

CRM Kommentar

Ebola-Ausbruch in der Demokratischen Republik Kongo

Stand: 5. August 2026

Der seit Mai laufende Ausbruch in der Demokratischen Republik Kongo ist inzwischen der größte, den das Land je erlebt hat. Mit 3.605 bestätigten Fällen und 1.587 Todesfällen zum 30. Juli hat er den bisherigen Rekordausbruch von 2018 bis 2020 mit 3.317 bestätigten Fällen überschritten¹. Die Letalität liegt bei 44%. In der Kalenderwoche 30 wurden mit 567 Fällen und 296 Todesfällen die höchsten Wochenwerte des gesamten Geschehens registriert¹. Wer aus diesen Zahlen ein aktuell abflachendes Geschehen herauslesen will, liest gegen die Daten.

Ein Ausbruch ohne Werkzeuge

Die entscheidende Besonderheit dieses Ausbruchs ist virologischer Natur: Erreger ist nicht das Zaire-Ebolavirus, sondern Bundibugyo. Damit ist das gesamte Instrumentarium, das die Filovirus-Medizin seit Westafrika 2014/15 aufgebaut hat, faktisch außer Kraft gesetzt. Ervebo ist der einzige zugelassene Ebola-Impfstoff, er ist gegen die Zaire-Spezies zugelassen, die Evidenz zur Kreuzprotektion gegen andere Spezies bleibt begrenzt und nicht schlüssig – die WHO rät daher ausdrücklich davon ab, ihn außerhalb sorgfältig konzipierter Studien einzusetzen^{4,5}. Für die zugelassenen monoklonalen Antikörper gilt sinngemäß dasselbe. Es gibt für Bundibugyo weder einen zugelassenen Impfstoff noch ein zugelassenes Therapeutikum¹.

Das ist keine Randnotiz, sondern das zentrale Versäumnis. Elf Jahre nach Westafrika verfügt die Welt über einen lizenzierten Impfstoff gegen genau eine von mehreren humanpathogenen Ebolavirus-Spezies. Die von der WHO priorisierten Kandidaten illustrieren die Konsequenz: Der aussichtsreichste Impfstoffkandidat, ein rVSV-Bundibugyo-Konstrukt, benötigt voraussichtlich sieben bis neun Monate bis zur Studienreife; ChAdOx1 Bundibugyo könnte in zwei bis drei Monaten für eine Wirksamkeitsprüfung bereitstehen, wobei zusätzliche Tierdaten noch ausstehen⁴. Für den laufenden Ausbruch heißt das im Klartext: Er wird ohne Impfstoff bewältigt werden müssen. Zur Therapie werden MBP134, Maftivimab und Remdesivir zur Prüfung priorisiert, zur Postexpositionsprophylaxe das orale Obeldesivir – sämtlich ausschließlich im Rahmen klinischer Studien⁴. Dass die Vorbereitung auf Filoviren sich über ein Jahrzehnt so einseitig auf eine Spezies konzentriert hat, ist eine Lehre, die über diesen Ausbruch hinausreicht.

Die Dynamik: Kein Plateau in Sicht

Das Geschehen war anfangs auf die Gesundheitszone Mongbwalu in Ituri begrenzt und erstreckt sich inzwischen über fünf Provinzen und 49 Gesundheitszonen, von denen 33 aktiv betroffen sind¹. Ituri trägt 88% der Fälle. Besonders alarmierend ist die Zahl von 151 infizierten Beschäftigten im Gesundheitswesen mit 44 Todesfällen – eine Letalität von 29% in genau der

Gruppe, die für die Ausbruchsbekämpfung unverzichtbar ist¹. Die Kontaktnachverfolgung erreicht je nach Provinz 66% bis 81% der registrierten Kontakte; das ist unter den Bedingungen eines aktiven Konflikts respektabel und für die Unterbrechung von Übertragungsketten dennoch zu wenig.

Der Ausbruch ereignet sich in einer der schwierigsten Regionen, die für ein solches Geschehen denkbar sind: Bewaffneter Konflikt, Binnenvvertreibung, hohe Mobilität, Angriffe auf Gesundheitseinrichtungen, eingeschränkter Zugang für Response-Teams¹. Die realen Fallzahlen dürften die bestätigten deutlich übersteigen; auch das Auswärtige Amt geht von einer hohen Dunkelziffer aus¹³. Modellrechnungen der US-CDC vom Juni deuteten bereits darauf hin, dass Szenarien mit unzureichender Isolierung kumulativ fünfstellige Fallzahlen erreichen können¹⁴. Diese Projektionen sind bislang nicht widerlegt worden.

Was das für die reisemedizinische Beratung heißt

Bei aller Dramatik der Zahlen: Das Risiko für den gewöhnlichen Reisenden bleibt extrem gering. Das ECDC bewertet das Infektionsrisiko für die Bevölkerung der EU und des EWR als sehr niedrig, weil die Übertragung direkten Kontakt mit Körperflüssigkeiten symptomatischer Patienten voraussetzt¹¹. Der französische Fall vom 24. Juni – ein aus dem Einsatz zurückgekehrter Helfer – wurde am 4. Juli genesen entlassen, es kam zu keiner Sekundärübertragung, und alle fünf Flugkontakte durchliefen die 21-tägige Nachbeobachtung ohne Symptome¹. Zwei in Deutschland behandelte, aus dem Ausbruchsbereich evakuierte US-Bürger wurden in den STAKOB-Behandlungszentren der Charité und des Universitätsklinikums Frankfurt versorgt und sind genesen⁸. Und Uganda hat seinen Ausbruch nach 20 bestätigten Fällen und zwei Todesfällen am 28. Juli für beendet erklärt¹. Diese vier Datenpunkte gehören in jede Beratung, in der Angst das Gespräch dominiert.

Die relevante Zielgruppe ist eng umrissen: Helfer und medizinisches Personal im Einsatz, Beschäftigte im Bergbausektor, Geschäftsreisende in die betroffenen Provinzen sowie Personen mit Familienbesuchen in Ituri und den Kivus. Für diese Gruppe gibt es nichts zu impfen – die Beratung besteht aus Expositionsvermeidung und Risikokommunikation. Praktisch bedeutet das: Kein Kontakt zu Erkrankten oder Verstorbenen, keine Teilnahme an Bestattungen, kein Kontakt zu Wildtieren und kein Verzehr von Bushmeat, Zurückhaltung gegenüber lokalen Gesundheitseinrichtungen außerhalb echter Notfälle, und Selbstbeobachtung über 21 Tage nach Rückkehr. Das Auswärtige Amt warnt vor Reisen in den Osten der DRK und auch rät von nicht notwendigen Reisen in die übrigen Landesteile einschließlich Kinshasa ab¹³. Ob letzteres aus infektiologischer Sicht wirklich sinnvoll ist, mag dahingestellt sein.

Einen Punkt sollte die Beratung ehrlich benennen, weil er im Ernstfall alles bestimmt: Die medizinische Evakuierung eines Patienten mit Verdacht auf ein virales hämorrhagisches Fieber ist keine Leistung, die eine gewöhnliche Auslandsreise-Krankenversicherung erbringt. Die bisherigen Evakuierungen nach Europa erfolgten auf zwischenstaatliches Ersuchen unter Einsatz spezialisierter Isolationstransportkapazitäten. Wer in die Region reist, sollte wissen, dass er im Erkrankungsfall mit hoher Wahrscheinlichkeit vor Ort behandelt wird.

Screening an der Grenze: Reflex mit bekannter Bilanz

Die WHO rät ausdrücklich von Reise- und Handelsbeschränkungen ab und hat dazu eine eigene technische Note veröffentlicht^{1,3}. Die USA haben gleichwohl seit dem 18. Mai Einreisescrining und Einreisebeschränkungen für Reisende aus der DRK sowie für bestimmte Reisende aus Uganda und dem Südsudan verhängt und diese im Juli verlängert¹⁶. Die europäische Linie ist zurückhaltender und setzt über den Gesundheitssicherheitsausschuss auf abgestimmte Vorsichtsmaßnahmen und Ausreisescrining an der Quelle¹² – der aus reisemedizinischer Sicht sinnvollere Ansatz.

Die Erfahrung aus Westafrika 2014/15 spricht nicht für Einreisescrining als wirksames Instrument: Der Ertrag an entdeckten Fällen war minimal, der Ressourcenverbrauch erheblich. Vor allem aber haben restriktive Maßnahmen damals nachweislich die Entsendung von Helfern erschwert – und Personal vor Ort ist die einzige Intervention, die einen Ausbruch tatsächlich beendet. Wer die Rückkehr erschwert, erschwert die Ausreise. Das Gegenargument, Einreisemaßnahmen dienen primär der Information und Nachverfolgbarkeit von Reisenden, ist nicht von der Hand zu weisen; dann sollte man sie aber auch so bezeichnen und nicht als Infektionsschutz an der Grenze verkaufen.

Der eigentliche Prüfstein: Das Fieber nach der Rückkehr

Für die deutsche Praxis entscheidet sich die Qualität der Vorbereitung nicht am Flughafen, sondern im Wartezimmer. Ein Rückkehrer aus Ituri mit Fieber innerhalb von 21 Tagen ist zunächst ein Malaria-Verdacht – das bleibt die weitaus wahrscheinlichere Diagnose und die dringlichere, weil zeitkritische. Die Kunst besteht darin, beides gleichzeitig zu bedenken, ohne in eine der beiden Fallen zu laufen: Die Fixierung auf Ebola, die eine tödliche Malaria verzögert, oder die routinierte Abwertung, die einen Ebola-Verdacht ins volle Wartezimmer setzt.

Die formale Antwort darauf existiert und funktioniert. Das RKI hat für Rückkehrer aus den Ausbruchsgebieten ein mehrsprachiges Informationsblatt bereitgestellt⁹, der STAKOB hat im Juni Hinweise zu Therapie und Prophylaxe aktualisiert¹⁰, und das Netz der Sonderisolierstationen hat in diesem Ausbruch bereits zweimal gezeigt, dass es trägt⁸. Was in der Fläche fehlt, ist die Kenntnis des Weges dorthin. Die Regel für die Praxis ist schlicht: Bei passender Reiseanamnese und Symptomatik vorab telefonieren – mit dem Gesundheitsamt und dem nächstgelegenen STAKOB-Zentrum – und den Patienten nicht unangekündigt in die Regelversorgung schicken. Diese Nummer sollte in jeder reisemedizinisch tätigen Praxis griffbereit liegen, bevor sie gebraucht wird.

Fazit

Dieser Ausbruch ist aus zwei Gründen anders als die der vergangenen Jahre: Er ist der größte in der Geschichte der DRK, und er trifft auf eine Medizin, die für diese Ebolavirus-Spezies weder einen Impfstoff noch ein Therapeutikum hat. Für Reisende aus Deutschland bleibt das Risiko sehr gering, und das sollte in der Beratung klar gesagt werden. Für Helfer und medizinisches Personal im Einsatz gilt das Gegenteil, und für sie ist die Beratung derzeit anspruchsvoll, weil sie ohne den Rückhalt einer Impfung auskommen muss. Bemerkenswert bleibt, dass die Konsequenz aus 2014/15 offenbar nur zur Hälfte gezogen wurde: Die Ausbruchsbekämpfung ist besser geworden, die Produktentwicklung hat sich auf eine einzige

Spezies verengt. Der Zwischenstand ist ernüchternd – und die klassischen Instrumente Surveillance, Kontaktnachverfolgung, Isolierung, IPC und sichere Bestattungen sind vorerst die einzigen, die zur Verfügung stehen.

Literatur

- 1 World Health Organization. Disease Outbreak News: Ebola disease caused by Bundibugyo virus – Democratic Republic of the Congo. 1. August 2026 (Korrigendum 3. August 2026). 2026-DON614
- 2 World Health Organization. Epidemic of Ebola disease caused by Bundibugyo virus in the Democratic Republic of the Congo and Uganda determined a public health emergency of international concern. 17. Mai 2026
- 3 World Health Organization. First meeting of the IHR Emergency Committee regarding the epidemic of Ebola Bundibugyo virus disease in the Democratic Republic of the Congo and Uganda 2026 – Temporary Recommendations. 22. Mai 2026
- 4 World Health Organization. Experts convened by WHO advise on candidate treatments and vaccines for Ebola disease caused by Bundibugyo virus. News release, 28. Mai 2026
- 5 World Health Organization. Emergency guidance on the use of licensed Ebola virus vaccine during Bundibugyo virus disease outbreaks. 28. Mai 2026
- 6 World Health Organization. Rapid Risk Assessment – Ebola disease caused by Bundibugyo virus, Democratic Republic of the Congo, Uganda and countries with land borders adjoining countries with documented BDBV detection, v3
- 7 Africa CDC, World Health Organization. Bundibugyo Ebola virus: Continental preparedness and response plan, Juni–November 2026
- 8 Robert Koch-Institut. Informationen zum Ebolafieber-Ausbruch (Bundibugyo-Ebolavirus) in der Demokratischen Republik Kongo. www.rki.de
- 9 Robert Koch-Institut. Informationen für Reisende, die sich im Nordosten der Demokratischen Republik Kongo und angrenzenden Regionen aufgehalten haben. 22. Mai 2026
- 10 Ständiger Arbeitskreis der Kompetenz- und Behandlungszentren für Krankheiten durch hochpathogene Erreger (STAKOB). Hinweise zu Therapie und Prophylaxe von Ebolafieber. 17. Juni 2026
- 11 European Centre for Disease Prevention and Control. Threat assessment brief: Ebola disease outbreak caused by Bundibugyo virus – Democratic Republic of the Congo and Uganda – 2026
- 12 Europäische Kommission. Ebola virus outbreak 2026; Opinion of the Health Security Committee on the EU response, 22. Mai 2026
- 13 Auswärtiges Amt. Demokratische Republik Kongo: Reise- und Sicherheitshinweise (Stand August 2026)
- 14 Mooring EQ, Koval WT, Routledge I, et al. Modeled scenario projections for the Ebola disease outbreak caused by Bundibugyo virus, 2026. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2026;75(22)
- 15 Institut National de Santé Publique, RDC. Rapport de situation de la maladie à virus Ebola, 17ème épidémie. insp.cd
- 16 Centers for Disease Control and Prevention. Ebola Outbreak: Current Situation. <https://www.cdc.gov/ebola/situation-summary/>