

Erstellt von der Universität Bielefeld in Kooperation mit der Universitätsklinik Heidelberg. Auf Ebene der Landkreise wird deutschlandweit anhand Methoden räumlicher Epidemiologie das räumlich-zeitliche Risiko für SARS-CoV-2-Infektionen auf Populationsebene taggenau errechnet und dieses basierend auf dem bundesweiten Verlauf der Epidemie mit einem erwarteten Wert ins Verhältnis gesetzt. Dieses Risiko wird tagessenau basierend auf Daten des RKI aktualisiert.

<http://covidmonitor.de/>

WEITERE INTERNET LINKS ZU KARTOGRAPHISCHEN DARSTELLUNGEN

siehe Seite 17

KRITISCHE STATISTIK

DIE REPRODUKTIONSZAHL UND IHRE TÜCKEN

Unstatistik des Monats Mai

<http://www.rwi-essen.de/unstatistik/102/>

STATISTISCHE KONZEPTE UND IHRE GRENZEN

Unstatistik des Monats April

<http://www.rwi-essen.de/unstatistik/101/>

Weiterlesen →

CORONAMONITOR DES BfR

Wöchentliche telefonische Umfrage von rd. 500 Personen durch das Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR)
https://www.bfr.bund.de/de/bfr_corona_monitor-244782.html

COVID-19 SNAPSHOT MONITORING (COSMO)

Wiederholtes querschnittliches Monitoring von Wissen, Risikowahrnehmung, Schutzverhalten und Vertrauen während des aktuellen COVID-19 Ausbruchsgeschehens
Ein Gemeinschaftsprojekt von Universität Erfurt (UE), Robert Koch-Institut (RKI), Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Leibniz-Zentrum für Psychologische Information und Dokumentation (ZPID), Science Media Center (SMC), Bernhard Nocht Institute for Tropical Medicine (BNITM), Yale Institute for Global Health (YIGH)
<https://projekte.uni-erfurt.de/cosmo2020/cosmo-analysis.html>

COVID REFERENCE

von Bernd Sebastian Kamps & Christian Hoffmann auf Deutsch, Englisch u. a. m.; Aktualisierung erfolgt ca. alle 6 Wochen
<https://covidreference.com/>

SARS-CoV-2 STECKBRIEF ZUR CORONAVIRUS-KRANKHEIT-2019 (COVID-19)

Dokument des RKI auf dessen Homepage mit regelmäßiger Aktualisierung
https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html

COVID-19 KNOWLEDGE HUB

Central repository of quality public health information, guidance, tools and science for responders, researchers and general public to enable them to access the best COVID-19 resources
<https://extranet.who.int/goarn/>

COVID-19 EVIDENCE REVIEWS

Datenbank
<http://covid19reviews.org/index.cfm>

INTERNETSEITE DES GEOHEALTH CENTERS ZU CORONA

mit so umfassenden Links und Hinweisen wie wir sie hier im Newsletter bei weitem nicht darstellen können
<https://wp2.geohealth-centre.de/news/>

BUNDESVERBAND DER ÄRZTINNE UND ÄRZTE DES ÖFFENTLICHEN GESUNDHEITSDIENSTES (BVÖGD)

<https://www.bvoegd.de/aktionen/stellungnahmen/>

DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR EPIDEMIOLOGIE (DGEPI)

<https://www.dgepi.de/de/aktuelles/>

GEMEINSAME STELLUNGNAHME VON HELMHOLTZ-ZENTRUM FÜR INFektionsFORSCHUNG (HZI), LEIBNIZ-GEMEINSCHAFT, FRAUNHOFER UND MAX PLANCK GESELLSCHAFT

https://www.helmholtz.de/fileadmin/user_upload/01_forschung/28-04-2020_Strategien_zur_Eindaemmung.pdf

IMPRESSUM

HERAUSGEBER

Arbeitskreis für Medizinische Geographie und Geographische Gesundheitsforschung in der Deutschen Gesellschaft für Geographie
Internetseite: <https://med-geo.de/>

REDAKTION

Martina Scharlach
martina.scharlach@nlg.niedersachsen.de
Carmen Anthonj
carmen.anthonj@email.unc.edu

Die gewählte männliche Form bezieht immer gleichermaßen weibliche oder diverse Personen ein. Auf die konsequente Doppelbezeichnung wurde aufgrund besserer Lesbarkeit verzichtet.

Da wir durch Unkenntnis keine Personen benachteiligen möchten, bitten wir um Verständnis, dass wir auf die Nennung des akademischen Grades konsequent verzichten.