

DAGVAARDING

I. Feiten.

1. De pandemieën sedert het E.V.R.M.

Sedert de ondertekening van het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens is de wereld reeds enkele keren getroffen door een pandemie, veroorzaakt door griepvirussen.

In 2009 deed zich de “Mexicaanse griep” of de “Varkensgriep” voor. Een virus van het type Invluenza – A. Schattingen hoeveel mensen er besmet raakten, wereldwijd, lopen uiteen van 10 tot 20 % van de gehele wereldbevolking. De WHO schat dat er minimaal 18.449 mensen wereldwijd aan dit virus zijn overleden, doch is zelf niet zeker van dit cijfer. Welke onzekerheid, zoals hierna blijken, een traditionele rode draad in de cijfers van deze internationale instelling blijkt te zijn. Het Amerikaanse CDC (US Centers for Disease Control and Prevention) berkende in een studie echter dat het aantal werkelijke overlijdens meer dan 284.000 mensen bedraagt. Zowat 15 keer meer dan het aantal door labo’s bevestigde overlijdens.

De Hongkonggriep (1968 – 1969) heeft naar schatting 1 miljoen slachtoffers gemaakt, wereldwijd. De Aziatische griep (1957 – 58) veroorzaakte ook 1 miljoen overlijdens, waaronder bijvoorbeeld 30.000 in Duitsland.

Voor geen van deze toch wel ingrijpende pandemieën, werd ooit de wereldeconomie geheel of gedeeltelijk stilgelegd. Geen van deze pandemieën had de inperking van de rechten en vrijheden tot gevolg.

Dat mensen sterven omwille van allerlei ziekten, is geen nieuw gegeven. Jaarlijks sterven er in België meer dan 100.000 mannen en vrouwen. Meer dan de helft daarvan sterft aan cardiovasculaire aandoeningen en kankers.

*

2. De totaal verkeerde cijfermatige uitgangspunten ter bestrijding van Covid – 19.

De uitbraak van het Covid-19 virus heeft wereldwijd geleid tot een golf van wilde speculaties, gevoed door verkeerde cijfers waarvan men de foutmarge niet eens kent. Extrapollaties van deze verkeerde cijfers in statistieken die nog meer verkeerd waren. Cijfers die voor waar worden in de wereld gestuurd, waarvan men zelf de onjuistheid vermeldt. Studies die zonder ernstige peer review of met stuntelinge methodes de wereld werden ingestuurd. Testen naar

de besmetting met het virus die voor belangrijke percentages gewoon niet blijken te werken. Er circuleren berichten over vals negatieve testen van 30 % tot 50 % tot zelfs 90 %. Miljoenen testen werden uit de handel gehaald. De Belgische Staat heeft zelfs testen verboden omdat ze totaal onbetrouwbaar zijn, maar blijft zelf onbetrouwbare testen gebruiken om patiënten te scheiden in hospitalen en rusthuizen.

Op grond van deze toevloed aan foutieve informatie, werden over de hele wereld beslissingen genomen ten gevolge waarvan de rechten van de burgers op een wijze werden beperkt die ongezien is in de naoorlogse geschiedenis. Een groot deel van de economie werd daarbij lamgelegd.

Deze beslissingen werden meestal genomen op advies van allerlei specialisten, die omwille van de onbeschikbaarheid van juiste informatie, de meest merkwaardige cijfers voorbrachten, met hele doemscenario's.

Zo kan bij wege van voorbeeld en ter illustratie van wat er gebeurde begin maart 2020 worden verwezen naar de website van Dr. Philippe Devos, voorzitter van Belgische Vereniging van Artsensyndicaten en intensivist. Dr. Devos rekende voor op basis van "betrouwbare openbare bronnen" (waaronder de WHO en de FOD Volksgezondheid) dat er "zonder drastische voorzorgmaatregelen 850.000 mensen in België met het Coronavirus zouden worden besmet. Dat zou het normaal aantal besmettingen zijn van een griep die 1,7 keer meer besmettingen genereert dan een gewone griep. Dat zou dan een probleem zijn omdat volgens de "betrouwbare openbare bronnen" 117.000 mensen in het ziekenhuis zouden moeten opgenomen worden, waaronder 52.000 personen op intensieve zorgen. Dat is 6 % van het aantal besmettingen. Vervolgens zouden er 33.150 doden zijn. "Men moet geen groot wiskundige zijn" om vast te stellen dat dit een probleem is. Zo schrijft deze eminente wetenschapper.

Intussen weten we dat er in elk geval meer (en wellicht veel meer) dan 690.000 mensen besmet zijn geraakt. De laatste studie heeft het over 6 % van de bevolking met anti-lichamen en spreekt zelf van een onderschatting. Blijkbaar ligt het werkelijke cijfer van de besmettingen dus dicht tegen het cijfer dat we zouden gehaald hebben zonder maatregelen. Misschien zelfs iets meer. Men kan zich dan afvragen waar die maatregelen goed voor waren. Het aantal overlijdens zal om en bij 10.000 bedragen, volgens de actuele cijfers. De piek van het aantal bezette bedden op intensieve zorgen lag op 1.285 bedden. Dat is geen 6 %, maar 0,18 % van het aantal besmettingen indien men dat aantal beschouwt op 690.000. Of maar liefst **een foutmarge van 3200 %**. Deze foutmarge is in realiteit nog veel hoger omdat het aantal besmettingen in realiteit ook hoger zal zijn dan 690.000.

Dit soort van berekeningen illustreert hoe men begin maart 2020 met zogenaamde betrouwbare officiële cijfers van de WHO en de FOD Volksgezondheid tot volstrekt onbetrouwbare conclusies en predicties kwam die vervolgens het beleid van de Belgische Staat, en overigens ook van andere staten, zijn gaan bepalen.

Het hoeft dus geen betoog dat deze “officiële betrouwbare cijfers”, in werkelijkheid allesbehalve betrouwbaar waren en zijn.

*

3. De totaal verkeerde cijfermatige uitgangspunten ter bestrijding van Covid – 19 van Dhr. Van Gucht.

Een ander treffend voorbeeld van foute cijfers, zijn de cijfers die door virolog Van Gucht op 3 maart 2020 werden meegedeeld in de parlementscommissie volksgezondheid. In zijn meest pessimistische scenario zouden er op 4 mei 2020 13.000 besmettingen zijn in België, waarbij 2.500 mensen in het hospitaal zouden liggen en er 500 tot 700 opnames op intensieve zorgen te voorzien waren. Het aantal besmettingen werd aldus met een foutmarge van 5300 % verkeerd ingeschat. Ongeveer zoals Dr. Devos voornoemd schatte viroloog Van Gucht het aantal mensen op intensieve zorgen in vergelijking met het aantal besmettingen ook in op 5,4 %. Terwijl intussen blijkt dat dit cijfer minder dan 0,18 % bedraagt. Of een foutmarge van meer dan 3.000 %.

We citeren Dhr. Van Gucht:

Stel dat hetgeen in Hubei gebeurde ook in België gebeurt. Hubei heeft ongeveer 58,5 miljoen inwoners, wij hebben er 11,4 miljoen. Wij kunnen dat dus eenvoudig gaan omrekenen. In het worstcasescenario kunnen wij dan in negen weken tijd 13.000 gediagnosticeerde gevallen verwachten, waarvan 2 à 3.000 mensen moeten gehospitaliseerd worden. 5 % kritieke gevallen betekent dat ongeveer 700 mensen op intensive care zouden kunnen belanden. Dat is ons worstcasescenario.

Als men die cijfers bekijkt, ziet men dat dit in de grootteorde ligt van hetgeen een zware griep epidemie kan veroorzaken. Een zware seizoensgriep kan dit ook. Wij hebben in het verleden seizoenen gehad met cijfers in dezelfde grootteorde als hetgeen wij hier berekend hebben. De capaciteit in de hospitalen wordt dan wel ten volle aangesproken, dat weten wij.

Een piek van het coronavirus en het griepvirus op hetzelfde moment zou een potentieel probleem zijn geweest. Dat zou een serieuze belasting met zich hebben gebracht. Wij hebben twee meevallers. Enerzijds, hebben wij nog nooit zo'n mild griepseizoen gehad – toch niet in de tien jaar dat ik de problematiek volg. Dat is puur geluk. De griep is ons echt genadig dit jaar.

Anderzijds, zijn wij erin geslaagd, door er reeds een aantal weken aan te werken, om die introductie van het coronavirus uit te stellen. Wij krijgen nu de eerste gevallen binnen en gelukkig zijn dat nog allemaal gevallen met een importgeschiedenis. Wij hebben op dit moment nog geen bewijs dat er ook circulatie is op het Belgisch grondgebied. Het is natuurlijk niet uitgesloten dat dit er wel komt, wij kunnen niet garanderen dat dit niet zal gebeuren. Uitstel en vertraging van de verspreiding is echter echt wel cruciaal bij deze.

Dhr. Van Gucht heeft ook meteen aangegeven wat volgens hem de gepaste manier is om een dergelijk virus te bestrijden. We citeren hem opnieuw:

“Wij moeten vooral kijken naar de risicogroepen en daarover hebben de Chinezen ons zeer mooie studies bezorgd. Zij hebben een zeer uitvoerige paper gepubliceerd over hun eerste meer dan 70.000 gevallen met een beschrijving van de kliniek, de complicaties en de leeftijden. Daar komt een duidelijk patroon uit naar voren: hoe ouder men is, hoe riskanter de infectie en hoe groter de kans op complicatie en sterfte. Als een tachtigplusser in het ziekenhuis terechtkomt met het coronavirus, dan heeft die 15 % kans dat hij het ziekenhuis nooit meer zal verlaten. Dat is hoog, maar is opnieuw perfect vergelijkbaar met wat wij bij de griep zien. Een tachtigplusser met griep die in het ziekenhuis wordt opgenomen, heeft ook 15 % kans dat hij het ziekenhuis niet meer zal verlaten. In die zin is dat dus gelijkaardig.

Wij moeten echt inzetten op het beschermen van de ouderen en de mensen met chronische aandoeningen in onze samenleving. Dat is een collectieve verantwoordelijkheid. Testen kunnen daarbij een hulpmiddel zijn, maar of iemand nu getest wordt of niet, dit verandert niets aan de *key message*: als mensen ziek zijn, moeten zij thuisblijven en mogen zij geen contact hebben met anderen, zeker niet met mensen met een fragiele gezondheid of met ouderen. Of het nu gaat om een coronavirus of een griepvirus, dit verandert niets. Ik ben een wetenschapper, dus voor mij geldt: meten is weten.”

We komen later terug op deze verklaring gezien op advies van o.a. diezelfde viroloog De Gucht precies het omgekeerde heeft gedaan van wat hij in de kamercommissie op 3 maart 2020 als oplossing heeft voorgesteld.

Nog een interessant citaat van Dhr. Van Gucht tijdens diezelfde commissie:

“Op Google Images staan Aziaten die maskers dragen. U moet er eens op letten hoeveel mensen op dergelijke foto's aan hun masker zitten te frunniken. Dat helpt dus niet. Dergelijke maskers zijn dus een verspilling en zouden beter worden gereserveerd voor de gezondheidssector, waar ze echt nodig zijn.”

En nog:

“Mijn laatste punt gaat over de risicogroepen.

De minister had erop gealludeerd ook iets over de kinderen mee te geven. Wat heel mooi uit de studies van de Chinezen blijkt, is dat bij de meer dan 70.000 gevallen er bij de kinderen jonger dan negen jaar geen fataliteiten zijn gemeld. Zij kunnen vermoedelijk en heel waarschijnlijk wel worden geïnfecteerd, maar zijn vrij bestand tegen de ziekte, wat goed is. Wij moeten echt aan het andere uiteinde van het spectrum kijken. Het is dus heel belangrijk dat wij goede procedures voor de woonzorgcentra en de rusthuizen hebben, om het virus daar buiten te houden.”

Intussen is het genoegzaam bekend wat er in de rusthuizen is gebeurd.

Haast lachwekkend worden de woorden van de Minister bij zoveel foutieve informatie:

“Minister **Maggie De Block**: Mijnheer de voorzitter, collega's, ik neem aan dat u professor Van Gucht meer gelooft dan mij. Ik schakel hem dan ook regelmatig in.”

Inderdaad. Een bijzonder geloofwaardig betoog met foutmarges van meer dan 5.000 % en 3.000 % op cruciale inschattingen.

Een dergelijke belangwekkende materie behoort echter geen kwestie van geloof te zijn, maar van precieze kennis.

*

4. De karakteristieken van Covid – 19 volgens de WHO.

De ministeriële besluiten die de regering intussen heeft genomen verwijzen wat betreft de cruciale informatie waarop deze besluiten is gebaseerd, naar de “verklaring van de WHO omtrent de karakteristieken van het coronavirus Covid 19, in het bijzonder met betrekking tot de besmettelijkheid en het sterfterisico”.

Op de website van de WHO vermeldt men over de karakteristieken van het covid 19 virus, in vergelijking met het influenza-virus, in het “situation report” (vertaling: situatie rapport) van 6 maart 2020, het volgende.

“... beide virussen worden overgedragen door een contact, druppels en fomieten. Met als gevolg dat dezelfde matregelen van volksgezondheid, zoals handhygiëne en een goede ademhalingsetiquette (hoesten in de elleboog of in een papieren zakdoek en onmiddellijk

weggooien van de zakdoek) zijn belangrijke acties die allemaal kunnen worden genomen om infecties te vermijden.”

De verschillen tussen Covid-19 en influenza zijn, volgens de WHO:

- De incubatieperiode van van Covid – 19 is langer dan die van influenza zodat de snelheid van overdracht van influenza hoger is.
- Bij influenza is de overdracht tijdens de eerste 3 tot 5 dagen wanneer er nog geen symptomen zijn, een belangrijke factor voor de overdracht. Bij Covid – 19 zijn er mensen die 24 tot 48 uur voor de symptomen het virus verspreiden maar dit lijkt geen belangrijke factor te zijn bij de overdracht.
- Het reproductiegetal (aantal mensen die door een besmet persoon wordt bij Covid – 19 ligt tussen 2 en 2,5 en is hoger dan dat van influenza. Hoewel er context – en tijd-specifieke elementen zijn die een vergelijking moeilijk maken.
- Bij influenza zijn kinderen een belangrijke factor in de overdracht. Dat is niet het geval bij Covid – 19.
- De data “suggereren” dat 80 % van de infecties mild of zonder symptomen zijn. 15 % heeft een ernstige infectie met noodzaak tot toedienen van zuurstof en 5 % maakt een kritieke infectie door met noodzaak tot beademing. Deze aantallen zijn hoger dan bij Influenza.
- De hoogste risico's op een ernstige infectie met influenza wordt gelopen door kinderen, zwangere vrouwen en ouderlingen. Voor Covid zijn dat oudere mensen en mensen met onderliggende kwalen.
- De mortaliteit van Covid lijkt hoger te liggen dan voor influenza. In bijzonder de seizoensgerelateerde influenza. Hoewel het nog een tijd zal duren voor de WHO de mortaliteit juist zal kunnen inschatten, zijn er aanwijzingen dat het aantal doden per aantal gerapporteerde gevallen tussen 3 en 4 % ligt. Het aantal doden per aantal geïnfecteerde personen zal een stuk lager liggen. Voor de seizoensgerelateerde influenza bedraagt de mortaliteit beneden 0,1 %. Maar mortaliteit wordt voor een groot deel bepaald door de toegang tot kwalitatieve gezondheidszorg.

Influenza is volgens de W.H.O. dus erger dan Covid-19 wat betreft (1) de kortere incubatieperiode, (2) de grotere overdracht voor men symptomen heeft, (3) het groter aantal risicopatiënten en (4) de overdraagbaarheid door kinderen.

Covid – 19 zou erger zijn dan Influenza wat betref (1) het reproductiegetal, (2) het percentage kritieke infecties en (3) de mortaliteit. Doch elk van deze factoren wordt door de WHO zelf beschouwd als onzeker. Context- en tijd-specifieke elementen / date suggereren / lijkt hoger te liggen, maar het zal nog jaren duren voor een juiste inschatting mogelijk is.

Wat men dus vaststelt is dat de cijfers rond de besmettelijkheid en de mortaliteit die de WHO weerhoudt, door de WHO zelf worden beschouwd als onjuist. Daarbij wordt de reële foutmarge op deze cijfers niet weergegeven gezien men dat niet kan.

Wat de WHO intussen wel min of meer kan weergeven is de ratio tussen het aantal overlijdens en het aantal *geregistreerde* gevallen. Maar de WHO stelt ook deze cijfers zelf in twijfel. Immers wijst de WHO erop dat het aantal geregistreerde gevallen een zeer zware onderschatting is van het aantal reële besmettingen. De factoren die bijdragen tot deze fout zijn, onder andere: (1) het feit dat het overgrote deel van de besmette personen niet eens getest wordt, (2) de grote groep van besmette mensen zonder symptomen die zelfs niet denken aan een test, (3) het gebruik van inaccuraat tests, (4) niet alle landen dezelfde test gebruiken en (4) de definitie van wie is overleden aan Covid – 19 niet in alle landen dezelfde is.

Daarbij voegt zich dat de ratio van het aantal overlijdens per geregistreerde gevallen om zich als tot geen enkele zinvol en werkbaar resultaat kan aanleiding geven. Relevant is immers hoeveel overlijdens er zijn in vergelijking met het aantal besmettingen. Terwijl het reële aantal besmettingen een onbekend veelvoud is van het aantal geregistreerde besmettingen. En zelfs dat geeft niet het reële sterfterisico weer. Immers moet men dan nog achterhalen hoeveel mensen er besmet zullen worden bij een doortocht (meermaals) van het virus.

De cijfers van de WHO zijn nog heel ver af van het weergeven van het reële sterfterisico.

Om dezelfde redenen zijn ook de cijfers naar de besmettelijkheid van het virus geheel onzeker en beladen met een ongekende, hoge foutmarge.

Kortom, de cijfers van de WHO over de besmettelijkheid en het sterfterisico die de nochtans basis vormen van de in België genomen maatregelen, worden door de WHO zelf sterk in twijfel getrokken.

*

5. Het enthousiaste rapport van de WHO over de Chinese aanpak.

Van 16 tot 24 februari 2020 heeft de WHO een missie georganiseerd in China, alwaar het covid 19 virus, zoals bekend, lijkt voor het eerst te zijn uitgebroken. In het rapport van deze missie kan men duidelijk aflezen (o.a. op p. 12) dat de cijfers die de WHO hanteert, helemaal afkomstig zijn van wat men de 25 mensen van de delegatie van de WHO in China heeft meegedeeld.

Reeds op dat ogenblik was het duidelijk welke patiënten door deze ziekte getroffen werden. Mannen werden zwaarder getroffen dan vrouwen (4,7 % versus 2,8 %). Ook gepensioneerden en mensen met bepaalde comorbiditeiten (onderliggende ziektes) hadden in China een grotere kans op overlijden. Het rapport vermeldt o.a. cardiovasculaire ziekten, diabetes, hypertensie, chronische ademhalingsziekten, en kankers. Dit zijn exact de ziekten die ook actueel door Sciensano (de Belgische entiteit die gegevens verzameld, geleid door Dhr. Van Gucht) worden vermeld als comorbiditeiten die terug zijn te vinden op het overgrote deel van de ziekenhuisopnames.

De WHO schrijft over de cijfers:

“Echter, zoals voor alle nieuwe ziektes, en slechts 7 weken na de uitbraak is begonnen, blijven essentiële beperkingen in de kennis bestaan. Bijlage D vat de essentiële onbekend samen op een aantal vlakken, inbegrepen de bron van de infectie, de pathogenese en de virulentie van het virus, de besmettelijkheid, de overdraagbaarheid, de risico's op besmetting en de ontwikkeling van het virus, ... en de effectiviteit van preventie en controlemaatregelen. De tijdige opvulling van deze kennislacunes is absoluut noodzakelijk om de controlestrategieën te verbeteren.”

De door China toegepaste methode bestaat uit 3 niveau's.

- **Fase 1.** Bij het begin van de uitbraak wordt gefocust op het vermijden van verdere uitbraak naar andere gebieden en de verdere verspreiding. Openbare markten werden onder controle gebracht. Er werden protocols opgesteld voor o.a. de behandeling van het virus en het beheersen van dichte contacten.
- **Fase 2.** In de tweede fase bestaat de strategie erin de intensiteit van de het virus en het aantal gevallen te beperken. In België vertaald in “Flatten the curve” (de curve afvlakken). De maatregelen waren het verbieden van openbare markten, quarantaines aan de grenzen, temperatuurcontroles, quarantaines, verkeersbeperkingen, isolatie van besmette patiënten, vermindering van transporten en de verplaatsingen van mensen, verbieden van

samenscholingen, onderwijs en informatie over het virus, de uitbouw van de hospitaalcapaciteit en het aanleveren van medisch materiaal. De toevoer van levensmiddelen werd verzekerd.

- **Fase 3.** De derde fase focust op het beperken van de clusters van gevallen. Daarvoor worden testen ingezet, en nieuwe technologieën voor contact tracing en het behandelen van geïnfecteerde patiënten. De heropening van scholen werd voorbereid en het werk kon in fasen worden hervat. Sociale contacten werden hersteld op een stapsgewijze manier. Kennis over de technieken van preventie wordt overgebracht aan de mensen.

Allemaal bijzonder herkenbaar voor wie de Belgische aanpak heeft meegemaakt.

*

Niettegenstaande het omstandig gebrek aan kennis over het virus, liep de delegatie van 25 duidelijk helemaal enthousiast aan over de wijze waarop China de crisis had aangepakt. Daarbij wordt meteen vermeld dat de maatregelen die de Chinese overheid had genomen nooit eerder in de geschiedenis van de mensheid vertoond waren.

“In het zicht van een eerder onbekend virus, heeft China waarschijnlijk het meest ambitieuze, flexibele en agressieve inspanning om een ziekte te beheersen ooit, uitgerold.”

Volgt een loftrompet over de compromisloze strengheid waarmee de Chinese overheid optreedt. Over het breed engagement van de bevolking. En over het feit dat op het ogenblik van hun bezoek, het aantal “bevestigde gevallen” in sterk dalende lijn was.

De laudatio ten aanzien van de Chinese overheid gaat zo ver dat men er zelfs niet met een loupe in slaagt om ook maar één negatief woord, of een vorm van kritiek op de Chinese aanpak terug te vinden. De Chinezen zouden er dus in geslaagd moeten zijn om meteen een methode te implementeren die geen enkel negatief aspect vertoont.

Een wonder, als het ware.

Deze totaal nieuwe, nooit eerder geprobeerde aanpak, is voor de WHO meteen de aanleiding om deze manier van werken over de hele wereld uit te rollen. Want, zo stelt de WHO:

“Scenario’s en strategieën bouwen alleen op basis van welgekende ziekteverwekkers riskeert het falen te veroorzaken om alle mogelijke maatregelen aan te wenden om de overdracht van het Covid – 19 virus te vertragen, de ziekte te verminderen en levens te redden.”

Waarom deze nieuwe Chinese strategie dan plotseling het Walhalla is, en waarom er geen andere strategieën mogelijk zijn, wordt niet uiteengezet. De keuze gaat gewoon per direct naar de Chinese aanpak. Al wat in het verleden is geprobeerd, wordt overboord gegooid, en er is geen plaats voor andere benaderingen.

Alternatieve maatregelen of alternatieve strategieën werden totaal niet onderzocht. Noch werden de Chinese maatregelen vergeleken met andere maatregelen wat hun effectiviteit en efficiëntie betreft. Enige gedocumenteerde vergelijking met andere en eerder gebruikte methodes, is totaal achterwege.

Zomogelijk nog minder werden overwegingen gemaakt met betrekking tot gevolgen van de maatregelen op andere vlakken dan het aantal overlijdens en besmettingen door Covid – 19. De effecten op de totale gezondheidszorg, de bestrijding van andere aandoeningen, de toename van aandoeningen in gevolge de maatregelen en de psychische en lichamelijke gevolgen van een lockdown. De gevolgen van een economische crisis in gevolge de beperkingen op de volksgezondheid. Allemaal elementen die in het geheel niet werden onderzocht en al zeker niet vergeleken met andere mogelijkheden.

Afwegingen met betrekking tot de massale beperkingen van de mensenrechten en de mogelijkheid om andere, minder ingrijpende maatregelen te nemen, ontbreken totaal. De problematiek werd benaderd zuiver vanuit de gedachte hoe de Chinezen er wel in geslaagd waren om het aantal besmettingen en overlijdens te doen verminderen. En deze methode werd klakkeloos uitgerold naar de hele wereld. Zelfs zonder correcte, betrouwbare cijfers en gegevens over de aanleiding en de resultaten van de aanpak.

De loftrompet werd andermaal bovengehaald, niettegenstaande de WHO zelf stelt dat er een gigantisch kennisdeficiet is.

“China’s compromisloos en streng gebruik van niet – farmaceutische middelen om de overdracht van het Covid – 19 virus te beperken in diverse omgevingen, verleent vitale lessen voor het globale antwoord. Dit eerder unieke antwoord op vlak van volksgezondheid, zonder voorgaanden, keerde het toenemend aantal gevallen zowel in Hubei, ...”

Verder bewierrookt de WHO de wijze waarop in China het volk worden opgevoed om de maatregelen te accepteren en te “begrijpen” waarom deze maatregelen nodig zijn. De traditie van de Chinese indoctrinatie wordt zelfs als een onontbeerlijk element voorgesteld, en een voorbeeld die de wereld moet volgen.

Zeer lovenswaardig acht de WHO ook de inspanningen van de hele gemeenschap. Er wordt aangehaald dat burgmeesters van andere steden lovenswaardige initiatieven nemen om medisch materiaal en mensen naar de getroffen gebieden te sturen. Het spreekwoord van de Chinese vrijwilliger indachtig, valt de kritiekloosheid van het rapport hier treffend op.

De doelstelling die de WHO voor ogen houdt werd verduidelijkt in het rapport:

“Gegeven de schade die kan worden veroorzaakt door een ongecontroleerde overdracht van het virus op gemeenschapsniveau, is een dergelijke benadering een garantie om levens te redden en weken en maanden te winnen nodig voor het testen van geneesmiddelen en de ontwikkeling van een vaccin.”

En meteen wordt bevestigd dat de Chinese methode de enige is waarvan het bewijs wordt geleverd dat ze werkt:

“Dit zijn de enige maatregelen waarvan actueel het bewijs is geleverd dat zij de overdracht in de mensenketting onderbreken of minimaliseren.”

Een bewijs dat is gegrond op de enkele vaststelling dat het aantal gevallen en overlijdens daalde op het ogenblik waarop de missie ter plaatse was.

Dit terwijl men zelf schrijft dat er nog grote lacunes zijn in de kennis van het virus.

*

6. Van China naar de wereld.

De strategie en de Chinese methode, wordt verder uiteengezet in het rapport, en vindt zijn doorslag, meer uitgebreid, in een ander document.

Met name de “Covid- 19 strategy update”. En regelmatig aangepast document gepubliceerd door de WHO waarbij de strategie en de te volgen weg die alle staten te wereld “moeten” volgen, wordt uiteengezet. Dit strategisch document bouwt letterlijk gewoon verder op en kopieert de Chinese methode

beschreven in het rapport van de delegatie. Met inbegrip van de noodzaak om het volk op te voeden en het nut van de maatregelen te doen inzien.

Wat China heeft gedaan in o.a. Wuhan, werd klakkeloos en wat meer uitgebreid, overgenomen als advies voor de rest van de wereld. Met de beperking onder andere van het vrij verkeer, sociaal afstandhouden, verbieden van evenementen, beperken van transport, beperkingen van niet – essentiële economische activiteiten, beperken van internationaal verkeer ...

Het gaat steevast om zeer algemene maatregelen, in de zin dat zij totaal niet in verband staan met de risicogroepen die op intensieve zorgen terechtkomen en die overlijden. Hoewel de WHO deze risicogroepen al bij de studie in China had weten te onderscheiden. Maar gezien de Chinese methode daar niet op gericht was, maar een algemene vrijheidsbeperking voor iedereen inhield, nam de WHO ook een identieke vrijheidsbeperkende methode over zonder acht te slaan op de specifieke risicopatiënten voor deze ziekte.

Nochtans schreef de WHO toen al dat het aantal risicopatiënten voor Covid – 19 beperkter is dan bij influenza. Geen kinderen en geen zwangere vrouwen. Alleen oudere mensen met bepaalde onderliggende ziekten.

De oplossingen die Dhr. Van Gucht in de kamercommissie van 4 maart 2020 had voorgesteld, met name de focus van de maatregelen op de ouderen en de patiënten met onderliggende aandoeningen, ontbreken dus helemaal. Het gevolg zijnde van de kritiekloze adoratie van de WHO voor de Chinese methode. Om de simpele reden dat in China na enkele weken virus, er minder besmettingen en overlijdens waren.

*

Naast de algemene maatregelen die neerkomen op het massaal beperken van de vrijheden, stelde de WHO dat het massaal testen van cruciaal belang is voor het succes van de maatregelen:

“Fundamenteel voor deze maatregelen is de extreem proactieve toezicht voor een onmiddellijk detectie van gevallen, zeer snelle diagnose en de onmiddellijke isolatie van gevallen. Een streng systeem van tracking en quarantaine van dichte contacten en een hoge graad van publieke bekendheid en aanvaarding van de maatregelen.”

*

7. Van de wereld naar België.

Onder de uitdrukkelijke verwijzing naar de informatie van de WHO, en meer bepaald naar de besmettelijkheid en het sterfterisico dat uit de informatie van de WHO zou moeten blijken, legde de Minister van Binnenlandse Zaken bij M.B. van 18 maart 2020 een reeks beperkende maatregelen op die tot doel zouden moeten hebben de overbelasting van de intensieve zorgen te vermijden.

“Overwegende dat het noodzakelijk is om, teneinde de verspreiding van het virus te vertragen en te beperken, onmiddellijk over te gaan tot het opleggen van maatregelen die onontbeerlijk zijn voor de volksgezondheid. ...

Overwegende dat het voormelde verbod van die aard is om enerzijds het aantal besmettingen te verminderen en er bijgevolg voor te zorgen dat de diensten van de intensieve zorg de zwaarts getroffen patiënten in de beste omstandigheden kunnen ontvangen, en om, anderzijds, meer tijd te geven aan de wetenschappers om efficiënte behandelingen en vaccins te ontwikkelen;”

Om deze doelstelling te bereiken meende de Minister, in navolging van de Chinese methode waaraan alle staten zich volgens de WHO “moeten” houden, dat de bijeenkomsten in besloten of overdekte plaatsen maar ook in open lucht, een bedreiging vormden voor de openbare veiligheid. Een politiemaatregel houdende een samenscholingsverbod zou onontbeerlijk zijn en proportioneel. Wat dit laatste dan wel zou inhouden, wordt nergens toegelicht. Enige uitleg over de reden waarom deze strategie wordt gekozen en geen andere strategie zelfs maar wordt onderzocht of afgewogen, ontbreekt totaal. Zoals de WHO klakkeloos en zonder toetsing van andere mogelijke maatregelen de Chinese methode over de wereld uitrolde. Zo rolde de Minister de Chinese methode in België uit. Alsof zij de enig zaligmakende wijze zou inhouden om het aantal bedden op intensive care niet te overbelasten.

Zelfs met inbegrip van de opvoeding van het volk om de maatregelen te aanvaarden en het “nut” ervan in te zien. Met campagnes op televisie. Zo verregaand zelfs dat er bij sommigen intussen de schrik goed inzit om nog te gaan werken. Angst en onwetendheid zijn altijd een goede begeleider geweest van de “opvoeding” (of beter indoctrinatie) van het volk. Optimaal is om deze opvoeding te realiseren zoals Pavlov dat treffend illustreert: verplicht de mensen de maatregelen zeer hard in praktijk brengen.

En aldus werden de volgende maatregelen genomen, geheel in overeenstemming met de fase 2 van de Chinese methode:

- Alle handelszaken en winkels werden gesloten, behoudens voor een aantal essentiële goederen en diensten.
- De markten werden verboden behouden voor essentiële voedingskramen.
- Culturele, feestelijke, recreatieve en sportieve inrichtingen en de horecasector werden gesloten.
- Telethuiswerk werd grotendeels verplicht.
- Een sociale afstand van 1,5 meter werd ingevoerd.
- Niet essentiële bedrijven die deze sociale afstand niet konden bewaren, dienden te sluiten.
- Samenscholingen werden verboden.
- Buiten wandelen mocht enkel nog met de leden van de familie die onder hetzelfde dak woonden.
- Allerlei activiteiten werden verboden tot en met begrafenisceremonieën.
- Niet essentiële reizen naar het buitenland werden verboden.
- Er werd een verbod uitgevaardigd om zich op de openbare weg te verplaatsen, behalve in geval van noodzakelijkheid en omwille van een aantal dringende redenen.

Inbreuken op deze bepalingen werden strafbaar gesteld, en de politie werd opgedragen de maatregelen te doen naleven “zo nodig door het uitoefenen van dwang en geweld.”

Hierna zal worden uiteengezet dat deze maatregelen volgens de Chinese methode de meest ingrijpende beperking van de mensenrechten inhouden op het Belgisch grondgebied sedert W.O. II.

Van massaal testen kwam in deze Belgische fase niet veel in huis, gezien de voorraad aan testen volstrekt onvoldoende bleek te zijn. Er werd door de Belgische regering aldus gefocust op de vrijheidsbeperkende maatregelen aangevuld met een op Chinese leest geschoeide “educatie” van het volk. Een populaire methode in de Volksrepubliek.

*

8. De opeenvolgende vrijheidsbeperkende Ministeriële Besluiten.

Het Ministerieel Besluit van 18.3.2020 werd opgeheven bij het Ministerieel Besluit van 23.3.2020 waarbij dezelfde maatregelen werden bevolen.

Bij Ministerieel Besluit van 3 april 2020 werden de maatregelen licht aangepast. Zoals het totaal verbod op de activiteiten van kappers.

Op 17 april 2020 kwam er een nieuw Ministerieel Besluit. Daarbij werd overwogen dat “de genomen maatregelen de exponentiële evolutie niet voldoende hebben kunnen indijken; dat de bezettingsgraad van de ziekenhuizen, in het bijzonder van de diensten van de intensieve zorgen, kritiek wordt.” De bezettingsgraad op de intensieve zorgen is echter nooit hoger geweest dan 1.285 bedden, wat beneden de 50 % van de verhoogde totale capaciteit van deze diensten is.

Verder werd verwezen naar het aantal sterfgevallen en het aantal gedetecteerde besmettingsgevallen sedert 13.3.2020. De maatregelen werden ietwat versoepeld, o.a. wat betreft de opening van de doe-het-zelf-zaken.

*

Op 8 mei 2020 werd een nieuw Ministerieel Besluit genomen. De motivering van dit besluit verwijst opnieuw naar de cijfers van de WHO die de WHO, zoals hiervoor aangetoond, zelf in vraag stelt. Verder leest men in de motieven van het Besluit:

“...dat het totaal aantal besmettingen blijft stijgen en dat een nieuwe ziektegolf hoe dan ook vermeden moet worden; dat de bezettingsgraad van de ziekenhuizen, in het bijzonder van de diensten van de diensten van intensieve zorg, kritiek blijft.”

Dit terwijl intussen het aantal bezette bedden op intensieve zorgen in een dalende lijn zat, en er zelfs al bijgebouwde capaciteit terug werd afgebouwd op 8 mei 2020.

“Overwegende dat het noodzakelijk is, teneinde de verspreiding van het virus te blijven beperken, om de algemene maatregelen tot inperking van verplaatsingen en tot social distancing te verlengen, waarbij tegelijkertijd enkele bijkomende versoepelingen worden voorzien om deze maatregelen gradueel af te bouwen;”

Met ziet hier de gefaseerde aanpak van de Chinese methode in de fase 3.

“... dat de evolutie van ziekenhuisopnames daalt ten opzichte van de voorbije weken; dat de gezondheidssituatie regelmatig wordt geëvalueerd; dat dit betekent dat een terugkeer naar striktere maatregelen nooit is uitgesloten;”

De Belgische Staat voorziet hier de vrijheidsbeperkende maatregelen opnieuw te verstrengen bij een gewijzigde gezondheidssituatie. Er is geen sprake van overwegingen om andere methodes toe te passen.

“Overwegende het verslag van 22 april 2020 van de GEES (Groep van Experts die belast zijn met de Exit Strategy) dat een gefaseerde aanpak voor het geleidelijk afbouwen van de maatregelen bevat en dat voornamelijk gebaseerd is op drie essentiële aspecten, met name het dragen van een mondmasker, testing en tracing ;”

Waar Dhr. Van Gucht op 4 maart 2020 nog zeer duidelijk was in de Kamercommissie Volksgezondheid, dat mondmaskers totaal tot niets dienen, en er inderdaad geen enkele wetenschappelijke studie bestaat die het nut van mondmaskers aantoonde, en waar eerder het gebruik van mondmaskers werd afgedaan als een politieke maatregel om iets te vinden om de mensen te sussen, wordt het gebruik van mondmaskers nu een peiler van het beleid. Waarom dat dan niet eerder een peiler van het beleid kon worden eerder dan vrijheidsbeperkende maatregelen, wordt niet verduidelijkt. Niettegenstaande het mondmasker plotseling bijzonder belangrijk wordt, volstaat dit echter niet volgens de overwegingen aan de grondslag van het besluit. De contacten tussen alle mensen zouden verder beperkt moeten blijven:

“Overwegende dat het dragen van een mondmasker of van enig ander alternatief in stof een belangrijke rol speelt in de strategie van geleidelijke afbouw van de maatregelen; dat het dragen van een mondmasker bijgevolg sterk wordt aanbevolen in de ondernemingen die goederen of diensten aanbieden aan consumenten, gezien het grote aantal personen die er vanaf 11 mei 2020 opnieuw naartoe zullen gaan en dit, teneinde een verdere verspreiding van het coronavirus COVID-19 te vermijden; dat het louter gebruik van een masker echter niet volstaat en dat het steeds gepaard moet gaan met de andere preventiemaatregelen; dat de social distancing de belangrijkste en prioritaire preventiemaatregel blijft; ... Overwegende dat het aanbevolen wordt om aankopen te doen in een stad of gemeente dichtbij de woonplaats of werkplek;”

In perfecte cadans met de Chinese methode, wordt nu ook het testen en traceren belangrijk. Waarom deze technieken niet eerder te gebruiken waren, in de plaats van vrijheidsbeperkende maatregelen, wordt niet uiteengezet. Klakkeloos en kritiekloos, conform de Chinese communistische traditie, wordt

de Chinese methode overgenomen. Zelfs tot in de timing en de fasering van de maatregelen.

Het gebruik van door de WHO aangerade moderne technologieën bij de tracering is er echter maar in beperkte mate. De Belgische methode is deze van de telefoon. Doch ook op deze methode is vanuit diverse hoeken reeds kritiek gekomen op vlak van de schendingen van de privacy.

Wat het testen betreft, stelt men actueel een verhoging van het aantal gebruikte testen vast, doch het totaal aantal tests blijft beperkt tot 5 % van de bevolking. Terwijl er met deze tests de grootste problemen opduiken. Er is sprake van vals negatieve resultaten van 30 %, 50 % en meer. Waarbij zelfs tot in het parlement werd aangeraden om eerder dan testen, de beelden van CT-scans te gebruiken om te zien of mensen al dan niet besmet zijn.

*

9. De actueel geldende vrijheidsbeperkingen.

Het MB van 23 maart 2020 houdende dringende maatregelen om de verspreiding van het coronavirus COVID-19 te beperken, zoals laatst gewijzigd bij het MB van 8 mei 2020, houdt onder andere de volgende beperkingen in:

Artikel 1, § 1: De sluiting van de schoonheidssalons, de niet medische pedicurezaken, de nagelsalons, de massagesalons, de kapperszaken en de barbiers, de wellnesscentra, de sauna's, de fitnesscentra, de tattooage – en piercingssalons, de casino's, de speelautomatenhallen en de wedkantoren.

Artike: 1, § 2: De zaken die open kunnen moeten de nodige maatregelen treffen om eenieder te beschermen tegen de verspreiding van het coronavirus COVID-19, met inbegrip van de toepassing van de regels van social distancing, in het bijzonder het behoud van een afstand van 1,5 meter tussen elke persoon. Zij kunnen slechts één klant per 10 m² toelaten gedurende een periode van maximum 30 minuten of zolang als gebruikelijk in geval van een afspraak. Indien het voor klanten toegankelijke vloeroppervlakte minder dan 20 m² bedraagt, is het toegelaten om twee klanten te ontvangen, mits een afstand van 1,5 meter tussen elke persoon gegarandeerd is;

Er mag slechts individueel winkelen en gedurende een periode van maximum 30 minuten. Men mag hoogstens vergezeld zijn als volwassene van de minderjarigen die onder hetzelfde dak wonen of een persoon die nood heeft aan begeleiding.

Het artikel 1 § 3 voorziet in een regeling voor de te nemen preventie maatregelen in de winkels, waarbij wordt verwezen naar de "Generieke gids betreffende de opening van de handelszaken om de verspreiding van het COVID-19-virus tegen te gaan", beschikbaar op de website van de Federale Overheidsdienst Economie, aangevuld met richtlijnen op sectoraal en/of ondernemingsniveau, en/of andere gepaste maatregelen die een gelijkwaardig beschermingsniveau bieden. Tevens wordt verwezen naar de "Generieke gids om de verspreiding van COVID-19 op de werkplaats tegen te gaan". Deze gids is te vinden op de website van de Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg, aangevuld met richtlijnen op sectoraal en/of ondernemingsniveau. De "passende preventie maatregelen" worden op ondernemingsniveau uitgewerkt en genomen met inachtneming van de regels van het sociaal overleg in de onderneming, of bij ontstentenis daarvan in overleg met de betrokken werknemers, en in overleg met de diensten voor preventie en bescherming op het werk. De ondernemingen moeten hun werknemers informeren over de geldende preventie maatregelen en verstrekken hen een passende opleiding. Ze informeren ook derden tijdig over de geldende preventie maatregelen.

De tot op ondernemingsniveau afgesproken "preventie maatregel", wat die ook mogen zijn, worden meteen verplicht gemaakt door het M.B. van 23.3.2020 zelf: " Werkgevers, werknemers en derden zijn ertoe gehouden de in de onderneming geldende preventie maatregelen toe te passen."

Dat dit geen vrijblijvende regels zijn, blijkt uit het artikel 11 van het M.B.: de politiediensten staan in voor de handhaving van het besluit, "desgevallend door het uitoefenen van dwang en geweld".

Waaruit blijkt dat de overheidsmaatregelen zich niet beperken tot de Ministeriële Besluiten en de Wet in het algemeen. De private bedrijven die open mogen worden toegelaten om gelijk welke vrijheidsbeperkende maatregelen te nemen in het kader van de preventie, die dan "desgevallend" met dwang en geweld door de politie kunnen worden afgedwongen.

De Chinese methode is wel zeer consequent doorgevoerd.

Artikel 1 § 4 voorziet in gelijkaardige regelingen voor de winkelcentra. Verkopen op de openbare weg en markten zijn verboden. De inrichtingen die behoren tot de culturele, feestelijke, recreatieve, toeristische, sportieve en horecasector zijn gesloten. Het terrasmeubilair van de horecasector moet intussen al bijna 2 maanden lang naar binnen gebracht worden. Levering van maaltijden en maaltijden om mee

te nemen zijn toegestaan. De ondernemingen mogen geen culturele, feestelijke, recreatieve, toeristische of sportieve activiteiten organiseren.

De noodzakelijke infrastructuur voor de uitoefening van fysieke activiteiten in open lucht die geen fysieke contacten impliceren, mogen open met uitzondering van de kleedkamers, douches en cafetaria's.

Artikel 2 § 1 beveelt telewerk aan bij alle niet – essentiële ondernemingen. Waar dat niet kan moeten de ondernemingen de nodige maatregelen nemen om de social distancing te garanderen op een afstand van 1,5 meter tussen elke persoon. In § 2 wordt zoals bij de winkels verwezen naar een "Generieke gids om de verspreiding van COVID-19 op het werk tegen te gaan", die ter beschikking wordt gesteld op de website van de Federale Overheidsdienst Werkgelegenheid, Arbeid en Sociaal Overleg, aangevuld met richtlijnen op sectoraal en/of ondernemingsniveau, en/of andere passende maatregelen die minstens een gelijkwaardig niveau van bescherming bieden. Ook hier is voorzien dat de ondernemingen “passende preventiemaatregelen” moeten uitwerken die moeten meegedeeld worden aan werknemers en derden. Werkgevers, werknemers en derden zijn ertoe gehouden de in de onderneming geldende preventiemaatregelen toe te passen. Wie zich daaraan niet houdt kan gestraft worden (art. 10 van het besluit) en met dwang en geweld daartoe worden verplicht (art. 11 van het besluit).

Artikel 2 § 4 bepaalt dat de niet-essentiële ondernemingen toegankelijk zijn voor het publiek, onder de voorwaarden bedoeld in de paragrafen 1 en 2.

Voor de ondernemingen van cruciale sectoren en de essentiële diensten geldt een iets minder streng regime, voorzien in art. 3. Telewerken en social distancing wordt in de mate van het mogelijke toegepast. De generieke gids geldt er als “inspiratiebron”. Voor het publiek moeten de “regels van social distancing” in de mate van het mogelijke worden nageleefd.

Op het openbaar moet iedereen vanaf de leeftijd van 12 jaar verplicht een mondmasker dragen vanaf het betreden van de luchthaven, het station, op het perron of een halte, in de bus, de (pre)metro, de tram, de trein of elk ander vervoersmiddel dat door een openbare overheid wordt georganiseerd. (artikel 4 van het M.B.)

Bij artikel 5 worden verboden: de samenscholingen, de privé- en publieke activiteiten van culturele, maatschappelijke, feestelijke, folkloristische, sportieve, toeristische en recreatieve aard, de ééndaagse schooluitstappen, de meerdaagse schooluitstappen; de activiteiten in het kader van jeugdbewegingen, op en vanaf het nationaal grondgebied, de activiteiten van de erediensdiensten (met uitzondering van begrafenissen tot maximaal 15 personen op

1,5 meter “zonder de mogelijkheid van blootstelling van het lichaam”. Huwelijken kunnen doch alleen in aanwezigheid van de echtgenoten, hun ouders, getuigen en de ambtenaar van de burgerlijke stand of de bedienaar van de eredienst. Andere religieuze plechtigheden zijn enkel toegelaten om uitgezonden te worden, onder bepaalde voorwaarden en gesloten voor het publiek.

Men mag slechts wandelen en fysieke activiteiten in open lucht ondernemen die geen fysieke contacten impliceren, en alleen of in het gezelschap van personen die onder hetzelfde dak wonen en/of in het gezelschap van maximum twee, steeds dezelfde, andere personen, met respect van een afstand van 1,5 meter tussen elke persoon. Wie aldus thuis met zijn partner het bed deelt, moet op straat 1,5 meter afstand nemen. Een afstand die in een bed niet bepaald gegarandeerd is. Te paard rijden is beperkt tot twee ruiters, en met het oog op het welzijn van het dier. Wellicht zijn meer dan 2 ruiters inderdaad niet goed voor het welzijn van het paard.

Artikel 5 voorziet in de zogenaamde “bubbel”. Samenscholingen van personen die niet onder hetzelfde dak wonen zijn enkel tot vier personen ontvangen. Deze vier personen zijn steeds dezelfde personen en maken al dan niet deel uit van eenzelfde huishouden. Wanneer een persoon van een huishouden bij een andere persoon thuis is uitgenodigd, dan verbindt zijn volledige huishouden zich, en zelfs indien deze persoon zich alleen naar de afspraak begeeft. De leden van de nieuwe op die manier gevormde "groep" mogen thuis geen andere personen ontvangen, noch door andere personen ontvangen worden. Voor de toepassing van dit artikel wordt verstaan onder "huishouden": personen die onder hetzelfde dak wonen. Wellicht wordt hier “plafond” mee bedoeld, gelet op het feit dat appartementsgebouwen meerdere “huishoudens” huisvesten onder één dak. Tussen deze verschillende “huishoudens” moet men dan de social distancing respecteren.

Artikel 7 verbiedt de niet essentiële reizen vanuit België. Vrij verkeer van personen en internationale verplaatsingen zijn dus gewoon totaal verboden voor zover zij als niet essentieel worden beschouwd. Wat er moet worden verstaan onder “niet essentieel” op vlak van reizen wordt echter niet verduidelijkt.

Het artikel 8 voorziet in de “blijf in uw kot” maatregel. De personen zijn ertoe gehouden thuis te blijven. Het is verboden om zich op de openbare weg en in openbare plaatsen te bevinden, behalve in geval van noodzakelijkheid. Deze gevallen van noodzakelijkheid worden in het artikel limitatief opgesomd.

Artikel 8 bis verplicht social distancing met het behoud van een afstand van minstens 1,5 meter tussen elke persoon voor alle activiteiten die zijn toegestaan

door het besluit. Deze maatregelen zijn echter niet van toepassing op de personen die onder hetzelfde dak wonen.

Het artikel 8 ter wordt hier vermeld omdat het geen verbod inhoudt, maar een toestemming. Het dragen van een mondmasker of elk ander alternatief in stof om de mond en neus te bedekken, is toegestaan voor gezondheidsdoeleinden in voor het publiek toegankelijke plaatsen.

Artikel 10 stelt de overtreding van de bepalingen van het besluit strafbaar, terwijl artikel 11 de politiediensten opdracht geeft om toe te zien op de naleving van het besluit zo nodig door het uitoefenen van dwang en geweld.

Met uitzondering van de bepalingen in artikel 5, eerste lid, 4^o, dat van toepassing is tot 30 juni 2020, artikel 7, van toepassing tot 8 juni en de beroeps- en amateursportwedstrijden die verboden zijn tot en met 31 juli 2020, gelden de maatregelen slechts tot 17 mei 2020.

Gezien de maatregelen telkens worden genomen voor een zeer beperkte tijd, kan een vordering strekkende tot de vernietiging van het Ministerieel Besluit, en de daarop volgende Besluiten, zelfs met een vordering tot schorsing, niet tot enig zinvol resultaat ter herstel van de vrijheden aanleiding geven nu de Staat telkens weer nieuwe vrijheidsbeperkende maatregelen neemt. Hierop wordt later teruggekomen.

*

10. De actuele stand van zaken met betrekking tot het virus.

De overheid heeft in samenwerking met de private onderneming Sciensano, een website in het leven geroepen waarop dagelijks en wekelijks rapporten worden gepubliceerd over de evolutie van het virus. In deze rapporten, meer bepaald het wekelijks epidemiologisch bulletin van 8 mei 2020 en het medisch bulletin van 16 mei 2020 vinden we de volgende informatie.

Er zijn op 16 mei 2020, 9005 sterfgevallen, waarvan 4302 in de ziekenhuizen, en 4610 in de woonzorgcentra. 54.989 patiënten met Covid – 19 werden met testen gedetecteerd als besmet, waarvan 9068 in de woonzorgcentra. In totaal werden 16.605 mensen opgenomen in het ziekenhuis. De piek in het aantal bedden op intensieve zorg bedroeg 1.285. Actueel zijn er nog 364 bedden op intensieve zorg bezet.

Het rapport van 16.5.2020 beschrijft ook de letaliteit, het stervensrisico waarnaar in de genomen ministeriële besluiten worden verwezen, en geeft daarbij de letaliteit bij laboratorium bevestigde gevallen weer. 9,4 % in Europa, wordt weerhouden. Maar zelfs 2 maanden na de eerste maatregelen is de onzekerheid over dit getal totaal:

“Conclusie uit de vergelijking tussen Europa en andere regio’s moeten met de nodige voorzichtigheid worden gemaakt vanwege factoren die de letaliteit beïnvloeden, zoals leeftijd en gezondheidsstatus van de bevolking, het testbeleid en de beschikbaarheid van testen.”

M.a.w., over het reële sterfterisico tast men nog altijd volledig in het duister. Hoewel dat de grondslag van de genomen maatregelen betreft. Meer nog, de overheid blijkt zelfs niet eens de moeite te doen een gedegen onderzoek naar dit sterftcijfer op het getouw te zetten ten einde haar herhaalde uitgangspunten van de genomen beslissingen te onderbouwen en te toetsen.

*

In het wekelijks rapport wordt meer uitgebreid ingegaan op de situatie. Wat daarbij meteen opvalt is dat er wel gedetailleerde cijfers worden gepubliceerd over het aantal opnames in het ziekenhuis en het aantal overlijdens. Maar gedetailleerde cijfers en gegevens met betrekking tot de situatie op intensieve zorg ontbreken manifest. Dit wekt aanzienlijke verbazing omdat de doelstelling van de genomen maatregelen geen betrekking heeft op het aantal ziekenhuisopnames, noch op het aantal overlijden. De maatregelen zijn bedoeld om de overbelasting op intensieve zorgen te beperken. Maar daarover krijgt het publiek dus geen gedetailleerde cijfers.

Ook hier is de link met China opvallend: bij de opvoeding van het volk is het belangrijk een “goede” selectie te maken van de publiek gemaakte informatie. Zo vermijdt men lastige vragen.

Op basis van het rapport van 8 mei 2020 kunnen de volgende cijfers en gegevens worden weerhouden met betrekking tot de ziekenhuisopnames.

- 50 % van het aantal gehospitaliseerde patiënten is ouder dan 70 jaar. Slechts 16 % van de mensen in de ziekenhuizen zijn jonger dan 50. Terwijl meer dan de helft van de Belgische bevolking jonger is dan 50.
- Actueel is 41 % van de patiënten in de hospitalen zelfs ouder dan 80.
- Bij de groep actieven tussen 50 en 70 is er een duidelijk overaanbod van mannen in de ziekenhuizen. Bij de mensen ouder dan 80 is er

een overgewicht van vrouwen, wellicht omdat zij ouder worden dan mannen. Precieze cijfers zijn echter niet af te leiden uit de gepubliceerde diagrammen.

- Bijna 90 % van de patiënten boven 65 jaar oud, vertoont één van 12 comorbiditeiten, dit zijn onderliggende ziektes. Bijna de helft daarvan hart- en vaatziekten en hoge bloeddruk. 27 % zijn diabetici.
- Bij de groep van middelbare leeftijd tussen 45 en 64 zijn heeft bijna 60% een comorbiditeit bij de ziekenhuisopname. Waarvan 27,3 % hoge bloeddruk.

Met betrekking tot de overlijdens in de ziekenhuizen is er een stuk minder informatie. Wat wordt weergegeven:

- 90 % van de overledenen zijn patiënten ouder dan 64 jaar.
- Het risico op overlijden bij mannen is groter dan bij vrouwen. Een precies cijfer ontbreekt.
- Het risico op overlijden is groter bij patiënten met één of meerdere morbiditeiten. Een precies cijfer ontbreekt.
- Bij de patiënten jonger dan 65 had 82 % van de patiënten minstens één van de gerapporteerde comorbiditeiten.

Dit betekent dat aldus slechts 0,8 % van de gehospitaliseerde patiënten die overleden zijn jonger waren dan 65 en geen comorbiditeiten hadden.

Wat betreft de betrouwbaarheid van de testen, stelt het rapport, zonder concrete cijfers hoeveel vals negatieve testen er zijn:

“Aangezien de laboratoriumtest niet 100 % gevoelig is, kan de diagnose ook worden bevestigd door een CT-scan van de thorax.

Voorwaar een eufemistische vermelding. De president van Tanzania is zo eufemistisch niet. Hij vertrouwde de tests niet en stuurde wissers met papaja, jackfruit, testen van geiten, konijnen en andere dieren naar het labo. De geiten en de papaja's bleken positief. Ook bij ons zijn er tal van verkeerde resultaten van dergelijke tests. Bij zoverre zelfs dat de Belgische staat het gebruik van een aantal tests heeft verboden.

En toch leest men dat één van de 3 pijlers van het beleid is: testen. Daar is toch geen touw aan vast te knopen. Men stelt zich voor dat 50 % van de aids-tests verkeerd zouden zijn, of 50 % van de condooms, of 50 % van een geneesmiddel gewoon niet werkt. In alle andere omstandigheden zouden deze middelen gewoon volledig uit de handel genomen worden. Niet zo bij de Chinese methode.

*

Men noteert verder dat de oversterfte in België in vergelijking met het griepseizoen in 2018 van 4.000 mensen op een termijn van 4 weken.

De dramatische predicties van 30.000 en meer overlijdens op 800.000 besmettingen blijkt alles behalve realiteit te zijn geworden.

*

1/3 van het rapport wordt besteed aan de verantwoording van de gebruikte methode voor de bepaling van het aantal overlijdens, door een vergelijking met de oversterfte. De kritiek op de gebruikte methode zal hieraan niet vreemd zijn.

Dit is des te meer opvallend nu zoals voorgezegd de cruciale informatie met betrekking tot de patiënten op intensieve zorg, gewoon totaal ontbreekt.

Op basis van de voorliggende cijfers kan men wel stellen dat het aantal patiënten dat jonger is dan 65 en geen comorbiditeiten heeft, bij de opname slechts 20% van de opnames betreft. Dit cijfer neemt dan verder af tot 0,8 % bij de overlijden. Hoeveel van deze patiënten op intensieve zorg terecht komt, is onbekend, op basis van de beschikbare cijfers. Doch het staat vast dat dit slechts een zeer kleine fractie moet zijn van een stuk minder dan 20 %. Wellicht zelfs minder dan 10 %.

Concreet betekent zulks dat tussen 10 (0,8 %) en 257 (20 %) maar wellicht rond 100 patiënten op intensieve zorg zijn terechtgekomen die niet behoren tot de groep ouder dan 65 jaar of lijden aan comorbiditeiten.

Dit sluit perfect aan bij het deel van de verklaring van Dhr. Van Gucht in de Kamercommissie van 4 maart 2020, waar hij verklaarde dat de bestrijding van het virus vooral een zaak was om de oudere personen en de personen met comorbiditeiten te beschermen.

Omdat de Chinezen dat niet hebben gedaan, maar intengendeel algemene maatregelen hebben genomen in de plaats van op deze risicopatiënten gerichte maatregelen, doet de Belgische Staat dat nu ook. Terwijl al op 4 maart 2020 een mogelijke andere strategie als de oplossing werd voorgesteld in het parlement.

Anders verwoord: een afdoende bescherming van mensen boven 65 en patiënten met een limitatieve lijst van 12 comorbiditeiten, kan het aantal

overlijdens verminderen met 99,2 % tot 0,8 % van het aantal actuele overlijdens met de Chinese methode.

Dit sluit trouwens aan bij bevindingen in Italië en o.a. Nederland waaruit blijkt dat er slechts zeer minieme percentages overlijdens zijn bij personen zonder comorbiditeiten.

Meteen stelt zich de vraag hoeveel van deze mensen met onderliggende ziekten op korte termijn toch zouden overleden zijn en wat hun slaagkansen zijn indien zij Covid overleven maar bovenop hun ziekte nog de consequenties hebben van een al dan niet langdurige intubatie.

*

11. De absurde gevolgen van de niet gerichte, algemene beperking van rechten en vrijheden, en de al even ongerichte versoepelingen daarvan.

Het hoeft geen verwondering te wekken dat het klakkeloos gebruik van de Chinese methode in een Belgische context tot heel wat absurditeiten en wervel aanleiding heeft gegeven. Niet alleen in België trouwens, ook in heel wat andere landen. In Israël bijvoorbeeld liet de televisie links op het scherm beelden zien van enkele surfers, die met honderden meter uit elkaar uit het water werden gehaald met een heliocopter, politie op jet-ski's en een peleton jeeps op het strand. Het ander beeld gaf een zicht op de roltrap van Ikea, die volgestouwd met kopers was op 40 cm. van elkaar en nog niet. Pas opengegaan.

In België werden vissers beboet die in hun dooie eentje aan de kant van de vaart zaten te vissen. Alsof dat tot enige besmettings aanleiding zou geven. In Duitsland vernietigde intussen een lokaal verfassungsgericht een reglement waardoor het verboden was om op het strand te wandelen met honden. Ook een algemeen samenscholingsverbod naar aanleiding van een betoging werd vernietigd.

Het verbod om winkels te openen leidde ertoe dat in België men wel kleren en elektronica kon kopen in Carrefour bijvoorbeeld, maar niet in gespecialiseerde klerenwinkels of bij Mediamarkt. Hoewel winkelen aldus werd beschouwd als een gevaarlijke bezigheid die zou kunnen leiden tot een overbelasting van de intensieve zorgen, werd geen enkele maatregel genomen om risicopatiënten deze bezigheid te ontzeggen of maar af te raden. Zonder onderscheid bleven oudere personen met en zonder hoge bloeddruk, chronische longaandoeningen en hartziekten, de Colruyt bezoeken. Terwijl kerngezonde jongeren niet in de speeltuinen mogen spelen. Met de GSM op een bankje in het park zitten, werd verboden. Ook als daar niemand in de buurt was.

De versoepelingen van de maatregelen doorgevoerd na 23 maart, hebben vaak geen enkele uitstaans met het aantal mensen op intensieve zorgen. Zo is het totaal onduidelijk in welke mate de opening van de doe-het-zelf zaken enige impact kan hebben op de druk op de intensieve zorg. Hetzelfde geldt voor de tuincentra.

Over dergelijke absurditeiten verklaarde Dhr. Van Ranst in een interview van 17 mei 2020 in HLN het volgende:

“Maandag gaan de skateparken en sportpleinen weer open. Waarom mogen jongeren daar wél samenkomen, terwijl de speeltuinen voor kleine kinderen nog altijd gesloten blijven?”

“Omdat we ons niet zozeer zorgen maken om de spelende kindjes in de speeltuin, maar wel om hun ouders en grootouders die zouden samentroepen rond die speeltuin. Dat willen we vermijden. In een speeltuin staan ook tuigen die door iedereen aangeraakt worden, wat het in theorie gevaarlijker maakt dan een leeg sportplein. Het kan niet de bedoeling zijn dat naast elke schommel een ploeg moet klaarstaan om die dingen te ontsmetten, telkens er een kindje op heeft gespeeld. Zo’n vaart zal het nu wel niet lopen, want als straks de zon op zo’n tuig staat, krijgt het virus het sowieso moeilijk om te overleven. Alleszins: het is een terechte vraag. De kinderen zijn tot nu toe een beetje uit de boot gevallen. Daarom zitten we deze week samen met de GEES, om het enkel en alleen te hebben over een versoepeling voor kinderen.”

Sinds vorige week is beperkt bezoek toegelaten. We mogen vier mensen – of één andere bubbel – thuis ontvangen. Waarom mag ik op het werk dan wél in contact komen met mensen uit tientallen andere bubbels?

“Hét uitgangspunt is: het aantal mensen waarmee je in contact komt zo klein mogelijk houden. Zowel thuis als op het werk. Bovendien: telewerk blijft nog altijd de norm. Wie thuis kán werken, werkt thuis. En wie toch absoluut naar het werk moet, moet ook daar de absolute basisregel trouw blijven: afstand houden. Dus neen, ook op het werk mag je geen tientallen ‘bubbels’ met elkaar gaan vermengen, net zo min als je dat thuis mag. Iedereen staart zich nu blind op die regeltjes, maar eigenlijk moeten we gewoon ons gezond verstand gebruiken.”

Van kinderen wordt gezegd dat ze minder vatbaar zijn voor het coronavirus, en dat de kans op complicaties bij hen zeer klein is. Waarom worden onze kinderen dan verplicht om een mondkapje te dragen op school, terwijl dat niet verplicht is voor werknemers in bedrijven?

“De vraag om mondkmaskers op school te verplichten kwam niet van de virologen. Wat ons betreft, moest dat niet verplicht worden. Ook niet in bedrijven, trouwens. Want, ik val in herhaling: telewerk blijft de norm, en wie toch gaat werken moet afstand bewaren. Natuurlijk weet ik ook dat zoiets niet overal lukt. Een kapper kan bijvoorbeeld niet thuis werken én kan ook geen anderhalve meter afstand bewaren, anders gaat je snit er wellicht heel vreemd uitzien. In zo’n geval zijn mondkmaskers wél verplicht. Het probleem is dat je dit soort dingen moeilijk in één algemene regel kan gieten, omdat elke situatie anders is. Eigenlijk is het simpel: lukt het niet om afstand te houden, draag dan een mondkmasker.”

Een recreatieve rit met de motorfiets mag weer sinds begin deze maand. Maar de oldtimer mag voorlopig nog niet uit de garage voor een toertje. Maakt het virus een onderscheid tussen oldtimers en motorfietsen?

“Hier heb ik al tien-tállen mails over gekregen. Wel, ik weet het ook niet. Er is op een bepaald moment beslist dat motorrijden onder de noemer ‘sport’ valt, dus werd het licht daarvoor op groen gezet. En de oldtimer valt niet onder die noemer, dus mag het nog niet. Daar kan je over discussiëren, maar zo kan je over álles discussiëren. Het kan niet de bedoeling zijn dat we de vrijetijdsbestedingen van alle Belgen in kaart brengen en dan alles puntje per puntje in regeltjes gieten. Zo werkt het niet. Elke maatregel zal meteen nieuwe vragen opwerpen. Pas op, ik vind het goéd dat die vragen gesteld worden. Het toont aan dat de mensen erover nadenken, dat ze de wil hebben om het volgens de regels te doen. We hebben nog nooit zo’n collectieve vrijheidsberoving gekend, en het is zeer on-Belgisch om zo braaf in de pas te lopen.”

M.a.w., de virologen weten het zelf eigenlijk niet meer waar bepaalde maatregelen goed voor zouden zijn. De regels worden zelfs door hen in vraag gesteld, en uiteindelijk zal “het gezond verstand” het moeten doen. Maar toch moeten de regels gerespecteerd worden.

We zijn ver van het onderzoek naar de gerichtheid van de maatregelen op het voorgenomen doel, laat staan van afwegingen op vlak van proportionaliteit. Alles wordt op één hoop gegooid met een algemene Chinese methode, zonder enige nuance, tot er volstrekt absurde situaties bestaan die de Staat en haar virologen zelf niet meer kunnen uitleggen.

*

* *

II. In Rechte.

1. De juridische principes die betrekking hebben op de beperking van rechten en vrijheden – het E.V.R.M. en het W.V.E.U. - verdrag.

De Raad van State heeft er in het advies voor de Wet van 27.3.2020 waarbij aan de Koning bijzondere volmachten werden verleend op gewezen dat de voorgenomen maatregelen een inmenging kunnen inhouden op de uitoefening van diverse rechten opgenomen in het Europees Verdrag voor de Rechten van de Mens. De Raad heeft daarbij gesteld dat de vraag zich stelt naar de voorwaarden die zijn voorzien krachtens het lid 2 van de artikelen 8, 9, 10 en 11 van het E.V.R.M. Daarbij voegen zich overigens ook de artikelen 1, 1° Protocol E.V.R.M. en art. 2, 4° Protocol E.V.R.M. Waar in de bepaling van art. 2 4° Protocol E.V.R.M. (de vrijheid van verplaatsing) een gelijkaardig uitzonderingsregime is opgenomen als in de artikelen 8, 9, 10 en 11 E.V.R.M., is de structuur van het art. 1, 1° Protocol E.V.R.M. (vrijheid van eigendom) enigzins anders doch ook dit artikel verwijst naar het algemeen belang, de voorwaarden neergelegd in de wet en in de beginselen van het internationaal recht.

De beperkingen op deze rechten vereisen dat een staat verbonden aan deze verdragen, een legitiem doel aantoonst, waarbij geldt dat de maatregelen die worden genomen proportioneel moeten zijn. Dit laatste houdt in dat de staat ertoe gehouden is de maatregelen te nemen die de minste belasting met zich brengt, en aldus de verdragsrechten het minste beperkt. Artikel 18 E.V.R.M. bepaalt dat de beperkingen die volgens het verdrag op de omschreven rechten en vrijheden zijn toegestaan, slechts mogen worden toegepast ten behoeve van het doel waarvoor zij zijn gegeven.

Het mechanisme van artikel 15 van het E.V.R.M. impliceert dat slechts in tijd van oorlog of enige andere algemeen noodtoestand *die het bestaan van het land bedreigt* afwijkende maatregelen kunnen worden genomen voor zover de ernst van de situatie deze maatregelen strikt vereist en op voorwaarde dat deze niet in strijd zijn met andere verplichtingen die voortvloeien uit het internationaal recht.

Voor de beperking van de vrijheden voorzien in het W.V.E.U. - verdrag gelden gelijkaardige regels zoals opgenomen in o.a. de artikelen 36 en 45 van dit verdrag, en verder door de rechtspraak werden uitgewekt.

De Raad van State heeft er in een ander advies verleend naar aanleiding van de KB's ter uitvoering van de Volmachtenwet van 27.3.2020 ook op gewezen dat de maatregelen in overeenstemming dienen te zijn met het grondwettelijk gelijkheidsbeginsel. Een verschil in behandeling is slechts verenigbaar met dit beginsel wanneer dat verschil op een objectief criterium berust en het redelijk verantwoord is. Het bestaan van een dergelijke verantwoording moet worden beoordeeld, rekening houdend met het doel en de gevolgen van de betrokken maatregel en met de aard van de ter zake geldende beginselen. Het gelijkheidsbeginsel is geschonden wanneer er geen redelijk verband van evenredigheid bestaat tussen de aangewende middelen en het beoogde doel. Bij dit advies heeft de Raad van State ook verwezen naar de bescherming van de eigendom die gewaarborgd is bij art. 1. 1^o Protocol E.V.R.M.

*

De maatregelen die de Belgische Staat genomen heeft en op dit ogenblik handhaaft met betrekking tot het Covid -19, zijn niet in overeenstemming genomen met de voornoemde regels, zoals hierna zal worden aangetoond.

*

2. De beperking van de grondrechten.

Het MB van 23 maart 2020 houdende dringende maatregelen om de verspreiding van het coronavirus COVID-19 te beperken, zoals laatst gewijzigd bij het MB van 8 mei 2020, houdt in dat de rechten van de burgers onder meer als volgt worden beperkt:

Artikel 8 E.V.R.M., vrijheid van privé -, familie - en gezinsleven.

Maken een beperking van deze rechten uit

- Het artikel 1 waar het de burgers verboden wordt te gaan winkelen in bepaalde winkels en aanwezig te zijn op culturele, feestelijke, recreatieve, toeristische en sportieve evenementen, slechts alleen mag gaan winkelen, afstand moet houden van 1,5 meter, slechts gedurende 30 minuten in een winkel mag aanwezig zijn, en zich op straffe van politionele dwang en geweld moet voegen naar om het even welke preventiemaatregel die door de betreffende handelaar wordt uitgevaardigd, en waar er beperkingen zijn op de wijze waarop men zich moet gedragen bij het bezoek aan andere ondernemingen.

- Het artikel 2, waarbij er gelijkaardige beperkende bepalingen worden voorzien voor het bezoek aan ondernemingen.
- Het artikel 4 dat het dragen van een mondmasker in het openbaar vervoer verplicht.
- Het artikel 5 waar het de samenscholingen verbiedt, alsmede de privé- en publieke activiteiten van culturele, maatschappelijke, feestelijke, folkloristische, sportieve, toeristische en recreatieve aard.
- Het artikel 5 waar de activiteiten in de publieke ruimte worden deels verboden en beperkt.
- Het artikel 7 waar het de niet essentiële reizen vanuit België verbiedt (sluiting van de grenzen).
- Het artikel 8. De “blijf in uw kot” maatregel. Waarbij voorwaarden worden opgelegd om zich in de publieke ruimte te begeven.
- Het artikel 8 bis dat social distancing verplicht met het behoud van een afstand van minstens 1,5 meter tussen elke persoon voor alle activiteiten die zijn toegestaan door het besluit.

Artikel 9 E.V.R.M., vrijheid van godsdienstbeleving.

Maakt een beperking van dit recht uit, het artikel 5 waar de deelname aan godsdienstige plechtigheden wordt beperkt.

Artikel 11 E.V.R.M., vrijheid van vergadering en vereniging.

Maakt een beperking van dit recht uit, het artikel 5 waar de deelname aan samenkomsten met meerdere personen wordt verboden of beperkt.

Artikel 1, 1° Protocol E.V.R.M., vrijheid van eigendomsrecht.

Maakt een beperking van dit recht uit: Het artikel 1 waar het handelszaken en ondernemingen verhindert te openen en hun ondernemingen uit te baten .

Artikel 2, 4° Protocol E.V.R.M., vrijheid van verplaatsing.

Maken een beperking van dit recht uit:

- Het artikel 5 waar het de samenscholingen verbiedt,
- Het artikel 5 waar de activiteiten in de publieke ruimte deels worden verboden en beperkt en het verboden is zich daarnaar te begeven.
- Het artikel 7 waar het de niet essentiële reizen vanuit België verbiedt (sluiting van de grenzen).

- Het artikel 8. De “blijf in uw kot” maatregel. Waarbij voorwaarden worden opgelegd om zich in de publieke ruimte te verplaatsen.

Artikelen 28 e.v. V.W.E.U., vrij verkeer van goederen.

Maakt een beperking van dit recht uit, het artikel 1 waar het verboden wordt bepaalde goederen te koop aan te bieden.

Artikelen 45 e.v. V.W.E.U., vrij verkeer van personen.

Maken een beperking van dit recht uit:

- Het artikel 5 waar het de samenscholingen verbiedt,
- Het artikel 5 waar de activiteiten in de publieke ruimte deels worden verboden en beperkt en het verboden is zich daarnaar te begeven.
- Het artikel 7 waar het de niet essentiële reizen vanuit België verbiedt (sluiting van de grenzen).
- Het artikel 8. De “blijf in uw kot” maatregel. Waarbij voorwaarden worden opgelegd om zich in de publieke ruimte te verplaatsen.

Artikel 56 e.v. V.W.E.U., vrij verkeer van diensten.

Maken een beperking van dit recht uit:

- Het artikel 1 waar het verboden wordt bepaalde diensten aan te bieden.
- Het artikel 5 waar de activiteiten in de publieke ruimte deels worden verboden en beperkt waar deze beperkingen inhouden dat het leveren van diensten wordt beperkt.

*

3. De totale afwezigheid van de toetsing aan de verdragsrechtelijke regels geldend bij de beperking van grondrechten.

Wanneer men de historiek reconstrueert van de genomen maatregelen, dan komt men tot de vaststelling dat op geen enkel ogenblik toepassing is gemaakt van de verdragsrechtelijke regels met betrekking tot de beperking van grondrechten. Het onderzoek naar het verband tussen de doelstelling en de getroffen maatregelen ontbreekt. De proportionaliteit wordt voorgehouden in de motivering van de M.B.'s, maar zonder enige verdere toelichting. Een

onderzoek naar de eventuele mogelijkheid om andere maatregelen in te voeren is er niet. Er is zelfs geen aanzet tot dit onderzoek.

De Chinezen hebben bij de uitwerking van hun methode volstrekt geen rekening gehouden met dergelijke afwegingen. Hoewel de Chinese grondwet het bestaan van mensenrechten erkent, is dit een pure fictie. Laat staan dat de Chinese overheid zich verplicht zou voelen om haar maatregelen te gaan toetsen aan de afwijkingsmechanismen die zijn voorzien in het E.V.R.M. of het V.W.E.U.

De WHO heeft klakkeloos, zonder enige kritiek, en zonder welkdanige afwegingen te maken op vlak van mensenrechten, de Chinese methode overgenomen. Uit het rapport van de missie blijkt dat de beoordeling zich beperkt tot het verminderen van het aantal besmettingen op zich. Waarbij zelfs expliciet wordt gesteld dat elke andere methode niet in rekening wordt gebracht omdat enkel de Chinese methode zou bewezen werken. Zulks gezien op het ogenblik van de missie het aantal besmettingen en overlijdens daalde. Een toetsing van andere methodes is er totaal niet geweest. De WHO stelt zelf dat de cijfers waarvan zij uitgaat, niet correct zijn en dat er grote lacunes zijn in de essentiële kennis om tot een goed beleid te komen. Desondanks heeft men op grond van zeer tijdelijke vaststellingen verkozen om geen enkele andere methode bij de beleidsafwegingen te betrekken.

Het weze benadrukt dat deze Chinese methode totaal nieuw is, nooit eerder werd toegepast, kadert in het overheidsoptreden van een communistische dictatuur en de daarbij gebruikelijke technieken.

De WHO vermeldt in het rapport van de missie wel dat er nog moet gezocht worden naar de oorsprong van het virus. Op heden bestaat nog de mogelijkheid dat de Chinese overheid zelf het virus heeft geproduceerd, of aan het ontstaan van dit virus actief heeft gewerkt, of nog dat dit virus is ontstaan door verkeerde handelingen in een Chinees laboratorium. De mogelijkheid dat de stringente Chinese maatregelen in de eerste plaats zo stringent waren waren om de eigen Chinese rol in het ontstaan van dit virus dicht te dekken, is een voor de hand liggende piste, die de WHO in het geheel niet heeft onderzocht. Of deze piste de waarheid is, kan op dit ogenblik niet worden achterhaald. Feit is echter dat de WHO blijkens het rapport daaraan niet eens gedacht heeft.

Er kan ook worden gewezen op de wel bijzonder korte termijn van de missie. Op één week heeft met een onderzoek gedaan naar een totaal nieuwe methode voor de bestrijding van een virus, en daaruit de conclusie getrokken dat de hele wereld dit systeem moest overnemen. Het werkwoord “moeten” is juist gekozen gezien de WHO in haar rapportage dit werkwoord evenzeer gebruikt.

*

De Belgische overheid heeft al even klakkeloos de door de WHO verkozen, totaal nieuwe nooit eerder geprobeerde methode. Nog maar 2 weken voordien had de veelvuldig aangestelde adviseur van de Minister van Volksgezondheid in het Parlement verklaard dat de bestrijding van de ziekte een kwestie was om oudere personen en personen met comorbiditeiten te beschermen. En dat op een ogenblik waarop hij zelf verwees naar de toen al gekende cijfers uit China.

Op 2 weken tijd is deze gedachte verlaten en heeft de Belgische overheid zich geheel in de lijn gelegd van de WHO. Men kan zich afvragen welke overwegingen hieraan ten grondslag liggen. Is het gewoon kritiekloos volgen wat een internationale instelling in dwingende taal adviseert? Is het eenvoudig, zoals Dhr. Bart De Wever het zegt: men volgt gewoon wat de “deskundigen” zeggen bij crisismanagement. Of spelen er andere belangen? Het aantal personen die op vlak van virologie als deskundig worden beschouwd is beperkt. Zij zijn gerelateerd aan instellingen die ook vaccins ontwikkelen, geneesmiddelen helpen zoeken, belast zijn met laboratoriumtesten op Covid – 19 ... Miljoenen euro's gaan op dit ogenblik rond bij de bestrijding van het virus en voor de investeringen in oplossingen, met een uitzicht op een bijzonder groot rendement. Niet in het minst van Dhr. Bill Gates die een niet onbelangrijk kapitaal in de Belgische onderzoeken heeft gepompt.

Deze kritiekloze overname van de Chinese methode gaat gepaard – zoals de WHO dat voorschrijft – met een opvoedingsstrategie ten aanzien van het volk. Campagnes die het beleid ondersteunen, en de bevolking moeten het belang van de maatregelen doen begrijpen. Met onderliggend een boodschap van angst voor het virus en het onbekend rond dit virus. Andersluidende stemmen worden door de minister weggelachen, of afgeblaft. Ook in de pers worden zelden kritische vragen gesteld. Wanneer een kat positief test op Covid – 19, verschijnen er hele persartikels over de overgang van het virus op dieren en huisdieren en alle ernst bijgeschreven. Niemand vraagt zich af of misschien die test wel eens verkeerd zou kunnen zijn, zoals de Tanzaniaanse president dat wel deed. De gehele organisatie vanuit de overheid is gericht op de implementatie van de Chinese methode gepromoot door de WHO en elke afwijking van deze lijn wordt afgeblokt.

In een interview in HLN legt viroloog Herman Goosens één van de pijnpunten bloot, waarover hij danig ruzie heeft gemaakt met viroloog Van Ranst, zegt hij zelf:

“U riep al in februari op om breed te testen.

“Ja. Dat is niet gebeurd. Een kolossale vergissing die behalve Duitsland de meeste andere Europese landen maakten. Daarover voel ik frustratie. Niet

tegenover de Belgische politici of op mijn collega-experts, maar tegenover het systeem. Er moet zeker een doorlichting komen over hoe het is kunnen gebeuren dat wij niets wisten over Taiwan. Zij begonnen midden januari al met uitgebreid testen, opsporen en isoleren, zo blijkt nu. Hier moest toen nog de discussie begonnen over de vraag of dit wel of niet erger was dan de griep.

“Maar Taiwan is door China uit de Wereldgezondheidsorganisatie geweerd. Resultaat: de wereld kreeg van de WHO de Chinese aanpak in Wuhan voorgeschoteld als exemplarisch. Een extreme lockdown, dus. We hadden die informatie uit Taiwan moeten hebben. Dat is een les voor de toekomst. Waarom kon niemand deze cruciale kennis doorspelen? Nu is de wereld daardoor de mist ingegaan. We hadden die lockdown wellicht kunnen voorkomen.”

Dit interview bevestigt de keuze van de WHO om zonder het toelaten van andere methodes, de Chinese methode werd “voorgeschoteld als exemplarisch”. Nog zacht uitgedrukt gezien de WHO vermeldt dat alle landen deze methode “moeten” gebruiken.

*

Wat echter in elk geval vaststaat is dat uit niets blijkt dat de Belgische overheid de op vlak van mensenrechten noodzakelijke oefening heeft gemaakt om na het bepalen van de doelstelling te onderzoeken in welke mate andere methodes dan de Chinese methode even doeltreffend kunnen zijn, of zelfs meer doeltreffend met minder beperkingen van de vrijheden.

*

Geen van deze Ministeriële Besluiten hebben aanleiding gegeven tot een advies van de Raad van State zodat de Raad niet in de mogelijkheid is geweest om de noodzakelijke toetsing conform de verdragsrechtelijke mechanismen, waarnaar hiervoor werd verwezen in het advies naar aanleiding van de Wet van 27.3.2020, uit te werken voor de betreffende Ministeriële Besluiten. Elk van deze voornoemde Besluiten vermeldt dat in gevolge de hoogdringendheid het advies van de Raad van State niet tijdig kan worden ingewonnen. Het tijdsverloop tussen het eerste Besluit en het laatste is echter dermate dat deze herhaling van dit motief voor wat betreft de navolgende besluiten in elk geval niet meer valabel is geweest.

De Ministeriële Besluiten vermelden allemaal voor een groot deel dezelfde motieven die eraan ten grondslag liggen, behoudens het meest recente besluit waarin aanvullende motieven zijn weergegeven.

Deze Besluiten maken de grootste inperking van de rechten en vrijheden van de burgers – natuurlijke – en rechtspersonen – uit in de naoorlogse geschiedenis van het Koninkrijk België. Gezien de omvang van de beperkingen is vereist dat het legitiem doel dat wordt nagestreefd, op bijzonder solide wijze afdoende wordt **aangetoond** door de Belgische Staat, die zich daartoe verdragsrechtelijk verbonden heeft en op wie de bewijslast rust.

Daarnaast moet worden aangetoond dat de maatregelen ertoe strekken dit doel te realiseren. Artikel 18 E.V.R.M. bepaalt dat de beperkingen die volgens het verdrag op de omschreven rechten en vrijheden zijn toegestaan, slechts mogen worden toegepast ten behoeve van het doel waarvoor zij zijn gegeven.

Tot slot moet de staat ook de proportionaliteit van de maatregelen aantonen.

*

4. Bij Wet voorzien.

De beperkingen van de mensenrechten zijn slechts mogelijk voor zover zij worden voorzien in de Wet. Dat is een eerste vereist waaraan niet in voldaan in het artikel 1 van het Ministerieel Besluit van 23 maart 2020.

Immers voorziet dit artikel dat de preventiemaatregelen kunnen worden bepaald in generieke gidsen, “aangevuld met richtlijnen op sectoraal en/of ondernemingsniveau.” “Passende preventiemaatregelen” worden op ondernemingsniveau uitgewerkt. De ondernemingen moeten hun werknemers informeren over de geldende preventiemaatregelen en verstrekken hen een passende opleiding. Ze informeren ook derden tijdig over de geldende preventiemaatregelen.

De rechten van deze derden worden kunnen dus evenzeer beperkt worden. Op een dwingende wijze. Zij zijn ertoe gehouden de maatregelen die een bedrijf oplegt, te respecteren. Nergens is bepaald dat daarbij de rechten en vrijheden niet mogen worden beperkt. Ondernemingen hebben aldus de vrije hand om de rechten van derden die hen bezoeken te beperken door hen dat eenzijdig op te leggen bij een afdwingbaar reglement.

Het Besluit voorziet in de afdwinging van de naleving ervan door de politie met dwang of geweld zoals bepaald in het artikel 11 en door strafbepalingen zoals voorzien in art. 10 van het Besluit.

Waar het Besluit toelaat dat de voornoemde rechten en vrijheden worden beperkt door documenten die geen wetten zijn, is het artikel 1 van het Besluit

niet in overeenstemming met de verdragsrechtelijke vereisten die gelden bij het beperken van de gewaarborgde rechten.

*

5. De vermelde “legitieme doelstelling” van de maatregelen.

5.1. De vermelding van 2 legitieme doelstellingen.

Blijkens de motieven van de genomen Besluiten bestaat de legitieme doelstelling van de genomen maatregelen in de bescherming van de volksgezondheid. Met name: 1) er voor te zorgen dat de diensten van de intensieve zorg de zwaarst getroffen patiënten in de beste omstandigheden kunnen ontvangen en aldus de bezettingsgraad van de intensieve zorg in de ziekenhuizen te beperken, en 2) om meer tijd te geven aan de wetenschappers om efficiënte behandelingen en vaccins te ontwikkelen.

Het valt daarbij op dat de doelstellingen niet zijn het vermijden van overlijdens, of het verminderen van het aantal besmettingen. Het is immers eigen aan de mens dat hij kan getroffen worden door ziektes, en ook onbekende ziektes, waaraan een aantal mensen sterven. De fundamentele rechten van de burgers in een hele samenleving beperken omwille van een ziekte waaraan een aantal mensen kan overlijden, is geen legitieme doelstelling. Tenzij deze mortaliteit zo dramatisch hoog zou zijn. Wat voor dit virus geenszins is aangetoond. Men heeft er ook nu nog totaal het raden naar wat het reële risico op overlijden is mocht het virus zonder maatregelen door de bevolking gaan. Hoeveel mensen zouden er dan zijn besmet voor het virus zou afnemen? Hoeveel mensen zouden overlijden? Hoeveel van die mensen zouden lijden aan comorbiditeiten en op korte termijn toch zijn overleden? Geen idee heeft men daarover. Het is derhalve om meerdere redenen zeer terecht dat het verminderen van het aantal besmettingen op zich of het verminderen van het aantal overlijdens niet de legitieme doelstelling is voor de rechtenbeperkende maatregelen die men heeft genomen.

*

5.2. De doelstelling de tijd te rekken om een vaccin te vinden.

De tweede doelstelling *op zich*, met name dat er tijd nodig is voor de ontwikkeling van een vaccin en dat die tijd moet worden verbruigd, geldt voor alle ziekten waarvoor actueel nog geen efficiënte behandelingen zijn en geen vaccins bestaan. Voor geen enkele andere ziekte echter werden ooit dergelijke

excessieve rechtsbeperkende maatregelen doorgevoerd. De genomen maatregelen staan derhalve geenszins in verhouding met deze geformuleerde doelstelling op zich.

Wij begrijpen echter dat wellicht deze doelstelling niet *op zich* moet worden gelezen, maar dat zij samen met de eerste doelstelling één geheel vormt. Met name zal het vinden van een efficiënte behandeling of vaccin de bezettingsgraad op intensieve zorg verminderen zodat wanneer deze bezettingsgraad langer beperkt kan worden gehouden, op termijn de behandeling of het vaccin voor een oplossing kan zorgen voor de gevreesde overbelasting van de intensieve zorgen.

*

Indien deze doelstelling toch op zich zou bestaan, dan stelt zich meteen de vraag of dit wel een reëel bestaand wettig doel is.

Het staat immers niet vast of men een vaccin zal vinden, en op welke termijn men dit vaccin zal vinden. De doelstelling tijd te geven voor het vinden van een vaccin, is hoogst speculatief.

In de huidige context is het zo dat men de termijnen voor het vinden van een vaccin verkort, waardoor de controlemechanismen net als bij de ontwikkeling van de testen, worden ingeperkt. Voor de testen heeft men al gezien wat een effect dat heeft op de verschraving van de kwaliteit. Tot en met de uitvaardiging van een besluit van overheidswege dat het gebruik van bepaalde testen gewoon verbiedt! Met vals negatieve resultaten van testen tot 50 % en meer, en Sciensano die op haar website voor de zekerheid CT-scans aanraadt omdat de testen onbetrouwbaar zijn.

De versnelde procedures bij de Mexicaanse griep hebben geleid tot tal van problemen met bijwerkingen in gevolge vaccinatie. Bijna 150 gevallen van anafylactischeshock, narcolepsie, overlijdens ... tot wel 75 ernstige bijwerkingen werden geregistreerd. Bij een te korte testperiode is de kans dat zulke ongelukken gebeuren veel groter. Sommige bijwerkingen ziet men trouwens maar na een zekere tijd.

De vraag is dus of het voor de volksgezondheid wel een goede strategie is om tegen “warp-speed”, zoals de Amerikaanse president dat zegt, een beperkt getest vaccin in de mensen te spuiten en in afwachting daarvan de fundamentele rechten on hold te zetten.

Nog daar gelaten de vraag die men zich bij gebrek aan kennis openlijk stelt of antistoffen wel leiden tot immuniteit voor het Covid – 19 virus. Er wordt

gezegd – maar zoals zoveel met betrekking tot dit virus is ook dat niet zeker – dat men een bepaalde mate van ziekzijn moet ondergaan om antistoffen tegen het virus te maken. Verhalen doen de ronde, o.a. op grond van testen in Zuid-Korea, over mensen die 2 keer een infectie hebben doorgemaakt. Indien er geen immuniteit is, of de immuniteit slechts zou gelden voor een heel korte periode, dan heeft vaccinatie al helemaal geen zin.

De fundamentele rechten van de burgers beperken omwille van een vaccin waarvan men niet eens weet of men het gaat vinden, wanneer men het gaat vinden, of het gaat werken, of het niet te veel bijwerkingen zal hebben en of het de volkgezondheid aldus uiteindelijk wel ten goede zal komen, is niet in overeenstemming met de vereiste dat de staat het bestaan van een legitiem doel aantoonst. Dit is een speculatie en geen doelstelling ter bescherming van de volksgezondheid.

*

5.3. De doelstelling om de overbelasting van de diensten van intensieve zorg te vermijden.

5.3.1. Het tijdstip van de beoordeling van de overbelasting: tunc et nunc.

De doelstelling zoals blijkt uit het Ministerieel Besluit om de bezettingsgraad op intensieve zorgen te beperken, is wel zonder twijfel een legitieme doelstelling. Doch voor zover het zeker is en bewezen vaststaat dat een normaal verloop van de ziekte tot een overbelasting van de intensieve zorgen aanleiding zou geven.

Zulks staat hic et nunc helemaal niet vast en wordt ook door de Belgische Staat niet aangetoond.

De vraag of dit een legitiem doel is ter bescherming van de volksgezondheid stelt zich op 2 tijdstippen:

- Was op het ogenblik waarop de maatregelen de eerste keer werden de capaciteit op intensieve zorgen inderdaad in het gedrang?
- Is deze capaciteit op intensieve zorgen nog steeds in het gedrang?

De eerste vraag die zich stelt is of de maatregelen die werden opgelegd inderdaad nodig zijn om de overbelasting van de intensieve zorg te vermijden zodat de zwaarst getroffen patiënten in de beste omstandigheden kunnen opgevangen worden.

*

5.3.2. De bronnen die bedreiging van de capaciteit van intensieve zorg zouden aantonen.

De motieven van de voornoemde Besluiten verwijzen naar 2 bronnen die de noodzaak van de te nemen maatregelen zouden aantonen. Met name (1) de adviezen van Ceval, en (2) de “verklaring van de WHO omtrent de karakteristieken van het coronavirus Covid 19, in het bijzonder met betrekking tot de besmettelijkheid en het sterfterisico”.

De adviezen van Ceval zijn onbekend. Dit zijn geen publieke documenten. Bij een eerdere procedure voor de Raad van State waarin de verzoekers andere partijen waren, en waarin deze verslagen aan bod kwamen, werden zij slechts strikt vertrouwelijk meegedeeld door de Belgische Staat. Er past derhalve een voorbehoud om zodra deze stukken bekend zijn, daaromtrent verder te argumenteren.

*

De “verklaring van de WHO” met betrekking tot de karakteristieken van het virus, waarnaar wordt verwezen, is ook onbekend. Vruchteloos zoekt men op het internet en op de website van de WHO naar een document dat deze naam draagt, ook in het Engels, of waarvan de naam ook maar lijkt op deze vermelding, doch een dergelijk document is niet te vinden.

Wel staan op de website 3 andere documenten waarin men informatie over het Covid – 19 virus terugvindt, genaamd “Report of the WHO-China Joint Mission of Coronavirus Disease 2019 (COVID -19) van 16 – 24 februari 2020” (waaruit hoger reeds uitgebreid geciteerd werd, in vertaling). Verder het voortdurend aangepast document “Covid – 19 strategy update” (wij verwijzen verder naar de versie van 14.3.2020) en de documenten genaamd “Coronavirus disease 2019 (COVID – 19) situation report” (wij verwijzen verder naar de versie 46 van 6.3.2020).

Men kan even uitgaan dat de gegevens in deze stukken conform zijn aan de gegevens van de onvindbare verklaring over de karakteristieken van het virus. Als dat document als bestaat.

*

5.3.3. De karakteristieken van het virus die zouden doen vrezen voor de overbelasting van de intensieve zorg.

In de voormelde Besluiten wordt gemotiveerd dat op grond van de karakteristieken van het Covid-19 virus, en in het bijzonder de besmettelijkheid

en het sterfterisico, de genomen maatregelen noodzakelijk zijn om de overbelasting van de intensieve zorg te vermijden.

a. Het sterfterisico.

De eerste vraag die zich stelt is waarom het sterfterisico in overweging werd genomen gezien de doelstelling erin bestaat om de bezetting op intensieve zorg te beperken. Het kan cru klinken, maar overleden personen bezetten de intensieve zorg niet. De genomen Ministeriële Besluiten vermelden niet dat het vermijden van een hoog aantal overlijdens tot de doelstellingen behoort. Hiervoor werd hierop reeds gewezen. Men moet er dus van uitgaan dat dit inderdaad niet de doelstelling is. In welke mate het aantal overlijdens een relatie heeft met het aantal personen op intensieve zorgen, is ook niet geheel duidelijk. Immes leiden de overlijdens in de woonzorgcentra bijvoorbeeld niet tot een overbelasting van de intensieve zorg.

Er kan worden verwezen naar de mededeling aan het begin van de crisis van overheidswege, dat het beter was dat een aantal zorgbehoevende bejaarden die toch niet lang meer te leven hadden, hun laatste dagen zouden doorbrengen in de woonzorgcentra, veeleer dan op de intensieve zorgen.

We durven het ons nauwelijks voorstellen dat dit een bewuste strategie was om de intensieve zorgen te ontlasten.

*

Bij de case fatality rate (zaak fataliteitsgraad) gaat men het aantal overlijdens relateren aan het aantal bekende gevallen. Waarbij zich dan de vraag stelt hoe overlijdens ten gevolge van Covid worden gedefinieerd. Een definitie die in de loop van de voorbije weken door de Belgische Staat op evolutieve wijze verschillend werd ingevuld. Daarnaast stelt zich ook de vraag welke gevallen als Covid-gevallen worden beschouwd. Sciensano verwijst zelf op haar website naar de onzekerheden op dat vlak.

Indien de Belgische Staat met het “sterfterisico” de infection fatality rate (infectie fataliteitsgraad) zou bedoelen, dan geeft men hiermee het aantal overlijdens weer gerelateerd aan het totaal aantal infecties. Met inbegrip aldus van het aantal onbekende infecties. Waarbij zich meteen ook de vraag stelt hoe de niet bekende infecties in rekening gaan gebracht worden om een juist cijfer te bepalen.

Indien de Belgische Staat de crude fatality rate (de bruto fataliteitsgraad) zou bedoelen, dan wordt hiermee aangegeven het aantal te verwachten overlijdens op de totale bevolking. Dit is eigenlijk de enige nuttige parameter op vlak van

mortaliteit om vanuit beleidsoogpunt beslissingen te kunnen nemen mocht de doelstelling met de mortaliteit verband houden. Immers geeft dit het reëel risico op overlijden weer bij een normale doortocht van het virus.

De vraag is echter of de Belgische staat wel deze laatste bepaling van het sterfterisico heeft aangewend. Immers is het getal van deze “crude fatality rate” voor Covid – 19 nergens te vinden. Noch in de oude cijfers van de WHO, noch in de huidige cijfers. De WHO schrijft integendeel zelf dat dit getal volstrekt onbekend is. Het zal nog wel enige tijd duren voor deze “crude fatality rate” bekend zal zijn, als men dit ooit precies gaat kunnen bepalen per land of per regio.

Het is immers mogelijk dat er verschillen zijn. Zo zijn er in de USA bij de jongere generatie grotere aantallen mannen vooral, met obesitas en andere comortaliteiten. Waardoor het aantal overlijdens en het aantal opnames van jongere mensen op intensieve zorgen relatief hoger ligt dan bij voorbeeld in België.

Waar er geen getal te vinden is, is er nog minder kennis van de correctheid van dit onvindbare getal, laat staan dat men weet op basis van welke ernstige studie dit onbekende sterfterisico werd ingeschat en wat de foutmarge daarvan is.

Kortom, tenzij de vertrouwelijke rapporten van Celeval het reëel sterfterisico weergeven, op grond van een verantwoorde en correcte wetenschappelijke studie, dan bestaat dit precieze cijfer gewoonweg niet. Er bestaat dus geen precies gegeven dat correct kan worden omschreven als het reëel sterfterisico.

Zowat de hele wereld zoekt actief op passief naar dit cijfer. Ook de WHO voor wie dit cijfer één van de kennislacunes is.

Maar toch slaagt de Belgische overheid erin om het volsterkt onbekend “sterfterisico” als één van de 2 pijlers voor de te nemen maatregelen aan te duiden.

*

b. De besmettelijkheid.

Dezelfde vragen gelden ook met betrekking tot de besmettelijkheid. Wat dat betreft stelt men evenzeer vast dat op de website van de W.H.O. de meest uitgebreide voorbehouden te vinden zijn.

Essentieel voor het bepalen van de besmettelijkheid, is te weten hoeveel personen besmet zijn. Doch ook daar tast men in het duister. Het enige dat de

WHO kan melden is dat er gevallen geregistreerd worden. Maar om allerlei redenen is het aantal geregistreerde gevallen maar een zeer beperkte fractie van het werkelijk aantal besmettingen. Tekort aan testen, verboden testen, beperkingen van het aantal toegelaten testen (bijvoorbeeld tot de mensen met symptomen), verschillende testmethodes, onbetrouwbare testen, vals negatieve testen, hertesten en dubbeltellingen, verschillende testresultaten voor dezelfde personen, besmette mensen die te weinig antistoffen hebben om positief te testen ... Al deze elementen dragen ertoe bij dat het aantal geregistreeerde gevallen in de verste verte niet te vergelijken is met het reëel aantal besmettingen dat met vele factoren hoger moet liggen dan het aantal geregistreeerde besmettingen.

Zo was het in België tot voor kort verboden aan artsen om mensen met lichte symptomen aan testen te onderwerpen. Zo mogen personen die bloed geven in de weken voor hun donatie geen symptomen van Covid-19 hebben gehad. Terwijl de restanten van hun bloed worden gebruikt om het aantal besmettingen te tellen. Bijzonder “representatief” zijn deze staalnamen. Zo zijn tot 50 % en meer van de testen in de woonzorgcentra vals negatief. De mensen zitten met symptomen te hoesten terwijl ze negatief getest worden.

Kortom, heel de bepaling van het aantal besmette mensen is ronduit een zootje. En de Belgische Staat zette tot nu toe geen enkele ernstige correct wetenschappelijke studie op om dit cijfer te kennen.

Ook wat de tweede pijler betreft, namelijk de besmettelijkheid van het virus, bestaan er geen correcte cijfers. Ook daar is er de door de WHO gemelde kennislacune die niet opgevuld geraakt .

*

c. De overige karakteristieken van het virus.

Waar in de motieven van de Besluiten worden verwezen naar de “karakteristieken” van het Covid-19 virus, wordt nergens gepreciseerd welke karakteristieken, andere dan het onbekende steferisico en de al even onbekende, er zouden in rekening gebracht zijn.

We herinneren eraan wat in het feitenrelaas onder punt 3 werd aangehaald nopens de karakteristieken van het virus zoals ze terug te vinden zijn op de webside van de WHO:

- **De besmettelijkheid:** Het reproductiegetal (aantal mensen die door een besmet persoon wordt bij Covid – 19 ligt tussen 2 en 2,5 en is hoger dan dat van influenza. Hoewel er context – en tijd-

specifieke elementen zijn die een vergelijking moeilijk maken. Deze Chinese cijfers zijn dus hoogst onzeker.

- **De mortaliteit** van Covid lijkt hoger te liggen dan voor influenza. In bijzonder de seizoengerelateerde influenza. Hoewel het nog een tijd zal duren voor de WHO de mortaliteit juist zal kunnen inschatten, zijn er aanwijzingen dat het aantal doden per aantal *gerapporteerde* gevallen tussen 3 en 4 % ligt. Het aantal doden per aantal geïnfecteerde personen zal een stuk lager liggen. Voor de seizoenserelateerde influenza bedraagt de mortaliteit beneden 0,1 %. Maar mortaliteit wordt voor een groot deel bepaald door de toegang tot kwalitatieve gezondheidszorg. Ook deze Chinese cijfers zijn hoogst onzeker.
- **Het percentage ernstige infecties.** De data “suggereren” dat 80 % van de infecties mild of zonder symptomen zijn. 15 % heeft een ernstige infectie met noodzaak tot toedienen van zuurstof en 5 % maakt een kritieke infectie door met noodzaak tot beademing. Deze aantallen zijn hoger dan bij Influenza. Ook deze Chinese cijfers zijn hoogst onzeker en intussen totaal verkeerd gebleken.

De positievere karakteristieken van Covid – 19 die ook het beleid kunnen bepalen, gerapporteerd door de WHO, hebben blijkbaar geen grote indruk gemaakt op de Belgische Staat en er de Staat ook niet toe aangezet om de maatregelen daarop af te stemmen. De keuze is gemaakt om klakkeloos de Chinese methode over te nemen.

De positievere karakteristieke zijn:

- **De incubatieperiode** van van Covid – 19 is langer dan die van influenza zodat de snelheid van overdracht van influenza hoger is. Dit geeft tijd om te testen of in te grijpen in de periode voor men ziek wordt.
- **Het moment van de overdracht.** Bij influenza is de overdracht tijdens de eerste 3 tot 5 dagen wanneer er nog geen symptomen zijn, een belangrijke factor voor de overdracht. Bij Covid – 19 zijn er mensen die 24 tot 48 uur voor de symptomen het virus verspreiden maar dit lijkt geen belangrijke factor te zijn bij de overdracht. Ook dit geeft tijd om te testen of in te grijpen in de periode voor men ziek wordt.
- **De rol van kinderen.** Bij influenza zijn kinderen een belangrijke factor in de overdracht. Dat is niet het geval bij Covid – 19. Een zorg minder om mee rekening te houden.
- **Een beperkter aantal risicocategorieën.** De hoogste risico's op een ernstige infectie met influenza wordt gelopen door kinderen, zwangere vrouwen en ouderlingen. Voor Covid zijn dat oudere

mensen en mensen met onderliggende kwalen. Hoe minder categorieën er zijn die risico's lopen, hoe gemakkelijker om een gerichte campagnes te voeren.

Weze genoteerd dat waar voor de 3 meest negatieve karakteristieken van het virus de cijfergegevens nog steeds bijzonder onzeker zijn, de 4 positievere aspecten van het virus, die het virus gemakkelijker beheersbaar maken, werden bevestigd, onder andere in de rapporten van Sciensano.

*

d. Was de overbelasting van de intensieve zorg een reëel risico?

Er zijn alvast geen juiste cijfergegevens voor handen die dat precies ondersteunen. De Belgische Staat wou vermijden terecht te komen in Italiaanse toestanden, doch de Italiaanse situatie is totaal niet te vergelijken met de Belgische situatie.

In de regio Lombardije waren er bij de aanvang van de epidemie slechts 500 bedden op intensieve zorgen. En dat voor 10 miljoen inwoners. De uitbreiding die men kon doorvoeren bracht dit aantal bedden tot slechts 1.000. In België waren er bij de aanvang 2.037 bedden. Uitgebreid tot 2831 en meer. Het gemiddelde aantal bedden in Italië was 8 per 100.000 inwoners. In België 34. Op de top van de epidemie zijn er 1.285 bedden bezet geweest. Maximaal.

De inschatting aan het begin van de epidemie was dat 5 à 6 % van de totale besmettingen op intensieve terecht zouden komen. Dit is een grove overschatting met meer dan 3000 % (zie het feitenrelaas).

Uit de actuele cijfers blijkt dat er meer mensen zijn overleden in de woonzorgcentra dan in de hospitalen. De groep die het meest gevaar liep en die het sterftcijfer het hoogst beïnvloedt is niet eens op intensieve terechtgekomen. Men kan zich afvragen in welke mate dit een bewust onderdeel van het beleid is geweest om de patiënten met het hoogste risico te laten overlijden in de woonzorgcentra en niet in de ziekenhuizen. Met alle morele vragen die daarbij horen. Doch dit is nu eenmaal de realiteit gebleken. Wanneer meer ouderen met comorbiditeiten niet overlijden op de intensive care maar in de woonzorgcentra, dan heeft dat een belangrijke daling van de bezetting van de intensieve zorgen tot gevolg.

Karakteristiek voor griepvirussen is dat zij een opgang maken, tot een bepaalde top is bereikt, en dan gaat de curve terug omlaag. Om dan te verdwijnen, en in een volgend seizoen bijvoorbeeld weer op te duiken. Hoe hoog deze curve zal worden, en hoe lang, is niet eenvoudig in te schatten. In het feitenrelaas werd

aangetoond dat Dr. Philippe Devos, voorzitter van Belgische Vereniging van Artsensyndicaten en intensivist, voorzag dat zonder maatregelen er in totaal 850.000 mensen zouden besmet raken in België. Dat is een aantal dat intussen wellicht werd gehaald, en naar alle waarschijnlijkheid zelfs overtroffen, zonder maatregelen.

De maatregelen gaan er helemaal van uit dat de besmetting door het virus gebeurde door overdracht van druppels afkomstig uit de mond en de neus en het respiratoir systeem. Vandaar de maatregelen van sociale afstand, niezen en hoesten in de arm, en intussen ook de mondmaskers. Tot begin mei 2020 Dhr. Van Gucht plotseling adviseerde om de toiletpotten dicht te houden bij het spoelen. Blijkbaar bestaat de mogelijkheid dat het virus wordt doorgegeven door de wolk die ontstaat bij het spoelen omdat er is vastgesteld dat er in faecaliën ook virussen aanwezig zijn.

Echter hebben de maatregelen wellicht geen enkele impact gehad op het gebruik van de toiletpotten in het land.

Het MTI heeft een studie gepubliceerd die het mogelijk acht dat het virus over lange afstand wordt verspreid tussen mensen. Zoals zoveel aspecten van dit virus, is het niet bevestigd en niet bekend of dat inderdaad het geval is. Maar als dit juist is, dan hebben alle maatregelen van afstand houden volstrekt geen zin.

Is het uit te sluiten dat dit virus op nog een andere manier verspreid geraakt onder de bevolking dan bij een direct contact? Duidelijk niet. In welke mate kan men dan zeker zijn dat deze maatregelen überhaupt tot een vermindering van het aantal besmettingen heeft aanleiding gegeven? Deze zekerheid bestaat totaal niet.

Het kan niet worden uitgesloten dat het aantal besmettingen en het aantal personen dat op intensieve zorg terecht is gekomen, identiek zou zijn geweest zonder het nemen van maatregelen. Daarvoor is de beschikbare informatie te onzeker en zijn er nog te veel lacunes in de kennis, zoals de WHO dat zelf opmerkt.

Het is aan de Belgische Staat om dit aan te tonen, en meer bepaald in eerste plaats dat er een daadwerkelijk bestaand risico was dat de diensten van intensieve zorg zouden worden overbelast. Een dergelijk bewijs ontbreekt echter volledig.

Eigenlijk heeft men zowat blind vliegend simpelweg en zonder enige verdere overweging, het nieuwe vliegplan van de Chinezen – dat intussen trouwens

door de Chinezen al grondig is bijgestuurd - op voorspraak van een enthousaste kritiekloze WHO, klakkeloos overgenomen.

*

Het volstaat niet dat de Belgische Staat *het niet weet*, en dat de maatregelen worden genomen omdat men niet weet of de intensieve zorg overbelast zal geraken. De realiteit van het legitiem doel moet objectief zijn en een redelijke rechtvaardiging kennen (EHRM, 21.2.1986, nr. 8793/79 (James e.a. / Verenigd Koninkrijk), Series A 98, par. 46 – 50).

Het legitiem doel moet bovendien noozakelijk zijn in een democratische samenleving. Dit wil zeggen dat de overheid bij de appreciatiemarge die zij heeft, het nut en de relevantie van de maatregelen in rekening dient te brengen. (EHRM, 7.12.1976 (Richard Handyside / Verenigd Koninkrijk), par. 48 – 50).

*

e. Is de overbelasting van intensieve zorg op vandaag nog een reëel risico?

Waar de lacune in de kennis bij het begin van de genomen maatregelen reeds prominent aanwezig was, is deze lacune nog steeds niet opgevuld. De teksten van de WHO op vlak van de mortaliteit, op vlak van de besmettelijkheid en op vlak van het aantal kritieke gevallen, zijn nog niets veranderd.

De gegevensverzameling op Belgisch niveau wordt evenzeer gekenmerkt door een grote mate van onzekerheid, zoals het gebrek aan accuraatheid van de testen. Er ontbreken ernstige, onderbouwde studies om de correcte cijfers over het aantal reële besmettingen te kunnen detecteren.

Het antwoord op de vraag hoe het virus zich zou gaan gedragen wanneer er opnieuw, zonder maatregelen, een tweede golf zou zijn, is volstrekt onbekend. Een correcte predictie ontbreekt. De foutmarges van de gehanteerde cijfers zijn nog steeds onbekend.

Intussen worden ook geneesmiddelen ingezet en uitgetest in de hospitalen. Recent werd een ruimer onderzoek gestart met mee dan 300 patiënten aan de universiteit in Leuven die plasma van patiënten met antilichamen toegediend kregen. Uit de persberichten leert men dat deze techniek al enkele keren succesvol werd toegepast, ook op risicopatiënten.

Een belangrijk deel van de risicopatiënten in de woonzorgcentra hebben het virus ondergaan en een andere belangrijk deel is eraan overleden. Er zijn in

België 144.000 mensen die opgenomen zijn in een woonzorgcentrum. Op 17 mei 2020 waren er 9145 gekende besmettingen in deze centra. En 4.634 overlijdens.

Uit het weekbulletin van Sciensano van 8 mei 2020 blijkt echter dat het aantal bewoners dat positief heeft getest EN symptomen heeft, slechts 27 % bedraagt. Er zijn dus meer dan 70 % vals negatieve tests bij de bewoners. Bij het personeel is het nog erger. Slechts 11 % van de personeelsleden met symptomen, testte positief. Bovendien is men maar laat in de curve van het virus meer massaal beginnen testen zodat heel wat bewoners intussen genezen kunnen zijn, en ook daarom een negatieve test afleveren. Ook de voormelde cijfers zijn derhalve een grove onderschatting van het werkelijk aantal besmettingen in de woonzorgcentra.

De vraag hoeveel patiënten er in totaal op heden nog in een bed op intensieve zorgen zou kunnen terechtkomen indien er een tweede golf zou komen, kan totaal niet met enige ernstige zekerheid worden beantwoord.

De realiteit is dat zelfs na 2 maanden maatregelen, de basisgegevens die moeten besluiten tot objectieve werkelijkheid van het doel, en de noodzakelijkheid van de maatregelen in een democratische samenleving, totaal duister en onzeker zijn.

De Belgische Staat faalt in de bewijslast die zij heeft om de objectieve werkelijkheid van het haar gestelde doel, alsmede de noodzakelijkheid daarvan, aan te tonen. Zij doet zelfs geen inspanning daartoe, en leunt terug op de gegevens van de WHO, die zelfs stelt dat er nog grote lacunes in de kennis van het virus zijn.

*

6. De proportionaliteit.

De genomen maatregelen dienen proportioneel te zijn in functie van het doel. Wat impliceert dat minder ingrijpende maatregelen niet volstaan (EHRM, 13 november 2007, (D.H. t. Tsjechische Republiek), § 196).

*

6.1. De gebruikte methode.

De Chinese methode aangeprezen door de WHO bestaat uit een aantal pijlers.

- 1. Het gebruik van massale tests om zoveel mogelijk besmette mensen te identificeren en af te zonderen en het traceren.
- 2. Het opleggen van algemene vrijheidsbeperkende maatregelen die zorgen voor een reductie van het aantal contacten tussen mensen, waardoor men denkt dat het aantal besmettingen zal verminderen.
- 3. Het versterken van de capaciteit van de ziekenhuizen.
- 4. Het opvoeden van de bevolking om deze maatregelen te assimileren.

De Belgische Staat heeft deze methode overgenomen, behoudens dan het eerste punt. In eerste instantie werd meegedeeld dat de testcapaciteit ontbrak om voldoende te testen. In tweede instantie heeft de steekvlampolitiek in de woonzorgcentra ervoor gezorgd dat de helft van de beschikbare testcapaciteit nu in de woonzorgcentra wordt gebruikt. Terwijl de mensen in de woonzorgcentra de intensieve zorgen niet belasten. Intussen is aldus nog maar 6 % van de bevolking getest. Het in kaart brengen van het aantal immune personen staat nog nergens.

Bovendien zijn de gebruikte tests, zoals hiervoor al uitgebreid aangetoond, gewoon zo slecht dat ze ingelijk niet bruikbaar zijn. Het volstaat blijkbaar dat de Chinezen massaal (verkeerd) testen, omdat wij dat ook massaal zouden doen. Zelfs totaal doof en blind voor het feit dat deze testens tot 90 % bij het personeel in de woonzorgcentra negatieve resultaten geven voor personen die symptomen hebben. België is intussen koploper geworden in de wereld wat betreft het aantal (niet werkende) tests in vergelijking met het bevolkingsaantal.

Recent is de Belgische Staat ook begonnen met het traceren. De 3 pijlers van het beleid zijn op vandaag: traceren, mondmaskers en tests. Vreemd is wel dat de eerder genomen algemene vrijheidsbeperkende maatregelen toch behouden blijven, hoewel zij met deze 3 pijlers niets te maken hebben.

Deze vrijheidsbeperkende maatregelen hebben een algemeen karakter. Zij beogen het aantal contacten tussen mensen in het algemeen te beperken. Op deze wijze hoopt men dat ook het aantal contacten met risicopatiënten zou worden gereduceerd.

Dat dit een bijzonder simplistische redenering is, werd treffend geïllustreerd in de woonzorgcentra. De contacten tussen gewone werkzame bevolking gebeuren buitenshuis. Bij ouderen in woonzorgcentra is dat binnenshuis. De meeste contacten die zij hebben zijn in het centrum zelf. Door een algemene maatregel te nemen die geen rekening houdt met de leefwereld en de persoon van de risicopatiënten, heeft de blinde Chinese methode aanleiding gegeven tot

een aanzienlijke sterfte in deze centra. Niet alleen in België, maar ook in andere Europese landen.

Wanneer men dan vaststelt dat Dhr. Van Gucht nog op 4 maart 2020 erop wijst dat de er maatregelen moeten worden genomen voor de woonzorgcentra, dan is houdt het toch wel schuldig verzuim in om vervolgens kritiekloos een algemene Chinese methode toe te passen, die geen bijzondere maatregelen voor ouderen in woonzorgcentra voorziet.

Als het inderdaad al zo is dat dit virus enkel wordt overgedragen door dichte contacten tussen mensen – wat niet eens zeker is – dan zal het inderdaad wel te verwachten zijn dat zulk een algemene maatregel het aantal besmettingen vermindert.

Men kan zelfs nog verder gaan. Men kan iedereen thuis zetten met verzegelde deuren en enkel de leveringen van voedsel toelaten na goedkeuring van het wijkcomité, zoals in China gebeurt met mensen die in bepaalde gebieden inreizen. Dat zal de contacten nog meer verminderen.

Naast de vraag of überhaupt deze verminderde contacten tussen de mensen aanleiding gaf tot minder besmettingen en minder druk op de intensieve zorg, en of zonder maatregelen de capaciteit van intensieve zorgen zou overtroffen zijn, is er de vraag of er geen andere maatregelen mogelijk zijn die de rechten van de burgers minder beperken en hetzelfde resultaat zouden bereiken.

*

6.2. Alternatieve maatregelen en hun invloed op de rechten en vrijheden.

Er zijn diverse mogelijkheden voor het nemen van maatregelen die het aantal patiënten op intensieve zorgen verminderen, maar die de rechten en vrijheden van de burgers niet beperken zoals de maatregelen opgenomen in het M.B. van 23.3.2020.

Een kort overzicht van wat mogelijk is.

1. Het uitbouwen van intensieve zorgen.

Het is beslist denkbaar dat indien de Belgische Staat de miljarden die nu naar het stilleggen van de economie zijn gegaan, had geïnvesteerd in de snelle inzet en productie van beschermingsmiddelen, bijkomende bedden, beademingstoestellen en allerlei andere benodigdheden voor de zorgverstrekkers, er voldoende capaciteit kon worden gecreëerd voor de

omvang van de epidemie. Het is zelfs denkbaar dat de capaciteit die er nu al was voldoende zou zijn geweest.

2. Vroege tracering, testen en afzondering van besmette personen.

Er kan worden herinnerd aan de woorden van viroloog Goossens.

“Maar Taiwan is door China uit de Wereldgezondheidsorganisatie geweerd. Resultaat: de wereld kreeg van de WHO de Chinese aanpak in Wuhan voorgeschoteld als exemplarisch. Een extreme lockdown, dus. We hadden die informatie uit Taiwan moeten hebben. Dat is een les voor de toekomst. Waarom kon niemand deze cruciale kennis doorspelen? Nu is de wereld daardoor de mist ingegaan. We hadden die lockdown wellicht kunnen voorkomen.”

Deze stelling is niet helemaal juist, nu de WHO het massaal testen en traceren ook als een pijler van het geadviseerde beleid aanziet, en erop wijst dat men in China ook heeft ingezet op testen en traceren.

De WHO had trouwens ook al bij eerdere publicaties gewezen op het belang van testen en tracering gedaan in een vroeg stadium. (Richtlijnen WHO 2007 ((p. 65 studie) (WHO, “Guidelines for investigation of human cases of avian influenza A (H5N1”, 2007, 2; ECDC, “Surveillance and studies in a pandemic in Europe: technical report”, 2009, 4.)

In Duitsland heeft men al midden maart een traceringssysteem opgezet. In België duurde het tot mei vooraleer actie werd ondernomen.

In elk geval toont het voorbeeld van Taiwan aan dat ook in een dichtbevolkt gebied, maatregelen kunnen worden genomen die de rechten van de mensen niet beperken. In het geval van Taiwan gaat het om een combinatie van het opsporen en isoleren van besmettingen, temperatuurcontroles, het massaal produceren van beschermingsmiddelen zoals mondmaskers. Het resultaat is dat er in Taiwan 7 overlijdens zijn geweest. Zonder lockdown. Op een kleine 24 miljoen inwoners.

IJsland heeft vergelijkbare testmaatregelen genomen, maar heeft daar ook nog beperktere vrijheidsmaatregelen aan toegevoegd. Stukken beperkter dan in België. Waaronder een verbod op manifestaties van meer dan 10 mensen.

Het is derhalve volstrekt onmogelijk te beweren dat er geen andere aanpak van het virus mogelijk is dan de Chinese methode. Integendeel. Het is beslist

denkbaar dat een andere aanpak een stuk minder doden tot gevolg zou hebben gehad.

*

3. Een methode gericht op de risicopatiënten.

Het is toch wel volstrekt onbegrijpelijk dat waar al voor de start van de crisis in België, de risicopatiënten gekend waren, deze risicopatiënten verder in de maatregelen totaal niet betrokken waren. Er werd zelfs geen campagne voorzien om deze mensen te waarschuwen!

Nochtans had zelfs Dhr. Van Gucht erop gewezen dat er maatregelen moesten komen voor oudere kwetsbare groepen in de woonzorgcentra en voor mensen met onderliggende ziektes.

Dergelijke maatregelen hoeven zelfs niet negatief te zijn, of verboden in te houden. In eerste plaats kan men denken aan de informatieverstrekking aan risicopatiënten. Men kan zich toch wel indenken dat mensen die vernemen dat ze een kans maken om aan Covid – 19 te sterven, met deze waarschuwing zeker rekening gaan houden en hun gedrag vrijwillig gaan aanpassen. Een diabetespatiënt van 70 jaar die behoorlijk geïnformeerd wordt gaat niet vrijwillig naar een concert als hij zo'n gevaar loopt.

Maar de Belgische overheid vindt het niet eens nodig deze patiënten te verwittigen. Het is belangrijker het volk op te voeden om de Chinese methode te assimileren.

Op 16 maart 2020 heeft in IJsland de supermarktketen Samkaup ervoor gezorgd dat 27 van haar winkels over heel ijsland van 9 tot 10 uur enkel toegankelijk waren voor risicopatiënten – oudere personen en mensen met chronische onderliggende ziekten. Dit is op een ogenblik waarop in België de eerste maatregelen werden genomen.

Er zijn legio maatregelen te bedenken die de rechten van de burgers niet raken, en die de risicopatiënten beschermen. Positief en zelfs geheel vrijwillig. Zoals daar bijvoorbeeld zijn:

- Babbelboxen voor bewoners van rust – en verzorgingstehuizen.
- Winkeltijden voor risicopatiënten.

- Restaurants met bijzondere openingsdagen voor risicopatiënten en de mensen die met hen samenwonen. Idem voor musea en andere voor het publiek toegankelijke plaatsen.
- Premies voor wie risicopatiënt is of met een risicopatiënt samenwoont, en thuis wil blijven.
- Kinderen van risicopatiënten hoeven niet naar school, krijgen alternatieven.
- Bijzonder reizen en uitstapjes voor bejaarden in een beschermde omgeving.
- Gesubsidieerd thuisbezorgen van boodschappen voor risicopatiënten.
- Rechten van risicopatiënten om reserveringen die ze gemaakt hebben zonder kosten te verplaatsen.
- Telewerk toegelaten naar de keuze van de risicopatiënt en niet de werkgever.
- Ter beschikking stellen van beschermde logieplaatsen voor wie met risicopatiënten samenwoont en besmet geraakt is.
- ...

*

De karakteristieken van het virus die de Belgische Staat aangrijpt, met name het sterfterisico en de besmettelijkheid, zijn gegevens waaromtrent grote twijfels en onzekerheid bestaan. Hetzelfde geldt voor de precieze predicatie van het aantal patiënten dat te verwachten is op intensieve zorgen indien er zich een tweede golf van het virus zou voordoen.

Er bestaat echter al van bij de crisis een grote zekerheid over wie er precies NIET en WEL op intensieve zorg terecht komt. Het is zelfs bijzonder eenvoudig deze categorieën van mensen te omschrijven:

Komen niet op intensieve terecht:

- Personen die reeds besmet geweest zijn met het virus, en personen die immuniteit hebben.
- Personen jonger dan 60 jaar oud.
- Personen ouder dan 60 jaar die geen van de comorbiditeiten hebben die men kan vinden in de rapporten van Sciensano.

Komen wel op intensieve terecht:

- Personen ouder dan 60 met comorbiditeiten die nog niet besmet zijn geweest.

De beperktheid van deze groep is een enorm voordeel in vergelijking met andere epidemieën. Wanneer men én kinderen, én zwangere vrouwen, én oudere personen los van comorbiditeiten moet beschermen, dan gaat dat over veel meer mensen dan de groepen die gevaar lopen bij Covid- 19.

Deze opportuniteit werd door de Belgische Staat geheel miskend. En nochtans had Dhr. Van Gucht daarop al gewezen in de kamercommissie op 4 maart 2020.

Zels al zou men een verplichte quarantaine voorzien voor de risicogroepen, dan nog zou deze maatregel een heel wat lagere aantasting inhouden voor de bevolking dan een algemene maatregel. Terwijl het volstrekt niet is aangetoond dat een dergelijke gerichte quarantaine tot minder goede resultaten aanleiding zou geven.

Zoals het al evemin is aangetoond dat gerichte positieve maatregelen, met een gedegen informatiecampagne over de risico's van de ziekte ten aanzien van risicogroepen, minder goede resultaten zouden resorteren. Er is een sterk vermoeden dat de woorden van Dhr. Van Gucht op 4 maart 2020 niet helemaal loos waren, en dat er wellicht zelfs meer mensenlevens zouden gespaard zijn geweest indien voor deze aanpak zou zijn gekozen.

*

4. Testen van al wie vermoedelijk besmet is geweest, op immuniteit.

Met als consequentie dat er ten aanzien van deze personen geen beperkingen meer kunnen zijn.

Het verbieden van personen met immuniteit om te gaan fitnessen, op café te gaan, op restaurant of waar ook, is totaal onzinnig. Deze groep van mensen kan niet meer op intensieve terecht komen en kan ook het virus niet meer doorgeven. Toch worden de maatregelen ook voor hen behouden. Ook zij mogen niet naar de fitness, het restaurant of zich vrij bewegen op straat en over de grezen.

*

5. De Zweedse aanpak.

Ook de Zweedse manier van omgaan met het virus, waarbij er trouwens ook bijzondere aandacht is voor risicopatiënten, zorgt voor een veel lager aantal overlijdens dan in België. De bewering dat dergelijke maatregelen in België

niet zouden lukken omdat de Belgen een andere cultuur hebben dan de Zweden, is volsterkt niet aangetoond.

In de huidige fase van de maatregelen wordt onomwonden gezegd van overheidswege dat men nu toch meer op de vrijwillige medewerking van de mensen gaat rekenen.

*

6. Een beleid op basis van mondklappers, testen en tracing.

De Belgische Staat schrijft zelf bij haar besluit dat er 3 pijlers zijn van het beleid: mondklappers, testen en tracing. Welnu, als deze 3 pijlers zo belangrijk zijn voor de overheid, dan kan men ook verwachten dat de overheid denkt dat zij effect sorteren. Dat was trouwens in Taiwan inderdaad het geval.

Wat heeft het dan nog voor nu om de vrijheidsbeperkende maatregelen te handhaven? Er kan helemaal niet worden aangetoond dat deze 3 pijlers niet zouden volstaan.

*

7. ...

*

Conclusie.

Deze 7 voorbeelden van alternatieve methodes zijn niet de enige methodes die denkbaar zijn voor het onder controle houden van het aantal personen dat op intensieve zorg terechtkomt. Er zijn uiteraard nog veel meer methodes denkbaar.

De Belgische Staat kan van geen van deze 7 voorbeelden die de rechten en vrijheden van de burgers niet of minstens veel minder beperken, zeggen of zij tot slechtere of tot betere resultaten zouden aanleiding geven.

Meer nog, de Belgische Staat heeft zich niet eens de moeite getroost om na te gaan bij haar Ministeriële Besluiten en andere opgelegde regels, of er alternatieve mogelijkheden waren die een evengoed, of zelfs nog een beter resultaat zouden opleveren.

De genomen maatregelen schenden aldus de hiervoor vermelde rechten en vrijheden van de burgers en meer bepaald ook van de verzoekers.

*

* *

7. De vordering.

De verzoekers vragen U ed. om, nadat U ed. prima facie zal hebben vastgesteld dat:

- De bevolen maatregelen in het M.B. van 23.3.2020 en alle andere richtlijnen, omzendbrieven, of andere publicaties die daaruit voortvloeien, en er een toepassing van zijn, de fundamentele rechten en vrijheden zoals voorzien in de artikelen 8, 9,11, 1,1° Protocol, 2, 4° Protocol E.V.R.M., en de artikelen 28 e.v. 45 e.v. en 56 e.v. V.W.E.U., van de verzoekers beperken,
- Deze beperkingen van de rechten van de verzoekers niet in overeenstemming zijn met de uitzonderingsbepalingen die zijn voorzien in deze artikelen noch met de vereisten voorzien in art. 18 E.V.R.M.,
- Aldus de door de Belgische Staat genomen maatregelen ter bestrijding van het Covid – 19 virus, de fundamentele rechten en vrijheden van de verzoekers schenden,
- Hic et nunc er niet aangetoond is dat de genomen maatregelen een daadwerkelijk objectief vaststaand wettig doel nastreven,
- Hic et nunc er niet is aangetoond dat er geen andere maatregelen mogelijk zijn die de rechten van de verzoekers in mindere mate of zelfs niet aantasten,

En aldus de Belgische Staat verbod op te leggen om, binnen de 5 dagen na de betekening van de tussen te komen Beschikking, en onder verbeurte van een dwangsom van 10.000,00 euro per verzoeker en per maatregel, nog verder maatregelen te nemen of te handhaven ter bestrijding van het Covid – 19 virus die inhouden dat:

- Het de verzoekers of hun klanten verboden wordt om te gaan winkelen in bepaalde winkels en meer bepaald in de handelszaken van de verzoekers, en aanwezig te zijn op culturele, feestelijke, recreatieve, toeristische en sportieve evenementen,
- De verzoekers of hun klanten verplicht worden slechts alleen een handelszaak te betreden,

- De verzoekers of hun klanten afstand moeten houden van mensen van 1,5 meter,
- De verzoekers of hun klanten slechts gedurende 30 minuten in een handelszaak aanwezig mogen zijn,
- De verzoekers ertoe gehouden zijn de preventiemaatregel van handelaars, ondernemingen en andere instellingen te volgen die door hen worden opgelegd,
- Het de verzoekers en hun klanten verboden is om met meerder personen samen te komen,
- Het de verzoekers en hun klanten verboden is om private - en publieke activiteiten te houden van culturele, maatschappelijke, feestelijke, folkloristische, sportieve, toeristische, religieuze en recreatieve aard, of daaraan deel te nemen,
- De activiteiten van de verzoekers en hun klanten in de publieke ruimte deels worden verboden en beperkt omwille van Covid – 19,
- De verzoekers wordt verboden om niet essentiële reizen vanuit België naar het buitenland te doen.
- De verzoekers en hun klanten beperkingen worden opgelegd omwille van Covid – 19 om zich buitenshuis te begeven.
- De verzoekers en hun klanten worden verplicht tot een afstand van 1,5 meter te behouden tussen henzelf en derden.

*

8. Hoogdringendheid.

9. Het burgerlijk karakter van de vordering.

10. Belang

Individuele rechten.