

De ontwikkeling van COVID-19 in het grensgebied van Nederland, Noordrijn-Westfalen en België

Prof. dr. Klasien Horstman, Dr. Volker Hackert, Dirk Philippsen, Dr. Alena Kamenshikova, Lisa Diemingen (MSc), Brigitte van der Zanden, Prof. dr. Christian Hoebe

Universiteit Maastricht, Care and Public Health Research Institute (CAPHRI), GGD Zuid Limburg, Gesundheitsamt Düren en euPrevent



Voorwoord

Internationale samenwerking en kennisoverdracht zijn een belangrijke basis om na te gaan hoe de ontwikkeling van een pandemie zoals COVID-19 er in het grensgebied tussen Nederland, Noordrijn-Westfalen en België heeft uitgezien. En natuurlijk de vraag of een eventuele grenssluiting enig effect zou hebben gehad op de verspreiding van het virus.

Op verzoek van de provincie Limburg (mede namens Gelderland en Overijssel), de Staatskanzlei van het Land Noordrijn-Westfalen (NRW) en het Nederlandse ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, hebben wij in opdracht van de Provincie Limburg zowel een kwalitatief als een kwantitatief onderzoek uitgevoerd om inzichtelijk te maken of er significante verschillen zijn in de verspreiding van COVID-19 in Nederland en Noordrijn-Westfalen. Daarbij is aandacht voor hoe deze verschillen al dan niet samenhangen met de verschillende beleidsmaatregelen. Ook de vraag of de virusverspreiding in het grensgebied anders is dan de verspreiding binnen Nederland hebben wij, euPrevent, GGD Zuid Limburg, Gesundheitsamt Düren en de Universiteit Maastricht onderzocht.

Binnen dit onderzoek hebben er vele gesprekken plaatsgevonden met experts uit Nederland, NRW en België waarvoor wij hen zeer erkentelijk zijn. Zonder deze experts is het moeilijk om in een gegeven situatie, waarin data in de drie landen op verschillende manieren verzameld wordt, een goed en gedegen antwoord te kunnen geven op de vragen gesteld door de opdrachtgevers.

Daarnaast hebben we gebruik kunnen maken van bestaande databases om voor de Nederlandse, Belgische en Duitse regio's inzichtelijk te maken hoeveel testen er zijn afgenomen, hoeveel besmettingen zijn vastgesteld en ook hoeveel ziekenhuisopnames en overledenen. Deze data zijn ook beschikbaar in een dashboard, dat via de al langer bestaande website www.euregionalhealthatlas.eu is in te zien. Deze atlas is op basis van deze gegevens samengesteld. De atlas presenteert de data geografisch vanaf de eerste weken van de COVID-19 pandemie tot 1 mei 2021.

Ik dank eerdergenoemde partners hartelijk voor de samenwerking, omdat dit de basis vormt om inzicht te verkrijgen en duiding te geven van het verloop en de overdracht van COVID-19. Op deze manier zijn we voorbereid op de toekomst en kunnen we samenwerken aan de verdere uitbanning van COVID-19.

Brigitte van der Zanden
Directeur euPrevent

Inhoud

Voorwoord	1
Inhoud	2
Samenvatting	3
1. Inleiding	6
1.1 Onderzoeksvragen	6
1.2 Onderzoeksmethodiek	7
1.3 Leeswijzer	8
2. Resultaten	9
2.1 Verspreiding van COVID-19	9
2.2 Grensgebied versus binnenland	15
2.3 Grensoverschrijdende dimensie	16
2.4 COVID-19 en landelijke maatregelen	19
2.5 Sluiten grenzen	22
2.6 Van elkaar leren	25
3. Aanbevelingen	29
Bijlage 1 – Kwalitatieve studie	31
Bijlage 2 – The Euregional COVID-19 Atlas	67

Samenvatting

Op verzoek van de provincie Limburg (mede namens Gelderland en Overijssel), de Staatskanzlei van het Land Noordrijn-Westfalen (NRW) en het Nederlandse ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, hebben wij in opdracht van de Provincie Limburg zowel een kwalitatief als een kwantitatief onderzoek uitgevoerd om inzichtelijk te maken of er significante verschillen zijn in de verspreiding van COVID-19 in Nederland, Noordrijn-Westfalen en België. Daarbij is aandacht voor hoe deze verschillen al dan niet samenhangen met de verschillende beleidsmaatregelen. Ook de vraag of de virusverspreiding in het grensgebied anders is dan de verspreiding binnen deze drie landen hebben wij, euPrevent, GGD Zuid Limburg, Gesundheitsamt Düren en de Universiteit Maastricht onderzocht.

Er werden zes onderzoeksvragen aan ons voorgelegd, die de basis waren voor ons rapport en waaraan wij in het rapport dan ook uitgebreid aandacht besteden. Hieronder hebben wij voor u kort de conclusies per onderzoeksvraag samengevat:

1. *Zijn er significante verschillen in de verspreiding van COVID-19 in Nederland, in Noordrijn-Westfalen en in België?*
 Het algemene beeld is dat verschillen tussen de landen vooral komen door de verschillen in nationale maatregelen en de mate waarin deze binnen de landen zijn opgevolgd.
2. *Hoe heeft het virus zich in de grensregio verspreid en wijkt dit af van het binnenlandse verspreidingspatroon?*
 In de verschillende landen werd de dynamiek van COVID-19 vooral bepaald door het maatregelenniveau dat binnen een land actief was en de variant van virus dat op dat moment dominant was. Er lijkt geen verschil te zijn tussen het grensgebied en de rest van het land.
3. *Is er in de grensregio een significante grensoverschrijdende dimensie waarneembaar in de verspreiding van het virus?*
 Op basis van expertoordelen lijkt een relevante grensoverschrijdende dimensie beperkt ten aanzien van het verspreiden van COVID-19. Ook op basis van de kaarten (terug te vinden in het rapport) blijken er weinig tot geen aanwijzingen te zijn voor impact voor grensoverschrijdende verspreiding van COVID-19.
4. *Zijn er tussen Nederland, Noordrijn-Westfalen en België verschillen in maatregelen die tot significante verschillen in de verspreiding van het virus hebben geleid? Maak hierbij onderscheid tussen enerzijds gedragsmaatregelen voor inwoners en anderzijds acties vanuit de publieke gezondheidszorg (met name het testen en bron- en contactonderzoek aan weerszijden van de grens).*
 Het is niet mogelijk om onderscheid te maken tussen gedragsmaatregelen enerzijds en publieke maatregelen anderzijds en dan te bepalen welke maatregelen tot een significant verschil hebben geleid in de drie landen. Wel kan vastgesteld worden dat

in grote lijnen de maatregelen die de landen genomen hebben in enige mate effectief waren.

5. *Is het sluiten van de grens een effectieve maatregel om verspreiding van COVID-19 in de grensregio te beperken (effectieve maatregel infectieziektebestrijding)? Welke andere onbedoelde gezondheid gerelateerde effecten kan grenssluiting met zich meebrengen?*

Uit de kaarten blijkt dat er hele tijden zijn geweest waarin de grenzen open waren, maar er toch een duidelijk verschil is tussen de landen. Het sluiten van de grenzen lijkt niet of nauwelijks effect te hebben op de verspreiding van het COVID-19-virus. Dit blijkt ook uit onderzoek onder 10.001 Limburgers. Mensen die vaker hun familie, vrienden of kennissen bezochten in Duitsland of België bleken minder antistoffen tegen COVID-19 te hebben dan diegenen die hen niet bezochten, maar wel hadden kunnen bezoeken. Dit resultaat suggereert ook dat de rol van grensverkeer bij de verspreiding beperkt is.

6. *Wat zouden de landen van elkaar kunnen leren? Zijn er mogelijkheden om tot een effectievere bestrijding van het virus in de grensregio te komen?*

Er is genoeg interesse in grensoverschrijdende samenwerking, maar er zijn op dit moment nog te veel obstakels om dit structureel te kunnen inbedden. Structuren als euPrevent en EMRIC laten zien dat er zeker mogelijkheden zijn, maar dat alles nu nog wel staat of valt met veelal persoonlijk commitment en projectfinanciering.

Wij hebben vervolgens aan de hand van deze studie een zevental aanbevelingen op een rij gezet die in het rapport worden toegelicht.

1. Het sluiten van de grens lijkt geen effectieve maatregel te zijn om verspreiding van COVID-19 in het grensgebied te beperken. Het lijkt veel zinvoller om maatregelen beter af te stemmen op regio's ongeacht een grens.
2. Voor een effectievere pandemiebestrijding in het grensgebied is het belangrijk dat Nederland, NRW en België structurele samenwerkingsvormen ontwikkelen.
3. Voor het goed managen en monitoren van een pandemie in een grensgebied zou het gewenst zijn dat wet- en regelgeving dat mogelijk maakt.
4. Het lijkt erop dat het reizen van burgers naar buitenlandse bestemmingen verder dan de aangrenzende regio's een grotere impact heeft op de verspreiding en introductie van COVID-19 dan het grensverkeer. Het is eerder aan te raden hier nadrukkelijker naar te kijken. Niet alleen als land alleen maar ook op EU-niveau.
5. Er is tot op heden weinig onderzoek beschikbaar naar de effecten van de afzonderlijke maatregelen en de effecten van de maatregelen op het verloop van een pandemie. Aanvullende studies, waarbij de focus zou moeten liggen op vergelijkbare data en vergelijkbare maatregelen, lijken wenselijk.

6. Het is sterk aan te bevelen om tussen de landen dan wel op EU-niveau te pleiten voor een aantal vergelijkbare indicatoren, met zoveel mogelijk dezelfde methodieken.
7. Het zou wenselijk zijn wanneer er in het landelijke beleid meer aandacht kan komen voor het bijzondere karakter van grensgebieden, zodat professionele regionale samenwerking over de grens ook vanuit de landelijke beleidscentra wordt gefaciliteerd.

1. Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de opdracht beschreven inclusief de vraagstellingen, de onderzoeksmethodiek en de leeswijzer.

1.1 Onderzoeksvragen

Op verzoek van de provincie Limburg (mede namens Gelderland en Overijssel), de Staatskanzlei van het Land Noordrijn-Westfalen (NRW) en het Nederlandse ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, is in opdracht van de Provincie Limburg een studie gedaan naar de vraag of er significante verschillen zijn in de verspreiding van COVID-19 in Nederland en Noordrijn-Westfalen. Daarbij is aandacht voor hoe deze verschillen al dan niet samenhangen met de verschillende beleidsmaatregelen. Hierbij werd opgemerkt dat het ook wenselijk was om daar waar mogelijk het Belgische grensgebied, grenzend aan de hierboven genoemde provincies en NRW te betrekken bij het beschrijven van de resultaten.

Concreet zijn ons de volgende zes onderzoeksvragen voorgelegd:

1. Zijn er significante verschillen in de verspreiding van COVID-19¹ in Nederland en in Noordrijn-Westfalen?
2. Hoe heeft het virus zich in de grensregio verspreid en wijkt dit af van het binnenlandse verspreidingspatroon?
3. Is er in de grensregio een significante grensoverschrijdende dimensie waarneembaar in de verspreiding van het virus?
4. Zijn er tussen Noordrijn-Westfalen en Nederland verschillen in maatregelen die tot significante verschillen in de verspreiding van het virus hebben geleid? Maak hierbij onderscheid tussen enerzijds gedragsmaatregelen voor inwoners en anderzijds acties vanuit de publieke gezondheidszorg (met name het testen en bron- en contactonderzoek aan weerszijden van de grens).
5. Is het sluiten van de grens een effectieve maatregel om verspreiding van COVID-19 in de grensregio te beperken (effectieve maatregel infectieziektebestrijding)? Welke andere onbedoelde gezondheid gerelateerde effecten kan grenssluiting met zich meebrengen?
6. Wat zouden de landen van elkaar kunnen leren? Zijn er mogelijkheden om tot een effectievere bestrijding van het virus in de grensregio te komen?

In hoofdstuk 2 zal op al deze vragen inhoudelijk worden ingegaan. In de volgende paragraaf staat de onderzoeksmethodiek van de studie beschreven.

¹ Formeel is de aanduiding van het coronavirus SARS-CoV-2 en voor de ziekte door het coronavirus COVID-19. Voor de leesbaarheid in dit rapport is er echter gekozen om alleen gebruik te maken van de aanduiding COVID-19.

1.2 Onderzoeksmethodiek

Om de vraag te beantwoorden in hoeverre grensverkeer en beperkingen van grensverkeer een rol speelden bij de verspreiding van COVID-19, ligt het voor de hand om te kijken wat epidemiologische gegevens van de drie verschillende landen daarover kunnen zeggen. Op basis van informatie die in de drie landen systematisch wordt verzameld, maken epidemiologen die bij dit onderzoek betrokken zijn, overzichtskaarten van aantallen infecties² en andere parameters (zoals het aantal geregistreerde overlijdens, het aantal ziekenhuisopnames en het percentage infecties) voor de grensregio (zie bijlage 2 The 'Euregional COVID-19 Atlas' en digitaal COVID-19 dashboard). Deze kaarten zijn geografische visualisaties van data. De interpretatie van deze kaarten is echter lastig omdat er tussen de landen verschillen zijn in vergelijkbaarheid (definities, testbeleid, resolutie en meetperiode), infrastructuur en maatregelen. De data die het best te vergelijken is, zijn de gegevens over aantallen infecties en daarom zullen die vanuit kwantitatief perspectief betrokken worden bij de beantwoording van de vragen. In bijlage 2 'The Euregional COVID-19 Atlas' worden de data gepresenteerd. En er zal nader worden ingegaan op hoe de data te interpreteren is en wat de mogelijkheden en beperkingen daarvan zijn.

Gezien het feit dat epidemiologisch-statistische gegevens een te beperkte basis zijn om de onderzoeksvragen te beantwoorden, is er ook een kwalitatief onderzoek gedaan. Een kwalitatief onderzoek betekent dat er experts geïnterviewd zijn die in de praktijk of op beleidsniveau betrokken zijn bij de bestrijding van COVID-19 in de vier Euregio's (de Euregio Maas-Rijn, de Euregio Rijn-Maas-Noord, de Euregio Rijn-Waal en de Euregio Enschede-Münster). Er is voor deze strategie gekozen omdat ervan kan worden uitgegaan dat deze experts een goed beeld hebben van de ontwikkeling van de COVID-19-pandemie in het grensgebied. Daarnaast hebben zij ook een goed beeld van specifiek de ontwikkeling van de COVID-19-pandemie in relatie tot het grensverkeer, of de regulering van grensverkeer impact heeft op de ontwikkeling van de pandemie en op mogelijke neveneffecten. In totaal zijn er 27 externe experts betrokken bij het kwalitatieve onderzoekdeel: 10 uit Nederland, 11 uit NRW en 6 uit België (zie tabel voor het overzicht in bijlage 1). De verdeling tussen mannen en vrouwen was vrijwel gelijk: 13 vrouwen en 14 mannen. Veel experts hebben een functie bij een regionale publieke gezondheidszorgorganisatie; in Nederland de GGD en in NRW het Gesundheitsamt. Anderen waren werkzaam in de huisartsenzorg, in de ouderenzorg, in de sociaal maatschappelijk zorg die betrokken was bij contactopsporing en in de veiligheidszorg. De meeste experts hebben seniorposities.

² In de literatuur, de politiek, de media, de volksmond enz. worden verschillende termen gebruikt voor iemand die positief getest is op COVID-19. In dit rapport wordt de term 'aantal infecties' gebruikt. Hiermee wordt in dit rapport altijd het aantal COVID-19-infecties bedoeld. Andere beschrijvingen voor de term 'aantal infecties' zijn: aantal (bevestigde) cases, aantal positief getesten, aantal besmettingen, aantal meldingen, aantal gevallen, aantal zieken, aantal ziektemeldingen of incidentie.

Bijlage 1 geeft meer achtergrondinformatie over het kwalitatieve deel van deze studie, geeft inzicht in het concept 'grens' en presenteert meningen van experts.

1.3 Leeswijzer

In de volgende hoofdstukken wordt de analyse gepresenteerd. Er wordt in hoofdstuk twee ingegaan op de afzonderlijke vragen. Er zijn 6 paragrafen in hoofdstuk twee. In elke paragraaf wordt een onderzoeksvraag beantwoord. Hoofdstuk 3 zal expliciet ingaan op de aanbevelingen die er vanuit medisch-epidemiologisch oogpunt kunnen worden gedaan naar aanleiding van de resultaten gepresenteerd in hoofdstuk twee. Er worden geen economische dan wel politieke aanbevelingen gedaan. Alle aanbevelingen zijn afgestemd met experts.

De bijlagen in dit rapport maken integraal onderdeel uit van het voorliggende rapport.

In bijlage 1 wordt het hele kwalitatieve deel van de studie beschreven. Inclusief uitspraken van experts en het kader waar rekening mee moet worden gehouden als er gesproken wordt over een grens en grensoverschrijdende samenwerking.

Bijlage 2 laat al het kaartmateriaal zien. Het betreft de Euregionale COVID-atlas op papier. Deze gegevens zijn ook online beschikbaar via de website www.euregionalhealthatlas.eu. Dit deel kan ook als een afzonderlijk rapport gebruikt worden en is derhalve ook als zodanig opgesteld.

2. Resultaten

De vragen zoals deze door de opdrachtgevers zijn opgesteld, worden in dit hoofdstuk beantwoord. Het gaat om de volgende vragen:

1. Zijn er significante verschillen in de verspreiding³ van COVID-19 in Nederland en in Noordrijn-Westfalen?
2. Hoe heeft het virus zich in de grensregio verspreid en wijkt dit af van het binnenlandse verspreidingspatroon?
3. Is er in de grensregio een significante grensoverschrijdende dimensie waarneembaar in de verspreiding van het virus?
4. Zijn er tussen Noordrijn-Westfalen en Nederland verschillen in maatregelen die tot significante verschillen in de verspreiding van het virus hebben geleid? Maak hierbij onderscheid tussen enerzijds gedragsmaatregelen voor inwoners en anderzijds acties vanuit de publieke gezondheidzorg (met name het testen en bron- en contactonderzoek aan weerszijden van de grens).
5. Is het sluiten van de grens een effectieve maatregel om verspreiding van COVID-19 in de grensregio te beperken (effectieve maatregel infectieziektebestrijding)? Welke andere onbedoelde gezondheid gerelateerde effecten kan grenssluiting met zich meebrengen?
6. Wat zouden de landen van elkaar kunnen leren? Zijn er mogelijkheden om tot een effectievere bestrijding van het virus in de grensregio te komen?

Zoals reeds in de inleiding werd aangegeven zal bij de beantwoording van deze vragen ook het Belgische perspectief worden meegenomen. Elke van de volgende zes paragrafen zal steeds één van deze vragen beantwoorden.

2.1 Verspreiding van COVID-19

'Zijn er significante verschillen in de verspreiding van COVID-19 in Nederland en in Noordrijn-Westfalen?'

Veel landen in Europa namen in grote lijnen dezelfde soort maatregelen om de pandemie te beteugelen. Zowel Nederland, Duitsland als België ontwikkelden beleid rondom afstand bewaren, handen wassen en mondkapjes dragen, en introduceerden regels rondom quarantaine, testen, avondklokken en lockdowns. In de drie landen zagen we echter ook dat details, timing en concrete uitvoering van deze maatregelen verschilden. Terwijl Duitsland en België snel overgingen tot de verplichting om mondkapjes te dragen in de openbare ruimte, werd dat in Nederland lang gezien als weinig effectief, waardoor mondkapjes daar dus later werden geïntroduceerd. In Nederland hadden veel maatregelen lange tijd een meer vrijwillig karakter,

³ 'verspreiding' wordt ook wel 'transmissie' genoemd.

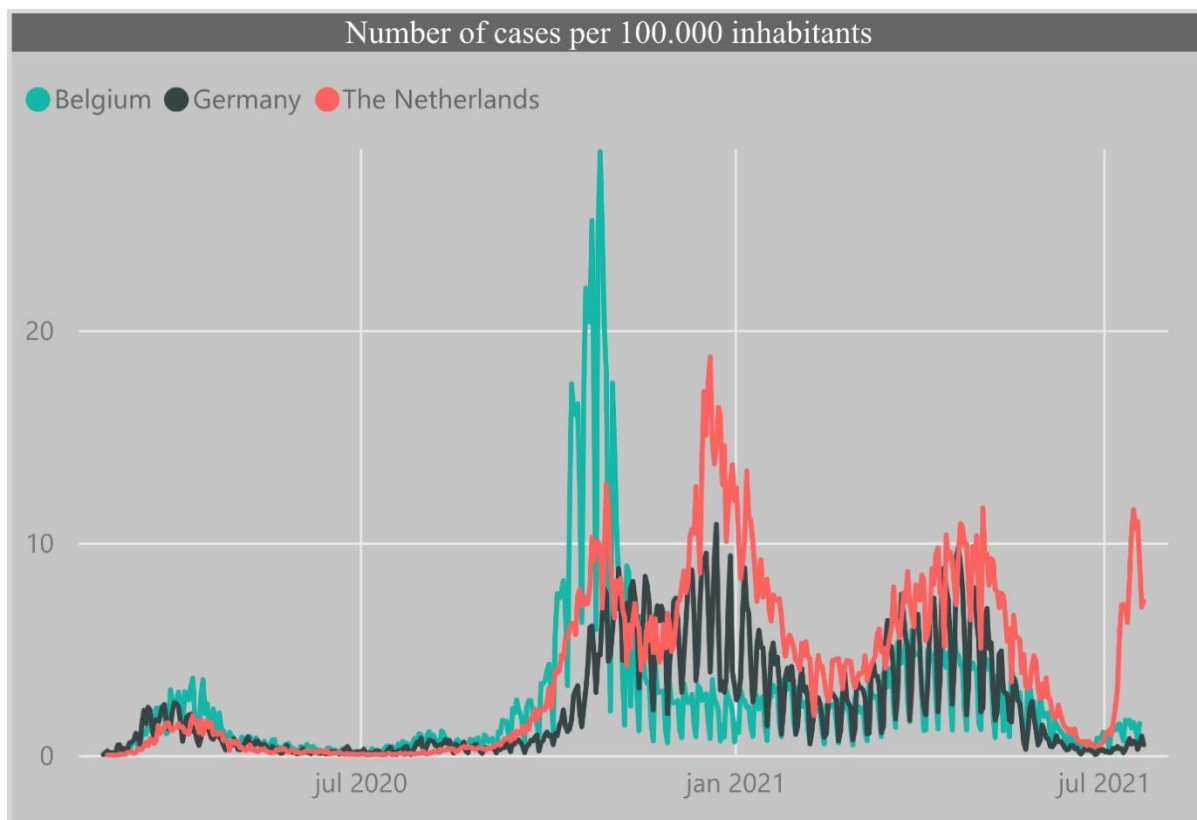
terwijl in Duitsland en België adviezen eerder een verplichtend karakter kregen. De quarantaineregels verschilden nogal: het ene land vroeg om tien dagen quarantaine na een positieve test, het andere adviseerde veertien of zeven dagen. Terwijl Nederland de lockdown invoerde voor sportaccommodaties en musea, konden burgers in België musea blijven bezoeken en blijven zwemmen. Ook het beleid rond scholen verschilde nogal. Voor het dagelijks leven in het grensgebied was dit woud van verschillende regels behoorlijk ingewikkeld, te meer daar de regels ook steeds veranderden.

In veel interviews werd gereflecteerd op de verschillende nationale maatregelen. Het is duidelijk dat, in deze context, de wettelijke verankering van regels per land nogal verschilt. In Nederland gold bijvoorbeeld het advies dat mensen met klachten thuis moesten blijven tot er een negatieve testuitslag was, maar het is aan mensen zelf hoe ze dit advies interpreteren en toepassen. In Duitsland wordt quarantaine gezien als een ernstige inbreuk op de persoonlijke levenssfeer: quarantaine na besmetting is daar een wettelijke verplichting en geen advies, maar deze kan ook pas van kracht worden als er bewijs is van besmetting in de vorm van een deugdelijke testuitslag.

Hoewel de verschillende aanpakken van COVID-19 tussen Nederland, NRW en België vanuit een helikopterperspectief gerelativeerd kunnen worden, leverden de verschillende nationale maatregelen veel praktische problemen op in het grensgebied, bijvoorbeeld voor grensoverschrijdend woon-werkverkeer en schoolverkeer.

In het grensgebied waar mensen gewend waren om grenzeloos te wonen, te werken, te studeren, te zorgen etc., hadden mensen niet te maken met één 'woud van nationale regels' maar met 'drie wouden van verschillende nationale regels'. Soms spoorden die regels enigszins met elkaar, soms minder. Dat laat onverlet dat deze verschillen, die een uitdrukking zijn van verschillende centrale, nationale beleidsmaatregelen in de drie landen, in een grensgebied voor aanzienlijke complicaties in het dagelijks leven zorgen. De pandemie werd als een nationaal probleem gedefinieerd en er was een nationale bestrijdingsstrategie. De assumptie daarbij was dat het land een geheel was en er was geen aandacht voor het bijzondere karakter van een grensgebied noch voor de negatieve effecten van de COVID-19-maatregelen voor het grensgebied. Waar het grensgebied van Nederland, NRW en België zich decennialang als te midden van Europa kon situeren, werd ze door deze pandemie plotseling weer een 'periferie' en object van centraal, nationaal beleid terwijl de burens in veel opzichten dichterbij waren dan het centrum.

In het grensgebied van Nederland, België en Duitsland verliep de COVID-19-pandemie zelf, net als in de betrokken landen zelf, in golven (zie figuur). Hoewel het golfpatroon opvallende overeenkomsten in de tijd vertoont, zijn er minstens even opvallende verschillen in de grootte van de 'golfpieken', dat wil zeggen de aantallen infecties, per land per dag.



Figuur 1 Dagelijkse cijfers van infecties per 100.000 bewoners

In de figuur betreft het de dagelijkse cijfers (in tegenstelling tot veel plaatjes die een week-periode of 2-weken-periode aanhouden) op basis van positieve testuitslagen. Het gaat hier dan om het aantal infecties zoals deze door de verschillende test-instanties zijn doorgegeven aan de door de overheid aangewezen instanties in Nederland, NRW en België. In de figuur is duidelijk te zien dat veelal rondom het weekend het aantal infecties lager lijkt te liggen dan doordeweeks. Dit heeft er mee te maken dat in het weekend veelal minder getest wordt op COVID-19. Met als gevolg dat de figuur een zeer sterke op en neergaande lijn laat zien. Ook moet opgemerkt worden dat het hierbij gaat om cijfers van daadwerkelijk uitgevoerde positieve testen. Het geeft dus altijd een onderschatting weer van het werkelijke aantal infecties omdat burgers zelf besloten om zich wel of niet te laten testen. Met name in de eerste golf waren de testfaciliteiten beperkt en is deze onderschatting nog groter.

In bijlage 2 'The Euregional COVID-19 Atlas' wordt verder uiteengezet hoe de cijfers te interpreteren zijn.

Eerste golf (februari 2020-juni 2020)

Eind februari 2020 werden in het Duitse grensgebied de eerste meldingen van infecties gedaan, met enige dagen vertraging gevolgd door meldingen aan de Nederlandse en Belgische kant. Wat volgde, staat te boek als de 'eerste golf'. Deze golf duurde tot juni 2020. Op de tijds-as van besmettingen heeft de eerste golf in het grensgebied de vorm van een parabool. Het ging in alle betrokken gebieden gepaard met aanzienlijk lagere aantallen infecties dan de latere golven en kende – ondanks hogere aantallen infecties in het Belgische gebied – op het eerste gezicht geen duidelijke uitschieters. Hierop valt aan te merken dat er gedurende de eerste golf in alle drie de landen relatief weinig werd getest op COVID-19. In Nederland was landelijke schaarste aan testcapaciteit debet aan een restrictief testbeleid. In deze vroege fase kwamen hierdoor alleen verdachte (dat wil zeggen symptomatische) personen die een link met een positief geteste patiënt hadden, in een nauw omschreven hoog-risicogebied waren verbleven en/of ernstig ziek waren voor een test in aanmerking. Hoewel we geen exacte getallen hebben van de eerste maanden van de pandemie qua aantal testen lijkt het aantal testen, gerekend op de bevolking in zowel Nederland als Duitsland, waar eveneens strikte criteria voor het testen werden gehanteerd, lager dan in België. In hoeverre de verschillen in het landelijk testbeleid een vertekening met zich meebrengen voor de aantallen infecties in het grensgebied is onbekend. In alle landen is het aantal infecties afhankelijk van het aantal testen dat vervolgens weer afhankelijk is van het aanbod aan testen, de indicatie van de testen (bijv. alleen testen bij (ernstige) klachten) en de bereidheid van burgers om zich bij klachten wel of niet te willen laten testen. Wel is aannemelijk dat er in de eerste golf vanwege de beperkingen in het testbeleid in alle drie de landen sprake was een zeer forse onderschatting van de daadwerkelijke aantallen infecties in het grensgebied. Landelijk ging de eerste golf in België en in mindere mate ook in Nederland, maar niet in Duitsland, gepaard met oversterfte: hoewel verschillen in meetmethode een rol gespeeld kunnen hebben. Naast demografische kenmerken kunnen hierbij verschillen in de stapsgewijs ingevoerde indammingsmaatregelen, de ziekenhuiscapaciteit (verpleeg- en IC-bedden), gebruik en beschikbaarheid van beschermende materialen, de gemiddelde gezondheidstoestand van de algehele bevolking alsmede gedragsfactoren (naleving van de maatregelen) een rol hebben gespeeld. Bepalend voor het korte beloop en de vroege indamming van deze eerste golf waren de strenge lockdowns (contact- en mobiliteitsbeperkingen) die in alle drie de landen medio maart van kracht werden en in aard en omvang van de maatregelen weinig verschilden. Tot de heropleving van de aantallen infecties met het inzetten van de tweede golf bleven de aantallen nieuwe infecties in de 'intergolfperiode' van eind juni tot eind augustus 2020 in het grensgebied in alle drie de landen op een laag niveau, ondanks de uitbreidende testcapaciteit en toegenomen aantallen testen in deze fase. Testen hebben als doel zicht te houden op het virus en zijn de indicatie voor het starten van bron- en contactonderzoek dat bij optimale benutting de verspreiding van het virus zo'n 10% kan indammen. Door het bron- en contactonderzoek worden besmette mensen snel afgezonderd, en mogelijk besmette mensen

ook waardoor ze niet meer deelnemen aan de verspreiding en besmettingsketens worden onderbroken.

Tweede golf (september 2020-februari 2021)

Na een lichte toename van het aantal infecties medio augustus, zette rond de maandwisseling van augustus naar september 2020 voor alle drie de landen in het grensgebied de veel zwaardere 'tweede golf' in. Het reisgedrag van vakantiegangers in de zomer 2020 heeft hierin vermoedelijk een belangrijke rol gespeeld omdat hierbij een deel van de reizigers het virus mee terugnam naar het eigen land. Het gaat hierbij niet om reisgedrag in het eigen land of het dagelijkse reisgedrag in het grensgebied, maar veelal vakantie-reizen naar verdere oorden. De tweede golf kende niet alleen een aanzienlijk grilliger beloop dan de eerste golf, maar was ook gekenmerkt door zeer duidelijke verschillen tussen de afzonderlijke landen. Meest opvallend is de forse piek in het Belgische grensgebied waar het aantal gemelde nieuwe infecties aanvankelijk zeer stijl opliep (exponentiële toename), reeds eind oktober de piek bereikte en vervolgens weer daalde totdat begin december 2020 een laag plateau van nieuwe besmettingen werd bereikt (dat echter hoger was dan tijdens de intergolfperiode). De piek van de dagelijks gemelde nieuwe ziektegevallen was in het Belgische grensgebied met bijna 30 meldingen per 100.000 inwoners op 27 oktober ruim 50% hoger dan in het Nederlandse grensgebied, waar op 20 december een piek van 19 besmettingen per 100.000 werd bereikt, en bijna drie keer zo hoog als in het Duitse gedeelte waar de piek op 23 december werd gehaald met 11 per 100.000 besmettingen. Gezien de exponentiële stijging en de toenemende druk op de zorg scherpte België al eerder genomen maatregelen op 30 oktober 2020 verder aan, met onder andere sluiting van niet-essentiële winkels (naast de reeds eerder gesloten horeca), afstandsonderwijs in het hoger onderwijs, 50% contactonderwijs in het voortgezet onderwijs en een contactbeperking met maximaal één knuffelcontact per huishouden. De maatregelen bleken effectief en leidden tot een snelle daling van de aantallen nieuwe besmettingen. Desondanks hield België ook na de uitvlakking maandenlang vast aan de maatregelen en voorkwam daarmee, anders dan het Nederlandse en Duitse grensgebied, een nieuwe opleving van het aantal besmettingen. In het Nederlandse en Duitse grensgebied vertoonde de tweede golf – met een dubbele piek in oktober en december – grote overeenkomsten, hoewel de dagelijks gemelde aantallen nieuwe infecties in het Nederlandse gedeelte doorgaans hoger uitvielen dan in het Duitse grensgebied. Nederland nam op 29 september maatregelen die betrekking hadden op samenkomsten, gezelschappen, sport, eet- en drinkgelegenheden en contactberoepen. De daarop inzettende daling van de infecties in het Nederlandse grensgebied werd snel gevolgd door een nieuwe toename met een tweede (hogere) piek. Deze noopte, vanwege de hoge druk op de zorg, uiteindelijk tot een gedeeltelijke lockdown op 13 oktober, met onder andere een advies om thuis te werken, sluiting van de horeca, en een verbod op evenementen. Medio december werd in Nederland ook het basisonderwijs gesloten. In Duitsland werd op 2 november een gedeeltelijke lockdown ingesteld (met sluiting van de horeca, maar openblijven van winkels,

scholen en kinderdagverblijven). De daling als gevolg van deze lockdown was niet overtuigend en werd snel gevolgd door een tweede piek. De aangescherpte lockdown van 16 december (met onder andere sluiting van alle scholen) zorgde in het Duitse grensgebied wel voor de gewenste daling. Versoepelingen rond de kerst leidden in het Nederlandse grensgebied begin januari tot een piekje in de dalende lijn van infecties. Vanwege de blijvend hoge belasting van de zorg kondigde het Nederlandse kabinet in januari een verlenging van de lockdown aan tot begin februari en werd eind januari in Nederland de avondklok ingevoerd. Rond de jaarwisseling werden in het grensgebied in alle landen de eerste vaccinaties tegen COVID-19 gezet. Eind februari werd in het grensgebied in alle betrokken landen het einde van de tweede golf bereikt, met het laagste aantal nieuwe dagelijkse besmettingen (ca. 2 per 100.000) sinds begin oktober 2020. Vanaf december en januari waren de eerste vaccins internationaal beschikbaar en afhankelijk van beschikbaar per land is daar een startcampagne mee gemaakt. De daadwerkelijke start verschilde per land en per doelgroep.

Derde golf (maart 2021-juli 2021)

Het dal aan het einde van de tweede golf was van zeer korte duur. In alle drie de landen in het grensgebied liepen de besmettingen vanaf begin maart 2021 weer in een snel tempo op met aantallen die in het Nederlandse gedeelte hoger waren dan in België en in Duitsland. Belangrijke aandrijver van deze derde golf was de opkomst van de besmettelijkere alfa-variant van COVID-19 (voorheen 'Britse variant'), die voor het eerst in het Verenigd Koninkrijk werd gesignaleerd en sinds januari in een rap tempo in het grensgebied en elders in Nederland, België en Duitsland alle overige varianten verdrong. Al in maart waren vrijwel alle besmettingen in het grensgebied te wijten aan deze nieuwe variant. Ook versoepelingen van de maatregelen droegen bij aan de nieuwe opleving van het aantal nieuwe besmettingen. Zo gingen in Nederland vanaf 8 februari de basisscholen en de kinderopvang weer volledig open, gevolgd door een gedeeltelijke opening van het middelbare onderwijs op 1 maart. Van verdere versoepelingen werd echter afgezien, en de aanhoudende maatregelen, gesteund door een oplopende vaccinatiegraad, zorgden in alle drie de landen van het grensgebied na het bereiken van de piek begin mei 2021 voor een geleidelijke daling van de nieuwe besmettingen. Eind juni zorgt het grotendeels loslaten van alle maatregelen voor een forse opleving van het aantal gemelde besmettingen in de eerste dagen van juli in het Nederlandse grensgebied, aangedreven door clusters en super-spreading-events in de horeca en de zich sterk uitbreidende en zeer besmettelijke delta-variant van COVID-19. De infecties als maat worden echter steeds minder goed vergelijkbaar omdat het testbeleid sterk verschilt door verschillen in combinaties van teststraten, sneltesten, commerciële teststraten en zelftesten. Zo werden bijvoorbeeld in Nederland in de periode van het Europees voetbal ook de – veelal negatieve - testen meegeteld van mensen die daarmee toegang wilden hebben tot het stadion ('testen voor toegang'). Gevolg daarvan is dat het aantal infecties per 100.000 inwoners daalde. Dit omdat er veel mensen bij zaten die zich onder normale omstandigheden niet zouden hebben laten testen omdat ze geen symptomen hadden. Het aantal ziekenhuisopnames

bijvoorbeeld is door COVID-19 bij de grote opleving in Nederland toch maar de helft van het aantal in België, terwijl België veel minder infecties registreert.

Kijk je bijvoorbeeld naar de 10-jaars cohorten⁴ dan kan daarbij opgemerkt worden dat het aantal infecties bij jongeren en jongvolwassen structureel iets hoger ligt ten opzichte van ouderen. Dit komt voornamelijk vanwege het feit dat deze jongeren vaak de meeste contacten hebben. Maar in vergelijking tussen de leeftijdscohorten is er procentueel maar een klein verschil. Het is niet zo dat de jongeren bijvoorbeeld de helft van het aantal infecties veroorzaakt. Dit beeld is in Nederland, NRW en België gelijk.

Geconcludeerd kan worden dat het algemene beeld is dat verschillen tussen de landen vooral komen door de verschillen in nationale maatregelen en de mate waarin deze binnen de landen zijn opgevolgd.

2.2 Grensgebied versus binnenland

'Hoe heeft COVID-19 zich in het grensgebied verspreid en wijkt dit af van het binnenlandse verspreidingspatroon?'

In de verschillende landen werd de dynamiek van COVID-19 vooral bepaald door het maatregelenniveau dat binnen een land actief was en de variant van virus dat op dat moment dominant was (originele stam was veel minder besmettelijk en ziekmakend dan de latere alfa- en delta-varianten waardoor maatregelen een ander effect hadden op verspreiding). Ondanks de grote rol voor het nationale beleid werden wel verschillen gezien binnen de verschillende landen op basis van lokale context (binnenlands patroon). Zo werd in Nederland het rurale Noorden het meest ontzien in de COVID-19-dynamiek terwijl vanaf het begin van de pandemie het zuiden met Brabant en Limburg vaak bovenaan stond in de infectieaantallen. Ook zijn er momenten geweest waarin de grote steden bovenaan kwamen te staan. Deze interne dynamiek is aanwezig in alle drie de landen en van veel verschillende zaken afhankelijk. Hoewel er sommige suggesties zijn te maken over de aspecten die een rol hebben gespeeld (bijv. carnaval, gebruik van nachthoreca, evenementen) zijn deze verschillen niet volledig te duiden. Daarom zullen we bij vraag 3 vooral ingaan op datgene dat qua verspreidingspatroon in de Euregio is gezien.

Uit de gesprekken onder experts komt bovenstaande ook naar voren. Zij geven aan dat de verspreiding van COVID-19 in het grensgebied de landelijke trends volgt en dat er weinig indicaties zijn dat de trends in het grensgebied sterk afwijken van het binnenlandse patroon. Er zijn zeker regio's in het grensgebied waar meer infecties waren dan in andere delen van het land zelf, maar dat beeld is omgekeerd ook zichtbaar geweest: dus binnenlandse regio's die er slechter voor stonden dan regio's in het grensgebied van de drie landen. De hoogte van de

⁴ Met een cohort wordt een leeftijdsgroep bedoeld: 20-30 jaar of 40-50 jaar enz.

infecties hangt van zeer veel factoren af waardoor vergelijking in een land al moeilijk is, laat staan tussen grensregio's.

Wat het ook bemoeilijkt is dat het nooit met zekerheid te zeggen is waar iemand de infectie heeft opgelopen. Er wordt namelijk geregistreerd naar woonplaats en niet naar besmettingsplek. Het kan dus zijn dat iemand de besmetting heeft opgelopen in Amsterdam, Brussel of Berlijn, maar omdat deze persoon in het grensgebied woont, wordt deze aan dat gebied toegekend.

'Mobiliteit (in de context van contacten met mensen) is het grote probleem (om besmet te raken). In Duitsland, in Nederland, overal. Mensen zouden thuis moeten blijven. ... Mobiliteit is altijd een bron van infecties.'

Geconcludeerd kan worden dat er geen verschil lijkt te zijn tussen het grensgebied en de rest van het land.

2.3 Grensoverschrijdende dimensie

'Is er in het grensgebied een significante grensoverschrijdende dimensie waarneembaar in de verspreiding van COVID-19?'

Op basis van deze studie lijkt een relevante grensoverschrijdende dimensie beperkt ten aanzien van het verspreiden van COVID-19; in ieder geval een grensoverschrijdende dimensie welke terug te voeren is op het directe grensgebied tussen Nederland, NRW en België en de dagdagelijkse mobiliteit die over de grens plaatsvindt. Dit wordt ook bevestigd door bijna alle experts met wie gesproken is.

Er is ook naar gekeken of deze mening van de experts overeenkomt met wat terug te vinden is in de data. Er is gekeken of er binnen de kaarten van de atlas aanwijzingen te vinden zijn voor verspreiding van COVID-19 over de grens. Daarbij zijn de kaarten per periode geanalyseerd. Hieruit is te concluderen dat er geen aanwijzingen zijn dat grensverkeer een belangrijke rol heeft gespeeld bij de verspreiding.

Periode maart/april 2020

Bij de start van de pandemie kan het beeld passen bij enig grensoverschrijdend effect uitgaande vanuit de epidemie in Heinsberg, Duitsland. Het gaat dan mogelijk om een carnavalsbijeenkomst in Gangelt als super-spreading event met verspreiding naar de aangrenzende regio in Nederland. Hierbij is het waarschijnlijk dat de carnavalsactiviteiten in de hele regio, alsmede de in toenemende aantallen vanuit hun skivakanties in Italië en Oostenrijk terugkerende reizigers bijdragend of zelfs verklarend zijn voor het totale beeld. Uit eerder onderzoek van het virus van de GGD Zuid Limburg is in personen van Heinsberg en Nederland hetzelfde virus aangetroffen (via sequencing aangetoond – soort van identieke barcode). Ook zouden enkele gevallen die vanuit Duitsland zijn geïntroduceerd (of Nederlanders die in Duitsland aanwezig waren) in Nederland al genoeg zijn om verdere verspreiding van COVID-19 te realiseren. Dat kon toen

gebeuren omdat de hele populatie nog volledig vatbaar was voor COVID-19 en er geen tot nauwelijks beperkingen bestonden in gedrag. Ook uit het 'Corona Onderzoek Limburg' onder 10.001 Nederlandse Limburgers bleek carnaval één van de verspreidingsfactoren.

Periode juli/augustus/september 2020

In deze periode is er duidelijke impact van stromen terugkerende reizigers, eerst in Belgisch-Limburg en Luik, met toenemende en tamelijk homogene verspreiding **binnen** deze regio's waar de schoolvakantie begon op 1 juli en eindigde op 31 augustus. Zeer opvallend de van begin af aan veel hogere verspreiding in het Waalse gedeelte, echter ook in het Vlaamse gedeelte duidelijk oplopende verspreiding. Geen enkele aanwijzing voor grensoverschrijdende verspreiding op basis van het kaartbeeld. Nederlands Limburg, waar de schoolvakantie pas begint op 11 juli en eindigt op 23 augustus, volgt dan echter wel. Patroon kan goed verklaard worden door later begin vakanties in Nederland. Opvallend genoeg geen effect in het Duitse gedeelte (vakantie 29 juni tot 11 augustus), mogelijk te relateren aan strengere maatregelen en betere opvolgen van de maatregelen door de bevolking.

Periode oktober/november 2020

Stijl oplopende verspreiding zet door in het Belgische en Nederlandse gedeelte. Echter, Duitsland doet nu ook mee. Incidentie in de afzonderlijke Duitse grensregio's is heterogeen verdeeld en schijnt niet evident te correleren met ligging bij de hoog-incidentie-gebieden aan de Belgische en Nederlandse kant.

Periode december 2020/januari 2021

Effect van de maatregelen zijn zichtbaar in het Duitse en Belgische gedeelte, Nederland blijft nog even donker. Er zijn geen aanwijzingen voor grensoverschrijdende verspreiding op basis van het kaartbeeld.

Periode maart/april 2021

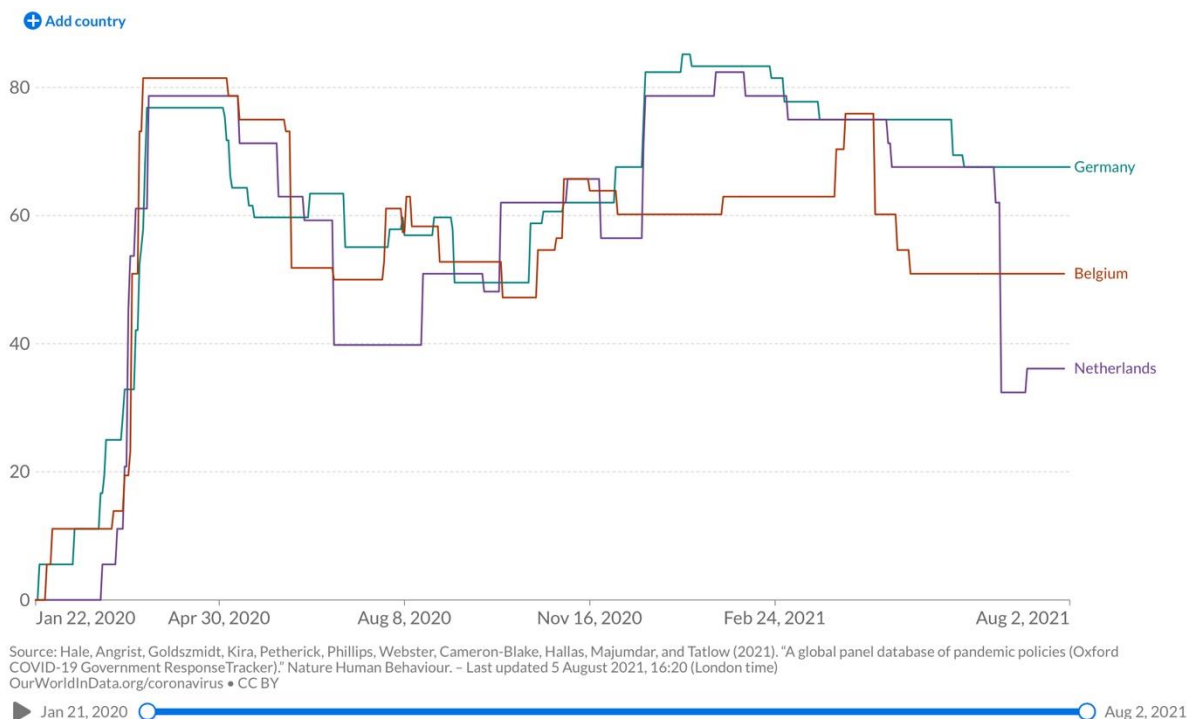
Derde golf, Belgisch en Nederlands gedeelte gaan gelijk op, Duitsland doet het beter met minder verspreiding. Nergens aanwijzingen voor olievlek-fenomeen, dat wil zeggen geleidelijke grensoverschrijdende verspreiding uitgaande van een geografisch gebied naar een ander gebied. Het voorkomen van COVID-19-infecties is in de Duitse 'Kreise' homogeen lager dan aan de Belgische of Nederlandse kant, wederom geen associatie met donkere (hoog-incidentie) gebieden in Nederland en België.

Geconcludeerd kan worden dat op basis van de kaarten er weinig tot geen aanwijzingen blijken te zijn voor impact voor grensoverschrijdende verspreiding van COVID-19. Hoewel er zeker af en toe infecties zijn bij mensen die grensoverschrijdend actief zijn geweest is, was dit een zeer beperkte groep in het totaal aantal infecties per regio en per land. Het beeld lijkt beter te passen bij verspreiding binnen de afzonderlijke gebieden, vermoedelijk gestuurd door maatregelen, gedrag (naleving van maatregelen) en terugkomende vakantiegangers. Opvallend met name ook

verschil Waals en Vlaams België, mogelijk invloed van Frankrijkgangers, of andere factoren zoals mogelijk economie, geografie en gedrag.

COVID-19: Stringency Index

This is a composite measure based on nine response indicators including school closures, workplace closures, and travel bans, rescaled to a value from 0 to 100 (100 = strictest). If policies vary at the subnational level, the index is shown as the response level of the strictest sub-region.

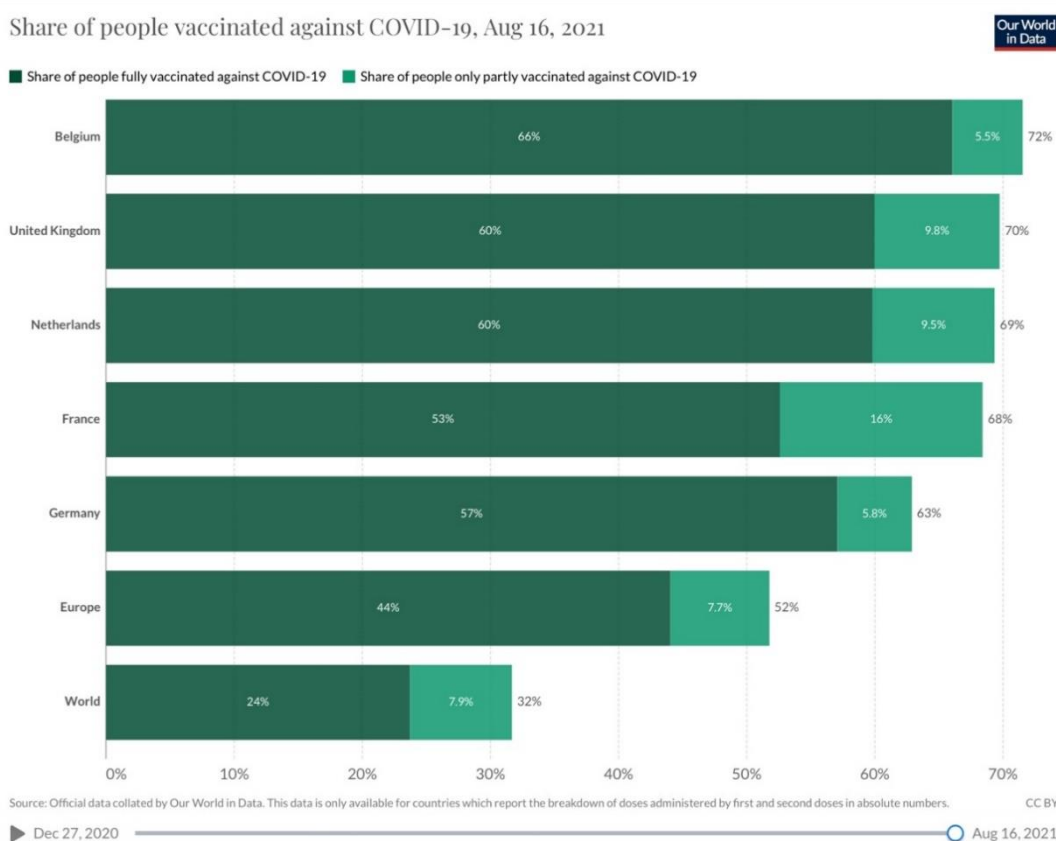
Figuur 2 COVID-19 Stringency Index van de Universiteit van Oxford

Deze figuur is een maat van strengheid van de maatregelen zoals die door de Universiteit van Oxford is ontwikkeld om landen met elkaar te kunnen vergelijken. Het is een kunstmatig samengestelde maat (composite measure) die van 0 tot 100 (meest streng) loopt en die is gebaseerd op negen soorten maatregelen (indicatoren). Deze negen indicatoren⁵ zijn onder andere schoolsluitingen, werkrestricties en reizigersrestricties. Bij verschillen per regio wordt voor een land de strengste maatregelen aangehouden.

Dan is opvallend de vroege, stevige loslating van maatregelen in juni 2021 in Nederland, die voor een forse toename van aantallen infecties heeft gezorgd specifiek door loslaten van nachthoreca en evenementen zonder 1,5 meter (4e golf). Wat niet zichtbaar is in deze grafiek is het verloop van de verschillende COVID-19-subtypes dat zich voordeed. Na de klassieke variant (tot februari 2021) met een reproductiegetal van ongeveer 2,5 werd in de drie landen vrijwel tegelijkertijd de alfavariant dominant (maart tot juni 2021) die ongeveer 45% besmettelijker was. Vervolgens werd vanaf juni 2021 de deltavariant dominant die ongeveer 100% besmettelijker was dan de

⁵ School closures, workplace closures, cancel public events, restrictions on gatherings, close public transport, public information campaigns, stay at home, restrictions on internal movement, international travel controls, testing policy, contact tracing, face coverings, vaccination policy.

klassieke variant. Dit betekende dat de maatregelen steeds strenger moesten zijn om verdere verspreiding te beperken. Daarnaast was er sinds januari 2021 vaccinatie beschikbaar waardoor zowel door doorgemaakte COVID-19-infecties als door vaccinatie de groep vatbare personen steeds kleiner werd in alle drie de landen. In de grafiek hieronder is te zien wat de stand van zaken is met betrekking tot de vaccinatiegraad in Nederland, Duitsland en België in vergelijking met Europa en de wereld. Dit samen met de maatregelen bepaalt de hoogte van het aantal infecties. België en Nederland zitten bij de landen met de hoogste vaccinatiegraad en Duitsland volgt hier snel achter.



Figuur 3 Vaccinatiegraad van een aantal Europese landen, Europa en globaal

2.4 COVID-19 en landelijke maatregelen

‘Zijn er tussen Noordrijn-Westfalen en Nederland verschillen in maatregelen die tot significante verschillen in de verspreiding van het virus hebben geleid? Maak hierbij onderscheid tussen enerzijds gedragsmaatregelen voor inwoners en anderzijds acties vanuit de publieke gezondheidszorg (met name het testen en bron- en contactonderzoek aan weerszijden van de grens).’

De vraag zoals die gesteld is of er een verschil is in maatregelen tussen Nederland en NRW die geleid hebben tot een significant verschil in de verspreiding is te complex om, buiten het bovenstaande, een verdere precisering te geven met de mogelijkheden van deze studie. Dat zou

namelijk impliceren dat er per maatregel, gedragsmaatregelen, testen en bron- en contactonderzoek, moet kunnen worden bepaald of dit werkt of niet. Maar in een pandemie als de COVID-19-pandemie kan dit niet van elkaar gescheiden worden. Alle maatregelen werken versterkend op elkaar en zijn in enige mate effectief geweest. Hoe effectief is niet bekend.

De nationale maatregelen om de COVID-19-pandemie te bestrijden leidden ertoe dat bewoners in de grensgebieden van Nederland, NRW en België na decennia van 'grenzeloos' leven, weer merkten dat ze staatsburgers zijn van verschillende landen. Veel landen in Europa namen in grote lijnen dezelfde maatregelen om de epidemie te beteugelen. Zowel Nederland, Duitsland als België ontwikkelden beleid rondom afstand bewaren, handen wassen en mondkapjes dragen, en introduceerden regels rondom quarantaine, testen, avondklokken en lockdowns. In de drie landen zagen we echter ook dat details, timing, en concrete uitvoering van deze maatregelen verschilden. Er is geen gedetailleerde analyse beschikbaar van de verschillen hoe het bron- en contactonderzoek in de drie landen is vormgegeven. Terwijl Duitsland en België snel overgingen tot de verplichting om mondkapjes te dragen in de openbare ruimte, werd dat in Nederland lang gezien als weinig effectief, waardoor mondkapjes daar dus later werden geïntroduceerd. In Nederland hadden veel maatregelen lange tijd een vrijwillig karakter, terwijl in Duitsland en België adviezen eerder een verplichtend karakter kregen. De quarantaineregels verschilden nogal: het ene land vroeg om tien dagen quarantaine na een positieve test, het andere adviseerde veertien of zeven dagen. Terwijl Nederland de lockdown invoerde voor sportaccommodaties en musea, kon men in België musea blijven bezoeken en blijven zwemmen. Ook het beleid rondom scholen verschilde nogal: naar school mogen of niet, welke leeftijdsgroep dan wel en welke niet. Hele dagen of maar een paar dagen, wanneer dan wel en wanneer niet, met test of zonder test, wat als iemand in het gezin een infectie heeft, enz. Voor het dagelijks leven in een grensregio was dit woud van verschillende regels behoorlijk ingewikkeld, te meer daar de regels ook steeds veranderden. Dit werd op alle vlakken ook bevestigd door de experts.

Onderdeel van de landelijke maatregelen is het monitoren van het virus via sequencing (soort streepjescode van het virus). Hiermee kunnen de landen via zogenaamde kiemsurveillance bepalen welk virus er rondgaat, zoals bijvoorbeeld de alfa- of de deltavariant. Dit werd soms ook ingezet om clusters van gevallen te analyseren en specifieke verspreiding te bepalen. Er is niet bekend in hoeverre dit door de drie verschillende landen is ingezet in de grensregio.

De effectiviteit hangt ook af van de regio. Niet alleen kan dit verschillend zijn per land, maar ook per regio binnen een land. Zo is er altijd een verschil tussen het noorden, westen, oosten en zuiden van Nederland, maar ook tussen Vlaanderen en Wallonië, of tussen NRW en Beieren. Het ene moment lag het aantal geïnfecteerden in Limburg hoog, dan weer rondom Den Haag en dan ineens weer in Zeeland. Er zijn te veel factoren die dit beïnvloeden. Met testen wordt er maar een gedeelte van de infecties boven water gehaald omdat het afhangt van het feit of

iemand zich laat testen of niet. Voor het deel waar geen zicht op is, kan dus ook geen bron- en contactonderzoek worden gedaan. Daarbij komt dat de richtlijnen en maatregelen soms per week verschilden, waardoor zeer moeilijk vast te stellen is welke maatregel nu wel en welke niet werkte.

Wat zeker ook van invloed lijkt te zijn, is het verschil in cultuur tussen de landen. Dit maakt dat maatregelen in meer of mindere mate worden nageleefd in de verschillende landen. De wetenschap is het erover eens dat 'naleving' van grote invloed is op het effect van een maatregel. Dus ook op gedragsmaatregelen. Onder de experts heerst wel duidelijk het gevoel dat de naleven van de opgelegde maatregelen verschillend is tussen Nederland, Duitsland en België. Sommige experts stellen dat Nederland in de beeldvorming losjes is (qua mondkapjes, afstand houden) maar dat er ook in België mensen zijn die zich er niet aan houden. Andere experts wijzen erop dat Nederland in het begin van de pandemie minder beperkingen had (geen mondkapjes) maar dat Nederland later juist strenger was dan Duitsland (thuiswerken, maar één persoon thuis mogen ontvangen). Dit ondanks het feit dat dit berust op basis van vrijwilligheid. In Duitsland (en België) lijken burgers eerder de regels in acht te nemen dan burgers in Nederland.

'België is echt een ander verhaal. Het is niet alleen een federaal systeem, je hebt ook nog de Duitssprekende gemeenschap, de Vlaamse, de Waalse ... werken met België impliceert samenwerken met drie verschillende overheden.'

'Je hebt eigenlijk vier verschillende ministers van Gezondheidszorg. ...'

Wat ook duidelijk van invloed is op het verschil in maatregelen is verschil in wet- en regelgeving in de drie landen. De mogelijkheid om wetten te implementeren en te handhaven inzake een pandemie is in Nederland, Duitsland en België heel anders. In Nederland gold bijvoorbeeld het advies dat mensen met klachten thuis moesten blijven tot er een negatieve testuitslag was, maar het is aan mensen zelf hoe ze dit advies interpreteren en toepassen. Als er dan een infectie is vastgesteld, worden de geïnfekteerde persoon en zijn of haar contactpersonen door de GGD opgeroepen en gevraagd thuis in quarantaine te blijven. Maar er is geen wettelijke basis, dus de quarantaine is in Nederland vrijwillig. In Duitsland is er een wettelijke basis en is quarantaine een wettelijke verplichting en geen advies, maar deze kan pas van kracht worden als er bewijs is van infectie in de vorm van een deugdelijke testuitslag. De geïnfekteerde persoon en zijn of haar contactpersonen krijgen dan een schriftelijk quarantainebevel. In België werd de quarantaine wel als plicht ingevoerd, maar later bleek dat hier helemaal geen wettelijke basis voor was. Of iets wettelijk geregeld is of niet maakt dat er ook gehandhaafd kan worden.

'Als het gaat om de vraag wie in quarantaine moet, wie geldt als een contactpersoon en hoe lang je in quarantaine moet, dan zien we al verschillen tussen Duitse districten. Maar de verschillen worden nog groter als je de landgrens passeert.'

Geconcludeerd kan worden dat het niet mogelijk is om onderscheid te maken tussen gedragsmaatregelen enerzijds en publieke maatregelen anderzijds en dan te bepalen welke maatregelen tot een significant verschil hebben geleid in de drie landen. Wel kan vastgesteld worden dat in grote lijnen de maatregelen die de landen genomen hebben in enige mate effectief waren.

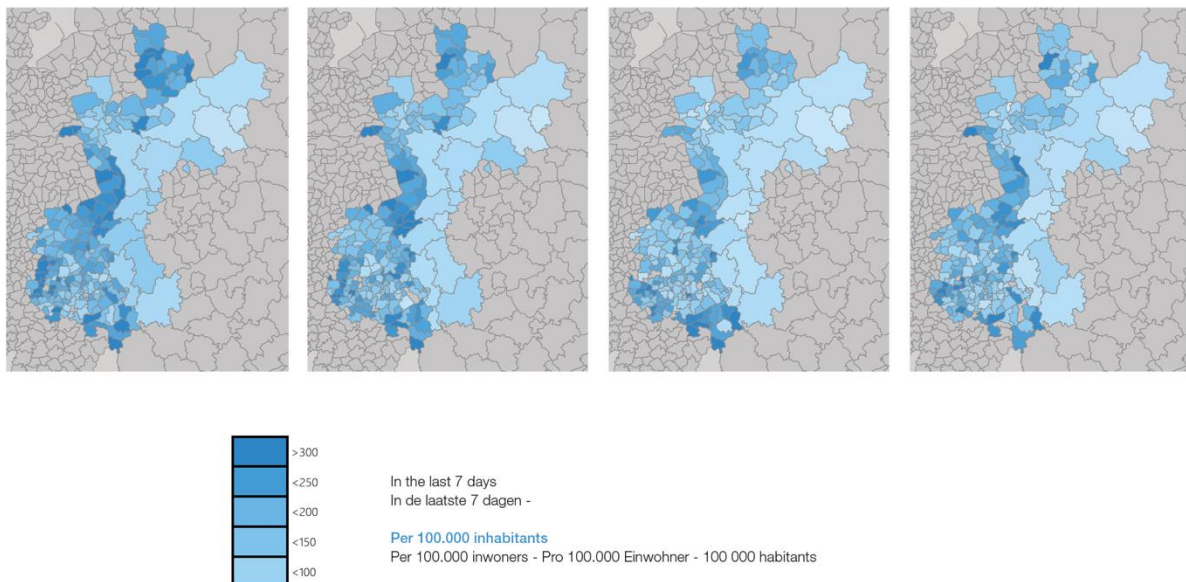
2.5 Sluiten grenzen

‘Is het sluiten van de grens een effectieve maatregel om verspreiding van COVID-19 in de grensregio te beperken (effectieve maatregel infectieziektebestrijding)? Welke andere onbedoelde gezondheid gerelateerde effecten kan grenssluiting met zich meebrengen?’

Om deze vraag te beantwoorden beginnen we met een onderzoek van de Limburgse GGD'en, Maastricht UMC+ en Provincie Limburg in november 2020, 9 maanden na de start van de pandemie. Uit dit empirisch-epidemiologisch onderzoek onder 10.001 Limburgers bleek dat mensen die vaker hun familie, vrienden of kennissen bezochten in Duitsland of België minder antistoffen tegen COVID-19 hadden dan diegenen die hen niet bezochten, maar wel hadden kunnen bezoeken: 16% tegen 18% (Factsheet Corona Onderzoek Limburg www.ggdzl.nl). Dit resultaat suggereert dat de rol van grensverkeer bij de verspreiding beperkt is.

Infections

Besmettingcijfers - Infektionsraten - Taux d'infection



25-1-2021 31-1-2021 1-2-2021 7-2-2021 8-2-2021 14-2-2021 15-2-2021 21-2-2021

Figuur 4 Aantal COVID-19 infecties in de periode 5 oktober t/m 1 november 2020

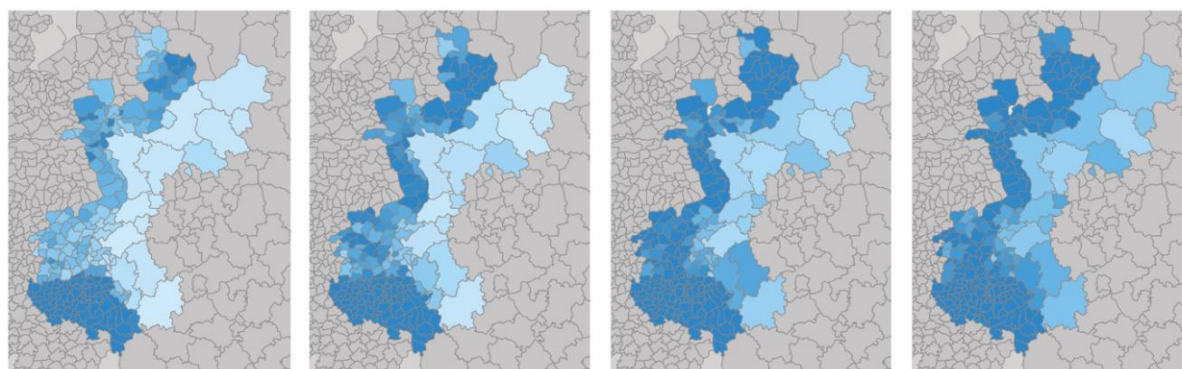
Uit de data blijkt ook dat er hele tijden zijn geweest waarin de grenzen open waren, maar er toch een duidelijk verschil is tussen de landen. Neem bijvoorbeeld de tijdsperiode 5 oktober 2020 t/m

1 november 2020 (zie Figuur 4). Op dat moment waren de grenzen open, maar zie je toch nog een duidelijk verschil tussen Nederland en België enerzijds en NRW anderzijds.

Neem je bijvoorbeeld de periode van 1 januari 2021 tot 01 maart 2021 (Figuur 5) toen de grens tussen Nederland en België dicht was, dan zie je daar nauwelijks verschil tussen Nederland en België.

Infections

Besmettingcijfers - Infektionsraten - Taux d'infection



Figuur 5 Aantal infecties in de periode 1 januari t/m 1 maart 2021

Uit deze kaarten blijkt – zoals ook in vraag 2 en 3 is beantwoord – dat er geen indicatie is dat het sluiten van een grens een significant effect heeft gegeven. Voor verder kaartmateriaal wordt verwezen naar bijlage 2 ‘The Euregional COVID-19 Atlas’.

De grenzen tussen de drie landen zijn open. Dit impliceert dat de verspreiding van COVID-19 met name nationaal bepaald is en niet Euregionaal. Met andere woorden het sluiten van de grenzen lijkt ook op basis van deze gegevens nauwelijks tot niet zinvol.

‘Dat werkte niet, he. Het werkte niet voor de Britse variant noch voor andere. Het werkt eenvoudig niet. Er zijn ook veel te veel uitzonderingen. ... Grenssluitingen zijn geen effectief instrument. We zijn daarvoor te mobiel.’

Hetgeen uit het Limburgse COVID-onderzoek en de data al blijkt wordt ondersteund door de experts met wie in deze studie gesproken is. Zij geven aan dat sluiting van de grens geen effectieve maatregel is om verspreiding van COVID-19 te beperken. Ze betwijfelen de effectiviteit van grenssluitingen en wijzen daarbij op:

- de vele uitzonderingen die onvermijdelijk zijn in een grensgebied (voor werk, school, familie, co-ouderschap etc.)
- de binnenlandse mobiliteit die wel is toegestaan (niet Heerlen-Aken, wel Heerlen-Groningen)
- de timing van grenssluitingen (te laat, is eventueel alleen in het prille begin van de pandemie effectief)
- het grotere belang van verschillen in landelijke adviezen t.a.v. contactmogelijkheden (bijv. thuiswerken, bezoek ontvangen).

'Een infectie de kop indrukken, een pandemie stoppen door de grens te sluiten is totaal absurd. Dat kan niet werken. In ons team zeiden we steeds, dat is hetzelfde als een overstroming stoppen door een decreet uit te vaardigen in plaats van zandzakken te plaatsen. Virussen kun je niet stoppen met wetten. De grenssluitingen werden hier meer ervaren als een stomp in de maag, als een aanval op het idee van Europa, dan als een effectieve maatregel om verspreiding van infecties te voorkomen.'

De experts wijzen wel op de vele onbedoelde gezondheid gerelateerde complicaties die grenssluitingen met zich meebrachten. Mensen die voor gezondheid, zorg of welzijn de grens moesten passeren, moesten extra barrières passeren (bureaucratie, soms file): mensen die in de zorg werkzaam zijn (artsen, verpleegkundigen, verzorgers in ouderen- en gehandicaptenzorg), maar ook mantelzorgers en patiënten die voor een medische behandeling over de grens moesten. Enkele praktische voorbeelden hiervan staan beschreven in het kader. Mantelzorgers die in de problemen kwamen door het sluiten van de grenzen. En niet alleen de mantelzorgers. Juist de mensen voor wie zij zorgen, kwamen in de knel. Als dit door het sluiten van de grens ineens onder druk komt te staan, moeten in een aantal gevallen de op dat moment al overbelaste professionele gezondheidszorgsystemen inspringen hetgeen tot onwenselijke situaties leidde.

Effect van sluiten van de grens voor mantelzorgers⁶:

Mevrouw Janssen en haar broer wonen beiden in Maastricht en zorgen voor hun ouders die in België wonen. Normaal gesproken rijden zij om de twee weken naar hun ouders om mantelzorg te verlenen. Hun moeder heeft dementie en hun vader zorgt voor haar. Ze staan er alleen voor omdat familie en vrienden allemaal in Nederland wonen. Als mevrouw Janssen en haar broer

⁶ Dit zijn feitelijke problemen die gemeld zijn bij Burgerkracht Limburg. Vanwege privacy worden hier niet de werkelijke namen gebruikt, maar fictieve namen.

naar hun ouders gaan, doen ze de was, boodschappen en het huishouden, helpen ze met de financiën en doen ze de lichamelijke verzorging van hun moeder zodat hun vader het weekend vrij heeft om bij te komen. Door de sluiting van de grens bleven ze weg van hun ouders, maar dit is niet langer een optie voor hun ouders. De financiële problemen nemen toe en ook emotionele problemen steken de kop op.

Een andere vraag kwam van mevrouw Smit, haar moeder is 92 jaar oud, woont nog zelfstandig en wordt verzorgd door haar zus die ook in België woont. Maar haar zus was in het ziekenhuis opgenomen en was niet meer in staat voor hun moeder te zorgen. Mevrouw Smit kon niet de grens over om voor haar moeder te zorgen in de periode dat haar zus in het ziekenhuis lag.

Ook meneer Groen kwam met een vraag. Een dierbare vriend van hem was stervende en woonde in België. Na enkele weken in het ziekenhuis mocht zijn vriend naar huis maar had verzorging nodig. Zijn ouders waren erg oud en niet in staat om voor hem te zorgen. De heer Groen was een van de weinigen die voor hem kon zorgen, zodat zijn vriend naar huis kon. Maar dat ging niet door het sluiten van de grens.

Ook ambulances die COVID-19-patiënten die in het naburige land waren opgevangen terugbrachten, konden niet doorrijden. Los hiervan wezen experts op de grote impact van grenssluitingen op het dagelijks leven van mensen.

De experts wijzen erop dat de verschillende nationale structuren voor de bestrijding van de pandemie in de drie landen, de snelheid waarmee beleid en maatregelen wijzigden en het gemis aan goede samenwerking, bijvoorbeeld ook rond bron- en contactopsporing, het moeilijk maken om een goed beeld te vormen van de landelijke regels, de professionele werkwijze en de effectiviteit van maatregelen.

Geconcludeerd kan worden dat het sluiten van de grenzen niet of nauwelijks effect lijkt te hebben op de verspreiding van het COVID-19-virus.

2.6 Van elkaar leren

‘Wat zouden de landen van elkaar kunnen leren? Zijn er mogelijkheden om tot een effectievere bestrijding van het virus in de grensregio te komen?’

In gesprekken met de experts zijn ook de uitdagingen die COVID-19 stelt voor het professionele werk in de infectieziektebestrijding in de grensregio aan de orde geweest. Een belangrijk thema was daarbij samenwerking over de grens: virussen stoppen namelijk niet bij de grens. In de context van dit onderzoek refereerden enkele experts aan het werk van euPrevent en EMRIC. Beide promoten grensoverschrijdende samenwerking en houden dat binnen hun specifieke aandachtspunten zoveel mogelijk aan de gang. In de praktijk is er historisch gezien tussen enkele professionals goede incidentele samenwerking ontstaan. Deze is echter vaak wel

afhankelijk van een aantal individuen en leidt slechts beperkt tot structurele samenwerking buiten projecten om.

De infectieziektebestrijding in de drie landen is niet alleen behoorlijk verschillend ingericht als een gevolg van de nationale context en organisatie voor infectieziektebestrijding, maar ook waren professionals in Nederland, NRW en België voor de uitbraak van de pandemie primair gericht op hun nationale taakstelling. Ze wisten dus betrekkelijk weinig van de manier waarop de collega's aan de andere kant van de grens werkten en hadden beperkt met elkaar te maken.

'Ja, er was geld voor bijeenkomsten en we hadden een uitwisseling. En er was iets Euregionaaals over multi-resistente pathogenen ... en ik heb lange tijd meegedaan in een Interreg-programma. Maar dat is allemaal gestopt.'

Het feit dat de infectieziektebestrijding vanuit een historische logica nationaal is georganiseerd, heeft ertoe geleid dat samenwerking met collega's in een naburig land geen structurele plek in de organisatie heeft gekregen. Samenwerking was daarom altijd een zaak van een persoonlijk initiatief, een tijdelijke projectfinanciering of een incidentele aanleiding: samenwerking kreeg vaak niet de prioriteit van de organisatie en zolang zich geen grote grensoverschrijdende uitbraken voordeden, waren er geen redenen om dat te veranderen. Hoewel experts die ervaring hadden met grensoverschrijdende samenwerkingsprojecten, dit erg op prijs stelden, betekende beëindiging van een tijdelijk project ook vaak het einde aan de grensoverschrijdende professionele contacten. De werkdruk, het feit dat grensoverschrijdend samenwerken niet tot de reguliere taken behoort en het gebrek aan middelen lieten niet toe dat er tijd werd geïnvesteerd in continuering en daadwerkelijke structurele grensoverschrijdende samenwerking. Soms bleef een mobiel telefoonnummer achter in deze of gene lijst van contacten zodat een professional een collega aan de andere kant van de grens nog kon bellen als er een incidenteel probleem was, maar deze lijstjes raken verouderd en soms hadden professionals geen idee hoe en met wie überhaupt contact te zoeken als dat nodig was. Ook is samenwerking vaak afhankelijk van het initiatief van sommige personen die grensoverschrijdend werken extra interessant vinden en als die personen – om welke reden dan ook – niet meer het voortouw nemen, stopt de samenwerking. Zolang er projectfinanciering is en persoonlijk engagement werkt dit systeem als zodanig goed, maar het is ook kwetsbaar en vraagt om onderhoud. EuPrevent en EMRIC zorgen voor een vorm van continuïteit maar blijven veelal afhankelijk van beperkte structurele middelen en projectfinanciering. Inhoudelijk engagement is er bij deze netwerken meer dan voldoende.

Tijdens de pandemie ervaren ze veel sterker de beperkingen van de sterke nationale focus van de infectieziektebestrijding voor hun werk in de grensregio. Juist omdat wetgeving in de drie landen verschilt, protocollen op nationaal niveau worden vastgesteld, ICT-systemen sterk verschillen en er verschillende nationale juridisch-culturele conventies gelden, wordt samenwerking tijdens de pandemie niet gemist. Professionals merken echter dat nationale protocollen soms een obstakel vormden voor lokale infectieziektebestrijding in een grensregio met intensief grensverkeer. De centrale, landelijke regie en aanpak van de pandemie heeft in een grensgebied nadelen. Ook in de contactopsporing na een besmetting werden professionals belemmerd door de nationale aanpak en regels.

Hoe zien de professionals uit Nederland, NRW en België hun werk in de grensregio in de nabije toekomst? Het zal geen verrassing zijn dat, gezien de opmerkingen van de experts over hun professionele werk in de grensregio voor en tijdens de pandemie, vrijwel iedereen het belangrijk vond om meer te investeren in grensoverschrijdende contacten en samenwerking.

'We hebben drie GGDs in Gelderland. ... Die hebben alle drie een grens met Duitsland. ... Ik denk dat we elke twee jaar een bijeenkomst hadden. Dat is belangrijk, in contact blijven. Want er is veel grensverkeer, veel mensen die in Duitsland wonen en in Nederland werken, en omgekeerd. Mensen die in Duitsland wonen en in een Nederlands ziekenhuis liggen. Dan moeten we collega's aan de andere kant van de grens informeren. ... Maar de laatste jaren hebben we geen bijeenkomsten meer gehad. Drie jaar geleden werd door omstandigheden een uitgesteld en toen heeft het nooit meer plaatsgevonden.'

Experts wezen erop dat het belangrijk is om ook beter te begrijpen hoe collega's over de grens werken. Want, zoals een expert het fraai verwoordde, in vredetijd moet je je voorbereiden op het volgende conflict. Over deze vormen van samenwerking kwamen allerlei ideeën voorbij: ze varieerden van grensoverschrijdende stages tijdens de opleiding om bij elkaar in de keuken te kijken tot regelmatige symposia over inhoudelijke thema's.

Op het niveau van de infectieziektebestrijding heeft de pandemie sterk aan het licht gebracht hoezeer deze diensten op nationale leest geschoeid zijn, ook qua data-infrastructuur: zo is er bijvoorbeeld geen structurele grensoverschrijdende data-infrastructuur en bestaat er geen structurele data-uitwisseling. Data moeten komen van nationale of regionale instituten en dit hangt vooral af van de goodwill van deze organisaties. Er is geen mogelijkheid om dit 'af te dwingen'. Zo werken euPrevent en de GGD Zuid Limburg al langere tijd op vrijwillige basis samen met organisaties als Sciensano uit België en data-experts aan Duitse zijde van het Gesundheitsamt in Düren en zijn zij daardoor in staat om toch over enige data te beschikken. De samenwerking tussen deze partijen is gebaseerd op een vrijwillig samenwerkingsverband om

voor de Euregional Health Atlas⁷ jaarlijks data te presenteren op een online platform welke vergelijkbare data tussen de drie landen presenteert. Dit beperkt zich nu nog tot de regio's binnen de Euregio Maas-Rijn.

Sommige experts stelden dat het belangrijk is dat politieke context ook meer op samenwerking gericht is. Tijdens de pandemie kwamen landen met hun eigen nationale beleid en in de pogingen dat te verantwoorden werd ook vaak naar de prestaties van buurlanden gekeken. Welke landen deden het goed, welke minder goed, welke ronduit slecht? In de publieke en politieke arena ontstond een sfeer van competitie en concurrentie, die volgens de experts weinig productief is, en in het grensgebied zelfs contraproductief is.

Samenvattend kan geconcludeerd worden dat er genoeg interesse is in grensoverschrijdende samenwerking, maar dat er op dit moment nog te veel obstakels zijn om dit structureel te kunnen inbedden. Structuren als euPrevent en EMRIC laten zien dat er zeker mogelijkheden zijn, maar dat alles nu nog wel staat of valt met veelal persoonlijk commitment en projectfinanciering.

⁷ www.euregionalhealthatlas.eu

3. Aanbevelingen

In dit hoofdstuk zullen nog eens kort de aanbevelingen naar aanleiding van de vragen zoals beantwoord in hoofdstuk twee op een rij worden gezet. Het betreft aanbevelingen van medische en epidemiologische aard. Dit staat los van economische en politieke wenselijkheden.

1. Op basis van deze studie kan geconcludeerd worden dat het sluiten van de grens geen effectieve maatregel lijkt te zijn om verspreiding van COVID-19 in het grensgebied te beperken, omdat het grensverkeer bij het verspreiden van het virus geen beslissende rol heeft gespeeld. Het lijkt veel zinvoller om maatregelen beter af te stemmen op regio's ongeacht een grens. Dus ook afstemming te hebben met aangrenzende regio's in het buurland. Daarbij kunnen de respectievelijke Gesundheitsamten dan wel de GGD-en een rol spelen.
2. Er zijn in de COVID-pandemie waardevolle samenwerkingen geweest. Veelal op individueel niveau en omdat men elkaar kende vanuit bijvoorbeeld reeds bestaande netwerken zoals euPrevent of EMRIC. Zo wordt dat ook door de experts ervaren. Voor een effectievere pandemiebestrijding in het grensgebied is het belangrijk dat Nederland, NRW en België structurele samenwerkingsvormen ontwikkelen die het mogelijk maken beter af te stemmen en beter te communiceren en oplossingen te vinden voor lokale problemen van de pandemie en lokale problemen in de pandemiebestrijding die het gevolg zijn van de nationale infrastructurele organisatie ervan. Het gaat dan om structurele samenwerking (geen incidentele, tijdelijke projecten) die ingebed is in de financiële structuur van de organisaties en in de reguliere taakstelling. Op die manier kunnen ook obstakels die zich tijdens een pandemie in een grensgebied hoe dan ook voordoen rondom verschillende landelijke beleidsmaatregelen (quarantaine, bron- en contactopsporing, testen, data-uitwisseling) eerder en beter worden opgelost.
3. In tijden van een pandemie en zeker ook voor het doen van bron- en contactonderzoek in het grensgebied is het noodzakelijk om gegevens te kunnen uitwisselen over de grens. Dat is nu vanwege regelgeving rondom data en privacy niet of slechts beperkt mogelijk. Dit ondanks het feit dat de burgers hoe dan ook de grens zullen blijven passeren. Voor het goed managen en monitoren van een pandemie in een grensgebied inclusief het kunnen uitvoeren van bron- en contactonderzoek inzake een pandemie, zou het gewenst zijn dat deze wet- en regelgeving dat dan wel mogelijk maakt zodat gegevens (tijdelijk) wel grensoverschrijdend beschikbaar zijn met in achtname van de maximale bescherming van de privacy van de burgers.
4. Zoals beschreven lijkt het erop dat het reizen van burgers naar buitenlandse bestemmingen verder dan de aangrenzende regio's een grotere impact heeft op de verspreiding en introductie van COVID-19 dan het grensverkeer. Indien er inzake een

pandemie met deze gezondheidsimpact maatregelen nodig zijn, is het eerder aan te raden hier nadrukkelijker naar te kijken. Niet alleen als land alleen maar ook op EU-niveau.

5. Er is tot op heden weinig onderzoek beschikbaar naar de effecten van de afzonderlijke maatregelen en de effecten van de maatregelen op het verloop van een pandemie. Alle landen bevonden zich op onbekend terrein. Dat maakt dat er behoefte is aan aanvullende onderzoek. Er zijn al verschillende onderzoeken gestart. Dit is echter veelal gefocust op een maatregel zelf, of op een land, zelden op de effecten van een pandemie als deze op een grensgebied. Dat maakt dat aanvullende studies wenselijk zijn. Waarbij dan de focus zou moeten liggen op vergelijkbare data en vergelijkbare maatregelen.
6. Daarnaast is het sterk aan te bevelen om tussen de landen dan wel op EU-niveau ook te pleiten voor een aantal vergelijkbare indicatoren, met zoveel mogelijk dezelfde methodieken. En beschikbaar op minimaal NUTS 3 niveau, maar liever nog op gemeenteniveau. Dat maakt dat er ook in tijden van pandemieën als deze veel sneller ingeschat kan worden hoe de verspreiding in het grensgebied is.
7. Het zou volgens de experts wenselijk zijn wanneer er in het landelijke beleid meer aandacht kan komen voor het bijzondere karakter van grensgebieden, zodat professionele regionale samenwerking over de grens ook vanuit de landelijke beleidscentra wordt gefaciliteerd. Op basis van regionale argumenten zou dan ook soms van landelijk beleid kunnen worden afgeweken ten behoeve van een effectievere bestrijding van de pandemie in de grensregio.

Bijlage 1 – Kwalitatieve studie

1. COVID-19 in een grensregio: opzet van het onderzoek

1.1 Introductie

Nadat in december 2019 de eerste gevallen van COVID-19 waren geïdentificeerd in de provincie Wuhan in China, bereikte de pandemie in januari 2020 Europa. Volgens de Wereld Gezondheid Organisatie (WHO) telde Europa in maart 2020 zelfs meer gevallen dan de rest van de wereld samen (WHO, 2021; ECDC, 2021). De snelle ontwikkeling van deze pandemie heeft in belangrijke mate te maken met globalisering: wereldwijde economische afhankelijkheidsrelaties en intensief reizigers verkeer (Barlow et al., 2021; Christidis & Christodoulou, 2020; Walsh et al., 2020).

Om verspreiding van COVID-19 in Europa te beperken, richtten Europese landen zich in de eerste plaats op de buitengrenzen van Europa met niet-Europese landen en beperkten ze het reizigersverkeer met China (Linka et al., 2020). In het voorjaar van 2020 besloot de Europese Commissie controles aan de buitengrens in te stellen 'to protect citizens' health, ensure the right treatment of people who do have to travel, and make sure essential goods and services remain available' (European Commission, 2021a). Dit betekende dat controle van de buitengrenzen van Europa werd gecombineerd met het garanderen van mobiliteit van goederen en diensten binnen Europa. De snelle verspreiding van het virus in Europese landen was voor veel Europese landen echter een reden om specifiek nationaal epidemiebeleid in te zetten zoals afstandsregels, hygiëneregels, lockdowns, regels ten aanzien van contactopsporing, testen, quarantaine, mondkapjes, etcetera. Ook op het gebied van reizigersverkeer binnen Europa werd nationaal beleid gevoerd om dit te reguleren of te beperken.

Hoewel er veel gewag is gemaakt van 'grenssluitingen', is er volgens Lee, deskundige op het terrein van global public health, waarschijnlijk geen enkel land dat de grens geheel gesloten heeft (Lee et al., 2021, 6) en gaat het in de praktijk om een lappendeken van vele varianten van regulering van grensverkeer. Nationaal beleid voor de regulering van grensverkeer zagen we ook terug in verschillende fasen van de pandemie in Nederland, België en Duitsland (Boffey, 2021). Terwijl de grens tussen deze landen sinds het Verdrag van Schengen in 1995 van kracht werd in veel opzichten verdwenen is, werd de grens tijdens de COVID-19 pandemie op verschillende manieren weer tastbaar. Met name in de grensregio's van deze landen had dit veel impact. Zoals het dagblad De Limburger onlangs kopte: "De grens met Duitsland is terug" (De Limburger, 15 april 2021).

Over de regulering van grensverkeer is veel discussie. Critici wijzen op de gespannen verhouding tussen grensmaatregelen en internationaal en Europees recht, en op de negatieve gevolgen voor het sociale en economische leven. Zij wijzen er ook op dat nationaal beleid om de mondiale COVID-19-crisis te controleren grote tekortkomingen heeft vergeleken met een

strategie van internationale samenwerking (Chetail, 2020; Opiłowska, 2021; Wille & Kanesu, 2020). Volgens de WHO zijn maatregelen om grensverkeer te beperken alleen legitiem als er geen alternatieve maatregelen zijn die dezelfde mate van gezondheidsbescherming geven (Lee et al., 2021). Er zijn echter weinig studies die de effectiviteit van grensregulering in een grensregio laten zien. In een review van mobiliteit beperkende COVID-19-maatregelen in China en Wuhan, concluderen Grepin et al. (2021) dat de meeste studies modeleringstudies studies zijn die aangeven dat beperkende maatregelen in de vroege fase van de pandemie effectief waren. Burns et al. (2021) dat de meeste studies die enige effectiviteit laten zien van diverse internationale reisbeperkingen modeleringsstudies zijn waardoor de resultaten een grote onzekerheidsmarge hebben. Ze stellen dat empirisch onderzoek dat realistisch inzicht geeft in de impact van grensregulering op gezondheid en op sociaal en economisch leven in een specifieke context, schaars is. Uit een empirisch-epidemiologisch onderzoek onder 10.001 Limburgers van de Limburgse GGD'en, Maastricht UMC+ en Provincie Limburg in november 2020 bleek echter dat mensen die vaker hun familie, vrienden of kennissen bezochten in Duitsland of België minder antistoffen tegen COVID-19 hadden dan diegenen die hen niet bezochten: 16% tegen 18% (Factsheet Corona Onderzoek Limburg www.ggdzl.nl).

1.2 Het wetenschappelijk landschap rond het concept 'grens'?

Grenzen werden lang beschouwd als de scheidslijn tussen landen als territoriale en bestuurlijke eenheden, die vanuit het centrum bestuurd worden. Vanuit deze opvatting over "grenzen" was een grensregio niet interessant voor onderzoek: ze is dan immers slechts de periferie van het land. Deze administratief-bestuurlijke grenzen zijn soms mede gevormd door natuurlijke omstandigheden (een bergketen of een rivier) en vaak duiden ze ook taalgrenzen aan, maar zeker niet altijd. Landsgrenzen zijn zelden zonder slag of stoot tot stand gekomen. Integendeel, de constructie van landsgrenzen is vaak een langdurig en soms pijnlijk proces geweest en ook waar grenzen betrekkelijk stabiel zijn, wordt hun status soms betwist. De afgelopen decennia, in de context van globalisering en migratieprocessen, is het concept van grenzen als gegeven bestuurlijk-administratieve, territoriale scheidingen tussen landen, kritisch onderzocht.

De laatste decennia lieten een grote toename zien van intercontinentale en internationale mobiliteit van werkenden, toeristen en studenten. Een globaliserende economie waarin mondiaal werkende bedrijven de toon zetten en een groei van import en export op mondiale schaal genereerden een grote stroom van mobiliteit van werkenden. Arbeidsmigratie werd een normaal onderdeel van de economie. Naast dit economische verkeer ontwikkelde zich de mondiale mobiliteit van toeristen en van studenten. Reizen werd goedkoper en door groeiende welvaart werd reizen ook steeds toegankelijker voor grotere groepen mensen. De laatste decennia werden drempels voor globaal reizigersverkeer mede door digitalisering steeds lager: informatievoorziening voor reizigers, visaverplichtingen, geldverkeer, beschikbaarheid van transport etc. werden de afgelopen twintig jaar sterk vereenvoudigd. Naast deze stromen van

reizigers zagen we ook internationale vluchtelingenstromen van mensen die vluchtten voor politiek geweld en natuurrampen.

Ook binnen Europa werden nieuwe vormen van mobiliteit mogelijk gemaakt. Zo werd vanaf 1993 in Europa een interne vrije markt gecreëerd voor personen, goederen, diensten en geld. Dat betekent dat bewoners van de lidstaten van de EU zich vrij kunnen bewegen binnen Europa: op vliegvelden ging men Europese reizigers bijvoorbeeld onderscheiden van niet-Europese reizigers. Dit beleid leidde onder andere tot toename van arbeidsmigratie binnen Europa en tot intensivering van Europese uitwisselingsprogramma's voor studenten. In 1995 werd voor Nederland, Duitsland, België, Frankrijk en Luxemburg het Schengen Verdrag van kracht dat het vrije verkeer van personen regelde. Daarna traden ook andere Europese landen tot deze Schengen-zone toe. Als gevolg van het Schengen Verdrag werden fysieke grensposten bij de grens van Nederland en Duitsland en bij de grens van Nederland en België opgeheven. Bewoners van deze grensregio leven dus al ruim 25 jaar "zonder grens".

Tegen de achtergrond van deze ontwikkelingen in mobiliteit hebben onderzoekers - als een reactie op het concept van "grens" als een relatief stabiele, bestuurlijke-territoriale afscheiding tussen staten - nieuwe noties van "grens" geïntroduceerd. Ten eerste hebben ze erop gewezen dat grenzen die soms als ondoordringbaar - als een muur - worden gepresenteerd om zo verschillende bestuurlijke en culturele identiteiten aan te duiden, in de praktijk 'fluïde' en doorlaatbaar zijn (Dijstelbloem & Van der Veer, 2019). Zelfs in regio's waar bestuurlijk-territoriale, fysiek harde grenzen worden getrokken, zoals tussen Israël en de Palestijnse gebieden (Ross & Razon, 2015) en tussen Mexico en de Verenigde Staten (Becker, 2018), zijn er vormen van grensverkeer die zich aan de dichotomisering en het wij/zij-denken rond de grens proberen te onttrekken. Ten tweede, in de slijpstream van de aandacht voor de fluïditeit van grenzen, hebben onderzoekers ook het concept 'grensland' op de agenda gezet: immers, als grenzen fluïde worden, is het ook de relatie tussen centrum (macht) en periferie (volgend) niet meer vanzelfsprekend. Deze onderzoekers hebben ervoor gepleit het centrum-periferie model te doorbreken en eigen, unieke karakters van grensregio's (Thailand en Myanmar, Verenigde Staten en Mexico, Nederland en Duitsland en België) te erkennen en te onderzoeken (Hinchcliffe et al. 2012). Ten derde hebben onderzoekers het stabiele karakter van grenzen gethematiseerd: in de context van globaliserings- en migratieprocessen worden grenzen dynamisch en onderhandelbaar: in plaats van de grens voor te stellen als een ding, wordt aandacht gevraagd voor processen van 'ontgrenzing' en 'hergrenzing'. Veel onderzoekers brengen dit bovendien in verband met nieuw vormen van gelijkheid en ongelijkheid: terwijl de grenzen voor sommige groepen (toeristen) opener worden, worden ze voor anderen (vluchtelingen) juist geslotener (Van Houtem, 2021).

In de context van dit rapport voert het te ver om deze conceptuele en empirische ontwikkelingen in het onderzoek naar grenzen uitvoerig in beeld te brengen. Maar de conceptualisering van

grensregio's als regio's die niet slechts de periferie van een land zijn maar een eigen karakter hebben en concepten zoals ont- en hergrenzen zijn ook voor dit onderzoek van belang.

1.3 Kwalitatief onderzoek: experts aan het woord

We hebben experts geïnterviewd die in de praktijk en/of op beleidsniveau betrokken zijn bij de controle van COVID-19 in de vier Euregio's. We hebben deze strategie gekozen, omdat we ervan uitgaan dat deze experts een goed beeld hebben van de manier waarop grensverkeer en regulering van grensverkeer impact hebben op de ontwikkeling van de pandemie en op mogelijke neveneffecten.

We hebben in totaal 27 experts gesproken: 10 uit Nederland, 11 uit NRW en 6 uit België (zie tabel voor het overzicht). De verdeling tussen mannen en vrouwen was vrijwel gelijk: 13 vrouwen en 14 mannen. Veel experts hadden een functie bij een regionale publieke gezondheidszorgorganisatie, in Nederland de GGD en in NRW het Gesundheitsamt. Anderen waren werkzaam in de huisartsenzorg, de ouderenzorg, de sociaal maatschappelijk zorg die betrokken was bij contact-opsporing en de veiligheidszorg. De meeste experts hadden senior posities.

Land	Regio	Interviews
Nederland	Limburg-Noord	2
Nederland	Limburg-Zuid	5
Nederland	Gelderland	1
Nederland	Twente	2
België	Vlaanderen	3
België	Luik	2
België	Eupen	1
NRW (Duitsland)	Kreis Heinsberg	2
NRW (Duitsland)	Kreis Düren	1
NRW (Duitsland)	Kreis Borken	2
NRW (Duitsland)	Kreis Kleve	1
NRW (Duitsland)	Kreis Euskirchen	1
NRW (Duitsland)	Kreis Viersen	2
NRW (Duitsland)	Städteregion Aachen	2

De interviews waren semigestructureerd en dus betrekkelijk open. Thema's die in de interviews centraal stonden, waren: de rol van de expert in de bestrijding van COVID-19, de rol van grensverkeer voor de verspreiding van COVID-19, beleid en praktijk om COVID-19 in de grensregio te controleren, grensoverschrijdende samenwerking bij de bestrijding van COVID-19, grensoverschrijdend gebruik van data, de rol van digitale tools (apps) in de grensregio, aanbevelingen voor toekomstige pandemiebestrijding in de grensregio. Door het open karakter kregen de deelnemers volop de gelegenheid hun kennis, ervaringen en perspectief in hun specifieke nationale context naar voren te brengen. De interviews duurden 30 tot 60 minuten en ze werden gehouden in het Nederlands, Duits, Frans of Engels. Er werd een opname gemaakt van het gesprek en dat werd letterlijk uitgewerkt om te kunnen analyseren. Daarna is de opname vernietigd. De analyse werd geleid door de onderzoeksvragen en door de theoretische discussies over het concept 'grens'. In de presentatie van de analyse zijn de deelnemers geanonimiseerd: B refereert naar België, D naar NRW in Duitsland en N naar Nederland.

Voor validering van de analyse hebben we feedbacksessies georganiseerd: 2 in het Duits en 2 in het Nederlands. Daar hebben we de analyse gepresenteerd aan en besproken met een deel van de experts die op dat tijdstip beschikbaar waren: 4 uit Nederland, 3 uit NRW, 2 uit België. Anderen hebben schriftelijke feedback gegeven op het conceptrapport. Op basis van de feedback is de analyse op sommige punten aangepast, aangescherpt of genuanceerd. Iedereen heeft ook een conceptversie van het rapport ontvangen en, indien wenselijk, van feedback voorzien. Deelnemers hebben dus ook kunnen controleren of de wijze van anonimiseren adequaat is, of de strekking van hun bijdrage adequaat is weergegeven en of ze zich kunnen vinden in de analyse en de interpretatie.

1.4 Ethiek van onderzoek

Voor de ethische verantwoording van het onderzoek hebben we ons laten leiden door de richtlijnen van de American Anthropological Association (AAA Statement on Ethics 2012). In de eerste plaats is de waarde van geïnformeerde toestemming belangrijk. In de context van Nederland, België en NRW betekent deze notie dat alle deelnemers na uitleg over het doel van onderzoek, over anonimiseren, en over de mogelijkheid tot terugtrekking, hebben toegestemd in deelname en een toestemmingsformulier hebben ondertekend. In de tweede plaats is goede zorg voor de deelnemers belangrijk. In dat kader hebben we de mogelijkheid geboden voor feedback, mondeling en schriftelijk, om te controleren of de wijze van anonimiseren adequaat is en om de inbreng van de deelnemers recht te doen.

1.5 Inhoud van deze annex

In de volgende hoofdstukken wordt de analyse gepresenteerd. We schetsen eerst het bijzondere karakter van het grenzeloze dagelijkse leven in een grensregio en hoe in die context de grens zich tijdens de COVID-19 pandemie opeens nadrukkelijk manifesteert (hoofdstuk 2). Vervolgens gaan we in op de effecten van beperkingen van het grensverkeer op het sociale leven en op de verspreiding van de pandemie (hoofdstuk 3). Daarna gaan we in op de relatie tussen de nationale organisatie van de infectieziektebestrijding en de lokale controle van een pandemie in een grensregio (hoofdstuk 4).

2. Een pandemie in een Europese grensregio

2.1 Introductie

Om inzicht te krijgen in de manier waarop landsgrenzen en regulering van grensverkeer een rol speelden in de ontwikkeling van COVID-19 in de grensregio's van Nederland, NRW en België, besteden we in dit hoofdstuk eerst aandacht aan de vraag hoe het leven in een grensregio eruitzag voor de uitbraak van deze pandemie. Grensregio's zijn vaak bijzondere streken met veel natuurlijke, materiële en symbolische sporen van de manier waarop grenzen zich door de eeuwen heen hebben ontwikkeld. Er zijn vaak gedeelde geschiedenissen aan beide zijden van de grens en er ontstaan bijzondere culturele melanges in de manier van leven. De ene grensregio is echter de andere niet. Waar geen sprake is van sterke grensbewaking wordt een

grensregio vaak geassocieerd met vrijheid: bewoners kunnen flexibel gebruik maken van de voordelen van het leven aan beide kanten van de grens. Zo halen ze bijvoorbeeld sommige boodschappen in het eigen land en andere in het buurland. Wat in het ene land verboden is, kan in het ander land toch worden gedaan. In landen met een sterke grensbewaking wordt de grensregio behalve met vrijheid, ook geassocieerd met illegaliteit, smokkel en avontuur. (www.smokkelmuseumcranendonck.nl). In landen met sterke grensbewaking betekent leven in een grensregio dat mensen illegale routes zoeken voor sociaal verkeer en handel. Om legaal en illegaal grensverkeer mogelijk te maken, ontwikkelen zich vele formele en informele grensovergangen. Over de grensregio tussen Nederlands en Belgisch Limburg kan men op de website Grensfiets bijvoorbeeld lezen: “Er zijn zuidelijk van Stramproy zeker 25 grensovergangen en sluiptweggetjes tussen de velden, akkers, moerassen, beekjes, bosjes en houtwallen”. Sinds het ontstaan van de Schengenzone van Nederland, Duitsland, België, Luxemburg en Frankrijk is men in deze Euregio 's echter minder aangewezen op sluiproutes omdat grensverkeer toen veel gemakkelijker werd. Intensief grensverkeer is onlosmakelijk verbonden met het sociale en economische leven in de Euregio's die in dit onderzoek centraal staan. In 2017 werkten bijvoorbeeld 40 duizend mensen in Nederland die in Duitsland woonden en 39 duizend die in België woonden (CBS, 2020). Op de website van het CBS is te lezen dat Zuid-Limburg de Nederlandse regio is met het hoogste percentage werknemers die wonen in Duitsland of België, namelijk 5%. In 2018 werkten in Duitse Noordrijn-Westfalen bijvoorbeeld 7980 Nederlanders en 5330 Belgen (Interreg, 2021) dagelijks de grens oversteken is voor de vele grenswerkers de normaalste zaak van de wereld.

In dit hoofdstuk gaan we eerst in op de vraag hoe de experts het alledaagse leven in een grensregio zien en ervaren. Vervolgens laten we hen aan het woord over de vraag hoe het leven in een grensregio en de COVID-19 maatregelen verspreiding van COVID-19 hebben beïnvloed.

2.2 Grenzeloos leven in een grensregio

De grensregio van Nederland, NRW en België is een bijzondere regio, omdat de bestuurlijk-territoriale grens zich de laatste 25 jaar zelden nog als grens heeft gemanifesteerd. Uit de interviews komt naar voren dat de experts het sociale en economische leven in deze grensregio tot de uitbraak als vrijwel grenzeloos karakteriseren. In het dagelijks leven, zo vertelden meerdere experts, is er veelvuldig grensverkeer, maar veel bewoners zien dat niet als grensoverschrijdend, omdat zij eenvoudigweg geen grens ervaren. In sommige dorpen loopt de grens door het dorp, spreken mensen met verschillende nationaliteiten deels dezelfde taal en gaan mensen uit verschillende landen naar dezelfde scholen en verenigingen. Familieleven, liefdesleven, vrijetijdsbesteding, gezondheidszorg, werken, consumeren – al deze zaken zijn zo vanzelfsprekend grensoverschrijdend, dat de bestuurlijk-territoriale landsgrens hierbij als het ware niet meer bestaat.

In het dagelijks leven speelt de grens geen rol. We gaan naar school en we werken over de grens. We gaan naar de dokter of naar de garage over de grens en onze paarden lopen in de wei aan de andere kant van de grens. De grens hoort bij ons leven. Het is een “basin du vie”. (B3)

De grensregio heeft zich zo ontwikkeld ... dat wij geen grens ervaren. (D2)

Ik denk dat de COVID-crisis dat wel duidelijk maakt, dat een grens echt eigenlijk alleen maar een streep is op een plannetje. (B1)

Een expert merkt op dat mensen zich verbonden voelen met de regio, als een Europese smeltkroes, en niet per se met een land waarvan ze staatsburger zijn.

Deze regio is heel dynamisch. We liggen in het centrum van Europa en ‘grens’ is in deze context een kunstmatig concept. Mensen zijn tegelijkertijd verbonden met meerdere landen. Ze werken in het ene land, ze hebben familie in het andere, ze winkelen in het derde land. (N3)

Een andere expert vertelt dat het fijn is voor mensen om de voordelen van meerdere landen te kunnen genieten.

“Als het gaat om vrijetijdsbesteding, dan wordt de grensregio erg gewaardeerd. Mensen rijden van Enschede naar Duitsland voor het weekend, en van Duitsland naar Winterswijk, om te genieten van de cultuur. (D1)

Ook feesten over de grens is normaal in een grensregio: veel bewoners bezoeken bijvoorbeeld bijeenkomsten in aanloop naar carnaval, de carnavalsfeesten zelf en de bijeenkomsten na de carnaval in naburige gemeenten aan de andere kant van de grens. Eén van de eerste gevallen van COVID-19 in Nederlands Limburg kon via genetische kenmerken van het virus bijvoorbeeld worden herleid tot Heinsberg in NRW: carnavalsactiviteiten in het grensgebied bleken een hotspot voor COVID-19-besmettingen.

Toch worden mensen in de grenzeloze grensregio soms wel degelijk geconfronteerd met grenzen. Zo merkten verschillende experts op dat werken in het ene land en wonen in het andere, veel rompslomp met zich meebrengt. Institutionele praktijken zoals socialezekerheidsstelsels, pensioenen en belastingen zijn ingebed in en een uitdrukking van gecompliceerde nationale wetten en regels die veel extra werk opleveren voor grensarbeiders.

Wat je wel merkt van de grens, is de moeilijkheid om als Nederlander in België te werken. Zoals wij in Nederland een DigiD hebben, zo heb je in België dus een eID nodig ... Ik werk hier nu al een paar jaar en nog steeds zijn er heel veel programma’s die ik niet

kan openen, omdat ik die kaart niet heb. En die kun je alleen maar krijgen als je in België woont en dus daar loop ik wel iedere keer tegenaan.” (B2)

Wie te maken heeft met sociale verzekeringen of belastingen, voelt de grens wel degelijk. (D1)

Ondanks speciale regelingen voor grensarbeiders, en extra informatie en voorlichting, zijn de administratieve hobbels vaak erg lastig. Dat laat echter onverlet dat het sociale leven in een grensregio veel voordelen heeft.

Veel experts relativeerden dus de betekenis van bestuurlijk-territoriale grenzen in de grensregio's voor de uitbraak van COVID-19. Diverse experts wezen er in dat verband op dat binnenlandse grenzen tussen districten en regio's soms sterker worden ervaren dan bestuurlijke landsgrenzen. Zo vertellen experts uit België:

Belgisch-Limburgs voelt dichter bij Nederlands-Limburg dan bij Wallonië. (B5)

Ik denk dat de Limburger zich veel meer verbonden voelt met Nederlands-Limburg dan met Luik, wat ook aan ons grenst, hè. Naar ons gevoel is Wallonië meer een ander land dan Nederlands-Limburg. (B1)

Deze ervaringen van "grenzeloosheid" voor de uitbraak van COVID-19 roepen de vraag op wat er verandert met de uitbraak van de pandemie.

2.3 Een woud van nationale regels

De nationale maatregelen om de COVID-19 pandemie te bestrijden leidden ertoe dat bewoners in de grensregio's van Nederland, NRW en België na decennia van 'grenzeloos' leven, weer merkten dat ze staatsburgers zijn van verschillende landen. Veel landen in Europa namen in grote lijnen dezelfde maatregelen om de epidemie te beteugelen. Zowel Nederland, Duitsland als België ontwikkelden beleid rond afstand bewaren, handen wassen en mondkapjes dragen, en introduceerden regels rond quarantaine, testen, avondklokken en lockdowns. In de drie landen zagen we echter ook dat details, timing en concrete uitvoering van deze maatregelen verschilden. Terwijl Duitsland en België snel overgingen tot de verplichting om mondkapjes te dragen in de openbare ruimte, werd dat in Nederland lang gezien als weinig effectief, waardoor mondkapjes daar dus later werden geïntroduceerd. In Nederland hadden veel maatregelen lange tijd een vrijwillig karakter, terwijl in Duitsland en België adviezen eerder een verplichtend karakter kregen. De quarantaine regels verschilden nogal: het ene land vroeg om tien dagen quarantaine na een positieve test, het andere adviseerde veertien of zeven dagen. Terwijl Nederland de lockdown invoerde voor sportaccommodaties en musea, kon men in België musea blijven bezoeken en blijven zwemmen. Ook het beleid rondom scholen verschilde nogal. Voor het

dagelijks leven in een grensregio was dit woud van verschillende regels behoorlijk ingewikkeld, te meer daar de regels ook steeds veranderden.

In veel interviews werd gereflecteerd op de verschillende nationale maatregelen. Aan de ene kant werd erop gewezen dat regels in Nederland qua inhoud soms minder streng zijn en dat Nederlanders er bovendien losjes mee omspringen. Een expert vertelde bijvoorbeeld dat Belgische scholen met veel Nederlandse leerlingen de regels vaak opnieuw moesten uitleggen en met Nederlandse ouders in discussie moesten omdat in Nederland de regels minder strikt waren.

Het is vaak ook moeilijk omdat verschillende landen verschillende maatregelen hebben. En dat maakt het moeilijk voor mensen, omdat die dan van de ene situatie naar de andere overgaan. Dan zie je dat scholen dan ook wel opbotsen tegen de leerlingen en de ouders uit Nederland die de maatregelen in België te vergaand vinden. Dat is dan een groot verschil met hun leefwereld thuis waar het wat soepeler is, allez, was. (B1)

Een andere expert wijst eveneens op de 'losheid' van Nederland in vergelijking met Duitsland.

De Nederlanders deden toch een beetje losjes over corona. Vorige zomer was ik zelf in Renesse en ik verbaasde me over grote groepen mensen, de omgang met mondkapjes, etcetera. Ze testten in het begin ook niet zo veel. Er waren hoge sterftecijfers, en er werd gezegd, ja het is eigen verantwoordelijkheid. Nederland doet deze dingen anders dan Duitsland. (D2)

In deze context merkten sommige experts op dat de wettelijke verankering van regels per land nogal verschilt. In Nederland gold bijvoorbeeld het advies dat mensen met klachten thuis moesten blijven tot er een negatieve testuitslag was, maar het is aan mensen zelf hoe ze dit advies interpreteren en toepassen. In Duitsland wordt quarantaine gezien als een ernstige inbreuk op de persoonlijke levenssfeer: quarantaine na besmetting is daar een wettelijke verplichting en geen advies, maar deze kan ook pas van kracht worden als er bewijs is van besmetting in de vorm van een deugdelijke test uitslag.

Voor ons betekent quarantaine een beperking van fundamentele rechten en daarvoor hebben we hele goede argumenten nodig. Dat is de reden dat we altijd de resultaten van de index-case willen hebben, laboratoriumuitslagen die onomstotelijk bevestigen "deze person is corona-positief". Dat legitimeert ons om quarantaine op te leggen, om de basisrechten van mensen te beperken. ... In Duitsland hebben deze regels een rechtstatelijk karakter, en mensen krijgen ook een officiële brief van ons. In Nederland gaat dat anders. Daar is geen wettelijke basis voor quarantaine en soms zijn er niet eens laboratoriumuitslagen. Als we daar soms om vragen, dan zeggen ze, nee die hebben we niet. (D9)

Anderen relativeerden de verschillen tussen de landen, zowel ten aanzien van de regels zelf als ten aanzien van de omgang er mee.

*... een mondkapje dragen en afstand houden. ...verschil tussen België en Nederland?
Dat zou ik zelf niet durven zeggen, want ik zie ook genoeg Belgische mensen die zich daar niet aan houden. (B2)*

In het begin waren er minder beperkingen in Nederland, bijvoorbeeld geen mondkapjes plicht ... Later hadden wij meer vrijheid en was Nederland heel strikt: alleen thuis werken, maar een persoon mogen ontvangen thuis. (D8)

Uit de interviews komt naar voren dat er vele verschillende soorten verschillen bestaan tussen de aanpak van de pandemie in Nederland, België en Duitsland, maar deze verschillen kunnen niet eenvoudig gereduceerd worden tot de dichotomie van wettelijk en vrijblijvend, strikt en losjes, streng en ontspannen.

Sommige experts wijzen in dit verband ook op binnenlandse verschillen. De aanpak van COVID-19 wordt weliswaar in alle drie landen centraal aangestuurd, maar sommige bevoegdheden zijn naar lagere overheden gedelegeerd, waardoor ook binnenlands verschillen ontstaan.

Als het gaat om de vraag wie in quarantaine moet, wie geldt als een contactpersoon en hoe lang je in quarantaine moet, dan zien we al verschillen tussen Duitse districten. Maar de verschillen worden nog groter als je de landgrens passeert. (D7)

België is echt een ander verhaal. Het is niet alleen een federaal systeem, je hebt ook nog de Duitssprekende gemeenschap, de Vlaamse, de Waalse... werken met België impliceert samenwerken met drie verschillende overheden. ... en die hebben totaal verschillende structuren voor ID-controle. (N5)

Je hebt eigenlijk vier verschillende ministers van Gezondheidszorg. ... (B2)

Hoewel de verschillende aanpakken van COVID-19 tussen Nederland, Duitsland en België vanuit een helikopter perspectief gerelativeerd kunnen worden, leverden de verschillende nationale maatregelen veel praktische problemen op in de grensregio's, bijvoorbeeld voor grensoverschrijdend woon-werk- en schoolverkeer.

We hebben bijvoorbeeld veel forensen. Ze werken voor een Duitse werkgever en wonen in Nederland en moeten dus vaak de grens passeren. We verzoeken de GGD dan om een schriftelijke verklaring voor de werkgever dat een werknemer negatief testte, maar dan horen we 'nee, we kunnen geen schriftelijke verklaringen regelen'. (D8)

Stel, mensen werken in België en wonen in Nederland. Dan adviseren we om de Nederlandse regels te volgen voor de thuissituatie en de Belgische voor Belgische werk situaties en werk relaties. Maar dat is soms wel ingewikkeld, omdat de regels soms met elkaar in strijd zijn. De Nederlandse regels eisen dat je tien dagen in quarantaine gaat na besmetting, in België is dat veertien dagen. In gesprek met mensen en werkgevers zoeken we dan de beste oplossing. (N1)

De Nederlanders hebben een korter quarantaine.... Maar wij en ook de Duitse werkgevers willen niet dat ze te snel terug naar het werk komen. ... dat is lastig. (D10)

Ook voor forensen-scholieren gelden praktische problemen als gevolg van de verschillende regels waar ze mee te maken hebben.

Nederlandse gezinnen die in Duitsland wonen en hun kinderen naar een Belgische school brengen ... wat moeten zij doen als een kind in de klas positief test? Wat gebeurt er dan in Nederland? Wat in België? Wat in Duitsland? Elk land heeft en eigen protocol. (D7)

In de grensregio's waar mensen grenzeloos wonen, werken, studeren, zorgen etc., hadden mensen niet te maken met één 'woud van nationale regels' maar met 'drie wouden van verschillende nationale regels'. Soms spoorden die regels meer met elkaar, soms minder. In de publieke discussies over de aanpak van COVID-19 in Europa worden deze nationale verschillen vaak op de spits gedreven en gestereotypeerd als een uitdrukking van "nationale mentaliteiten en culturen". Uit de interviews is naar voren gekomen dat het niet adequaat is om nationale verschillen in de COVID-19-maatregelen te reduceren tot een stereotype schema van "los" en strikt" of "liberaal en paternalistisch": daarvoor zijn er te veel soorten van verschillen. Dat laat onverlet dat deze verschillen, die een uitdrukking zijn van verschillende centrale, nationale beleidsmaatregelen in de drie landen, in een grensregio voor aanzienlijke complicaties in het dagelijks leven zorgen. Deze onvoorziene effecten van nationaal beleid in de grensregio zijn lange tijd onopgemerkt gebleven voor de instituties die deze maatregelen namen. De pandemie werd als een nationaal probleem gedefinieerd en er was een nationale bestrijdingsstrategie. De assumptie daarbij was dat het land een geheel was en er was geen aandacht voor het bijzondere karakter van een grensregio noch voor de negatieve effecten van de COVID-19 maatregelen voor de grensregio. Waar de grensregio van Nederland, NRW en België zich decennialang als te midden van Europa kon situeren, werd ze door deze pandemie plotseling weer een 'periferie' en object van centraal, nationaal beleid terwijl de bureaus in veel opzichten dichterbij waren dan het centrum.

2.4 Is grensverkeer een risico?

Het idee dat epidemieën iets te maken hebben met sociaal verkeer is al eeuwenoud. Ook toen concepten zoals virus en bacterie nog niet bestonden, troffen mensen maatregelen om sociaal

verkeer en mobiliteit te beperken. In de 14e eeuw werden schepen uit gebieden waar een pestepidemie had gewoed bijvoorbeeld door veel steden geweerd. Zelfs het woord 'quarantaine' (*quaranta giorni*, veertig dagen) komt uit het Italiaans ten tijde van de pestepidemie. In die tijd werden namelijk alle aanmerende schepen verplicht om 40 dagen in de haven stil te blijven liggen en werd de bemanning daarbij geacht het schip niet te verlaten. Nu betekent deze maatregel vooral het afschermen van risicobronnen ter vermindering van verspreiding van een infectie. Steden werden toen soms ook afgesloten of zieke inwoners werden buiten de stad geplaatst. Het Habsburgse Rijk stelde vanaf 1770 zelfs een zogenaamd cordon sanitaire in – ze sloot de 1600 kilometer lange grens met de Ottomanen om zo de pest buiten het Rijk te houden (Janssen, 2020). Kennelijk dacht men toen dat dat grensoverschrijdend verkeer een gevaar vormde en beter vermeden kon worden. De literatuurwetenschapper en antropologe Wald heeft in haar boek *Contagious. Cultures, Carriers, and the Outbreak Narrative* (2008) onderzocht welke dominante verhalen met een epidemie gepaard gaan. Zij laat zien dat het idee dat ziektes en besmettingen 'van buiten' komen en door 'vreemdelingen' of 'anderen' worden meegebracht een lange geschiedenis heeft en nog steeds actueel is.

Tegenwoordig is veel meer bekend over de verspreiding van virussen en bacteriën dan in de 14e eeuw, maar een nieuw virus genereert ook nieuwe vragen over mobiliteit en verspreiding. Wie op een eiland woont en een grote mate van controle heeft over in- en uitgaand verkeer kan de introductie en verspreiding van zo'n virus beperken door te voorkomen dat er iemand aan land gaat. Maar zelfs landen zoals Australië en Nieuw-Zeeland zijn afhankelijk van invoer van noodzakelijke goederen omdat ook deze landen niet geheel zelfvoorzienend zijn, en het is lastig om een lange kustlijn te controleren. Het is in de praktijk vrijwel onmogelijk het risico van verspreiding van een virus tot nul te reduceren. Een Euregio tussen Nederland, NRW en België is echter het tegendeel van een eiland: het leven is grenzeloos en er is dus intensief alledaags grensverkeer. In hoeverre kan deze grensoverschrijdende mobiliteit als een risico voor de verspreiding van COVID-19 worden beschouwd?

Sommige experts vertelden dat contacten over de grens soms een rol hebben gespeeld bij de besmetting.

Op dit moment is er nog steeds een hogere incidentie in Nederland, dat later is aangepakt door meer contact beperkingen. Ja ik ben ervan overtuigd dat we een aantal infecties uit Nederland hebben gekregen. (D6)

De meeste experts zien grensverkeer echter niet als een groot risico.

Ik zou niet zeggen dat grensoverschrijdende mobiliteit een grote rol speelt. Maar het speelt wel een rol. ... In sommige gebieden hadden we een hogere incidentie door de nauwe contacten met Nederland. Maar we hebben ons samen goed door de crisis geslagen. (D1)

We hadden een handvol grensoverschrijdende gevallen met België, maar die waren statistische helemaal niet relevant. ... het ging over cijfers achter de komma. We zien eerder dat infecties via de agglomeratie Keulen-Bonn komt dan via België-Luxemburg. (D5)

De trend die je landelijk ziet in België, past ook honderd procent in het eigen werkgebied. ... sommige maatregelen kwamen in Nederland later dan in België. En Maasmechelen ligt zo dicht bij de Nederlandse grens, dat ik zou verwachten dat het eigenlijk een gelijkwaardig besmettingen patroon zou laten zien als Nederland. Maar dat dat eigenlijk wel uitgebleven is. (B2)

We hebben niet het gevoel dat er veel besmettingen zijn overgeslagen van het ene land naar het andere. Natuurlijk, de uitbraak startte in Heinsberg, maar de besmettingen bereikten op de een of andere manier ook West Nederland. (D9)

Anderen stelden dat men de kennis en informatie ontbeert om de vraag te kunnen beantwoorden of grensverkeer invloed heeft gehad op de ontwikkeling van de pandemie in de verschillende landen.

Heeft grensoverschrijdend verkeer impact gehad op de cijfers van de epidemie? Ik heb geen harde data om dat te kunnen meten. Ik kan die vraag niet bevestigend beantwoorden, want ik heb geen data. Mijn gevoel zegt, nee. Maar dat is gevoel he. (B3)

Sommige experts wezen erop dat hele andere zaken dan grensverkeer een rol spelen bij verspreiding. Zo vertelden sommigen dat het belangrijk is om naar het mechanisme voor transmissie van het virus te kijken, en dat is niet gerelateerd aan grensverkeer als zodanig.

Ik denk niet dat het passeren van de grens de belangrijkste oorzaak van transmissie is. De situatie voor bewoners die resp. aan de Nederlandse en Duitse kant van de grens wonen is immers hetzelfde als bewoners die in twee Nederlandse aangrenzend dorpen wonen. Ik denk dat de grens er niet zo veel mee te maken heeft. (N1)

Nee, de patronen voor transmissie zijn overal hetzelfde. (N2)

Anderen maakten duidelijk dat niet het grensverkeer een grote rol speelt in de verspreiding, maar de mate waarin mensen geneigd zijn om de preventieve maatregelen op te volgen.

De echte oorzaak van de pandemie is eenvoudigweg de mate waarin mensen zich aan de maatregelen en de adviezen houden, zowel aan de Belgische, als de Nederlandse en Duitse kant. (D5)

Het is niet de grens die het doet, het is het familieleven aan beide zijden van de grens. En de vrienden die aan beide zijden van de grens wonen en het werk. ... Ik geloof niet dat de grens de beslissende rol speelt, maar de contacten tussen mensen. En dat is hetzelfde aan beide zijden van de grens. (D7)

In dat verband vroegen sommige experts zich af wat het verschil is tussen reizen van Maastricht naar Aken of naar Luik, en reizen van Maastricht naar Utrecht of Groningen?

Ik ben ervan overtuigd dat reizen tussen Maastricht en een dichtbijgelegen Belgische stad hetzelfde is als reizen van Maastricht naar een vergelijkbare stad in Nederland. ... Een vriend van mij woont in Nederland maar heeft familie in België en die kon hij lange tijd niet zien. Terwijl ik in Maastricht woon en mijn familie in het noorden wel kan bezoeken. (N1)

Een bijzonder fenomeen dat door sommigen werd besproken was de arbeidsmigratie uit Oost-Europa naar Nederland, Duitsland, en België. Zo zijn er veel tijdelijke werknemers uit Oost-Europese landen die regelmatig op en neer reizen tussen het land waar ze werken en hun thuisland. Er zijn ook een aantal clusters van COVID-19 geconstateerd bij bedrijven die veel met arbeidsmigranten werken, zoals bijvoorbeeld slagerijen en bedrijven in de agrarische sector. Vaak bleek het moeilijk de effecten van deze mobiliteit te monitoren, terwijl ze wel een COVID-19-risico representeerden omdat ze vaak in relatief slechte omstandigheden woonden, met velen in een kleine ruimte, waar COVID-19-maatregelen niet te handhaven zijn. Ook het vervoer naar werk of woongelegenheden gebeurde vaak zonder in achtneming van maatregelen.

Want ook over onze grensregio heen, het vrij verkeer van personen geeft in de opvolging van COVID problemen. En dan heb ik het vooral over mensen die uit Oost-Europa komen. We weten dat er een hele groep, een vrij grote groep aanwezig is in onze gemeente, arbeidsmigranten waarvan men niet weet, volgen die de regels, allez, qua quarantaine. En dat is bijna onmogelijk in kaart te brengen. ... Als iemand uit Europa naar hier komt en die zijn eigenlijk verplicht om zich aan te melden bij het lokaal bestuur. Maar ja, als dat niet gebeurt, weet ge niet dat ze er zijn. En zelfs als we vast laten stellen dat ze er zijn en ze melden zich dan nog niet aan, ja, blijft dat ook zonder gevolg. Mensen hebben ook geen voordeel erbij om het te doen. En wat we zien, is dat vaak mensen op- en afreizen. De eerste keer dat ze komen, melden ze zich wel aan, omdat ze een nummer nodig hebben om hier te kunnen werken. Maar de ene keer dat ze dat nummer hebben, laten ze ook niet meer weten van o, we gaan weg, we komen terug. En weet u of er uitbraken zijn geweest onder die groep? Ja. (B1)

Uit de interviews komt naar voren dat COVID-19-besmettingen soms wel te maken hebben met grensoverschrijdende contacten met familieleden, collega's of vrienden, tijdens werk, feest of mantelzorg. En soms is er sprake van een uitbraak - een cluster van infecties – waarbij door

contactopsporing duidelijk wordt dat die uitbraak gerelateerd is aan grensverkeer. De experts relativeren echter de omvang van het aantal besmettingen dat veroorzaakt wordt door grensverkeer. Ze wijzen er niet alleen op dat ze geen gegevens hebben die de stelling rechtvaardigen dat grensverkeer een grote impact heeft gehad op de ontwikkeling van de pandemie in een van de drie landen. Elke vorm van mobiliteit - of het nu binnenlands is of grensoverschrijdend - is volgens hen een risico als preventieve maatregelen worden veronachtzaamd.

2.5 Slot

In deze paragraaf is duidelijk geworden dat de experts het grenzeloze leven in de grensregio niet als een belangrijke factor zien in de verspreiding van de pandemie, maar ze zien door nationale controlemaatregelen in Nederland, Duitsland en België de bestuurlijk-territoriale grenzen tussen die landen langzaam maar zeker wel terugkeren. Terwijl de grensregio sinds 1995 haar eigen grenzeloze sociale, economische en culturele karakter heeft gekregen, wordt ze tijdens de pandemie een brandpunt van vele verschillende, vaak tegenstrijdige nationale maatregelen om de pandemie te controleren. Het nationale karakter van de infectieziektebestrijding gaf weinig complicaties in de grensregio zolang zich geen epidemie voordeed, maar COVID-19 bracht spanningen aan het licht tussen het grenzeloze leven in een grensregio en een nationaal georganiseerde en centraal aangestuurde infectieziektebestrijding. Dat de wirwar van regels in Nederland, Duitsland en België – van mondkapjes tot quarantaine - veel complicaties oplevert voor het leven in de grensregio, staat niet scherp op het netvlies van nationale bestuurders die de regio voeren in de pandemie controle. Zij zien de natie staat als een geheel. De notie van een Europese grensregio wordt door en in de nationale COVID-19-strategieën dan ook ondergeschikt gemaakt aan het centrum-periferie model. De relaties met nationale overheden krijgen noodgedwongen prioriteit boven de relaties met de burens.

3. ‘Gesloten’ grenzen, het dagelijkse leven en de pandemie

3.1 Introductie

De meeste experts die we spraken, relativeerden de rol van grensverkeer in het verloop van de pandemie in die landen. Toch namen verschillende landen tijdens de pandemie maatregelen om grensverkeer te beperken vanuit de aanname dat dat zou bijdragen aan de reductie van het aantal binnenlandse besmettingen. In het publieke debat wordt veel gewag gemaakt van grenssluitingen, maar het palet van maatregelen laat vele verschillende gradaties en verschillende vormen van restricties van grensverkeer zien: specifieke voorwaarden om de grens te mogen passeren zoals een beperkte duur van het bezoek en testbewijzen, specifieke regels voor quarantaine na grensverkeer, en verboden voor niet-noodzakelijk grensverkeer. Volgens Lee et al (2021) zijn er vele verschillende benamingen in omloop voor verschillende soorten restricties, hetgeen ordening lastig maakt. De restricties voor niet-noodzakelijk reizigersverkeer in Nederland, Duitsland en België werden zowel gepresenteerd als ervaren als “grenssluitingen”. Doordat deze maatregelen kracht werd bijgezet door gebruik van imponerende waarschuwborden, materiële wegversperringen (betonblokken, hekken, zandhopen) en politiecontroles, had dit een grote impact op het leven in de grensregio.



De symbolische dimensie van deze materiële en fysieke versperringen in een grensregio in de Schengenzone is niet te onderschatten.

In dit hoofdstuk gaan we eerst in op de visie van de experts op de effecten van de beperkingen van grensverkeer op het sociale en economische leven in de grensregio. Daarna laten we hen

aan het woord over hun visie op de vraag of beperkingen van grensverkeer bijdragen aan de bestrijding van de pandemie en reductie van het aantal besmettingen.

3.2 Beperkingen van grensverkeer en sociaal leven in de grensregio

Alle mensen die we hebben gesproken benadrukten het ingrijpende karakter van beperkingen van het grensverkeer voor het leven in een grensregio. Ze hadden er zelf ook als privépersoon mee te maken: sommige wonen in het ene land en werken in het andere land, ze hebben familie over de grens of kinderen die naar scholen gaan in een ander land. Maar ook als expert zien ze de gevolgen van beperkingen van grensverkeer. Zo vertelde een expert over de gevolgen voor de ouderenzorg.

De mensen die de hulp moeilijker kunnen betalen, komen altijd bij ons terecht. ... Die mensen die moeten ook boodschappen hebben. ... Het is veel goedkoper om naar een groot warenhuis in Nederland te gaan. Voor veel van die senioren doen we een uitstap. We gaan eens naar Stein ... kunnen ze een bakje koffie drinken. Dat is heel belangrijk voor die mensen. Maar dat is allemaal weggefallen. ... En dan familieleden die in Nederland wonen, of die naar hun ouders willen komen, of naar hun dochter. Het contact is veel minder, hè? (B5)

Anderen wezen erop dat de zorg in de grensregio bijvoorbeeld zwaar leunt op grensverkeer. Er zijn veel patiënten die de grens oversteken om hun arts te bezoeken en veel medische en zorgexperts passeren dagelijks de grens omdat ze in een ander land in ziekenhuizen en in de zorg werkzaam zijn.

Stel, je beperkt dit noodzakelijke grensverkeer – je verhindert doktersbezoek of grensoverschrijdend professioneel werk, dan levert dat grote schade op. Er zijn veel Duitsers die in een Belgisch ziekenhuis werken bijvoorbeeld. Stel dat je dat zou stoppen, wat gebeurt er dan? (D3)

Ze benadrukten dat reisbeperkingen in het kader van toerisme van een ander kaliber zijn dan beperkingen van alledaags grensverkeer in een grensregio.

Niet op vakantie gaan is iets heel anders ... Er is niet over nagedacht dat er zo veel mensen zijn die over de grens werken of om andere redenen vaak de grens over moeten steken. Dat kan niet zomaar stoppen vanwege COVID-19. (N10)

De beperkingen van grensverkeer waren zeer ingrijpend voor veel bewoners van de grensregio, maar de precieze betekenis van 'grenssluiting' is afhankelijk van de praktische context, van onderhandelingsruimte en praktische aanpassingen. Zo werden in België vele formele uitzonderingen in het leven geroepen voor grensregiobewoners die naar Nederland of Duitsland moesten reizen.

Het is logisch dat je na het besluit om de grenzen te sluiten meteen geconfronteerd wordt met het feit dat het daardoor voor veel burgers onmogelijk wordt een normaal leven te leiden, ook al respecteren ze de maatregelen. Dus er werden in hoog tempo een hele reeks wettelijke uitzonderingen gecreëerd. Om een partner te bezoeken, om co-ouderschap uit te kunnen voeren, doktersbezoek – het is allemaal als uitzondering in de wet opgenomen. (B3)

Ook in Duitsland bedacht men uitzonderingen om het sociale leven in dorpen die letterlijk op de grens liggen zoals Selfkant, Dinxperlo en Suderwick, niet extreem te belasten. Niet alleen juridisch, maar ook in de praktijk werd gezocht naar openingen en aanpassingen. Zo vertelde een Duitse expert hoe de fysieke situering van de grens in de praktijk onderhandelbaar is:

We hebben een Belgische supermarkt vlakbij, die ligt 20 meter vanaf de grens op Belgisch grondgebied. Veel lokale Duitse bewoners doen daar hun boodschappen. Toen er twee douanebeambten kwamen om de grens te sluiten, ging de eigenaar met die typische Belgische mentaliteit naar hen toe en zei: "He, je kunt hier de grens niet sluiten!". Toen hebben ze de borden 50 meter verderop gezet, zodat de Duitse inwoners nog wel daar naar de winkel konden. (D5)

Maar niet iedereen was genegen tot schipperen en onderhandelen, en dan moesten andere oplossingen worden gezocht. Dat gebeurde bijvoorbeeld met het transport van patiënten over de grens. Normaliter werd dit door Belgische en Duitse ambulances gedaan, maar de sluiting van de grens maakte dit moeilijk.

Het was geen probleem om patiënten per ambulance van België naar Duitsland te vervoeren. In de omgekeerde richting bleek het lastiger. Toen de Duitse ambulance de grens niet mocht passeren, hielden ze zich aan de regels en stopten dus bij de grens. Toen moesten we dus iets andere verzinnen. In België schipperen we wel een beetje met de wet, maar voor mensen uit Duitsland ligt dat anders. Die zeggen, als ik niet verder mag, dan ga ik niet verder. Toen hebben we maar ambulances naar Duitsland gestuurd om de patiënten weer op te halen. (B6)

Beperkingen van grensverkeer levert in een grensregio waar men gewend is aan grenzeloos leven veel problemen op. Een beroep doen op formele uitzonderingsregels betekent veel administratief-bureaucratisch werk. Maar bewoners van de grensregio nemen ook het lot in eigen hand: ze schuiven met borden en grenspalen en informeren elkaar over sluiproutes en waarschuwen voor controles. Tijdens de pandemie worden bestuurlijk-administratieve grenzen tussen Nederland, Duitsland en België weer nieuw leven ingeblazen, maar dat stimuleert ook een creatieve omgang met de regels onder bewoners: hier en daar keert de sfeer van smokkel terug.

3.3 Beperkingen van grensverkeer en nationale COVID-19 trends

Het idee achter de beperking van grensverkeer is dat daardoor mobiliteit wordt beperkt en het aantal besmettingen in een land beter kunnen worden bestreden en kunnen worden gereduceerd. Of dit in de praktijk ook het geval is, is moeilijk vast te stellen. Hoe denken de experts die we hebben geïnterviewd over de rol van grensverkeer bij verspreiding van het virus?

Sommigen zagen wel een correlatie tussen grensverkeer en de incidentie in hun nationale grensregio en brachten dit in verband met verschillende maatregelen aan beide kanten van de grens.

Natuurlijk had de ontwikkeling van de pandemie, met name in België, een grote invloed op de grensregio... want de incidentie cijfers gaan dan die van het buurland volgen. We hebben veel grensverkeer hier. (D10)

We stonden negen maanden lang in de top drie van Duitsland met de wekelijkse incidentie per 100.000 inwoners. Sinds de beperkingen van grensverkeer met Nederland, zijn die cijfers veel lager. Dat is toch wel een indicatie. (D6)

De meeste experts stonden echter nogal sceptisch tegenover de regulering van grensverkeer als een instrument om COVID-19 te beheersen. Volgens sommigen hadden beperkingen van grensverkeer wellicht een beetje effect kunnen hebben in de eerste fase van de pandemie, en dan vooral een vertragend effect.

Het sluiten van de grens in april of mei vorig jaar zou totaal zinloos zijn geweest. Mobiliteit beperken zou zin hebben in de vroegste fase van de pandemie, in februari. Dat zou wel effect hebben gehad op de ontwikkeling van de crisis denk ik. (N2)

Ik denk dat de grens op zich de verspreiding van het virus niet stopt. Het kan de verspreiding hoogstens vertragen. Uiteindelijk stoppen pathogenen niet bij grenzen. Ze hebben ook geen paspoort. Het sluiten van grenzen is alleen nuttig in de vroegste fase van een pandemie, dat blijkt ook uit onderzoek. ... We zouden de pandemie niet hebben kunnen voorkomen, maar wel een beetje vertragen misschien. (N3)

Volgens de meesten zijn grenssluitingen geen effectief instrument voor pandemiebestrijding in een regio die sterk afhankelijk is van grensverkeer.

Dat werkte niet, he. Het werkte niet voor de Britse variant noch voor andere. Het werkt eenvoudig niet. Er zijn ook veel te veel uitzonderingen. ... Grenssluitingen zijn geen effectief instrument. We zijn daarvoor te mobiel. (D10)

Maar wij hadden alleszins niet de indruk in het testcentrum dat het opengaan van de grenzen een groot effect heeft gehad op de verspreiding. Als ik dan, alle, ik kan dan alleen spreken over Maasmechelen en over mijn gevoel. (B1)

Sommige experts benadrukten dat mobiliteit en sociaal contact het grote probleem is, maar niet per se grensverkeer.

Persoonlijk denk ik niet dat het sluiten van de grens veel effect had. De mensen moesten toch reizen voor werk, school etc. Mensen zouden in het algemeen wel minder moeten reizen. (N5)

Mobiliteit is het grote probleem. In Duitsland, in Nederland, overal. Mensen zouden thuis moeten blijven. ... Mobiliteit is altijd een bron van infecties. Of het sluiten van de grenzen dan echt helpt? Ik kan het niet goed beoordelen, maar ik heb zeer mijn twijfels. (N6)

En de handhaving van preventiemaatregelen aan beide kanten van de grens is belangrijk, niet het sluiten van de grens.

We zagen dat de cijfers flink naar beneden gingen toen wij [Duitsland] in lockdown waren en Nederland ook beperkingen invoerde. ... Het is ook duidelijk dat als er net over de grens een wekelijkse incidentie is van 300 en wij hebben 100, dan zouden die cijfers beïnvloed worden door grensverkeer, winkelen etcetera. Dat is normaal. Ik denk niet dat het sluiten van de grens daar veel aan zou veranderen, het zijn de maatregelen die ter plekke gelden die het doen. Het is belangrijk om het aantal infecties in een woonplaats te reduceren zodat je geen clusters krijgt. ... Het is dus belangrijk dat contact beperkingen in Nederland zijn ingevoerd. Dat zou meer effect hebben dan het sluiten van de grens. (D6)

Sommige experts vonden de grenssluitingen in de context van Schengen volslagen onzin.

Een infectie de kop indrukken, een pandemie stoppen door de grens te sluiten is totaal absurd. Dat kan niet werken. In ons team zeiden we steeds, dat is hetzelfde als een overstroming stoppen door een decreet uit te vaardigen in plaats van zandzakken te plaatsen. Virussen kun je niet stoppen met wetten. De grens sluitingen werden hier meer ervaren als een stomp in de maag, als een aanval op het idee van Europa, dan als een effectieve maatregel om verspreiding van infecties te voorkomen. (D5)

Het verdrag van Schengen had de grensregio een identiteit verschaft als Europese grensregio, door de vele nationale maatregelen om grensverkeer te beperken, was de grensregio in feite weer terug bij af.

3.4 Slot

In het vorige hoofdstuk is duidelijk geworden dat de experts intensief grensverkeer in een grensregio op zichzelf niet als een risico beschouwen voor de verspreiding van COVID-19 in de betrokken landen. Immers, reizen over de grens is niet anders dan reizen binnen een land. Het is dus niet verrassend dat in dit hoofdstuk naar voren komt dat de experts de meerwaarde van strenge beperkingen van grensverkeer voor de bestrijding van COVID-19 niet zien. Er is op dit moment ook weinig 'evidence' voor de effectiviteit van beperkingen van grensverkeer en vanuit hun professionele optiek zijn veel andere maatregelen zoals afstand bewaren (zeker ook in de privésfeer) en minder mobiliteit in algemene zin veel belangrijker voor de COVID-19-bestrijding. Terwijl de meerwaarde van beperkingen van grensverkeer volgens de experts ontbreekt, wijzen ze nadrukkelijk op de negatieve consequenties van deze maatregelen voor het leven in de grensregio van Nederland, NRW en België. Het sociale en economische leven, inclusief professionele en informele zorgrelaties, raakt behoorlijk ontwricht en sommigen achten de maatregelen geheel in strijd met de geest van Europese samenwerking zoals het Schengen Verdrag dat uitdrukte.

4. Pandemiebestrijding in een grensregio

4.1 Introductie

Historisch gezien is de organisatie van de infectieziektebestrijding sterk verbonden met processen van staatsvorming. De introductie van de burgerlijke stand begin 19e eeuw met de registratie van geboorte, sterfte en huwelijken vormde de basis voor de ontwikkeling van geboorte-, sterfte- en doodsoorzaakstatistieken in Europese landen. In 1866 verscheen in Nederland bijvoorbeeld de eerste landelijke doodsoorzakenstatistiek met zes doodsoorzaken. De ontwikkeling van statistische technieken maakte het mogelijk om de gezondheidssituatie van een land of streek in een oogopslag – in een tabel of een grafiek – in beeld te brengen. De statistiek werd een belangrijk instrument voor artsen die in de 19e eeuw pleiten voor preventieve benaderingen om gezondheidsproblemen aan te pakken (Houwaart, 1991) en voor levensverzekeringsartsen die een grote rol speelden in het verantwoordelijke beheer van verzekeringsportefeuilles bij grootschalige, nationale levensverzekeringsbedrijven (Hacking, 1990; Horstman, 1996). De infectieziektebestrijding kan niet los worden gezien van de arrangementen die de productie van statistiek mogelijk maakten: het tellen en turven van meldingen van infectieziekten is ingebed in nationale wetgeving, nationale organisatiestructuren en financieringsregelingen, nationale data-infrastructuren en nationale ethische codes. Nederland, Duitsland en België hebben daarbij hun eigen varianten van centralisering en decentralisering van taken en bevoegdheden. Vanuit een mondiaal perspectief zijn deze verschillen in infectieziektebestrijding tussen deze landen wellicht klein, maar voor experts die werken in de grensregio en soms met alle drie landen te maken hebben, zijn ze aanzienlijk.

In dit hoofdstuk gaan we in op de manier waarop de experts de COVID-19-bestrijding in de grensregio ervaren voor en tijdens de pandemie, en hoe zij aankijken tegen de toekomst van de infectieziektebestrijding in de grensregio.

4.2 We kennen de collega's over de grens niet goed

In gesprekken met de experts zijn ook de uitdagingen die COVID-19 stelt voor het professionele werk in de infectieziektebestrijding in de grensregio aan de orde geweest. Een belangrijk thema was daarbij samenwerking over de grens: virussen stoppen namelijk niet bij de grens. In de context van dit onderzoek refereerden enkele experts aan het werk van euPrevent en van EMRIC, de Euregio Maas-Rijn Incidentbestrijding en Crisisbeheersing, waarbij brandweer, technische diensten crisisbestrijding uit de grensregio samenwerken, omdat bij een ramp hulpverleners uit een buurland soms eerder ter plaatse zijn.

We hebben EMRIC als een grensoverschrijdende samenwerking en we hebben persoonlijke contacten door de projecten van euPrevent. En onze diensten hadden ook al contacten met elkaar voor de uitbraak van corona. Vooral op het gebied van infectieziektebestrijding en rapportage, er zijn altijd wel gevallen van mazelen of tuberculose of een legionella uitbraak in de grensregio, en dan moet je samenwerken over de grens. (D10)

Een expert merkt op dat EMRIC tijdens de COVID-19-pandemie belangrijk werk deed met betrekking tot informatie en communicatie op beleidsniveau. Zo was er een centraal punt voor contact tussen de drie landen en werden er regelmatig updates gemaakt van de maatregelen die in de landen van kracht waren.

Dat wil zeggen, het is vooral op het niveau van een uitwisseling van informatie. Zodra er een wettelijk kader is, een nieuwe versie van het ministerieel besluit of nieuwe regels die hier in België van kracht zijn, deze onmiddellijk worden meegedeeld aan het centrale aanspreekpunt van de Euregio die een tabel maakt. En wat ik zeg geldt natuurlijk ook voor de Nederlandse kant en de Duitse kant van de Euregio. ... En er vinden natuurlijk politieke bijeenkomsten plaats. Ik herinner me dat de gouverneurs, hier deze zomer, werden samengebracht door de Belgische minister van Binnenlandse Zaken en door de Nederlandse minister van Justitie en Veiligheid om te kunnen praten over de grenssituatie en om te zien of de 'we zullen het principe van sluiting als we een tweede golf zouden meemaken. Het antwoord was echter echt nee, ergens moeten we het niet hebben over sluiting ... Voor dit soort politieke ontmoetingen vinden uitwisselingen plaatsvinden. Wanneer we weten dat we zoals nu gaan spreken over grensoverschrijdende gebieden en dat we daarom in bepaalde gevallen door ondertekening van een verklaring op erewoord toe te staan de grens over te gaan, worden de zaken besproken, maar ze worden voorbereid door medewerkers. ... Het is

... dus vooral informatie, communicatie. ... Toen er veel Belgische burgers naar de winkels in Nederland gingen, toen schreven de Nederlandse autoriteiten aan de gouverneur in België: "Communiqueer svp in België dat er net zulke goede winkels in België zijn als in Nederland, om dat reizigersverkeer te vertragen." En de teksten, de persberichten werden vaak gemaakt in overleg. Mijn contactpersoon in Nederland stuurde mij het project en dan gaf ik mijn standpunt, en vanaf dat moment zorgden we ervoor dat we een gemeenschappelijke tekst publiceerden. Dit zijn voornamelijk uitwisselingen van informatie en communicatie. (B4)

Een andere expert heeft ook goede ervaringen met samenwerking op meerdere niveaus.

Voor ons zijn de contacten met Nederland in de grensregio die we door de jaren heen hebben opgebouwd, heel belangrijk. Je kent elkaar van een aantal ontmoetingen, de districts-directeur ontmoet bijvoorbeeld zijn Nederlandse tegenhanger. Er zijn ook interessante uitwisselingen door Euregio projecten ... er is al veel in gang gezet en dan heb je een goede start als er een pandemie uitbreekt. (D2)

Medewerkers van de GGD Zuid Limburg die eerder hadden samengewerkt over de grens, hadden tijdens de pandemie intensief contact met collega's in Aken en Heinsberg. Deze en andere experts wezen echter ook op de grote verschillen tussen de infectieziektebestrijding in de drie landen en de moeilijkheid om elkaar te vinden.

Het systeem voor infectieziektebestrijding werkt heel anders. De Nederlanders doen het nogal anders dan wij in Duitsland, ook op basis van andere juridische regels. Ze werken in geheel verschillende systemen, je kunt niet anders zeggen. (D2)

België is een heel ander verhaal. Samenwerken met België betekent samenwerken met drie verschillende regeringen... en ze hebben een heel andere structuur voor de infectieziektebestrijding. In België moeten we voor partners die werken aan publieke gezondheidszorg buiten de publieke gezondheidszorg kijken. (N5)

We hadden meerdere patiënten uit het Sankt Vith ziekenhuis opgenomen op onze IC, en een van de patiënten stierf. We bleken geen enkel contact te hebben in België die we konden informeren. Niet de familie, niet de autoriteiten in verband met de sterfte statistiek. Ik heb geen contactpersoon voor de publieke gezondheidszorg in België. ... Er is geen structuur die correspondeert met die van ons. ... De homepage van de website van Sciensano heeft me wel geholpen om het Belgische systeem te begrijpen. En ik ken een senior-arts die de COVID afdeling in het Sankt Vith ziekenhuis leidde, maar die heeft ook geen contact bij de Belgische autoriteiten tot wie ik me kan wenden. (D5)

De infectieziektebestrijding in de drie landen is niet alleen behoorlijk verschillend ingericht, als een gevolg van de nationale context en organisatie voor infectieziektebestrijding, waren experts in Nederland, NRW en België voor de uitbraak van de pandemie primair gericht op hun nationale taakstelling. Ze wisten dus betrekkelijk weinig van de manier waarop de collega's aan de andere kant van de grens werkten en hadden weinig tot niets met elkaar te maken.

Het enige waarbij we heel, heel erg hard hebben gewerkt aan harmonisatie, was de spoed-ambulance zorg. Daar hebben we al jaren, decennia heldere afspraken over samenwerking. Maar op alle andere terreinen – medische zorg, of het intramuraal is of extramuraal of publieke gezondheidszorg - hebben we maar sporadisch met elkaar te maken. (D5)

De samenwerking met het ziekenhuis in Sittard werkte bijvoorbeeld heel, heel goed. Voor de uitbraak deden ze dat ook als we belden. We hebben bijvoorbeeld iemand met een longontsteking door corona of een vermoeden van een longontsteking. ... Dan kunnen we het ziekenhuissysteem over de grens gebruiken.... [Ook] als iemand een beroerte krijgt, wordt hij naar Sittard gestuurd. (D7)

Ja, ik denk enerzijds, we doen dat nooit, samenwerken met collega's over de grens. Maar ook omdat, ik denk, in de verschillende landen zaken anders geregeld en anders gestructureerd zijn. Dus om dan nu gelijken te vinden zeg maar, in een ander land, is moeilijker dan als wij dat hier bijvoorbeeld in Vlaanderen bij een andere gemeente moeten doen. Dat is soms al moeilijk, omdat ook gemeentes zaken anders clusteren. (B1)

Uit de verhalen van de meeste experts komt naar voren dat voor zover er sprake is van samenwerking, dit doorgaans van korte duur is. Omdat het niet behoort bij de reguliere taken van de infectieziektebestrijding is er geen tijd en geld beschikbaar voor samenwerking op een structurele basis.

Ja, communicatie over de grens was vroeger een groot probleem. We hadden geen telefoonnummers en wisten niet eens dat ze GGD genoemd werden. ... Nu is er het SHE-project ... zodat grensregio's elkaar leren kennen op het niveau van de gezondheidsautoriteiten. We hebben nu voor het eerst telefoonnummers. (D9)

Vaak is samenwerking afhankelijk van het initiatief van sommige personen die grensoverschrijdend werken extra interessant vinden en als die personen – om welke reden dan ook – niet meer het voortouw nemen, stopt de samenwerking

We hebben drie GGDs in Gelderland. ... Die hebben alle drie een grens met Duitsland. ... Ik denk dat we elke twee jaar een bijeenkomst hadden. Dat is belangrijk, in contact

blijven. Want er is veel grensverkeer, veel mensen die in Duitsland wonen en in Nederland werken, en omgekeerd. Mensen die in Duitsland wonen en in een Nederlands ziekenhuis liggen. Dan moeten we collega's aan de andere kant van de grens informeren. ... Maar de laatste jaren hebben we geen bijeenkomsten meer gehad. Drie jaar geleden werd door omstandigheden een uitgesteld en toen heeft het nooit meer plaatsgevonden. (N4)

Soms is een samenwerking van korte duur, omdat het is gebaseerd op een tijdelijk project, met een specifiek doel en een tijdelijke financiering. Dit tijdelijke extra geld legitimeert dat experts tijd besteden aan een samenwerkingsproject, maar als de financiering stopt, stopt ook het project.

We hebben verschillende projecten gedaan over de omgang met grensoverschrijdende outbreaks. We hebben een template gemaakt voor de communicatie van gevallen en uitbraken maar dat was van 2010 tot 2012. Daarna stopte het project. Er vloeiden wel blijvende contacten uit voort en een overleg- en meldingsstructuur. (N5)

Ja, er was geld voor bijeenkomsten en we hadden een uitwisseling. En er was iets Euregionaals over multi-resistente pathogenen ... en ik heb lange tijd meegedaan in een Interreg-programma. Maar dat is allemaal gestopt. (D6)

In de veiligheidszorg werkt met een soort verbindingsofficier, die tenminste contacten bijhoudt en weet wie aanspreekbaar is aan de andere kant van de grens als en een probleem is.

We hebben aan de Nederlandse kant, van Groningen tot Maastricht, in totaal 16 grensliasons. ... Dat betekent, als er een probleem is, een ramp in Duitsland, hier in het grensgebied die bijwerkingen kan hebben in de richting Holland bijvoorbeeld ... De grensbeambte uit Holland gaat daar dan heen en gaat aan tafel in het crisisteam zitten en krijgt informatie uit de eerste hand. En de grensliason geeft deze informatie door aan de Nederlandse veiligheidsregio's. ... Waar het om gaat is simpelweg dat zo'n grensliason aan tafel kan zitten, in Nederland of in Duitsland, afhankelijk van de situatie. Dat is een taak, maar de grensverbinding is ook, laat ik zeggen, het informatieknoppunt. Zo kan er ook af en toe een grenswacht gebeld worden en die weten de weg, in Nederland of in Duitsland, al naar gelang ... En ik kan me voorstellen dat deze structuur nog verder ontwikkeld gaat worden. De structuren zijn er, maar dat is fragiel, nietwaar? De structuur bestaat al drie jaar, maar er is nog ruimte voor verbetering. Bovenal is het erg afhankelijk van één of hoogstens twee personen. (N6)

Dit systeem werkt als zodanig goed, maar het is ook kwetsbaar en vraagt om onderhoud.

Het feit dat de infectieziektebestrijding vanuit een historische logica nationaal is georganiseerd, heeft ertoe geleid dat samenwerking met collega's in een naburig land geen structurele plek in

de organisatie heeft gekregen. Samenwerking was daarom altijd een zaak van een persoonlijk initiatief, een tijdelijke projectfinanciering, of een incidentele aanleiding: samenwerking kreeg nooit de prioriteit van de organisatie en zolang zich geen grote grensoverschrijdende uitbraken voordeden, waren er geen redenen om dat te veranderen. Hoewel experts die ervaring hadden met grensoverschrijdende samenwerkingsprojecten, dit erg op prijs stelden, betekende beëindiging van een tijdelijk project ook vaak het einde aan de grensoverschrijdende professionele contacten. De werkdruk liet niet toe dat er tijd werd geïnvesteerd in continuering. Soms bleef een mobiel telefoonnummer achter in deze of gene lijst van contacten, zodat een expert een collega aan de andere kant van de grens nog kon bellen als er een incidenteel probleem was, maar deze lijstjes raakten verouderd, en soms hadden experts geen idee hoe en met wie überhaupt contact te zoeken als dat nodig was. Het Verdrag van Schengen stimuleerde intensief sociaal en economisch verkeer in de grensregio van Nederland, NRW en België: het gebrek aan grensoverschrijdend verkeer tussen experts en wetenschappers in de infectieziektebestrijding steekt daar schril bij af.

4.3 Obstakels voor infectieziekten bestrijding in een grensregio

Voor de pandemie werden de verschillen in infectieziektebestrijding tussen Nederland, Duitsland en België en het ontbreken van structurele grensoverschrijdende samenwerking niet als een urgent probleem ervaren, noch door landelijke beleidsmakers noch door experts in de grensregio. Tijdens de pandemie werden veel experts in de grensregio zich bewust van de invloed van centraal, nationaal beleid, regels en protocollen op hun werk in de grensregio. Bij een pandemie wordt in Nederland de infectieziekte gedefinieerd als een zogenaamde A-ziekte, hetgeen betekent dat sprake is van centrale regie bij de bestrijding ervan. Experts merkten echter dat nationale protocollen soms een obstakel vormden voor lokale infectieziektebestrijding in een grensregio met intensief grensverkeer.

Zo vertelde een expert over de obstakels die ze ervaarde rond een uitbraak van COVID-19 in de grensregio.

De uitbraak in Heinsberg is een goed voorbeeld van de afstand tussen onze grensoverschrijdende problemen en de landelijke aanpak van COVID-19. Het is moeilijk om hier lokaal goed op te reageren omdat we ons steeds aan nationale en internationale regels moeten houden, en die zijn niet toegesneden op de situatie in een grensregio.
(N5)

De gebrekkige flexibiliteit kwam bijvoorbeeld tot uitdrukking in de nationale definitie van 'een case' en in een mismatch tussen handelingen die vanuit het perspectief van effectieve infectieziektebestrijding in de grensregio noodzakelijk zouden zijn en wat op basis van nationaal beleid gedaan mag worden.

Landelijk beleid rond contacten was vooral gericht op mensen die terugkeerden uit China en later uit Italië. Die landen golden als risicolanden. Dat bepaalde de definitie van een 'case', dus deze mensen werden getest en moesten in quarantaine als ze symptomen hadden. Maar we hadden eenzelfde probleem in de grensregio van Heinsberg, met veel grensverkeer. Een aanzienlijk aantal mensen dat woonde in Heinsberg en die een grote kans hadden op besmetting met het virus tijdens carnaval, de feesten met familie en vrienden, die werkt in de zorg in Nederland. ... En toen realiseerde we ons, het is hier, niet alleen aan de Duitse kant, maar ook bij ons. ... Om dat te monitoren en daarop te kunnen handelen zouden we de definitie van een 'case' moeten uitbreiden. We wilden mensen uit Heinsberg die symptomen hadden, testen. We wilden huisartsen waarschuwen, en vooral ook ziekenhuizen en verpleeghuizen. Zo van, wees voorzichtig! En inderdaad, snel nadat de eerste besmetting in Heinsberg was vastgesteld, hadden we een besmetting in een verpleeghuis. We hebben het virus gesequenced en het bleek inderdaad gekoppeld aan het geval in Heinsberg. ... maar de case definitie van een A ziekte uitbreiden, is heel gecompliceerd. We vroegen het meerdere malen aan het RIVM, want het zou voor ons in deze grensregio heel behulpzaam zijn, maar zij zeiden, nee, dat kan niet. Het is omringd met politieke sensitiviteit. Als je dat doet, maak je district Heinsberg tot een hoog risico district, en heeft heel veel consequenties voor de regio. Dat kun je ook niet doen als regio, want het is een ander land. Dat is een formele zaak, dan wordt de WHO erbij betrokken. We bleven dit bespreken met het RIVM, want we wilden kunnen waarschuwen, testen en uiteindelijk hebben we de case definitie kunnen uitbreiden naar Heinsberg, maar we waren al te laat denk ik. ... We hadden goeie contacten met onze collega's in Heinsberg, maar we waren te laat. ... en we waren te druk met ons eigen werk, en we hadden geen gestructureerd plan. (N5)

Andere experts merken iets vergelijkbaars op. De centrale, landelijke regie en aanpak van de pandemie heeft in een grensregio nadelen.

De regels komen uit Den Haag, en we moeten ze vertalen naar Twente, maar we hebben amper ruimte om ze voor deze grensregio geschikt te maken. Deze regels gelden als een formele 'aanwijzing' van de minister en we kunnen daar niet zo veel mee. We kunnen de bars in Twente sluiten, maar dan gaan mensen naar een andere regio, het waterbed effect. Dus je wilt eensluitend beleid in de 25 Nederlandse veiligheidsregio's maar die grenzen niet alleemaal aan een ander land he. In Den Haag denken ze niet na over wat er in Duitsland gebeurt. Ze kijken alleen naar Nederland. Dus, als in Nederland de winkels dicht gaan, kijken ze niet naar de potentiële grensoverschrijdende effecten. Soms moesten we onze Duitse collega's uitleggen wat er in Nederland gebeurde en waarom. Maar in Den Haag werken ze vanuit een Nederlands perspectief en geen internationaal perspectief. (N9)

Ook in de contactopsporing na een besmetting werden experts belemmerd door de nationale aanpak en regels.

We zagen bijvoorbeeld dat als iemand positief was getest en contacten had in Nederland en vice versa, contact opsporing niet altijd plaats vond, omdat de woonplaats van de persoon bepaalt welke publieke gezondheidszorg dienst verantwoordelijk is voor opvolging. (D7)

Een andere expert vertelde dat de Nederlandse diensten de contactopsporing in Nederland doen en de Duitse in Duitsland, maar dat betekent dat het netwerk van mogelijke besmettingen van iemand die in Nederland woont en veel contacten heeft in Duitsland dus niet in kaart wordt gebracht. Deze taakverdeling hangt deels samen met regels voor de uitwisseling van gegevens.

We kunnen geen data uitwisselen over de grens. Ik heb lijsten met namen van mensen die in contact zijn geweest met iemand die besmet bleek, Aken heeft lijsten met namen, Heinsberg heeft lijsten met namen, maar we mogen ze niet delen. Dat is wettelijk niet toegestaan. Er mag alleen officieel uitgewisseld worden dat er een besmettingsgeval is vastgesteld. (N5)

Vele andere experts merken op dat het delen van data en informatie over de grens gecompliceerd is. Door strikte wetgeving maar ook door ICT-systemen die heel verschillend zijn ingericht.

Een laatste obstakel waar experts zich mee geconfronteerd zagen, had te maken met de toepassing van verschillende quarantaineregels in de landen.

Er waren bijvoorbeeld Belgische werknemers met COVID-19 en die werden relatief snel, na 7 dagen ontslagen uit quarantaine. Terwijl wij in Duitsland een 14 dagen minimum aanhouden. Dan kwam de werkgever bij ons en zei: 'Hij komt weer naar het werk, maar hij zou nog in quarantaine moeten zijn, wat moet ik doen?' we zijn het dan eens met die werkgever, maar dat genereert wel spanningen. (D5)

De quarantainetijden zijn anders, waardoor we hier veel problemen hebben, dat bijvoorbeeld Nederland kortere quarantainetijden heeft dan wij, waardoor mensen [in Nederland] niet zo lang in quarantaine zitten, maar wij niet willen en werkgevers willen niet, dat mensen weer aan het werk komen in Duitsland. (D10)

Uit de interviews komt naar voren dat de experts die werken in de infectieziektebestrijding in Nederland, NRW en België voor de uitbraak van de COVID-19-pandemie weinig samenwerkten. Ze vonden dat jammer, maar beschouwden het niet als heel urgent omdat er altijd andere prioriteiten waren. Tijdens de pandemie ervaarden ze veel sterker de beperkingen van de sterke

nationale focus van de infectieziektebestrijding voor hun werk in de grensregio. Soms konden experts elkaar over de grens wel vinden en werkten ze goed persoonlijk samen, maar structurele samenwerking in de grensregio ontbreekt. Juist omdat wetgeving in de drie landen verschilt, omdat protocollen op nationaal niveau worden vastgesteld, omdat ICT-systemen sterk verschillen, er verschillende nationale juridisch-culturele conventies gelden, wordt samenwerking tijdens de pandemie node gemist.

4.4 Virussen dwingen tot grensoverschrijdend professioneel contact

Hoe zien de experts uit Nederland, NRW en België hun werk in de grensregio in de nabije toekomst? Het zal geen verrassing zijn dat, gezien de opmerkingen van de experts over hun professionele werk in de grensregio voor en tijdens de pandemie in de voorgaande paragraaf, vrijwel iedereen het belangrijk vond om meer te investeren in grensoverschrijdende contacten en samenwerking.

Er zijn zoveel mogelijkheden in de samenwerking. En het is niet slecht natuurlijk, ik bedoel het feit dat die grenzen open zijn, dat we vrij kunnen reizen in Europa, dat vind ik super. Maar het kan nog veel beter qua kennisdeling, qua samenwerking inderdaad. In plaats van tegen elkaar te werken, zorg ervoor dat er dan gecommuniceerd wordt met Nederlanders. (B2)

We moeten staande samenwerkingen hebben en samenwerkingsnetwerken gebaseerd op eerdere werk-contacten. We zijn daar niet ver genoeg in gegaan. (N2)

Goede grensoverschrijdende persoonlijke contacten zijn cruciaal, ook op politiek strategisch niveau. (D1)

Ik denk in het algemeen rond veel thema's dat we vaak wat nauwer zouden moeten samenwerken als lokale besturen met onze Nederlandse collega's. Als er wat meer banden zijn, dat ge inderdaad bij zaken die dan plots opduiken, ook sneller dat contact legt. (B1)

Ik denk dat het belangrijker is dat we bijvoorbeeld in Maasmechelen meer naar een Nederlandse buurgemeente zouden moeten kunnen kijken van, hoe is het daar met jullie cijfers? Hoe pakken jullie die dingen aan? Kunnen we daar gezamenlijk een idee over vormen? (B5)

Sommigen wezen erop dat het belangrijk is om ook beter te begrijpen hoe collega's over de grens werken. Want, zoals een expert het fraai verwoordde, in vreedstijd moet je voorbereiden op het volgende conflict.

Ik denk dat het belangrijk is voor ons om straks, als de oorlog voorbij is, in vreedstijd, ons te verdiepen in de werkwijze van collega's over de grens. Hoe zijn jullie omgegaan met deze pandemie? Wat is de rol van de publieke gezondheidszorg, welke rol hebben huisartsen? Zijn er protocollen waarmee jullie werken? (D5)

Over deze vormen van samenwerking kwamen allerlei ideeën voorbij: ze varieerden van grensoverschrijdende stages tijdens de opleiding om bij elkaar in de keuken te kijken tot regelmatige symposia over inhoudelijke thema's.

Anderen wijzen erop dat het belangrijk is om te onderzoeken in hoeverre obstakels rond het delen van informatie kunnen worden weggenomen.

We hebben toestemming nodig van de EU om in het kader van de wetgeving rond data bescherming grensoverschrijdend informatie kunnen delen, zodat dat formeel wordt toegestaan. Nu zijn er te veel onzekerheden. Natuurlijk, in de praktijk werken we wel samen om besmettingen te voorkomen, maar er zijn onzekerheden. Om meer structureel samen te kunnen worden moeten we een wettelijke oplossing vinden voor het uitwisselen van informatie over de grens. Dat is heel gecompliceerd, dat moet op regeeringsniveau worden gedaan. Maar als dat zou lukken, zou lokale en regionale samenwerking wel een stuk gemakkelijker worden. (D1)

En weer anderen vragen zich af of er in het landelijke beleid niet meer aandacht kan komen voor het bijzondere karakter van grensregio's, zodat professionele regionale samenwerking over de grens ook vanuit de landelijke beleidscentra wordt gefaciliteerd.

Het zou goed als er wat meer ruimte zou zijn in het landelijk beleid voor de grensregio's, zodat experts daar meer toegerust zijn voor samenwerking met de burens. (N9)

Ik vind dat je lokaal bij zo een crisis, wat we nu met COVID meemaken, dat je lokaal veel meer macht ... macht is niet het juiste woord, meer zelf zou moeten kunnen beslissen. In Maasmechelen gaat het anders zijn dan in misschien al in Kinrooi. En dan zou je moeten kunnen ingrijpen. Of dat nu Geleen is of Maasmechelen, wij zijn burens hè, wij liggen vlak bij elkaar. Dus wij moeten weten in crisis wat er gebeurt. Als ... in Geleen ... bij de DSM morgen een heel groot ongeluk gebeurt en er ontsnapt een gif uit, dan worden wij toch ook geïnformeerd? Dan zijn we toch niet België en Nederland? Dan zijn wij één gebied waar iets aan het gebeuren is wat de mensen moeten weten. Bij COVID is dat helemaal niet gedaan. (B5)

Een expert vraagt in dat verband:

Als jullie met je studie een beetje invloed kunnen uitoefenen op de manier waarop grensoverschrijdende samenwerking tussen autoriteiten in de publieke gezondheidszorg vorm krijgt, dan zou het advies moeten zijn: dat moet niet besloten worden in Düsseldorf, Berlijn of Brussel, maar in Euskirchen, Eupen en Sankt Vith. (D5)

Sommige experts stelden dat het belangrijk is dat politieke context ook meer op samenwerking gericht is. Tijdens de pandemie kwamen landen met hun eigen nationale beleid en in de pogingen dat te verantwoorden werd ook vaak naar de prestaties van buurlanden gekeken. Welke landen deden het goed, welke minder goed, welke ronduit slecht? In de publieke en politieke arena ontstond een sfeer van competitie en concurrentie, die volgens de experts weinig productief is, en in een grensregio zelfs contraproductief is.

Ik denk dat het in april was ... Toen heeft de burgemeester van Lanaken op een gegeven moment een interview gegeven aan een krant, waarin hij zei van alle Nederlanders moeten buiten blijven omdat ze een te groot risico vormen. ... het was totaal niet objectief wat hij allemaal zei Hetzelfde met de wedstrijd van wie gaat er als eerste vaccineren tussen België, Nederland, Duitsland, slaat helemaal nergens op. Want België was dan wel sneller dan Nederland, maar heeft dan bijvoorbeeld zeg maar drie mensen gevaccineerd eind december, puur om politiek gezien te kunnen zeggen "we zijn begonnen". Daarna heeft het drie weken stilgelegen en is daarna eindelijk echt goed op gang gekomen. ... Ik denk ieder land heeft natuurlijk zijn eigen systeem hoe die sterfgevallen registreert en ook op wat voor manier. ... Het is op een gegeven moment een race geworden tussen wie doet het het beste en wie doet het het slechtste. ... (B2)

Ook een andere expert wees op de retorisch-politieke context waarin experts in de infectieziektebestrijding in de grensregio hun werk moeten doen.

Ik weet niet zo goed hoe ik het moet omschrijven ... die verschillen tussen België en Nederland waren vroeger misschien minder. Of misschien waren ze er wel maar werden ze niet zo ervaren, tussen Nederlanders en Belgen.... Maar het is ook wel een gegeven dat COVID-19 in het algemeen voor meer spanningen en frustraties in de maatschappij zorgt. Ik denk, het verschil Belgen-Nederlanders is een van de vormen waarin zich dat af en toe uit. (B1)

Ik herinner me nog veel van die eerste weken. "we willen geen Duitsers hier" of "we willen geen Nederlanders hier". Er speelden veel oude sentimenten en ressentimenten op. (D3)

Een andere expert wijst ook op nationalistische sentimenten die in de retorische politieke context van competitie en concurrentie komen boven drijven.

Mijn buurman werkt in Maastricht en heeft een auto van de zaak met Nederlandse nummerplaat. Dus die werkt nu permanent thuis maar die rijdt in Maasmechelen rond met een Nederlandse nummerplaat en die wordt daar heel veel op aangekeken. (B5)

Juist in een grensregio waar mensen gewoon zijn grenzeloos te leven, kunnen deze sentimenten negatief uitpakken voor het alledaagse leven, voor de relaties met burens, familie, vrienden en collega's.

4.5 Slot

In relatie tot processen van staatsvorming in de 19e eeuw is infectieziektebestrijding op nationale leest geschoeid. Ze heeft zich historisch ontwikkeld als een nationale praktijk, met een nationaal wettelijk kader en een nationale, sterk gecentraliseerde organisatie. Het gevolg hiervan is dat praktijken van infectieziektebestrijding in landen sterk kunnen verschillen. Dit kwam ook in de interviews naar voren: de experts ervaren behoorlijke verschillen tussen de infectieziektebestrijding in Nederland, NRW en België. Omdat zich lange tijd geen grote epidemieën voordeden, vormden deze verschillen ook geen groot probleem: experts hadden hun eigen taken en prioriteiten in hun eigen binnenlandse werkgebied, er was weinig kennis van de praktijk in buurlanden en er werd weinig samengewerkt. Voor zover de experts ervaring hadden met samenwerking, was dit veelal op projectbasis, kortdurend, geen onderdeel van het reguliere werk en dus geen prioriteit in de organisatie. Enkele experts zijn bekend met samenwerkingsverbanden zoals EMRIC en euPrevent, maar voor de uitbraak van COVID-19 was samenwerking aangaan niet urgent.

Gedurende de COVID-19-pandemie werden nationale beleidsmaatregelen genomen vanuit een nationaal perspectief en deze werden niet afgestemd met buurlanden. In de grensregio trachtte EMRIC de consequenties daarvan door communicatie en informatie een beetje op te vangen. Maar Nederland, Duitsland en België kwamen met verschillende maatregelen op verschillende tijden, en dat ging soms gepaard met een retoriek van competitie en concurrentie tussen politici en experts in die landen. Met name in de grensregio leidde dit tot spanningen tussen enerzijds het grensoverschrijdende karakter van de pandemie dat vraagt om grensoverschrijdende samenwerking en anderzijds de nationale aanpak van COVID-19. Het historische gebrek aan samenwerking tussen infectieziektebestrijding in Nederland, Duitsland en België op nationaal en regionaal niveau, deed zich tijdens de pandemie in de grensregio extra voelen. De experts die we spraken hadden daar op verschillende manieren in hun dagelijkse werk last van: bij de uitvoering van uitzonderingsregels (formulieren), bron- en contactopsporing en isolatie- en quarantaineregels; bij het uitleggen van de rationaliteit van verschillen in mondkapjesbeleid, lockdowns etc.; bij het bereiken van mensen in geval van sterfte van een persoon uit een

buurland. Het is opvallend dat in een grensregio, met intensief sociaal en economisch grensverkeer, de infectieziektebestrijding juist op zo'n nationale leest geschoeid is. Het is dus niet bevreemdend dat de meeste experts pleiten voor meer samenwerking over de grens, niet op projectbasis, maar als een structureel onderdeel van hun werk. Ze zien dit als een belangrijk onderdeel van de voorbereiding op de volgende pandemie.

Dankwoord

We danken alle expert experts voor hun bereidheid om met ons van gedachten te wisselen over de betekenis van grenzen tijdens de COVID-19-pandemie in de grensregio.

Literatuur

- Askitas, N., Tatsiramos, K., & Verheyden, B. (2021). Estimating worldwide effects of non-pharmaceutical interventions on COVID-19 incidence and population mobility patterns using a multiple-event study. *Scientific reports*, 11(1), 1-13
- Barlow, P., Schalkwyk, M. C. van, McKee, M., Labonté, R., & Stuckler, D. (2021). COVID-19 and the collapse of global trade: building an effective public health response. *The Lancet Planetary Health*, 5(2), e102–e107. [https://doi.org/10.1016/S2542-5196\(20\)30291-6](https://doi.org/10.1016/S2542-5196(20)30291-6)
- Becker, J. (2018) Speaking to The Wall: Reconceptualizing the US–Mexico Border “Wall” from the Perspective of a Realist and Constructivist Theoretical Framework in International Relations. *Journal of Borderland Studies*, <https://doi.org/10.1080/08865655.2018.1482775>
- Boffey, D. (2021, February 23). EU tells six countries to lift COVID border restrictions. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/world/2021/feb/23/eu-tells-six-countries-to-lift-COVID-border-restrictions>
- Bonardi, J. P., Gallea, Q., Kalanoski, D., & Lalive, R. (2020). Fast and local: How did lockdown policies affect the spread and severity of the COVID-19. *COVID Economics*, 23, 325-351
- Burns, J., Movsisyan, A., Stratil, J. M., Biallas, R. L., Coenen, M., Emmert-Fees, K. M., ... & Rehfuess, E. (2021). International travel-related control measures to contain the COVID-19 pandemic: a rapid review. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3).
- CBS (2020) <https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2020/13/8-duizend-zorgwerknemers-in-grenspendel-met-duitsland-en-belgie>
- Chetail, V. (2020). Crisis without borders: What does international law say about border closure in the context of COVID-19? *Frontiers in Political Science*, 2, 12.
- Christidis, P., & Christodoulou, A. (2020). The Predictive Capacity of Air Travel Patterns during the Global Spread of the COVID-19 Pandemic: Risk, Uncertainty and Randomness. In *International Journal of Environmental Research and Public Health* (Vol. 17, Issue 10). <https://doi.org/10.3390/ijerph17103356>

Dijstelbloem, H., Veer, L. van der (2019) The Multiple Movements of the Humanitarian Border: The Portable Provision of Care and Control at the Aegean Islands. *Journal of Borderland Studies*, <https://doi.org/10.1080/08865655.2019.1567371>

du Plessis, G. (2017). When pathogens determine the territory: Toward a concept of non-human borders. *European Journal of International Relations*, 24(2), 391–413. <https://doi.org/10.1177/1354066117710998>

ECDC, European Centre for Disease Prevention and Control. (2021) *Timeline of the ECDC's response to COVID-19*.

Eckardt, M., Kappner, K., & Wolf, N. (2020). *COVID-19 across European regions: The role of border controls*. Rochester: SSRN; Amsterdam: Elsevier.

European Commission. (n.d.). Interreg A - Cross-border cooperation. https://ec.europa.eu/regional_policy/de/policy/cooperation/european-territorial/cross-border/#1

Genschel, P., & Jachtenfuchs, M. (2021). Postfunctionalism reversed: solidarity and rebordering during the COVID-19 pandemic. *Journal of European Public Policy*, 28(3), 350–369. <https://doi.org/10.1080/13501763.2021.1881588>

Goodhand, J. (2018) The centrality of margins. The political economy of conflicts and developments in borderlands. Working paper 2. ESRC RES 155-25-0096. <http://borderlandsasia.org/living-on-the-margins>

Grépin, K. A., Ho, T. L., Liu, Z., Marion, S., Piper, J., Worsnop, C. Z., & Lee, K. (2021). Evidence of the effectiveness of travel-related measures during the early phase of the COVID-19 pandemic: a rapid systematic review. *BMJ Global Health*, 6(3), e004537.

Hacking, I. (1990) *The taming of chance*. Cambridge University Press.

Hinchliffe, S., Allen, J., Lavau, S., Bingham, N., Carter, S. (2013) Biosecurity and the topologies of infected life: from borderlines to borderlands. *Transactions of the Institute of British Geographers*. doi: <https://www.doi.org/10.1111/j.1475-5661.2012.00538.x>

Horstman, K. (1996) *Verzekerd leven. Artsen en levensverzekeringsmaatschappijen 1880-1920*. Babylon de Geus.

Houtem, H. van (2021) Beyond borderism. Overcoming discriminative B/Ordering and Othering. *Journal for Economic and Human Geography*, 34-43. <https://doi.org/10.1111/tesg.12473>

Houwaart, E. (1991) *De hygiënisten. Artsen, staat & volksgezondheid in Nederland 1840-1890*. Historische Uitgeverij Groningen.

Interreg (2021) Grenzpendler; Staatsangehörigkeit, Wohnland, Arbeitsregion (NUTS 3) - 2018. <https://grensdata.eu/#/InterReg/de/dataset/22003ENG/table?ts=1620740332330>.

Janssen, M. (2020) Habsburgers sloten de grenzen voor de pest. *Historisch Nieuwsblad*, 20 april. <https://www.historischnieuwsblad.nl/habsburgers-sloten-de-grenzen-voor-de-pest/>

Kenwick, M. R., & Simmons, B. A. (2020). Pandemic Response as Border Politics. *International Organization*, 74(Supplemental Issue E.1), 20–31. <https://ssrn.com/abstract=3686166>

Lee, K. Grepin, A.K. Worsnop, C., Summer, M. , Piper, J., Song, M. (2021) Managing borders during public health emergencies of international concern: A proposed typology of cross-border health measures. Submitted to *Globalization & Health*. <https://cissm.umd.edu/research-impact/publications/managing-borders-during-public-health-emergencies-international>

Limburger, 15 April 2021.

Linka, K., Peirlinck, M., Sahli Costabal, F., & Kuhl, E. (2020). Outbreak dynamics of COVID-19 in Europe and the effect of travel restrictions. *Computer Methods in Biomechanics and Biomedical Engineering*, 23(11), 710-717.

Mateus, A. L., Otete, H. E., Beck, C. R., Dolan, G. P., & Nguyen-Van-Tam, J. S. (2014). Effectiveness of travel restrictions in the rapid containment of human influenza: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 92, 868-880D.

Medeiros, E., Guillermo Ramírez, M., Ocskay, G., & Peyrony, J. (2020). COVIDfencing effects on cross-border deterritorialism: the case of Europe. *European Planning Studies*, 1-21.

Opiłowska, E. (2021). The COVID-19 crisis: the end of a borderless Europe? *European Societies*, 23(sup1), S589-

Ross, K. Razon, N. (2015) Interrogating Boundaries and Acknowledging Fluidity: Shifting Identity Markers in Palestine/Israel. *Journal of Borderland Studies*, <https://doi.org/10.1080/08865655.2015.1046470>

Taylor, P. J. (1994). The state as container: territoriality in the modern world-system. *Progress in Human Geography*, 18(2), 151–162.

Wald, P. (2008) *Contagious. Cultures, Carriers, and the Outbreak Narrative*. Duke University Press.

Walsh, M. G., Sawleshwarkar, S., Hossain, S., & Mor, S. M. (2020). Whence the next pandemic? The intersecting global geography of the animal-human interface, poor health systems and air transit centrality reveals conduits for high-impact spillover. *One Health*, 11, 100177. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.onehlt.2020.100177>

WHO, World Health Organization (2021) *Timeline: WHO's COVID-19 response*.

Wille, C., & Kanesu, R. (2020). Bordering in pandemic times. Insights into the COVID-19 lockdown. *Borders in Perspective – UniGR-CBS Thematic Issue*, 4, 105.

<https://doi.org/10.25353/ubtr-xxxx-b825-a20b>

Yuval-Davis, N., Wemyss, G., & Cassidy, K. (2019). *Bordering*. Polity Press

Bijlage 2 – The Euregional COVID-19 Atlas

Vanwege technische beperkingen is deze bijlage in lage resolutie opgenomen. Voor de versie met hoge resolutie verwijzen we u naar <https://euprevent.eu/products/publicaties/>.

The COVID-19 Euregional Atlas



Providing insight into COVID-19 pandemic data in the border regions of
Belgium, Germany and the Netherlands

The COVID -19 Euregional Atlas

De Euregionale COVID-19 atlas / Der euregionale COVID-19-Atlas / L'Atlas eurégional COVID-19

**Providing insight into COVID-19 pandemic data in the border regions of
Belgium, Germany and the Netherlands**

Inzicht verschaffen in gegevens over de COVID-19 pandemie in de grensregio's van België, Duitsland en Nederland.

Einblicke in COVID-19-Pandemiedaten in den Grenzregionen von Belgien, Deutschland und den Niederlanden.

Fournir un aperçu des données sur la pandémie COVID-19 dans les régions frontalières de Belgique, d'Allemagne et des Pays-Bas.



The Euregional COVID-19 Atlas was created to provide insight into the COVID-19 pandemic in the border regions between Belgium, Germany and the Netherlands.

The Euroregions used in this Atlas are:

- Meuse-Rhine Euroregion
- Euregio Rhine-Maas-north
- Euregio Rhine-Waal
- EUREGIO

Some areas are located in two Euroregions and have been allocated to the Euregio to which the area geographically best belongs. The figure shows how the Euroregions were finally divided.

The Atlas was realised through cooperation between the following organisations:

- euPrevent
- GGD Zuid Limburg (NL)
- Sciensano (BE)
- Gesundheitsamt Düren (DE)
- Maastricht University

This Atlas was made possible by a grant from the Province of Limburg (NL).



De Euregionale COVID-19 Atlas is gemaakt om inzicht te geven over de COVID-19 pandemie in de grensregio's tussen België, Duitsland en Nederland.

De Euregio's die binnen deze Atlas gebruikt worden zijn:

- Euregio Maas-Rijn
- Euregio Rijn-maas-noord
- Euregio Rijn Waal
- EUREGIO

Sommige gebieden zijn deel van twee Euregio's. Deze zijn onderverdeeld in de Euregio waar dit gebied geografisch het beste bij paste. In de afbeelding is te zien hoe de Euregio's uiteindelijk zijn ingedeeld.

De Atlas is opgebouwd door een samenwerking van de volgende organisaties:

- euPrevent
- GGD Zuid Limburg (NL)
- Sciensano (BE)
- Gesundheitsamt Düren (DE)
- Universiteit Maastricht

Deze Atlas is mede tot stand gekomen door subsidie van de Provincie Limburg (NL).



Der euregionale COVID-19-Atlas wurde erstellt, um einen Einblick in die COVID-19-Pandemie in den Grenzregionen zwischen Belgien, Deutschland und den Niederlanden zu geben.

Die in diesem Atlas verwendeten Euregio' s sind:

- Euregio Maas-Rhein
- Euregio Rhein-Maas-Nord
- Euregio Rhein-Waal
- EUREGIO

Einige Gebiete sind Teil von zwei Euregio' s. Diese Gebiete wurden der Euregio zugeteilt, zu der dieses Gebiet geographisch am besten passt. Die Abbildung zeigt, wie die Euregio' s schließlich aufgeteilt wurden.

Der Atlas wurde in Zusammenarbeit mit den folgenden Organisationen erstellt:

- euPrevent
- GGD Zuid Limburg (NL)
- Sciensano (BE)
- Gesundheitsamt Düren (DE)
- Universität Maastricht

Dieser Atlas wurde durch einen Zuschuss der Provinz Limburg (NL) ermöglicht.



L'Atlas eurégional COVID-19 a été créé pour fournir un aperçu de la pandémie COVID-19 dans les régions frontalières entre la Belgique, l'Allemagne et les Pays-Bas.

Les Eurorégions analysées dans cet Atlas sont les suivantes:

- Eurorégio Meuse-Rhin
- Euregio rhin-maas-nord
- Euregio Rhin Waal
- EUREGIO


Certains territoires font partie de deux eurorégions. Ceux-ci ont été subdivisés en Euregio auxquels ces territoires appartiennent géographiquement le mieux. La figure montre comment les eurorégions ont été finalement répartis.

L'Atlas a été réalisé grâce à la coopération des organisations suivantes:

- euPrevent
- GGD Zuid Limburg (NL)
- Sciensano (BE)
- Gesundheitsamt Düren (DE)
- Université de Maastricht

Cet Atlas a été rendu possible grâce à une subvention de la Province du Limbourg (NL).

mede mogelijk gemaakt door

provincie limburg 



Content

Inhoud / Inhalt / Contenu

Foreword

Voorwoord / Vorwort / Avant-propos

8

Reading guide

Leeswijzer / Leitfaden zum Lesen / Guide de lecture

10

Indicators

Indicatoren / Indikatoren / Indicateurs

19

Weekly and eight-weekly dates

Wekelijkse en acht-wekelijkse data / Wöchentliche und achtwöchentliche Daten /

Données sur base hebdomadaire et sur base de huit semaines

23

Validity

Validiteit / Gültigkeit / Validité

54

Country-specific definitions

Landspecifieke definities / Länderspezifische Definitionen / Définitions spécifiques par pays

56

Data sources/source citation

Databronnen-bronvermelding / Datenquellen-Quellennachweis / Sources de données-citation des sources

56

Contact details

Contactgegevens / Kontaktangaben / Données de contact

58

Foreword



International cooperation and knowledge transfer form an important basis for determining whether substantial cross-border transmission of COVID-19 has occurred, and whether closing borders would have had any effect on the spread of the virus.

At the request of the provinces of Limburg, Gelderland and Overijssel, North Rhine-Westphalia (NRW) and the Ministry of the Interior and Kingdom Relations, we conducted both a qualitative and quantitative study to provide insight into whether there are significant differences in the distribution of COVID-19 in the Netherlands and North Rhine-Westphalia. Attention was paid to how these differences relate to the different policy measures. We - euPrevent, GGD Zuid Limburg, Gesundheitsamt Düren and Maastricht University - also investigated whether the spread of the virus in border regions differs from how it spread within the Netherlands, North Rhine-Westphalia and Belgium.

Within this research, many discussions took place with experts from the Netherlands, NRW and Belgium, for which we are very grateful. Without these experts, it would have been difficult, given the situation in which data is collected in different ways in the three countries, to give a good and thorough answer to the questions asked by the clients.

In addition, we were able to use existing databases to provide insight, for the Dutch, Belgian and German regions, into how many tests were carried out, how many infections were detected and also into numbers of hospital admissions and deaths. This data is also available in a dashboard, which can be viewed via the long-standing website, www.euregionalhealthatlas.eu. The atlas, which was compiled based on this data, presents the data geographically from the first weeks of the COVID-19 pandemic until 1 May 2021.

I sincerely thank the aforementioned partners for their cooperation, which has provided a basis for understanding and clarifying the course and transmission of COVID-19. This will help us to prepare for the future, and allow us to work together on the further elimination of COVID-19.

Brigitte van der Zanden
Director of euPrevent



Voorwoord



Internationale samenwerking en kennisoverdracht is een belangrijke basis om na te gaan of er een substantiële overdracht van COVID-19 over de grens heen heeft plaatsgevonden, en of een eventuele grenssluiting enig effect zou hebben gehad op de verspreiding van het virus.

Op verzoek van de provincies Limburg, Gelderland en Overijssel, Noordrijn-Westfalen (NRW) en het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, hebben wij zowel een kwalitatief als een kwantitatief onderzoek uitgevoerd om inzichtelijk te maken of er significante verschillen zijn in de verspreiding van COVID-19 in Nederland en Noordrijn-Westfalen. Daarbij is aandacht voor hoe deze verschillen al dan niet samenhangen met de verschillende beleidsmaatregelen. Ook de vraag of de virusverspreiding in de grensregio's anders is dan de verspreiding in het binnen Nederland hebben wij, euPrevent, GGD Zuid Limburg, Gesundheitsamt Düren en de Universiteit Maastricht onderzocht.

Binnen dit onderzoek hebben er vele gesprekken plaatsgevonden met experts uit Nederland, NRW en België waarvoor wij hen zeer erkentelijk zijn. Zonder deze experts is het moeilijk om in een gegeven situatie, waarin data in de drie landen op verschillende manieren verzameld wordt, een goed en gedegen antwoord te kunnen geven op de vragen gesteld door de opdrachtgevers.

Daarnaast hebben we gebruik kunnen maken van bestaande databases om voor de Nederlandse, Belgische en Duitse regio's inzichtelijk te maken hoeveel testen er zijn afgenomen, hoeveel besmettingen zijn vastgesteld en ook het aantal ziekenhuisopnames en overledenen. Deze data zijn ook beschikbaar in een dashboard, dat via de al langer bestaande website www.euregionalhealthatlas.eu is in te zien. Op basis van deze gegevens is deze atlas samengesteld. De atlas presenteert de data geografisch vanaf de eerste weken van de COVID-19 pandemie tot 1 mei in 2021.

Ik dank eerdergenoemde partners hartelijk voor de samenwerking, omdat dit de basis vormt om inzicht te verkrijgen en duiding te geven over het verloop en de overdracht van COVID-19. Op deze manier zijn we voorbereid op de toekomst, en kunnen we samenwerken aan de verdere uitbanning van COVID-19.

Brigitte van der Zanden
Directeur euPrevent

Vorwort



Die internationale Zusammenarbeit und der Wissenstransfer sind eine wichtige Grundlage, um festzustellen, ob eine wesentliche grenzüberschreitende Übertragung von COVID-19 stattgefunden hat und ob eine Grenzschließung Auswirkungen auf die Verbreitung des Virus gehabt hätte.

Im Auftrag der Provinzen Limburg, Gelderland und Overijssel, Nordrhein-Westfalen (NRW) und des Niederländischen Ministeriums für Inneres und Königreichsbeziehungen haben wir sowohl eine qualitative als auch eine quantitative Studie durchgeführt, um herauszufinden, ob es signifikante Unterschiede in der Verbreitung von COVID-19 in den Niederlanden und Nordrhein-Westfalen gibt. Es wird untersucht, wie diese Unterschiede mit den verschiedenen politischen Maßnahmen zusammenhängen. Wir, euPrevent, GGD Zuid Limburg, Gesundheitsamt Düren und die Universität Maastricht sind auch der Frage nachgegangen, ob sich die Virusausbreitung in den Grenzregionen von der Verbreitung innerhalb der Niederlande, Nordrhein-Westfalens und Belgiens unterscheidet.

Im Rahmen dieser Forschung wurden viele Gespräche mit Experten aus den Niederlanden, NRW und Belgien geführt, wofür wir sehr dankbar sind. Ohne diese Experten ist es in einer gegebenen Situation, in der die Daten in den drei Ländern auf unterschiedliche Weise erhoben werden, schwierig, eine gute und gründliche Antwort auf die vom Auftraggeber gestellten Fragen zu geben.

Darüber hinaus konnten wir bestehende Datenbanken nutzen, um für die niederländische, belgische und deutsche Region einen Einblick in die Anzahl der durchgeführten Tests, die Anzahl der diagnostizierten Infektionen sowie die Anzahl der Krankenhauseinweisungen und Todestfälle zu erhalten. Diese Daten sind auch in einem Dashboard verfügbar, das über die seit langem bestehende Website www.euregionalhealthatlas.eu abgerufen werden kann. Der vorliegende Atlas wurde auf der Grundlage dieser Daten erstellt. Der Atlas präsentiert die Daten in geografischer Hinsicht von den ersten Wochen der COVID-19-Pandemie bis zum 1. Mai 2021.

Ich danke den genannten Partnern herzlich für ihre Zusammenarbeit, da sie die Grundlage für das Verständnis und die Klärung des Verlaufs und der Übertragung von COVID-19 bildet. Auf diese Weise sind wir für die Zukunft gerüstet, und wir können gemeinsam an der weiteren Bekämpfung von COVID-19 arbeiten.

Brigitte van der Zanden
Direktor von euPrevent

Avant-propos



La coopération internationale et le transfert de connaissances constituent une base importante pour déterminer s'il y a eu une transmission transfrontalière substantielle de la COVID-19, et si une fermeture des frontières aurait eu un quelconque effet sur la propagation du virus.

À la demande des provinces du Limbourg, de la Gueldre et de l'Overijssel, de la Rhénanie du Nord-Westphalie (NRW) et du ministère de l'Intérieur et des Relations internes au Royaume, nous avons mené une étude qualitative et quantitative afin de déterminer s'il existe des différences significatives dans la propagation de la COVID-19 aux Pays-Bas et en Rhénanie du Nord-Westphalie. Une attention particulière est accordée à la manière dont ces différences sont liées aux différentes mesures politiques prises. Nous, euPrevent, GGD Zuid Limburg, Gesundheitsamt Düren et l'Université de Maastricht, avons également cherché à savoir si la propagation du virus dans les régions frontalières était différente de celle observée dans les territoires intérieurs des Pays-Bas, de Rhénanie-du-Nord-Westphalie et de Belgique.

Dans le cadre de cette recherche, de nombreuses discussions ont eu lieu avec des experts des régions néerlandaise, belge et allemande, du nombre de tests effectués, du nombre d'infections diagnostiquées ainsi que du nombre d'hospitalisations et de décès. Ces données sont également disponibles sous forme d'un tableau de bord consultable via le site web www.euregionalhealthatlas.eu, réalisé il y a déjà un certain temps. Le présent atlas a été élaboré sur la base de ces données. L'atlas présente les données de manière géographique depuis les premières semaines de la pandémie COVID-19 jusqu'au 1er mai 2021.

Je remercie sincèrement les partenaires susmentionnés pour leur coopération, car elle constitue la base pour comprendre et clarifier le processus et la transmission de la COVID-19. De cette manière, nous sommes préparés pour l'avenir et nous pouvons travailler ensemble à la poursuite de l'élimination de la COVID-19.

Brigitte van der Zanden
Directeur d'euPrevent

Reading guide



To answer the question regarding the extent to which border traffic and restrictions on border traffic played a role in the spread of COVID-19, an obvious step was to look at epidemiological data. In this Atlas, based on information systematically collected in the three countries, we have visualised an overview of maps of infection rates (numbers of reports of COVID-19 infections per 100,000 inhabitants, also called cases) and other parameters such as the number of tests per 100,000 inhabitants, hospital admissions and registered deaths in the border region. As the best data available for the different countries is the number of infections, these are presented per week for the 8 weeks since the start of the COVID-19 pandemic. In addition, four maps over an 8-week period are presented cumulatively. These maps are geographical visualisations of data. The maps in this atlas represent 4 Euroregions: Euregio Meuse-Rhine, Euregio Rhine-Meuse-North, Euregio Rhine-Waal, EUREGIO (Enschede-Münster). The maps were designed around these four Euro-regions in order to better explain the orientation and significance of the various geographical units.

Interpretation

Interpreting these maps in the context of border traffic is not easy. It is difficult to determine based on these maps to what extent the regulation of border traffic has had an effect on the spread of the pandemic in the three countries. (This applies not only to traffic between countries as shown in these maps, but also to traffic between cities or provinces within a country). What made it so difficult to determine from these geo-epidemiological maps whether the regulation of cross-border traffic had an effect on the spread of COVID-19?

Differences between the three countries

Firstly, much of the data from the three countries is not fully comparable as it stands. The definition of a 'reported case' or a 'death from COVID-19' may differ considerably between countries, partly due to cultural practices. The definition of a reports of a case of COVID-19 may differ between countries and over the entire period of the pandemic: what does and does not count as an infection? Do only people with symptoms count or also people without symptoms? Do only people who are tested with a PCR count or also people who have had another test? Answering these questions is important because they influence the infection counter. Moreover, the population group involved in a count (the denominator of the infections) may also differ. For example, there are differences in geographical levels (see overview table on the next page), i.e. data can be available at different geographical levels - for example, a municipal level,

sub-regional level, provincial level, federal level (for Belgium and Germany) or national level. This affects comparability. In addition, time periods for the available data can differ: for instance per day, per week or per two-week period. In the Atlas, we therefore present the most comparable data - infections (or transmissions or cases) per week - and we give data on tests, hospital admissions and deaths per eight weeks. In order to be able to compare knowledge about the spread of COVID-19 in three countries, the number of tests carried out in a given period is very important as this also determines the percentage of positives measured. More testing results in fewer positives going undetected. However, the number of tests done per time unit and per geographical setting differs in the three countries, which makes direct comparison difficult. The final numbers of infections are therefore not comparable on a one-to-one basis because they were compiled based on differences in testing policy (testing in the event of complaints or without complaints), in the type of tests carried out and included (some are more reliable than others) and in test readiness (the number of people who are willing, on the basis of testing policy, to undergo a test). For example, not everyone with symptoms goes to a test centre. For example figures on the number of tests administered in Germany are only available at federal level (North Rhine-Westphalia) and in Belgium only at provincial level. Moreover, in all three countries, usually only tests provided by the government are in the picture, not those of commercial parties. Although the figures imply exactness and precision, they are actually the result of a complex construction process and figures that claim to refer to the same phenomenon are often not 100% comparable. In Belgium, for example, deaths for which a link with COVID-19 is plausible but has not been demonstrated - many deaths among the elderly for example - are reported as COVID-19-related deaths, while the Netherlands does not count these deaths in the registration of COVID-19 mortality.

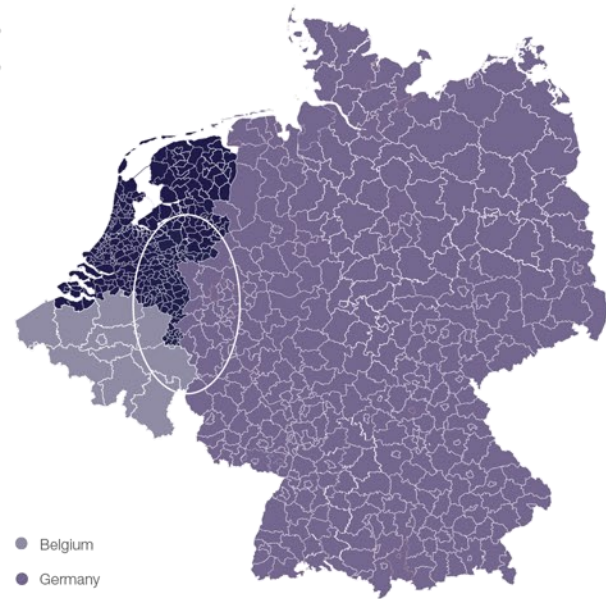
Secondly, to comment on the role that the regulation of cross-border traffic plays in the spread of COVID-19 on the basis of the statistics available in the three countries is complicated to say the least. For instance, the registration of an infection is not based on place of infection, but on place of residence. All infection data is therefore linked to a person's place of residence, though not all infections occur at home. The place of infection is often unknown. The infection may have occurred in connection with cross-border mobility of the person him/herself or of family members, friends or colleagues, and infection locations, e.g. work, catering establishments, parties or train journeys, are extremely diverse. Statistics on reports of COVID-19 therefore say little about cross-border spread. Reports of infections in a certain period of time and in municipalities or regions do not tell us how much transmission is due to border traffic.

Finally, in order to answer the question of whether border traffic contributes to the spread of COVID-19, it is necessary to know whether the same variant spreads from one person to another. This can be demonstrated by analysing the genetic code of the virus. Using an advanced and time-consuming test (sequencing), a kind of fingerprint of the virus can be determined after it

has been detected in a patient using a PCR test. That fingerprint of the virus is needed to prove transmission. Obviously, such data is only not available for all reported cases but only for a sample of cases. This data is not therefore visible in the maps. However, we did use this fingerprint to identify clusters and to show which virus variants are circulating.

Course

The Atlas shows the course of the COVID-19 pandemic in the border region, from which contextual indications and clues can be drawn.



- Belgium
- Germany
- Netherlands

Leeswijzer



Om de vraag te beantwoorden in hoeverre grensverkeer en beperkingen van grensverkeer een rol speelden bij de verspreiding van COVID-19, ligt het voor de hand om te kijken wat epidemiologische gegevens daarover kunnen zeggen. Op basis van informatie die in de drie landen systematisch wordt verzameld, hebben wij in deze Atlas overzichtskarten van infectiecijfers (het aantal meldingen van COVID-19 infecties per 100.000 inwoners, ook wel cases genoemd) en andere parameters zoals het aantal testen per 100.00 inwoners, ziekenhuisopnames en geregistreerde overlijdens voor de grensregio gevisualiseerd. Omdat de beste data die voor de verschillende landen beschikbaar is, het aantal infecties zijn, worden deze steeds per week gedurende 8 weken sinds de start van de COVID-19 pandemie gepresenteerd. Daarnaast worden er vier kaarten over een periode van 8 weken cumulatief gepresenteerd. Deze kaarten zijn geografische visualisaties van data. De kaarten in deze atlas presenteren 4 euregio's: Euregio Maas-Rijn, euregio rijn-maas-noord, Euregio Rijn-Waal, EUREGIO (Enschede-Münster). Om de oriëntatie en de betekenis van de verschillende geografische eenheden beter te kunnen duiden zijn de kaartjes vormgegeven rondom deze 4 Euregio's.

Interpretatie

De interpretatie van deze kaarten in het kader van grensverkeer is niet eenvoudig. Het is lastig om op basis van deze kaarten vast te stellen in hoeverre het reguleren van grensverkeer effect heeft gehad op de verspreiding van de pandemie in de drie landen. (Dit geldt overigens niet alleen voor verkeer tussen landen zoals in deze kaarten zichtbaar is, dit geldt ook voor verkeer tussen steden of provincies binnen een land zelf.) Waarom is het zo lastig om op basis van deze geografisch-epidemiologische kaarten vast te stellen of regulering van grensoverschrijdend verkeer effect had op de verspreiding van COVID-19?

Verschillen drie landen

In de eerste plaats zijn veel gegevens uit de drie landen op zich al niet volledig vergelijkbaar. De definitie van een 'melding' of van 'overlijden als gevolg van COVID-19' kan in de landen - mede ingegeven door culturele praktijken - behoorlijk verschillen. De case-definitie van meldingen van COVID-19 kan verschillend zijn tussen de landen en over de hele periode van de pandemie: wat geldt als een infectie en wat telt wel en niet mee? Tellen alleen mensen mee die klachten hebben of ook mensen zonder klachten? Tellen alleen mensen mee die met een PCR zijn getest of ook mensen die een andere test hebben ondergaan? Het antwoord op deze vragen is

belangrijk omdat ze invloed hebben op de teller van de infecties. Maar ook de bevolkingsgroep waaronder geteld wordt (de noemer van de infecties) kan verschillen. Zo zijn er verschillen in de geografische niveaus (zie overzichtstabel op de volgende pagina), dat wil zeggen dat data beschikbaar kunnen zijn op verschillende geografische niveaus - bijvoorbeeld gemeentenniveau, sub regio niveau, regioniveau, provincieniveau, federaal niveau (voor België en Duitsland) of landelijk niveau. Dit heeft effect op de vergelijkbaarheid. Ook in tijd kan data-beschikbaarheid verschillen: bijvoorbeeld per dag, per week of per twee weken periode. In de Atlas presenteren we daarom de meest vergelijkbare data - de infecties (of besmettingen of meldingen) per week - en geven we data over testen, ziekenhuisopnames en overlijdens per acht weken. Om kennis over de verspreiding van COVID-19 in drie landen te kunnen vergelijken, is het aantal testen dat in een bepaalde periode is uitgevoerd erg belangrijk omdat dat mede bepaalt wat het percentage positieven is dat gemeten wordt. Hoe meer er getest wordt, hoe minder positieven onopgemerkt zullen zijn. Het aantal testen dat per tijdseenheid en geografische setting is gedaan in de drie landen verschilt echter, waardoor een directe vergelijking lastig is. Het uiteindelijke aantal infecties zijn dus niet één op één vergelijkbaar omdat ze gebaseerd zijn op verschillen in testbeleid (testen bij klachten of zonder klachten), in het soort testen dat wordt uitgevoerd en wordt meegerekend (sommige betrouwbaarder dan andere) en in testbereidheid (het aantal mensen dat bereid is op basis van het testbeleid ook een test te laten doen). Niet iedereen gaat bijvoorbeeld met klachten naar de teststraat. Cijfers over het aantal afgenomen testen zijn in Duitsland bijvoorbeeld alleen beschikbaar op federaal niveau (Noordrijn-Westfalen) en in België alleen op provincieniveau. Bovendien zijn in alle drie de landen meestal alleen de overheidstesten in beeld en niet die van commerciële partijen. Hoewel cijfers exactheid en precisie suggereren, zijn ze het resultaat van een complex constructieproces en cijfers die zeggen naar hetzelfde fenomeen te refereren, zijn toch vaak niet 100% vergelijkbaar. In België worden bijvoorbeeld ook overlijdens waarbij een verband met COVID-19 niet is aangetoond, maar wel aanmerkelijk is - veel sterfte onder ouderen bijvoorbeeld - gerapporteerd als COVID-19 sterfte, terwijl Nederland die overlijdens niet meetelt in de registratie van COVID-19 sterfte.

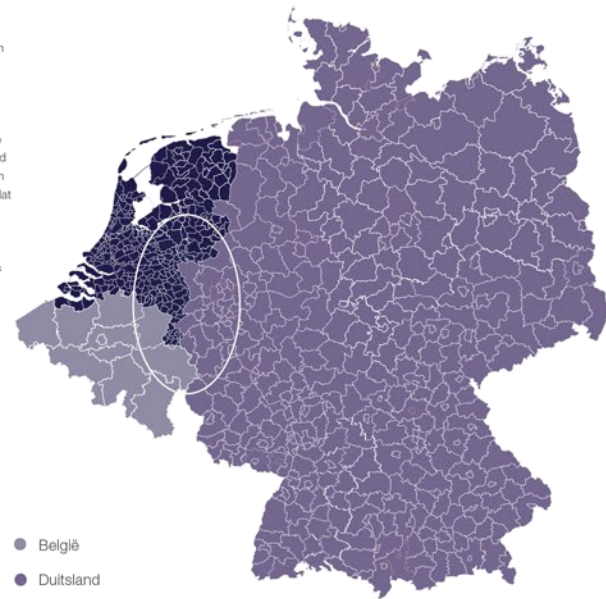
Op de tweede plaats is het ingewikkeld om op basis van de beschikbare cijfers in de drie landen iets te zeggen over de rol die regulering van grensoverschrijdend verkeer speelt in de verspreiding van COVID-19. Zo is de registratie van een besmetting niet gebaseerd op besmettingsplaats, maar op woonplaats. Alle infectiegegevens zijn dus gekoppeld aan de woonplaats van een persoon en niet alle besmettingen vinden thuis plaats. De plaats van besmetting is vaak onbekend. De besmetting kan hebben plaatsgevonden in relatie tot grensoverschrijdende mobiliteit van de

persoon zelf of van familieleden, vrienden of collega's en er is dus een grote diversiteit aan besmettingslocaties, zoals werk, horeca, feestjes of treinreizen. Aantallen meldingen van COVID-19 zeggen dus niets over cross-borderverspreiding. Meldingen van besmettingen in een bepaalde tijd en in gemeenten of regio's zeggen niet hoeveel transmissie er is door grensverkeer.

Tenslotte, om de vraag te beantwoorden of grensverkeer bijdraagt aan verspreiding van COVID-19 is bij het daadwerkelijk aantonen van transmissie nodig om te weten of dezelfde variant van de ene persoon naar de andere persoon verspreidt. Dit kan worden aangetoond door de genetische code van het virus te analyseren. Met behulp van een geavanceerde en tijdrovende test (sequencing) kan een soort vingerafdruk van het virus worden bepaald nadat die via een PCR-test is aangetoond bij een patiënt. Die vingerafdruk van het virus is nodig om transmissie te bewijzen. Het is duidelijk dat dergelijke gegevens alleen beschikbaar zijn voor slechts een steekproef van meldingen en dus niet alle meldingen. Deze gegevens zijn daarom ook niet zichtbaar in de kaarten. Deze vingerafdruk wordt wel gebruikt om clusters aan te tonen en om aan te tonen welke virusvarianten rondgaan.

Verloop

De Atlas laat het verloop van de COVID-19 pandemie zien in de grensregio. Hieruit zijn contextuele indicaties en aanwijzingen te halen.



- België
- Duitsland
- Nederland

Leitfaden zum Lesen



Um die Frage zu beantworten, inwieweit der Grenzverkehr und die Beschränkungen des Grenzverkehrs eine Rolle bei der Ausbreitung von COVID-19 gespielt haben, liegt es nahe, epidemiologische Daten zu betrachten. Auf der Grundlage der in den drei Ländern systematisch gesammelten Informationen haben wir in diesem Atlas Übersichtskarten zu den Infektionsraten (Anzahl der gemeldeten COVID-19-Infektionen pro 100.000 Einwohner, auch Fälle genannt) und anderen Parametern wie der Anzahl der Tests pro 100.000 Einwohner, der Krankenhauseinweisungen und der registrierten Todesfälle in der Grenzregion erstellt. Da die besten verfügbaren Daten für die verschiedenen Länder die Anzahl der Infektionen sind, werden diese pro Woche für 8 Wochen seit Beginn der COVID-19-Pandemie dargestellt. Darüber hinaus werden vier Karten über einen Zeitraum von 8 Wochen kumuliert dargestellt. Diese Karten sind geografische Visualisierungen von Daten. Die Karten in diesem Atlas stellen 4 Euregio's dar: Euregio Maas-Rhein, Euregio Rhein-Maas-Nord, Euregio Rhein-Waal, EUREGIO (Enschede-Münster). Die Karten wurden um diese vier Euregio's herum entworfen, um die Ausrichtung und Bedeutung der verschiedenen geografischen Einheiten besser zu erklären.

Interpretation

Die Interpretation dieser Karten im Zusammenhang mit dem Grenzverkehr ist nicht einfach. Anhand dieser Karten lässt sich nur schwer feststellen, inwieweit sich die Regelung des Grenzverkehrs auf die Ausbreitung der Pandemie in den drei Ländern ausgewirkt hat. (Dies gilt nicht nur für den Verkehr zwischen Ländern, wie in diesen Karten dargestellt, sondern auch für den Verkehr zwischen Städten oder Provinzen innerhalb eines Landes). Warum ist es so schwierig, anhand dieser geoepidemiologischen Karten festzustellen, ob die Regulierung des grenzüberschreitenden Verkehrs Auswirkungen auf die Verbreitung von COVID-19 hatte?

Unterschiede zwischen drei Ländern

Erstens sind viele Daten aus den drei Ländern an sich nicht vollständig vergleichbar. Die Definition einer 'Meldung' oder eines 'Todesfalls durch COVID-19' kann von Land zu Land sehr unterschiedlich sein, was zum Teil auf kulturelle Gepflogenheiten zurückzuführen ist. Die Falldefinition von COVID-19-Meldungen kann von Land zu Land und über den gesamten Zeitraum der Pandemie hinweg unterschiedlich sein: Was zählt als Infektion und was nicht? Zählen nur Menschen mit Symptomen oder auch Menschen ohne Symptome? Zählen nur Personen, die mit einem PCR-Test getestet wurden, oder auch Personen, die einen anderen Test gemacht haben?

Die Antwort auf diese Fragen ist wichtig, denn sie beeinflusst den Infektionszähler. Aber auch die Bevölkerungsgruppe, zu der gezählt wird (der Nenner der Infektionen), kann sich unterscheiden. So gibt es beispielsweise Unterschiede bei den geografischen Ebenen (siehe Übersichtstabelle auf der nächsten Seite), d. h. Daten können auf verschiedenen geografischen Ebenen verfügbar sein - z. B. auf Gemeindeebene, subregionaler Ebene, Provinzebene, Bundesebene (für Belgien und Deutschland) oder nationaler Ebene. Dies hat Auswirkungen auf die Vergleichbarkeit. Auch zeitlich kann die Datenverfügbarkeit unterschiedlich sein: zum Beispiel pro Tag, pro Woche oder pro Zwei-Wochen-Zeitraum. Im Atlas werden daher die am ehesten vergleichbaren Daten - die Infektionen (bzw. Infektionen oder Meldungen) pro Woche - und die Daten zu Tests, Krankenhauseinweisungen und Todesfällen pro acht Wochen dargestellt. Um den Kenntnisstand über die Verbreitung von COVID-19 in den drei Ländern vergleichen zu können, ist die Zahl der in einem bestimmten Zeitraum durchgeführten Tests sehr wichtig, da sie auch den Prozentsatz der gemessenen positiven Ergebnisse bestimmt. Je mehr Tests durchgeführt werden, desto weniger positive Ergebnisse bleiben unentdeckt. Die Anzahl der Tests pro Zeiteinheit und die geografische Lage sind jedoch in den drei Ländern unterschiedlich, was einen direkten Vergleich erschwert. Die endgültigen Infektionszahlen sind daher nicht eins zu eins vergleichbar, da sie auf Unterschieden in der Testpolitik (Tests bei Symptomen oder ohne Symptome), in der Art der durchgeführten und einbezogenen Tests (einige sind zuverlässiger als andere) und in der Testbereitschaft (die Anzahl der Personen, die aufgrund der Testpolitik bereit sind, einen Test durchführen zu lassen) beruhen. Zum Beispiel geht nicht jeder mit Symptomen ins Testzentrum. Daten über die Anzahl der durchgeführten Tests sind in Deutschland beispielsweise nur auf Bundesebene (Nordrhein-Westfalen) und in Belgien nur auf Provinzebene verfügbar. Darüber hinaus werden in allen drei Ländern in der Regel nur die staatlich durchgeführten Tests und nicht die der kommerziellen Parteien berücksichtigt. Obwohl Zahlen Genauigkeit und Präzision suggerieren, sind sie das Ergebnis eines komplexen Konstruktionsprozesses, und Zahlen, die sich angeblich auf dasselbe Phänomen beziehen, sind oft nicht zu 100 % vergleichbar. In Belgien beispielsweise werden Todesfälle, für die ein Zusammenhang mit COVID-19 zwar nicht nachgewiesen, aber plausibel ist - zum Beispiel viele Todesfälle unter älteren Menschen - als COVID-19-Todesfälle gemeldet, während die Niederlande diese Todesfälle bei der Registrierung der COVID-19-Mortalität nicht berücksichtigen.

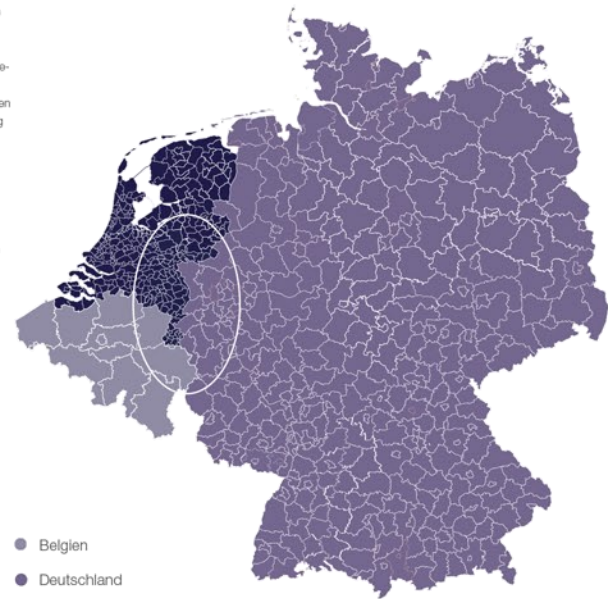
Zweitens ist es schwierig, auf der Grundlage der in den drei Ländern verfügbaren Zahlen etwas über den Einfluss der Regulierung des grenzüberschreitenden Verkehrs bei der Verbreitung von COVID-19 zu sagen. Die Registrierung einer Infektion richtet sich beispielsweise nicht nach dem Ort der Infektion, sondern nach dem Wohnort. Alle Infektionsdaten sind daher mit dem Wohnort

einer Person verknüpft, und nicht alle Infektionen treten zu Hause auf. Der Ort der Infektion ist oft unbekannt. Die Infektion kann im Zusammenhang mit der grenzüberschreitenden Mobilität der Person selbst oder von Familienmitgliedern, Freunden oder Kollegen erfolgt sein, und es gibt daher eine große Vielfalt von Infektionsorten, wie z. B. Arbeit, Gastronomiebetriebe, Partys oder Zugreisen. Die Zahlen der COVID-19-Meldungen sagen daher nichts über die grenzüberschreitende Verbreitung aus. Berichte über Infektionen in einem bestimmten Zeitraum und in Gemeinden oder Regionen sagen nichts darüber aus, wie viel Übertragung es durch den Grenzverkehr gibt.

Um **schließlich** die Frage zu beantworten, ob der Grenzverkehr zur Ausbreitung von COVID-19 beiträgt, muss man wissen, ob dieselbe Variante von einer Person zur anderen übertragen wird. Dies lässt sich durch eine Analyse des genetischen Codes des Virus nachweisen. Mit Hilfe eines fortschrittlichen und zeitaufwändigen Tests (Sequenzierung) kann eine Art Fingerabdruck des Virus bestimmt werden, nachdem es bei einem Patienten durch einen PCR-Test nachgewiesen wurde. Dieser Fingerabdruck des Virus ist für den Nachweis der Übertragung erforderlich. Natürlich sind solche Daten nur für eine Stichprobe von Meldungen und nicht für alle Meldungen verfügbar. Daher sind diese Daten in den Karten nicht sichtbar. Dieser Fingerabdruck wird jedoch zur Identifizierung von Clustern verwendet und zeigt, welche Virusvarianten im Umlauf sind.

Kurs

Der Atlas zeigt den Verlauf der COVID-19-Pandemie in der Grenzregion. Daraus lassen sich kontextuelle Hinweise und Anhaltspunkte ableiten.



- Belgien
- Deutschland
- Niederlande

Guide de lecture



Pour répondre à la question de savoir dans quelle mesure le trafic frontalier et les restrictions du trafic frontalier ont joué un rôle dans la propagation de la COVID-19, une étape évidente consiste à examiner les données épidémiologiques. Sur la base des informations systématiquement collectées dans les trois pays, nous avons intégré dans cet Atlas des cartes de synthèse des taux d'infection (le nombre d'infections, communément appelé cas, COVID-19 rapportés pour 100 000 habitants) et d'autres paramètres tels que le nombre de tests pour 100 000 habitants, les admissions à l'hôpital et les décès enregistrés pour la région frontalière. Les meilleures données disponibles pour les différents pays étant le nombre d'infections, celles-ci sont présentées par semaine sur un cycle de 8 semaines à partir du début de la pandémie COVID-19. Quatre cartes, basées chacune sur une période de 8 semaines, sont présentées de manière cumulative. Ces cartes sont des visualisations géographiques de données. Les cartes de cet atlas représentent 4 Eurorégions : Euregio Meuse-Rhin, Euregio Rhin-Meuse-Nord, Euregio Rhin-Waal, EUREGIO (Enschede-Münster). Les cartes ont été conçues autour de ces quatre eurorégions afin de mieux expliquer l'orientation et la signification des différentes unités géographiques.

Interprétation

L'interprétation de ces cartes dans le contexte du trafic frontalier n'est pas aisée. Il est difficile de déterminer sur la base de ces cartes dans quelle mesure la réglementation du trafic frontalier a eu un effet sur la propagation de la pandémie dans les trois pays. (Cela ne s'applique pas seulement au trafic entre les pays comme indiqué sur ces cartes, mais aussi au trafic entre les villes ou les provinces d'un même pays). Pourquoi est-il si difficile de déterminer à partir de ces cartes géo-épidémiologiques si la régulation du trafic transfrontalier a eu un effet sur la propagation de la COVID-19 ?

Differences between the three countries

Tout d'abord, de nombreuses données provenant des trois pays ne sont pas entièrement comparables. La définition d'une "déclaration" ou d'un "décès dû à la COVID-19" peut varier considérablement d'un pays à l'autre, par exemple en raison des pratiques culturelles. La simple définition de cas COVID-19 peut différer entre les pays et à pu différer sur toute la période de la pandémie: qu'est-ce qui est comptabilisé comme infection et qu'est-ce qui n'est pas comptabilisé? Doivent être comptabilisés seulement les personnes présentant des symptômes ou doit-on comptabiliser les personnes sans symptômes également ? Est-ce que seules les personnes

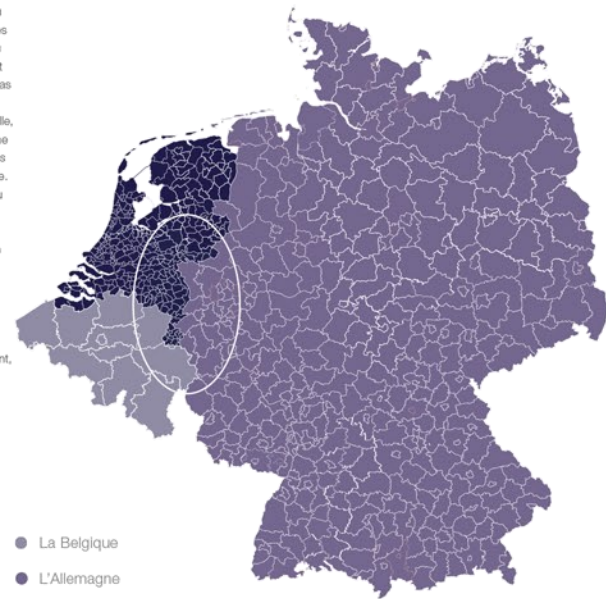
testées par PCR doivent être comptabilisées ou doit-on y intégrer également celles qui ont subi un autre test? La réponse à ces questions est importante car elle influence le nombre rapporté d'infection. Mais le groupe de population parmi lequel le dénombrement est effectué (le dénominateur des infections) peut également différer. Par exemple, il existe des différences dans les niveaux géographiques (voir le tableau récapitulatif à la page suivante), c'est-à-dire que les données peuvent être disponibles à différents niveaux géographiques - par exemple, le niveau municipal, le niveau sous-régional, le niveau provincial, le niveau fédéral (pour la Belgique et l'Allemagne) ou le niveau national. Cela a un effet sur la comparabilité. La disponibilité des données peut également varier dans le temps : par exemple, par jour, par semaine ou par période de deux semaines. Dans l'Atlas, nous présentons donc les données les plus comparables - les infections (ou les infections ou les cas rapportés) par semaine - et nous donnons des données sur les tests, les admissions à l'hôpital et les décès par cycle de huit semaines. Afin de pouvoir comparer les connaissances sur la propagation de la COVID-19 dans trois pays, le nombre de tests effectués au cours d'une période donnée est très important, car il détermine également le pourcentage de positivité. Plus le nombre de tests effectués est élevé, moins il y aura de positifs non détectés. Cependant, le nombre de tests effectués par unité de temps et par milieu géographique diffère dans les trois pays, ce qui rend difficile une comparaison directe. Les nombres linéaires d'infections ne sont donc pas comparables entre eux, car ils sont basés sur des différences dans la politique de dépistage (dépistage en cas de plainte ou sans plainte), dans le type de tests effectués (certains sont plus fiables que d'autres) et dans la préparation au test (le nombre de personnes qui sont prêtes, sur la base de la politique de dépistage, à faire un test). Par exemple, tout le monde ne se présente pas pour un dépistage à la suite de plaintes. En Allemagne, par exemple, les chiffres sur le nombre de tests passés ne sont disponibles qu'au niveau fédéral (Rhénanie-du-Nord-Westphalie) et en Belgique qu'au niveau provincial. En outre, dans ces trois pays, seuls les tests gouvernementaux sont généralement pris en compte, et non ceux délivrés par des acteurs privés. Bien que les chiffres suggèrent l'exactitude et la précision, ils sont le résultat d'un processus de construction complexe et les chiffres qui prétendent se référer au même phénomène ne sont souvent pas comparables à 100%. En Belgique, par exemple, les décès pour lesquels un lien avec la COVID-19 n'a pas été démontré, mais est plausible - de nombreux décès chez les personnes âgées par exemple - sont signalés comme des décès dus à la COVID-19, alors que les Pays-Bas ne comptent pas ces décès dans l'enregistrement de la mortalité due à la COVID-19.

Deuxièmement, il est complexe de se prononcer sur le rôle que joue la réglementation du trafic transfrontalier dans la propagation de la COVID-19 sur la base des chiffres disponibles dans les trois pays. Par exemple, l'enregistrement d'une infection n'est pas basé sur le lieu d'infection, mais sur le lieu de résidence. Toutes les données relatives aux infections sont donc liées au lieu de résidence d'une personne, et toutes les infections ne se produisent pas à domicile. Le lieu de l'infection est souvent inconnu. L'infection peut avoir eu lieu dans le cadre de la mobilité transfrontalière de la personne elle-même ou des membres de sa famille, de ses amis ou de ses collègues. Il existe une grande diversité de lieux d'infection, comme le travail, les établissements de restauration, les fêtes ou les voyages en train. Les chiffres rapportés sur les cas de COVID-19 ne disent donc rien sur la propagation transfrontalière. Les rapports sur les infections au cours d'une certaine période et dans les municipalités ou les régions ne disent pas quel est le degré de transmission dû au trafic frontalier.

Enfin, pour répondre à la question de savoir si le trafic frontalier contribue à la propagation de la COVID-19, il est nécessaire de savoir si le même variant se propage d'une personne à l'autre. Cela peut être démontré en analysant le code génétique du virus. En utilisant un test avancé et long (séquençage), une sorte d'empreinte digitale du virus peut être déterminée après qu'il a été détecté chez un patient par un test PCR. Cette empreinte digitale du virus est nécessaire pour prouver la transmission. Évidemment, ces données ne sont disponibles que pour un échantillon de cas et non pour tous les cas. Par conséquent, ces données ne sont pas visibles dans les cartes. Cependant, cette empreinte digitale est utilisée pour identifier les clusters et pour montrer quel variant du virus est en circulation.

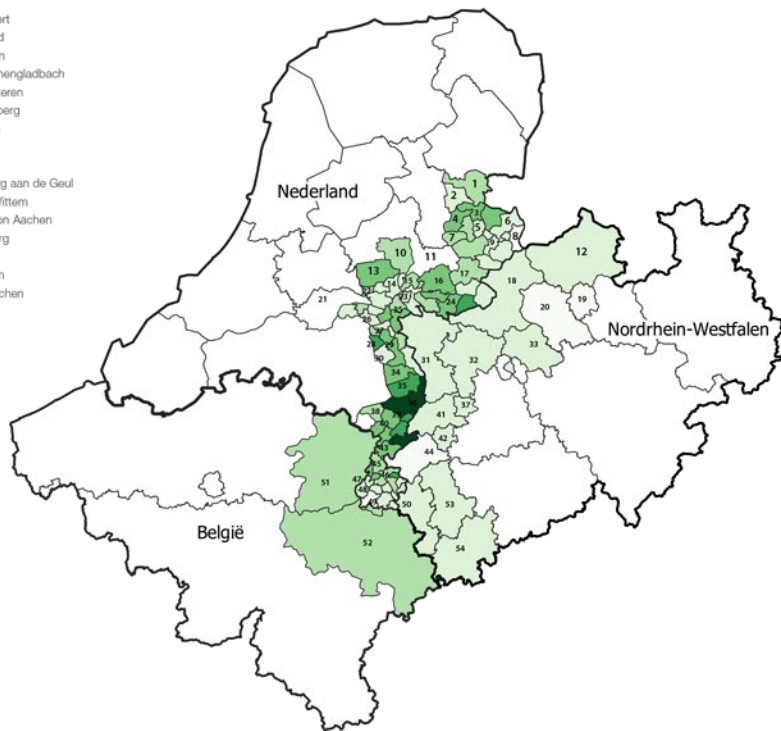
Cours

L'Atlas montre l'évolution de la pandémie de COVID-19 dans la région frontalière. Des indications et des indices contextuels peuvent en être tirés.



- La Belgique
- L'Allemagne
- Les Pays-Bas

1. Hardenberg
2. Ommen
3. Twenterand
4. Hellendoorn
5. Almelo
6. Dinkelland
7. Rijssen-Holten
8. Enschede
9. Rijssen-Holten
10. Losser
11. Enschede
12. Appeldoorn
13. Hof van Twente
14. LK Steinfurt
15. Ede
16. Arnhem
17. Rheden
18. Oost Gelre
19. Berkelland
20. LK Borken
21. SK Münster
22. LK Coesfeld
22. West Maas en waal
23. Overbetuwe
24. Zevensaar
25. Winterswijk
26. Oude IJsselstraek
27. Wijchen
28. Cuijk
29. Mill en Sint Hubert
30. Gennep
31. Boxmeer
32. LK Kleve
33. LK Wesel
34. LK Recklinghausen
35. Venray
36. Horst aan de Maas
37. Venlo
38. SK Krefeld
39. Nederweert
40. Roermond
41. LK Viersen
42. SK Mönchengladbach
43. Echt-Susteren
44. LK Heinsberg
45. Meerssen
46. Beek
47. Stein
48. Valkenburg aan de Geul
49. Gulpen-Wittem
50. Städtregion Aachen
51. Pr. Limburg
52. Pr. Liège
53. LK Duuren
54. LK Euskirchen



Indicators



Below are the indicators that we were either able to collect or to create ourselves using existing data sets. The time span varies from weekly to once every 8 weeks. In order to calculate percentages, the population status on 31-12-2019 was used for each country.

Care must be taken with the indicators because different definitions, ambiguities and differences in data collection and management can lead to uncertain results.

Data/indicator	NRW/Germany				Belgium				The Netherlands				
	Municipality	Region (Kreis)	NRW	Country	Municipality	Province	Region	Country	Municipality	GGD region	Safety region	Province	Country
Number of COVID infections / 100,000 inhabitants		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Number of COVID tests done / 100,000 inhabitants			X	X		X	X	X		X		X	X
Number COVID Hospital admissions/ 100,000 inhabitants		X	X	X		X	X		X	X	X	X	X
Number of deaths (in relation to) COVID diagnosis / 100,000 inhabitants		X	X	X			X	X	X	X	X	X	X

Indicatoren



Hieronder vindt u de indicatoren die we konden verzamelen of zelf konden creëren aan de hand van bestaande datasets. De tijdsperiode varieert van wekelijks tot éénmaal per 8 weken. Om percentages te kunnen berekenen, is er voor elk land gebruikgemaakt van de stand van de

bevolking op 31.12.2019. Er moet zorgvuldig met de indicatoren worden omgegaan omdat verschillende definities, onduidelijke definities en verschillen bij het verzamelen en beheren van gegevens tot onzekere resultaten kunnen leiden.

Data/Indicator	NRW/Duitsland				België				Nederland				
	Gemeente	Regio (Kreis)	NRW	Land	Gemeente	Provincie	Regio	Land	Gemeente	GGD regio	Veiligheids-regio	Provincie	Land
Aantal COVID infecties / 100.000 inwoners		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Aantal COVID tests gedaan / 100.000 inwoners			X	X			X	X		X		X	X
Aantal COVID Ziekenhuisopnames/ 100.000 inwoners		X	X	X		X	X		X	X	X	X	X
Aantal doden (in relatie tot) COVID diagnose / 100.000 inwoners		X	X	X			X	X	X	X	X	X	X

Indikatoren



Nachfolgend sind die Indikatoren aufgeführt, die wir sammeln oder anhand vorhandener Datensätze selbst erstellen konnten. Die Zeitspanne variiert von wöchentlich bis alle 8 Wochen. Für die Berechnung der Prozentsätze wird für jedes Land der Bevölkerungsstand vom 31.12.2019

verwendet. Bei den Indikatoren ist Vorsicht geboten, da unterschiedliche Definitionen, Unklarheiten und Unterschiede bei der Datenerhebung und -verwaltung zu unsicheren Ergebnissen führen können.

Daten/Indikator	NRW/Deutschland				Belgien				Niederlande				
	Kommune	Kreis	NRW	Land	Kommune	Provinz	Region	Land	Kommune	GGD-Region	Sicherheitsregion	Provinz	Land
Anzahl der COVID-Infektionen / 100.000 Einwohner		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Anzahl der durchgeführten COVID-Tests / 100.000 Einwohner			X	X		X	X	X		X		X	X
Anzahl COVID-Krankenhauseinweisungen/ 100.000 Einwohner		X	X	X		X	X		X	X	X	X	X
Anzahl der Todesfälle (in Bezug auf) COVID-Diagnosen / 100.000 Einwohner		X	X	X			X	X	X	X	X	X	X

Indicateurs



Vous trouverez ci-dessous les indicateurs que nous avons pu collecter ou créer nous-mêmes en utilisant des ensembles de données existants. La périodicité varie d'une semaine à une fois toutes les 8 semaines. Afin de calculer les pourcentages, l'état de la population au 31.12.2019 est utilisé

pour chaque pays. Il faut être prudent avec les indicateurs car des définitions différentes, des ambiguïtés et des différences dans la collecte et la gestion des données peuvent conduire à des résultats incertains.

Données/ Indicateur	NRW/Allemagne				Belgique				Pays-Bas				
	Municipalité	Kreis	NRW	Pays	Municipalité	Province	Région	Pays	Municipalité	Région GGD	Région de sécurité	Province	Pays
Nombre d'infections par le COVID / 100 000 habitants		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Nombre de tests COVID effectués / 100 000 habitants			X	X		X	X	X		X		X	X
Nombre d'admissions à l'hôpital COVID / 100 000 habitants		X	X	X		X	X		X	X	X	X	X
Nombre de décès (en relation avec) le diagnostic COVID / 100 000 habitants		X	X	X			X	X	X	X	X	X	X

Weekly dates and dates per 8 weeks*

Wekelijkse data en data per 8 weken* / Wöchentliche Daten und Daten über 8 Wochen* / Dates hebdomadaires et dates par 8 semaines*

* Outside investigated Euroregions, no data available * Buiten onderzochte euregio's, geen data beschikbaar * Außerhalb der untersuchten Euroregionen sind keine Daten verfügbar
* En dehors des euréglions étudiées, pas de données disponibles

Infections

Infectiecijfers - Infektionsraten - Taux d'infection

Amount of tests

Aantal tests - Anzahl Tests - Nombre de tests

Hospitalizations

Ziekenhuisopnames - Krankenhauseinweisungen - Admission à l'hôpital

Deaths

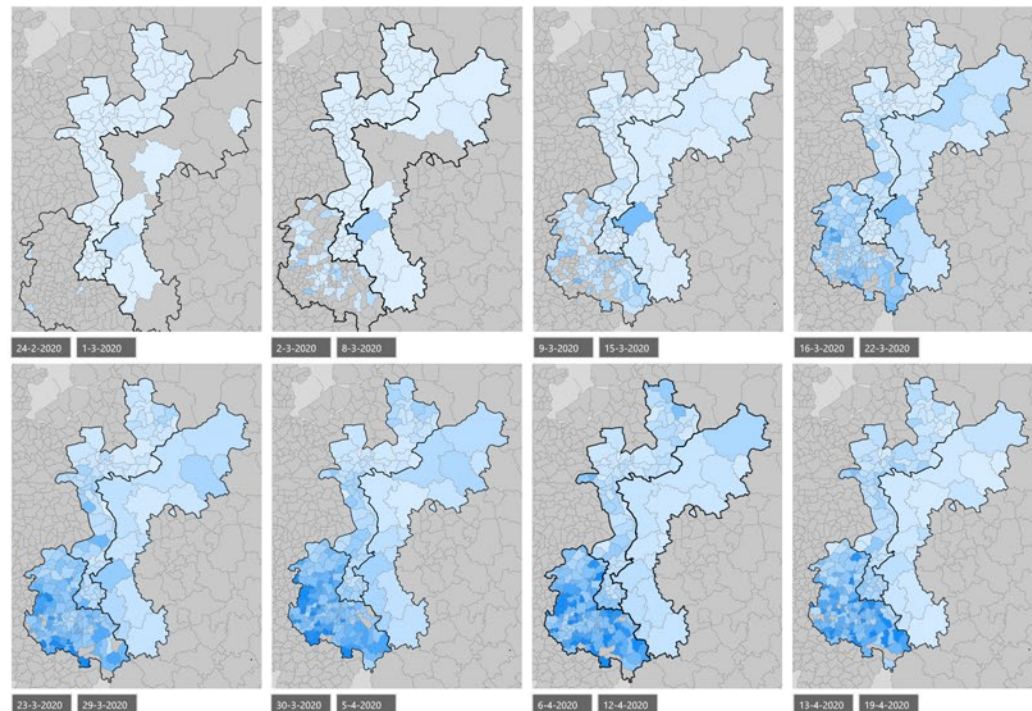
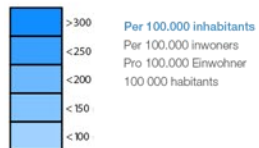
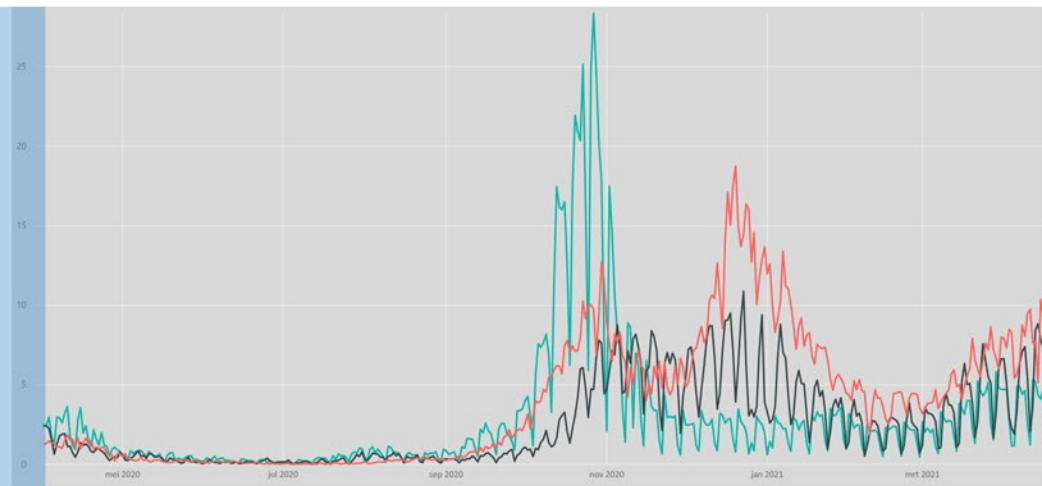
Sterfgevallen - Todesfälle - Mortalité

Infections

Infectiecijfers - Infektionsraten - Taux d'infection

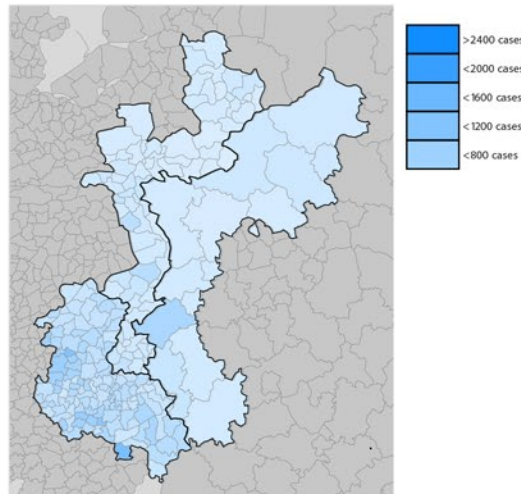
● Belgium ● Germany ● The Netherlands

24-2-2020 19-4-2020



Infections

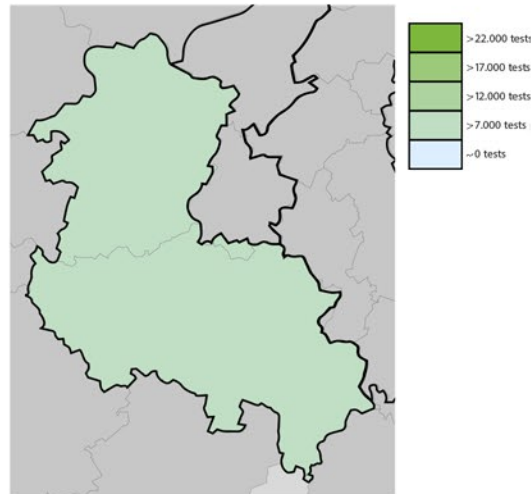
Infectiecijfers - Infektionsraten - Taux d'infection



Per 8 weeks
Per 8 weken - Pro 8 Wochen - Par 8 semaines
Per 100,000 inhabitants
Per 100,000 inwoners - Pro 100,000 Einwohner - 100 000 habitants

Amount of tests

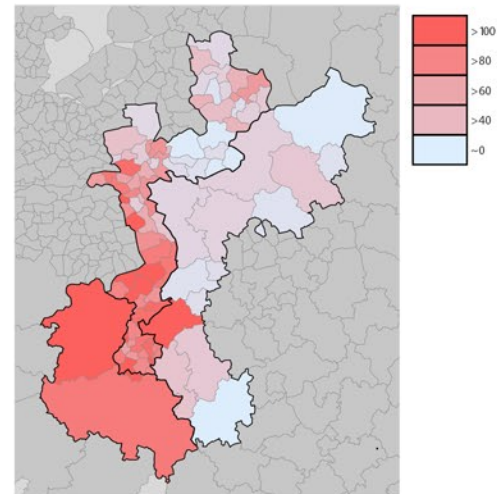
Aantal tests - Anzahl Tests - Nombre de tests



Per 8 weeks
Per 8 weken - Pro 8 Wochen - Par 8 semaines
Per 100,000 inhabitants
Per 100,000 inwoners - Pro 100,000 Einwohner - 100 000 habitants

Hospitalizations

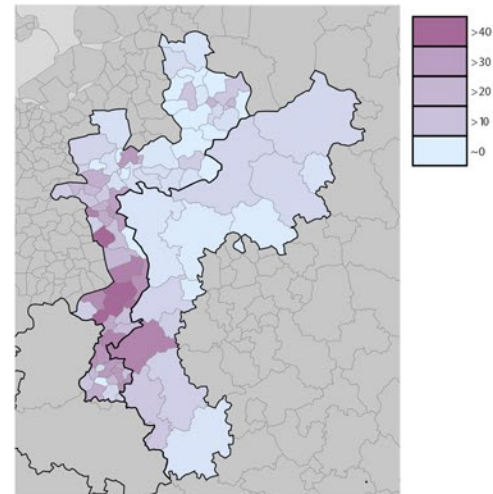
Ziekenhuisopnames - Krankenhauseinweisungen - Admission à l'hôpital



Per 8 weeks
Per 8 weken - Pro 8 Wochen - Par 8 semaines
Per 100,000 inhabitants
Per 100,000 inwoners - Pro 100,000 Einwohner - 100 000 habitants

Deaths

Sterfgevallen - Sterbefällen - Todesfälle - Mortalité



Per 8 weeks
Per 8 weken - Pro 8 Wochen - Par 8 semaines
Per 100,000 inhabitants
Per 100,000 inwoners - Pro 100,000 Einwohner - 100 000 habitants

2020

17-2-2020 5-4-2020

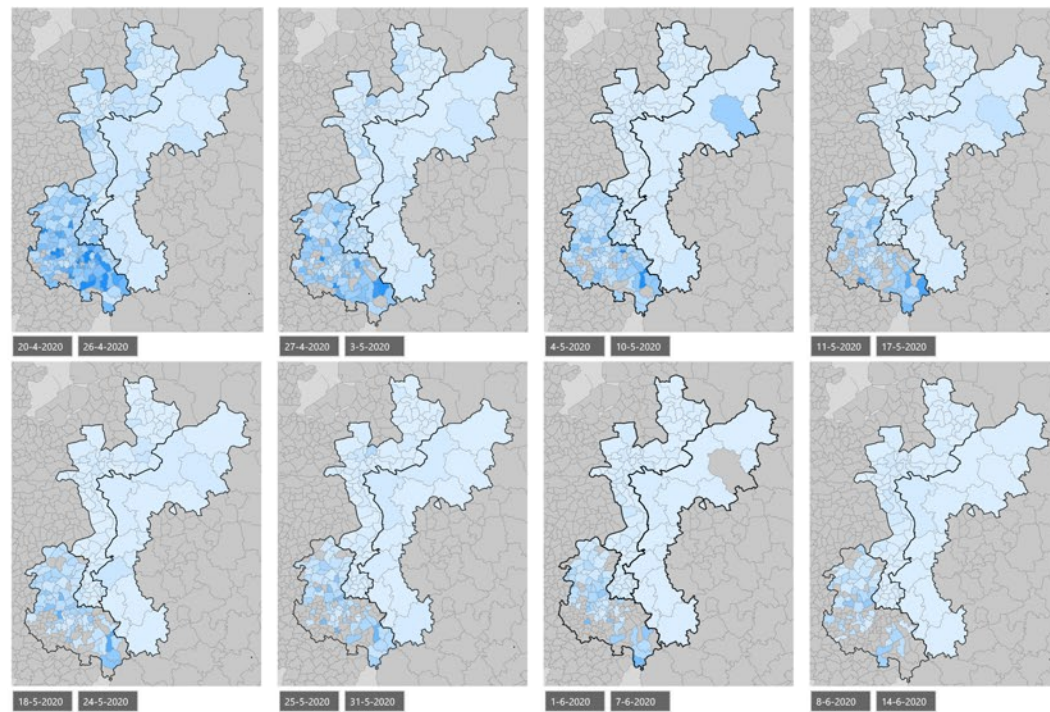
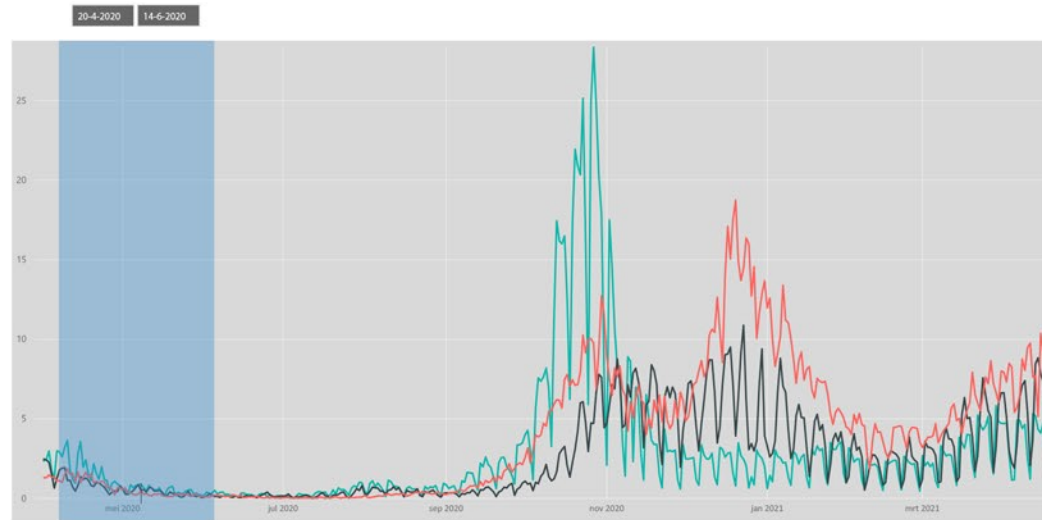
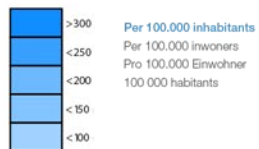
2021



Infections

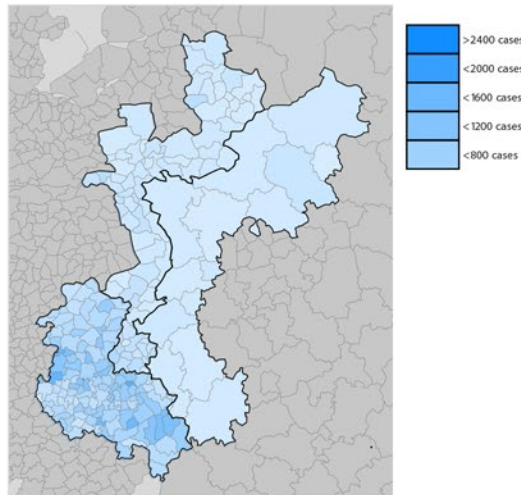
Infectiecijfers - Infektionsraten - Taux d'infection

● Belgium ● Germany ● The Netherlands



Infections

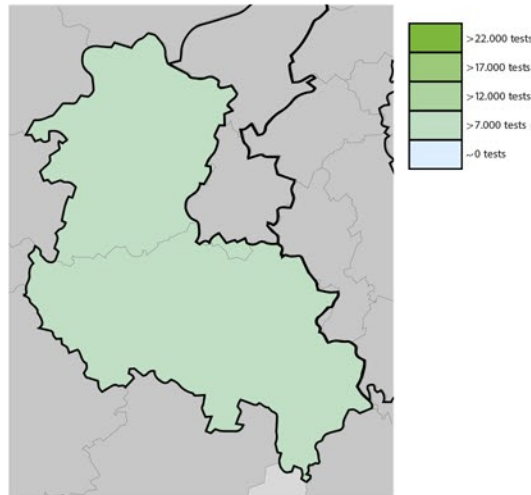
Infectiecijfers - Infektionsraten - Taux d'infection



Per 8 weeks
Per 8 weken - Pro 8 Wochen - Par 8 semaines
Per 100.000 inhabitants
Per 100.000 inwoners - Pro 100.000 Einwohner - 100 000 habitants

Amount of tests

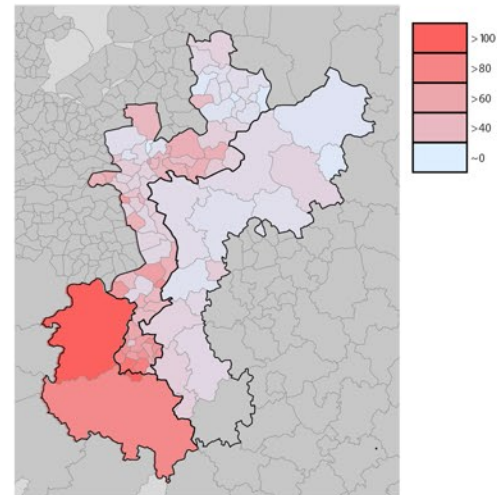
Aantal tests - Anzahl Tests - Nombre de tests



Per 8 weeks
Per 8 weken - Pro 8 Wochen - Par 8 semaines
Per 100.000 inhabitants
Per 100.000 inwoners - Pro 100.000 Einwohner - 100 000 habitants

Hospitalizations

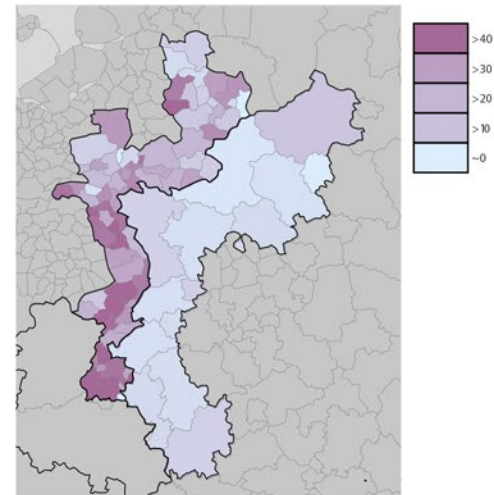
Ziekenhuisopnames - Krankenhauseinweisungen - Admission à l'hôpital



Per 8 weeks
Per 8 weken - Pro 8 Wochen - Par 8 semaines
Per 100.000 inhabitants
Per 100.000 inwoners - Pro 100.000 Einwohner - 100 000 habitants

Deaths

Sterfgevallen - Sterbgevallen - Todesfälle - Mortalität



Per 8 weeks
Per 8 weken - Pro 8 Wochen - Par 8 semaines
Per 100.000 inhabitants
Per 100.000 inwoners - Pro 100.000 Einwohner - 100 000 habitants

2020

6-4-2020 31-5-2020

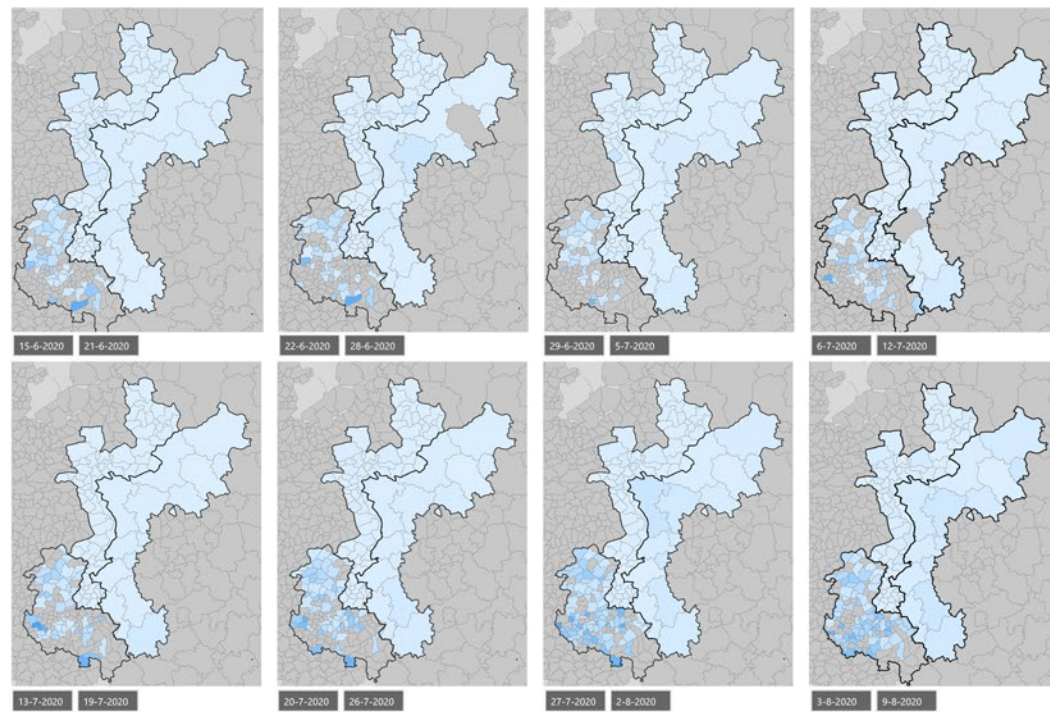
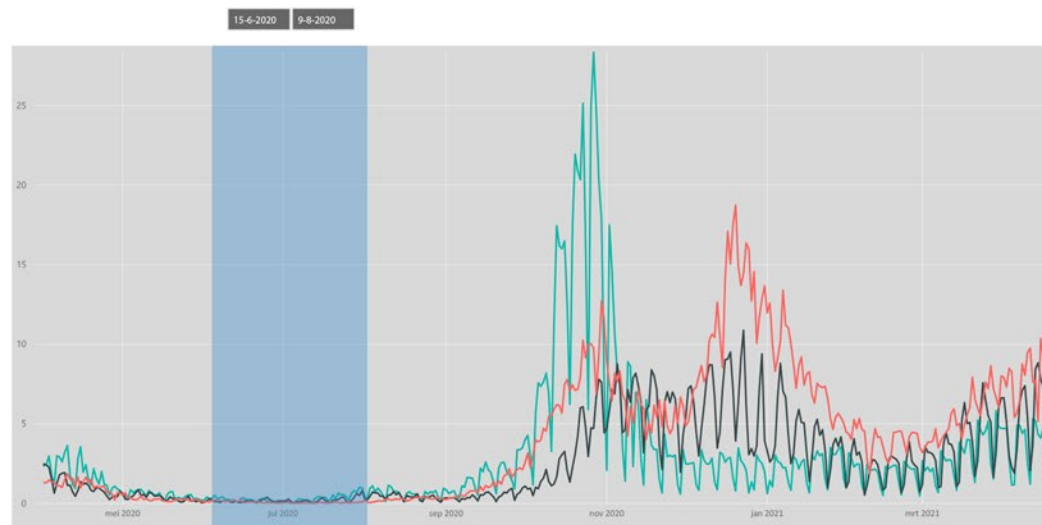
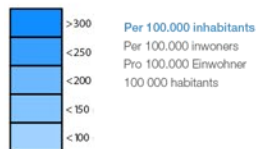
2021



Infections

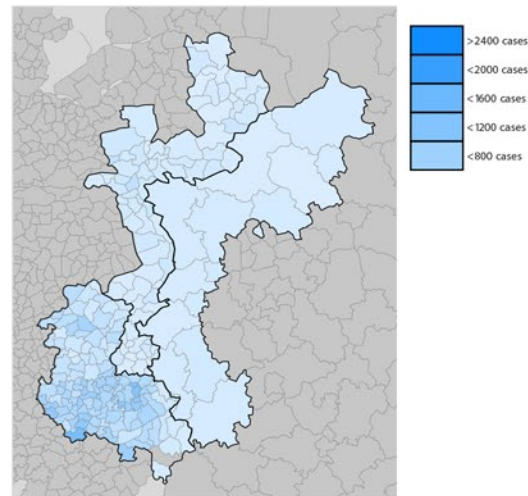
Infectiecijfers - Infektionsraten - Taux d'infection

● Belgium ● Germany ● The Netherlands



Infections

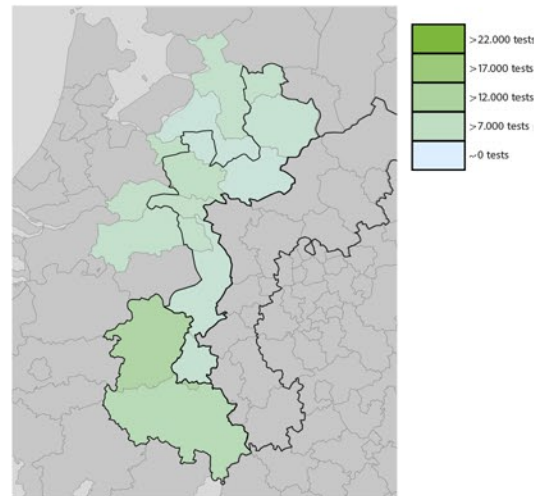
Infectiecijfers - Infektionsraten - Taux d'infection



Per 8 weeks
Per 8 weken - Pro 8 Wochen - Par 8 semaines
Per 100,000 inhabitants
Per 100,000 inwoners - Pro 100,000 Einwohner - 100 000 habitants

Amount of tests

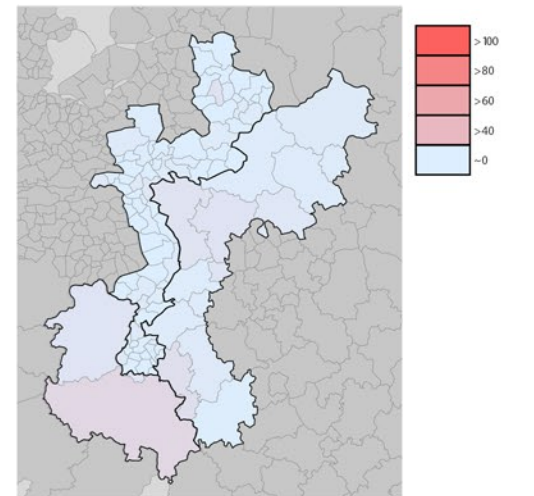
Aantal tests - Anzahl Tests - Nombre de tests



Per 8 weeks
Per 8 weken - Pro 8 Wochen - Par 8 semaines
Per 100,000 inhabitants
Per 100,000 inwoners - Pro 100,000 Einwohner - 100 000 habitants

Hospitalizations

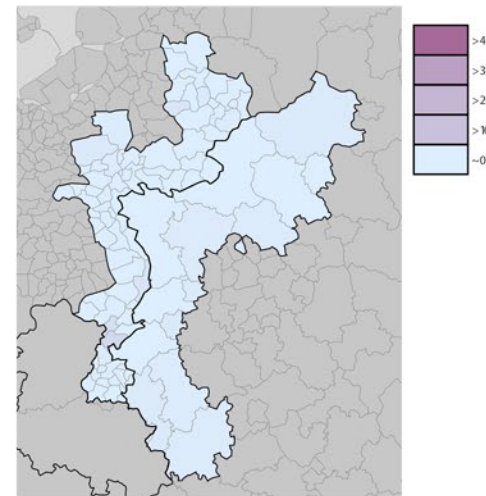
Ziekenhuisopnames - Krankenhauseinweisungen - Admission à l'hôpital



Per 8 weeks
Per 8 weken - Pro 8 Wochen - Par 8 semaines
Per 100,000 inhabitants
Per 100,000 inwoners - Pro 100,000 Einwohner - 100 000 habitants

Deaths

Sterfgevallen - Sterbgevallen - Todesfälle - Mortalité



Per 8 weeks
Per 8 weken - Pro 8 Wochen - Par 8 semaines
Per 100,000 inhabitants
Per 100,000 inwoners - Pro 100,000 Einwohner - 100 000 habitants

2020

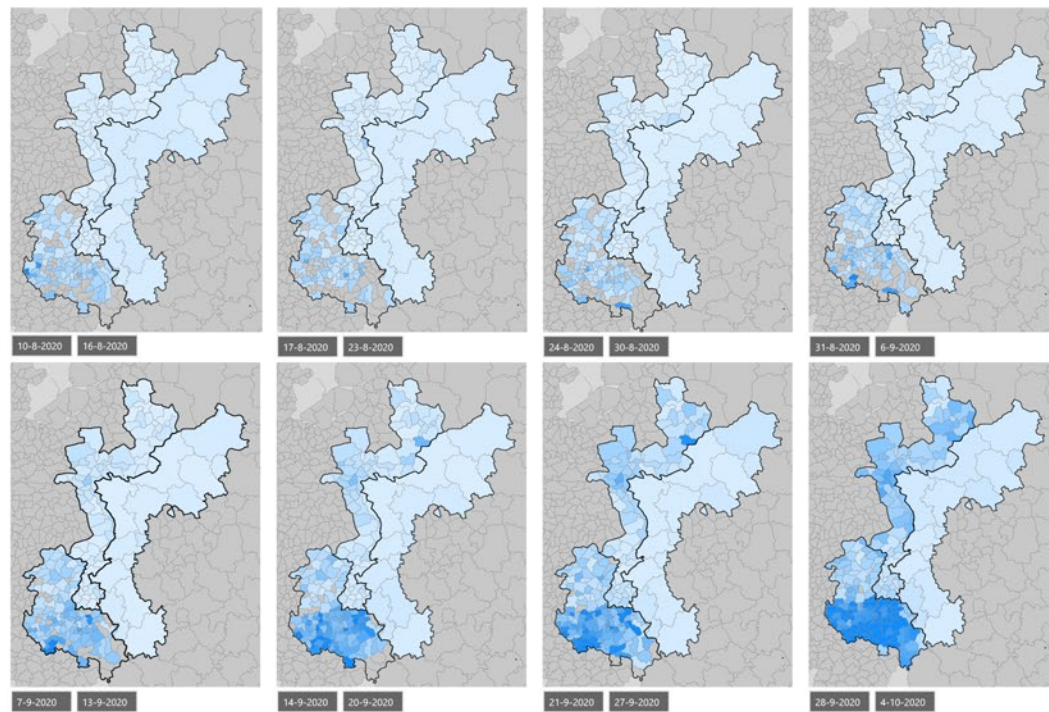
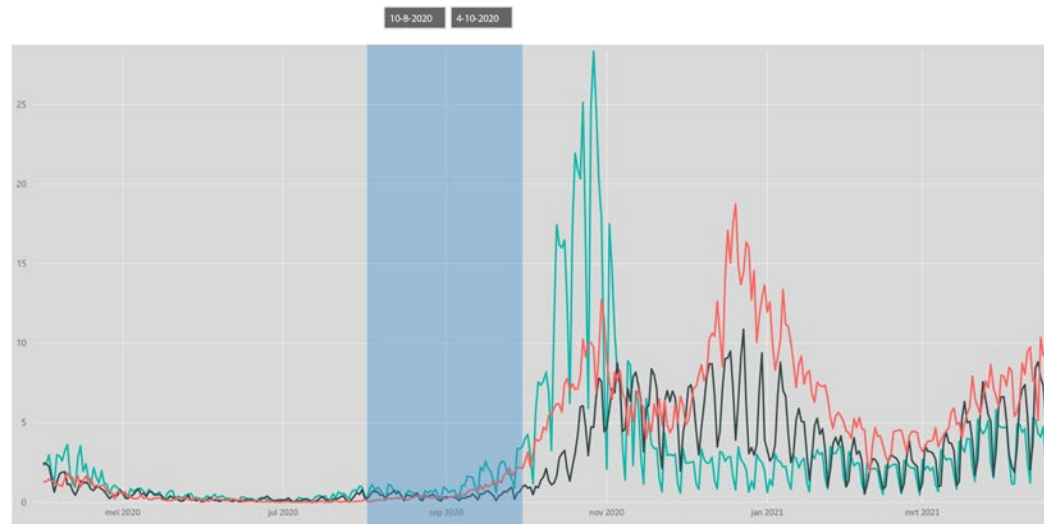
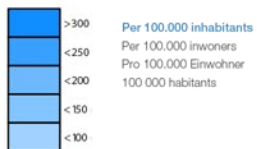


2021

Infections

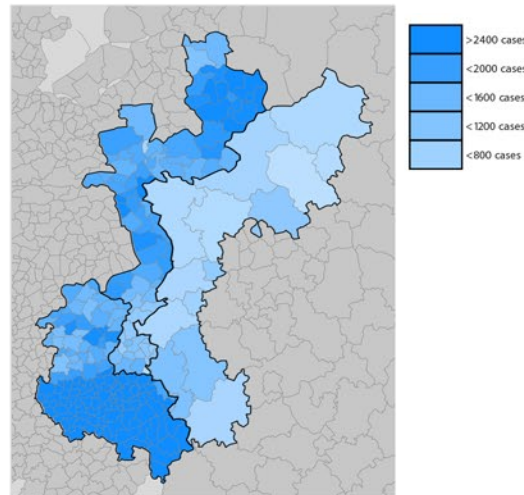
Infectiecijfers - Infektionsraten - Taux d'infection

● Belgium ● Germany ● The Netherlands



Infections

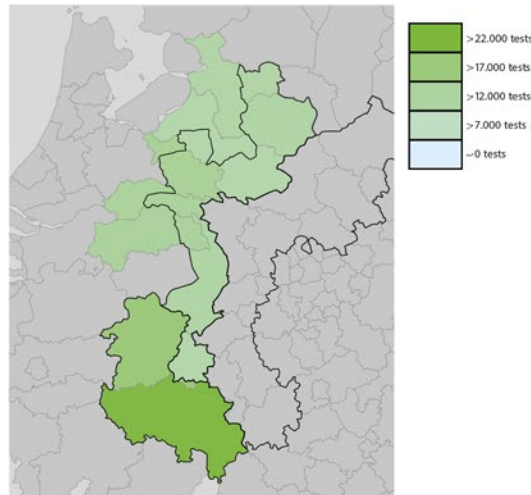
Infectiecijfers - Infektionsraten - Taux d'infection



Per 8 weeks
Per 8 weken - Pro 8 Wochen - Par 8 semaines
Per 100,000 inhabitants
Per 100,000 inwoners - Pro 100,000 Einwohner - 100 000 habitants

Amount of tests

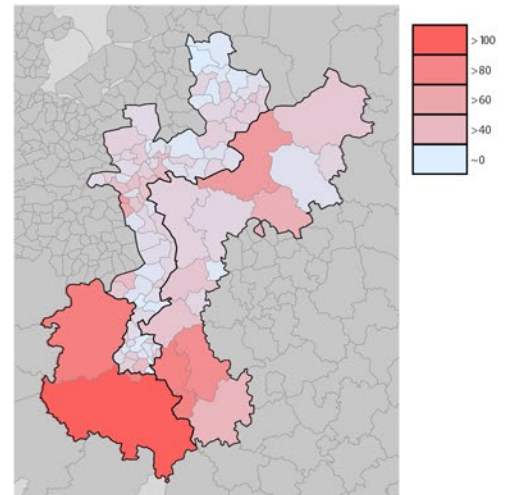
Aantal tests - Anzahl Tests - Nombre de tests



Per 8 weeks
Per 8 weken - Pro 8 Wochen - Par 8 semaines
Per 100,000 inhabitants
Per 100,000 inwoners - Pro 100,000 Einwohner - 100 000 habitants

Hospitalizations

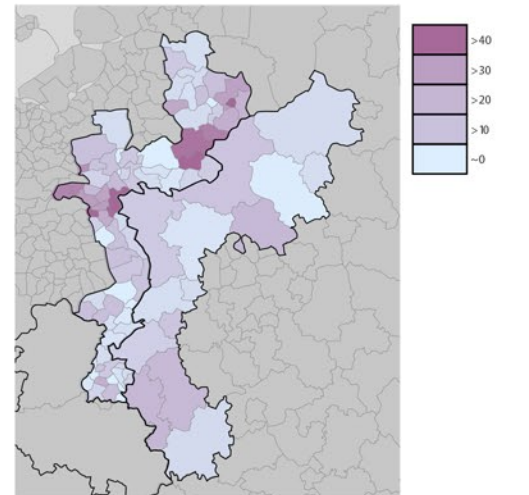
Ziekenhuisopnames - Krankenhauseinweisungen - Admission à l'hôpital



Per 8 weeks
Per 8 weken - Pro 8 Wochen - Par 8 semaines
Per 100,000 inhabitants
Per 100,000 inwoners - Pro 100,000 Einwohner - 100 000 habitants

Deaths

Sterfgevallen - Sterbefällen - Todesfälle - Mortalité



Per 8 weeks
Per 8 weken - Pro 8 Wochen - Par 8 semaines
Per 100,000 inhabitants
Per 100,000 inwoners - Pro 100,000 Einwohner - 100 000 habitants

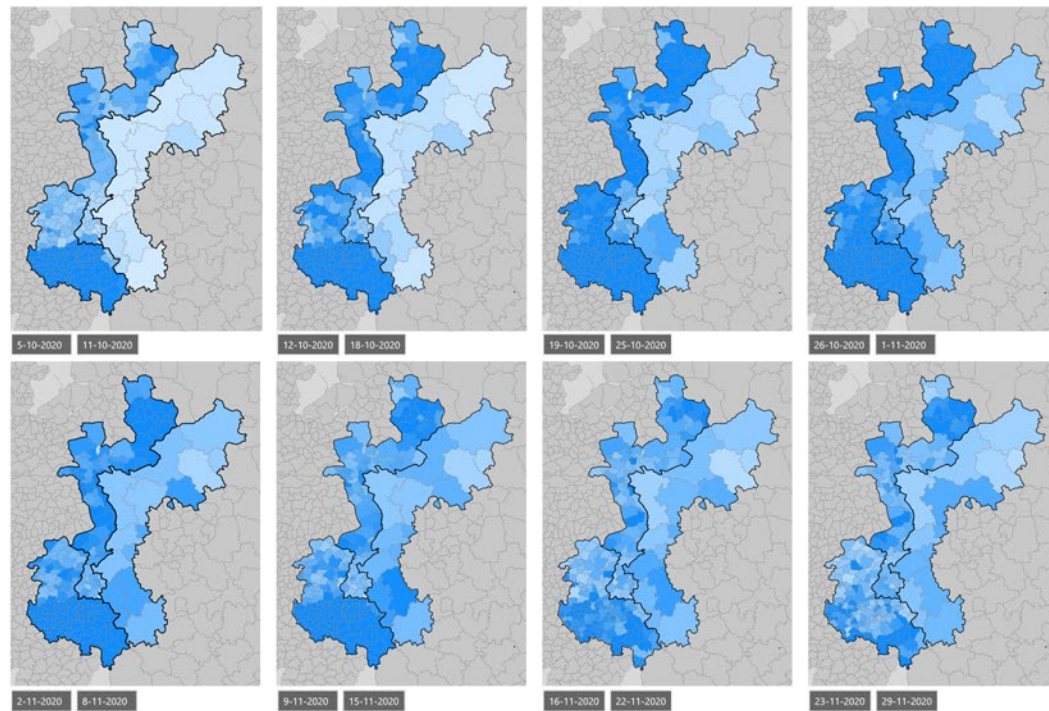
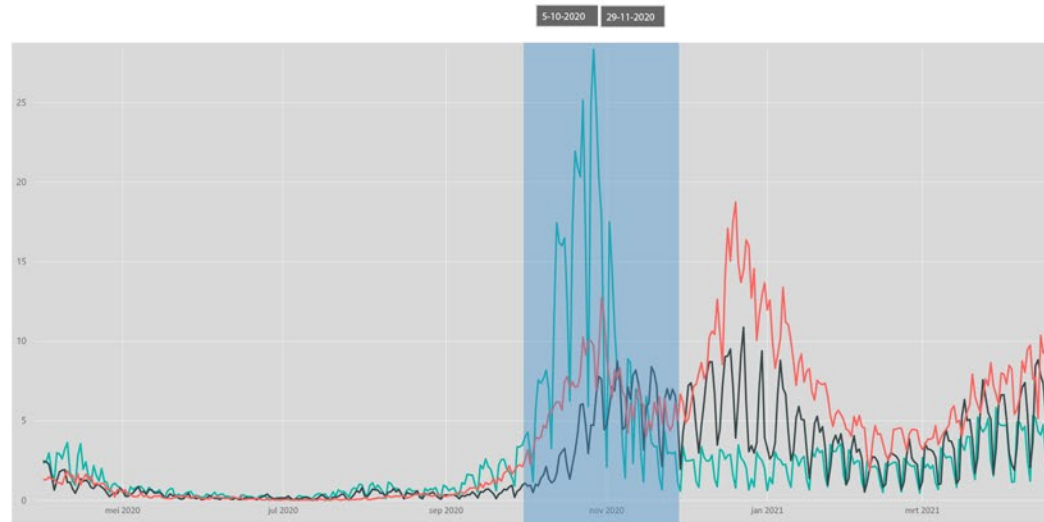
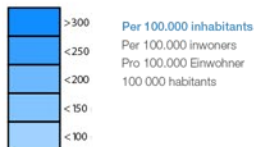
2020



Infections

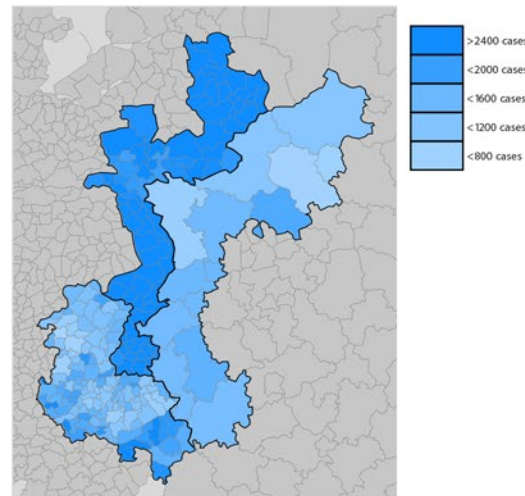
Infectiecijfers - Infektionsraten - Taux d'infection

● Belgium ● Germany ● The Netherlands



Infections

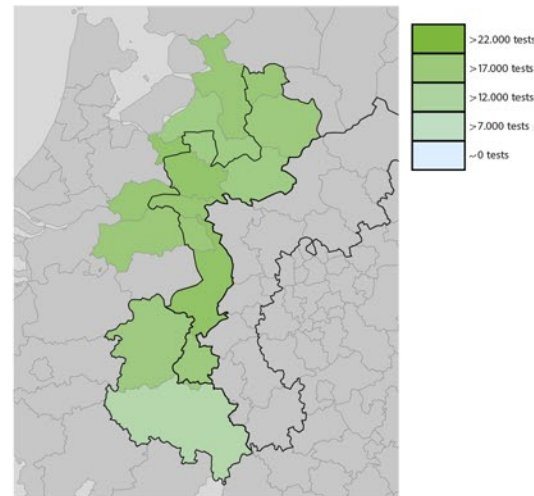
Infectiecijfers - Infektionsraten - Taux d'infection



Per 8 weeks
Per 8 weken - Pro 8 Wochen - Par 8 semaines
Per 100,000 inhabitants
Per 100.000 inwoners - Pro 100.000 Einwohner - 100 000 habitants

Amount of tests

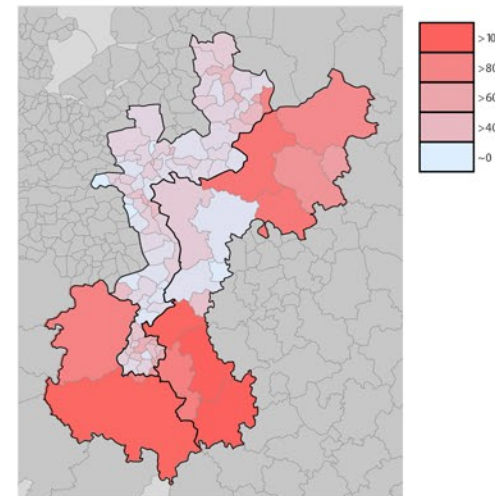
Aantal tests - Anzahl Tests - Nombre de tests



Per 8 weeks
Per 8 weken - Pro 8 Wochen - Par 8 semaines
Per 100,000 inhabitants
Per 100.000 inwoners - Pro 100.000 Einwohner - 100 000 habitants

Hospitalizations

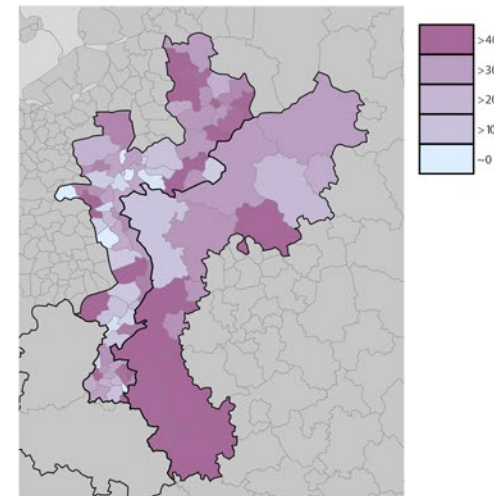
Ziekenhuisopnames - Krankenhauseinweisungen - Admission à l'hôpital



Per 8 weeks
Per 8 weken - Pro 8 Wochen - Par 8 semaines
Per 100,000 inhabitants
Per 100.000 inwoners - Pro 100.000 Einwohner - 100 000 habitants

Deaths

Sterfgevallen - Sterbgevallen - Todesfälle - Mortalité



Per 8 weeks
Per 8 weken - Pro 8 Wochen - Par 8 semaines
Per 100,000 inhabitants
Per 100.000 inwoners - Pro 100.000 Einwohner - 100 000 habitants

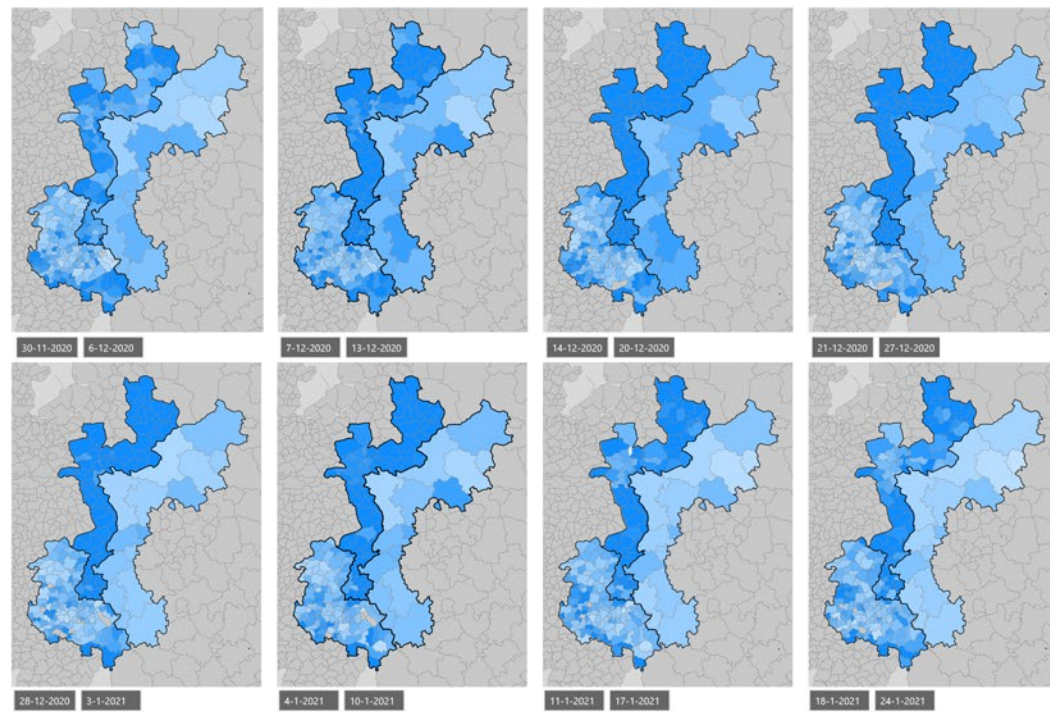
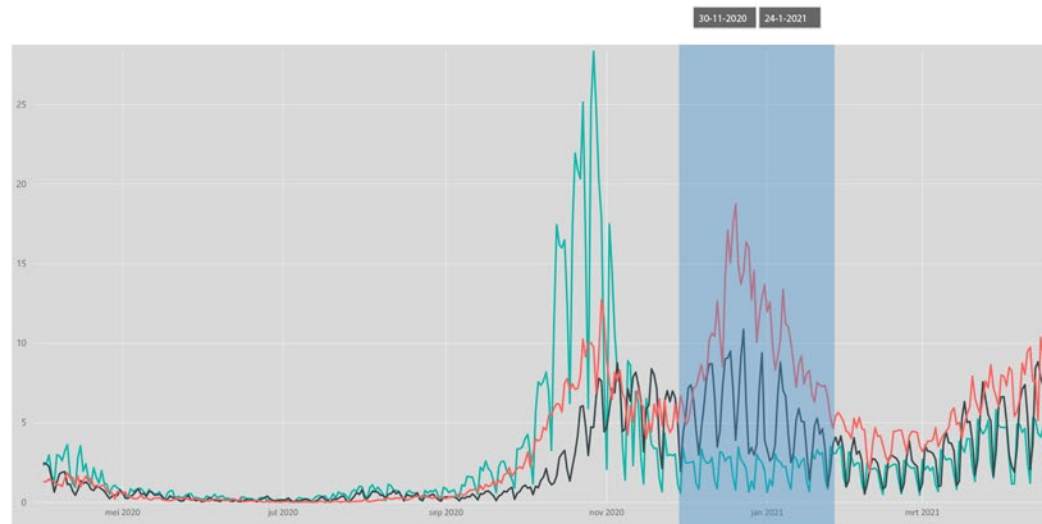
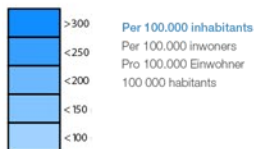
2020 16-11-2020 16-1-2021 2021



Infections

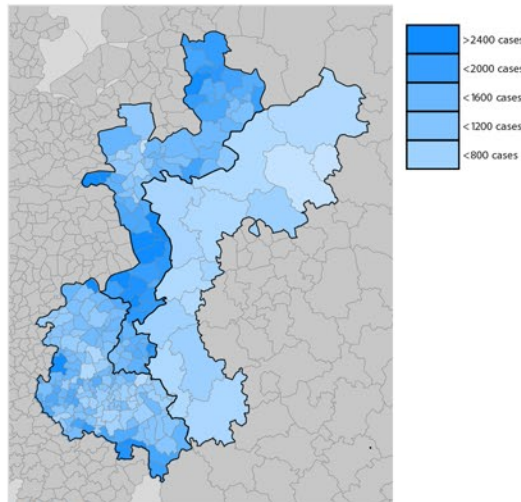
Infectiecijfers - Infektionsraten - Taux d'infection

● Belgium ● Germany ● The Netherlands



Infections

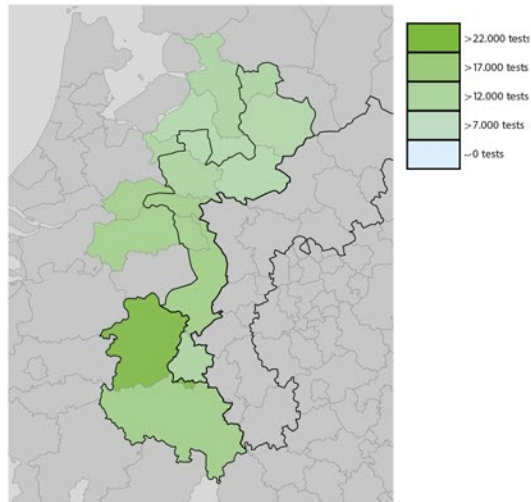
Infectiecijfers - Infektionsraten - Taux d'infection



Per 8 weeks
Per 8 weken - Pro 8 Wochen - Par 8 semaines
Per 100,000 inhabitants
Per 100,000 inwoners - Pro 100,000 Einwohner - 100 000 habitants

Amount of tests

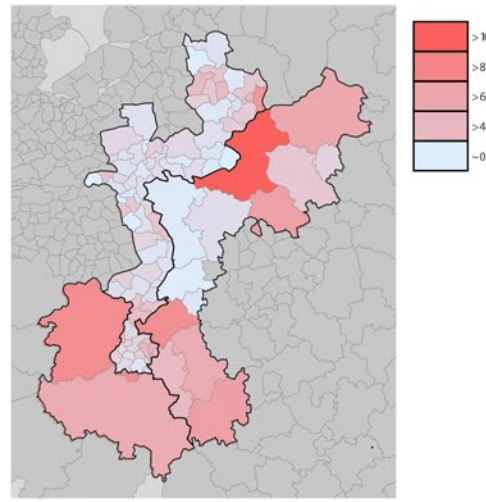
Aantal tests - Anzahl Tests - Nombre de tests



Per 8 weeks
Per 8 weken - Pro 8 Wochen - Par 8 semaines
Per 100,000 inhabitants
Per 100,000 inwoners - Pro 100,000 Einwohner - 100 000 habitants

Hospitalizations

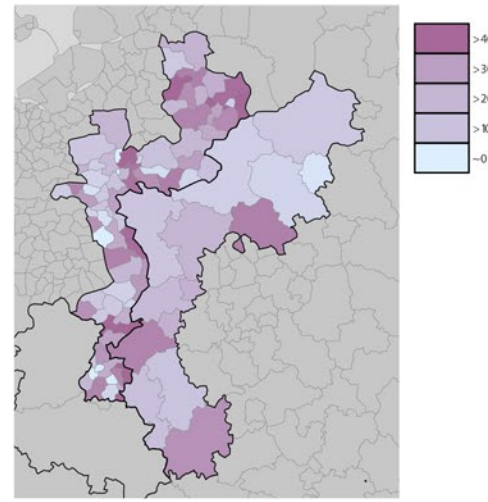
Ziekenhuisopnames - Krankenhauseinweisungen - Admission à l'hôpital



Per 8 weeks
Per 8 weken - Pro 8 Wochen - Par 8 semaines
Per 100,000 inhabitants
Per 100,000 inwoners - Pro 100,000 Einwohner - 100 000 habitants

Deaths

Sterfgevallen - Sterbefällen - Todesfälle - Mortalité



Per 8 weeks
Per 8 weken - Pro 8 Wochen - Par 8 semaines
Per 100,000 inhabitants
Per 100,000 inwoners - Pro 100,000 Einwohner - 100 000 habitants

2020

2021

11-1-2021 7-3-2021

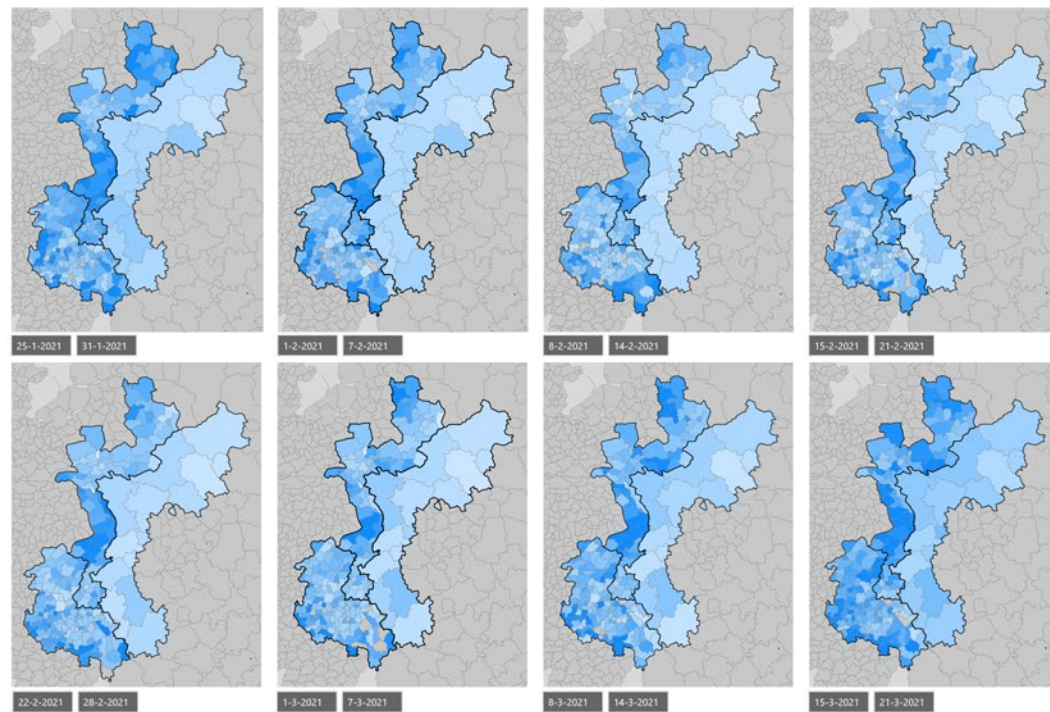
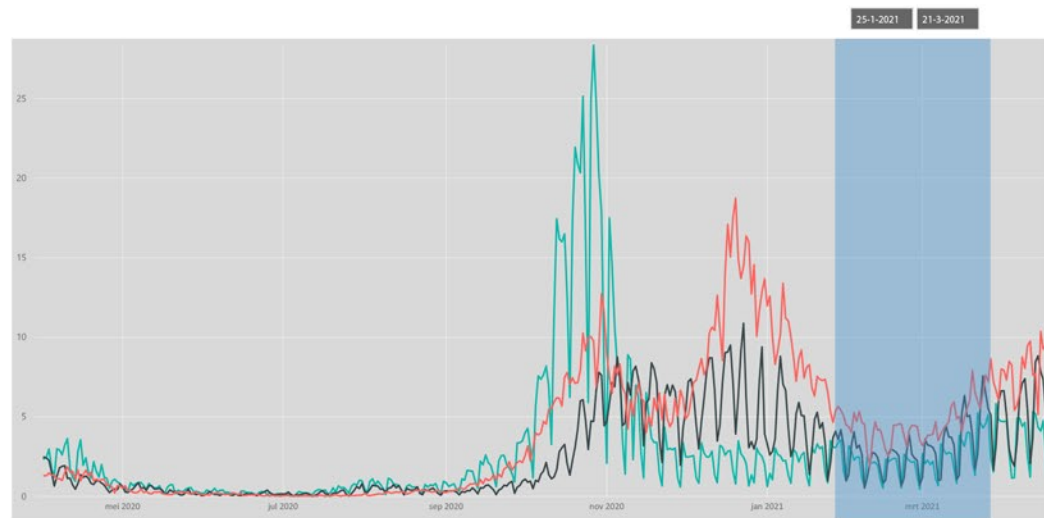
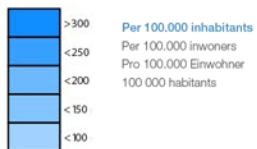
2021



Infections

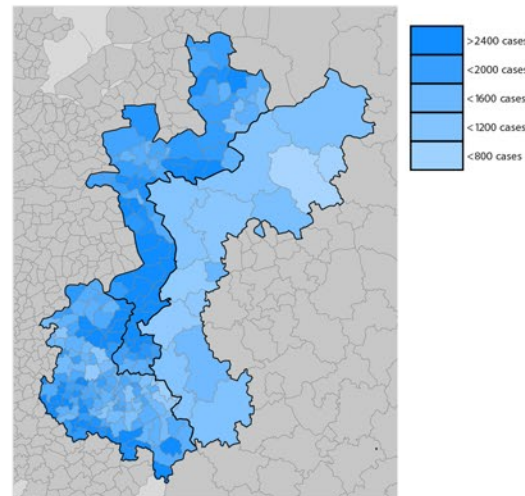
Infectiecijfers - Infektionsraten - Taux d'infection

● Belgium ● Germany ● The Netherlands



Infections

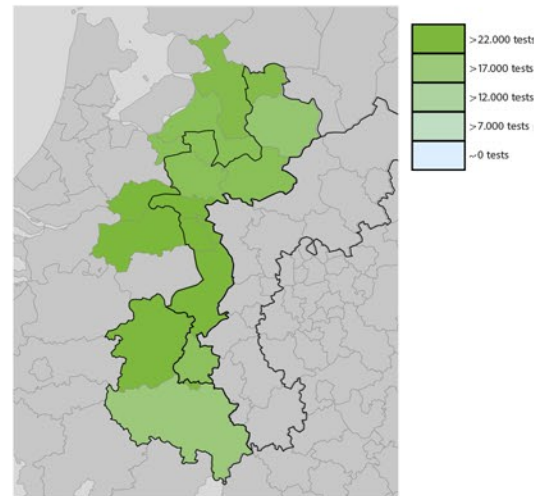
Infectiecijfers - Infektionsraten - Taux d'infection



Per 8 weeks
Per 8 weken - Pro 8 Wochen - Par 8 semaines
Per 100.000 inhabitants
Per 100.000 inwoners - Pro 100.000 Einwohner - 100 000 habitants

Amount of tests

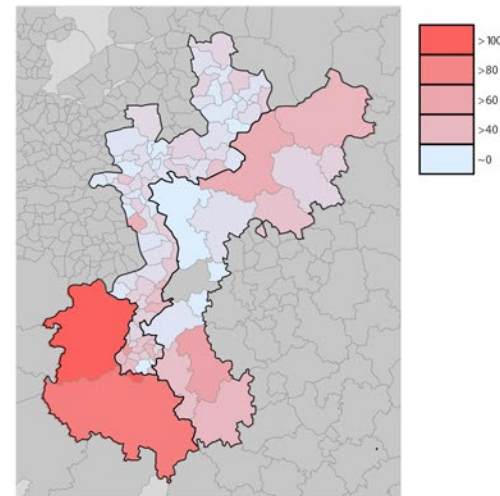
Aantal tests - Anzahl Tests - Nombre de tests



Per 8 weeks
Per 8 weken - Pro 8 Wochen - Par 8 semaines
Per 100.000 inhabitants
Per 100.000 inwoners - Pro 100.000 Einwohner - 100 000 habitants

Hospitalizations

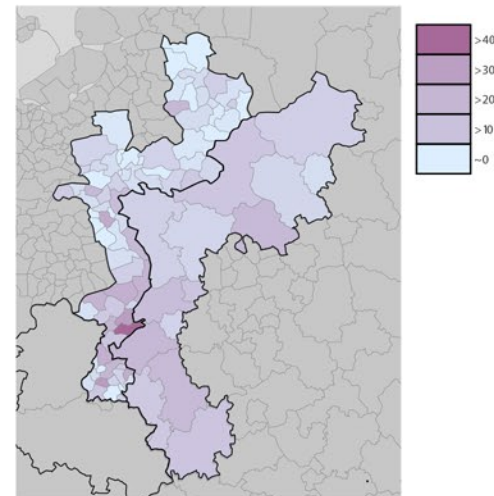
Ziekenhuisopnames - Krankenhauseinweisungen - Admission à l'hôpital



Per 8 weeks
Per 8 weken - Pro 8 Wochen - Par 8 semaines
Per 100.000 inhabitants
Per 100.000 inwoners - Pro 100.000 Einwohner - 100 000 habitants

Deaths

Sterfgevallen - Sterbefällen - Todesfälle - Mortalité



Per 8 weeks
Per 8 weken - Pro 8 Wochen - Par 8 semaines
Per 100.000 inhabitants
Per 100.000 inwoners - Pro 100.000 Einwohner - 100 000 habitants

2020

2021

8-3-2021 3-5-2021

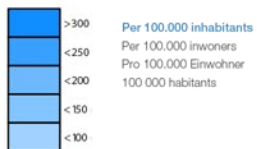
2021



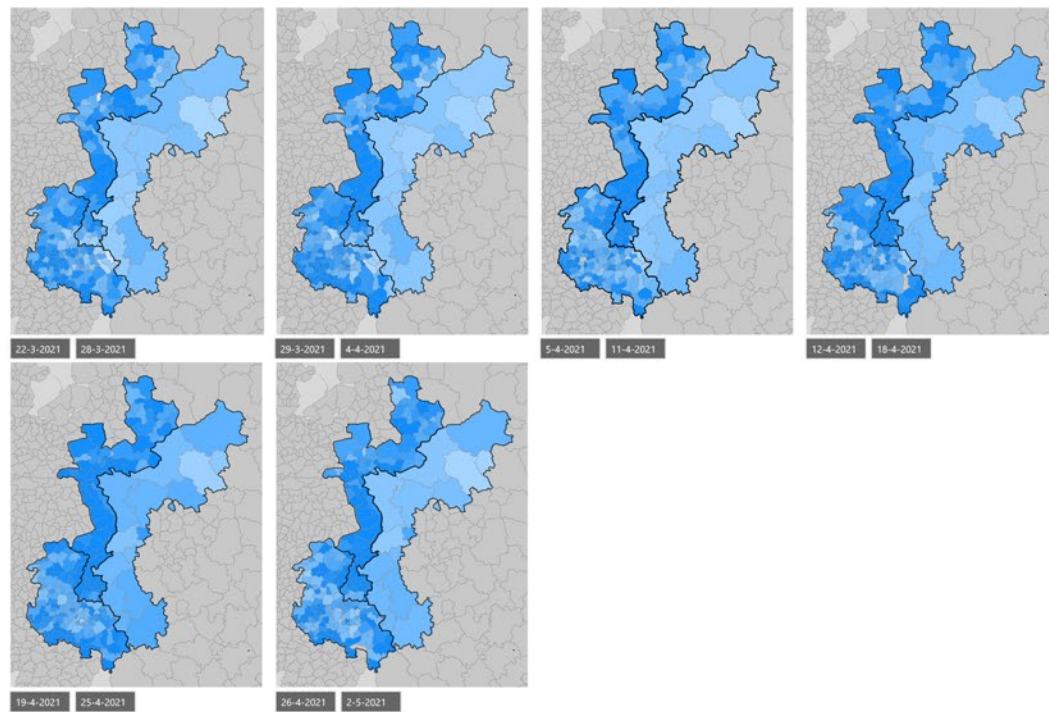
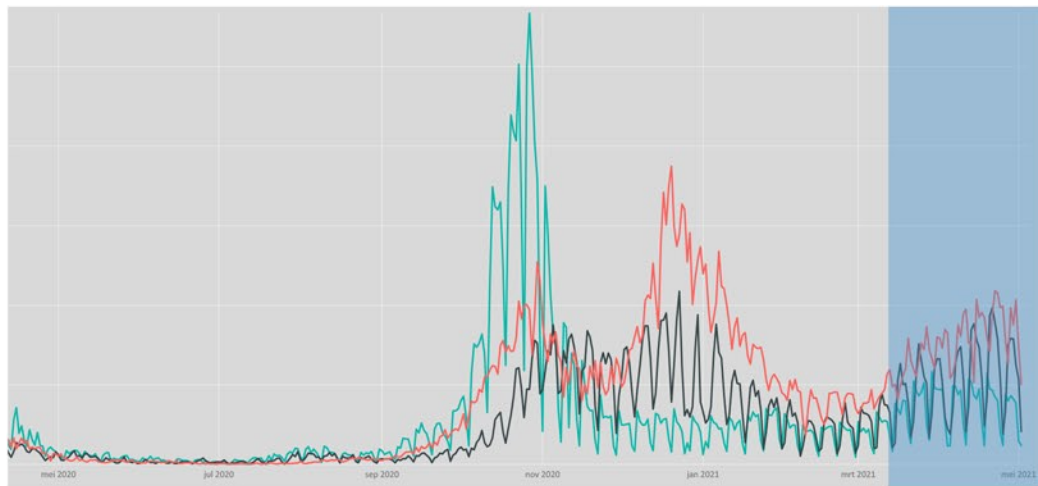
Infections

Infectiecijfers - Infektionsraten - Taux d'infection

● Belgium ● Germany ● The Netherlands



22-3-2021 2-5-2021



Validity



Validiteit



It is important that an Atlas is reliable (valid). A high reliability is important for insight and acceptance of the results. Various forms of reliability (validity) are important. Some things can be measured easily and reliably, for other concepts this is more difficult. With this Atlas, we have made various forms of information on the same subject transparent by means of mapping. Together these form a map and give a reliable picture of the concept to be measured.

The Atlas is being used as a development tool to provide insight into numbers of people tested, infections, hospitalisations and deaths related to COVID-19. This Atlas shows an overview from March 2020 to May 2021. To obtain the most up to date information on a daily basis, you can view it via the digital dashboard on www.euregionalhealthatlas.eu

In addition to this quantitative Atlas, a qualitative study was also carried out. To read this report, go to www.euprevent.eu

Het is belangrijk dat een Atlas betrouwbaar (valide) is. Een goede betrouwbaarheid is van belang voor inzicht en acceptatie van de resultaten. Er zijn diverse vormen van betrouwbaarheid (validiteit) van belang. Sommige zaken kunnen eenvoudig en betrouwbaar gemeten worden, bij andere begrippen is dit moeilijker. Met deze Atlas hebben we verschillende vormen van informatie over hetzelfde onderwerp inzichtelijk gemaakt via kaarten. Deze vormen gezamenlijk een kaart en geven een betrouwbaar beeld van het te meten begrip.

De Atlas wordt ingezet als ontwikkelinstrument, om zo inzicht te geven in het aantal geteste personen, infecties, ziekenhuisopnames en sterfgevallen in verband met COVID-19. Deze Atlas toont een overzicht van maart 2020 tot en met mei 2021. Wilt u dagelijks de meest up to date informatie dan kunt u deze terugzien in het digitale dashboard www.euregionalhealthatlas.eu

Naast deze kwantitatieve Atlas heeft er ook een kwalitatief onderzoek plaatsgevonden. Wilt u dit rapport lezen? Ga dan naar www.euprevent.eu

Gültigkeit



Validité



Es ist wichtig, dass ein Atlas zuverlässig (gültig) ist. Eine gute Zuverlässigkeit ist wichtig für die Einsicht und Akzeptanz der Ergebnisse. Verschiedene Formen der Zuverlässigkeit (Gültigkeit) sind wichtig. Manche Dinge lassen sich leicht und zuverlässig messen, bei anderen Konzepten ist dies schwieriger. Mit diesem Atlas haben wir verschiedene Informationen zu ein und demselben Thema in Form von Karten transparent gemacht. Zusammen bilden sie eine Karte und ergeben ein zuverlässiges Bild des zu messenden Konzepts.

Der Atlas wird als Entwicklungsinstrument eingesetzt, um einen Einblick in die Anzahl der getesteten Personen, Infektionen, Krankenhausaufenthalte und Todesfälle im Zusammenhang mit COVID-19 zu geben. Dieser Atlas zeigt eine Übersicht von März 2020 bis Mai 2021. Wenn Sie tagesaktuelle Informationen wünschen, können Sie diese auf dem digitalen Dashboard www.euregionalhealthatlas.eu abrufen.

Zusätzlich zu diesem quantitativen Atlas wurde auch eine qualitative Studie durchgeführt. Möchten Sie diesen Bericht lesen? Dann gehen Sie auf www.euprevent.eu

Il est important qu'un Atlas soit fiable (valide). Une bonne fiabilité est importante pour la compréhension et l'acceptation des résultats. Diverses formes de fiabilité (validité) sont importantes. Certaines choses peuvent être mesurées facilement et de manière fiable, pour d'autres concepts, c'est plus difficile. Avec cet Atlas, nous avons rendu transparentes diverses formes d'information sur un même sujet au moyen de cartes. Ensemble, ils forment une carte et donnent une image fiable du concept à mesurer.

L'Atlas est utilisé comme outil de développement pour fournir un aperçu du nombre de personnes testées, des infections, des hospitalisations et des décès liés à la COVID-19. Cet Atlas donne un aperçu de la période allant de mars 2020 à mai 2021. Si vous souhaitez disposer des informations les plus récentes au quotidien, vous pouvez les consulter sur le tableau de bord numérique www.euregionalhealthatlas.eu

En plus de cet Atlas quantitatif, une étude qualitative a également été réalisée. Vous souhaitez lire ce rapport ? Allez ensuite sur www.euprevent.eu

Data sources/ Source citation

The Dutch data is taken from the National Institute for Public Health and the Environment (RIVM). The official Dutch dashboard can be found at:
<https://coronadashboard.rijksoverheid.nl/>

The Belgian data are from Sciensano. The official Belgian dashboard can be found at:
<https://datastudio.google.com/embed/reporting/c14a5cfc-cab7-4812-848c-0369173148ab/page/ZwmOB>

The German data comes from the Robert Koch Institute (RKI).
The official German dashboard can be found at:
<https://experience.arcgis.com/experience/478220a4c454480e823b17327b2bf1d4>

Country-specific definitions

The Netherlands:
<https://coronadashboard.government.nl/verantwoording#confirmed-cases>
<https://coronadashboard.government.nl/verantwoording#hospitals>

Belgium:
https://COVID-19.sciensano.be/sites/default/files/COVID19/COVID_19_FAQ_ENG_final.pdf
COVID-19.sciensano.be/sites/default/files/COVID19/COVID_19_FAQ_ENG_final.pdf

Germany:
https://www.rki.de/DE/Content?InfAZ/N/Neuartiges_Corona-virus/Faldefinition.html

Databronnen/ Bronvermelding

De Nederlandse gegevens zijn afkomstig van het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Het officiële Nederlandse dashboard is te vinden op:
<https://coronadashboard.rijksoverheid.nl/>

De Belgische gegevens zijn afkomstig van Sciensano. Het officiële Belgische dashboard is te vinden op:
<https://datastudio.google.com/embed/reporting/c14a5cfc-cab7-4812-848c-0369173148ab/page/ZwmOB>

De Duitse gegevens zijn afkomstig van het Robert Koch Instituut (RKI). Het officiële Duitse dashboard is te vinden op:
<https://experience.arcgis.com/experience/478220a4c454480e823b17327b2bf1d4>

Landspecifieke definities

Nederland:
<https://coronadashboard.government.nl/verantwoording#confirmed-cases>
<https://coronadashboard.government.nl/verantwoording#hospitals>

België:
https://COVID-19.sciensano.be/sites/default/files/COVID19/COVID_19_FAQ_ENG_final.pdf

Duitsland:
https://www.rki.de/DE/Content?InfAZ/N/Neuartiges_Corona-virus/Faldefinition.html

Datenquellen/Quellennachweis

Die niederländischen Daten stammen vom Nationalen Institut für öffentliche Gesundheit und Umwelt (RIVM). Das offizielle niederländische Dashboard ist zu finden unter:
<https://coronadashboard.rijksoverheid.nl/>

Die belgischen Daten stammen von Sciensano. Das offizielle belgische Dashboard ist zu finden unter:
<https://datastudio.google.com/embed/reporting/c14a5cfc-cab7-4812-848c-0369173148ab/page/ZwmOB>

Die deutschen Daten stammen vom Robert-Koch-Institut (RKI). Das offizielle deutsche Dashboard ist zu finden unter:
<https://experience.arcgis.com/experience/478220a4c454480e823b17327b2bf1d4>

Länderspezifische Definitionen

Niederlande:
<https://coronadashboard.government.nl/verantwoording#confirmed-cases>
<https://coronadashboard.government.nl/verantwoording#hospitals>

Belgien:
https://COVID-19.sciensano.be/sites/default/files/COVID19/COVID_19_FAQ_ENG_final.pdf
COVID-19.sciensano.be/sites/default/files/COVID19/COVID_19_FAQ_ENG_final.pdf

Deutschland:
https://www.rki.de/DE/Content?InfAZ/N/Neuartiges_Corona-virus/Faldefinition.html

Sources de données/ Citation des sources

Les données néerlandaises proviennent de l'Institut national pour la santé publique et l'environnement (RIVM). Le tableau de bord officiel néerlandais peut être consulté à l'adresse suivante: <https://coronadashboard.rijksoverheid.nl/>

Les données belges proviennent de Sciensano. Le tableau de bord officiel de la Belgique peut être consulté à l'adresse suivante: <https://datastudio.google.com/embed/reporting/c14a5cfc-cab7-4812-848c-0369173148ab/page/ZwmOB>.

Les données allemandes proviennent de l'Institut Robert Koch (RKI). Le tableau de bord officiel allemand peut être consulté à l'adresse suivante: <https://experience.arcgis.com/experience/478220a4c454480e823b17327b2bf1d4>

Définitions spécifiques par pays

Pays-Bas :
<https://coronadashboard.government.nl/verantwoording#confirmed-cases>
<https://coronadashboard.government.nl/verantwoording#hospitals>

Belgique:
https://COVID-19.sciensano.be/sites/default/files/COVID19/COVID_19_FAQ_ENG_final.pdf
COVID-19.sciensano.be/sites/default/files/COVID19/COVID_19_FAQ_ENG_final.pdf

Allemagne:
https://www.rki.de/DE/Content?InfAZ/N/Neuartiges_Corona-virus/Faldefinition.html

Contact details

Primary location Heerlen (The Netherlands)

Het Overloon 2, 6411 TE Heerlen
P.O. Box 33, 6400 AA Heerlen
T (+31) 88 - 880 5000

Information about the project

Christian Hoebe, physician-epidemiologist M&G Infectious Disease Control

Colophon

Printing: euPrevent
Design: Margret Reijnders - Creatieve Communicatie



Contactgegevens

Hoofdlocatie Heerlen (Nederland)

Het Overloon 2, 6411 TE Heerlen
Postbus 33, 6400 AA Heerlen
T (+31) 88 - 880 5000

Informatie over het project

Christian Hoebe, arts-epidemioloog M&G Infectieziektebestrijding
infoSIM@ggdz.nl
www.euprevent.eu/COVID

Colofon

Druk: euPrevent
Vormgeving: Margret Reijnders - Creatieve Communicatie



Kontaktangaben

Hauptstandort Heerlen (Die Niederlande)

Het Overloon 2, 6411 TE Heerlen
Postfach 33, 6400 AA Heerlen
T (+31) 88 - 880 5000

Informationen über das Projekt

Christian Hoebe, Arzt-Epidemiologe M&G Infectious Disease Control

Kolophon

Druck: euPrevent
Gestaltung: Margret Reijnders - Creatieve Communicatie



Données de contact

Localisation principale Heerlen (Les Pays-Bas)

Het Overloon 2, 6411 TE Heerlen
P.O. Box 33, 6400 AA Heerlen
T (+31) 88 - 880 5000

Informations sur le projet

Christian Hoebe, médecin-épidémiologiste M&G Contrôle des maladies infectieuses


Colophon

Impression : euPrevent
Conception : Margret Reijnders - Creatieve Communicatie



www.euregionalhealthatlas.eu

mede mogelijk gemaakt door

provincie limburg 



 sciensano



 Maastricht University