

Ebola in Deutschland und im Freistaat Sachsen

Epidemiologie und aktuelle Situation

Der Ebola-Ausbruch durch das Zaire-Ebolavirus in Westafrika zeigt, dass Gefahren durch lebensbedrohliche Infektionskrankheiten noch längst nicht der Vergangenheit angehören, sondern eine reelle Bedrohung darstellen.

Dieser Ausbruch ist jedoch in Verlauf und Dimension einmalig: von einem einzigen Eintrag in die humane Population ausgehend (Dezember 2013) kam es Länder- und nunmehr auch Kontinent-übergreifend zum größten jemals dokumentierten Ausbruch (> 10000 Erkrankte mit einer Letalität von nahezu 70%) mit autochthonen Erkrankungen in Guinea, Sierra Leone, Liberia und Nigeria (ausgehend von einem importierten Erkrankungsfall), zu elektiven (Re-

und Expatriierungen) Erkrankungsimporten nach Europa (Spanien, Deutschland, Frankreich, Norwegen), in den Senegal und nach Mali (akzidentell, jeweils ein Fall) und in die USA (2 x akzidentell, 4 x repatriiert) sowie zu nosokomialen Infektionen in Nigeria, Spanien und den USA. Diese Epidemiologie (Stand: 24.10.2014) unterstreicht die Bedeutung globaler Strategien zur Eindämmung dieser Epidemie.

Klinik

Das Krankheitsbild der aktuellen Ebolavirus-Erkrankungsfälle (EVD) unterscheidet sich partiell von den klassischen Verläufen des Ebolavirus hämorrhagischen Fiebers (Ebola-HF): Blutungskomplikationen, die eine schlechte Prognose anzeigen, treten bei < 5% der Erkrankten auf. Dagegen stehen gastrointestinale Symptome wie profuse, eruptiv auftretende wässrige Diarrhoe begleitet von abdominellen Krämpfen mit distendiertem Abdomen sowie Übelkeit und Erbrechen im Vordergrund. Insbesondere durch Kontakt mit sol-

chen Ausscheidungen kommt es im aktuellen Ausbruch zur Übertragung auf weitere Personen. Die initiale Symptomatik ist unspezifisch: nach einer 2 – 21-tägigen Inkubationszeit (11 – 12 Tage im Median) können subfebrile bis febrile Temperaturen auftreten. Daneben bestehen ein allgemeines Krankheitsgefühl, mit Schwäche sowie Kopf-, Glieder- und Gelenkschmerzen. Weitere Symptome sind Brustschmerzen, subjektives Atemnotgefühl, trockener Husten und Schluckstörungen bei bis zu einem Drittel der Erkrankten.

Bei günstigen Verläufen kommt es zu einer zögerlichen Rückbildung der genannten Symptome. Die Rekonvaleszenz kann sich über Monate hinziehen. Bei den schweren fatalen Erkrankungen kommt es zur Ausbildung eines Multi-Organ-Versagens und zum Tode.

Management in Deutschland / in Sachsen

Es ist evident, dass die klinische Medizin in Deutschland auf Patienten mit EVD vorbereitet sein muss.

Ein nationales Konzept zum Management und zur Kontrolle dieser hochkontagiösen lebensbedrohlichen Infektionskrankheiten wird von den im Ständigen Arbeitskreis der Kompetenz- und Behandlungszentren für hochkontagiöse und lebensbedrohliche Erkrankungen (STAKOB) am RKI zusammengeschlossenen Zentren ständig aktualisiert und erweitert. Patienten mit EVD sollten in den entsprechend dafür ausgerichteten und von den jeweiligen Behörden der zuständigen Bundesländer benannten Behandlungszentren der STAKOB-Mitglieder versorgt werden. Für solche Erkrankungen schreibt das Infektionsschutzgesetz eine gesicherte Unterbringung der Erkrankten und Krankheitsverdächtigen in einer geeigneten (klinischen) Einrichtung vor, die amtsärztlich festzulegen ist (gemäß § 30,1 IfSG).

Behandlungs- und Kompetenzzentren

Für die Versorgung von Patienten mit EVD halten die Behandlungszentren als integraler Bestandteil des jeweiligen Kompetenzzentrums geschultes Personal mit der entsprechenden Fachkenntnis vor. Das für Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen zuständige Behandlungszentrum ist das Klinikum St. Georg, Zentrum für Innere Medizin, Klinik für Infektiologie/Tropenmedizin und Nephrologie, Dienstarzt Infektions-/Tropenmedizin: Tel. 0341 9094005
Rufbereitschaft Quarantäneteam: Tel. 0170 7618244.

Persönliche Schutzausrüstung (PSA)

Geeignet für die Versorgung von EVD-Patienten, insbesondere unter intensivmedizinischen Bedingungen, ist eine entsprechend zertifizierte PSA. Die Betreuung von Patienten mit EVD erfolgt ausschließlich durch freiwilliges Personal, welches entsprechend geschult und dokumentiert unterwiesen ist.

Klinisch-epidemiologische Szenarien

Für das Auftreten eines einzelnen Patienten sei folgendes Szenarium exemplarisch dargestellt: Der Erkrankte sucht einen niedergelassenen Arzt oder eine Klinik (nicht Behandlungszentrum) in Wohnortnähe auf. Sobald es zu einer Verdachtsdiagnose EVD kommt, ist unverzüglich der zuständige Amts-

Informationsveranstaltungen in Sachsen:

Freitag, den 21. November 2014, 15 – 18 Uhr, Leipzig

Mittwoch, den 26. November 2014, 15 – 18 Uhr, Chemnitz

Freitag, den 28. November 2014, 15 – 18 Uhr, Dresden

Die genauen Angaben zu den Veranstaltungsorten entnehmen Sie bitte dem grünen Mittelhefter – Fortbildungen in Sachsen – in diesem Heft.

arzt zu informieren (§6 IfSG), der nach Sichtung des Patienten den Verdachtsfall bestätigt oder diese Diagnose verwirft. Im ersteren Fall steht nunmehr die Alarmierungskette an: der Kontakt zum zuständigen Kompetenz- und Behandlungszentrum wird durch den Amtsarzt hergestellt, hier wird das weitere Vorgehen abgestimmt.

Der Patient verbleibt am Auffindeort (!) und wird dort isoliert, von den Kontaktpersonen separiert und unter Nutzung einer provisorischen PSA, dem sog. Infektionsschutzset (Tabelle) grundlegend medizinisch versorgt. Materialien für Laboruntersuchungen sollten, so sie denn schon veranlasst sind, unter Nutzung der PSA in entsprechend gesicherten Transportbehältnissen zurückgeholt werden und zunächst am Patienten verbleiben. Eine Kontamination der Praxisräume oder der Krankenhausumgebung durch infektiöses Material ist auf jeden Fall zu vermeiden! Kontaktpersonen werden erfasst und ebenfalls zunächst getrennt von dem Krankheitsverdächtigen separiert. Eine definitive Krankheitsdiagnose wird natürlich auf der Grundlage der mikrobiologischen Befunde gestellt. Dennoch ist es unabdingbar, eine ausführliche epidemiologische und Reiseanamnese zu erheben. Die

regelmäßig aktualisierte Falldefinition des RKI (zuletzt am 20.10.2014) ist ein guter Leitfaden für die Evaluation verdächtiger Erkrankter.

Krankentransport

Für den Krankentransport von EVD steht für das Kompetenzzentrum Leipzig beim Brandschutzamt Leipzig ein sog. Infektions-RTW (I-RTW) zur Verfügung, der einen sicheren Transport des Erkrankten ermöglicht.

Zusammenfassung

Das in der Bundesrepublik seit 2000 bestehende Konzept einer dezentralen Patientenversorgung hat sich bewährt und ist in wesentlichen Punkten von einer Vielzahl europäischer Einrichtungen übernommen worden. Im Freistaat Sachsen stehen ausreichende Strukturen zur Versorgung von Patienten mit EVD zur Verfügung. Die dort tätigen Ärzte stellen zudem ihre fachliche Expertise in dedizierten Beratungs-, Aus- und Weiterbildungsangeboten zur Verfügung.

Literatur beim Verfasser

Dr. med. Thomas Grünewald

Klinik für Infektiologie/Tropenmedizin und

Nephrologie, Zentrum für Innere Medizin,

Klinikum St. Georg Leipzig

Delitzscher Straße 141, 04129 Leipzig

Mail: gruenewald@sanktgeorg.de

Tel.: 0341 9094005

Tabelle: Empfehlung zur Zusammensetzung eines Infektionsschutzsets für die Nutzung als PSA bei provisorischer Isolierung.

Artikel	Beschreibung	Stückzahl
Schutzanzug	Einmal-Overall mit angearbeiteter Kapuze und integrierten Füßlingen/Socken, flüssigkeitsabweisend (CE Kategorie III Typ 3B).	1 Stck.
Atemschutz	Partikelfiltrierende Halbmaske Schutzklasse FFP3 (EN 149) mit Ausatemventil	1 Stck.
Einmal-Schutzbrille	beschlagfrei, unbelüftet mit UV-Schutz (CE KAT III, EN 166 inkl. Kennzeichnung N mit mindestens 30 Sekunden, EN 170)	1 Stck.
Schutzhandschuhe	Nitril oder Butyl, wenn möglich mit extralanger Stulpe (CE KAT III, EN 374-3, EN 388, EN 420, EN 455 mit AQL < 1,5)	2 Paar
Klebeband	Panzertape oder Teppichklebeband o.ä.	1 Stck.
Überziehschuhe	über dem Füßling, Antirutsch beachten.	1 Paar
Entsorgungsbehälter	Beutel/Plastiksäcke (Abfallschlüssel 18103), flüssigkeitsdicht durchstichsichere Behältnisse nach AS18103	1 Stck.
Kabelbinder	Kabelbinder zum Verschließen von Plastiksäcken	1 Stck.
Verpackung	Folienschutzbeutel mit Wiederverschluss	1 Stck.