**HET WACHTEN OP DE GROTE GOLF** Das Goetheanum 08.05.2020

*Harald MATTHES*

*De Coronapandemie is dank zij de hygiënemaatregelen en de ‘social distancing’ op de terugweg. Ook bij ons in het Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe hebben we nog slechts vier patiënten aan de beademing op Intensieve Zorgen en één patiënt met Covid-19 op de afdeling infectieziekten. De Coronaconsultatie verzorgt nog slechts een 30-tal zieken per dag, en de hotline heeft maar af en toe een oproep meer.*

De vraag die iedereen bezighoudt is hoe het verder loopt. Was dit reeds de eerst golf? Komt er na de versoepeling van de lockdown een tweede golf, en wanneer? Welke strategie wordt verder gevolgd? De cijfers over de uitbreiding van de infectie zijn duidelijk verbeterd. De reproductie-index (R, die de verdere verspreiding door een besmet persoon gedurende de volgende vijf dagen aangeeft) was aanvankelijk 3,,5 en is op een waarde van 0,7 teruggevallen. Bij een R van 2,5 zijn er na vijf dagen 2,5 verdere mensen besmet geworden, en na 30 dagen 406 mensen. Bij een R van 1,25 zijn dit na 30 dagen 15 personen, en bij een R van 0,625 na 30 dagen nog steeds 2,5 personen; dit betekent dus nog steeds een stijging van het aantal besmette mensen. Daarom moet de R dalen tot minder dan 0,3. Een andere index van de uitbreiding van de infectie is de zogenaamde infectieverdubbelingstijd. Deze lag aanvankelijk op 3 tot 4 dagen, en ligt in Duitsland nu rond 25, in Berlijn rond 35.

**Werkzaam en zonder werking**

Deze ontwikkeling is zonder twijfel een succes en vraagt om een analyse van de bestaande maatregelen. Het epidemiologische bulletin nr. 17 van het Robert-Koch-Institut (RKI) geeft daar goed inzicht in. Het toont dat het verbod van 9 maart op grote bijeenkomsten van meer dan 1000 personen een drietal dagen later tot een vermindering van de R-index leidde. Een vermindering na drie dagen is op basis van de infectietijd te vroeg om het enkel daaraan te wijten, maar toont toch een duurzaam effect. Deze relatief vroegtijdige vermindering is ook te danken aan de quarantainemaatregelen voor ski-vakantiegangers uit Ischgl en andere plaatsen. Tegelijk met genoemd verbod was er ook de oproep aan de bevolking tot het toepassen van basishygiëne en ‘social distancing’. Deze maatregelen, en het gelijktijdig sluiten van de scholen, brachten slechts een lichte afvlakking van de curve, hun effect kan men dus slechts gering noemen. Op het moment van de lockdown op 23 maart lag de R—waarde reeds onder 1, wat toen door de politiek als streefdoel van deze maatregel werd genoemd. De lockdown had in de volgende tijd geen invloed op een verdere daling van de R-waarde. Maar omwille van het meldingsproces bij de RKI verlopen er twee tot drie weken tot aan de epidemiologische analyse. Als wezenlijke factoren voor de indamming van de verspreiding leren de epidemiologische gegevens: het verbod op grote bijeenkomsten, en de oproep tot basishygiëne en tot ‘social distancing’. De sluiting van kinderdagverblijven en scholen (16 maart) en vooral de lockdown (23 maart) tonen geen wezenlijke invloed op de verbreiding van de infectie (R-waarde).

**Welke strategie op lange termijn volgt de politiek en hoe kan een medische evaluatie gebeuren?**

Aangezien de coronapandemie tot zaak van de kanselier verklaard werd, zijn de uitlatingen van de bondskanselier van groot belang. In het besluit dat zij op 15 april samen met de leiders van de deelstaten nam, staat onder punt 17: “Het is onmogelijk op korte tijd een immuniteit tegen Sars-CoV-2 van de bevolking te bereiken zonder een overbelasting van de gezondheidsdiensten en een risico op een groot aantal sterfgevallen. Daarom is de ontwikkeling van een vaccin van centrale betekenis. De Bondsregering steunt Duitse ondernemingen en internationale organisaties om de ontwikkeling van een vaccin zo snel mogelijk te bespoedigen. Een vaccin is de sleutel tot een terugkeer naar het normale leven. Zodra er een vaccin is moeten ook zo snel mogelijk voldoende dosissen voor de gehele bevolking beschikbaar zijn”. De bureauchef van de kanselier, Helge Braun (zelf arts), wijdt daarover verder uit bij het Duitse Persagentschap in Berlijn: “Om in 18 maanden nog maar de helft van de Duitse bevolking immuun te laten worden, zouden dagelijks 73.000 mensen moeten besmet geraken. Dergelijke hoge aantallen zou ons gezondheidssysteem niet kunnen dragen, en evenmin zouden de gezondheidsdiensten ze kunnen opvolgen. De epidemie zou ons ontsnappen”. Daarmee wordt duidelijk gezegd dat een (natuurlijke) groepsimmuniteit afgewezen wordt, en dat alles op een vaccinatie gezet wordt.

De door de politiek gekozen strategie om alles in te zetten op een hoog-efficiënt vaccin houdt echter evengoed een groot risico in als enkel te vertrouwen op de (politiek verworpen) groepsimmuniteit.

Vanuit medisch gezichtspunt moet men deze enkelvoudige strategie als optimistisch tot naïef inschatten. De Coronavirussen behoren sinds decennia tot de respiratoire winterinfecties, en het nieuwe type Sars-CoV-2 toont, net als de andere Coronavirustypes, een hoge genetische variatie en mutatievermogen. Evenzo tonen de influenzavirustypes (A en B) sinds decennia grote veranderingen, en is elke grote epidemie door een ander type gekenmerkt. Daardoor kon tot nog toe geen vaccin ontwikkeld worden dat volledig en duurzaam bescherming en immuniteit geeft. Naargelang het type Influenzavirus kan door een vaccinatie een daling van het aantal zware gevallen en een vermindering van de letaliteit van 10 tot maximaal 65 procent bekomen worden. De Coronavirussen gedragen zich qua variabiliteit en genetische variatie als de Influenzavirussen. Het is dus in geen geval ook maar bij benadering zeker dat een eventueel vaccin tegen Sars-CoV-2 een hoge werkzaamheid qua reductie van de letaliteit vertoont of een volledige bescherming biedt. De viroloog Hendrik Streeck (Bonn) houdt de ontwikkeling van een efficiënt vaccin tegen Sars-CoV-2 pas mogelijk binnen vier tot vijf jaar – dit is een andere zienswijze dan die van Christian Drosten (Charité, Berlijn) die zelf deelneemt aan de ontwikkeling van drie vaccins en mogelijks een belangenconflict heeft. Andere zeer veranderlijke virussen zijn het HIV (*aids-virus – nvdv*) en het Hepatitis-C-virus. Tegen deze beide virussen bestaat ook na 40 jaar intensief onderzoek nog steeds geen vaccin. De politiek gekozen strategie om alles op de kaart van een hoog-efficiënt vaccin in te zetten is dus evenzeer een groot risico als de inzet op ‘natuurlijke’ groepsimmuniteit.

**De kracht van de democratie is het debat**

Om een rationele strategie te kunnen ontwikkelen moet er een doelstelling zijn, om in een volgende stap de verschillende mogelijke wegen om dat doel te bereiken af te wegen, en in een democratische en wetenschappelijke context te bediscussiëren. Het ten allen prijze maximaal vermijden van Covid-19-sterfgevallen kan geen doel zijn, wat nu ook door de president van de bondsdag Wolfgang Schäuble wordt bevestigd. Veeleer moet het gemeenschappelijke doel liggen in een maximale schadebeperking op medisch, psychosociaal, maatschappelijk en economisch gebied, en moeten de verschillende waarden zorgvuldig tegenover mekaar afgewogen worden. Dat vereist vakkundige analyse en beoordeling, die in geen geval door enkelingen kan gebeuren, maar door een maatschappelijke en dus ook politiek geleid consensueel proces van de verschillende vakexpertisen. In de plaats van de begrensde kijk van enkel de virologen, die de blik alleen richten op het pathogeen Sars-CoV-2, moet in de aanpak het afwegen en de stratificatie van de risico’s van verschillende scenario’s van de aanpak maatschappelijk bediscussieerd worden. Complexe problemen vereisen een gedifferentieerde aanpak, waarbij de verschillende opties niet alleen medisch maar ook psychosociaal, maatschappelijk en economisch geëvalueerd worden. Weten is niet de macht van enkelingen, maar moet een maatschappelijke verantwoordelijkheid worden. Politieke uitlatingen van virologen, zonder vooruitziendheid of het opnemen van verantwoordelijkheid, zijn onverantwoord en contraproductief. De kracht van wetenschap en democratie ligt in gesprek, discussie en debat.

Het eenzijdig pathogenetisch gerichte medische debat van voornamelijk enkele virologen met grote invloed op de politiek, moet uitgebreid worden met de inzichten van gezondheidswerkers, epidemiologen, kliniekartsen zoals intensivisten, infectiologen en kinderartsen, ethici, psychologen, enz., en met de salutogenetische visie op de eigen mogelijkheid van de mens om zich door zijn immuunsysteem tegen bacteriën en virussen te verweren. Vandaag staat buiten twijfel dat de menselijke microbiota existentieel verantwoordelijk is voor de ontwikkeling van het immuunsysteem, en dat de actief verworven immuniteit van het individu tegenover bacteriën en virussen de enige langetermijnstrategie ertegen vormt.

Het voornaamste argument van de kanselier en van de manende politiek tegen groepsimmuniteit is de angst voor een overbelasting van het gezondheidssysteem. Feit is dat het Duitse gezondheidssysteem in de laatste 20 jaar nooit minder belast is geweest. Wegens de concentratie op de Covid-19-infectie werd alle gewone ziekenzorg afgebouwd. De maximale belasting van de intensieve zorgen en van de beademingscapaciteiten lag nooit boven de 15,7 procent van de voorziene bedden. Op het moment van de lockdown op 23 maart lagen 2629 Covid-19-patiënten op de intensieve afdelingen, waarvan 74 procent beademd werden. Er waren 11.507 intensiefbedden vrij en er was een reservecapaciteit van 14.000 intensiefbedden in voorbereiding. De belasting van de intensieve zorgen door Covid-19 lag dus rond 10 procent. De totale bezettingsgraad van de Duitse ziekenhuizen lag in die tijd tussen 50 en 60 procent. De ziekenhuisdirecteurs klagen over de onderbezetting en vrezen bankroet. Regeringspolitiek en reële wereld liggen hier ver uiteen.

Het lijdt geen twijfel dat in Italië, Spanje, Groot-Brittannië enz. lokale overbelastingssituaties in het gezondheidssysteem voorkwamen. Een vergelijking van de systemen toont hoe het Duitse systeem heel andere capaciteiten bezit. In Italië zijn er voor een bevolking van 60 miljoen inwoners 5.100 intensiefbedden; in Duitsland zijn er voor 81 miljoen inwoners 28.000 intensiefbedden, en dit aantal kan op korte termijn tot 42.000 opgetrokken worden. Hier ligt dus een factor 6, en met reservebedden een factor 8 tegenover Italië. De vergelijking met Spanje en Groot Brittannië ziet het er gelijkaardig uit. In heel Groot Brittannië zijn er 15 ECMO-plaatsen (\*), in Berlijn alleen al circa 160. De extreme lokale overbelastingen in Noord-Italië, Spanje en Groot Brittannië gingen ook op logistieke problemen terug, vermits in plaats van nationale en Europese coördinatie en crisismanagement de Europese grensslagbomen neergingen, en zodat solidair-Europees management wegviel. Duitsland had in veel hogere mate zijn intensiefcapaciteiten en expertise aan andere landen ter beschikking kunnen stellen. Op het niveau van experten bestond er nooit een meer intensieve en collegiale uitwisseling tussen de landen dan tijdens de Coronacrisis. Experten moeten echter binnen politiek gedefinieerde bewegingsruimtes handelen. In de plaats van het handelen te laten bepalen door werkelijkheidsvreemde politiek, hadden zij veel problemen zelf kunnen oplossen. Zolang de politiek er geen experten-commissies, zoals hierboven gezegd, als ad-hoc-begeleiding in een discursieve en transparante debatcultuur bij betrekt, zal lobbywerk en particulier advies het niveau van het crisismanagement bepalen.

**Het gebod van de tijd**

Beide wegen houden risico’s en nevenwerkingen in. De politiek ingeslagen weg neemt momenteel grote psychosociale, maatschappelijke en economische collateraalschade op de koop, en zet enkel in op de vaccinatiestrategie, die (hoogst-)waarschijnlijk geen volledige immuniteit zal bieden en eventueel alleen afgezwakte ziekteverlopen zal meebrengen. Deze weg is eenzijdig pathogenetisch en probleem-georiënteerd. Het alleen maar inzetten op natuurlijke groepsimmuniteit als salutogenetisch principe, zonder oplossingsgericht handelen, riskeert een groot aantal bijkomende sterfgevallen bij de risicogroepen (ongeveer 20% van de bevolking: hartpatiënten, mensen met longziekte, met polymorbiditeit, oudere mensen, enz.), voornamelijk bij een overbelasting van het gezondheidssysteem; dit ware even eenzijdig als de puur pathogenetische weg.

Volgens de WHO-definitie verenigt de integratieve geneeskunde het beste uit de conventionele en de complementaire geneeskunde. Als vertegenwoordigster van de integratieve geneeskunde toont de antroposofisch geneeskunde een weg die het pathogenetische en het salutogenetische principe verbindt; want deze principes sluiten mekaar in geen geval uit, maar vervolledigen mekaar tot een integratief totaalsysteem. Daarom zijn de veelbelovende pathogenetisch georiënteerde maatregelen zoals het vermijden of verbieden van grote bijeenkomsten, basishygiëne, ‘social distancing’ zonder aparte afscheiding of cohortequarantaine van grote bevolkingsgroepen de ene kant, en het gedifferentieerd opwekken van groepsimmuniteit door risicostratificatie de andere kant. Jonge en gezonde personen kunnen zonder grote problemen de Covid-19-ziekte doormaken; daarentegen kunnen de risicogroepen door contactbeperking en beschermende maatregelen (mondkapjes; infectiebewaking van de contactpersonen, vnl. van het personeel van ouderen- en verzorgingstehuizen) beschermd worden en massa-uitbraak verhinderd worden. Dit zowel-als-ook-principe en het gaan van verschillende wegen, begeleid door een transparant discours van multiprofessionele experten in dialoog met de politiek, lijkt actueel noodzaak te zijn. Het vereist geen lineair denken en handelen, maar een differentiatie en risicostratificatie. Complexe problemen vereisen gedifferentieerd handelen en kunnen niet monocausaal opgelost worden.

**Grondrechten**

Wat artsen verontrust is de verandering van de wet op de infectiebescherming (IfSG) op 27 maart. Er zijn maar weinig wetten die een duidelijke beperking van de grondrechten toelaten. Daarbij hoort het IfSG in paragraaf 28, alinea 5, waar tot nu de gemeentelijke gezondheidsdiensten, volgens de risicoverhouding tussen individu en gemeenschap, beperkingen van de grondrechten voor één persoon kunnen opleggen. Iets gelijkaardigs geldt voor de wetgeving op de psychisch zieken (PsychKG), waar dwangmaatregelen met beperking van de grondrechten kunnen worden genomen. In beide gevallen kan dit bevel alleen door vakmensen opgemaakt worden. In het PsychKG wordt deze maatregel telkens volgens een spoedprocedure door de rechtbank beoordeeld. De grondslag van ons rechtssysteem wordt gevormd door de rechten van het individu, en daarom moet de dwangmaatregel onder zowel het IfSG als het PsychSG te gebeuren door medische vakexpertise, en kan dit tegenover de rechten van het individu afgewogen worden.

Door de verandering van de IfSG, alinea 5, onder invloed van de Coronapandemie, kan de Bundestag bij “een epidemische toestand met nationale draagwijdte” deze tot deze toestand beslissen of hem ophouden, en beschikkingen uitvaardigen die anders enkel door de (lokale) gezondheidsdiensten op individueel niveau kunnen gebeuren. Hier gebeurt een stap van het individuele naar de collectieve wetgeving, inclusief de beperking van de individuele grondrechten (IfSG, paragraaf 28) én van de evaluatie door een beroepsgroep (*i.c. medisch; nvdv)* naar de politieke inschatting van de epidemische toestand. De integratie van het RKI (Robert Koch Institut) als vakgroep of van objectiveerbare parameters die de zaak moeten onderbouwen, werden in het IfSG niet wettelijk gedefinieerd. Verder wordt door deze verandering van de wetgeving de onderliggende federale structuur van het IfSG ingeperkt. Individuele besluiten op basis van expertise door vakmensen van de gezondheidsdiensten, volgens het IfSG, worden vervangen door collectieve bevelen en verordeningen.

Ook het openbare debat gaat in een antifederale en dus collectiviserende richting. Terwijl tot nu, volgens het IfSG, de beperking van de grondrechten op individuele basis door vakkundige medische expertise moest genomen worden, kan nu de politiek erover beschikken; ook de eisen die in de media en de politiek te horen zijn gaan deels in de richting van uniformisering van de federale landswetgevingen. Terwijl in het IfSG de individuele situatie van de persoon, zijn woonruimte, zijn familie, enz. mee betrokken worden, zou vanaf nu iedereen het juist vinden dat voor Berlijn moet gelden wat de situatie in Beieren vereist. De politiek doet zich handelingsbekwaam voor, en de regeringscoalitie verheugt zich plotseling over grote instemming van de bevolking. Het zinvol zijn van aparte maatregelen moet niet aangetoond worden, vermits ze reeds van vele kanten in de media geëist worden.

De kracht van een democratie ligt in de bescherming van minderheden en van het individu. Discussie, argumentatie en debat vormen de grondslag van de democratie. Wanneer dit uit de openbare ruimte verdwijnt, dan moeten zeker in Duitsland de alarmklokken luiden! De vermeende sterkte ontpopt zich echter altijd als compensatie van zwakte. Illiberale democratieën in Europa gebruiken de Coronacrisis om hun centrale regeringsmacht te versterken. Ook al groeit bij een crisis begrijpelijkerwijze de wens naar een pragmatische en collectieve oplossing, toch vereist precies de Coronacrisis een gedifferentieerd en complex antwoord, dat geenszins alleen medisch zijn kan. De lockdown heeft duidelijk gemaakt dat alle gebieden van het leven betrokken zijn, en dat de Coronacrisis daarom ook een sociale crisis betekent. In de wiskunde en de wetenschap bestaan zeker het juiste en het verkeerde. In het sociale bestaan die niet! Het sociale vereist altijd de het adequate en het proportionele. Wat is in mijn sociale omgeving voor mij en de gemeenschap nu het passende? Het sociale plaatst mij in mijn relatie tot mijn omgeving en vraagt continue aanpassing, vermits deze verhouding zich continu verandert; want beide kanten zijn onderhevig aan processen van verandering en ontwikkeling. Voor een constructieve ontmoeting tussen beide, is een dialogisch proces nodig. Wanneer onbehagen optreedt, dan ligt dit meestal aan het gevoel van ongepastheid of van betutteling. Terwijl het vertrouwen in de beide regeringspartijen vóór de Coronacrisis fel verminderd of zeer klein, wordt het “krachtige handelen” momenteel door veel bevolkingsdelen positief beoordeeld. Heeft misschien het verlies van vertrouwen van de bevolking in de regeringspartijen vóór de Coronacrisis nu ook het vertrouwen van de politiek in de mondigheid van hun kiezers verminderd?

De vraag treedt op: Welke doelstellingen en welke wegen vindt de politiek? Komt het tot een dialoog van de maatschappelijke lagen en groepen? Moet de verhoopte vaccinatie verder als enige mogelijkheid gelden? Hoe komt een gedifferentieerde maatschappelijke dialoog tot stand? De epidemiologische gegevens laten niet verwachten dat we in de komende weken al een tweede ziektegolf moeten beleven, maar wél dat in ouderen- en verzorgingstehuizen waarschijnlijk nog klein hotspots zullen voorkomen. De vraag naar de kinderopvang en de scholen kreeg nog geen antwoord, waar men per sé de uitbreiding van de infectie wil verhinderen, ook al bestaat precies in deze groep de mogelijkheid van groepsimmuniteit, maar ook het gevaar van uitbreiding naar de risicogroepen toe.

*HARALD MATTHES is internist, gastro-enteroloog/oncoloog en psychotherapeut. Hij was medestichter van het Gemeinschaftskrankenhaus Havelhöhe (Berlijn), en is daar nu hoofdarts en directeur. In 2011 habilitatie aan de Charité, Berlijn (Europa’s grootste universiteitsziekenhuis; sinds 2003 de medische faculteit van de Humboldt-Universiteit en van de Vrije Universiteit Berlijn). Sinds 2017 professor voor antroposofische en integratieve geneeskunde aan de Charité.*

(\*) ECMO = Extracorporale Membraan-Oxygenatie: kunstlong)