

Fallbericht Skabies

J. Gärtner¹, Ch. Scholze¹

Einleitung

Das Krankheitsbild der Skabies tritt mittlerweile, mit regionalen Unterschieden, häufiger im klinischen Alltag auf und ist durch die Meldepflicht für das Auftreten in Gemeinschaftseinrichtungen gemäß §§ 34 und 35 Infektionsschutzgesetz [1] ständiger Bestandteil der Ermittlungsarbeit im Gesundheitsamt. Beschleunigt durch Ausbrüche in Gemeinschafts- und medizinischen Einrichtungen muss durch unerkannte Ansteckungen von einer relevanten Dunkelziffer in der Allgemeinbevölkerung ausgegangen werden.

Im folgenden Artikel wird eine Fallserie von Skabies sowie die erfolgreiche koordinierte Behandlung in einem Pflegeheim im Flächenlandkreis Bautzen vorgestellt. An diesem Fall soll demonstriert werden, welchen Stellenwert die klare Diagnosestellung hat, wie die der-

zeitigen Behandlungsoptionen aussehen und was bei der Zusammenarbeit zwischen behandelnden Ärzten und Gesundheitsamt wesentliche Erfolgsfaktoren sind.

Krankheitsbild der Skabies

Als Skabies wird die Infektion beziehungsweise Infestation [2] der Haut durch die Krätzmilbe oder Skabiesmilbe (*Sarcoptes scabiei var. hominis*) bezeichnet. Kennzeichnend für die ansteckende Erkrankung sind Milbengänge, ein Hautausschlag unterschiedlicher Morphologie und Schwere sowie quälender Juckreiz [3]. Weitere Informationen finden sich in Tabelle 1 [4].

Anamnese und Befunde

Im August 2022 traten im Kontext der stationären Pflege (Maximalkapazität des Pflegeheimes < 60 Bewohner) zunächst bei einem Bewohner unspezifische Hautveränderungen auf. Eine Behandlung erfolgte hier nicht. Im weiteren Verlauf wurden drei weitere Heim-

bewohner mit Hautveränderungen auffällig. Der Verdacht auf Skabies wurde geäußert und deshalb erstmalig das Gesundheitsamt involviert.

Mitte September 2022 erfolgte die topische Behandlung der Betroffenen als Verdachtsfälle inklusive der Hygienemaßnahmen und Nachbehandlung entsprechend der Leitlinien.

Letztlich konnte der Verdacht der Skabies weder durch die Vorstellung beim behandelnden Hausarzt noch durch den hinzugezogenen Dermatologen abschließend bestätigt werden. Dies erklärt sich mit den fehlenden klassischen Symptomen Juckreiz und Rötung an exponierten Stellen sowie den fehlenden Skabies-Gängen beziehungsweise „kite sign“.

Obgleich konsequent behandelt, bestanden die Beschwerden bei den involvierten Heimbewohnern fort. Die erneute Konsultation des behandelnden Dermatologen im Oktober 2022 führte nicht zur Bestätigung eines Rezidivs. Weiterer Handlungsbedarf aus

¹ Gesundheitsamt Landkreis Bautzen

Tab. 1: Krankheitsbild der Skabies

Erreger	Krätzmilbe <i>Sarcoptes scabiei</i> var. <i>hominis</i> Parasit bei üblichen Raumtemperaturen und Luftfeuchtigkeit (21°C und 40 bis 80 % relativer Luftfeuchtigkeit) ca. 48 Stunden infektiös
Vorkommen	weltweit betrifft Personen jeden Alters problematisch in Gemeinschaftseinrichtungen jeder Art häufig bei Kindern und alten Menschen
Sondersituation Pflegeheim oder alter Mensch	aufgrund von medikamenten- oder altersinduzierter Immunsuppression → SKABIES CRUSTOSA häufiger PROBLEME: verzögerte Diagnose oder Verknennung wegen anderer existierender Hautkrankheiten (z.B. Exsikkationsekzem) pflegebedingt regelmäßige intensive Hautkontakte zwischen Patient und Personal → Ansteckungsgefahr sehr groß
Sondersituation Migration	Asylsuchende häufig aus Ländern, in denen Prävalenz der Skabies hoch Verhältnisse während der Flucht erhöhen Risiko der Übertragung häufig unter den Flüchtlingen Kinder und Jugendliche → besonders vulnerable Bevölkerungsgruppe
Infektionsweg	direkter Hautkontakt – i.d.R. 5 – 10 min CAVE SKABIES CRUSTOSA: Tausende bis Millionen von Milben auf befallenen Hautarealen → auch abgelöste Schuppen können Milben tragen und zur Ansteckung führen
Inkubationszeit	Erstinfestation: 2 – 5 Wochen Reinfestation: aufgrund der bereits bestehenden Sensibilisierung 1 – 4 Tage

Sicht des vorbeugenden Gesundheitsschutzes konnte zu diesem Zeitpunkt nicht abgeleitet werden.

Auch bei wiederholt aufgetretenen Hautproblemen in den nachfolgenden Wochen konnte keine klare Diagnosestellung erzielt werden. Die Anzahl der mit ähnlichen Hautveränderungen auf-

fälligen Heimbewohner nahm zeitgleich unbemerkt zu.

Die nächste Meldung eines vermeintlichen Einzelfalles erreichte das Gesundheitsamt im Januar 2023. Die Behandlung war bereits im Dezember topisch durch den Hausarzt erfolgt. Bis zu diesem Zeitpunkt waren sowohl die be-

handelnden Hausärzte, das Pflegeheimpersonal und das Gesundheitsamt von einem abgeschlossenen Ausbruchsgeschehen beziehungsweise nachfolgenden Einzelfallereignissen ausgegangen.

Auffällig wurde das Geschehen erneut deshalb, weil die betroffene Heim-

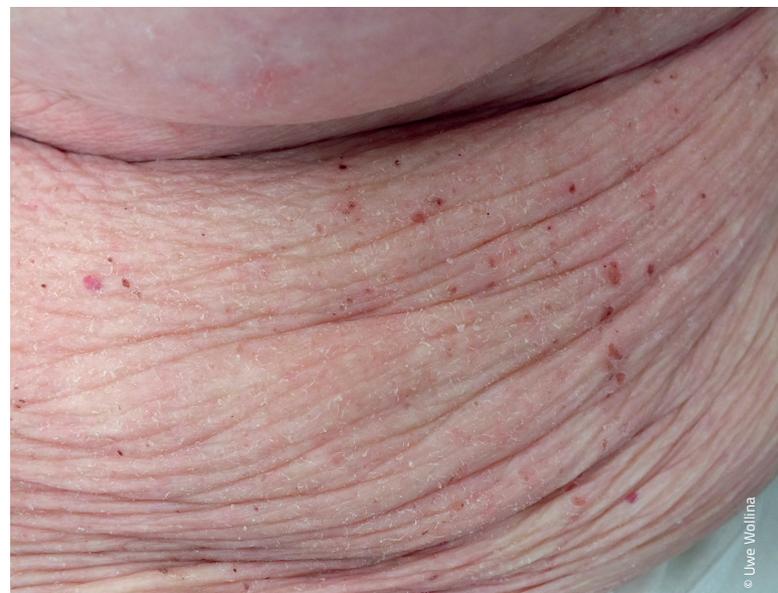
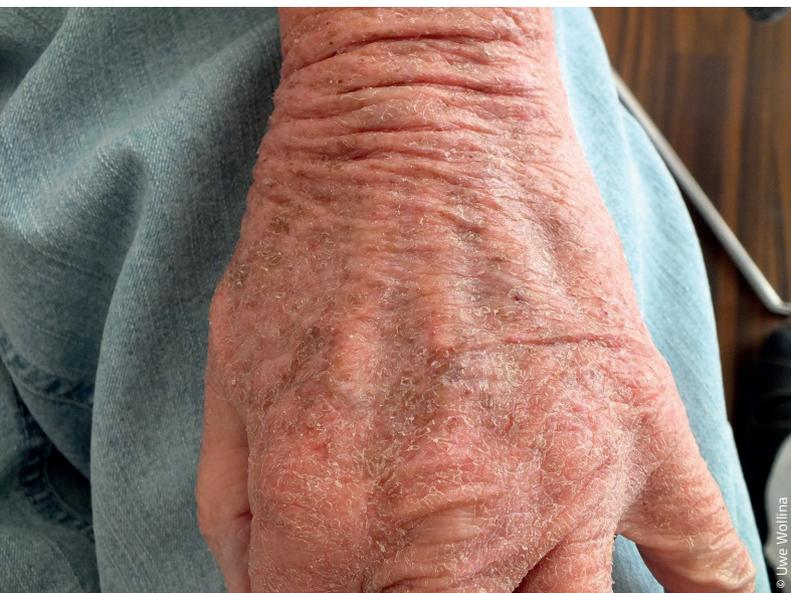


Abb. 1: Scabies crustosa bei einer 93-jährigen Patientin im Betreuten Wohnen

Tab. 2: Therapie der gewöhnlichen Skabies

Topische Antiscabiosa	Permethrin 5 %-Creme, einmalig für 8 – 12 Stunden Benzylbenzoat Emulsion 25 % (für Kinder 10 %), an drei aufeinanderfolgenden Tagen auftragen und dann am 4. Tag abwaschen/abduschen
	Crotamiton 10 % (Lösung, Creme, Salbe) bzw. 5 % (Gel) an 3 – 5 aufeinanderfolgenden Tagen auftragen und dann abwaschen/abduschen
Systemische Therapie	Ivermectin oral; einmalig 200 µg/kg Körpergewicht
Postskabiöses Ekzem	Topische Kortikosteroide

bewohnerin im Januar 2023 wegen extremer Hautveränderungen, zum Teil mit ausgeprägter Krustenbildung stationär aufgenommen wurde und in diesem Kontext eine ausführliche Diagnostik durch einen Dermatologen erhielt. Es gelang rasch die Diagnose einer Skabies crustosa zu sichern und mittels kombinierter topischer und systemischer Therapie mit zweifacher Wiederholung zu behandeln.

Im Verfahren der sich anschließenden infektionsepidemiologischen Ermittlungsarbeit wurde unter anderem eine umfangreiche Begehung des Pflegeheimes durch das Gesundheitsamt durchgeführt. Bei der anlassbezogenen Besichtigung vor Ort wurden neben der Kontaktpersonenermittlung auch Hinweise auf bisher unbeachtete Infektionsverläufe und Übertragungsmechanismen thematisiert.

Im Ergebnis fand die Bildung eines sogenannten „Ausbruchstabes“ statt. Dabei galt es zunächst dem begründeten Verdacht eines ausgeprägten Ausbruchsgeschehens nachzugehen beziehungsweise vermeintliche Expositionsquellen gemeinsam zu identifizieren. Involviert waren der Geschäftsführer, die Pflegedienstleitung, die behandelnden Haus- beziehungsweise Hautärzte, die Betriebsmedizinerin sowie die Hygienefachkraft.

Die Untersuchung aller Bewohnerinnen und Bewohner und auch Beschäftigten stellte dabei den Ausgangspunkt der zielgerichteten Behandlung dar. Durch Aufklärungs- und Beratungsarbeit konn-

te gemeinsam ein umfassendes Eindämmungs- beziehungsweise Sanierungskonzept erstellt und an alle beteiligten Ärzte sowie das Pflegeheim versandt werden. Die Betriebsmedizinerin übernahm die Diagnose und Behandlung der Beschäftigten und die Hausärzte beziehungsweise Dermatologin die der Bewohner. Im Kontext dieser Untersuchung wurden sowohl bei einem Großteil der Mitarbeiter (>30 Betroffene) als auch einem Großteil der Heimbewohner (>30 Betroffene) teilweise seit mehreren Wochen bestehende Hautveränderungen an exponierten Stellen festgestellt.

Aufgrund des ausgeprägten Ausbruchsgeschehens entschieden wir uns für eine strengere Behandlungsalternative als in der Leitlinie vorgesehen. Es wurde für alle Betroffenen mit klinischen Symptomen die kombinierte Behandlung mit Permethrin und Ivermectin empfohlen und durchgeführt. Nach der Primärbehandlung erfolgte eine zweimalige Wiederholungsbehandlung. Alle Kontaktpersonen, ohne einschlägige Symptomatik, wurden mindestens topisch behandelt mit einmaliger Wiederholung.

Die Maßnahmen erfolgten unter anderem nach Rücksprache mit den ansässigen Apotheken, um eine koordinierte Ausgabe der Medikamente in einem sehr eng definierten Zeitfenster zu gewährleisten. Gleichzeitig wurden für alle Betroffenen umfassende Hygienemaßnahmen definiert und Vorort konsequent durchgeführt. Hier ist beispielsweise die Behandlung der textilen

Fußböden in den Bewohnerzimmern, die Behandlung des Bettzeugs (inklusive der Bettdecken und Kopfkissen) und die Matratzenbehandlung erwähnenswert.

Es wurden außerdem sämtliche externe Leistungserbringer (Physiotherapie, Logopädie, Ergotherapie, et cetera) und alle Angehörigen der Bewohner nachweislich in den Prozess der Eindämmung und Behandlung eingebunden. Letztmalig kam es im April 2023 zu einem Rezidiv bei einem Bewohner, welcher rasch eingedämmt werden konnte und damit ein Einzelfall blieb.

Diagnostik

Um einen Verdacht einer Skabieserkrankung zu beweisen, ist der Nachweis von Milben, Eiern oder Milbenkotballen notwendig. Dies gelingt zum Beispiel mittels Lichtmikroskopie eines Hautgeschabsels. Dazu wird ein Milbengang am blinden Ende eröffnet. Anschließend wird der Ganginhalt auf einen Objektträger geschabt und das Präparat unter dem Mikroskop nativ angeschaut. Bei der Skabies crustosa kann bereits die einfache Mikroskopie einer Hautschuppe ausreichend für den Nachweis sein. Bei der Dermatoskopie wird nach einer bräunlichen Dreieckskontur („kite sign“ oder Winddrachenzeichen, dem Kopf und Brustschild der Milbe entsprechend) zusammen mit den lufthaltigen intrakornealen Gängen gesucht. Ein weiteres diagnostisches Mittel ist der Klebebandtest. Hierbei wird mittels durchsichtigem Klebeband



Abb. 2: 14-Jähriger mit ausgeprägter Skabies mit Milbbengängen und Krusten in den Fingerzwischenräumen als typische Lokalisation

Material von der betroffenen Haut gewonnen und unter dem Mikroskop untersucht. Dieser Test ist allerdings kontraindiziert bei fragiler Haut. Insgesamt bietet die Lichtmikroskopie die höchste Spezifität, die Dermatoskopie und der Klebebandtest eine höhere Sensitivität. Ist kein Mikroskop oder Dermatoskop vorhanden, kann auch das typische Bild einer Primäreffloreszenz an einer Prädilektionsstelle zusammen mit Juckreiz für die Diagnosestellung ausreichen.

Therapie

Die Therapieoptionen sind in Tabelle 2 [5] dargestellt. Das Gesundheitsamt hat, wie beschrieben, an verschiedenen Stellen die Rolle des Koordinators eingenommen, um sowohl die Betreiber der stationären Pflege zu unterstützen als auch die Hausärzte in ihrer Behandlungsrolle zu stärken.

Diskussion

Die oben beschriebene notwendige Diagnostik durch Mikroskopie und/oder Dermatoskopie erfordert Übung und

Wissen der behandelnden ärztlichen Kollegen. Hier gilt es kontinuierlich über das Krankheitsbild aufzuklären und Weiterbildungsmöglichkeiten anzubieten. Da durch den zunehmenden Hautarztmangel im Landkreis Bautzen nicht immer eine dermatologische Vorstellung realisiert werden kann, gilt es umso mehr, die behandelnden Hausärzte in einem Ausbruchsgeschehen einzubinden und beratend zu unterstützen.

Um Unsicherheiten in Bezug auf Regressforderungen zu begegnen, sollte eine enge Abstimmung und eine Kostenzusage durch die Kassenärztliche Vereinigung (KV) Sachsen möglich sein. Hier könnte das Gesundheitsamt eine Mittlerrolle übernehmen, indem das Ausbruchsgeschehen insbesondere in Einrichtungen mit der Behandlung von Betroffenen und die Notwendigkeit der Mitbehandlung von Kontaktpersonen bestätigt wird.

Darüber hinaus muss die entstigmatisierende Aufklärungsarbeit in der Bevölkerung verstärkt werden. Skabies

ist in allen Bevölkerungsschichten gleichermaßen vertreten. Die Sensibilisierung aller Beteiligten für die notwendige Diagnostik und Behandlung ist Grundvoraussetzung jeglicher Bekämpfungsstrategie.

Zusammenfassung

Die frühzeitige sichere Diagnosestellung ist Voraussetzung für jede Art der Eindämmung einer Skabies-Erkrankung und kann extreme Ausbruchsgeschehen verhindern. Die Ermittlung und Integration sämtlicher Kontaktpersonen, die nachfolgend zeitlich koordinierte Behandlung aller Betroffenen, in Verbindung mit zwingend notwendigen Hygienemaßnahmen waren wesentliche Erfolgsfaktoren im vorgestellten Fall und dienten damit aktiv dem Gesundheitsschutz.

Infektiologisch erschwert wurde die Konstellation durch die sehr lange Inkubationszeit, eine infektionshygienisch relevante Phase vor Ausbruch der ersten klinischen Zeichen und die extrem schnelle Reinfestation. Auch vor diesem Hintergrund war die Einhaltung von definierten Hygienemaßnahmen unerlässlich. Das Gesundheitsamt fungierte als zentrale Anlauf- und Koordinierungsstelle und konnte so zahlreichen Problemlagen konkret entgegenwirken und Falschinformationen zentral vorbeugen. ■

Literatur unter www.slaek.de → Über Uns → Presse → Ärzteblatt

Dr. med. Jana Gärtner
 Amtsärztin
 Christin Scholze
 Sachgebietsleiterin Hygiene
 Gesundheitsamt Landkreis Bautzen
 Bahnhofstraße 9, 02625 Bautzen
 E-Mail: gesundheitsamt@lra-bautzen.de