

Julia Schweers

Ebola im Kongo: Die ignorierte Epidemie

Nahezu unbemerkt von der internationalen Gemeinschaft sind allein im vergangenen Monat 300 000 Menschen aus dem Nordosten der Demokratischen Republik Kongo geflohen. Die meisten von ihnen verbleiben als Inlandsvertriebene im Kongo, doch mehr als 29 000 Menschen haben sich seit Beginn des Jahres ins Nachbarland Uganda aufgemacht.¹ Was sie antreibt, ist eine doppelte Angst: die Angst vor einem neuen Bürgerkrieg – und vor Ebola.

Die letzte Epidemie dieser Infektionskrankheit liegt nur wenige Jahre zurück: Zwischen 2014 und 2016 hatte Ebola allein in Westafrika mehr als 11 300 Opfer gefordert. Das lag nicht nur am mehr als maroden Gesundheitssystem der damals betroffenen Staaten. Vielmehr schaute die Weltgesundheitsorganisation (WHO) seinerzeit viel zu lange tatenlos zu. Wer aber meint, die WHO hätte aus der damaligen Katastrophe gelernt und handle diesmal im Kongo schneller, der irrt: Lethargisch steht sie auch diesmal wieder daneben, während sich die nächste Pandemie in Afrika ausbreitet.

Genau ein Jahr ist seit dem Beginn des neuesten Ausbruchs vergangen. Und seit einem Jahr breitet sich die Seuche stetig aus, zuletzt rasant. Das erst seit 1976 bekannte Ebolafieber ist hochansteckend und verläuft durchschnittlich bei jedem zweiten Infizierten tödlich. Es beginnt mit Übelkeit, Gliederschmerzen und Durchfall, darauf folgen innerhalb weniger Tage innere Blutungen, die zum Tod durch Organversagen führen. Da zu Beginn des Krankheitsverlaufs die Sympto-

me denen der in Afrika weitaus häufigeren – und nicht von Mensch zu Mensch übertragbaren – Malaria ähneln, infizieren sich viele oft unbemerkt. Eine Therapie gibt es bislang nicht, Ärzt*innen können daher nur einzelne Symptome lindern, indem sie fiebersenkende Mittel verabreichen oder den Flüssigkeits- und Elektrolytverlust ausgleichen. Über 1600 Todesopfer wurden bei der gegenwärtigen Epidemie im Ostkongo bislang offiziell bestätigt, doch die Dunkelziffer dürfte um einiges höher liegen. Denn obendrein flammen dort in den letzten Monaten nun auch noch erneut bewaffnete Konflikte auf.

Krankheit und Krieg

Gewalt und Krieg sind nichts Neues in der abgeschiedenen Region: Seit mehr als 20 Jahren destabilisiert eine Serie von Bürgerkriegen insbesondere den Osten des Kongos, bei der auch die östlichen Nachbarländer Uganda und Ruanda mitgemischt haben. Immer wieder fachten kongolesische Diktatoren gezielt ethnische Konflikte an und unterstützten bewaffnete Gruppen in der Region. So sicherten sie sich einerseits Zugang zu begehrten Rohstoffen und verschafften sich andererseits einen Vorwand für das Vertagen demokratischer Wahlen.² Die gleiche Taktik wandte Uganda zwischen 1998 und 2003 an, nachdem es die kongolesische Provinz Ituri besetzt hatte – das Zentrum des jetzigen Ebolaausbruchs.

1 Vgl. UNHCR, DRC Influx Dashboard – Joint Border Monitoring. Uganda Refugee Response, www.unhcr.org, 27.6.2019.

2 Vgl. Janosch Kullenberg, Kalkulierte Destabilisierung in der DR Kongo. Die Handlungslogik der Kabila-Regierung, in: „SWP Aktuell“, 16/2018, S. 2, www.swp-berlin.org.

Sie ist reich an Erdöl, Edelmetallen und Seltenen Erden. Während der Besetzung stellte Uganda unterschiedlichen ethnischen Gruppen Waffen zur Verfügung. Kongo finanzierte daraufhin als militärisches Gegengewicht Milizen der ethnischen Gruppe der Lendu und Ruanda Milizen der Hema.³ So schuf man einen gewaltsamen Konflikt, der bis heute schwelt und bei der kleinsten Gelegenheit wieder aufflammt.

Nachdem sich zuletzt die Lage in Ituri wieder entspannt hatte, führte vor einigen Wochen der Mord an einem Lendu zu Vergeltungsschlägen, welche die Gewaltspirale von neuem in Gang setzten. Schon Ende Februar waren mehrere Ebola-Behandlungszentren im Epizentrum der Epidemie von Milizen zerstört worden, worauf sich die einzige Hilfsorganisation vor Ort, Ärzte ohne Grenzen, vorerst aus dem Gebiet zurückziehen musste.⁴

Spätestens seitdem aber kann sich die Ebolaepidemie nahezu ungehindert ausbreiten: Rund die Hälfte der bestätigten Kranken infizierte sich innerhalb der vergangenen drei Monate. Bei etwa 80 Prozent der Neuinfektionen lässt sich obendrein nicht nachvollziehen, über welche Kontakte die Betroffenen sich infizierten haben. Daher lassen sich Krankheitsherde kaum noch identifizieren und eindämmen. Schlimmer noch: Mitte Juni wurden die ersten zwei Ebolaopfer in Uganda bestätigt. Fluchtbewegungen in Richtung Südsudan und Ruanda zeichnen sich bereits ab. Damit hat die grenzüberschreitende Ausbreitung der Krankheit begonnen.

Und obwohl Uganda sich auf das Überschwappen der Epidemie vorzubereiten versucht, werden auch dort die Opferzahlen voraussichtlich zunehmen. Denn die rund 800 Kilometer lange Grenze zwischen den bei-

den Staaten ist gegen den Flüchtlingssandrang aus dem Kongo kaum abzuriegeln. Sollte die Epidemie Ugandas Hauptstadt Kampala erreichen, droht eine Pandemie, die den letzten großen Ebolaausbruch noch in den Schatten stellen dürfte. Denn die Metropole verfügt über den einzigen internationalen Flughafen weit und breit, mit Direktflügen nach Addis Abeba, Amsterdam, Brüssel, Dubai und Istanbul. Über den Luftweg könnte sich die Krankheit damit weit über Zentralafrika hinaus ausbreiten. Ähnliche Szenarien drohen, falls sich die Seuche nach Ruanda ausdehnt.

Die Passivität der WHO

Angesichts dessen hätte die WHO prinzipiell die Möglichkeit, den „internationalen Gesundheitsnotstand“ (Public Health Emergency of International Concern, PHEIC) auszurufen. Dieser greift bei Krankheiten, die ein „außergewöhnliches Ereignis“ darstellen und durch internationale Verbreitung zum „öffentlichen Gesundheitsrisiko“ für mehrere Länder zu werden drohen, daher also einer „koordinierten internationalen Antwort“ bedürfen. Der Gesundheitsnotstand soll ein Weckruf an die Staatengemeinschaft und an Geldgeber sein und kann in die Entsendung einer UN-Mission in das Krisengebiet münden. So ermöglichte erst das koordinierte Handeln einer eigens dafür ins Leben gerufenen UN-Mission die erfolgreiche Bekämpfung der Epidemie von 2014-2016.

Doch wie auch schon vor fünf Jahren zögert die zuständige Expertenkommission der WHO weiterhin, den Notstand auszurufen: Diesen Sommer entschied sie sich wiederholt dagegen. Ihre Begründung klingt wie ein schlechter Scherz: Der Ebolaausbruch im Kongo sei sicherlich verheerend und tatsächlich breite sich die Epidemie gerade über Staatengrenzen hinweg aus. Doch das stelle kein „außer-

3 Vgl. Alison Des Forges, Ituri: Die blutigste Ecke des Kongo, www.hrw.org, 7.7.2003.

4 Vgl. Ärzte ohne Grenzen, Ebola in der Demokratischen Republik Kongo, www.aerzte-ohne-grenzen.de, 24.6.2019.

gewöhnliches Ereignis“ dar, schließlich sei ja seit Monaten damit zu rechnen gewesen, dass die Krankheit auch die Nachbarländer nicht verschonen würde. Auch sei die Epidemie zwar eine internationale Gefahr, aber eben nur innerhalb Zentralafrikas.⁵ Statt also mehr internationale Hilfe zuzusichern, sprach die WHO wieder einmal vor allem altväterliche Ratschläge aus: Baut eure Katastrophenvorsorge aus, schützt eure Grenzen besser, arbeitet besser zusammen. In einem Land wie dem Kongo, das kaum einen Tag ohne bewaffnete Konflikte erlebt hat, seit die CIA 1961 die Ermordung seines ersten und einzigen demokratisch gewählten Staatschefs, Patrice Lumumba, veranlasste, klingen solche Sätze nicht nur realitätsfremd, sondern geradezu höhnisch.

Auch was den Umgang mit dem Kongo anbelangt, werden traurige Erinnerungen an den bisher verheerendsten Ebolaausbruch vor fünf Jahren geweckt. Selbst als damals die Krankheit bereits in drei Staaten – Guinea, Sierra Leone und Liberia – wütete und dort schließlich auch die urbanen Zentren erreichte, sah die WHO keinen Grund zum Handeln. Sogar als die ersten Infizierten in Nigeria und dem Senegal gemeldet wurden, erfolgte bei der Organisation kein Sinneswandel. Doch nur drei Tage, nachdem der erste Nicht-Afrikaner – ein spanischer Missionar – ebolakrank in Europa eintraf, rief ein Ad-hoc-Gremium der WHO den Notstand aus. Offensichtlich konnte ein einzelner erkrankter Europäer auslösen, was Zehntausend Sterbende in Afrika nicht vermochten. Für sie kam die Hilfe zu spät. Die politische Elite ihrer Staaten hatte sich schon längst ins Ausland abgesetzt, Krankenhäuser geschlossen, weil schlichtweg kein Personal mehr vor Ort war, und in Liberia

stellte die Polizei sogar einen ganzen Stadtteil unter Quarantäne – sprich: Sie riegelte ihn gewaltsam ab und überließ Zehntausende Bewohner*innen ihrem Schicksal.

Erfolge und Märkte

Während die WHO über die Misere des Ausbruchs vor fünf Jahren beharrlich schweigt, schreibt sie sich medizinische Erfolge bei der Entwicklung eines Impfstoffes gegen Ebola auf die Fahne. Tatsächlich wurden in den vergangenen Monaten im Kongo Zehntausende Menschen gegen die Infektion geimpft. Einen üblen Beigeschmack hat die Sache dennoch: Schon 2003 war der dringend benötigte Impfstoff entwickelt und erfolgreich an Affen getestet worden. Danach verschwand er allerdings für elf Jahre in der Schublade. Der Grund: Es ließ sich kein Geldgeber finden, um die für die Lizenzierung nötigen teuren Tests an Menschen durchzuführen.

Das änderte sich 2014 schlagartig: Im September 2014 beschloss die WHO, es sei ethisch vertretbar, im Krisenfall experimentelle Impfstoffe einzusetzen. Nur zwei Monate später kaufte sich der US-Pharmakonzern Merck mit 50 Mio. US-Dollar in die Ebola-Forschung ein.⁶ Der derzeitige Ausbruch im Kongo dient nun als große, für das Unternehmen äußerst preisgünstige Testphase.

Immerhin scheint der Impfstoff bisher gut zu wirken, zumindest wohl – das hat die Testreihe nun gezeigt – ab dem zehnten Tag nach der Verabreichung.⁷ Doch die Vorräte werden knapp und reichen längst nicht für alle Menschen in der Region. Deswegen forderte die WHO im Mai, von nun an nur noch halb so große Dosen zu spritzen

5 Vgl. WHO, Statement on the meeting of the International Health Regulations Emergency Committee for Ebola virus disease in the Democratic Republic of the Congo, www.who.int, 14.6.2019.

6 Vgl. New Link Genetics, Our Partnerships, www.newlinkgenetics.com, 2017; Public Health Agency of Canada, Fact Sheet VSV-EBOV, 5.6.2018.

7 Vgl. Daniela Hüttemann, Ebola-Impfung scheint hochwirksam zu sein, in: „Pharmazeutische Zeitung“, 24.4.2019.

zen und auch einen weiteren experimentellen Impfstoff des Pharmakonzerns Johnson & Johnson auszuprobieren – wo sich ein Geschäft entwickelt, drängt auch die Konkurrenz auf den Markt. Fraglich ist, wie weit dabei die Interessen der Menschen im Kongo und die drohende Ausbreitung der Seuche berücksichtigt werden. Mit Impfungen allein ist diese jedenfalls nicht mehr zu stoppen, das hat spätestens ihr Verlauf in den vergangenen Wochen gezeigt.

Doppeltes Versagen

Das abermalige Zögern der WHO, größere Hebel umzulegen, offenbart ein doppeltes Versagen. Zum einen ist die UN-Organisation chronisch unterfinanziert. Finanzierte sie sich in den 1970ern noch hauptsächlich aus festen Beitragssätzen der UN-Mitgliedstaaten, so ist es deren Regierungen heute weitestgehend freigestellt, ob und in welchem Ausmaß sie die WHO unterstützen wollen.

Eigentlich sollten 80 Prozent des WHO-Etats heute aus freiwilligen Beitragszahlungen kommen. Doch die Selbstverpflichtung funktioniert nicht und so klafft momentan eine Finanzlücke von 54 Mio. US-Dollar im Haushalt der Weltgesundheitsorganisation.⁸ Die Staatengemeinschaft hat also darin versagt, ihre Organisation wirklich handlungsfähig zu machen.

Zum anderen fehlt es gerade auf afrikanischer Seite an Solidarität: Die letzte Pressekonferenz der Afrikanischen Union (AU) zur Lage im Kongo ist ein Jahr her und die zentralafrikanische regionale Unterorganisation EC-CAS (Economic Community of Central African States) meldet sich gar nicht erst zu Wort. Gleichzeitig befindet sich die 2015 gegründete und von der WHO mitfinanzierte Unterorganisation „Af-

rica Centres for Disease Control and Prevention“ noch im Aufbau. Die Botschaft, die die AU auf ihrer Webseite vermitteln will, ist dennoch klar: Wir bewältigen die Krise auch ohne Gesundheitsnotstand. Angesichts der gerade einmal 41 medizinischen Fachkräfte, die die Afrikanische Union in das Krisengebiet entsandt hat, ist das jedoch stark zu bezweifeln.⁹ Eine ehrliche Anwaltschaft für die Menschen in der betroffenen Region, die die drohende Katastrophe auch beim Namen nennt, wäre nützlicher.

Es gibt jedoch darüber hinaus einen ökonomischen Grund, warum afrikanische Staaten den Gesundheitsnotstand nicht befürworten: Sie fürchten kontinentübergreifende Reise- und Handelsbeschränkungen, wie sie 2014 während des letzten Ebolanotstandes ausgesprochen wurden. Der Rest der Welt würde davon kaum beeinträchtigt, spielt doch Afrika in der Weltwirtschaft nur eine marginale Rolle – der Kontinent selbst aber würde die Folgen schmerzhaft spüren, wenn Handel und Tourismus wegbrächen. Nur vor dem Hintergrund dieser wirtschaftlichen Ängste wird verständlich, warum die afrikanischen Mitglieder der WHO-Expertenkommission die bisherigen Negativentscheidungen mittragen und warum jede ihrer Pressemitteilungen mantrahaft vor Handelsbeschränkungen warnt.¹⁰

So erweist sich die drohende Pandemie als vermeidbare Katastrophe. Afrikanische Wirtschaftsinteressen und die Ignoranz der WHO – und damit der Weltgemeinschaft – verhindern im Zusammenspiel, dass Ebola eingedämmt wird, solange es noch geht. Leidtragende sind, wie so oft, die Bewohner*innen einer ohnehin schon krisengeschüttelten Weltregion.

⁹ Vgl. AU, Update on African Union Action in Response to Recent Ebola Outbreaks, www.au.int, 13.6.2019.

¹⁰ Vgl. u.a. WHO, High-level meeting on the Ebola outbreak in the DR of the Congo affirms support for Government-led response and UN system-wide approach, www.who.int, 15.7.2019.

⁸ Vgl. WHO, Emergency Committee press conference, www.who.int, 14.6.2019.