

Mit ECDC/GOARN zur Ebola-Ausbruchsbekämpfung in Guinea: Ein Erfahrungsbericht

With ECDC/GOARN in Guinea for the Ebola Outbreak Management: Experiences in the field

Thomas Kratz

Abstract

The West African Ebola Outbreak is, with more than 27,000 cases and more than 11,000 deaths the biggest of its kind. Thomas Kratz, physician and epidemiologist from the Robert Koch Institute, reports experiences made during his mission as an epidemiologist in Guinea in spring 2015. His impression is that international aid has, after some delays, arrived even on the local level – although community health workers operating outside UN-agencies seem to be disadvantaged. Further challenges would include areas of coordination of logistics, problems of acceptance by the local population and partially by health-care workers regarding necessary protective measures against Ebola virus disease (EVD) as well as deficiencies in the very little frequented regular healthcare system. The EVD outbreak is not over, attention of international and local actors should not fade.

Zusammenfassung

Die Ebola-Epidemie in Westafrika ist mit mehr als 27.000 Erkrankten und mehr als 11.000 Todesopfern die bisher größte in der Geschichte. Der Arzt Thomas Kratz vom Robert Koch-Institut berichtet von Erfahrungen im Rahmen seines Einsatzes in Guinea im Frühjahr 2015. Nach seinem Eindruck ist die internationale Hilfe nach einigen Verzögerungen auch auf lokaler Ebene angekommen, wobei außerhalb von UN-Behörden arbeitende lokale Gesundheitshelfer jedoch benachteiligt zu sein scheinen. Herausforderungen bestünden weiterhin im Bereich der Koordination der Logistik, Akzeptanz der Bevölkerung und teilweise auch der Helfer hinsichtlich notwendiger Schutzmaßnahmen bei Ebolafieber, sowie bei Defiziten im zurzeit sehr niedrig frequentierten regulären Gesundheitssystem. Die Ebolafieber-Epidemie ist nicht vorbei, sodass die Aufmerksamkeit der internationalen und lokalen Akteure nicht nachlassen sollte.

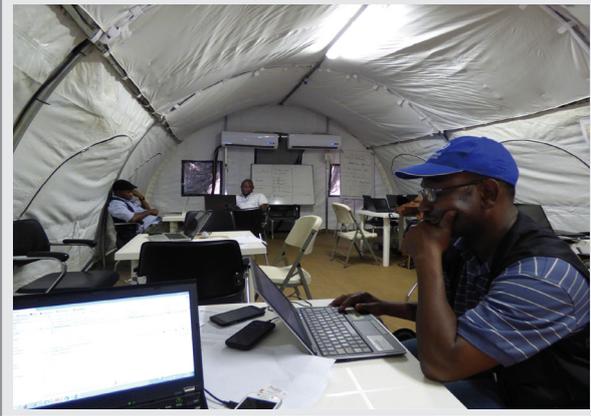
Die Ebola-Epidemie in Westafrika ist mit mehr als 27.000 Erkrankten und mehr als 11.000 Todesfällen der bisher größte Ausbruch dieser Erkrankung (WHO 2015).

Im März 2015 erreichte mich eine Ausschreibung des European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), in der Helfer für die epidemiologische Surveillance (Überwachung) der Ebola-Epidemie in Guinea gesucht wurden. Mich trieb die Frage um, wie gründlich in Westafrika die Nachverfolgung von Kontaktpersonen mit dem Ziel der Unterbrechung der Infektionsketten erfolgt – eine zur Beendigung von Ebola-Ausbrüchen erprobte und sehr effiziente Maßnahme, die zu Hochzeiten der Epidemie aufgrund hoher Fallzahlen und Personalmangels nicht effizient durchgeführt werden konnte. Im Juni 2014 war ich bereits für „Ärzte ohne Grenzen“ (MSF) in Sierra Leone im Einsatz und entsprechend geprägt. Zu der Zeit war das Ebo-

lafieber dort gerade erst entdeckt worden – wahrscheinlich viel zu spät. MSF forderte damals mehr Hilfe von der internationalen Gemeinschaft. Viel ist seitdem geschehen. Ich wollte mir ein Bild von der Lage machen, nachdem die internationale Hilfe angekommen ist, also bewarb ich mich beim ECDC. Von dort wurde ich weiter an das Global Outbreak Alert and Response Network (GOARN) vermittelt, ein Expertennetzwerk der WHO, welches bei Gesundheitsnotständen in WHO-Mitgliedstaaten interveniert, die zum Beispiel durch Epidemien oder Naturkatastrophen hervorgerufen sein können. Nach einigen E-Mails und Telefonaten erhielt ich die nötigen Unterlagen und Flugtickets und machte mich als Mitarbeiter des Robert Koch-Instituts am 13. April 2015 auf den Weg nach Guinea.

Bei der Einsatzvorbesprechung in der Hauptstadt Conakry erhielt ich Informationen zum Einsatzgebiet. Geplant war, dass ich in der nördlich gelegenen

Abbildung 1: Büro im Zelt. Foto: T. Kratz, RKI.



Präfektur Boffa das einheimische Team von Epidemiologen technisch unterstützen sollte. Conakry wirkte auf mich wie eine der vielen afrikanischen Großstädte, die ich zuvor bei meinen humanitären Hilfseinsätzen gesehen hatte: groß, turbulent, chaotisch, mit Hotels und Restaurants, in denen ein quasi-westlicher Lebensstil vorherrscht. Die Präsenz von Ebolafieber ist durch viele Aufklärungsplakate mit Worten wie „Ebola ist Realität“, allgegenwärtigen Stellen zum Händewaschen und Temperaturmessungen (mit „Thermoflash“) an Hotels und öffentlichen Gebäuden zu spüren; gleichzeitig war der Präsidentschafts-Wahlkampf schon in vollem Gange. Die Straße von Conakry nach Boffa ist gut ausgebaut – wobei es alleine zwei Stunden dauert, bis man den Stau in der Hauptstadt hinter sich gelassen hat.

Boffa, die Hauptstadt der gleichnamigen Präfektur, ist sehr idyllisch an der Einmündung des Flusses Pongo in den Atlantischen Ozean gelegen. Es gibt das Nötigste: eine Schule, eine Moschee, ein Krankenhaus, ein Gesundheitszentrum sowie eine kleine Gesundheitsstation. An die Gesundheitsbehörde (Direction Préfectorale de la Santé, DPS) in Boffa ist ein Team der WHO angegliedert, in dem ich mitarbeitete. Ein großes klimatisiertes Tunnelzelt war als Büro eingerichtet (**Abbildung 1**).

In Guinea gilt seit der Erklärung des nationalen Gesundheitsnotstands im März 2015 (Africaguinee 2015), dass alle Todesfälle unabhängig von der Todesursache unter Einhaltung der bei Ebolafieber üblichen Schutzmaßnahmen beerdigt und zuvor auf das Ebolavirus getestet werden sollen. Gleich am ersten Arbeitstag ging es recht turbulent zu: Erst wurde ein Todesfall vom Vortag in der Unterprä-

fektur Tugnifili als positiv auf Ebolavirus bestätigt. Dann – mein kleines Team und ich waren gerade in Koba unterwegs – erhielten wir einen Anruf, dass in der Nähe von Tugnifili ein Team aus einheimischen Mitarbeitern der DPS und lokalen Repräsentanten von Dorfbewohnern angegriffen worden sei. Es habe zwei Verletzte gegeben, was sich später bestätigte. Zu dem Zwischenfall kam es offenbar, als das Team versucht hatte, die Bevölkerung auf eine bevorstehende sichere Beerdigung vorzubereiten. Daraufhin waren die Aktivitäten in den folgenden Tagen reduziert, was auch die Suche nach Kontaktpersonen des an Ebola Verstorbenen beeinträchtigte. Besuche im Feld zur Nachverfolgung von Kontaktpersonen und zum aktivem Auffinden von Fällen wurden von der lokalen Bevölkerung meist akzeptiert, allerdings war der Zugang zu einigen Dörfern mit Akzeptanzproblemen (frz.: „Réticences“) von vornherein eingeschränkt.

Die internationale Hilfe war wirklich angekommen, von Material (z. B. Händewaschgelegenheiten, persönliche Schutzausrüstung, sogar Smartphones zur elektronischen Nachverfolgung von Kontaktpersonen) über Personal bis hin zu Fahrzeugen, wobei es an Letzteren jedoch oft wegen Benzinknappheit und mangelnder Koordination haperte. So kam es beispielsweise einmal zu der Situation, dass der Leiter eines Gesundheitszentrums, selbst Krankenpfleger, von vier Ärzten gleichzeitig besucht worden war, da es offensichtlich mehr Personal- als Transportressourcen gab. Ich gewann den Eindruck, dass Ressourcen im regulären Gesundheitssystem fehlten: Die Gesundheitszentren in der Umgebung von Boffa, die ich besuchte, waren größtenteils in einem heruntergekommenen Zustand (**Abbildung 2**).

Abbildung 2: Gesundheitszentrum in der Umgebung von Boffa. Foto: T. Kratz, RKI.



In einem waren beispielsweise die Decken durch Fledermausbefall teils eingebrochen. Die Konsultationszahlen sind, nach eigenen Berechnungen, in den Gesundheitszentren der Präfektur Boffa von 2014 (Kalenderwoche 6 bis 9, also vor der Deklaration des Ebola-Ausbruchs in Guinea) zu 2015 (Kalenderwoche 6 bis 9) um das Acht- bis Neunfache zurückgegangen. Einheimischen Helfern zufolge haben offenbar viele Erkrankte Angst, beim Aufsuchen eines Gesundheitszentrums automatisch als Ebola-Verdachtsfall stigmatisiert zu werden. Eine unlängst veröffentlichte Studie schätzt, dass seit Beginn der Ebola-Epidemie in Westafrika durch Mangel an Kapazitäten im Gesundheitssystem bis zu 10.900 zusätzliche Todesfälle durch Malaria zu verzeichnen sind (Walker 2015).

Nach etwas mehr als zwei Wochen Einsatz in Boffa wechselte ich Anfang Mai 2015 in die Präfektur Forecariah, zu diesem Zeitpunkt das Epizentrum der Ebola-Epidemie. Die gleichnamige Hauptstadt ist vergleichsweise groß und geschäftig, ich war in einem Hotel untergebracht. Groß und geschäftstüchtig war auch das Lagezentrum – die Epidemiologie-Lagebesprechung war straff organisiert und effizient. Der Leiter der epidemiologischen Surveillance regte an, dass ich zusammen mit einheimischen Teams in der Moussayah-Unterpräfektur arbeiten sollte, wo die meisten Fälle von Ebolafieber auftraten. Gleich am Tag nach meiner Ankunft sollte es ins Feld gehen (**Abbildung 3**).

Ich war einem sehr erfahrenen einheimischen Arzt zugeteilt, mit dem ich in der Unterpräfektur Moussayah in die Dörfer gehen sollte, um Kontaktpersonen nachzuverfolgen und aktiv neue Fälle zu suchen. Schon im ersten Dorf trafen wir auf eine Familie, die die Anwesenheit von Kranken energisch abstritt – obwohl wir vorher den Hinweis erhalten hatten, dass eine erkrankte Kontaktperson in dem Dorf versteckt würde. Nach einigem Hin und Her trat die Erkrankte dann vor die Hütte und berichtete von ihren Symptomen. Bis zum Eintreffen des Krankenwagens vergingen weitere zwei Stunden, die Evakuierung gestaltete sich unproblematisch. Das Testergebnis auf Ebola war später positiv. Unfassbar für mich war, dass während des Evakuierungsprozesses andere Dorfbewohner die Patientin anfassen und umarmten – trotz ausführlicher Aufklärung über die Ansteckungsgefahr bei Ebolafieber.

Als wir bei einem Folgeinsatz im selben Dorf nun Kontaktpersonen nachverfolgen wollten, hörten wir

Abbildung 3: Der Autor bei der Arbeit. Foto: T. Kratz, RKI.



aus einer benachbarten Ortschaft Totenklagen wie bei einer Beerdigung. Wir fuhren sofort hin und trafen auf eine trauernde Menschengruppe von circa 80 Personen. In diesem Fall war das Beerdigungsteam bereits von der Dorfbewölkerung kontaktiert worden, die Gespräche mit dem der Gemeinschaft vorstehenden Imam verliefen freundlich – die Gruppe schien von den Ereignissen bedrückt, war sich aber der Risiken von Ebolafieber offenbar bewusst. Hinter der Menschengruppe, Richtung Wald, standen knapp ein Dutzend ältere, traditionell in Pagne gekleidete Frauen, die sehr reserviert wirkten. Wie sich später herausstellte, war der Leichnam bereits vor dem Eintreffen des Beerdigungsteams von traditionellen Leichenwäscherinnen („Laveuses du corps“) gereinigt worden. Mir fehlten die Worte. Dann jedoch erfuhr ich von Anthropologen vor Ort, dass Leichenwaschungen nach traditionellen Riten von bestimmten und respektierten Personen (i.d.R. ältere Personen) vorgenommen werden – und dass die Beerdigungsteams, die vor allem aus jungen Männern bestehen, von manchen als Affront wahrgenommen werden.

Am selben Tag wurden wir zu einem grauenhaften Fund gerufen: Ein älterer Familienvater von sieben Kindern hatte sich umgebracht. Wir fanden seinen Leichnam noch am Baum hängend vor, umgeben von einer großen Menge Schaulustiger. Die Polizei war bereits eingetroffen und achtete darauf, dass niemand die Leiche berührte. Auch wenn die Todesursache nicht Ebolafieber war: dieses Ereignis hat mich am meisten getroffen.

In Forecariah war für meine letzten Einsatztage eine Haus-zu-Haus-Kampagne anberaumt. In Dörfern, in denen es kurz zuvor Fälle von Ebolafieber gegeben hatte, sollten alle Haushalte besucht werden, um Verdachtsfälle aufzuspüren. Ich war während der Kampagne den „regulären“ Teams zugeteilt.

Viele Fahrzeuge unterschiedlicher UN-Behörden (UNICEF, OCHA, WHO etc.) fuhren in die Dörfer, sodass ich einmal für einen Einsatz im Dorf in einem regelrechten Stau hinter zehn anderen Fahrzeugen stand. Fraglich ist, ob die einheimische Bevölkerung mit dieser Präsenz nicht überfordert war. Im selben Dorf stellte sich heraus, dass das einheimische Gesundheitspersonal auf Gemeindeebene (Agents Communautaires, AC) völlig überlastet war: Ein AC war mit der Nachverfolgung von circa 170 Kontaktpersonen beschäftigt – 20 bis 30 Kontaktpersonen wären die akzeptable Norm. Problematisch war auch, dass von einheimischen Helfern (AC sowie Kräfte, die bei den Leichen Proben entnehmen) in einigen Dörfern wiederholt zu hören war, dass sie monatelang kein Geld erhielten. Die Mitarbeiter der Beerdigungs- und Ambulanzteams hatten Kapazitätsprobleme (Mangel an Krankenwagen) und wirkten überlastet. Einmal beobachtete ich ein Ambulanzteam, das seine Tätigkeit nur in unvollständiger Schutzkleidung verrichtete; ein Mitarbeiter trug sogar nur eine Schutzhaube, Brille und Handschuhe, ansonsten Straßenkleidung. Ein anderes Mal wurde nach der Evakuierung von Ebolafieber-Verdachtsfällen die Sprühdesinfektion der Häuser nur sehr flüchtig vorgenommen.

Die eigene Sicherheit spielte immer eine wichtige Rolle, wobei mir entsprechende Maßnahmen (z. B. Infektionsschutz bei Einsätzen in den Dörfern) bereits von meinen vorherigen Einsätzen mit „Ärzte ohne Grenzen“ geläufig waren. Die Wahrscheinlichkeit einer Ansteckung war, bedingt durch die niedrigen Fallzahlen in dieser Region, eher geringer als zum Beispiel in Sierra Leone oder Liberia im Herbst 2014. Obwohl ich keinen direkten Kontakt zu Ebola-Infizierten hatte, lag es in der Natur der Sache dennoch bei der Arbeit ständig wachsam zu sein – auch vor dem Hintergrund anderer Risiken wie Malaria, Verkehrsunfällen und gewalttätigen Übergriffen. Kurz vor der Rückkehr nach Deutschland unterzog ich mich einer planmäßigen Screening-Untersuchung in der Klinik der Vereinten Nationen in Conakry. Darüber hinaus wurden am Flughafen bei der Ausreise im Rahmen des sogenannten „Exit Screenings“ Fragen gestellt und die Temperatur gemessen. Nach meiner Rückkehr in Deutschland schließlich meldete ich mich beim zuständigen Gesundheitsamt am Wohnort, wo eine 21-tägige Selbstbeobachtung auf mögliche Krankheitssymptome, wie Fieber, Übelkeit, Erbrechen und Blutungen, empfohlen wurde. Bisher ist glücklicherweise kein Helfer aus Deutschland an Ebolafieber erkrankt.

Bis jetzt haben Mitarbeiter des Robert Koch-Instituts insgesamt 85 Einsätze in Westafrika absolviert. Die Aufmerksamkeit der internationalen und nationalen Akteure darf nicht nachlassen, denn die Ebola-Fieber-Epidemie in Westafrika ist noch nicht vorbei. Neben Ebola gibt es jedoch noch viele andere vernachlässigte Tropenkrankheiten – so ist zum Beispiel wenig bekannt, dass am ebenfalls in Westafrika vorkommenden Lassa-Fieber nach Schätzungen des amerikanischen Centers for Disease Control and Prevention (CDC) jährlich etwa 100.000 bis 300.000 Menschen erkranken und etwa 5000 davon versterben (CDC 2015).

Weitere Informationen finden Sie im Beitrag „Ebola-Ausbruch in Westafrika: Lehren für Deutschland“ in dieser Ausgabe, S. 84–86 und auf der Internetseite <http://www.rki.de/ebola>.

Literatur

Africaguinee (2015): Alpha Condé décrète l’Urgence Sanitaire Renforcée dans plusieurs préfectures... <http://www.africaguinee.com/articles/2015/03/28/guinee-alpha-conde-decrete-l-urgence-sanitaire-renforcee-dans-plusieurs> (Abrufdatum: 14.07.2015).

CDC (2015): Lassa Fever. Centers for Disease Control and Prevention. <http://www.cdc.gov/vhf/lassa/> (Abrufdatum: 14.07.2015).

Walker P, White M, Griffin J (2015): Malaria morbidity and mortality in Ebola-affected countries caused by decreased health-care capacity, and the potential effect of mitigation strategies: a modelling analysis. In: *Lancet Inf Dis*, Vol 15, No. 7, p825–832, July 2015.

WHO (2015): Ebola Situation report <http://apps.who.int/ebola/ebola-situation-reports> (Abrufdatum: 22.07.2015).

Kontakt

Dr. Thomas Kratz
Informationsstelle des Bundes
für Biologische Gefahren und
Spezielle Pathogene (IBBS)
Robert Koch-Institut
Seestraße 10
13353 Berlin
E-Mail: [Kratzt\[at\]rki.de](mailto:Kratzt[at]rki.de)

[RKI]