Ebola-Epidemie im Kongo

Die Reaktionsschwelle der ungarischen (und generell der europäischen) Presse gegenüber weit entfernten afrikanischen Epidemien – wie beispielsweise der aktuellen **Ebola-Ausbruch im Kongo** – nur selten, solange sie keine direkte Bedrohung für den Kontinent darstellen.

Laut einer Analyse des Europäischen Zentrums für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) ist dieses Risiko für Europa derzeit sehr gering. Ebola verbreitet sich nicht über die Luft (wie Covid-19 oder die Grippe), sondern wird ausschließlich durch direkten Kontakt mit Körperflüssigkeiten von Erkrankten übertragen, sodass die Wahrscheinlichkeit einer Einschleppung aus dem Ausland minimal ist. Globale Hilfsorganisationen warnen jedoch davor, dass sich in Zentralafrika eine humanitäre Katastrophe entwickeln könnte, wenn die Welt die Region im Stich lässt.

Was ist im Kongo passiert?

In der **Demokratischen Republik Kongo**(DRK) und in benachbartem Uganda hat sich eine kritische Lage entwickelt, nachdem die **Weltgesundheitsorganisation** (WHO) einen globalen Gesundheitsnotstand ausgerufen hat. Die internationale Gemeinschaft bezeichnet die aktuelle Lage als **„perfekten Sturm“** und als katastrophale Krise.



In den Regionen Ruampara und Ituri haben wütende Menschenmengen mehrere Ebola-Behandlungszelte und Kliniken in Brand gesetzt. Foto: BBC/Reuters

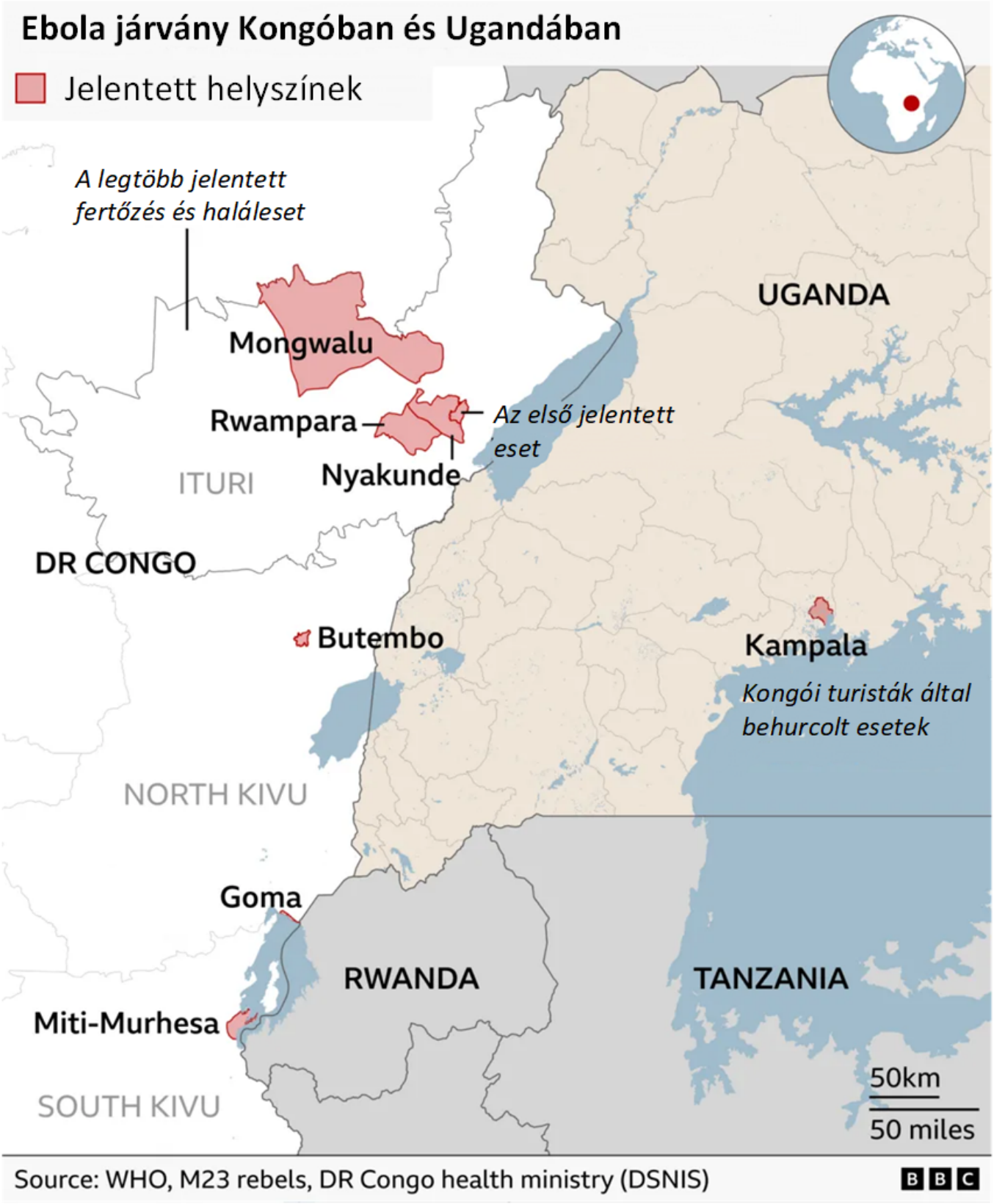
Bei früheren großen Ebola-Epidemien wurden neu entwickelte Impfstoffe (wie beispielsweise der **Zaire-Ebola**). Der aktuelle Ausbruch, der von der nordöstlichen Provinz Ituri ausgeht, wird jedoch durch den selteneren **Bundibugyo-Virusstamm** verursacht. Für diese spezifische Variante gibt es derzeit weder einen zugelassenen Impfstoff noch eine gezielte Therapie. Die Bekämpfung beschränkt sich daher ausschließlich auf die Isolierung der Patienten, die Kontaktnachverfolgung und die unterstützende medizinische Behandlung. Das Epizentrum der Epidemie ist der östliche Teil der

Demokratischen Republik Kongo, der seit Jahrzehnten als Schauplatz bewaffneter Konflikte und Kämpfe zwischen Milizen gilt.

Die Einheimischen – die ohnehin größtenteils Analphabeten sind – sehen, dass sie, während sie bei bewaffneten Konflikten, bei brutaler Hungersnot und bei anderen Krankheiten (wie beispielsweise Malaria) seit Jahrzehnten kaum Hilfe von außen erhalten, mit dem Ausbruch von Ebola plötzlich riesige weiße Geländewagen, teure Ausrüstung und ausländische Helfer die Region überschwemmen. Viele sind davon überzeugt, dass die Krankheit von Politikern und Hilfsorganisationen erfunden wurde oder von ihnen verbreitet wird, um an Geld aus dem Ausland zu kommen, und glauben nicht an die Gefährlichkeit von Ebola. Zudem dürfen Angehörige die in den Isolationszentren untergebrachten Patienten nicht besuchen; stirbt dort jemand, glauben die Familien oft, dass mit den Organen gehandelt wird. Notfallberichten zufolge wurden bereits mehrere Behandlungszentren schwer angegriffen.

Auch die jüngsten Ereignisse Ende Mai folgen dem gleichen Muster: Die Leichen der an Ebola Verstorbenen sind extrem ansteckend. Gemäß dem internationalen Protokoll müssen die Leichen in speziellen Säcken, desinfiziert und ohne Berührung durch die Angehörigen beerdigt werden. Die traditionellen afrikanischen Bestattungsriten basieren darauf, den Leichnam zu waschen und zu berühren (was eine sichere Verbreitung des Virus bedeutet). Wenn Ärzte dies verbieten, stürmen wütende Familienangehörige und bewaffnete Jugendliche die Krankenhäuser.

In den Regionen Ruampara und Ituri haben wütende Menschenmengen mehrere Ebola-Behandlungszelte und Kliniken in Brand gesetzt, um ihre Toten oder ihre in Quarantäne befindlichen Angehörigen mitzunehmen. Bei solchen Angriffen flohen mehrere der in Panik geratene, nachweislich an Ebola erkrankten Patienten und mischten sich unter die Bevölkerung, was die Ausbreitung des Virus katastrophal beschleunigte; zudem verbreiteten die befreiten Leichen mit Sicherheit die Krankheit.



Magyar változat: https://bolyongo.hu/doku.php?id=passport:ebolajarvany_kongoban

Der Stamm der Bundibugyo

Die Befreiung von Angehörigen und die gewaltsame Wegnahme von Leichen sind eine regelrechte epidemiologische Zeitbombe. Da es gegen den Bundibugyo-Stamm keinen Impfschutz gibt, steckt jeder einzelne gewaltsam nach Hause gebrachte Kranke oder auf traditionelle Weise bestattete Opfer Dutzende weitere Menschen in der Familie und der Dorfgemeinschaft an. Humanitäre Organisationen

(wie das International Rescue Committee) warnen davor, dass dies zu einer der am schwersten einzudämmenden Ebola-Epidemien der Geschichte werden könnte, wenn es nicht gelingt, den Einheimischen die Schwere der Lage verständlich zu machen.

Hinzu kommt, dass führende Vertreter des einflussreichsten Landes der Welt – wie beispielsweise *Robert F. Kennedy Jr.* Gesundheitsminister – die Sicherheit von Impfungen offen in Frage stellen und die Impfpläne für Kinder umschreiben, nutzen lokale afrikanische Falschmeldungsverbreiter dies als Grundlage für ihre Behauptungen. Die in den westlichen sozialen Medien kursierenden Narrative, die Misstrauen gegenüber Institutionen schüren, gelangen über globale Plattformen auch auf die Smartphones in Kongo und Uganda. Die Einheimischen denken: *„Wenn schon die Amerikaner selbst ihren eigenen Wissenschaftlern und ihren Impfstoffen nicht vertrauen, warum sollten wir sie dann akzeptieren?“*

Die von Robert F. Kennedy Jr. ins Leben gerufene Organisation MAHA (*Make America Healthy Again*) und die innenpolitisch motivierte Impfkritik der Trump-Regierung haben den kongolesischen Rebellen und Impfgegnern ungewollt eine Waffe in die Hand gegeben. Der Rückzug der USA aus der Finanzierung und der weltweite Vertrauensverlust haben zusammen einen *„perfekten Sturm“* in Zentralafrika hervorgebracht, der dazu führt, dass internationale Organisationen der unkontrollierten Ausbreitung des tödlichen Ebola-Stamms „Bundibugyo“ hilflos zusehen müssen.

Zudem wird ein in Kongo mit Ebola infizierter amerikanischer Missionsarzt, Dr. Peter Stafford, in Berlin behandelt, und in der amerikanischen Presse bricht ein schwerwiegender politischer Skandal um seine Rückführung aus, denn laut einer investigativen Reportage der „Washington Post“ wollte die US-Gesundheitsbehörde CDC den Arzt ursprünglich in ein US-Krankenhaus mit einem hochmodernen Labor für biologische Sicherheit verlegen.

Unter Berufung auf interne Regierungsquellen behauptete die Zeitung, dass Beamte des Weißen Hauses aus politischen Gründen nicht wollten, dass ein Ebola-Patient das Hoheitsgebiet der Vereinigten Staaten betritt, weshalb sie den Antrag auf Rücktransport ablehnten, sodass diese Aufgabe den Deutschen zufiel. Der Sprecher des Weißen Hauses, Kush Desai, bezeichnete dies natürlich *die Behauptungen der „Washington Post“ als „völlig falsch“* die Behauptungen der „Washington Post“.

Das Ebola-

Die Ebola-Viren – darunter auch der Stamm Bundibugyo – gehören zu den sogenannten **Zoonosen**, also Krankheitserreger, die in Wildtieren zirkulieren und durch Kontakt mit einem infizierten Tier die Artengrenze überschreiten können (dies wird als **„Spillover“**oder Übertragungsereignis). Die natürlichen Reservoirs (Träger) des Virus sind laut Forschungsergebnissen tropische fruchtfressende Fledermäuse (*Familie der Pteropodidae*). Diese Tiere können das Virus in sich tragen und es über ihren Urin, ihren Kot oder ihren Speichel ausscheiden, ohne selbst zu erkranken.



Mitarbeiter des Roten Kreuzes beerdigen am 23. Mai 2026 ein Ebola-Opfer auf dem Friedhof von Rwampara in der Stadt Rwampara im Kongo. Foto: Moses Sawasawa/AP

Menschen stecken sich selten direkt bei Fledermäusen an. Häufig fressen andere Waldtiere – Schimpansen, Gorillas, Antilopen, Igel – verzehren, die wiederum schwer an dem Virus erkranken.

Im Osten der Demokratischen Republik Kongo ist der Verzehr von **„Bushmeat“** (*Buschfleisch*) an der Tagesordnung. Bei der Verarbeitung, dem Häuten oder Zerlegen des Fleisches kommt der Mensch in direkten Kontakt mit dem Blut und den Körperflüssigkeiten des infizierten Tieres (schon eine winzige Wunde an der Hand oder das Berühren der Augen reicht aus).

Nachdem diese erste Person (der sogenannte **„Nullpatient“**) sich vom Tier angesteckt hat, kann sich das Virus ohne Mutation sofort von Mensch zu Mensch über Körperflüssigkeiten verbreiten und löst so die derzeit zu beobachtende Kettenreaktion aus.

Derzeit sind 6 Stämme (Varianten) des Ebola-Virus bekannt, die alle zur *Gattung Orthoebolavirus der Virusfamilie Filoviridae* .

Obwohl sie im allgemeinen Sprachgebrauch alle als Ebola bezeichnet werden, unterscheiden sie sich genetisch und hinsichtlich ihrer Gefährlichkeit erheblich voneinander. Von den sechs Varianten können vier den Menschen infizieren, während zwei Stämme nur für Tiere gefährlich sind.

Zaire-Ebola-Virus (EBOV)

- Gefährlichkeit: Der gefährlichste Stamm, der die meisten Todesopfer fordert.
- Sterblichkeit: Sterblichkeitsrate zwischen 60 und 90 %.
- Bekannte Ausbrüche: Dieser Stamm verursachte die größte Epidemie der Geschichte in Westafrika in den Jahren 2014–2016.
- Impfung: Dies ist der einzige Stamm, gegen den es bereits einen vollständig zugelassenen,

äußerst wirksamen Impfstoff gibt (Ervebo).

Sudan-Ebola-Virus (SUDV)

- Gefährlichkeit: Hochriskanter, für den Menschen besonders gefährlicher Stamm.
- Sterblichkeitsrate: Etwa 40–60 %.
- Letzter Ausbruch: Dieser Stamm verursachte Ende 2022 eine schwere Epidemie in Uganda.

Bundibugyo-Ebola-Virus (BDBV)

- Gefährlichkeit: Seltener, aber aggressiver Stamm; diese Variante ist auch für den aktuellen Ausbruch im Jahr 2026 in der Demokratischen Republik Kongo und in Uganda verantwortlich.
- Sterblichkeitsrate: Zwischen 30 und 50 %.

Taï-Wald-Ebola-Virus (TAFV)

- Gefährlichkeit: Äußerst selten. Bislang wurde es nur bei einer einzigen Person nachgewiesen (1994 in der Elfenbeinküste), die sich bei der Autopsie eines infizierten Schimpansen mit dem Virus angesteckt hatte, die Erkrankung jedoch dank angemessener Behandlung überlebte.

Für den Menschen (bislang) ungefährliche Stämme:

Reston-Ebola-Virus (RESTV)

- Geschichte: Es wurde erstmals in einem US-amerikanischen Labor (Reston, Virginia) bei Forschungsaffen aus den Philippinen identifiziert.
- Wirkung: Es tötet die Affen, und obwohl sich Labormitarbeiter damit infiziert hatten (was durch Antikörper in ihrem Körper nachgewiesen wurde), verursachte es bei keinem Menschen irgendwelche Symptome oder eine Erkrankung.

Bombali-Ebola-Virus (BOMV)

- Entdeckung: Dieser jüngste Stamm wurde 2018 in Sierra Leone identifiziert, ausschließlich im Körper von Fledermäusen.
- Wirkung: Derzeit gibt es keine Hinweise darauf, dass er Menschen oder andere Säugetiere infizieren oder erkranken lassen könnte.

Wie die Erfahrungen mit Covid-19 im Kampf gegen Ebola helfen

Die internationalen Forscherteams konzentrieren sich bereits jetzt genau auf die **während der Covid-19-Pandemie** perfektioniert wurden, um den neuen Ebola-Ausbruch einzudämmen. Im Kampf gegen Ebola kommen zwei wichtige technologische Plattformen zum Einsatz, die durch die Covid-19-Pandemie bekannt geworden sind:

Die mRNA-Plattform: Der enorme Vorteil des von Pfizer/BioNTech und Moderna verwendeten Verfahrens ist die Schnelligkeit. Chinesische Forscher haben kürzlich einen breitwirksamen **mRNA-Impfstoff**vorgestellt, der in Tierversuchen einen langfristigen Schutz auch gegen die gefährlichsten Ebola-Stämme – darunter die im Kongo grassierende Bundibugyo-Variante – bot.

Die Adenovirus-Vektor-Plattform: Forscher der Universität Oxford (die auch den Covid-Impfstoff von AstraZeneca entwickelt haben) gaben bekannt, dass sie unter Verwendung derselben Vektorvirustechnologie bereits mit der Herstellung ihres Bundibugyo-spezifischen Impfstoffkandidaten

begonnen haben.

Der Kern dieser Technologie besteht in beiden Fällen darin, dass nicht das gefährliche Virus selbst hergestellt und abgeschwächt werden muss, sondern lediglich dessen genetischer Code (ein harmloses **Spike-Protein** – im Fall von Covid-19 war dies der Bauplan, bei Ebola ist das entsprechende Glykoprotein (GP)) in den Körper eingebracht werden muss. Diese lassen sich innerhalb weniger Tage auf jeden neuen Stamm umstellen.

Normalerweise dauert die Entwicklung eines neuen Impfstoffs oder Medikaments 5 bis 10 Jahre. Da jedoch ein globaler Gesundheitsnotstand herrscht, führen Behörden und Forscher (ähnlich wie bei Covid) die Phasen parallel durch, um den Prozess zu beschleunigen.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) und die Entwickler gehen von folgendem offiziellen Zeitplan aus: Dank der Zusammenarbeit zwischen der Universität Oxford und dem Serum Institute of India (SII) könnten die ersten klinischen Sicherheitsstudien am Menschen (Phase I) bereits im Sommer 2026 beginnen. Nach der offiziellen Prognose der WHO könnte frühestens in 6 bis 9 Monaten ein experimenteller Impfstoff zur Verfügung stehen, der in den Epidemiegebieten im Kongo und in Uganda in großem Umfang eingesetzt werden kann.

Was führte zum Ende früherer Epidemien?

Da weder während der ugandischen Epidemie von 2022 (Sudan-Stamm) noch während der jüngsten kongolesischen Epidemie von 2025 ein sofort einsetzbarer, zugelassene Massenimpfung gegen die jeweiligen Subtypen zur Verfügung stand, beruhte ihre Eindämmung ausschließlich auf klassischen, strengen epidemiologischen Maßnahmen. Folgende Faktoren führten zum Erfolg:

Sofortige und transparente Reaktion der Regierung

Beim Ausbruch in Uganda im Jahr 2022 hat die Landesführung die Situation nicht verschleiert. Die als Epizentren geltenden Bezirke Mubende und Kassanda wurden sofort unter Quarantäne gestellt, Ein- und Ausreisen wurden verboten, eine nächtliche Ausgangssperre verhängt und die Unterhaltungsstätten geschlossen.

Die Mitarbeit der Bevölkerung

Im Gegensatz zur aktuellen Situation haben die lokalen Gemeinschaften bei früheren erfolgreichen Schutzmaßnahmen die Regeln akzeptiert. Die Behörden starteten Aufklärungskampagnen und machten in Kirchen und auf Märkten die Handdesinfektion und Fiebermessung zur Pflicht. Der Präsident forderte die Bevölkerung öffentlich dazu auf, auf den traditionellen afrikanischen Händedruck und Umarmungen zu verzichten.

Aggressive Kontaktverfolgung

Bei jedem einzelnen Infizierten wurden alle Personen (Familienangehörige, Arbeitskollegen, Mitreisende) ausfindig gemacht, mit denen die betroffene Person seit dem Auftreten der Symptome Kontakt hatte. Diese wurden behördlich für 21 Tage unter Quarantäne gestellt und überwacht.

Sichere Bestattungen

Es gelang, die Angehörigen davon zu überzeugen, auf die traditionelle Waschung der Leichen zu verzichten. Speziell geschulte Teams des Roten Kreuzes und des Gesundheitswesens führten die

sofortige, geschlossene Bestattung der infizierten Opfer durch.

Die 42-Tage-Regel

Gemäß dem WHO-Protokoll kann ein Ebola-Ausbruch erst dann offiziell für beendet erklärt werden, wenn 42 Tage nach der Genesung oder dem Tod des letzten bekannten Patienten (was dem Doppelten der maximalen Inkubationszeit des Virus entspricht) kein einziger neuer Fall im Land registriert wurde. Dies gelang Uganda im Januar 2023 und der KDK zuletzt im Dezember 2025.



Anwohner beobachten, wie Mitarbeiter des Roten Kreuzes in Formation voranschreiten, während sie das Allgemeine Krankenhaus von Rwampara desinfizieren, bevor sie am Donnerstag die Leiche eines Ebola-Opfers in der Nähe von Bunia in der Provinz Ituri der Demokratischen Republik Kongo bergen. Foto: Gradel Muyisa Mumbere/Reuters

Was passiert, wenn ein Ebola-Patient in ein Flugzeug steigt?

Das Ebola-Virus ist im menschlichen Körper erst dann ansteckend, wenn der Patient bereits Symptome zeigt (hohes Fieber, Erbrechen, Durchfall, Blutungen). Während der Inkubationszeit (die zwischen 2 und 21 Tagen dauern kann) gibt die infizierte Person das Virus noch überhaupt nicht weiter. An den von der Epidemie betroffenen Flughäfen im Kongo und in Uganda werden strenge Temperaturmessungen und Gesundheitskontrollen durchgeführt. Ein Patient, der bereits Fieber hat und Symptome zeigt, wird mit großer Wahrscheinlichkeit gar nicht erst an Bord gelassen.

Sollte sich jemand während des Fluges unwohl fühlen, verfügen die Fluggesellschaften über strenge Vorschriften zur Isolierung des Patienten, zur Sperrung der Toilette und zum Schutz der übrigen Passagiere. An europäischen Flughäfen werden solche Flugzeuge sofort unter Quarantäne gestellt. Ebola verbreitet sich nicht über die Luft. Wenn jemand im Flugzeug neben einem Erkrankten sitzt oder im Gang an ihm vorbeigeht, wird er sich nicht mit der Krankheit anstecken. Es wird nicht durch Niesen, Husten oder Berührung übertragen (sofern die Haut der betroffenen Person trocken ist und keine Körperflüssigkeiten aufweist).

Das Virus verbreitet sich ausschließlich durch direkten Kontakt mit infizierten Körperflüssigkeiten

(Blut, Erbrochenes, Stuhl, Urin, Speichel, Muttermilch, Sperma) und diese müssen in den Körper einer anderen Person gelangen (beispielsweise über die Schleimhäute – Augen, Mund, Nase – oder durch winzige Verletzungen der Haut).

Damit sich jemand im Flugzeug ansteckt, müsste er in direkten Kontakt mit dem Erbrochenen oder dem Blut eines Patienten mit schweren Symptomen kommen und sich anschließend mit dieser Hand in die eigenen Augen oder den Mund fassen.

Die neuesten Beiträge im Blog

Die Geschichte der Linie 18 (07.08.2026)
Point Nemo (04.08.2026)
LAWS (31.07.2026)
Ozempic Krieg (22.07.2026)
Noch eine halbe Stunde deines Lebens (19.07.2026)
A Wie dick ist dein Buch? (11.07.2026)
Orwell hat sich geirrt, die Bürokratie hat gesiegt (05.07.2026)
Die hybride Kriegsführung der Russen gegen das europäische GNSS-System (27.06.2026)
Ebola-Epidemie im Kongo (28.05.2026)
Wenn ein Solarkraftwerk die Wüste in eine Oase verwandelt (13.05.2026)
Boeing 737 MAX / MCAS (05.05.2026)
Der Schatten von Tschernobyl: Vierzig Jahre nach der Katastrophe (26.04.2026)
A Die banale Katastrophe des Mars Climate Orbiter (MCO)-Programms (24.04.2026)
Therac-25: Die Fehlermeldung, die niemand verstanden hat (19.04.2026)
Als der König der Copilot (17.04.2026)
Chongqing, die größte Stadt der Welt (06.05.2025)

2026/07/16 13:10 · vamsan

Lieber Leser! Wenn du schon so weit gelesen hast, darf ich wohl zu Recht annehmen, dass dieser Beitrag für dich nicht völlig uninteressant war. Ach, klick noch nicht weg; ich will dir kein Geld abknöpfen.

Ich bitte dich lediglich: Wenn du jemanden kennst, mit dem du dich über das hier Geschriebene austauschen könntest, oder wenn du den Beitrag einfach nur mit ihm teilen möchtest, zögere bitte nicht!

Ich bin weiterhin auf der Suche nach Veröffentlichungsmöglichkeiten für meine Texte. Falls du vielleicht eine Idee hast, teile sie mir mit! Meine Kontaktdaten findest du im Impressum unter.

Die derzeit einzige Veröffentlichungsplattform für passport.blog ist Facebook. Wenn du über neue Beiträge informiert werden möchtest, folge der Bolyongó Facebook-Seite.

Wenn du den Beitrag ausdrucken oder separat speichern möchtest, ist die Konvertierung ins PDF-Format der einfachste Weg. Dies kannst du über das vierte Symbol von oben auf der rechten Seite (Adobe) tun.

Bisherige Beiträge auf bolyongo.blog

Alle Beiträge, alphabetisch sortiert, indexe sind hier zu finden:. Die ortsbezogenen Beiträge des Blogs

sind auch auf der Google Maps-Karte zu finden: Die wahren Wunder der Welt. Die in letzter Zeit auf dem Blog erschienenen

2026/07/15 22:45 · vamsan

Quellen

Europäisches Zentrum für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten: Factsheet Über die Ebola-Krankheit
hsph.harvard.edu: What Informationen zu Ebola und dem jüngsten großen Ausbruch
www.who.int: Ebola Durch das Bundibugyo-Virus verursachte Krankheit – Demokratische Republik Kongo
www.who.int: Ebola, Uganda, 2022
www.who.int: Epidemic Der Ausbruch der durch das Bundibugyo-Virus verursachten Ebola-Erkrankung in der Demokratischen Republik Kongo und in Uganda wurde als Gesundheitsnotfall von internationaler Tragweite eingestuft
rescue.org: Ebola Ausbruch in der DR Kongo und in Uganda: Was Sie wissen müssen
gavi.org: Bundibugyo, Für das seltene Virus, das einen tödlichen neuen Ebola-Ausbruch verursacht, gibt es noch keinen Impfstoff. Hier ist, was wir wissen
nytimes.com: Ebola Stämme der Hantavirus-Arten
aljazeera.com: DRC WHO-Chef warnt vor einer „katastrophalen Kollision“ von Ebola und Krieg
pmc.ncbi.nlm.nih.gov: Ebolavirus Evolution: Vergangenheit und Gegenwart
nature.com: Can Verändern mRNA-Impfstoffe den Kampf gegen Ebola?
cdc.gov: Outbreak Geschichte
netec.org: Ebola Ausbruch in Uganda ist vorbei: Das ist gut gelaufen

2026, ebola, Kongó, KDK, Uganda, Afrika, Bundibugyo, Virusinfektion, Covid-19, WHO, Pandemie, Peter Stafford, Fledermaus, Zoonose, bushmeat, EBOV, SUDV, BDBV, TAFV, RESTV, BOMV, mRNS, Adenovirus-Vektor, Universität Oxford, SII

Anzahl der Aufrufe: 150

From:
https://bolyongo.hu/ - **bolyongó**

Permanent link:
https://bolyongo.hu/doku.php?id=de:passport:ebolajarvany_kongoban

Last update: **2026/08/01 21:56**