



# Protokoll

**Des Vortrags zum Thema  
„Pandemie jetzt und in Zukunft“  
von Professor Jan Rupp,**

Direktor der Klinik für Infektiologie und Mikrobiologie  
am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein  
in Lübeck

---

Liebes Präsidium!  
Sehr geehrte Frau Vizepräsidentin,  
sehr geehrte Abgeordnete,  
liebe Delegierte des Altenparlamentes!  
Ich freue mich sehr, hier zu sein.

Sie hatten gerade ausgeführt, Herr Präsident, dass die Jugend im Landtag hier normalerweise auch anwesend gewesen wäre. Das wäre bei diesem Thema sehr gut gewesen, um das Spannungsfeld zu illustrieren. Ich verstehe mich hier nicht als Experte, sondern würde Ihnen gern einen Impulsvortrag über die letzten Monate geben und ein bisschen einen Ausblick zu dem geben, wie es möglicherweise zukünftig werden könnte, wenn solche Pandemien wiederkommen. Dann freue ich mich tatsächlich eher auf die angeregte Diskussion, denn meine Erfahrungen mit der Pandemie sind genauso lang wie Ihre Erfahrungen. Wir sind möglicherweise von unterschiedlichen Startpunkten ausgegangen. Einige von Ihnen haben vielleicht die Schweinegrippe mehr oder weniger stark wahrgenommen und erinnern sich vielleicht auch aus Erzählungen der Eltern an die Spanische Grippe. Das sind die Dinge, die ich – außer der Erinnerung an die Schweinegrippe, die für mich aber nicht so tiefgreifend war – nicht aufweisen kann.

Deshalb möchte ich mit Ihnen Revue passieren lassen, was in den letzten Monaten passiert ist. Das gibt einen guten Einstieg in die Diskussion. Ist es gut oder schlecht gelaufen? Vielleicht konnte es auch gar nicht besser gehen? Der Titel meines Vortrages ist deshalb sehr offen.

Ich möchte ganz kurz zurückblicken. Man vergisst in der Schnelle der Zeit manchmal, dass es noch gar nicht so lang her ist. Als ich aus Lübeck hierhergefahren bin, habe ich im Radio gehört: Heute war der Prozessauftritt in Österreich zu dem ersten großen europäischen SARS-CoV-2 Ausbruch in Tirol/Ischgl, zu der Frage, ob dieser Ausbruch im touristischen

Sektor hätte verhindert werden können und wie sehr die Regierung daran beteiligt war. Das wird relativ spannend werden.

Wir gehen zurück auf Dezember 2019, wo, wenn man es sich noch einmal anschaut, die ersten Berichte – noch gar nicht mit dem Namen des Virus – an die Öffentlichkeit kamen. Das ist bei einer Pandemie ganz häufig so: Es ist etwas, das man sich medizinisch nicht erklären kann. Tatsache war, dass Menschen erkrankten, auch unterschiedlichen Alters, an einer fast banalen Lungenentzündung. Da holte man sein ganzes Repertoire heraus und guckt, was es sein könnte, und findet nichts. Eh man sich versieht, kommt der Nächste ins Krankenhaus und der Nächste und der Nächste. Alles, was man glaubte, was prinzipiell in den letzten Jahren so schlecht nicht funktioniert hatte, funktioniert eben nicht mehr: Die Leute werden kränker, die klassischen Methoden – man gibt Antibiotika und ein bisschen Kortison – schlagen nicht an, es wird nicht besser. Auf einmal landen ganz viele Patienten auf der Intensivstation. Das macht in diesem Bereich – in diesem Fall war es in Wuhan in China – erst einmal Sorge. Tatsächlich muss man sagen, dass wir bis heute nicht ganz genau wissen, wie dramatisch es damals in dieser Region war und wie schnell das Ganze eigentlich kam.

Interessant ist aber, und ich möchte da noch einmal weiter zurückblicken, das vergisst man immer wieder: Die letzte globale, virale Pandemie, auch wenn sie einen anderen Übertragungsweg hatte, war eigentlich HIV. Das hat nur ganz viele nicht betroffen, weil sie gesagt haben: Das geht nur mit gewissen Verhaltensmaßnahmen einher, es gibt gewisse Gruppen, die besonders betroffen sind. 1980, 1982 wurden in Los Angeles und San Francisco große Gruppen junger Männer krank, man wusste nicht warum, und sie sind vielfach, ohne dass damals eine Diagnose gestellt werden konnte, nach kurzer Zeit gestorben.

Es hat damals – das ist ganz wichtig – zwei Jahre gedauert, bis man überhaupt den Erreger identifizieren konnte. Bei Covid-19 hat es genau eine Woche gedauert, bis man wusste, dass diese Lungenentzündungen mit einem neuartigen Virus aus einer Gruppe von Coronaviren, die wir schon seit vielen Jahren kennen, zusammenhängen. Ich sage es einmal etwas provokant: Christian Drosten war wirklich der Einzige in Deutschland, der sich mit Coronaviren auskannte. Herr Drosten hatte sich schon seit ewigen Zeiten Coronaviren angeschaut, und er war einer der Ersten, der gesagt hat: Das könnte ein Coronavirus sein, hier ist der Test, damit könnt Ihr ganz gezielt diese neue Variante der Coronaviren nachweisen.

Ich möchte einmal kurz zurückblicken und fragen: Was wäre gewesen, wenn wir nun auch zwei Jahre gebraucht hätten, um diesen Erreger zu identifizieren? Was wäre mit unserer Teststrategie? Wie lange hätte es gedauert vernünftige Schutzmaßnahmen zu entwickeln? – Jeder mag sich einmal kurz Gedanken darübermachen. Es hat jetzt nur wenige Wochen gedauert. Dann wurde das Ausmaß relativ rasch klar.

Eine respiratorische Infektion, die irgendwo einmal auftritt, wird nicht kontrollierbar sein. So war es auch: Im März 2020 erklärte die WHO den Ausbruch offiziell zu einer Pandemie. Damals gab es 118.000 Fälle in 114 Ländern mit noch ganz unzureichenden Nachweismethoden, wie wir heute wissen. Wir waren damals nicht auf dem Stand, auf dem wir heute sind.

Es ist immer wichtig, zurückzuschauen. Technisch war da relativ viel möglich: Die Möglichkeit, die Krankheit festzustellen, lag relativ rasch vor. Deswegen möchte ich noch einmal auf Ischgl zurückkommen. Im März 2020 war der Ausbruch in Ischgl. Ich war im Januar Ski fahren in Kühtai in Tirol. Es gab jetzt gerade einen Bericht, dass genau an diesem Wochenende der erste Patient in Kühtai covidpositiv war. Ich will mir nicht die Schlagzeilen vorstellen, was passiert wäre, wenn ich der erste

Patient in Schleswig-Holstein gewesen wäre, der diese Infektion mitbringt! Manchmal liegen die Dinge ganz eng beieinander. Es hat noch einmal sechs Wochen gedauert, bis in Ischgl dieser große Ausbruch war.

Sie alle wissen es: Heute haben wir über 200 Millionen dokumentierte Fälle. Wir haben 4,6 Millionen Todesfälle, und wir haben über 5 Milliarden verabreichte Impfdosen in 18 Monaten. Das ist, wenn man einen Strich drunter zieht, das, wo wir heute stehen.

Ich möchte mit Ihnen jetzt ein paar Dinge adressieren, von denen ich glaube, dass auch der größte Schwerpunkt für die Diskussion dort liegen wird. Ich stehe hier, weil ich in diesem Fachgebiet tätig bin. Ich muss Ihnen aber ganz ehrlich sagen: Ich habe nicht ansatzweise alles lesen können, was in den letzten Monaten zu Covid-19 publiziert wurde.

Sie alle kennen andere Volkskrankheiten wie Gefäßerkrankungen, Arteriosklerose, Schlaganfall oder auch Tumorerkrankungen. Ich habe die, in diesen Fachgebieten öffentlich zugänglichen Publikationen für die Jahre 2020 und 2021 einmal aufsummiert. Bei der Arteriosklerose sind es so 5.000 bis 10.000, übers Jahr gesehen fast 20.000 Publikationen. Bei dem Schlaganfall sind es jährlich 40.000 Publikationen. Bei Covid-19 waren es 2019 noch null: keine einzige Publikation. Es gab zehn Publikationen von Herrn Drosten, alle hoch publiziert, zu Coronaviren. Nur eine ganz kleine, spezielle Gruppe von Wissenschaftlern hat es überhaupt verstanden, was er da gemacht hat. Dann aber sehen Sie den Balken 2020: insgesamt 70.000, fast 80.000 Publikationen zu Covid-19, weil sich auf einmal die gesamte Wissenschaft einem Thema zugewandt hat. Das sind nicht alles Infektiologen und Mikrobiologen. Das sind auf einmal Genetiker, Sozialwissenschaftler, Epidemiologen, Virusforscher, Impfforscher. Jetzt sind wir als Experten gefragt: Gebt uns doch einmal einen Überblick, was da so passiert!

Es kommt noch ein zweites Problem dazu. Normalerweise findet Wissenschaft so statt: Ein Wissenschaftler beforcht über längere Zeit ein sehr spezielles Gebiet, schickt die Ergebnisse zu einer Fachzeitschrift, dort gibt es ein Gutachtenverfahren, das normalerweise zwei bis drei Monate dauert. Dann bekommt er Kritik zurück, verbessert seine Publikation, und dann wird sie veröffentlicht. Weil wir nun aber wussten, dass es auf diesem Feld eine ganz starke Dynamik gibt, wurde dies aufgehoben. Jeder konnte als Vorabdruck (Preprint) seine Publikation ins Netz stellen. Damit ist die Diskussion eröffnet, aber sie findet nicht mehr nur unter Fachleuten statt, sondern sie findet in der Öffentlichkeit statt. Die Medien ziehen sich einzelne Fakten raus und sagen: Da steht doch aber z. B., diese Variante ist besonders schlimm, dieser Impfstoff wirkt nicht, usw., ohne dass eine wissenschaftliche Überprüfung der Ergebnisse stattgefunden hätte.

Ergebnisse lassen sich aber erst beurteilen, wenn man die Studie intensiv gelesen, ggf. mit anderen Arbeiten verglichen hat und auch hinsichtlich der Statistik und Plausibilität validiert hat. Im besten Fall müsste ich sie noch einmal selbst machen. Dann könnte ich sagen: Das stimmt, oder es stimmt nicht. Dieses System war völlig ausgeschaltet. Wir wurden mit Richtigem, Falschem und Unbekanntem konfrontiert. Das ist die Gemengelage, der wir nun in den letzten 18 Monaten gegenüberstanden. Wissenschaft ist durchaus so angelegt, dass man auch Fehler macht. Aber hier hat man das nicht verziehen. Das war auch berechtigt. Da hat man gesagt: Es sterben Leute, es werden Leute krank, warum macht Ihr das nicht besser? – Weil Erkenntnisgewinn Zeit braucht. Das ist aber genau der Punkt: Zeit gab es in dieser Phase schlichtweg nicht.

Richten wir unserem Blick einmal auf die täglichen Neuinfiziertenzahlen, die sogenannten Inzidenzen. Ich habe mal nur ein paar Länder herausgenommen. Die Amerikaner sind an der Spitze. Das wollen sie ja oft sein, hier sicherlich nicht. Ganz unten am Ende ist Deutschland, kurz

über Italien. Wenn wir aber einmal in die zweite Welle von November 2020 bis Februar 2021 schauen: Da taten sich alle nicht so furchtbar viel. Worauf ich aber hinauswill: Wir haben verglichen mit anderen Ländern trotzdem deutlich weniger Krankenhausaufenthalte gehabt.

Jetzt kommt der eigentlich entscheidende Punkt: Wir hatten trotzdem in der zweiten Welle nicht eine deutlich niedrigere Sterblichkeit. Das ist eine Frage, die die Wissenschaft noch beschäftigen wird. Deutschland hat mit Abstand eines der besten Gesundheitssysteme weltweit, eine der mit Abstand höchsten Kapazitäten für Intensivpatienten. Aber so richtig viel besser, was die Todesfälle angeht, waren wir nicht. Woran könnte das liegen? – Die Antwort liegt zum einem relativ nah und doch sind die daraus zu ziehenden Schlüsse gar nicht so einfach. Das eine ist: Wir haben unsere Risikogruppen in dieser Phase nicht besser geschützt als andere Länder. Risikopatienten können Sie nicht schützen, indem Sie Krankenhauskapazitäten vorhalten, sondern da, wo sie leben – im Pflegeheim, im Altenheim, in der Familie. Das ist offenbar nicht besser als in anderen Ländern gelungen.

Wir wussten schon relativ schnell: Wenn die Leute dann ins Krankenhaus kommen, haben sie ohne eine suffiziente Therapie und ohne eine Impfung, wie es ja damals im Dezember noch war, genau die gleichen Möglichkeiten, egal, ob sie in Italien leben oder in Deutschland. Wir haben zwar mehr Intensivbetten, aber wenn die Leute da erst einmal waren, dann starb ungefähr jeder Dritte. Das ist es, was die Pflegekräfte an den Rand der Belastungsgrenze getrieben hat. Die haben gesagt: Ich tu doch alles, ich mache, was ich kann! – Es ist nicht mehr in unseren Händen gewesen.

Ja, man kann viel kontrollieren, ja man kann versuchen, die Infektionszahlen zu kontrollieren. Wenn ich aber die Risikogruppen nicht schütze, läuft das Ganze ins Nichts. Deswegen betrachten wir die Inzidenzen noch einmal nach Alter aufgeschlüsselt.

Gerade in den letzten Wochen hat es noch einmal ganz viele Diskussionen hervorgerufen. Mich freut es als Mediziner ganz besonders, dass es bei den älteren Personen eine niedrige Inzidenz gibt. Wenn es bei den über 60-Jährigen eine geringe Inzidenz gibt, wissen wir, dass es auch eine geringe Sterblichkeit gibt. Bei den 0- bis 14-Jährigen haben wir Inzidenzen von 250. Das korreliert aber nicht mit Sterblichkeit. Deswegen gab es ja die Diskussion um die Inzidenzen. Macht es noch Sinn, Inzidenzen zu diskutieren? In der Summe mag ich zwar eine Inzidenz von 100 haben, aber ich habe keinerlei Sterblichkeit, wenn die Altersverteilung zugunsten jüngerer Personen verschoben ist.

Diesen Punkt haben wir sehr lange nicht aufgelöst, weil wir gesagt haben: Es zählt jeder einzelne Fall. Nein, ich würde sagen: Es zählen vor allem Fälle von Risikogruppen, von Älteren, aber auch – und das macht mir heutzutage am meisten Sorge – der 30- bis 60-Jährigen. Die sind nicht alle gesund. Die haben zwar nicht das Risiko Alter, die haben aber die Risiken Übergewicht, Zucker, Bluthochdruck. Diese Risiken sind in unserer Bevölkerung einfach ganz weitläufig vorhanden. Die haben hohe Inzidenzen und ein Risiko. Deswegen haben wir Sorge, dass in einer möglichen vierten Welle immer noch viele Patienten ins Krankenhaus kommen werden, weil die nicht geschützt sind.

Das ist ein ganz wichtiger Punkt, wenn man darüber redet, wer dafür Verantwortung trägt, wie man die Pandemie eingrenzen kann. Da sind es natürlich am Anfang die Älteren, die einen sehr hohen Preis gezahlt haben, weil sie im Pflegeheim isoliert wurden, keinen Kontakt mehr zur Außenwelt hatten, aber auch, weil effiziente Maßnahmen wie Testungen nicht durchgeführt wurden. Die Jungen wurden mit in Haftung genommen, aber die Konsequenzen für die Kinder selbst waren relativ gering.

Betrachten wir einmal über den Zeitraum eines Jahres die Daten, der in den verschiedenen Altersgruppen aufgetretenen Fälle und die Wahr-



scheinlichkeit, dass man damit ins Krankenhaus muss. Bei den unter 18-jährigen ist die Wahrscheinlichkeit sehr klein, aber bei den über 85-Jährigen liegt ein 15-fach höheres Risiko vor, dass der Betroffene ins Krankenhaus muss.

Ganz dramatisch sind aber die Todesfallraten. Die ist bei den über 85-Jährigen im Vergleich zum 30-Jährigen 600-fach erhöht. Ich habe also die Belastung der Krankenhäuser schon bei jüngeren Patienten, aber nicht in dem Ausmaß, wie ich es bei den Todesfällen habe. Das ist das Besondere an dieser Pandemie.

Nun haben wir vor anderthalb Jahren niemals Covid-19 mit der Grippe verglichen. Es gab keinen Immunschutz, es gab niemanden, der dieses Virus schon einmal durchgemacht hatte. Wer damals behauptet hat, Influenza und Covid-19 seien gleichzustellen, hat schlichtweg die Unwahrheit gesagt. Wenn wir nun sagen: Wir entwickeln uns dahin, dass Covid-19 wie eine Grippe wirkt, würde ich das mittlerweile unterschreiben. Wir werden eine fundierte Datengrundlage haben, der zufolge es nur noch die betrifft, die keinen Impfschutz haben, die Risiken haben. Das ist bei der Grippe immer schon so gewesen. Wenn man im Winter geguckt hat, lagen dort genauso Patienten mit der Grippe an der Beatmung und sind zu einem Drittel verstorben. Das ist etwas, worauf wir uns wahrscheinlich einstellen müssen.

Bei den Impfungen reden wir aktuell über die Drittimpfung. Die Drittimpfung ist gut für die über 80-Jährigen und für die über 60-Jährigen mit Risiko. Ja, es wird im Winter wahrscheinlich auch eine Drittimpfung für die noch Jüngeren geben. Gerade jetzt ist eine Studie aus Israel herausgekommen: Die Drittimpfung ist gut verträglich und gerade für die Älteren ein extremer Boost, um einen höheren Schutz zu kriegen – Variante hin oder her.

Sie ahnen es schon, wir reden ja über eine Pandemie: Kriegen wir die Pandemie mit Dritt- und Viertimpfungen in den Griff? – Nein, das kriegen wir nicht. Wir kriegen sie für uns besser kontrolliert, wir kriegen sie aber nicht in den Griff. Pandemie bedeutet: Ein weltweiter Ausbruch eines Infektionserregers. Solange Sie große weiße und gelbe Flecken haben, bei denen kein Impfstoff ankommt, wird sich das Virus dort immer wieder reorganisieren. So tut es das bei der Grippe auch. Die Vulnerablen, die keinen Schutz haben, nehmen das Virus auf. Sie müssen gar nicht schwer erkranken, können aber das Virus weitertragen. Man muss es sich so vorstellen: Evolution im Menschen funktioniert so, dass das Virus sich nach und nach immer mehr adaptiert, damit es übertragen werden kann oder möglicherweise irgendwann Impfstoffe vermeiden kann. Das ist bei der Grippe nicht anders.

Ich möchte es einmal etwas plakativer sagen: Immerhin 42 % der Bevölkerung haben weltweit mittlerweile eine Dosis eines Covid-19-Impfstoffes erhalten. Die Zahl von 33 Millionen Impfdosen pro Tag sinkt übrigens. Sehr dramatisch ist, dass lediglich circa 1,9 % der Bevölkerung in den Niedriglohnländern eine Dosis erhalten haben. Wir haben also ein sehr großes Gefälle zwischen reich und arm. Was heißt das für zukünftige Pandemien? Wir haben keine gute Lösung, wie wir eine Pandemie insgesamt unterbrechen. Wir haben gute Lösungen, wie wir in reichen Ländern Todesfälle verhindern. Ich will das eine nicht gegen das andere stellen, aber wenn wir immer darüber reden: „Warum kommt eine neue Variante, warum haben wir jetzt wieder ein Problem, es kommt aus Brasilien oder woanders her“, dann liegt das daran, dass die Möglichkeiten dort nicht genauso gut sind, wie sie bei uns sind.

Der Impfverlauf in Afrika ist schleppend. In der Mitte liegt Indien, dann kommt Südamerika, ganz oben England, Italien und Deutschland, und ein bisschen darunter die Vereinigten Staaten.

Schauen wir uns die Varianten an, die man schon durch genetische Analysen gefunden hat. Natürlich kommt die nächste Variante, das ist so sicher wie das Amen in der Kirche. Die WHO spricht deswegen nicht nur von Variants of Concern – das sind die Varianten der 1.–3. Welle, die wir bisher gesehen haben, Alpha und Delta. Sie spricht zudem von Variants of Interest, die zirkulieren. Die sind interessant, denn wenn sie sich weiterentwickeln, könnten sie möglicherweise dem Immunschutz eher entgegenkommen als andere.

Es gibt dann noch Former Variants of Interest. Es gibt schon eine so hohe Varianz, dass man genetisch schon viel mehr weiß, was möglicherweise kommen könnte. Das ist gut. Wir haben aus den ersten Monaten gelernt: Selbst wenn es noch nicht viele Fälle sind, muss man sich ansehen, was es bedeuten kann. Das ist eine Lösung des Problems: Wenn ich voraussehen kann, welche Varianten entstehen, kann ich – das ist ein Segen – den Impfstoff anpassen. Neben den Testungen ist das ein zweiter Segen, dass ein Impfstoff in nicht einmal einem Jahr mit einer komplett neuen Technologie entwickelt werden konnte. Diese neue Technologie hat am Anfang viele beunruhigt.

Ich habe zu vielen Kollegen am Anfang gesagt: Was hätten wir mit den Impfstoffen, die bisher auf dem Markt waren, überhaupt in einem Jahr schaffen können? Wir hätten AstraZeneca gehabt, und alle wären froh gewesen. Ich sage es so, wie es ist: Das ist eine alte Technologie, die funktioniert, aber verglichen mit der neuen Technologie mehr Nebenwirkungen hat und nicht ganz so wirksam ist. Aber eigentlich wären wir mit dem ganz zufrieden, wir hätten zufrieden sein müssen. Diese neue Technologie, die in diesem Maße noch nie ausprobiert wurde, steht uns jetzt erst zur Verfügung.

Da ist es klar, dass das zunächst einmal Sorgen macht. Die Technologie der mRNA-Impfstoffe erlaubt uns jetzt genau das, was das Virus evolutionär

macht, im Impfstoff vorwegzunehmen. Das können Sie mit keiner anderen Technologie in diesem Maße machen.

Betrachten wir den Wildtyp des Virus, betrachten wir die südafrikanische oder die UK-Variante und die Escape-Variante. Das könnte die Variante sein, die dem Impfschutz entkommt. So sähe sie aus, genetisch. Da weiß man schon: Die Kurve geht runter, der Impfschutz wird immer schlechter. Was muss ich machen? Ich muss jetzt den Impfschutz genau so verändern, dass das Protein wieder so aussieht wie dieses der Escape-Variante.

Auch bei der Grippe ist es so: Wir schauen ein halbes Jahr vorher, welche Viren auf der Südhalbkugel zirkulieren, damit wir für den Winter einen guten Impfschutz haben. Das ist old-fashioned. Wenn wir darauf warten, dass die neue Variante kommt, können Sie nicht einfach mal schnell neuen Impfstoff herstellen. Wenn Sie aber sagen: Ich weiß, wo die Knackpunkte sind und wohin sich das Virus entwickelt, kann man sagen: So wird die nächste Variante aussehen. Das kann man dann in Versuchen vorwegnehmen. Sie hören viel von Neutralisierung, also der Frage: Welche Antikörper schützen noch? Das kann man dann austesten und versuchen, den Impfschutz mit den neuartigen Impfstoffen hochzuhalten.

Hiermit möchte ich den Teil zu Covid-19 eigentlich abschließen. Ich habe noch ein paar Sachen zusammengefasst: Wir haben weiterhin keine wirksame Therapie. Wir haben kein Medikament, das den Erkrankten unter einem schweren Verlauf einfach gegeben werden könnte und den Krankheitsverlauf in gutem Maße veränderte. Es hat sich auch nicht viel daran geändert, dass für das Virus eine große Möglichkeit besteht, zu mutieren und damit neue Varianten zu erzeugen. Die Impfung ist der einzige Weg. Ich hoffe, dass dies hier im Plenum jedem klar ist, aber ich stelle mich auch jeder kontroversen Diskussion dazu.

Letztlich sind all diese Überlegungen prophylaktischer Natur. Mit jedem Impfschutz, den wir jetzt aufbauen, unterbrechen wir sowohl die Zirkulation als auch nachher die Impfdurchbrüche. Wenn die Zahl der Infektionen geringer ist, sehen Sie auch weniger Schaden bei denen, die geimpft sind, weil langsam der Immunschutz abnehmen könnte.

Zu Beginn der Pandemie gab es gar keine andere Lösung. Der erste Lockdown war alternativlos, weil man keine andere Chance hatte, überhaupt zu einer Beruhigung des Geschehens zu kommen. Jetzt geht es aber darum, dass jeder Bürger wieder seine eigene Verantwortung für sich selber und für die Gesellschaft wahrnehmen muss. Dieses Umdenken fällt interessanterweise vielen mittlerweile schwer. Auf der einen Seite schimpft man auf die ganzen Maßnahmen, auf der anderen Seite müsste eigentlich jeder für sich selber sagen: Das ist mein Risiko, was gehe ich ein? Er müsste sich auch fragen: Habe ich nicht auch eine Verantwortung für andere, die sich möglicherweise nicht schützen können, weil sie immunosupprimiert sind oder ihr Impfschutz nicht richtig funktioniert?

Einen weiteren Punkt kann ich nur anreißen, denn dort bin ich kein Fachmann. Von Beginn an habe ich mit anderen Kollegen gesagt: Wir sind zwar für das Medizinische da, aber es gibt auch noch das Gesellschaftliche und Psychologische. Es gibt ein schönes Buch: Die Psychologie der Pandemie. All dies ist nach meiner Auffassung in 18 Monaten zu kurz gekommen. Da sind ganz viele Ängste und Sorgen, und es ist auch ganz normal, dass die sich entwickelt haben. Da gehen Existenzen verloren, Familien sehen sich nicht. Das schürt bei Einzelnen ganz viele Sorgen. In den ersten Wochen bin ich oft ins Krankenhaus gefahren und dachte, ich bin im falschen Film. Die Straßen waren leer. Ich sagte mir: Das kann doch nicht wahr sein! Man wehrt sich gegen das Offensichtliche.

Ich will damit nur sagen: Das haben wir, glaube ich, nicht wirklich gut gemacht. Darüber hätten wir mehr sprechen müssen, nicht nur darüber,

wie hoch die Fallzahlen sind und wer ins Krankenhaus muss, sondern auch darüber: Was macht es eigentlich mit den Menschen? Wenn man über ganzheitliche Medizin spricht, muss man feststellen: Das ist hier zu kurz gekommen.

Was kann konkret getan werden? Natürlich geht es darum, strategische Planungen vorzunehmen. Es geht aber auch darum, es viel schneller zu implementieren. Dafür gibt es jetzt eine Blaupause. Wir müssen Tests relativ schnell in eine öffentliche Hand geben, um niedrigschwellig zu sehen, was los ist. Das Stichwort heißt Surveillance, also: niedrigschwellig zu wissen, was in der Gesellschaft abgeht. Da kann man auch sehen, was für respiratorische Erkrankungen es schon immer gegeben hat. Wann geht es los mit der Grippe, wann geht es los mit anderen respiratorischen Krankheiten? Das Problem ist: Das Neue ist da nicht integriert und muss da relativ schnell mit hinein. Ein Virus, das nicht bekannt ist, kann auch nicht überwacht werden. Es gibt sogenannte Vorhersagewerkzeuge, die gut in einem Bereich funktionieren.

Wenn es in einem Konglomerat einen Fall gibt, können Sie sich sicher sein, dass aufgrund der Mobilität und des Warenverkehrs dieser gesamte Bereich dort gleichzeitig betroffen sein wird. Das ist wichtig, denn wir müssen uns nicht jedes Mal fragen, ob die Grippe immer aus Nordrhein-Westfalen nach Norden kommt. Ja, sie kommt tatsächlich fast immer von Nordrhein-Westfalen nach Norden, weil die Infektionen von den Ballungszentren langsam gen Norden wandern. Diese Saisonalität sehen Sie jedes Jahr – außer in den letzten zwei Jahren, wo es keine Grippe gab. Diese Dinge sind noch gar nicht in irgendwelche Maßnahmenpakete integriert worden.

Wenn Covid-19 irgendwann kontrolliert ist: Wenn wir im September, Oktober oder November langsam Fälle in Nordrhein-Westfalen sehen, wollen wir dann anfangen, in Schleswig-Holstein Masken zu tragen, damit wir

keine Grippe kriegen? Rein von den Daten her könnte man solche Modelle erstellen. Die Frage ist, ob wir das wollen. Das ist eine Frage, die man eher politisch klären muss. Aber ja, es gibt diese Vorhersagetools. So eine Grippe geht ja nicht einfach vom flachen Land aus, sondern von den Ballungszentren.

Ein wichtiges Stichwort in diesem Zusammenhang ist Smart City: Fiebermessen bei Leuten, Daten aus Krankenhäusern, von niedergelassenen Ärzten erfassen. Bei meinen Studenten bringe ich immer das Beispiel: Wie lässt sich die Grippewelle am schnellsten vorhersagen? Nicht durch den Hausarzt, nicht durch die Krankenhäuser. Sie kriegen sie vorhergesagt, indem Sie Google-Daten auslesen. Wenn die Leute anfangen zu googeln: „Mir geht es schlecht! Was mache ich bei Grippe?“, dann geht es los. Das haben die Leute nämlich vom Vorjahr vergessen, was man bei Grippe macht. Die Vorhersage bei Google ist drei Wochen früher als jegliche Virusnachweise, wenn die Bevölkerung dann anfängt zum Arzt zu gehen.

„Trinken Sie Tee, legen Sie die Beine hoch, machen Sie nicht zu viel“ – wenn das bei Google ausgegeben wird, dann geht es mit der Grippe los. Das ist aber nicht im Medizinsystem angekommen. Wir warten darauf, dass die ersten Nachweise in der Praxis gemacht werden.

Die globale Ungleichverteilung von Ressourcen und Medizin ist ein Hauptproblem bei Pandemien. Ebola ist deshalb nicht so schlimm für uns, weil es eben immer nur in Zentralafrika auftritt. Wäre Ebola etwas, das von einem Hotspot in China in die Welt verbreitet worden wäre, hätten wir uns vor ein paar Jahren um Ebola kümmern müssen.

Es gibt eine signifikante Korrelation zwischen den pro Kopf Ausgaben in den unterschiedlichen Ländern für Gesundheit und der Lebenserwartung von Menschen: 1.000 Dollar, 2.000 Dollar, 5.000 Dollar. Ganz oben

liegen die USA, Japan und auch Deutschland. Ganz salopp gesagt: Sie geben 5.000 Dollar pro Kopf aus, damit die Leute im Schnitt 80 Jahre alt werden. Im Tschad, Nigeria oder im Südsudan werden im Jahr 100 Dollar für die Gesundheit jedes Menschen ausgegeben. Die Lebenserwartung liegt dort bei 50 Jahren. Dieses Ungleichgewicht fällt Ihnen bei jeder Pandemie auf die Füße. Da brauchen Sie nicht anfangen, ein Impfprogramm aufzusetzen, denn da gibt es gar keine Strukturen. Sie brauchen nicht das, was die WHO und andere Organisationen seit Jahrzehnten versuchen – ein Gesundheitssystem aufzubauen, das nicht nur immer als schnelle Eingreiftruppe kommt, sondern sie brauchen eine vorhandene Struktur, um kurzfristig zu reagieren: Test in einer Woche, Impfstoff in ein paar Monaten. Das geht nur mit extrem großen Ressourcen. Wir reden über mobile Impfteams. Aber haben sie in diesen Ländern überhaupt Impfteams? – Nein, weil die Leute gar nicht dahinkommen. Wir reden über ein ganz krasses Ungleichgewicht, was aber am Ende für die Bekämpfung einer Pandemie ganz entscheidend wäre auszugleichen. Sonst betrachten Sie ein riesiges Reservoir gar nicht erst.

Wie kann man die nationalen Überwachungssysteme stärken? Man braucht Standards und eine technische Unterstützung. Herr Mischnik, ein ehemaliger Mitarbeiter von mir, ist jetzt Leiter des Gesundheitsamtes in Lübeck. Technische Unterstützung heißt auch: Wie kommunizieren diese Systeme untereinander? Wie werden Fälle nachverfolgt? Sie haben es in den letzten Monaten mitgekriegt. Das ist ein schwieriges Thema, es geht aber definitiv besser. Ausbildung, Bereitstellung von Labortests – ganz kritisch. Es ist sicher gut, dass man es hat und dass man niedrigschwellig darüber verfügen kann. Braucht man jeden Test? Muss man jeden testen? Wieviel Geld haben wir für Tests, oder fehlt das Geld nachher woanders? Das ist eine ganz schwierige Diskussion. Am Anfang alles reinbuttern, damit wir die Pandemie irgendwie in den Griff bekommen. Aber jetzt? Wieviel Tests wollen wir machen? Wie viele brauchen wir überhaupt noch? Haben wir endlos Geld? Aus medizinischen Punkten



würde ich sagen: Ich finde viele Bereiche in der Medizin unterfinanziert. Lasst uns bei den Tests mal etwas abrüsten, wir haben für andere Dinge kein Geld in der Medizin.

Länderübergreifender Austausch: ganz wichtig. Es dauert sehr lange, bis wir aus diesen Regionen mitbekommen, dass dort Viren zirkulieren, die möglicherweise das Potenzial für eine Pandemie hätten. Zur Impfstoffentwicklung muss man sagen: Die hat so einen Boost entwickelt, da ist mir im Moment nicht bange.

Was kann man machen? Ein bisschen Eigenwerbung muss sein. Aber bei aller kontroversen Diskussion ist am Ende die Erkenntnis: Eine fundierte Wissenschaft ist die Basis für Entscheidungen, eingebettet in gesellschaftliche Entscheidungen. Was will man überhaupt? Ohne diese Grundlage an Daten wird man diese Entscheidung nicht treffen können. Deswegen hat zum Beispiel das Helmholtz-Zentrum in Braunschweig und das Deutsche Zentrum für Infektionsforschung eine Initiative gestartet, ausgehend von der Frage: Was waren denn eigentlich die Pandemien des letzten Jahrhunderts?

Bis auf die spanische Grippe – möglicherweise noch die Schweinegrippe – war nichts auch nur ansatzweise so, wie wir es jetzt mit Covid-19 erleben. Es gibt aber durchaus, gerade in der Gruppe der RNA-Viren, solche Viren, die das entsprechende Potenzial hätten. Bei denen muss man einfach gucken: Warten wir darauf, bis sie wieder da sind, oder versuchen wir nicht besser im Vorwege, zu schauen, was sich denn entwickeln könnte?

Es geht dabei nicht nur um Impfstoffe; es geht dabei vor allem darum, dass es ein Entwicklungsprogramm für direkt wirksame Medikamente gibt, die wir gegen SARS-CoV-2 seit eineinhalb Jahren immer noch nicht haben. Das heißt – sehr plakativ ausgedrückt, dass man all die Facetten zwischen präklinischer Forschung – dazu gehören leider immer

noch Tierversuche, aber auch die Erprobung von Medikamenten bei Gesunden – bis hin zu einem leistungsstarken Medikament in Angriff nimmt. Das wird man nicht nachher, wenn die Pandemie schon da ist, machen können. Da muss man vorbereitet sein und sozusagen vorweg zum Impfstoff sagen können: Wohin geht die Entwicklung?

„Pharma, Politik & Gesellschaft“: Das kostet richtig viel Geld. Für die Pharmafirma bedeutet das natürlich immer auch, dass sie einen Markt sehen muss. Dabei handelt es sich wieder um eine typische Frage für das Parlament, für die Öffentlichkeit: Wie viel wollen wir uns das kosten lassen?

Der Forscher wird sagen: Das ist hochspannend. Lass uns erstmal schauen! Da wollen wir viel Geld reinstecken. – Es wird dann aber in der präklinischen Studie stecken bleiben, weil es dafür keinen Markt gibt. Sie können für eine Pandemie, die möglicherweise in zehn Jahren einmal kommt, der Pharmafirma nicht sagen: Mach das einmal! Vielleicht bekommt ihr dafür nachher aber gar kein Geld, denn wir wissen nicht, ob die Pandemie kommt.

Wie wollen wir damit umgehen? Wie weit wollen wir mit diesen Entwicklungen gehen, wenn wir nichts Genaues wissen?

Mit dem Thema Prophylaxe käme ich dann auch zum Ende. Prophylaxe ist in der Medizin in den letzten Jahren eher abgebaut worden. Wir haben eine hochleistungsfähige Medizin, wenn jemand krank ist. Schützen wir auch zuvor schon genug? Wie schützen wir uns, was Ernährung und andere Dinge betrifft? – Da muss man schauen, ob ein Umdenken stattfindet. Denn wir haben in der Pandemie gerade wieder gelernt: Prophylaxe ist, was uns lange Zeit über Wasser gehalten hat, bis die Impfung gegriffen hat.

Die Vorsorge müsste man jetzt treffen, wollte man sich darauf vorbereiten, dass das nicht die letzte Pandemie war.

Ich gehöre nicht zu denen, die sagen: Was jetzt gekommen ist, müssen wir in zwei, drei Jahren wieder erwarten. – Das glaube ich nicht; dafür haben die Reservoirs sich nicht komplett geändert, dafür gibt es keine Tierart, die neu entstanden wäre. Es wird sich verändern, aber nicht in dem Maße, in dem dieser Sprung passiert ist. Wie es dazu kommen konnte, ist vielen bis heute nicht klar, weil man eigentlich von einem schleichenden Übergang ausging, wenn solche Viren auf den Menschen übergehen. Es heißt nur, dass wir darauf vorbereitet sein müssen.

Einen Punkt noch zum Schluss: Die Psychologie der Pandemie ist, wie gesagt, etwas, bei dem man mit den Medien zusammen noch einmal überlegen muss, was gut und was schlecht gelaufen ist. Auch wir Kollegen aus der Wissenschaft müssen uns überlegen: Was haben wir gut und was haben wir schlecht gemacht? Auch wir sind nicht immer mit einer Meinung aufgetreten.

Man muss Selbstkritik üben und sagen: Haben wir nicht häufig zur Verunsicherung beigetragen, indem der eine dies gesagt hat und der andere jenes? Aber wie will man das steuern? Es sind offene Fragen, auf die auch ich noch keine Antwort habe, aber diese Lehren müssen wir daraus zukünftig ziehen. – Vielen Dank.

(Begleitend zum Vortrag hat der Referent Graphiken gezeigt, die über die Öffentlichkeitsarbeit des Landtages angefordert werden können.)

Der Präsident des  
Schleswig-Holsteinischen Landtages  
Düsternbrooker Weg 70, 24105 Kiel

Referat für Öffentlichkeitsarbeit  
E-Mail: [registratur@landtag.ltsh.de](mailto:registratur@landtag.ltsh.de)  
[sh-landtag.de](http://sh-landtag.de)

Gestaltung: amatik Designagentur, Kiel

Weitere Dokumente unter  
[sh-landtag.de/service/altenparlament](http://sh-landtag.de/service/altenparlament)