

Tropen- und Reisemedizin

Ebola in Westafrika: Einblicke in 2014 und Ausblicke auf 2015

Lars Henning

Schweizerisches Tropen- und Public Health-Institut (Swiss TPH), Basel

Im Dezember 2013 starb ein zweijähriges Mädchen in dem kleinen Dorf Meliandou in der Grenzregion Guineas zu Liberia und Sierra Leone [1]. Dies ist der Ausgangspunkt für die verheerendste Ebola-Epidemie, welche tausende Menschen innerhalb kurzer Zeit in Liberia, Guinea und Sierra Leone dahingerafft hat. Dieses Schlaglicht beruht auf Erfahrungen und Eindrücken während meines fünfwöchigen Aufenthalts in Liberia im Oktober und November 2014. Es soll nicht versuchen, den Ausbruch epidemiologisch zu erklären [2], sondern soll die Bedeutung für die Menschen aktuell in Westafrika beleuchten.

Gesundheitssystem zusammengebrochen

Ebola in Westafrika im Jahr 2014 bedeutet, dass in vielen Gegenden fast alle Krankenhäuser und Gesundheitsposten geschlossen sind. Nosokomiale Infektionen stellen einen gewichtigen Anteil der Neuinfektionen dar, insbesondere bei Pflegepersonal, so dass auch das gesunde Gesundheitspersonal nicht mehr zu Arbeit kommt und die Patienten ihrerseits das Gesundheitssystem scheuen, weil sie Angst haben, sich anzustecken. Das führt dazu, dass weder Masernimmunisierungen noch HIV-Tests durchgeführt werden sowie keine Malariadiagnose bei fieberhaften Infekten mehr stattfindet. Schwangere müssen – auch bei Komplikationen – zu Hause entbinden. Die Ebola-Epidemie ist furchtbar, aber aktuell sterben mehr Menschen im Zuge des zusammengebrochenen Gesundheitssystems!

Ebola in Westafrika 2014 bedeutet, dass wir mehr «Ebola-Treatment-Units» (ETUs) aufbauen müssen. Gemeinsam mit den Verantwortlichen vor Ort müssen wir planen, wo diese ETUs am sinnvollsten platziert werden müssen. Wir brauchen mehr medizinisches Personal, welches die adäquaten Schutzmassnahmen einhält, um sich vor einer Infektion zu schützen. Dazu müssen zehntausende, wenn nicht hunderttausende von Schutzanzügen verteilt werden. Und nicht nur an den ETUs, weil ja die Patienten zuerst zu einem Heiler, Gesundheitsposten, Krankenhaus, zu einer Apotheke oder Hebamme gehen, wenn sie krank



sind. Alle diese Gruppen müssen sich schützen! Das Gesundheitspersonal in den ETUs steckt sich meistens nicht während der Arbeit an, sondern wenn es in seiner Freizeit in der Nachbarschaft hilft. Manche Experten schlagen sogenannte «community care centers» (CCCs) vor, bei denen Familienangehörige die Pflege von Ebola-Kranken übernehmen. Viele Experten nennen diese «communities contamination centers». Wer soll die Angehörigen anleiten, wie man die Schutzanzüge korrekt an- und auszieht? Wie werden die kontaminierten Schutzanzüge entsorgt? Ich persönlich bin skeptisch.

Es werden Risikozuschläge gefordert

Ebola in Westafrika im Jahr 2014 bedeutet auch, dass wir nicht genügend diagnostische Kapazitäten haben. Deswegen liegen Ebola- und Nicht-Ebola-Kranke in ETU-Zelten zusammen, wodurch es zu einer erheblichen Anzahl von Neuinfektionen kommt. Die aktuelle Erfahrung vor Ort zeigt, dass die Wiederherstellung der Gesundheitssysteme nur funktioniert, wenn eine Ebola-Infektion sicher, schnell und verlässlich ausgeschlossen werden kann. Mir wurde von vielen Leuten



Lars Henning

berichtet, dass sie im Falle von Fieber gar nicht zum Arzt gehen, weil dieser sie sofort wieder wegschicken würde. Man mag es mögen oder nicht, aber solange es keinen «Risikozuschlag» gibt, wird das Gesundheitspersonal nicht zur Arbeit zurückkehren. Diese leistungsabhängigen Risikozuschläge sollten an die Dauer der Ebola-Epidemie gekoppelt werden, dann sind sie auch für nationale und internationale Geldgeber tragbar; der Staat hat die Verantwortung, die Löhne auszuzahlen. Dass dies funktioniert und nachhaltig ist, zeigt Nigeria, wo unter schwierigen Bedingungen Leute bereit sind, Kinder gegen Poliomyelitis zu impfen.

Ebola in Westafrika 2014 bedeutet, dass alle Leichen in und um Monrovia, der Hauptstadt Liberias, per Präsidialdekret verbrannt werden müssen. Mit Hilfe von speziell trainierten «dead body management teams» werden die hochinfektiösen Leichen eingesammelt und somit der Infektionszyklus durchbrochen. Dies geschieht oft gegen den Willen der Angehörigen, so dass viele Kranke es vorziehen, zu Hause zu bleiben. Dies ermöglicht im Todesfall eine geheime Bestattung durch die Familie. Es ist unstrittig, dass Begräbnisse von Ebola-Toten eine grosse Ansteckungsgefahr besitzen. Strittig ist hingegen, wie sinnvoll diese Anordnung ist und ob damit wirklich etwas Sinnvolles getan wird, weil viele Todesfälle nicht auf Ebola zurückzuführen sind. Ich habe dies oft mit Kollegen vor Ort diskutiert. Das erfolgreiche Zurückdrängen der Epidemie in Lofa, einer Provinz im Norden Liberias, zeigt, dass im Zusammenspiel mit geistlichen Führern, Familien und gesellschaftlichen Gruppen sichere Beerdigungen stattfinden können. Von diesen lokalen Ansätzen können wir viel lernen, und diese müssen vervielfältigt werden.

Ebola in Westafrika im Jahr 2014 bedeutet aber auch, dass Ausbrüche in Senegal und Nigeria kontrolliert werden konnten. Wir wissen von früheren Ausbrüchen, dass sich mit einer konsequenten Isolierung der Fälle und der lückenlosen Überwachung der Kontaktpersonen die Epidemie gut eindämmen lässt.

Erreger halten sich nicht an staatliche Grenzen

Wie sich die Situation in Mali entwickelt, lässt sich zu diesem Zeitpunkt schwer vorhersagen. Ich kenne keinen Krankheitserreger, der sich an staatliche Grenzen hält. Aber Mali hat nun bessere Voraussetzungen als die drei am schwersten betroffenen Länder: Erstens hat Mali ein besseres Gesundheitssystem, welches nicht vom Bürgerkrieg zerstört wurde. Zweitens: Mali ist nicht so dicht besiedelt wie Liberia, Guinea und Sierra Leone; und drittens sind wir vorgewarnt. Nun braucht es eine funktionierende Diagnostik, eine konsequente Isolierung von Fällen und eine intensive Überwachung der Kontaktpersonen in der Region, damit nicht noch weitere Gesundheitssysteme zusammenbrechen.

Ganz essentiell sind die richtigen Botschaften. Prävention ist wichtiger als Verbote. In Liberia leugnen einige Leute immer noch die Ebola-Epidemie und essen Affenfleisch. Es gab höchstwahrscheinlich nur eine Index-Patientin, und der Verzehr von Affenfleisch oder Fledermäusen trägt nicht zur raschen Verbreitung bei. Wichtiger als das Verbot, Affenfleisch zu essen, ist die Aufklärung, dass Ebola-Erkrankte isoliert und Kontaktpersonen überwacht werden müssen.

Ausblicke auf 2015

Ebola in Westafrika für das Jahr 2015 bedeutet, dass wir noch schneller und unbürokratischer helfen müssen. Zurzeit lagern die wenigen Schutzanzüge in zentralen Lagern in den Hauptstädten und sind immer noch nicht in der Peripherie angekommen. Und das, obwohl Ebola nun schon ein Jahr wütet! Die Zeit der Einschätzungen, Abschätzungen, Bewertungen und Begutachtung ist vorbei, es muss gehandelt werden; im Notfall muss die Verteilung über militärische Strukturen sichergestellt werden.

Ebola in Westafrika 2015 wird bedeuten, dass wir neue Interventionen brauchen, um die Epidemie in diesem Jahr zurückzudrängen. Zurzeit laufen mehrere klinische Impfstoff- und Medikamentenstudien. Auch wenn eine Impfung eine hohe Wirksamkeit («Efficacy») hat, wie stellen wir eine ausreichende Effektivität («Effectiveness») vor Ort sicher? Reicht eine Ringvaksinierung oder müssen mehrere Millionen Menschen geimpft werden? Braucht es gegebenenfalls Auffrischungsimpfungen? Können genügend Dosen eines wirksamen Medikaments ausreichend schnell zur Verfügung gestellt werden? Wir müssen aber jetzt handeln und dürfen nicht auf die Zukunft hoffen!

Tabelle 1: Schlaglichter zum Ebola-Ausbruch in Guinea, Sierra Leone und Liberia (WHO, Stand 3.12.2014).

Anzahl der Ebola-(Verdachts-)Fälle	17 145
Anzahl der bestätigten Ebola-Fälle	10 708
Prozentzahl der benötigten und fertiggestellten ETU-Betten	55%
Prozentzahl der benötigten und fertiggestellten CCC-Betten	8%
Letalität der Ebola-Infizierten im Gesundheitswesen	56%
Anzahl der (geplanten) Laboratorien für Ebola-Diagnostik	21
Anzahl der Neuinfektionen im Gesundheitspersonal in der letzten Novemberwoche 2014	11

Quelle: <http://www.who.int/csr/disease/ebola/situation-reports/en/>

Ebola in Westafrika 2015 bietet auch Chancen. Der im Sommer und Herbst 2014 stattgefundenen Ebola-Ausbruch in der Demokratischen Republik Kongo [3] zeigt uns, dass erfolgreiche Interventionen aus dem aktuellen Ausbruch auch für zukünftige Ausbrüche hilfreich sein werden. Anstelle von Parallelstrukturen (siehe CCC) sollte das Geld in bestehende Strukturen investiert werden. Wir können (spital-)hygienische Richtlinien einführen und das Personal für die Zeit nach dem Ausbruch schulen. Mit der Überwindung der logistischen Hürden legen wir das zukünftige Fundament für ein funktionierendes Gesundheitssystem. Die Entsorgung des medizinischen Abfalls war auch schon vor der Ebola-Epidemie ein Problem und wird es auch nach deren Beendigung bleiben; wie vieles andere auch.

Ebola in Westafrika 2015 muss zu allererst bedeuten, dass wir möglichst schnell diejenigen Räder des zusammengebrochenen Gesundheitssystems wieder zum Laufen bringen, die verhältnismässig sicher sind. Getreu dem Grundsatz «ohne Fieber kein Ebola» können, ja müssen afebrilen Kindern Masernimpfungen verabreicht und afebrilen Erwachsenen HIV-Tests angeboten werden. Ob eine Malariadiagnostik bei einem febrilen Patienten ohne Ebola-Ausschluss

mit adäquaten Schutzmassnahmen durchgeführt werden kann, wird sicherlich lokal entschieden werden. Eine Schwangere sollte, falls sie kein Fieber hat, bei entsprechender Indikation einen Kaiserschnitt bekommen können.

In vielen Fällen wird Hilfe nicht möglich sein. Aber in vielen Fällen schon! Darauf müssen wir hinarbeiten; helfen Sie mit, wo Sie können! Vielen Dank. Wir sollten gar nicht daran denken müssen, was Ebola in Afrika im Jahr 2016 bedeuten würde.

Lars Henning ist Oberarzt am Schweizerischen Tropen- und Public Health-Institut und war im Herbst 2014 für fünf Wochen in Liberia für das Internationale Komitee vom Roten Kreuz tätig.

Interessenkonflikte

Der Autor hat keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Literatur

- 1 Baize S, Pannetier D, Oestereich L, Rieger T, Koivogui L, Magassouba N, et al. Emergence of Zaire Ebola virus disease in Guinea. *N Engl J Med.* 2014 Oct 9;371(15):1418–25.
- 2 WHO Ebola Response Team. Ebola virus disease in West Africa—the first 9 months of the epidemic and forward projections. *N Engl J Med.* 2014 Oct 16;371(16):1481–95.
- 3 Maganga GD, Kapetshi J, Berthet N, Ilunga BK, Kabange F, Mbala Kingebeni P, et al. Ebola Virus Disease in the Democratic Republic of Congo. *N Engl J Med.* 2014 Oct 15. [Epub ahead of print]

Korrespondenz:
Dr. med. Lars Henning
Schweizerisches Tropen-
und Public Health-Institut
(Swiss TPH)
Socinstrasse 57
CH-4002 Basel
la.henning[at]unibas.ch