

Niet-officiële vertaling van de open brief van Prof. Dr. Sucharit Bhakdi aan bondskanselier Angela Merkel

Frau Bundeskanzlerin Dr. rer. nat. Angela Merkel

Bundeskanzleramt
Willy-Brandt-Straße 1
10557 Berlin

Kiel, op 26 maart 2020

Open brief

Geachte Bondskanselier,

Als emeritus van de Johannes Gutenberg University van Mainz en als oud directeur van het Instituut voor Medicinale Microbiologie, voel ik me verplicht om bij de verreikende beperkingen op het openbare leven die we momenteel ondergaan om de verspreiding van het COVID-19 virus te verminderen, kritische vragen te stellen.

Het is nadrukkelijk niet mijn bedoeling de gevaren van het virus te bagatelliseren of een politieke boodschap te verspreiden. Ik ervaar het echter als mijn plicht om een wetenschappelijke bijdrage te leveren aan het naar waarde inschatten van de huidige gegevens en de feiten die we tot nu toe kennen in perspectief te plaatsen - en daarnaast vragen te stellen die in het verhitte debat verloren dreigen te gaan.

De reden voor mijn bezorgdheid ligt vooral in de werkelijk niet te voorziene sociaal-economische gevolgen van de drastische inperkingsmaatregelen die momenteel in grote delen van Europa worden toegepast en die ook al op grote schaal in Duitsland worden toegepast.

Het is mijn wens om kritisch - en met zo breed mogelijke blik - de voor- en nadelen van de beperking van het openbare leven en de daaruit voortvloeiende langetermijneffecten te bespreken.

Daartoe stel ik mij vijf vragen, die tot dusver niet voldoende zijn beantwoord, maar die onmisbaar zijn voor een evenwichtige analyse.

Ik zou u willen vragen om snel uitsluitsel te geven en tegelijkertijd doe ik een beroep op de regering om strategieën te ontwikkelen die de risicogroepen effectief beschermen zonder het openbare leven over de hele linie te beperken en de kiem te zaaien voor een nog intensievere polarisatie van de samenleving dan er nu al plaatsvindt.

Met alle hoogachting,

Prof. em. Dr. med. Sucharit Bhakdi

1. Statistiek

In de infectiologie - door Robert Koch zelf gegrondvest - wordt traditioneel onderscheid gemaakt tussen infectie en ziekte. Een ziekte vereist een klinische manifestatie. [1] Daarom mogen alleen patiënten met symptomen zoals koorts of hoest als nieuwe gevallen in de statistieken worden opgenomen.

Met andere woorden, een nieuwe infectie - zoals gemeten met de COVID-19 test - betekent niet noodzakelijk dat we te maken hebben met een nieuwe zieke patiënt die een ziekenhuisbed nodig heeft. Momenteel wordt echter aangenomen dat vijf procent van alle geïnfecteerde mensen ernstig ziek wordt en beademd moet worden. Prognoses op basis van deze schatting suggereren dat de gezondheidszorg overbelast zou kunnen raken.

Mijn vraag: Maakten de prognoses een onderscheid tussen symptoomvrije geïnfecteerde mensen en echte, zieke patiënten - dat wil zeggen mensen die symptomen ontwikkelen?

2. Gevaarlijkheid

Een aantal coronavirussen circuleert al geruime tijd - grotendeels buiten de media aandacht. [2] Als zou blijken dat aan het COVID-19 virus geen significant hoger risicopotentieel mag worden toegeschreven dan aan de reeds circulerende coronavirussen, dan zouden alle tegenmaatregelen uiteraard overbodig worden.

Het internationaal erkend vakblad *International Journal of Antimicrobial Agents* zal binnenkort een paper publiceren dat precies deze vraag behandelt. Voorlopige resultaten van de studie zijn nu al te zien en leiden tot de conclusie dat het nieuwe virus qua gevaarlijkheid NIET verschilt van traditionele coronavirussen. De auteurs drukken dit uit in de titel van hun paper „SARS-CoV-2: Fear versus Data“. [3]

Mijn vraag: Hoe verhoudt de huidige werkdruk van intensive care-afdelingen met patiënten met gediagnosticeerde COVID-19 zich tot andere coronavirusinfecties, en in hoeverre zullen deze gegevens in aanmerking worden genomen bij verdere besluitvorming door de overheid? Bovendien: is tot dusver met de bovenstaande studie rekening gehouden in de planning? Ook hier geldt natuurlijk: Gediagnosticeerd betekent dat het virus een beslissende rol speelt in het ziektebeeld van de patiënt, en niet dat eerdere ziekten een grotere rol spelen.

3. Verspreiding

Volgens een rapport in de *Süddeutsche Zeitung* weet zelfs het veelgeprezen Robert Koch Instituut niet precies hoeveel er op COVID-19 wordt getest. Het is echter een feit dat recentelijk in Duitsland met de toename van het aantal tests een snelle toename van het aantal gevallen is waargenomen. [4] Het is daarom redelijk om te vermoeden dat het virus zich al onopgemerkt heeft verspreid onder de gezonde bevolking. Dit zou twee gevolgen hebben: ten eerste zou het betekenen dat het officiële sterftcijfer - op 26 maart 2020 waren er ongeveer 206 sterfgevallen en afgerond 37.300 infecties, ofwel 0,55 procent [5] -

te hoog is; en ten tweede zou het nauwelijks nog mogelijk zijn om te voorkomen dat het virus zich onder de gezonde bevolking verspreidt.

Mijn vraag: Is er al een willekeurige steekproef van de gezonde algemene bevolking geweest om de echte verspreiding van het virus te valideren, of is dit gepland in de nabije toekomst?

4. Sterftcijfer

De angst voor een stijging van het sterftcijfer in Duitsland (momenteel 0,55 procent) is momenteel het onderwerp van bijzonder intense media-aandacht. Veel mensen zijn bang dat het omhoog zou kunnen schieten zoals in Italië (10 procent) en Spanje (7 procent) als er niet tijdig actie wordt ondernomen.

Tegelijkertijd wordt er wereldwijd de fout gemaakt om virusgerelateerde sterfgevallen te melden zodra wordt vastgesteld dat het virus aanwezig was op het moment van overlijden - ongeacht andere factoren. Dit is in strijd met het basisprincipe van de infectiologie: alleen wanneer zeker is dat een agens een beslissende rol heeft gespeeld bij de ziekte of het overlijden, mag een diagnose worden gesteld. De Vereniging van Wetenschappelijke Medische Vakverenigingen van Duitsland schrijft in haar richtlijnen uitdrukkelijk: "Behalve de doodsoorzaak moet op de overlijdensakte een oorzakelijk verband worden gespecificeerd met de overeenkomstige onderliggende ziekte op de derde plaats. Indien mogelijk moeten ook vierledige causale ketens worden gespecificeerd." [6]

Momenteel is er geen officiële informatie over de vraag of er, minstens achteraf, meer kritische analyses van medische dossiers worden gemaakt om te bepalen hoeveel sterfgevallen daadwerkelijk door het virus zijn veroorzaakt.

Mijn vraag: Heeft Duitsland deze trend van een algemeen vermoeden van COVID-19 gewoon gevolgd? En: is het de bedoeling deze categorisering kritiekloos voort te zetten zoals in andere landen? Hoe kan er dan een onderscheid worden gemaakt tussen echte, door corona veroorzaakte sterfgevallen en gevallen met toevallige aanwezigheid van het virus op het moment van overlijden?

5. Vergelijkbaarheid

De verschrikkelijke situatie in Italië wordt herhaaldelijk gebruikt als referentiescenario. De echte rol van het virus in dat land is echter om vele redenen volkomen onduidelijk - niet alleen omdat de punten 3 en 4 van hierboven ook hier van toepassing zijn, maar ook omdat er uitzonderlijke externe factoren zijn die deze regio's bijzonder kwetsbaar maken.

Een van deze factoren is de grotere luchtverontreiniging in Noord-Italië. Volgens schattingen van de WHO leidde deze situatie, zelfs zonder het virus, in 2006 alleen al in de 13 grootste steden van Italië tot meer dan 8000 extra doden per jaar. [7] De situatie is sindsdien niet wezenlijk veranderd. [8] Ten slotte is daarnaast aangetoond dat luchtverontreiniging het risico op virale longziekten bij zeer jonge en oudere mensen aanzienlijk verhoogt. [9]

Bovendien woont 27,4 procent van de bijzonder kwetsbare bevolking in dit land met jongeren samen, in Spanje maar liefst 33,5 procent. In Duitsland is dit slechts zeven procent [10].

Daarbij komt dat Duitsland, volgens prof. Dr. Reinhard Busse, hoofd van de afdeling Management in de gezondheidszorg aan de TU Berlijn, betreffende intensive care-afdelingen aanzienlijk beter is uitgerust dan Italië - namelijk met een factor van ongeveer 2,5 [11].

Mijn vraag: Welke inspanningen worden er geleverd om de bevolking bewust te maken van deze elementaire verschillen en om mensen te laten begrijpen dat scenario's zoals die in Italië of Spanje hier niet realistisch zijn?

Referenties:

- [1] Fachwörterbuch Infektionsschutz und Infektionsepidemiologie. Fachwörter – Definitionen – Interpretationen. Robert Koch-Institut, Berlin 2015.
<https://www.rki.de/DE/Content/Service/Publikationen/FachwoerterbuchInfektionsschutz.html> (geraadpleegd op 26.3.2020)
- [2] Killerby et al., Human Coronavirus Circulation in the United States 2014–2017. *J Clin Virol.* 2018, 101, 52-56
- [3] Roussel et al. SARS-CoV-2: Fear Versus Data. *Int. J. Antimicrob. Agents* 2020, 105947
- [4] Charisius, H. Covid-19: Wie gut testet Deutschland? *Süddeutsche Zeitung.*
<https://www.sueddeutsche.de/gesundheit/covid-19-coronavirus-testverfahren-1.4855487> (geraadpleegd op 27.3.2020)
- [5] Johns Hopkins University, *Coronavirus Resource Center.* 2020,
<https://coronavirus.jhu.edu/map.html> (geraadpleegd op 26.3.2020)
- [6] S1-Leitlinie 054-001, Regeln zur Durchführung der ärztlichen Leichenschau. *AWMF Online,* <https://www.awmf.org/uploads/txszleitlinien/054-002IS1Regeln-zur-Durchfuehrung-der-aerztlichen-Leichenschau2018-0201.pdf> (geraadpleegd op 26.3.2020)
- [7] Martuzzi et al. Health Impact of PM10 and Ozone in 13 Italian Cities. World Health Organization Regional Office for Europe. WHOLIS number E88700 2006
- [8] European Environment Agency, *Air Pollution Country Fact Sheets 2019,*
<https://www.eea.europa.eu/themes/air/country-fact-sheets/2019-country-fact-sheets> (geraadpleegd op 26.3.2020)
- [9] Croft et al. The Association between Respiratory Infection and Air Pollution in the Setting of Air Quality Policy and Economic Change. *Ann. Am. Thorac. Soc.* 2019, 16, 321–330.
- [10] United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. Living Arrangements of Older Persons: A Report on an Expanded International Dataset (ST/ESA/SER.A/407). **2017**
- [11] Deutsches Ärzteblatt, Überlastung deutscher Krankenhäuser durch COVID-19 laut Experten unwahrscheinlich, <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/111029/Ueberlastung-deutscher-Krankenhaeuser-durch-COVID-19-laut-Experten-unwahrscheinlich> (geraadpleegd op 26.3.2020)