

Skabies – müssen wir Ausbrüche befürchten und was sagen die neuen Leitlinien

Cord Sunderkötter, Abteilung für Translationale Dermatoinfektologie, Münster

Die Krätzmilbe (*Sarcoptes scabiei var. hominis*) ist ein auf den Menschen spezialisierter, obligater Parasit. Weibliche Skabiesmilben werden 0,3 bis 0,5 mm groß (mit dem menschlichen Auge gerade noch als Punkt sichtbar), männliche Milben 0,21 bis 0,29 mm. Bei einer Infestation dauert der Penetrationsvorgang zwischen 20 und 30 Minuten. Weibliche Milben bleiben auf der Haut etwa 30 bis 60 Tage lebensfähig. Aus ihren Eiern schlüpfen nach 2 bis 3 Tagen Larven, die an die Hautoberfläche ausschwärmen und sich dort in Falten, Vertiefungen und Haarfollikeln zu Nymphen und nach etwa 2 bis 3 Wochen zu geschlechtsreifen Milben entwickeln. Die Infektiosität von Skabiesmilben ist umso geringer, je länger sie von ihrem Wirt getrennt sind: Bei Raumtemperaturen (21 °C) und einer relativer Luftfeuchtigkeit von 40 bis 80 % sind Krätzmilben mit großer Wahrscheinlichkeit nicht länger als 48 Stunden infektiös. In der Regel wird die Skabies durch direkten Haut-zu-Haut-Kontakt übertragen. Eine Übertragung setzt einen großflächigen, längeren (5-10 min) und kontinuierlichen Haut-zu-Haut-Kontakt voraus]. Dementsprechend sind Handschütteln, Begrüßungsküsse, Umarmungen, eine cursorische Untersuchung der Haut etc. von Patienten mit gewöhnlicher Skabies ohne Risiko. Kontaktpersonen, die sich bei gewöhnlicher Skabies anstecken können, sind demnach im Regelfall Mitglieder einer Familie oder Wohngemeinschaft, z. B. Paare, eng vertraute Geschwister, Eltern mit Kleinkindern sowie pflegebedürftige Personen und deren Betreuer.

Das Infestationsrisiko steigt mit der Anzahl der Milben auf der Hautfläche des Patienten und ist sehr hoch bei der Scabies crustosa (disseminierte Skabies, Krustenskabies) mit Tausenden bis Millionen von Milben auf befallenen Hautarealen. Hier können bereits abgelöste Schuppen zur Ansteckung führen.

Die Skabies kommt weltweit vor und betrifft Personen jeden Alters.

Situationen mit Migration von Hunderttausenden von Menschen, wie die 2015 einsetzende Flüchtlingsbewegung, verlangen in Bezug auf die Skabies Beachtung: Die Flüchtlinge stammen zum Teil aus Ländern, in denen die Prävalenz der Skabies hoch ist (bis zu 15 %, Kinder überproportional häufig betroffen), die Verhältnisse während der Flucht können eine Infestation möglich machen, und der Anteil an Kindern und Jugendlichen und damit an einer gefährdeten Bevölkerungsgruppe ist relativ hoch. Vermutlich ist die Prävalenz von Skabies unter Flüchtlingen bei Ankunft höher als in der hiesigen Bevölkerung. Dennoch ist das Risiko von Skabiesausbrüchen in Erstaufnahmeeinrichtungen und Sammelunterkünften gering, da die Flüchtlinge i. d. R. nicht immunkompromittiert sind und die Wahrscheinlichkeit von intensivem Hautkontakt (außer in Familien) gering ist. Eine Gesundheitsuntersuchung ist vorgeschrieben. Sofern sich dabei Verdacht auf Skabies ergibt (stark juckendes Ekzem), sollte unbedingt eine weitere Diagnostik erfolgen. Es empfiehlt sich eine Untersuchung auf längliche Papeln an den Fingern bzw. in den Interdigitalräumen und bei männlichen Patienten zusätzlich am Penischaft. Die Sicherung der Diagnose kann durch den mikroskopischen Nachweis von Milben, Eiern oder Skybala aus Hautgeschabseln oder durch den Nachweis von Milben mittels Dermatoskop (Auflichtmikroskopie) erfolgen

Es besteht also aufgrund der derzeitigen Flüchtlingsbewegung somit keine erhöhte Gefahr von Ausbrüchen-

Dieses Risiko besteht weiterhin vielmehr in Pflegeeinrichtungen mit polymorbide ältere Menschen. Bei ihnen entwickelt sich aufgrund von medikamenten- oder altersinduzierter Immunsuppression häufiger eine Scabies crustosa, die nicht immer gleich erkannt oder wegen anderer existierender Hautkrankheiten (z. B. Exsikkationsekzem) verkannt wird. Durch regelmäßige intensive Hautkontakte zwischen Patient und Pflegepersonal werden weitere Bewohner und Angehörige angesteckt mit der Folge eines Ausbruchs.

Therapie: Die gewöhnliche Skabies ist kein medizinischer Notfall, aber sie soll behandelt werden. Therapie der ersten Wahl ist Permethrin 5 % einmalig für 8 bis 12 Stunden.

Indikationen für das jetzt auch in Deutschland zugelassene Ivermectin oral sind immunsupprimierte Patienten, Patienten mit stark ekzematöser oder erosiver Haut oder Gründe, die eine zuverlässig durchgeführte Ganzkörperbehandlung mit topischem Permethrin verhindern.

Sämtliche Lokal-, Begleit- und Umgebungsmaßnahmen sowie die altersabhängigen Modifikationen sind in der gerade fertig gestellten neuen Leitlinie aufgeführt (Sunderkötter et al., S1-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der Skabies, www.awmf.org, AWMF-Registernummer: 013-052; Lang- und Kurzfassung)