

Gerhard Bender, Rolf Wagner, David Burger

COVID-19-Monitoring: Statistik im Spannungsfeld der Akteure

Dargestellt am Beispiel der Hansestadt Lübeck

Im Zuge der COVID-19-Pandemie sahen sich die Gesundheitsämter neuen Aufgaben gegenüber. Neben der Hauptaufgabe, der Kontaktverfolgung von Infektionsketten und Anordnung häuslicher Quarantäne, waren EDV-technische Fragestellungen zu lösen, wie die Beschaffung einer neuen Fachsoftware mit der Bereitstellung von EDV-technischen Schnittstellen zwischen den beteiligten Laboren, der kassenärztlichen Vereinigung und dem Robert-Koch-Institut (RKI). Bezüglich der Öffentlichkeitsarbeit galt es, den neuen und drängenden Informationsbedarf seitens der Politik, der Öffentlichkeit und den eingerichteten Krisenstäben zu bedienen. In der Hansestadt Lübeck wurde das Gesundheitsamt insbesondere hinsichtlich Datenerfassung und Berichterstattung frühzeitig und umfassend durch die kommunale Statistikstelle unterstützt.

Dr. Gerhard Bender

Dipl.-Geograph, von 1991–2017 wiss. Mitarbeiter in der kommunalen Statistikstelle und im Wahlamt der Hansestadt Lübeck, seit 2017 Sozialberichterstattung im Bereich Soziale Sicherung und Gesundheitsberichterstattung im Gesundheitsamt

✉ gerhard.bender@luebeck.de

Rolf Wagner

B. Sc. Geographie, seit Frühjahr 2020 wiss. Mitarbeiter in der kommunalen Statistikstelle, seit Herbst 2020 im Gesundheitsamt der Hansestadt Lübeck

✉ rolf.wagner@luebeck.de

David Burger

M. Sc. Geographie, seit 2018 Leitung der kommunalen Statistikstelle

✉ david.burger@luebeck.de

Schlüsselwörter:

Corona-Monitoring – COVID-19 – Kommunalstatistik – Gesundheitsberichterstattung – Informationsmanagement

Die Aufgabenstellung

„... womit die Zahl der bisher Erkrankten so hoch war wie noch nie.“ Derartige zu Beginn der Pandemie getätigte Aussagen, die zwar nicht falsch aber auch nicht so ganz sinnvoll waren, zeigten, dass das Volk der potenziellen Bundestrainer trotz der regelmäßig wiederkehrenden winterlichen Grippeperioden noch kaum über epidemiologisches Grundwissen verfügte. Dies hat sich inzwischen etwas geändert. Warum hat Deutschland 0:6 gegen Spanien verloren? Weil alle 80 Millionen Bundestrainer derzeit als Virologen tätig sind. Begriffe wie 7-Tage-Inzidenz oder Abkürzungen wie RKI gehören heute zum alltäglichen Sprachgebrauch.

Diese launig gehaltenen einführenden Anmerkungen sollen jedoch nicht vernebeln, dass es sich in der COVID-Berichterstattung nicht nur um eine ernste, sondern auch um eine der wichtigsten Aufgaben handelt, die einem in der Statistik beschäftigten Menschen im Laufe des Berufslebens widerfahren kann: Aufklärung und Information.

Epidemiologische Grundbegriffe wie Inzidenz, 7-Tage Inzidenz, Reproduktionszahl oder Positivrate galt es zu erklären. Eine Aufgabe, die nicht nur den Virologen, sondern auch der Statistik zufiel und nicht deren einziges Problem bleiben sollte. Für die im virologischen Berichtswesen tätigen Statistikerinnen und Statistiker stellte sich die Frage nach den diversen Datenquellen. Wie und wann wurde was an wen gemeldet? Wie sind die Daten am besten darzustellen: tabellarisch, in Graphiken oder in Karten? Welche Daten sind wichtig, welche Kennziffern (s.o.) gibt es und wie häufig und wie ausführlich soll berichtet werden? Welche räumlichen Vergleichsebenen bieten sich an und welche zeitlichen Vergleiche sind sinnvoll? Wer gibt die Daten schließlich frei und ist der Datenschutz ausreichend berücksichtigt? Und als zentrale Fragestellung: Wie können wir als Statistiker*innen das jeden Tag um neue Daten anwachsende epidemiologische Verwaltungsregister nutzen, dessen Satzaufbau gerade in der Anfangsphase einem fast täglichen Wandel unterlag? Welche Softwarelösungen gibt es, sind diese für die aktuelle Aufgabenstellung nutzbar oder gibt es bereits speziell auf COVID-19 hin entwickelte Module am Markt? Wer sind die Anbieter und wie weit sind diesbezüglich andere Städte oder Landkreise?

Nachdem die ersten Daten ermittelt, analysiert, verglichen und veröffentlicht wurden, blieb es in der Hektik der Ereignisse

nicht aus, dass zum Teil widersprüchliche Daten, die aus der Verwendung unterschiedlicher Datenquellen resultierten, publiziert wurden, was dem Vertrauen in die Validität der Daten nicht förderlich war. Daneben sorgten Übermittlungsverzögerungen dafür, dass Stadt und RKI zum Teil abweichende Daten veröffentlichten – ein Problem, das nicht nur allein in der Hansestadt Lübeck zu beobachten war. Auch hier waren die Statistikerinnen und Statistiker mit den notwendigen Erklärungen gefordert.

Von der Entdeckung des Virus in China zum ersten statistischen Lagebericht – eine kurze Chronologie der Ereignisse

Im Dezember 2019 registrierten die chinesischen Gesundheitsbehörden erste Infektionen mit einer unbekanntem Lungenkrankheit. Am 9. Januar 2020 wird der SARS-CoV-2-Erreger identifiziert, der die Krankheit COVID-19 verursacht. Am 22. Januar riegeln die chinesischen Behörden die Großstadt Wuhan ab und zwei Tage später wird das Virus erstmals in Frankreich nachgewiesen. Am 27. Januar bestätigt das bayerische Gesundheitsministerium den ersten Fall in Deutschland.

Am Freitagmorgen des 13. März 2020 werden die Gesundheitsämter in Schleswig-Holstein schließlich in den Krisenmodus versetzt. Zur Koordinierung der städtischen Ressourcen erfolgt ein Aufruf innerhalb der Verwaltung hinsichtlich möglicher personeller Unterstützung. Die kommunale Statistikstelle der Hansestadt Lübeck bietet ihre Mithilfe an und bezieht kurz darauf Räume des Gesundheitsamtes. Aufgrund des hohen Informationsbedarfes etabliert sich innerhalb kürzester Zeit eine enge Zusammenarbeit mit dem kommunalen Krisenstab. Bereits am 19. März 2020 erscheint ein erster zweiseitiger Lagebericht der kommunalen Statistikstelle, der sich fortan nahezu täglich den sich ändernden Anforderungen und entwickelnden Informationsbedarfen anpassen sollte. Schon bald umfasste der Bericht mehrere Seiten, die es täglich zu aktualisieren galt. Personell bestand die sogenannte Task-Force Statistik zu diesem Zeitpunkt aus drei Personen, wobei zwei aus der Statistikstelle kamen, was zur Folge hatte,

dass die dortigen laufenden Arbeiten zunächst einmal ruhten. Ergänzt wurde das Team um eine externe ehrenamtliche Initiativbewerblerin. Weitere Zuarbeit erfolgte personell – aus Zeitgründen jedoch nur punktuell – vom Gesundheitsamt seitens der Gesundheitsberichterstattung.

Inhaltlich umfasste der tägliche Lagebericht vier Themenbereiche:

1. Das lokale Infektionsgeschehen,
2. die kommunalen bzw. regionalen Bettenkapazitäten,
3. Vergleichszahlen für übergeordnete Raumebenen (Land, Bund, ausgewählte europäische Länder mit hohen Infektionszahlen),
4. kleinräumige kartographische Darstellungen auf Basis des Wohnortes.

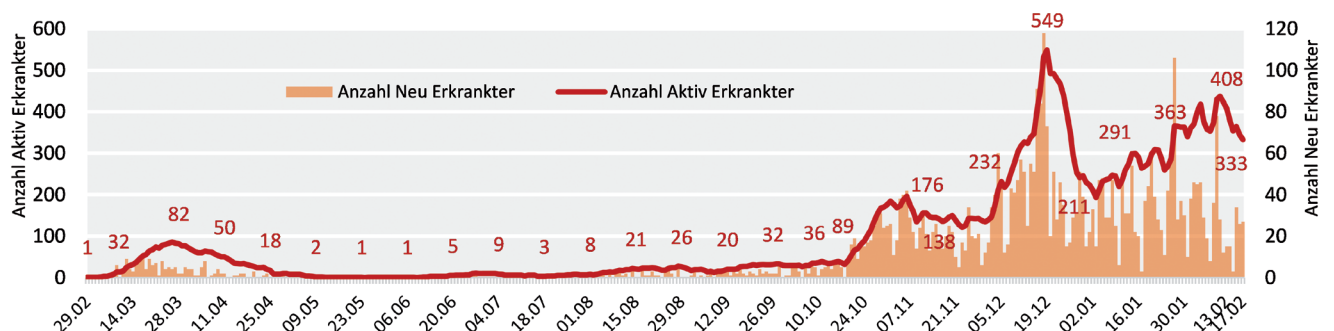
Die für die Verfolgung von Infektionsketten wichtigen Informationen, wie z. B. Ausbrüche in Gemeinschaftseinrichtungen, waren im statistischen Sinne kein Thema, was auch dem Datenschutz geschuldet war.

Zu 1: Das kommunale Infektionsgeschehen

In Anlehnung an die Darstellungen des Covid-Monitorings des RKI wurden diverse Elemente übernommen. Die aktuellen Zahlen sollten auf einen Blick sofort erkennbar sein und wurden mit farbigen Elementen herausgehoben. Laborbestätigte Fälle, aktiv Erkrankte, Genesene und Verstorbene wurden kumulativ und in der Veränderung zum Vortage dargestellt. Die Zahl der Kontaktpersonen und der infizierten Kontaktpersonen ist ebenfalls hervorgehoben. Die Zahl der Neu-Erkrankten und die der Aktiv-Erkrankten ist als Zeitreihe enthalten. Um wochenendbedingte Schwankungen auszugleichen, wurde die Zahl der Neu-Erkrankten zusätzlich nach Kalenderwochen erfasst, eine Zeitspanne, die für rückblickende epidemiologische Berichte, wo nicht so sehr die Tagesaktualität zählt, durchaus üblich ist.

Daneben durfte natürlich die Entwicklung der 7-Tage-Inzidenz nicht fehlen. Schließlich sind auch demographische Auswertungen, wie z. B. nach Geschlecht und Altersgruppen der Erkrankten wie der Verstorbenen aus der verwaltungsinernen Datenbank des Gesundheitsamtes enthalten.

Abbildung 1: Zeitreihen für die neu sowie die aktiv an Covid-19 Erkrankten in der Hansestadt Lübeck, 29. Februar bis 2. Dezember 2020



Quelle: Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt

Mit dem Fokus auf die aktuellen Fallzahlen hat sich in der allgemeinen Berichterstattung in Deutschland eine Darstellung über einen Zeitraum von ca. zwei Wochen etabliert, die den täglichen Vergleich der Fallzahlen mit den Werten der vorangegangenen Woche erlaubt. Auch diese Darstellungsweise soll demnächst übernommen werden.

Zu 2. Bettenkapazitäten

Am 26.03. wurden erstmalig Daten der Krankenhäuser zu den Betten- und Beatmungskapazitäten aufgenommen. Nach der Erfassung der örtlichen Krankenhäuser (Universitätsklinikum Schleswig-Holstein und die Sana-Klinik), kamen bald auch die Daten der regionalen Klinik-Kapazitäten im südöstlichen Schleswig-Holstein hinzu (Cluster Süd-Ost).

Die ausführlichen Daten zu den Krankenhäusern können nach einer Registrierung über das Serviceportal des Landes abgerufen werden. Bundesweit werden die Daten im DIVI-Intensivregister gemeldet, welches Daten aus rd. 1.300 Akut-Krankenhäuser enthält. Seit dem 16.04.2020 ist die Meldung für alle intensivbettenführenden Krankenhausstandorte verpflichtend. Über die Kartenansicht lassen sich die Basisdaten zur Bettenbelegung bis auf Kreisebene ermitteln.

Hinsichtlich der Beatmungsplätze ist der Begriff ECMO relevant. Bei der extrakorporalen Membran-Oxygenierung (ECMO) wird das venöse Blut außerhalb des Körpers in einer Maschine mit Sauerstoff angereichert und dann ins arterielle Blutgefäßsystem zurückgeleitet. Das Verfahren funktioniert also wie eine externe Lunge. Bei der herkömmlichen künstlichen Beatmung wird die Luft dagegen in die Lungen gepumpt.

Zu 3: Räumliche Vergleiche und Zeitreihen

Die ersten Lageberichte enthielten die Entwicklungen der Fallzahlen für verschiedene Raumebenen: Stadt-Land-Bund-Europa-Welt. Eine wichtige Datenquelle waren hier die Lageberichte des RKI und für den internationalen Blickwinkel die Daten der Johns-Hopkins-Universität.

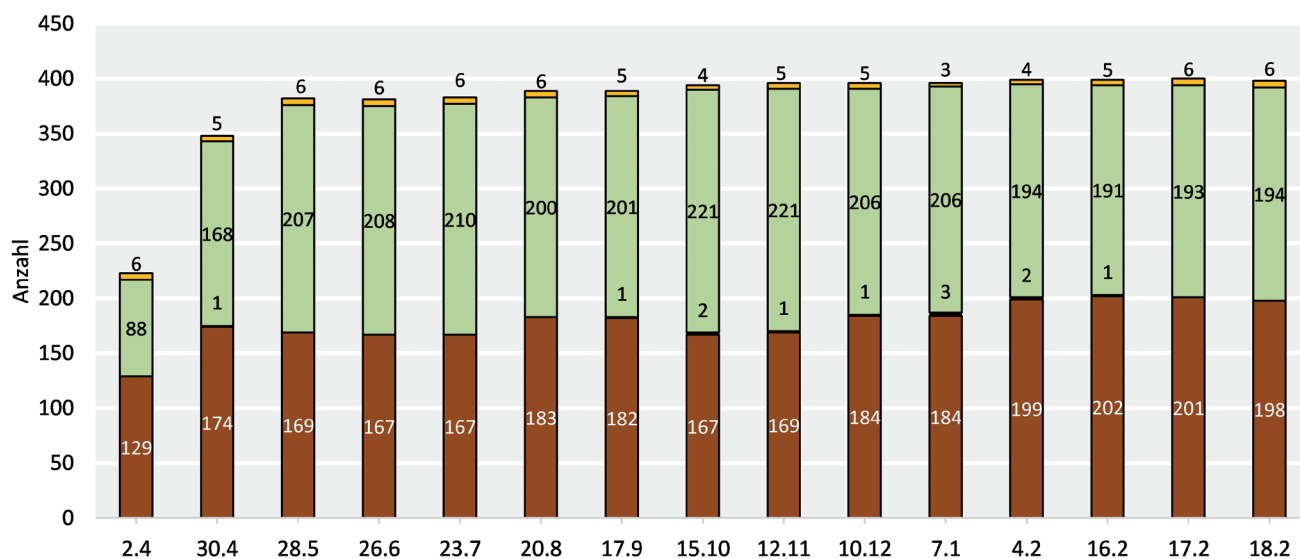
Der Blick auf die betroffenen Nachbarländer wurde im weiteren Verlauf der Berichterstattung jedoch zurückgefahren, da diese Daten auch anderweitig publiziert werden und es nicht Aufgabe einer kommunalen Statistikstelle sein kann, neben der kommunalen Berichterstattung auch noch umfangreiche Darstellungen oder Analysen zu europäischen oder gar globalen Entwicklungen zu leisten. Hier sind Verlinkungen auf die entsprechenden Internetseiten vollkommen ausreichend.

Zu 4: Kleinräumige kartographische Darstellungen

Die thematischen Karten zur weltweiten Verteilung der Corona-Fälle und die interaktiven Karten zu den Fallzahlen bzw. zur Inzidenz auf Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte sind bekannt und haben sich etabliert. Wie jedoch stellt sich die Situation kleinräumig bzw. unterhalb der Ebene des Stadtgebietes dar?

Die in den örtlichen Gesundheitsämtern ermittelten Daten zur Nachverfolgung von Infektionsketten und zur Anordnung von Quarantänemaßnahmen erlauben in Abhängigkeit von den erfassten Merkmalen 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)

Abbildung 2: Beatmungsplätze im südöstlichen Schleswig-Holstein (Cluster Süd-Ost)

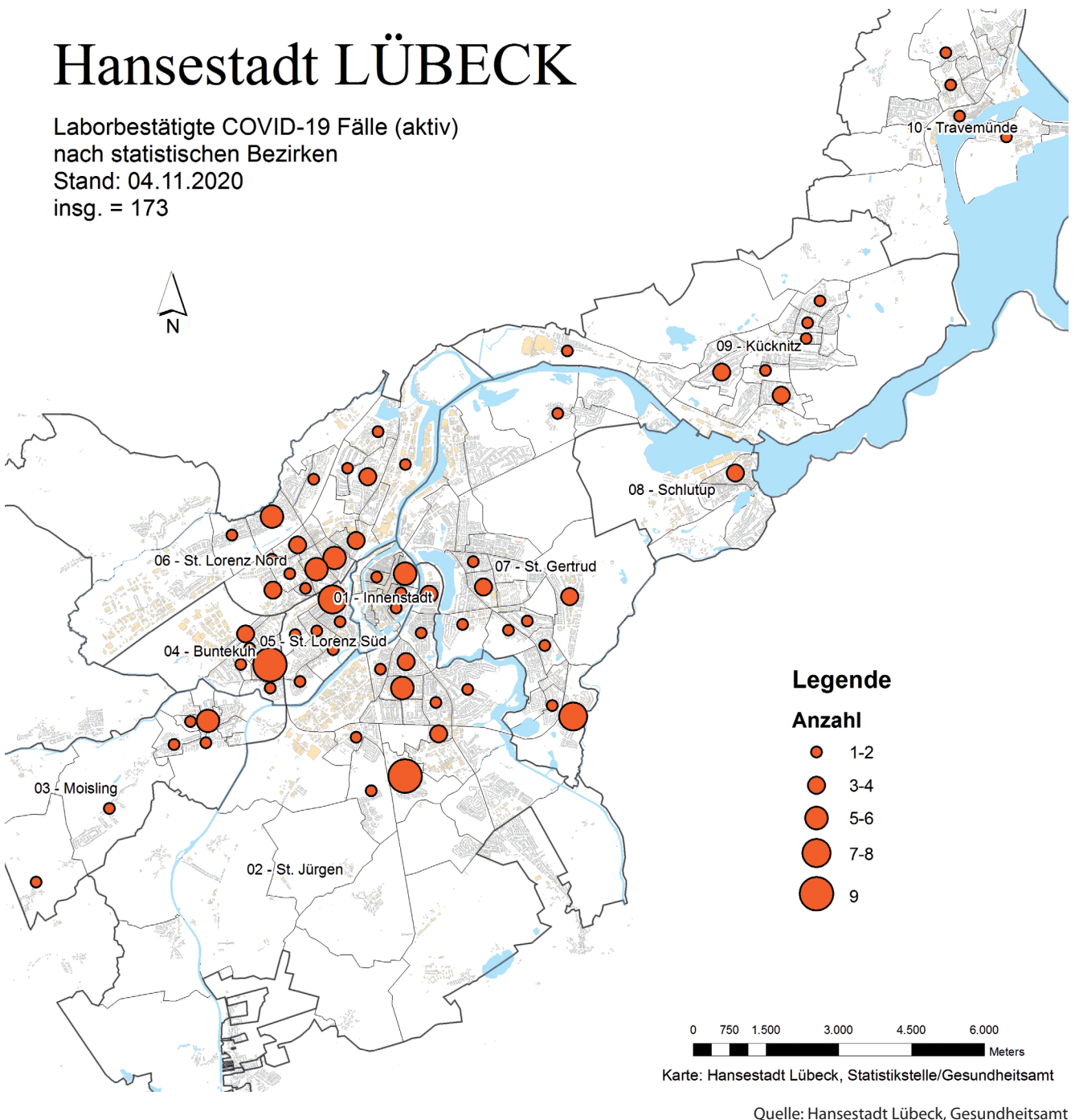


Quelle: Hansestadt Lübeck, Gesundheitsamt, nach Angaben des DIVI-Registers

reduziert. Über eine Referenztable aus dem Raumbezugssystem der Stadt wurden die Daten auf Ebene der Statistischen Bezirke der Stadt aggregiert (n = 173 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 Da-

ten 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.

Abbildung 3: Kleinräumige Verteilung von Covid-19-Fällen im Stadtgebiet nach dem Wohnort



Ergebnisse

Bereits die ersten kartographischen Darstellungen zu Beginn der Pandemie mit geringen Fallzahlen zeigten auf, dass sowohl die üblichen täglichen Bewegungsmuster (Wohnen-Arbeiten-Einkaufen-Freizeit) als auch Reisen innerhalb kürzester Zeit für eine weitgehende Verteilung der Covid-19-Fälle im gesamten Stadtgebiet sorgten. Im zeitlichen Verlauf zeigten sich wiederholt diverse räumliche Konzentrationen in den Stadtteilen. Deren Interpretation ist jedoch vorsichtig anzugehen und kann nur im Zusammenhang mit dem ursprünglichen, alle erfassten Merkmale 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 kleinräumige 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 adressgenauen Geokodierung nicht möglich wäre.

Der Datenschutz und die Gefahren der Fehlinterpretation

Es ist zu beachten, dass sich die Fallzahlen in den 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 die Verwaltungen des Landes zu Recht darauf hin, „dass eine Veröffentlichung der genauen Zahlen [...] kontraindiziert wirken könnte. Bürgerinnen und 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.

Der Begriff „Wohnort“ bedarf hier jedoch einer Explikation, insbesondere da sich die kartographischen Darstellungen diverser Institute bzw. Bundes- und Landesbehörden bis zur Ebene der Landkreise und kreisfreien Städte auch als Grundlage beschränkender Maßnahmen als unverzichtbare Informationsgrundlage etabliert haben. Zumindest hinsichtlich der kreisfreien Städte sind die Darstellungen durchaus als wohnortbezogen zu bezeichnen, denn im Allgemeinen be-

zeichnet der Wohnort die politische Gemeinde, in der eine natürliche Person ihren Wohnsitz oder ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat.

Trotzdem hat sich die Hansestadt Lübeck im Dezember 2020 nach Absprache mit dem kommunalen Datenschutz dazu entschieden, die aufsummierten Fallzahlen nach Stadtteilen zu veröffentlichen, da seitens der Öffentlichkeit und der Politik Informationsbedarf nach kleinräumigen Darstellungen formuliert worden war, was seitens der Verwaltung jedoch lange abgelehnt worden war. Die Darstellung nach Stadtteilen erlaubt weder Rückschlüsse auf einzelne Personen noch auf einzelne Standorte. Entsprechende Erläuterungen warnen auch vor den Gefahren der Fehlinterpretation in Anbetracht einer hohen Dunkelziffer.

Statistische Informationen, die unter Berücksichtigung des Datenschutzes publiziert werden, können jedoch weiteren Informationsbedarf bzw. Fragen hervorrufen: „Warum sind die Fallzahlen in diesem Stadtteil so hoch?“ Wenn diese dann auf anderer Ebene kommuniziert werden, kann es durchaus zur Benennung dieser Hotspots in der Presse kommen, wie z. B. der namentlichen Erwähnung von Kindertagesstätten, Seniorenheimen oder bestimmten Wohnsiedlungen. Es ist aber auch zu berücksichtigen, dass eine sehr restriktiv ausgelegte Informationspolitik das Vertrauen der Bevölkerung in die Verwaltung schwächt, die Bürger*innen quasi für unmündig erklärt werden und ggfs. Misstrauen wenn nicht sogar die Entstehung von Verschwörungstheorien gefördert wird.

Beruhigung der Fallzahlen im Sommer und Wiederanstieg im Herbst

Nach der ersten Welle im März 2020 sanken die Fallzahlen und befanden sich im Mai 2020 nahezu bei null. Es war die Zeit, als sich einige Gemeinden etwas voreilig bereits als Corona frei bezeichneten. In der Hansestadt Lübeck wurden die im März 2020 aufgebauten 47 Arbeitsplätze zur Kontaktverfolgung zum Teil wieder abgebaut, da die genutzten Räume anderweitig gebraucht wurden. Die EDV-technische Hardware wurde hinsichtlich eines zu erwartenden Wiederanstiegs der Fallzahlen jedoch vor Ort zwischengelagert. Hinsichtlich der statistischen Arbeiten zeigte sich spätestens jetzt, dass der Arbeitsaufwand zur Erstellung des umfangreichen täglichen Lageberichtes ziemlich groß war, insbesondere weil inzwischen auch der statistische Personaleinsatz auf eine Person zurückgefahren werden musste, da das Personal nun für liegengeliebene Arbeiten in der Statistikstelle benötigt wurde. Die täglichen Lageberichte reduzierten sich auf eine Seite und beschränkten sich nun auf einige wenige Basisinformationen. Einmal wöchentlich erschien jedoch weiterhin ein ausführlicher Lagebericht.

Mit dem Anstieg der Fallzahlen im Herbst 2020 wurde dann wieder verstärkt Personal zur Kontaktverfolgung eingestellt. Die Zahl der Arbeitsplätze wurde im Dezember auf über 50 erhöht, wobei über 100 Personen im Schichtbetrieb an der Kontaktverfolgung arbeiteten. Neben Bundeswehrsoldaten waren Mitarbeiter*innen aus anderen städtischen Bereichen wie den geschlossenen Schwimmbädern oder den Museen im Einsatz. Mittlerweile war ein professionelles Pandemiemodul

im Einsatz, wodurch nun Datenerfassung und Arbeitsabläufe wesentlich strukturierter ablaufen. Auch die Verfahren zur statistischen Auswertung des Datenbestandes wurden dadurch vereinfacht.

Stellung der Gesundheitsstatistik im städtischen Berichtswesen

Das Kapitel Gesundheit war schon immer ein Thema der kommunalstatistischen Berichterstattung, ist es doch die Aufgabe der Statistik, Daten zur Kommune zu sammeln und in Beziehung zu setzen, auch um zeitliche und räumliche Vergleiche zu ermöglichen. Die Kommunalstatistik ist bezüglich der Gesundheitsstatistiken im Wesentlichen auf die amtlichen Statistiken der statistischen Landesämter bzw. auf die Gesundheitsberichterstattung der Länder und des Bundes angewiesen, denn selten wird in den Gesundheitsämtern selbst eine ausführliche Statistik betrieben.

Auf kommunaler Ebene basiert die Gesundheitsberichterstattung auf § 6 des Gesetzes über den Öffentlichen Gesundheitsdienst (GDG), wonach zur Unterrichtung über die gesundheitlichen Verhältnisse, insbesondere über Gesundheitsrisiken und Gesundheitsverhalten der Bevölkerung die hierfür notwendigen nichtpersonenbezogenen Daten von den Kreisen und kreisfreien Städten gesammelt und nach epidemiologischen Gesichtspunkten ausgewertet werden. Die Daten sind in regelmäßigen Abständen in Gesundheitsberichten zusammenzuführen. Trotzdem wird die kommunale Gesundheitsberichterstattung (GBE) mit sehr unterschiedlicher Intensität und Methodik betrieben, denn wenn die Kreise und kreisfreien Städte nicht zur Erhebung von Daten in der Lage sind oder die Erhebung mit unverhältnismäßig hohem Aufwand verbunden ist, wirken sie darauf hin, dass die entsprechenden Daten von anderen Behörden erhoben werden (GDG, § 6 Abs. 1 Satz 2).

Auf Länderebene hat die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden auf Empfehlung der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) von 1991 einen Indikatorenatz für die GBE der Länder erarbeitet. Auf Länderebene werden die Empfehlungen zur GBE recht unterschiedlich umgesetzt. Während sich einige Länder recht stark an dem Indikatorenatz orientieren, legen andere Länder den Schwerpunkt auf eine textliche Berichterstattung oder die Durchführung eigener Studien und Surveys. Manchmal wird die GBE auch mit der

Sozial- oder Umweltberichterstattung verschmolzen und der Indikatorenatz entsprechend modifiziert, ebenso ist die GBE institutionell oftmals unterschiedlich angesiedelt.

Auf Bundesebene haben sich in der Gesundheitsberichterstattung einerseits mit der regelmäßigen textlichen Berichterstattung in Form der Bundesgesundheitsberichte von 1998, 2006 und aktuell 2015, den Spezialberichten, mit eigenen Studien und Survey und andererseits mit der Einrichtung einer umfangreichen interaktiven Gesundheitsdatenbank zwei klar umrissene komplementäre Berichtszweige etabliert.

Fazit und Ausblick

Mit der Corona-Pandemie rückten nicht nur die eigentlichen Infektionszahlen ins öffentliche Blickfeld, sondern auch weitere Gesundheitsdaten, wie die Kapazitätsberechnungen für die Intensivmedizin, die Personalsituation in den Krankenhäusern und mit der Betrachtung gefährdeter Bevölkerungsgruppen vor allem auch die Personalsituation in den Pflegeheimen.

Mit dem Vorliegen der amtlichen Statistiken des Statistischen Landesamtes, die nach Meldung aller Daten und anschließender Aufbereitung der Daten zeitverzögert erscheinen, wird sich ein weiteres Aufgabenfeld für die Kommunalstatistik auf tun. In der nachträglichen Analyse der amtlichen Veröffentlichungsreihen wird es darum gehen, die Auswirkungen der Corona-Krise hinsichtlich der demographischen, gesundheitlichen, sozialen und wirtschaftlichen Entwicklung zu sichten und bezüglich der eigenen Kommune zu analysieren.

Daneben ist zu hoffen, dass auch die kommunale Gesundheitsberichterstattung zukünftig wieder einen höheren Stellenwert im öffentlichen Interesse erhält. Die Voraussetzungen dafür sind wahrlich gegeben: Morbidität und Mortalität betreffen die Menschen in ihrer elementaren Existenz. Daneben ist mit dem Klimawandel ein Thema vorübergehend in den Hintergrund getreten, welches spätestens im nächsten Sommer wieder relevant werden wird. In gesundheitlicher Hinsicht wird es hier speziell auch um Auswirkungen von Hitzewellen auf die menschliche Gesundheit gehen. Verschiedene Städte haben diesbezüglich bereits Hitzeaktionspläne erstellt. Auch hier wird die Kommunalstatistik in Zusammenarbeit mit den Gesundheitsämtern vor Ort wieder die notwendigen Datengrundlagen sowie das methodische Fachwissen beisteuern müssen.

Literatur

Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) und RKI (2020): DIVI-Intensivregister, <https://www.intensivregister.de/#/aktuelle-lage/reports>, Stand 04.12.2020.

Hansestadt Lübeck (2020): Tagesaktuelle COVID-19 Fallzahlen für Lübeck, <https://www.luebeck.de/de/rathaus/verwaltung/gesundheitsamt/infektionsschutz/covid19-statistik.html>

Johns-Hopkins-University (2020): Global COVID-19-Dashboard, <https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>, Stand 04.12.2020.

Robert-Koch-Institut (2020): Startseite zu COVID-19 in Deutschland, https://www.rki.de/DE/Home/homepage_node.html, Stand 04.12.2020.

Robert-Koch-Institut (2020): COVID-19-Dashboard mit täglich aktualisierten Fallzahlen,

<https://experience.arcgis.com/experience/478220a4c454480e823b17327b2bf1d4>, Stand 04.12.2020.

Robert-Koch-Institut (2020): Tägliche Situationsberichte, https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Gesamt.html

Robert-Koch-Institut (2020): Gesundheitsberichterstattung, https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/gbe_node.html