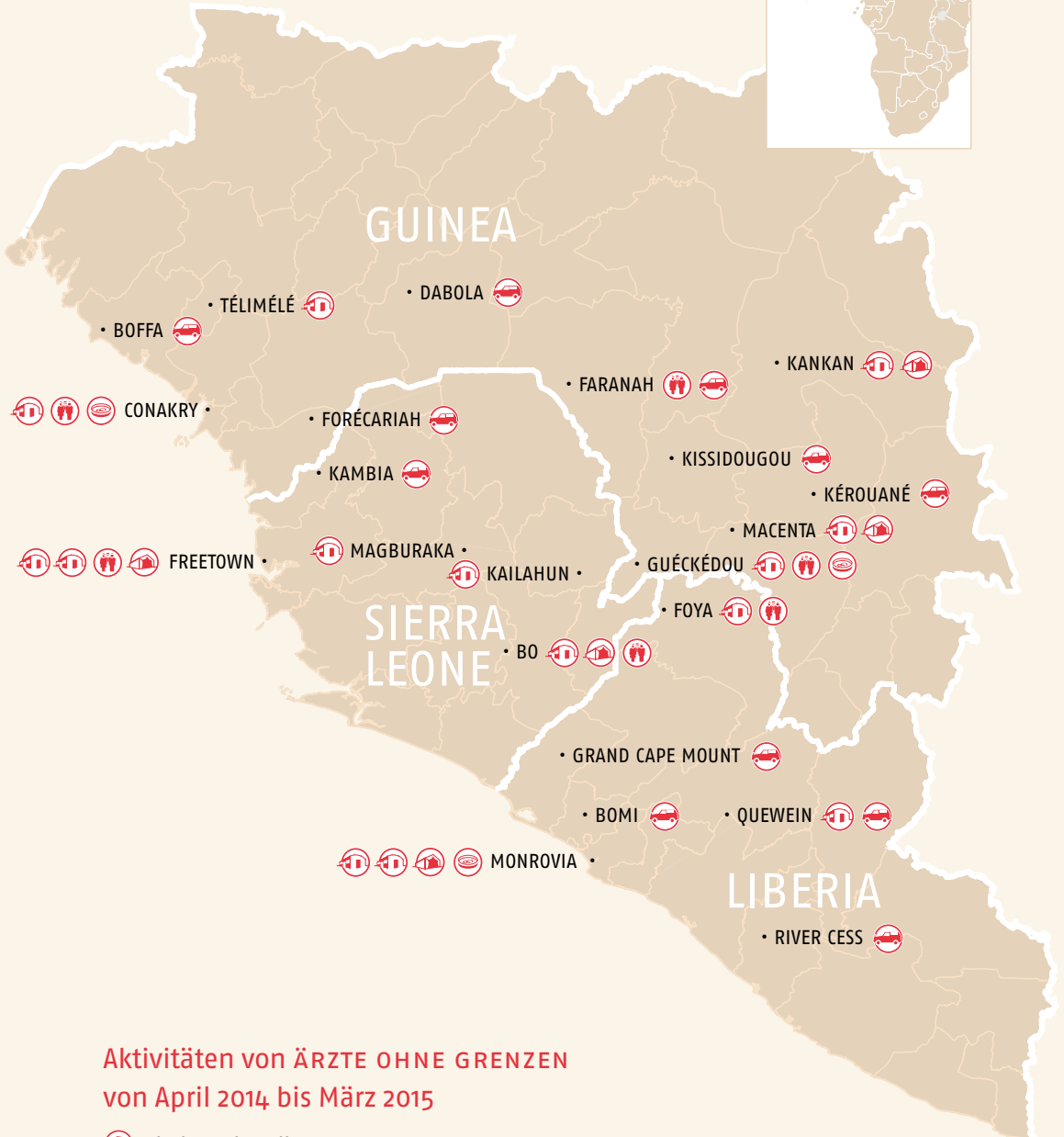









# EBOLA IN WESTAFRIKA

## Am Limit

# Ebola-Einsatzgebiete in Westafrika



**Aktivitäten von ÄRZTE OHNE GRENZEN  
von April 2014 bis März 2015**

-  Ebola-Behandlungszentrum
-  Ebola-Transitzentrum
-  Einrichtung für Fortbildungen
-  Forschungsstandort
-  Schnelles Einsatzteam

# Inhalt

- 4 Wettlauf gegen die Zeit
- 6 Politischer Mut erforderlich
- 8 Zurück im Leben
- 10 Hoffnung im Kampf gegen Ebola
- 12 Kontrolle über das Virus
- 14 Grenzerfahrungen
- 16 Job mit Leidenschaft
- 18 Kampf an mehreren Fronten
- 20 Versagen der Politik
- 23 Durchbruch erzielt
- 26 Alarmrufe ohne Wirkung

MÉDECINS SANS FRONTIÈRES (MSF) /  
ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V.  
Am Köllnischen Park 1  
10179 Berlin, Deutschland

Telefon: +49 (0)30 700 130-0  
Fax: +49 (0)30 700 130-340  
office@berlin.msf.org  
www.aerzte-ohne-grenzen.de  
www.msf.org

Konzeption: Ulrike von Pilar  
Redaktion: Petra Meyer  
Mitarbeit: Philipp Frisch, Annika Schäfer,  
August Stich, Florian Westphal  
Verantwortlich: Katrin Lempp

Redaktionsschluss: 4.9.2015

Titelfoto: Zwei Mitarbeiter begleiten  
ein möglicherweise mit Ebola infiziertes  
Mädchen ins Behandlungszentrum  
in Kailahun, Sierra Leone.

© Sylvain Cherkaoui / Cosmos  
Rückseitenfoto: Nach mehr als zehn  
Tagen kann Sia Bintou das Ebola-Behand-  
lungszentrum in Guéckédou, Guinea,  
verlassen. Sie hat das Virus überlebt.  
© Sylvain Cherkaoui / Cosmos

Layout: Moniteurs, Berlin  
Druck: Motiv Offset, Berlin  
Litho: highlevel, Berlin  
Gedruckt auf Recystar, 100% Altpapier, chlorfrei,  
mit dem blauen Umweltengel ausgezeichnet

# Ebola in Westafrika

## Wettlauf gegen die Zeit

„Am 21. Juni 2014 schlugen wir erneut öffentlich Alarm. Wir machten klar, dass die Epidemie außer Kontrolle geraten war und wir nicht allein die hohe Anzahl der Ebola-Patienten an so vielen verschiedenen Orten versorgen konnten. Wir forderten die Entsendung von qualifiziertem medizinischem Personal, die Organisation von Ebola-Fortbildungen sowie Aktivitäten zur Aufklärung der Bevölkerung und zum Auffinden von Kontaktpersonen. Aber nichts geschah. Es war wie ein Ruf in die Wüste.“

Bart Janssens, Programmleiter von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** in Brüssel, 2014

**ÄRZTE OHNE GRENZEN** hat in den vergangenen 20 Jahren Ebola-Patienten in neun Ländern behandelt. Der Ausbruch der Ebola-Epidemie im März 2014 in Westafrika kam jedoch völlig unerwartet. Er führte zu einem der größten Einsätze unserer Geschichte.

Überraschend war der Ausbruch aufgrund des geografischen Ausmaßes, der enormen Patientenzahl und des Vorkommens in städtischen Gebieten. Am stärksten betroffen waren Guinea, Liberia und Sierra Leone, deren Gesundheitssysteme ohnehin schwach und auf eine solche Krise nicht vorbereitet waren – auch, weil es bislang keine Erfahrungen mit Ebola in diesen Ländern gab. So kam es zu Beginn der Epidemie zu falschen Diagnosen, Angstreaktionen, mangelnde Informationen und folglich zu einer schnellen Verbreitung der Krankheit. Die schleppende internationale Reaktion verschärfte die Situation zusätzlich.

Das weltweite Netzwerk von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** mobilisierte in kürzester Zeit außerordentliche Ressourcen, um so rasch und wirksam wie möglich zu helfen. Allein in den ersten zwölf Monaten nahmen die Teams

8.534 Patientinnen und Patienten in Behandlungszentren auf, von denen 5.062 als Ebola-positiv bestätigt wurden. 2.403 Patienten konnten gesund entlassen werden. Ein Drittel aller bestätigten Ebola-Fälle in den drei Ländern wurde in der Zeit von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** behandelt – in 15 Ebola-Behandlungs- und Transitzentren.

Eine Herkulesaufgabe, bei der oft die physischen und psychischen Grenzen der insgesamt 4.000 nationalen und 1.300 internationalen Mitarbeitenden vor Ort überschritten wurden. Ihnen allen gebührt höchste Anerkennung, zumal sie sich anfangs gegen viele Widerstände durchsetzen mussten. Größten Respekt verdienen auch die lokalen Akteure, die sich mit Mut und Engagement im Kampf gegen Ebola eingesetzt haben. Zu großem Dank sind wir zudem unseren privaten Spenderrinnen und Spendern weltweit verpflichtet, die uns mit knapp 76 Millionen Euro für den Ebola-Einsatz ihr Vertrauen aussprachen. Dieser Dank gilt auch denjenigen, die uns während der Epidemie freie Spenden für andere weltweite Einsätze zukommen ließen.

Freudestrahlend verlässt der sechsjährige Patrick eines unserer Ebola-Behandlungszentren in Monrovia (Liberia) – unter dem Arm die Bescheinigung, dass er kein Ebola mehr hat.  
© Morgana Wingard



Mehr zum Thema:

- [www.aerzte-ohne-grenzen.de/fruehjahrskonferenz-ebola](http://www.aerzte-ohne-grenzen.de/fruehjahrskonferenz-ebola)
- [www.aerzte-ohne-grenzen.de/accountability-report-ebola](http://www.aerzte-ohne-grenzen.de/accountability-report-ebola)



# Verantwortung

## Politischer Mut erforderlich

„Die globalen Fehler, die in Reaktion auf die Ebola-Epidemie in Westafrika gemacht wurden – nicht früh genug die Alarmglocken zu läuten, eine unwirksame Infektionskontrolle, die langsame internationale Reaktion, mangelnde Koordination, fehlende Therapien und Impfstoffe – sind keinesfalls eine Seltenheit. Sie stellen eher die Wirklichkeit in vielen Krisengebieten dar, in denen wir arbeiten.“

Joanne Liu, internationale Präsidentin von ÄRZTE OHNE GRENZEN beim G7-Gipfel, 2015

Alle Mitarbeiter müssen nach Verlassen der Hochrisikozone eines Ebola-Behandlungszentrums sehr sorgfältig desinfiziert werden.

© John Moore / Getty Images

Rund anderthalb Jahre nach dem Ausbruch von Ebola in Westafrika zieht Florian Westphal, Geschäftsführer der deutschen Sektion von ÄRZTE OHNE GRENZEN, kritisch Bilanz.

### Was hat der Ebola-Ausbruch für ÄRZTE OHNE GRENZEN bedeutet?

Dieser Ebola-Ausbruch war zweifellos eine der größten Herausforderungen in unserer mehr als 40-jährigen Geschichte. Selten zuvor haben wir so rasch so viel Personal und Material mobilisiert und konnten dennoch oft den Ebola-Patienten nur eingeschränkt helfen. Zudem trauern wir um 14 nationale Kolleginnen und Kollegen, die an Ebola gestorben sind. Sie hatten sich überwiegend in ihrem privaten Umfeld angesteckt. Andererseits haben wir viele Leben gerettet: Bis Ende August 2015 hat fast die Hälfte der mehr als 5.200 Ebola-Patienten, die wir behandelt haben, überlebt. Und wir haben sicher dazu beigetragen, die Ausbreitung der Epidemie zu verlangsamen, auch wenn man nie wissen wird, wie viele Menschen wir wirklich vor Ebola schützen konnten. Gleichzeitig haben

wir in der Region Malaria-Medikamente an Millionen Menschen verteilt, denn Ebola war keinesfalls die einzige bedrohliche Krankheit.

### Wie schätzen Sie das Risiko für einen erneuten Ebola-Ausbruch in Westafrika ein?

Man muss leider davon ausgehen, dass es zu weiteren Ebola-Ausbrüchen kommen wird, doch wir können das Risiko nicht genau kalkulieren. Es besteht aber Hoffnung, dass künftige Ausbrüche glimpflicher verlaufen werden, denn heute kennen die Bevölkerung und die Behörden Ebola und können daher schneller und besser reagieren.

### Welche Lehren können die betroffenen Länder ziehen?

Wir sollten nicht vergessen, dass Ebola in der Region zuvor kaum bekannt war und die Gesundheitssysteme schwach waren. Die Regierungen müssen jetzt vor allem das Vertrauen der Bevölkerung zurückgewinnen und erneut den Zugang zu den Kliniken sicherstellen sowie weiter auf Aufklärung setzen. Denn Ebola kann nur besiegt werden, wenn die



Menschen zum Beispiel auf Traditionen mit hohem Infektionsrisiko, wie die rituelle Leichenwaschung, verzichten. Die Ausbildung vor Ort muss zudem Vorrang haben: Im Jahr 2014 sind Hunderte Gesundheitsfachkräfte gestorben, weil sie sich mangels Wissen und Ausrüstung nicht gegen das Virus schützen konnten. Und es braucht politischen Mut: Im Falle eines weiteren Ebola-Ausbruchs dürfen die Behörden nicht wieder den Kopf in den Sand stecken und hoffen, dass die Epidemie von alleine verschwindet. Sie müssen die Krise klar beim Namen nennen und um Hilfe bitten, auch wenn das der Wirtschaft ihrer Länder vielleicht erst einmal schadet.

### **Wie wirksam hat die Weltgemeinschaft Ihrer Ansicht nach reagiert?**

Die internationale Gemeinschaft hat insgesamt versagt. Vor allem die reichen Staaten im Norden – auch Deutschland – haben es lange Zeit versäumt, entschlossen zu handeln. Erst als das Ebola-Virus in Nordamerika und Europa als Bedrohung empfunden wurde, reagierte die Politik. Doch selbst dann dau-

erte es mehrere Wochen, bevor die Hilfe vor Ort umgesetzt wurde. Auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) muss sich Vorwürfe gefallen lassen, denn sie hat den Ausbruch viel zu lange verharmlost und erst fünf Monate nach der Ebola-Bestätigung in Guinea Alarm geschlagen. Die Tragödie in Westafrika war deshalb auch ein Versagen der Entscheidungsträger.

### **Welche Rolle sollte die WHO künftig spielen?**

Sie hat eindeutig eine zentrale Rolle. Doch dafür müssen grundlegende Veränderungen stattfinden, wie die WHO selbst eingeräumt hat. Vor allem muss sie das Wohl der Menschen und nicht politische Interessen in den Mittelpunkt ihrer Arbeit stellen, auch wenn sie dann den Mitgliedstaaten gelegentlich auf die Füße tritt. Sie muss Epidemien rasch erkennen, lokale Gesundheitssysteme unterstützen und die internationale Hilfe koordinieren. Zudem müssen die Mitgliedstaaten die Reaktion der WHO auf Epidemien ausreichend finanzieren, was bisher nicht der Fall war.

# Patient überlebt Ebola

## Zurück im Leben

„In der ersten Woche stand ich am Eingangstor. Meine Aufgabe war es, Patienten mit Verdacht auf Ebola aufzunehmen – doch wir hatten viel zu wenig Betten und Personal. Darum musste ich auswählen, welchen der zahlreichen Erkrankten ich eines der wenigen freien Betten zuweisen konnte. Ich musste Ebola-Patienten sagen, dass sie warten oder nach Hause gehen müssen. Es ist unvorstellbar, dies einem schwer kranken Menschen zu sagen. Ein Mensch, der dich anfleht, nicht weggeht, weint und am nächsten Tag tot vor dem Tor liegt.“

Christian Kleine, Arzt von **ÄRZTE OHNE GRENZEN**, Liberia 2014

Der 20-jährige Umaru S.\* hat Ende Februar 2015 im Behandlungszentrum Prince of Wales in Freetown, Sierra Leone, die Ebola-Infektion überlebt. Er ist einer von vier Familienangehörigen, die an Ebola erkrankten und wieder gesund wurden.

„Vor ein paar Wochen wurde mein Bruder krank. Er litt an Übelkeit. Eines Tages erbrach er sich direkt über mich. Ich vermute, dass ich mich so angesteckt habe. Einige Tage darauf bekam ich Rückenschmerzen, gefolgt von Kopfschmerzen und Fieber, und dann musste auch ich mich übergeben. Alle Familienangehörigen hatten Angst. Also beschloss ich, ins Ebola-Behandlungszentrum von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** zu gehen. Dort nahm man mir Blut ab und teilte mir mit, dass ich Ebola-positiv sei.

Daraufhin wurde ich auf die Station mit den bestätigten Fällen verlegt, wo ich vor Abträumen kaum mehr schlafen konnte. Ich hatte Angst, die Krankheit nicht zu überleben. Zu dieser Zeit kursierten viele Gerüchte, dass man den Patienten in den Behandlungszentren etwas Tödliches injizierte.

Die Pfleger und Ärzte sprachen mir jedoch Mut zu. Sie sagten: „Mach dir keine Sorgen, gib nicht auf!“ Nach zwei Wochen im Zentrum konnte ich tatsächlich nach Hause gehen. Als **ÄRZTE OHNE GRENZEN** mir ein Attest gab, das mich als Ebola-Überlebenden auswies, war ich außer mir vor Freude. Doch bald musste ich feststellen, dass die Rückkehr in den Alltag alles andere als einfach war.

Zum einen, weil ich auch nach der Entlassung noch mit Müdigkeit und Erbrechen zu kämpfen hatte. Die Ärzte gaben mir daher Tabletten gegen den Durchfall, das Erbrechen und die Bauchschmerzen. Heute sind diese Beschwerden verschwunden. Ich hatte das Glück, keine Haut- oder Augeninfektionen zu bekommen wie viele andere Überlebende. Vor der Ansteckung wog ich 52 Kilogramm, mittlerweile sind es 60. Ich bin also kräftiger geworden – oder einfach nur dicker.

Ich befürchtete zum anderen, die Leute könnten Angst vor mir haben oder denken, ich würde sie anstecken. Hin und wieder habe ich immer noch schlaflose Nächte. Die meisten





Zeichnen hilft dem Ebola-Überlebenden Umaru S.\*, seine schmerzhaften Erfahrungen zu verarbeiten.  
© Sophie McNamara/MSF

Menschen haben mich jedoch wieder akzeptiert und sehen mich als Helden an, weil ich Ebola besiegt habe. Meine Freunde haben mich im Behandlungszentrum und nach der Entlassung auch zu Hause besucht. Sie sind wahre Freunde. Mein Vermieter war ebenfalls froh, dass meine Familie und ich Ebola überlebt haben. Normalerweise werden Menschen, die an Ebola erkrankt sind, aus ihren Häusern verjagt. Wir hatten also Glück.

Leider hat einer meiner Brüder aus Angst vor einer Ansteckung den Kontakt zu mir abgebrochen, obgleich wir früher ein Herz und eine Seele waren. Das macht mich nicht nur traurig, sondern auch wütend.

Seit ich entlassen bin, gehe ich jeden Dienstag ins Behandlungszentrum von **ÄRZTE OHNE GRENZEN**. Das ist besser, als zu Hause zu sitzen, wo mich das Nichtstun oft belastet. Ich bin noch nicht mit der Schule fertig, aber die ist aufgrund der Ebola-Epidemie momentan ohnehin geschlossen. Bei **ÄRZTE OHNE GRENZEN** kann ich wenigstens anderen im Kampf gegen Ebola helfen und ihnen Mut zusprechen.

Nach meiner Entlassung aus dem Ebola-Behandlungszentrum lernte ich Felix, einen Schweizer Karikaturisten, kennen. Er regte mich an, meine Erfahrungen mit Ebola in Bildern festzuhalten. Ich zeichnete also, wie ich krank wurde, was im Behandlungszentrum passierte und wie froh ich war, als ich entlassen wurde. Meine Zeichnungen wurden für eine Broschüre von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** für Ebola-Überlebende verwendet. Das Zeichnen hilft mir zu entspannen und gibt mir etwas Konkretes zu tun.“

\* Name geändert,  
Erfahrungsbericht von Anfang 2015

# Fakten zum Virus

## Hoffnung im Kampf gegen Ebola

„Wir verstehen die Ängste der Menschen in Guinea sehr gut. Es gab hier vor dem aktuellen Ausbruch keine Ebola-Fälle. Und wenn die Menschen jetzt unsere Mitarbeiter in den Schutzanzügen sehen, ist das sicherlich ein Schock für sie.“

Corinne Benazech, Landeskoordinatorin von ÄRZTE OHNE GRENZEN, April 2014

Ebola ist eine durch Viren verursachte Erkrankung. Das Ebola-Virus wird nicht über die Luft übertragen, sondern über Körperflüssigkeiten wie Blut, Speichel, Urin und Schweiß. Die Inkubationszeit beträgt zwei bis 21 Tage. Infizierte sind nur ansteckend, wenn sie Symptome zeigen, wie Durchfall, Fieber, Erbrechen, Schluckauf.

Es gibt bislang keine Therapie gegen Ebola, doch können zumindest die Krankheitssymptome behandelt und die hohe Sterblichkeit auf diese Weise verringert werden. Patienten, die zum Beispiel infolge starken Durchfalls – ein Symptom von Ebola – dehydriert sind, bekommen eine spezielle orale Rehydratationslösung oder Infusionen. Dies hat in allen Projekten von ÄRZTE OHNE GRENZEN in Westafrika dazu beigetragen, die Sterblichkeitsraten etwas zu senken. Eine Infektion mit Ebola verläuft je nach Viren-Stamm in 25 bis 90 Prozent der Fälle tödlich.

Der Ebola-Erreger kann nur über eine Blutuntersuchung nachgewiesen werden. Vorbeugend auf Ebola zu testen, ist dabei nicht sinnvoll. Solange ein Erkrankter keine Symp-

tome zeigt, lässt sich das Virus im Blut nicht nachweisen. Anhand der Symptome ist eine eindeutige Diagnose im frühen Stadium der Infektion schwierig, da viele der frühen Symptome unspezifisch sind und beispielsweise denen einer Grippe oder Malaria ähneln.

Eine sichere und effektive Impfung wäre ein wichtiger Schritt zur Bekämpfung von Ebola. Eine Impfung ließe sich auch außerhalb von Gesundheitseinrichtungen anwenden, sie könnte die weitere Ausbreitung vermindern und zukünftigen Ausbrüchen vorbeugen. Momentan befinden sich zwei Impfstoffe in klinischen Testphasen. Einer dieser Impfstoffe zeigte in einer klinischen Studie in Guinea nach ersten Ergebnissen 100 Prozent Wirksamkeit und macht damit Hoffnung im Kampf gegen die Krankheit. Impfstoffe können jedoch erst in größerem Umfang eingesetzt werden, wenn u. a. ihre Sicherheit und Effektivität gewährleistet sind (siehe auch Seite 23).

In Westafrika haben Bestattungen stark zur Ausbreitung der Epidemie beigetragen, denn dort ist es üblich, die Toten zu waschen und zu berühren. Da die Körper der Verstorbenen



hochinfektiös sind, hat sich das Virus immer weiter verbreitet. Hinzu kommt, dass Ebola bislang in der Region nicht bekannt war und sich zudem zum ersten Mal in dicht bevölkerten Städten ausbreiten konnte. Trotz der Aufklärungsarbeit, die **ÄRZTE OHNE GRENZEN** und andere Akteure geleistet haben, wird Ebola in einigen Gegenden nach wie vor mit Angst und Stigmatisierung begegnet. Das Personal der Behandlungszentren, aber auch Überlebende, werden ausgegrenzt, die Kliniken mit Angst und Argwohn betrachtet. Familien verstecken daher ihre kranken Angehörigen, anstatt sie frühzeitig in Behandlungszentren versorgen zu lassen.

Die Mitarbeitenden von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** schützen sich vor Ort mit spezieller Schutzkleidung sowie strikten Abläufen und Protokollen zur Infektionskontrolle. Sie arbeiten stets im Zweierteam, um gegenseitig sicherzustellen, dass keine Fehler passieren. Trotz äußerst strikter Sicherheitsstandards bleibt für das Gesundheitspersonal ein Restrisiko. Für das internationale Personal, das von einem Ebola-Einsatz zurückkehrt, gelten strenge

Zwei nationale Mitarbeiter kümmern sich um eine 16-jährige Patientin, die an Ebola erkrankt ist.  
© Fabio Basone/MSF

Richtlinien, die das Verhalten während der ersten 21 Tage nach der Rückkehr regeln. Bei den 21 Tagen handelt es sich um die maximale Inkubationszeit von Ebola, also dem längstmöglichen Zeitraum zwischen einer Ansteckung und dem Auftreten von Symptomen. Dabei besteht für andere Personen erst ab dem Moment eine Ansteckungsgefahr, wenn die Betroffenen Symptome von Ebola zeigen. Für den Fall, dass mögliche Symptome auftreten, stellt **ÄRZTE OHNE GRENZEN** sicher, dass alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter innerhalb kurzer Zeit in ein speziell ausgerüstetes Krankenhaus gebracht werden können, um dort isoliert und getestet zu werden.

Ein Ebola-Ausbruch wird für beendet erklärt, wenn 42 Tage lang kein neuer Fall registriert wird.

Mehr zum Thema:  
[www.aerzte-ohne-grenzen.de/diseases/ebola](http://www.aerzte-ohne-grenzen.de/diseases/ebola)

# Schwerpunkte eines Ebola-Einsatzes

## Kontrolle über das Virus

„Klar, wir heißen **ÄRZTE OHNE GRENZEN**. Aber hier haben wir unsere Grenzen erreicht. Es ist äußerst frustrierend, weil ich den unglaublichen Bedarf sehe, doch ich habe nicht genügend Personal. Dank unserer Spender haben wir zwar das nötige Geld. Wir haben auch den Willen zu helfen, sind hochmotiviert, aber ich habe einfach nicht genügend Fachpersonal, um hier alles zu tun, was nötig wäre.“

Lindis Hurum, Nothilfe Koordinatorin von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** in Liberia, August 2014

Ein Mitarbeiter von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** klärt die Bevölkerung von Gbando (Guinea) über Ebola auf und darüber, wie eine Ansteckung verhindert werden kann.  
© Joffrey Monnier/MSF

Aufgrund der rund 20-jährigen Erfahrung von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** mit Ebola-Epidemien hat die Organisation eine Strategie entwickelt, die zwei Ziele verfolgt: die Ausbreitung der Epidemie zu verhindern sowie die Sterblichkeit und das Leiden der mit dem Virus infizierten Menschen zu verringern.

Die Hilfe von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** konzentriert sich normalerweise auf sechs Aktivitäten, die parallel ausgeführt werden müssen, um eine Ebola-Epidemie unter Kontrolle zu bringen. In Westafrika mussten die Mitarbeitenden jedoch manchmal schwierige Entscheidungen zwischen den miteinander konkurrierenden Prioritäten treffen. Denn für alle Prioritäten gleichzeitig stand aufgrund der außerordentlich hohen Anzahl an Patienten in drei Ländern nicht genügend Personal zu Verfügung.

### 1. Isolierung und Versorgung der Patienten

Oberstes Gebot ist es, alle Patienten mit Verdacht auf Ebola in speziellen Behandlungszentren zu isolieren, um die Ausbreitung der Epidemie zu verhindern und die Krankheits-

symptome der Patienten zu behandeln. 2014 richtete **ÄRZTE OHNE GRENZEN** 15 Ebola-Behandlungs- und Transitzentren in den drei am stärksten betroffenen Ländern ein.

### 2. Sichere Bestattungen

Traditionelle Bestattungen stellen oftmals ein hohes Ebola-Übertragungsrisiko dar, da die Toten berührt und gewaschen werden. Die Trauernden können so mit infektiösen Körperflüssigkeiten der Verstorbenen in Kontakt kommen. Um die Ausbreitung der Epidemie zu verhindern, sind sichere Bestattungsriten daher unverzichtbar. In einigen Projekten führte **ÄRZTE OHNE GRENZEN** selbst sichere Begräbnisse durch oder bot anderen Organisationen Fortbildungen bzw. technische Hilfe an.

### 3. Aufklärungsarbeit

Ängste, Vorurteile und Gerüchte sind eine wesentliche Hürde bei der Bekämpfung von Ebola. Umfassende Aufklärungsaktivitäten sind daher von zentraler Bedeutung, um die Menschen über die Gefahren des Ebola-Virus zu informieren, ihnen Selbstschutzmaßnahmen





aufzuzeigen und sie darüber aufzuklären, wie die Verbreitung des tödlichen Virus verhindert werden kann. Dafür ist es unverzichtbar, die lokalen Bräuche und Traditionen zu kennen. ÄRZTE OHNE GRENZEN führte daher breite Medien- und Aufklärungskampagnen durch.

#### 4. Infektionskontrolle

Eine sorgfältige und gründliche Infektionskontrolle ist sehr wichtig, um neue Fälle zu identifizieren, mögliche Übertragungswege ausfindig zu machen und alle Orte zu kennen, an denen sich Erkrankte aufgehalten haben und die umfassend desinfiziert werden müssen. Diese Aktivität konnte ÄRZTE OHNE GRENZEN in manchen Projekten gewährleisten, in anderen wurde sie zugunsten der Isolierung und Versorgung von Patienten zurückgestellt.

#### 5. Auffinden von Kontaktpersonen

Es ist unerlässlich, alle Personen aufzufinden, die mit Ebola-infizierten Menschen in Kontakt waren. Die Bedeutung dieser Maßnahme sollte öffentlich kommuniziert werden. Wenn Kontakte nicht aufgezeichnet und nachverfolgt

werden, können alle anderen Aktivitäten ins Wanken geraten. Das Virus kann sich dann weiter ausbreiten. Während der Epidemie in Westafrika identifizierte ÄRZTE OHNE GRENZEN in einigen Projekten selbst Kontaktpersonen, in anderen konnte dies aufgrund von Personalengpässen nicht gewährleistet werden.

#### 6. Medizinische Versorgung

Es sollte sichergestellt werden, dass medizinische Hilfe auch für Patientinnen und Patienten mit anderen Krankheiten verfügbar ist. Dazu gehören v. a. Erkrankungen wie Malaria oder chronische Krankheiten. Dies erfordert die Umsetzung strikter Verhaltensregeln, um die Kliniken und das Personal zu schützen, insbesondere in Gebieten, in denen es zu Kontakten mit Ebola-Patienten kommen kann. Im Jahr 2014 mussten viele Kliniken geschlossen werden, weil das Infektionsrisiko für das Personal und die Patienten zu groß war. Davon betroffen waren auch Einrichtungen von ÄRZTE OHNE GRENZEN in Sierra Leone.

Mehr zum Thema: [www.medbox.org/ebola-guidelines/floivirus-haemorrhagic-fever-guideline/preview](http://www.medbox.org/ebola-guidelines/floivirus-haemorrhagic-fever-guideline/preview)



# Ausmaß der Epidemie

## Grenzerfahrungen

„Das Problem war anfangs gar nicht so sehr die Anzahl der Ebola-Fälle, sondern dass sie an so vielen verschiedenen Stellen auftauchten. Bei früheren Ausbrüchen war das Epizentrum örtlich begrenzt und wir konnten schnell gezielt helfen, um die Ausbreitung zu verhindern. Dieses Mal gab es viel Fluktuation. Wir mussten unsere Aktivitäten überall starten und unsere wenigen Experten wie Schachfiguren an den richtigen Stellen platzieren, um bestmöglich zu helfen.“

Armand Sprecher, medizinischer Experte für Public Health von **ÄRZTE OHNE GRENZEN**

Alle Materialien aus der Hochrisikozone eines Behandlungszentrums, die nicht desinfiziert werden können, müssen täglich verbrannt werden.  
© Julien Rey/MSF

Bei der Bekämpfung der bislang größten Ebola-Epidemie gehörte **ÄRZTE OHNE GRENZEN** zu den wichtigsten Akteuren. Das Virus hat Tausende Menschenleben gekostet und Familien zerstört, tiefe Wunden bei den Überlebenden hinterlassen und viele Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ihre körperlichen und seelischen Grenzen spüren lassen. Die extremen Herausforderungen führten für **ÄRZTE OHNE GRENZEN** zu vielfach tragischen Erfahrungen.

- **ÄRZTE OHNE GRENZEN** versorgte bei diesem Ausbruch allein 35 Prozent aller bestätigten Ebola-Fälle medizinisch. Da es bislang keine Therapie gegen Ebola gibt, sind trotz aller Anstrengungen mehr als 2.600 unserer Patienten gestorben. Diese hohe Anzahl an Opfern führte zu einer extremen Belastung für die Teams, vor allem für die westafrikanischen Kolleginnen und Kollegen, von denen viele Familienangehörige, Freunde und Nachbarn verloren. Zudem haben sich 28 Teammitglieder – 25 nationale und drei internationale – mit dem Virus infiziert, 14 nationale Mitarbeitende sind gestorben. Sie hatten sich

überwiegend außerhalb der Projekte, im privaten Umfeld, angesteckt.

- **ÄRZTE OHNE GRENZEN** eröffnete Behandlungszentren von nicht gekanntem Ausmaß, das Größte mit 250 Betten, Elwa 3, in der liberianischen Hauptstadt Monrovia. Bei früheren Epidemien lag die Bettenanzahl bei maximal 40. Trotzdem mussten die Teams auf dem Höhepunkt des Ausbruchs in Liberia mögliche Ebola-Infizierte abweisen, da die Einrichtung hoffnungslos überfüllt war und es nicht genügend Personal gab, um weitere Patientinnen und Patienten aufzunehmen. Sowohl für die Mitarbeiter, die am Eingang standen und den schwerkranken Personen keinen Einlass gewähren konnten, als auch für die angsterfüllten Menschen war dies eine schier unerträgliche Situation. Die Teams konnten oft nichts anderes tun, als den Abgewiesenen Desinfektions-Kits mitzugeben, um zumindest das Infektionsrisiko für Familienangehörige zu verringern.

- Niemals zuvor hat **ÄRZTE OHNE GRENZEN** auf einen Ausbruch von viralem hämorrhagischem Fieber in so vielen Ländern gleichzei-



tig reagiert – Elfenbeinküste, Guinea, Liberia, Mali, Nigeria, Senegal, Sierra Leone – und das oft in dicht bevölkerten städtischen Gebieten. Dies führte dazu, dass Personal aus anderen Projekten und den Zentralen in großem Umfang abgezogen werden musste, um es in Ebola-Gebieten einzusetzen. Bei den rund 1.300 internationalen Mitarbeitenden betraf dies 213 Ausreisen.

- Zum ersten Mal errichtete **ÄRZTE OHNE GRENZEN** Verbrennungsöfen, um die Toten einzuäschern. Die nationalen Bestattungsteams waren mit der Anzahl der Leichen in der liberianischen Hauptstadt Monrovia schlichtweg überfordert.
- In Freetown, Sierra Leone, eröffnete **ÄRZTE OHNE GRENZEN** eine spezielle Geburtshilfestation für Schwangere mit Verdacht auf Ebola. Sie waren besonders gefährdet, da es während der Epidemie in und um Freetown kaum Einrichtungen gab, die Schwangere versorgten, die entweder bereits positiv auf Ebola getestet wurden, oder bei denen der Verdacht auf eine Infektion vorlag. Mit dieser Klinik wurde eine wichtige Lücke geschlossen.

- Neben der medizinischen Arbeit musste **ÄRZTE OHNE GRENZEN** erstmals und in kürzester Zeit einen enormen Wissenstransfer organisieren. Denn Ebola galt selbst in medizinischen Kreisen als Fachgebiet, in dem nur wenige Akteure über Kenntnisse verfügten. **ÄRZTE OHNE GRENZEN** bildete Hunderte Mitarbeiter in der sicheren Versorgung von Ebola-Infizierten aus sowie mehr als 250 Personen anderer Organisationen, u. a. von der Weltgesundheitsorganisation und dem US-Center for Disease Control. Hunderte Menschen wurden zudem in den betroffenen Ländern fortgebildet.

- **ÄRZTE OHNE GRENZEN** verteilte Malaria-Medikamente an 2.450.000 Menschen in Liberia und Sierra Leone. Dies war nötig, da Malaria in diesen Ländern endemisch ist und die anfänglichen Symptome denen der Ebola-Virusinfektion ähneln. Diese präventive Maßnahme sollte u. a. den enormen Druck auf die Ebola-Behandlungszentren senken.

- Inmitten der Epidemie nahm **ÄRZTE OHNE GRENZEN** an klinischen Tests mit Therapien und Impfstoffen in der Entwicklung teil.

# Alltag eines Chlor-Sprayers

## Job mit Leidenschaft

„Wir schicken Beerdigungsteams in Stadtviertel oder Dörfer, in denen wir von Ebola-Toten wissen oder sie vermuten. Für die Leichen benutzen wir einen speziellen Plastiksack. Wir desinfizieren das Haus des Verstorbenen und die Latrinen mit Chlor und verbrennen Bettlaken und andere Gegenstände, die zu einer Ausbreitung von Ebola führen könnten. Doch leider müssen wir davon ausgehen, dass es Dörfer gibt, in denen das Virus grassiert, wir aber nichts davon wissen.“

Anja Wolz, Nothilfekoordinatorin von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** in Sierra Leone, 2014

Jeden Tag wurden in Monrovia, der Hauptstadt Liberias, die an Ebola Erkrankten oder Verstorbenen in ihren Häusern geborgen. Die Chlor-Sprayer übernahmen dabei eine große Verantwortung.

Der Körper eines Ebola-Infizierten ist ansteckend, da das Virus über Körperflüssigkeiten wie Blut, Speichel, Urin und Schweiß übertragen wird. Jeder Infizierte oder Verstorbene muss daher isoliert werden. Zudem müssen die Orte, an denen sich Erkrankte aufgehalten haben, sowie all ihre Habseligkeiten mit Chlor desinfiziert werden. Diese Aufgabe übernahm B. Sunday Williams, der als Chlor-Sprayer in einem mobilen Team von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** arbeitete.

„Als ich diesen Job begann, hatte ich ganz schön Angst. Ich fürchtete mich vor Ebola, traute mich nicht, Infizierte anzufassen. Das ist jetzt vorbei, ich fühle mich sicher“, so Williams. Zu seinem Team gehörten Pflegekräfte, Gesundheitsaufklärer, Hygieneexperten und weitere Chlor-Sprayer. Sie transportierten Erkrankte mit Verdacht auf Ebola in das Behandlungszent-

rum, desinfizierten die Häuser von Ebola-Infizierten, informierten die Hinterbliebenen über den Schutz vor dem Virus und sorgten für den sicheren und respektvollen Abtransport der Toten.

Sehr oft fuhr B. Sunday Williams mit seinem Team in Richtung Paynesville, einem Vorort von Monrovia. Hier gab es während der Ebola-Epidemie besonders viele Fälle. Oft stand eine kleine Menschenmenge, halb neugierig, halb aufgeregt, vor dem Haus der Ebola-Infizierten und wartete auf die Helfer. Es war ganz wichtig für das Team, dann ruhig zu bleiben. „Manchmal hatten die Leute Angst vor uns, doch wir haben versucht, sie zu beruhigen“, so Williams.

Nachdem sie mit der Familie der Ebola-Infizierten gesprochen hatten, zogen Williams und seine Kollegen ihre Schutzanzüge an. Die Menge beobachtete sie meist ganz genau. Auch in dem gelben Vollkörperschutzanzug war Williams leicht zu erkennen, da er stets einen blauen Behälter mit Chlor auf dem Rücken trug. „Manchmal war es dunkel in dem Haus, das wir desinfizieren mussten. Wenn der Sprayer



seinen Job nicht ordentlich machte, konnte das für das gesamte Team gefährlich sein. Kam nur eine Person mit dem Virus in Berührung, stand die Sicherheit aller auf dem Spiel.“

Williams' Job, den es vor dem Ebola-Ausbruch in Liberia nicht gab, war brisant: Er ging stets allein in die Häuser hinein, während das restliche Team draußen wartete. Er besprühte die Körper der Verstorbenen und die Zimmer systematisch mit einer 0,5-prozentigen Chlorklösung. Diese Flüssigkeit tötet das Virus. „Der Sprayer sorgte dafür, dass das Haus sicher war, bevor die anderen hineingingen.“ Bei der Arbeit musste Williams aufpassen, dass er nichts anfasste, was er noch nicht besprüht hatte. Erst wenn er aus dem Haus kam, ging sein Team hinein. Er stellte auf diese Weise sicher, dass sich niemand infizierte.

Wenn Leichen abgeholt wurden, musste immer eine Speichelprobe aus dem Mund der Toten entnommen werden, um zu bestätigen, dass sie an Ebola gestorben waren. Erst danach wurden sie in einen weißen Leichensack gelegt, der nochmals mit Chlorklösung besprüht wurde.

B. Sunday Williams (mit blauem Chlorbehälter) desinfiziert das Haus eines Ebola-Patienten.  
© Agus Morales/MSF

Nach Beendigung der Arbeit im Haus wurden die Teammitglieder desinfiziert. Jedes Mal, wenn sie eine Schicht der Schutzkleidung ausgezogen hatten, wurden sie besprüht – ein langsamer Prozess, der immer auf die gleiche, systematische Weise durchgeführt werden musste. Danach brachte das Team den Leichensack in die Leichenhalle. Die traditionellen Begräbnis-Rituale durften während der Ebola-Epidemie nicht durchgeführt werden. Denn das Waschen und Berühren der infizierten Leiche barg ein hohes Ansteckungsrisiko.

Der Job als Chlor-Sprayer ist eine der schwierigsten Aufgaben im Kampf gegen Ebola. Williams war sich dessen stets bewusst. „Als **ÄRZTE OHNE GRENZEN** mich fragte, ob ich im mobilen Team arbeiten wollte, hatte ich anfangs meine Zweifel. Doch wenn du Kraft hast, schaffst du das, Schritt für Schritt. Nach einer Weile habe ich meinen Job mit Leidenschaft gemacht.“



# Interne Herausforderungen

## Kampf an mehreren Fronten

„Wer in der Hochrisikozone eines Ebola-Behandlungszentrums mit einem Schutzanzug arbeitet, muss sich wegen der unglaublichen Hitze langsam bewegen und atmen. Da wir dort nie länger als eine Stunde bleiben durften, musste ich alle wichtigen Aufgaben genau planen. Es war frustrierend und verstörend, dass ich nicht so viel Zeit mit den Patienten verbringen konnte, wie ich es für richtig hielt, um sie mit einem Lächeln oder einer Berührung ein wenig zu trösten.“

Hilde de Clerck, Ärztin, Mitglied des ersten Ebola-Teams von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** in Guinea, 2014

**ÄRZTE OHNE GRENZEN** sah sich durch den Ebola-Ausbruch in Westafrika organisationsintern mit vielfältigen Schwierigkeiten konfrontiert. Es gab zwar viel Anerkennung von außen für die schnelle und umfassende Reaktion der Organisation auf die Epidemie. Doch im Rückblick fällt die selbstkritische Analyse nicht nur positiv aus.

### **Krisenjahr 2014**

Es gab insbesondere während der ersten Monate des Ebola-Ausbruchs personelle Engpässe bei **ÄRZTE OHNE GRENZEN**, da es im Jahr 2014 gleich mehrere wichtige Krisenherde weltweit gab: Die komplexen Konflikte in der Zentralafrikanischen Republik, im Südsudan, in der Ukraine und in Syrien erforderten viele erfahrene Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die nicht aus ihren Projekten abgezogen werden konnten, um die Ebola-Bekämpfung in Westafrika zu unterstützen.

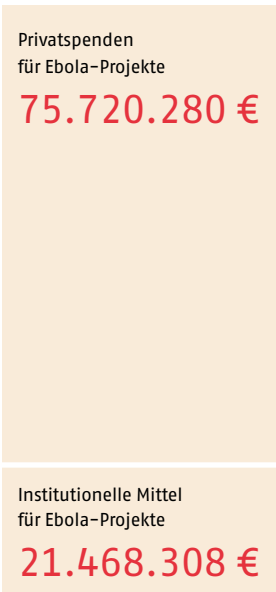
### **Fürsorgepflicht für Personal**

Auch in einer risikobereiten Organisation wie **ÄRZTE OHNE GRENZEN** gilt ein Ebola-Einsatz als gefährlich. Einerseits gibt es keine zugelassenen Medikamente, die eine Ebola-Virusinfektion heilen können, andererseits ist die Sterblichkeitsrate von Erkrankten hoch. Zudem wurden medizinische Evakuierungen für internationales Personal von den entsprechenden nationalen Regierungen nicht garantiert. Wer sich bereit erklärte, in Westafrika zu helfen, musste bis Ende 2014 akzeptieren, im Krankheitsfall möglicherweise nicht nach Hause ausgeflogen zu werden. Nationales Personal konnten wir zudem gar nicht evakuieren. Die Sorge um die Sicherheit der Mitarbeitenden vor einer Infektion führte zudem dazu, dass **ÄRZTE OHNE GRENZEN** auf einer sehr strengen Einhaltung aller Vorschriften bestand. Dazu gehörte u. a., dass die Mitarbeiter nur eine beschränkte Zeit in den Hochrisikozonen der Ebola-Behandlungszentren arbeiten durften. Dies führte vor allem beim medizinischen Personal zu viel Frustration.

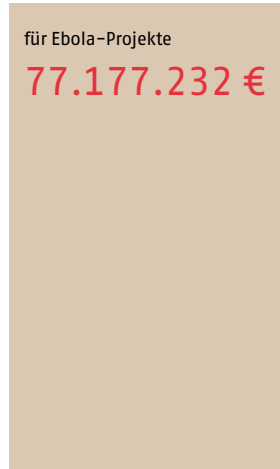


# Ebola-Einsatz in Zahlen\*

## Weltweite Einnahmen



## Weltweite Ausgaben



## Ebola-Ausgaben nach Ländern

Liberia	32.065.420 €
Sierra Leone	25.752.066 €
Guinea	18.505.678 €
Mali	534.985 €
Nigeria	202.665 €
Senegal	64.769 €
Elfenbeinküste	51.649 €

\* Alle Zahlen beziehen sich auf den Zeitraum 1.4.2014 – 31.3.2015. Quelle: Médecins Sans Frontières' response to the largest ever Ebola outbreak, 2015

## Interner Wissenstransfer

Die Erfahrung von ÄRZTE OHNE GRENZEN mit viralem hämorrhagischem Fieber konzentrierte sich in den vergangenen Jahren auf eine kleine Gruppe von Experten. Ebola galt als Fachgebiet. Die Sektionen von ÄRZTE OHNE GRENZEN, die bislang keine Erfahrung mit Ebola-Patienten hatten, waren anfangs zurückhaltend, aktiv zu werden. Wir hätten den Wissenstransfer schneller gewährleisten müssen, um besser auf die personellen Herausforderungen reagieren zu können.

## Individuelles Patientenwohl versus öffentliche Gesundheit

Zwischen zwei Zielen bestand eine unauflösbare Spannung: die Verbreitung der Krankheit zu verhindern und jedem Patienten die bestmögliche medizinische Versorgung zu garantieren. Dies zeigte sich besonders während des Höhepunkts der Epidemie im August und September 2014, als die Fallzahlen explodierten. Zeitweilig versorgten wir die Patientinnen und

Patienten nur notdürftig palliativ, um den Fokus auf die Aufnahme hochinfektöser Erkrankter zu legen, damit sich Ebola nicht weiter ausbreitete. Bewusst erweiterten wir die Bettenanzahl, auch wenn dies bedeutete, die Qualität der individuellen Patientenversorgung zu reduzieren. Für viele Mitarbeiter war dieser Kompromiss nur schwer auszuhalten.

## Hohe Personalfluktuation

Ebola-Einsätze sind personalintensiv. Die durchschnittliche Einsatzzeit für internationales Personal in Westafrika war viel kürzer als sonst üblich. Sie lag unter zwei Monaten. Dies sollte sicherstellen, dass die Mitarbeitenden wachsam blieben und nicht vor Erschöpfung Fehler machten. Eine Folge dieses hohen Personalwechsels war jedoch, dass nicht immer eine professionelle Übergabe erfolgen konnte und vieles wiederholt vermittelt werden musste. Dies führte u. a. zu einer noch höheren Belastung des ohnehin überarbeiteten nationalen Personals.

# Blick von außen

## Versagen der Politik

„Unser Ebola-Vorbereitungskurs umfasst Theorie und praktische Übungen unter möglichst realen Bedingungen. So ist zurzeit in Westafrika Regenzeit. Es ist feucht-heiß. Man kann es in den Schutzanzügen etwa eine Dreiviertelstunde aushalten. Wir wollen der Situation so nahe wie möglich kommen, indem wir zum Beispiel Heizungen aufstellen.“

August Stich, Chefarzt für Tropenmedizin in Würzburg, Oktober 2014

Viele Mitarbeiter haben vor ihrem Ebola-Einsatz an einer praxisnahen Fortbildung von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** teilgenommen.  
© Olga Overbeek/MSF

Für Chefarzt August Stich, Leiter der Tropenmedizin an der Missionsärztlichen Klinik in Würzburg, hat die deutsche, aber auch die internationale Politik bei der Ebola-Epidemie in Westafrika versagt.

### **Wie sehen Sie den deutschen Beitrag zur Ebola-Bekämpfung?**

Er war unkoordiniert und kam zu spät. Die Zuständigkeit zwischen den betroffenen Bundesministerien und den Regierungsbehörden war anfangs völlig unklar. Man war auf eine solche medizinische Herausforderung in keiner Weise vorbereitet und interessierte sich erst dann wirklich dafür, als der mediale Druck wuchs und die Gefahr gesehen wurde, dass Ebola nach Europa eingeschleppt werden könnte. Es waren wieder einmal die Hilfsorganisationen, die sich von Anfang an der Herausforderung gestellt haben.

### **Welche Rolle hat ÄRZTE OHNE GRENZEN bei dieser Epidemie gespielt?**

ÄRZTE OHNE GRENZEN war und ist ohne Zweifel die führende Organisation während des

Ebola-Ausbruchs in Westafrika. Die Professionalität der Arbeit und die Anwaltschaft für die politischen Zusammenhänge waren vorbildlich und hielten den Regierungen, der Weltgesundheitsorganisation und den Vereinten Nationen den Spiegel ihres eigenen Versagens vor.

### **Sie haben ein Ausbildungszentrum für Ebola-Helfer aufgebaut. Wie kam es dazu?**

Kollegen aus Würzburg und ich selbst waren frühzeitig vor Ort mit Ebola konfrontiert worden. Im Sommer 2014 war klar, dass es viel zu wenige Behandlungszentren in Westafrika gab, die Patienten aufnehmen konnten. Dafür ist ein sehr hoher Ausbildungsgrad des Personals erforderlich. Würzburg war zu diesem Zeitpunkt bereits ein zertifiziertes Trainingszentrum. Unsere Erfahrungen im Umgang mit hochinfektiösen Erkrankungen, die Kenntnis der Lage vor Ort und die Zusammenarbeit mit **ÄRZTE OHNE GRENZEN** waren eine gute Voraussetzung für die Ausbildung von Helfern vor ihrem Einsatz. Bis heute haben mehr als 300 Personen dieses Training durchlaufen, dazu kommen ebenso viele Mitarbeiter deutscher



Gesundheitsdienste. Gleichzeitig führen wir weiterhin auch intensive Schulungen in afrikanischen Ländern durch.

### **Was waren die größten Herausforderungen für die Helfer?**

Nur ein Teil der bei uns ausgebildeten Personen wurde in Behandlungszentren in Afrika eingesetzt, so dass ich wenig zu den Belastungen des Einsatzes sagen kann. Folgende Probleme habe ich aber wahrgenommen: die Schwierigkeiten, vom Arbeitgeber für den Einsatz (plus drei Wochen danach) freigestellt zu werden, die durch Unwissenheit bedingte Stigmatisierung im Kollegen- und Bekanntenkreis aufgrund möglicher Ansteckungsrisiken und eine manchmal hohe Diskrepanz zwischen dem Engagement und dem Wissen.

### **Wie sieht es heute mit neuen Ebola-Behandlungsmethoden aus?**

Auch für viele nötige Studien zu neuen Therapeutika oder Impfstoffen kamen die Forschenden zu spät. Als das Forschungs-Setup geschaffen war, klang die Zahl der Ebola-Fälle so

schnell ab, dass viele Studien nicht fertig gestellt wurden und damit eine weitere Chance verpasst war. Andererseits bin ich der festen Überzeugung, dass die Katastrophe in Westafrika nicht Ausdruck des Fehlens von Medikamenten, sondern das Resultat eines nicht funktionierenden Gesundheitssystems und des Versagens der Weltgemeinschaft war. Die Antwort auf künftige Epidemien in neuen Behandlungsmethoden zu suchen, greift also zu kurz.

### **Wo muss ein Umdenken einsetzen, um künftig besser gewappnet zu sein?**

Die Lehren aus Ebola sind vielfältig. Am wichtigsten erscheint mir die Erkenntnis, dass lokale Probleme schnell überregionale oder globale Auswirkungen haben können. Deshalb ist es für die Weltgemeinschaft unabdingbar, für eine faire Entwicklung der Länder Sorge zu tragen, für gute Regierungsführung und eine gerechte Verteilung von Ressourcen. Ob Ebola gestern, die Flüchtlingskatastrophe heute oder eine neue Herausforderung morgen: Wir müssen uns der Komplexität der Realität stellen, lokal handeln und global denken.





Robert K. Roper  
Arnold K. Roper  
V. K. Roper  
R. K. Roper  
T. K. Roper  
H. K. Roper  
E. K. Roper  
K. Roper

# Forschung und Entwicklung zu Ebola Durchbruch erzielt

„Es ist für die Pharmaunternehmen sehr viel lukrativer, in chronische Krankheiten zu investieren oder auch in Lifestyle-Produkte, die in den Industriestaaten einen großen Absatzmarkt finden, als in Infektions- oder vernachlässigte Krankheiten, die häufig in ärmeren Ländern vorkommen.“

Philipp Frisch, Koordinator der Medikamentenkampagne in Berlin

Sicherheit geht vor: 50 Minuten darf sich der Arzt Roberto Scaini höchstens in der Hochrisikozone aufhalten.

© Caitlin Ryan/MSF

Seit Kurzem gibt es einen Hoffnungsschimmer für die Bekämpfung von Ebola: Es liegen erste positive Zwischenergebnisse für einen wirksamen Impfstoff vor, der in Guinea unter Beteiligung von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** getestet wurde.

Obwohl das Ebola-Virus bereits 1976 entdeckt wurde, hat die Pharmaindustrie bislang kein wirksames Medikament gegen die Krankheit entwickelt. Denn Ebola kam fast nur in ärmeren Ländern vor, deren Bevölkerung über eine geringe Kaufkraft verfügt und die somit keinen lukrativen Markt für die pharmazeutischen Unternehmen der reichen Länder darstellen. Dieses Problem der vernachlässigten Krankheiten betrifft nicht nur Ebola, sondern auch häufiger auftretende Krankheiten wie Tuberkulose oder Malaria.

Nur das US-amerikanische Verteidigungsministerium hat ab 2004 in die Erforschung von Ebola investiert. Die Militärs betrachteten das Virus indes vor allem als bedrohliche Biowaffe und weniger als Problem der öffentlichen Gesundheit.

Mit dem Ausbruch der Ebola-Epidemie in Westafrika veränderten sich die Vorzeichen: Das Virus wird nun auch in den USA und in Europa als Bedrohung empfunden. Zudem führte der jüngste Ausbruch des tödlichen Virus nach Angaben der Weltgesundheitsorganisation (WHO) bis August 2015 zu mehr als 28.000 Ebola-Fällen und mehr als 11.000 Toten, darunter auch Hunderte Gesundheitsfachkräfte. Wer sich mit Ebola infizierte, hatte oft nur eine geringe Überlebenschance – selbst bei ärztlicher Behandlung.

Ein Grund für die hohe Sterblichkeitsrate während des Ebola-Ausbruchs in Westafrika war, dass es keine Medikamente oder Impfstoffe gegen das Virus gab. Dabei sind sich die Fachleute einig, dass neue diagnostische Mittel hilfreich wären für die Triage der Patienten, neue Medikamente Menschenleben retten und neue Impfstoffe das medizinische Personal schützen und künftige Ausbrüche eindämmen würden.



Im Donka-Krankenhaus in der guineischen Hauptstadt Conakry wird Freiwilligen, die im Hochrisikobereich eines Behandlungszentrum arbeiten, der neue Ebola-Impfstoff verabreicht.  
© Yann Libessart/MSF

Große Hoffnung liegt daher zurzeit auf dem getesteten Ebola-Impfstoff, der rVSV-EBOV genannt wird. Einem Zwischenbericht zufolge verspricht er 100 Prozent Wirksamkeit. Die klinische Studie, die von der WHO, dem Norwegian Institute of Public Health und guineischen Behörden durchgeführt wird, startete im März 2015.

Geimpft wurden „Ringe“ von Kontaktpersonen infizierter Ebola-Patienten sowie Personal, das direkt mit Infizierten oder Verstorbenen in Kontakt kommt und so Gefahr läuft, sich mit Ebola anzustecken. **ÄRZTE OHNE GRENZEN** ist an der klinischen Studie beteiligt und hat den Impfstoff 1.200 Menschen in Guinea verabreicht, die in vorderster Reihe Ebola bekämpfen, wie Ärzte, Pflegepersonal, Sanitäter, Laboranten, Reinigungskräfte und Beerdigungsteams.

„Zum ersten Mal haben wir jetzt den Nachweis erhalten, dass ein Impfstoff gegen Ebola wirksam ist. Es handelt sich um einen einzigartigen Durchbruch, doch wir brauchen noch mehr Daten, um sagen zu können, wie wirksam diese Prävention tatsächlich ist. Unklar

ist zum Beispiel noch, wie schnell der Schutz einsetzt und wie lange er anhält. All dies muss noch weiter erforscht werden“, so der Arzt Bertrand Draguez, der bei **ÄRZTE OHNE GRENZEN** zuständig ist für Themen der Ebola-Forschung.

Auch wenn es noch offene Fragen gibt, rät Draguez: „Bei einer so hohen Wirksamkeit sollten alle betroffenen Länder sofort die Impfung auf alle Kontaktpersonen von infizierten Patienten ausdehnen, um die Übertragungskette zu durchbrechen, und alle Fachkräfte impfen, die in vorderster Reihe Ebola bekämpfen.“

Entwarnung gibt der Experte allerdings nicht. Denn das derzeitige Muster der Epidemie zeigt, dass sporadisch relativ kleine Übertragungsketten auftauchen. „Wir müssen daher die Krankheit in allen Bereichen weiter bekämpfen. Dies umfasst die Behandlung, Isolierung, Arbeit mit den Gemeinden, sichere Bestattungen, Gesundheitsaufklärung, psychosoziale Unterstützung und das Auffinden der Kontakte.“

Trotz dieses Hoffnungsschimmers ist es wichtig, dass auch die Pharmafirmen welt-



weit endlich in die Forschung und Entwicklung von Ebola-Medikamenten und Impfstoffen investieren. **ÄRZTE OHNE GRENZEN** ist weiterhin in drei klinische Tests in Guinea involviert, die jeweils einen anderen medizinischen Fokus haben: Diagnose, Prävention und Behandlung.

Doch wir gehen noch einen Schritt weiter: Während des Ebola-Ausbruchs in Westafrika haben zahlreiche medizinische Organisationen und staatliche Institute Zehntausende Blut-, Samen- oder Urinproben von möglicherweise infizierten Patienten sowie Speichelproben von Ebola-Toten zu diagnostischen Zwecken entnommen. Vielfach wurden sie bereits ins Ausland gebracht. Diese Proben bieten eine bislang ungekannte Chance für die Forschung und Entwicklung neuer Medikamente und Diagnostika im Kampf gegen Ebola.

**ÄRZTE OHNE GRENZEN** hat daher Laboratorien und Regierungen aufgefordert, sich an der Gründung einer Ebola-Biobank zu beteiligen, um die Forschung zu beschleunigen und den wissenschaftlichen Austausch anzuregen. Unter einer Biobank versteht man eine Samm-

lung von Stoffen, wie Körperflüssigkeiten oder Gewebeprobe, mit zugeordneten Hintergrundinformationen der Spender, die in Datenbanken verwaltet werden.

„Besonders wichtig ist dabei, dass die Biobank Forschenden aus ärmeren Ländern im Sinne eines ‚offenen Zugangs‘ zur Verfügung steht. Eigentumsrechte oder Bezahlschranken können dazu führen, dass Forschungsinitiativen ins Stocken geraten. Auch eine klare Prioritätensetzung ist wichtig für einen effizienten Forschungsprozess“, so Philipp Frisch von **ÄRZTE OHNE GRENZEN**. Die Kontrolle über diese Prioritäten sollte dabei vor allem bei den von der Ebola-Epidemie am meisten betroffenen Ländern liegen. In der Vergangenheit hatten oft Wissenschaftler aus den Industrieländern das Sagen, obwohl die Proben aus den ärmeren Ländern stammten. Es bleibt abzuwarten, wer sich dieser Initiative von **ÄRZTE OHNE GRENZEN** anschließt.

Mehr zum Thema:

[www.aerzte-ohne-grenzen.de/ebola-impfstoff](http://www.aerzte-ohne-grenzen.de/ebola-impfstoff)

# Chronologie der Ereignisse

## Alarmrufe ohne Wirkung

„Der politische Wille wuchs erst, als klar wurde, dass Ebola den Ozean überqueren könnte. Als Ebola zu einem internationalen Sicherheitsrisiko wurde und nicht mehr nur als humanitäre Katastrophe in einer Handvoll armer Länder angesehen wurde, wachte die Welt endlich auf.“

Joanne Liu, internationale Präsidentin von ÄRZTE OHNE GRENZEN

Entlastung nach einem anstrengenden Tag.  
© Peter Casaer / MSF

**14.3.2014** Das guineische Gesundheitsministerium informiert ÄRZTE OHNE GRENZEN über eine „mysteriöse Krankheit“

**18.3.2014** Ankunft des ersten Spezialistenteams von ÄRZTE OHNE GRENZEN in Guéckédou, Guinea

**22.3.2014** Offizielle Bestätigung des Ebola-Ausbruchs durch das guineische Gesundheitsministerium

**31.3.2014** Offizielle Bestätigung des Ebola-Ausbruchs in Liberia

**31.3.2014** ÄRZTE OHNE GRENZEN erklärt den Ausbruch öffentlich als beispiellos angesichts der geografischen Ausbreitung der Verdachtsfälle

**1.4.2014** Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) stellt die Aussage von ÄRZTE OHNE GRENZEN öffentlich in Frage

**26.5.2014** Offizielle Bestätigung des Ebola-Ausbruchs in Sierra Leone

**21.6.2014** ÄRZTE OHNE GRENZEN schlägt erneut öffentlich Alarm

**26.7.2014** Ein US-amerikanischer Mitarbeiter von Samaritan's Purse wird positiv auf Ebola getestet und in die USA ausgeflogen

**8.8.2014** Die WHO erklärt den Ebola-Ausbruch zur „gesundheitlichen Notlage von internationaler Tragweite“

**28.12.2014** Nach Angaben der WHO gab es in Guinea, Liberia und Sierra Leone insgesamt 20.206 verdächtige und bestätigte Ebola-Fälle, 7.905 Tote

**26.8.2015** Nach Angaben der WHO gab es in Guinea, Liberia und Sierra Leone 28.005 verdächtige und bestätigte Ebola-Fälle, 11.287 Tote









**SPENDENKONTO**

**Bank für Sozialwirtschaft**

**IBAN: DE72 3702 0500 0009 7097 00**

**BIC: BFSWDE33XXX**

[www.aerzte-ohne-grenzen.de](http://www.aerzte-ohne-grenzen.de)



**MEDECINS SANS FRONTIERES  
ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V.**

Träger des Friedensnobelpreises