

# Epidemiologisches Bulletin



**Aktuelle Daten und Informationen  
zu Infektionskrankheiten**

**21/97**

## **Scabies: Bekämpfung rekurrerender Ausbrüche in Heimen**

Scabies (Krätze) ist eine unter den Bedingungen direkter Hautkontakte oder mangelnder Hygiene recht leicht übertragbare Epizoonose des Menschen. Im Falle einer »Infektion« (eigentlich Infestation) dringt die Krätzmilbe (*Sarcoptes scabiei hominis*) in die Haut ein und verursacht nach 2–6 Wochen charakteristische Hautveränderungen und weitere Folgeerscheinungen. Leitsymptom ist Juckreiz, hauptsächlich nachts. Die Diagnose wird klinisch gestellt (wichtiges Zeichen sind Milbengänge), hierzu bedarf es spezieller – in der Regel fachärztlicher – Erfahrung. Die klinische Diagnose kann durch den Milbennachweis bestätigt werden. Es stehen geeignete Therapeutika und verschiedene Maßnahmen zur Verhütung und Bekämpfung zur Verfügung. Das Erkennen sporadischer Scabieserkrankungen ist wegen der individuell sehr unterschiedlichen Ausprägung der Symptome erfahrungsgemäß häufig nicht einfach. Von besonderer Bedeutung ist die Übertragung in Gemeinschaftseinrichtungen. Daher wird über aktuelle praktische Erfahrungen in Deutschland (Nordrhein-Westfalen) und in den Niederlanden berichtet:

### **Untersuchung und Bekämpfung eines Scabiesausbruchs in Nordrhein-Westfalen**

Im Sommer 1996 wurde eine Patientin in ein Krankenhaus aufgenommen, bei der nach mehrwöchigem stationären Aufenthalt eine Krätzeerkrankung diagnostiziert wurde. Nachträglich stellte sich heraus, daß fünf Mitarbeiter (Ärzte und Schwestern), die auf der Station eingesetzt waren, ebenfalls an Scabies erkrankt waren, wobei die Übertragung allein durch Hautkontakt bei der Pflege erfolgt sein muß. Die Patientin wurde im September in ein Altenheim am Ort verlegt (ob auf die Scabies hingewiesen wurde, ist nicht bekannt). In der Folge erkrankten in einem Wohnbereich dieses Altenheims mehrere Mitarbeiterinnen und Bewohner an ekzematösen Hautveränderungen, ohne daß nach konsiliarischer Untersuchung durch einen Hautarzt die Diagnose »Scabies« gestellt wurde. Nach Angaben der Einrichtung waren im Herbst 1996 insgesamt 3 Nachtwachen, 8 Mitarbeiter der Station und 6 Bewohner eines Wohnbereichs (mit insgesamt 33 Bewohnern) erkrankt. Es erfolgte eine arbeitsmedizinische Begehung um festzustellen, ob nicht bei den Bewohnern und Mitarbeitern durch den Einsatz bestimmter Hautpflegemittel Kontaktallergien ausgelöst worden waren. Nachdem sich im weiteren Verlauf die Hautveränderungen auch unter regelmäßiger hautärztlicher Behandlung nicht zurückbildeten, wurde im Dezember 1996 ein weiterer Hautarzt mit der konsiliarischen Untersuchung beauftragt. Dieser stellte bei nunmehr 12 Bewohnern des Wohnbereichs Hautveränderungen fest, die er als Scabies diagnostizierte und behandelte. Nun wurde im Januar 1997 das Gesundheitsamt einbezogen und noch einmal eine hautärztliche Untersuchung aller Bewohner der verschiedenen Wohnbereiche veranlaßt. Nach dieser Kontrolluntersuchung mußten fünf Bewohner des betroffenen Wohnbereichs wegen einer fortgeschrittenen Scabieserkrankung stationär behandelt werden. Weitere sechs erkrankte Bewohner desselben Wohnbereichs wurden in der Einrichtung behandelt. Mit einem Merkblatt wurden die Mitarbeiter ausführlich informiert. Im Zusammenhang mit der Scabiesbehandlung wurde festgelegt, die gesamte Bettwäsche gleichzeitig zu waschen und die Matratzen der Betten vorsorglich mit Plastikschonern auszustatten. Eine Woche

**Diese Woche:**

**Scabies in Heimen**

**Choleraepidemien  
in Somalia  
und Tansania**

**23. Mai 1997**

ROBERT KOCH  
**RKI**  
INSTITUT

nach erfolgter Behandlung in dem Heim führte das Gesundheitsamt eine Informationsveranstaltung für die Mitarbeiter der Einrichtung durch, um präventive Maßnahmen zu erläutern und darauf hinzuweisen, daß in den nächsten 5 bis 6 Wochen auch nach erfolgreicher Behandlung aller manifest Erkrankten weitere behandlungsbedürftige Scabieserkrankungen bei anderen Bewohnern und Mitarbeitern auftreten könnten.

Der Ausbruch in dem Heim hatte auch Außenwirkungen. Nach dem Bekanntwerden des Krätzebefalls in der Einrichtung hatten Angehörige die Lokalpresse informiert, die sich kurzfristig mit dem Gesundheitsamt in Verbindung setzte. Die Bevölkerung wurde daraufhin über die Situation in dem Altenheim informiert und darauf hingewiesen, daß dieses Geschehen zugleich Ausdruck insgesamt steigender Erkrankungszahlen in der Region ist. Das Gesundheitsamt bot eine telefonische Beratung an, die von den Bürgern rege in Anspruch genommen wurde. Unter anderem meldeten sich eine ehrenamtliche Helferin des Altenheims sowie eine Altenpflegepraktikantin mit unklaren Hautveränderungen. Bei beiden ließ sich die Diagnose einer Krätzeerkrankung sichern. Die ehrenamtliche Helferin hatte zu den Erkrankten nur gelegentlichen Kontakt gehabt und war nicht im Bereich der Pflege eingesetzt. Da die Praktikantin zwischenzeitlich wieder in einem anderen Krankenhaus arbeitete, wurde der arbeitsmedizinische Dienst dieses Krankenhauses über die Scabieserkrankung der Praktikantin informiert. Ferner konnte dank der Pressemitteilung die Erkrankung eines Zivildienstleistenden erfaßt werden, der wiederum seine Mutter infiziert hatte, die als Erzieherin in einer Kindertageseinrichtung eingesetzt war. Hier wurden vorsorglich die Eltern der Kinder über die Möglichkeit des Auftretens von Hautveränderungen durch Krätze informiert.

Im Februar 1997 meldete sich nach der Pressemitteilung noch ein weiteres Altenheim, in dem eine Bewohnerin an Krätze erkrankt war. Auch diese Bewohnerin war bis zum Oktober 1996 in demselben Krankenhaus wie die Indexpatientin des beschriebenen Ausbruchs behandelt worden und anschließend mit zunehmenden Hautveränderungen erkrankt. Das Gesundheitsamt übernahm eine sorgfältige Information der Mitarbeiter dieses Heimes, in dem es bisher nicht zu Sekundärfällen gekommen war. Anfang März informierte ein ambulanter Pflegedienst über die Krätzeerkrankung einer Patientin, die aus dem Kurzzeitpflegeheim der Stadt übernommen worden war. Bei einer Überprüfung des Kurzzeitpflegeheimes durch das Gesundheitsamt fanden sich bei einer weiteren Bewohnerin verdächtige Hautveränderungen. Der das Heim betreuende Arzt, der die Patientin bisher antimykotisch behandelt hatte, wurde über die Befunde informiert und gebeten, bei Hautveränderungen die Möglichkeit einer Krätzeerkrankung zu berücksichtigen.

Es war auffällig, daß behandelnde Ärzte Krätzeerkrankungen älterer Bürger wiederholt erst relativ spät erkannt hatten. Das Gesundheitsamt richtete daher ein Schreiben an alle Ärzte der Stadt, in dem auf die bestehende Problema-

tik hingewiesen und gebeten wurde, frühzeitig die Möglichkeit einer Krätzeerkrankung zu berücksichtigen und ggf., vor allem aber beim Auftreten von Krätze in Gemeinschaftseinrichtungen, das Gesundheitsamt einzubeziehen. Gegenwärtig übermittelt das Gesundheitsamt weitere spezielle Informationen an die übrigen Altenheime und die ambulanten Pflegedienste, um zu erreichen, daß dort gerade bei älteren Bewohnern an die Möglichkeit einer Krätzeerkrankung gedacht wird und die Möglichkeiten der Prävention ausgeschöpft werden. Bisher scheint sich die Erkrankungsserie bei den älteren Bürgern noch fortzusetzen. In dem primär betroffenen Heim haben sich die eingeleiteten Maßnahmen bewährt, in den letzten Wochen sind keine weiteren Erkrankungsfälle aufgetreten.

*Herrn Dr. med. D. Weber, Gesundheitsamt der Stadt Mülheim an der Ruhr, danken wir für diesen aussagekräftigen Situationsbericht.*

### **Untersuchung und Bekämpfung eines Scabiesausbruchs in den Niederlanden**

In den Niederlanden hat die Bedeutung der Scabies besonders in großen Pflegeeinrichtungen deutlich zugenommen. Eine Auswertung der Surveillance läßt erkennen, daß sich die Gesamtzahl der gemeldeten Erkrankungsfälle in den letzten 5 Jahren etwa verdreifacht hat. In einem gerontopsychiatrischen Pflegeheim waren von Dezember 1994 bis August 1996 immer wieder Scabiesausbrüche beobachtet worden, gemeldet wurden insgesamt 60 Erkrankungen. Der letzte, im August 1996 beginnende Ausbruch, der 18 Verdachtsfälle und 15 bestätigte Scabieserkrankungen umfaßte, konnte nachträglich auf einen Indexpatienten, einen 80jährigen Mann mit fortschreitender Demenz, zurückgeführt werden. Hautveränderungen, die sich bei ihm seit November 1995 über den Körper ausgebreitet hatten, wurden als Allergie fehlgedeutet und lokal mit Kortikosteroiden behandelt. Im Juni 1996 wurde bei ihm eine generalisierte Scabies (*Scabies norvegica*) beobachtet. Dieser letzte Ausbruch in dem Heim gab Anlaß zu einer umfangreichen Herduntersuchung durch Mitarbeiter des Gesundheitsamtes. Bei allen Patienten und Mitarbeitern, bei denen zwischen August und Oktober scabiesähnliche Symptome auftraten oder aufgetreten waren, wurden die relevanten Daten auf standardisierten Fragebögen erfaßt und durch Angaben aus den Krankenunterlagen ergänzt. Die Sicherheit der Diagnose ›Scabies‹ wurde in die Kategorien ›bestätigt‹, ›wahrscheinlich‹ und ›unwahrscheinlich‹ unterteilt. Die Untersuchung dieses Herdes bestätigte, daß von unerkannten Scabieserkrankungen leicht Sekundärinfektionen auf Pflegekräfte übergehen und daß die infizierten Pflegekräfte dann wieder zum Ausgangspunkt weiterer Erkrankungen werden. Bei Kontakt mit einer infizierten Pflegekraft stieg das Infektionsrisiko für einen Heimbewohner um das 10fache. Die sekundäre Infektionsrate nach Kontakt zum Indexpatienten betrug 33 %, d. h. jede dritte Kontaktperson infizierte sich.

Die Analyse des Herdgeschehens in der Einrichtung führte zu der Entscheidung, alle Patienten, das gesamte Personal und die ermittelten Kontaktpersonen (insgesamt 1.200 Personen) antiparasitär zu behandeln, u. a. wurde das in

Erprobung befindliche, oral anzuwendende Therapeutikum **Ivermectine** eingesetzt (dazu folgt ein gesonderter Bericht). Bemerkenswert ist, daß nach Abschluß der kollektiven Behandlung im Oktober 1996 noch bei weiteren 10 Personen scabiesähnliche Symptome auftraten, die aber bei sorgfältiger Untersuchung eindeutig nicht als Scabies bestätigt werden konnten und als Ausdruck psychogener Effekte gedeutet wurden.

Für die Angaben zu diesem Geschehen danken wir Herrn Dr. R. Reintjes, der im Rahmen des European Programme for Intervention Epidemiology Training (EPIET) z. Z. am Rijksinstituut voor Volksgezondheid en milieu (RIVM) der Niederlande in Bilthoven arbeitet. Beteiligt an der Studie zur Untersuchung des Ausbruchs waren ferner J.J.H.M. Oostendorp und S.M.G.A. van der Lans (Gesundheitsamt Duin en Bollenstreek), H.H.C. Carsauw (RIVM, EPIET) sowie M.A.E. Conyn van Spaendonck (RIVM).

**Kommentar zu diesen Ausbrüchen:** Beiden vorgestellten Ausbrüchen ist gemeinsam, daß die Scabies erst relativ spät, nach bereits erfolgter Weiterverbreitung, diagnostiziert wurde und daß sich das Auftreten weiterer Erkrankungsfälle über mehrere Monate hinzog. Es wird deutlich, daß eine Übertragung der Milben in Gemeinschaftseinrichtungen und Gesundheitseinrichtungen leicht erfolgen kann. Die Häufigkeit des Vorkommens der Krätzmilben unterliegt auch biologisch-ökologisch bedingten Rhythmen, gegenwärtig scheint sie insgesamt zuzunehmen.

Zwei aktuelle Berichte aus **Frankreich** (*Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire* 6/97: 23–25, 7/97: 27–29) zeigen, daß dort im Jahr 1996 das Auftreten von Scabies in mehreren Hundert Altenheimen bzw. Pflegeheimen registriert wurde und sich die Bewältigung der sich ergebenden Probleme ebenfalls weit schwieriger gestaltete, als ursprünglich angenommen wurde. Die Autoren betonen, daß ein hohes Lebensalter, die relative Abnahme der Widerstandskraft und der Hautalterungsprozeß offensichtlich eine besonders hohe Empfänglichkeit für Scabies bewirken. Das Erkennen von Ausbrüchen und die Durchführung erforderlicher Maßnahmen wurden vielfach durch starke emotionale Reaktionen bei Personal und Familien der Heimbewohner (Schuldzuweisungen!) behindert.

Durch Information und Aufklärung kann auf diese Erkrankungsmöglichkeit sachlich vorbereitet werden. Ein offener Umgang mit der Scabies hat sich bewährt. Ent-

scheidend für die wirkungsvolle Bekämpfung derartiger Ausbrüche ist nach den vorliegenden Erfahrungen das Aufklären der Übertragungswege, das Erreichen, Informieren und Mitbehandeln relevanter Kontaktpersonen, insbesondere auch der betreuenden Mitarbeiter und behandelnden Ärzte. Hygienemaßnahmen betreffen Körperpflege, Wäsche und Kleidung der Erkrankten.

Bei zunehmender Ansteckungsgefahr in einer Einrichtung sollten Frühdiagnose und Frühbehandlung gesichert sein. Zu beachten ist, daß sich bei Kontaktpersonen auch bei zunächst unauffälligem Hautbefund eine Krätzeerkrankung nach einem Zeitraum von bis zu 6 Wochen nach der Infektion entwickeln kann, so daß in diesem Zeitraum wöchentliche Eigenkontrollen bzw. Untersuchungen stattfinden sollten. Nach dem Ablauf von Scabies in Gemeinschaftseinrichtungen sollte durch eine längere Surveillance gesichert werden, daß neue Erkrankungsfälle rechtzeitig erfaßt werden.

Scabies ist nach dem BSeuchG nicht generell meldepflichtig. Allerdings ist Krätze im § 45 BSeuchG mit unter den Krankheiten aufgeführt, die für Schulen und andere Einrichtungen eine besondere Bedeutung besitzen und über deren Auftreten in bestimmten Gemeinschaftseinrichtungen das Gesundheitsamt gemäß § 48 zu benachrichtigen ist. Dabei sind Alten- und Pflegeheime nicht ausdrücklich genannt, werden aber – wie die Praxis zeigt – als »ähnliche Einrichtungen« meist mit einbezogen; das ist im Falle der Scabies sicher hilfreich. Das gehäufte Auftreten in Krankenhäusern wäre nach § 8 BSeuchG (Meldepflicht in besonderen Fällen) dem Gesundheitsamt zu melden; es wird empfohlen, dem Gesundheitsamt im Sinne dieses Paragraphen auch das gehäufte Auftreten in Gemeinschaftseinrichtungen wie Alten- und Pflegeheimen anzuzeigen.

Bei der Behandlung mit einem der in Deutschland zugelassenen antiparasitären Mittel sind die Gebrauchsinformationen der Hersteller genau zu beachten, meist ist eine an mehreren aufeinander folgenden Tagen wiederholte Anwendung vorgesehen. Wichtig ist, daß im Falle eines gehäuften Auftretens die Behandlung bei allen Betroffenen der Einrichtung zeitgleich begonnen wird. Die präventive Behandlung einer größeren Gemeinschaft ist, wenn überhaupt, nur in Ausnahmesituationen indiziert, wogegen die gleichzeitige Mitbehandlung enger Kontaktpersonen – auch ohne entsprechende Hauterscheinungen – allgemein für günstig gehalten wird.

## Choleraepidemien im Osten Afrikas

**Somalia:** Seit Ende November 1996 hat sich in verschiedenen Regionen Somalias eine größere Choleraepidemie entwickelt. Bis Anfang Mai dieses Jahres wurden der WHO durch die nationalen Gesundheitsbehörden und vor Ort tätige Hilfsorganisationen 4.437 Erkrankungen und 146 Sterbefälle gemeldet. Es wird allerdings eingeschätzt, daß die tatsächliche Zahl der bisher aufgetretenen Erkrankungen noch um einiges höher ist. Es bestehen erhebliche Probleme der Surveillance. In der Hauptstadt Mogadischu, aus der bisher 2.000 Erkrankungsfälle gemeldet wurden, scheint der Gipfel des Geschehens überschritten zu sein. Die WHO unterstützt die zur Epidemiebekämpfung eingesetzten Käfte mit technischen Hilfsgütern.

**Tansania:** Eine Choleraepidemie hat sich seit Ende Januar 1997 zunehmend in Tansania ausgebreitet. Sie begann in

Daressalam und hat bis jetzt sieben verschiedene Gebiete erreicht. Als Erreger ist *Vibrio cholerae*, Biotyp El Tor (Serotyp Ogawa) bestätigt. Bis Ende April wurden etwa 3.000 Erkrankungen und 100 Sterbefälle gemeldet, dabei handelt es sich aber nur um Krankenhauspatienten. Auch aus Sansibar wurden 30 Choleraerkrankungen gemeldet (Stand: Ende März). Angesichts der entstandenen Not-situation organisiert die Regierung Tansanias gegenwärtig ein umfassendes Bekämpfungsprogramm und wird dabei von der WHO und der UNICEF unterstützt.

Quelle: WHO Genf, EMC, 06.05. und 09.05.97