

Auch an Skabiesinfektion ist zu denken

Eine Infektion der Haut durch die Krätzmilbe ist klinisch zunächst nicht immer sicher von einem Ekzem zu unterscheiden, da bei zumeist bestehendem erheblichem, nächtlich betontem Juckreiz das charakteristische Hautbild – gekennzeichnet durch Milbengänge, an deren Ende sich die Krätzmilbe mit typischen Strukturmerkmalen (Drachenflügel) befindet – regelhaft durch ekzematöse Herde und Kratzeffloreszenzen überlagert wird [5,6,7,9]. Dadurch kann die endgültige Diagnose erschwert werden und Fehldiagnosen kommen vor. Zu fordern ist, dass der Patient ausreichend mittels Lupe untersucht wird, spätestens wenn bei anderer behandelter Differenzialdiagnose die Therapie nicht wie erwartet anschlägt [2,3,9].

von Percy Lehmann, Silke Hofmann, Lion Lehmann und Beate Weber

Die Gutachterkommission hatte sich in letzter Zeit mehrfach mit dem Vorwurf einer verkannten und/oder fehlbehandelten Skabiesinfektion auseinanderzusetzen. In den Abschlussjahren 2004 bis 2012 waren solche Vorwürfe bei der Gutachterkommission nicht anhängig geworden [4], sodass die Autoren annehmen, dass die Inzidenz von Krätzmilbenbefall in den letzten Jahren in Deutschland zugenommen hat und dadurch häufiger eine Fehldiagnose und/oder Fehlbehandlung vermutet wird [1,8,10].

Über die Inzidenz und Prävalenz der Skabiesinfektionen liegen zwar keine genauen Daten vor, jedoch lassen verschiedene Parameter und Fakten, neben der täglichen Erfahrung, auf eine Zunahme schließen [1,3,7,8]. Beispielsweise ist nach einer Studie der Barmer Ersatzkasse der Arzneimittelverbrauch zur Behandlung von Krätzmilben in Deutschland zwischen 2016 und 2017 um 160 % gestiegen (Pressemitteilung). In einer von Kreuter durchgeführten retrospektiven Analyse von Fällen in der Klinik Oberhausen mit dermatoskopisch gesicherter Skabies der Jahre 2012 bis

2017 wurde festgestellt, dass in diesem Zeitraum die stationären Skabiesfälle deutlich von 60 auf 415 pro Jahr zugenommen hatten. Diese Fälle waren zuvor ambulant frustran behandelt worden [8].

Die tägliche Praxis in der Ambulanz der Autoren spiegelt derzeit die Unsicherheit der Ärzte bei der Diagnose und die Schwierigkeiten der Patienten bei der Befolgung der komplexen Therapierichtlinien wider. Dementsprechend rücken die leitliniengerechte Diagnose und Therapie dieser Erkrankung mehr in den Fokus. Bei frustran verlaufender ambulanter Therapie kommt es bei den betroffenen Patienten unter Umständen zu der Vermutung, dass der einweisende Arzt zuvor eine nicht ausreichende Behandlung angeordnet beziehungsweise die Erkrankung zu spät erkannt hat. Dabei kann auch eine noch nicht abschließend geklärte Resistenzentwicklung der Milben gegenüber den Standardtherapien eine Rolle spielen, die zur Verunsicherung der Patienten und der behandelnden Ärzte beiträgt [8,10]. Die subjektive Stigmatisierung führt bei manchen Patienten möglicherweise dazu, dass (wie in Fall 1 geschildert) diese die Diagnose/Behandlung nicht annehmen.

Die Schwierigkeiten bei der Diagnostik, die Anforderungen an die Befunderhebung und die Therapie einer Skabiesinfektion sollen exemplarisch an fünf Fällen skizziert werden, wobei die Gutachter nur in zwei der seit 2013 anhängig gewordenen 12 Fälle Fehler festgestellt haben.

Fall 1

Eine 53-jährige Patientin stellte sich im Februar 2016 bei einem von ihr im Verfahren nicht belasteten Hausarzt vor, der bei juckendem Ausschlag an den Oberschenkeln eine Skabiesinfektion diagnostizierte. Er stellte ein Rezept für Permethrin 5 % aus und überwies die Patientin an einen Hautarzt zur Weiterbehandlung. Da die Patientin der Diagnose einer Skabiesinfektion keinen Glauben schenken mochte, verwendete sie das verordnete Permethrin nicht. Sie stellte sich erst am 17. März bei dem im Verfahren belasteten Hautarzt vor, weil nach andernorts drei Tage zuvor verordne-

ter Amoxicillingabe am Nacken ein juckender Hautausschlag aufgetreten war. Die Anamnese ergab ein allergisches Asthma auf Pollen mit Infektkonstellation. Die Patientin berichtete dem Hautarzt auch über die vom Hausarzt diagnostizierte, aber unbehandelt gebliebene Skabiesinfektion.

Der Hautarzt diagnostizierte ein Arzneimittellexanthem DD, ein atopisches Ekzem. Er verordnete Prednisolon in einer anfänglichen Dosis von 60 mg/Tag über acht Tage ausschleichend, zusätzlich ein H1-Antihistaminikum. Hierunter verspürte die Patientin keine Besserung, sodass erneut eine systemische Prednisolontherapie (20 mg/Tag) über mehrere Tage verordnet wurde. Jeweils bei Reduktion auf 10 mg/Tag stellte sich eine erneute Verschlechterung ein. Am 25. April vermutete eine Praxismitarbeiterin des Hautarztes gegenüber der Patientin eine Skabiesinfektion. Die Patientin fuhr zunächst in Urlaub und wechselte dann den Behandler.

Die Patientin gibt an, dass der Hautarzt sie nicht gänzlich untersucht habe, auch sei keine Lupenbetrachtung der Herde vorgenommen worden, was dann andernorts am 9. Juni geschehen sei und zur Diagnose einer Skabiesinfektion mit erfolgreicher Behandlung geführt habe. Sie beklagt gegenüber dem Hautarzt das Erdulden der unnötigen Kortisonbehandlung und die Therapieverzögerung.

Gutachtliche Bewertung

Vom Gutachter wird ein Befunderhebungsfehler festgestellt. Trotz klinischer und anamnestischer Hinweise auf eine Skabiesinfektion hat es der in Anspruch genommene Hautarzt fehlerhaft versäumt, initial, aber auch im Verlauf bei Nichtansprechen auf die verordnete hochdosierte Kortisontherapie eine Ganzkörperinspektion mit Hilfe der Dermatoskopie vorzunehmen und diesen Befund in den Akten niederzulegen, sodass es zu einer Therapieverzögerung gekommen ist. Eine eventuelle Therapieverweigerung hätte notiert werden müssen.

Fall 2

Ein 81-jähriger Patient stellte sich nach seinen Angaben dem im Verfahren belasteten Hautarzt am 24. Juli 2017 mit juckenden Hautveränderungen an den Oberschenkeln vor, die er seit einem Urlaub hatte. Seit 2016 leide er bereits unter tro-



Skabies



Pruriginöses Ekzem

Bildbeispiele
(Von den Patienten
genehmigte Fotos der Klinik
der Autoren)

ckener Haut, sodass der Hautarzt zum damaligen Zeitpunkt den Verdacht auf eine subakut verlaufende ekzematisierte Form einer Psoriasis vulgaris hegte, differenzialdiagnostisch eine atopische Dermatitis erhob und entsprechend behandelte. Am 24. Juli verschrieb der Hautarzt dem Patienten daher erneut eine Betamethasoncreme. Bei der Wiedervorstellung am 8. August wurde notiert, dass „keine Skabiesgänge“

vorliegen. Im Verlauf wurde die Verdachtsdiagnose einer Psoriasis vulgaris weiter verfolgt und entsprechend behandelt.

Der Patient beklagt, dass es im Verlauf unter der Therapie mit Clobetasolcreme und Cetirizin-Tabletten zu einer deutlichen Exazerbation des Hautausschlages und zunehmendem Juckreiz gekommen sei, und er daher unter Schlafstörungen gelitten habe, sodass er am 4. Oktober auf eine

stationäre Einweisung gedrängt habe. Bei der Klinikaufnahme am 4. Oktober wurde eine massiv exazerbierte Skabiesinfektion festgestellt. Auch bei der Ehefrau lag eine Skabiesinfektion vor.

Gutachtliche Bewertung

Der Gutachter stellte fest, dass spätestens bei Nichtansprechen auf die Therapie



Skabies



Pruriginöses Ekzem

einer chronisch-entzündlichen Hautveränderung nach 4 Wochen (hier Anfang September) eine neuerliche Hautinspektion hätte erfolgen müssen, sodass als Gesundheitsschaden eine Therapieverzögerung um diesen Zeitraum mit Exazerbation als Gesundheitsschaden festgestellt wurde.

Fall 3

Die Vorstellung bei dem belasteten Hautarzt wegen eines juckenden Ausschlages am Rücken des 52-jährigen Patienten erfolgte am 17. Dezember und führte zur Diagnose eines pruriginösen Ekzems mit Verordnung von kortisonhaltigen Externa. Da keine Besserung auftrat, stellte sich der Patient am 20. Dezember wieder vor und erhielt aufgrund der Beschwerden eine intramuskuläre Injektion mit Triamcinolon. Eine neuerliche Wiedervorstellung erfolgte am 3. Januar. Es wurde der Verdacht auf ein mikrobielles Ekzem bei Atopie erhoben und eine Labordiagnostik veranlasst. Ab dem 4. Januar wurde der Patient andernorts mit Scabioral® behandelt, wobei ein entsprechender Hautbefund dort nicht niedergelegt wurde.

Gutachtliche Bewertung

Es liegt kein Diagnose- und/oder Behandlungsfehler vor, da der im Verfahren belastete Hautarzt die Haut auch mit einem Dermatoskop untersucht hat und zu der Diagnose eines pruriginösen Ekzems gekommen ist. Der Patient wechselte bereits nach zweimaligem Besuch den Arzt, dem

damit eine Korrektur seiner ursprünglichen Diagnose nicht ermöglicht wurde. Eine sofortige korrekte Diagnose kann bei differenzialdiagnostisch schwierigen Befunden nicht stets gefordert werden. Erst wenn die eingeleiteten Maßnahmen über einen gewissen Zeitraum nicht greifen, und/oder der Verlauf sich ungewöhnlich gestaltet, ist eine Überprüfung der Ursprungsdiagnose zu fordern.

Fall 4

Die Vorstellung der 59-jährigen Patientin in der Notfallambulanz der Hautklinik mit stark juckenden Hautveränderungen, verstärkt unter Wärme, erfolgte am 30. April. Dort waren klinisch und dermatoskopisch Gänge und Milben nachweisbar und führten zur Verordnung von systemischem Ivermectin und externem Permethrin 5 %.

Die Patientin gibt an, dass sie stringent alle Verordnungen inklusive der hygienischen Maßnahmen und Umgebungssanierung befolgt habe und berichtet, dass sie täglich acht Stunden lang geputzt und 40 Waschladungen gewaschen habe, sich die juckenden Ausschläge unter Behandlung jedoch nicht gebessert hätten, sodass sie sich am 5. Mai wieder vorstellte.

Von der diensthabenden Ärztin wurde eine dyshydrosiforme Eruption befundet und dokumentiert. Milbengänge und Milben wurden von ihr nicht gesehen. Die Verordnung von kortisonhaltigen Externa und einem H₁-Antihistaminikum führte nachfolgend zur Befundbesserung, sodass die Patientin vermutet, dass eine Skabiesinfek-

tion gar nicht vorgelegen habe und sie daher unnötig hierauf behandelt worden sei.

Gutachtliche Bewertung

Vom Gutachter wird festgestellt, dass retrospektiv eine Skabiesinfektion ohne Fotodokumentation zwar nicht beweisbar ist, der Dokumentation des Arztes insoweit aber Glauben zu schenken ist und die Therapie daher indiziert war. Die Diagnostik und Behandlungen entsprachen den leitliniengerechten Regeln des aktuellen wissenschaftlichen Standes. Ein Grund für das Persistieren juckender Effloreszenzen nach erfolgreicher skabizider Therapie kann ein irritatives Ekzem sein, das hier dann mit kortisonhaltigen Externa erfolgreich behandelt wurde.

Fall 5

Seit zwei Monaten klagte eine 66-jährige Patientin über eine generalisierte Hauterkrankung mit starkem Juckreiz und stellte sich am 22. August bei dem belasteten Hautarzt vor. Festgestellt wurde eine generalisierte Ekzemforme mit vielen Kratzeffloreszenzen und ausgestanzt wirkenden Hautdefekten. Bereits vom Hausarzt war erfolglos mit Anästhesulf® und einem H₁-Antihistaminikum behandelt worden. Es erfolgte daher jetzt eine Therapie mit externen Kortikosteroiden und einem H₁-Antihistaminikum. Zudem wurde im Labor eine diabetische Erkrankung aufgedeckt und die Patientin an einen Diabetologen überwiesen.

Nach 2 Monaten stellte sich die Patientin wieder vor. Sie gab an, dass sie die Medikation nicht angewendet hatte und die juckenden Beschwerden fortbestehen würden. Zusätzlich wurde nun Permethrin 5 % rezeptiert, da eine Skabiesinfektion nicht sicher ausgeschlossen werden konnte. Auch andernorts wurde nachfolgend erfolglos mit Permethrin-Kuren behandelt. Eine Besserung der juckenden Hautveränderungen trat hierunter nicht auf. Zu keinem Zeitpunkt wurden typische gangartige Läsionen/Papeln an den Prädilektionsstellen ärztlicherseits festgestellt, die eine Skabiesinfektion bewiesen hätten.

Gutachtliche Bewertung

Da die Patientin sorgfältig untersucht und bei der Wiedervorstellung differenzialdiagnostisch an eine Skabiesinfektion gedacht wurde, wurde durch den Gutachter die Diagnostik und Behandlung als sachgerecht angesehen. Möglicherweise lag hier eine Resistenz vor, die wissenschaftlich bislang nicht geklärt ist.

Diskussion

Als Skabies wird eine Infektion der Haut durch die Krätzmilben bezeichnet, die 0,21 – 0,5 mm groß und somit mit dem

menschlichen Auge gerade als winziger Punkt zu erkennen sind. Mit dem Dermatoskop sind bei ausreichender Vergrößerung charakteristische Drachenflügel-Strukturen und Milbengänge zu erkennen. Klinisch sind für diese ansteckende Erkrankung ein Hautausschlag unterschiedlicher Morphologie sowie quälender Juckreiz, der vor allem bei Wärme besonders ausgeprägt ist, kennzeichnend. Der letztliche Nachweis gelingt am ehesten mit optischen Hilfsmitteln, zum Beispiel Lupen oder Dermatoskopie. Für diese Untersuchung bedarf es einiger Erfahrung und Übung. Der dermatoskopische Nachweis der Milben wird heute als ausreichend für die sichere Diagnose angesehen. Der früher geforderte Direktnachweis der Milben oder Skybala mittels Extraktion mit einer Kanüle oder Lanzette sollte zwar weiterhin versucht werden, ist aber recht zeitaufwändig und bei der großen Anzahl von Patienten mit Verdacht auf Skabies praktisch weder in der Praxis, noch im klinischen Alltag durchzuführen. Weiter erschwerend bei der Gesamtbeurteilung ist, dass es nach Abheilen der Infektion regelhaft zu einem postskabiösen Ekzem kommt, wobei von Patientenseite dann oft angenommen wird, dass die Behandlung nicht angeschlagen habe oder eine Fehldiagnose vorlag. Auf der anderen Seite kann bei anfänglichem

Nichtauffinden von Gängen und Milben die Ekzem-Morphe dominieren, sodass zunächst eine antiinflammatorische Therapie eingeleitet wird.

Es ist die Pflicht des Arztes, bei nachfolgend nicht regelhaftem Verlauf seiner angesetzten Therapie eine erneute Untersuchung durchzuführen, um die ursprüngliche Diagnose zu überprüfen. Wichtig ist, dass bei entsprechender typischer Anamnese und charakteristischen Effloreszenzen an die Differenzialdiagnose gedacht wird, eine sorgfältige Untersuchung der betroffenen Haut- und Prädilektionsstellen erfolgt und dies dokumentiert wird. **RA**

Professor Dr. Percy Lehmann ist

Stellvertretendes Geschäftsführendes

Kommissionsmitglied und

Dr. Beate Weber gehört als Referentin für die Dokumentation und Auswertung der Geschäftsstelle der Gutachterkommission Nordrhein an.

Professor Dr. Silke Hofmann ist Chefarztin und

Lion Lehmann, Master of Health Economics,

Doktorand am Zentrum für Dermatologie,

Allergologie und Dermatochirurgie, Helios

Universitätsklinikum Wuppertal.

Literatur

- [1] Amata E, Dansie LS; Groneng GM, Blix HS, Bentele H, Veneti L, Stefanoff P, MacDonald E, Blystad HH, Soleng A (2019) Increase of scabies infestations, Norway, 2006 to 2018. *Euro Surveill* 24 (23)
- [2] Aussy A, Houivet E, Hebert V, Colas-Cailleux H, Laaengh N, Richard C, Ouvry M, Boulard C, Leger S, Litrowski N, Benichou J, Joly P (2019) Risk factors for treatment failure in scabies: a cohort study. *Br J Dermatol* 180: 888-893
- [3] Kämmerer E (2018) Skabies: Erfahrungen aus der Praxis. *Dtsch Arztebl International* 115: 700-702
- [4] Lehmann L, Wesselmann U, Weber B, Smentkowski U (2015) medical error analysis in dermatology according to the reports of the North Rhine Medical Association from 2004-2013. *J Deutsch Dermatol ges* Sep 13 (9) 903-908
- [5] Romani L, Whitfield MJ, Koroivueta J, Kama M, Wand H, Tikoduadua L, Tuicakau M, Koroi A, Andrews R, Kaldor JM, Steer AC (2015) Mass drug administration for scabies control in a population with endemic disease. *N Engl J Med* 373: 2305-2513
- [6] Salavastru CM, Chosidow O, Boffa MJ, Janier M, Tiplica GS (2017) European guideline for the management of scabies. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 31: 1248-1253
- [7] Sunderkötter C, Feldmeier H, Fölster-Horst R, Geisel B, Klinke-Rehbein S, Nast A, Philipp S, Sachs B, Stingl J, Stoevesandt J, Hamm H (2016) S1 guidelines on the diagnosis and treatment of scabies – short version. *J Dtsch Dermatol Ges* 14:1155-1167
- [8] Sunderkötter C, Aebischer A, Neufeld M, Löser C, Kreuter A, Bialek R, Hamm H, Feldmeier H (2019) Zunahme von Skabies in Deutschland und Entwicklung resistenter Krätzmilben? Evidenz und Konsequenz. *J Dtsch Dermatol Ges* 17: 15-23
- [9] Tang J, You Z, Ran Y (2019) Simple methods to enhance the diagnosis of scabies. *J Am Acad Dermatol* 80: e99-e100
- [10] Thadanipon K, Anothaisintawee T, Rattanasiri S, Thakkinian A, Attia J (2019) Efficacy and safety of antiscabietic agents: A systematic review and network meta-analysis of randomized controlled trials. *J Am Acad Dermatol* 80: 1435-1444

So gehen Sie richtig bei Verdacht auf eine Skabiesinfektion und bei der Behandlung vor:

- Insbesondere der Bericht über nächtlich verstärkten, quälenden Juckreiz stellt ein Hinweiszeichen dar.
- Untersuchen Sie die typischen Prädilektionsstellen mit optischen Hilfsmitteln/dermatoskopisch auf Gangstrukturen/Milben, insbesondere abseits von akuten Kratzspuren. Eine Fotodokumentation kann im Verlauf hilfreich sein.
- Berücksichtigen Sie bei der Befundmitteilung und bei der Befundkontrolle, dass der Patient möglicherweise die Mitteilung eines Krätzeverdachts als heikel empfinden und der Therapie daher ablehnend gegenüberstehen könnte.
- Eine probatorische Behandlung mit systemischem Ivermectin und externem Permethrin 5 % bei entsprechender Anamnese ohne Aufdecken typischer Hautbefunde ist trotz vielfach so geübter Praxis nicht regelkonform. Zeitnahe Hautbefundkontrollen sind in solchen Fällen zu terminieren.
- Der Patient ist auf die typischen Nebenwirkungen der Behandlung mündlich hinzuweisen. Es ist anzuraten, die Einwilligung in die Behandlung und die angesprochenen Aspekte kurz zu dokumentieren.
- Bestehen Hinweise auf eine Non-Compliance in Bezug auf die verordnete Behandlung sollte die dem Patienten vor Augen geführte Ansteckungsgefahr Dritter mittels Sicherungsaufklärung dokumentiert werden.