

# Empfehlungen zur Verhütung und Bekämpfung von Skabies im Freistaat Sachsen

## - Sächsisches Herdbekämpfungsprogramm Skabies -

Stand: August 2024

1 Epidemiologie	
1.1	<p><b>Erreger</b></p> <p>Die Krätzemilbe oder Skabiesmilbe (<i>Sarcoptes scabiei</i> var. <i>hominis</i>) gehört zu den Spinnentieren und ist ein auf den Menschen spezialisierter und an den Menschen gebundener Parasit. Weibliche Skabiesmilben werden 0,3 bis 0,5 mm groß (mit dem menschlichen Auge gerade noch als Punkt sichtbar), männliche Milben 0,2 bis 0,3 mm. Die Sauerstoffaufnahme erfolgt durch Diffusion über die Körperoberfläche, sodass der Parasit nicht tiefer als in die Hornschicht (Stratum corneum) oder das <i>Stratum granulosum</i> (Körnerschicht der Haut) eindringen kann. Die Epidermis wird nicht durchdrungen, weshalb terminologisch eher der Begriff Infestation als Infektion zu verwenden ist. Im Folgenden werden, unter anderem aus stilistischen Gründen, beide Begriffe bzw. von diesen abgeleitete Wörter synonym verwendet.</p> <p>Auf warmen Körperoberflächen können die Parasiten ca. 2,5 cm pro Minute zurücklegen. Der Penetrationsvorgang dauert zwischen 20 und 30 Minuten, bis dahin können die Milben weggeschwemmt oder gewaschen werden. Im <i>Stratum corneum</i> graben weibliche Krätzemilben tunnelförmige Gänge und bewegen sich pro Tag ca. 0,5 bis 5 mm vorwärts.</p> <p>Die Begattung findet auf der Hautoberfläche statt. Die männlichen Milben sterben danach, nur die befruchteten Weibchen graben sich in das Stratum corneum ein, wo sie in der Regel für den Rest ihres vier- bis sechswöchigen Lebens verbleiben und in den Gängen 1 bis 4 Eier pro Tag ablegen sowie Kotballen (Skybala) ausscheiden. Aus den Eiern schlüpfen nach 2 bis 3 Tagen Larven, die zurück an die Hautoberfläche gelangen und sich dort in Falten, Vertiefungen und Haarfollikeln zunächst zu Nymphen, nach etwa 2 bis 3 Wochen (9 bis 17 Tagen) zu geschlechtsreifen Milben entwickeln.</p>
1.2	<p><b>Inkubationszeit</b></p> <p>Erstinfestation: 2 bis 6 Wochen Reinfestation: aufgrund bereits bestehender Sensibilisierung nach 1 bis 4 Tagen</p>
1.3	<p><b>Infektionsquelle (und Reservoir)</b></p> <p>Es existiert kein Reservoir im eigentlichen Sinne, da sich die Skabiesmilbe nur in der menschlichen Haut vermehren kann.</p>
1.4	<p><b>Übertragung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Eine Ansteckungsfähigkeit besteht bereits vor Symptombeginn und ist über die gesamte Krankheitsdauer bis zur erfolgten Behandlung (siehe Therapie) möglich.</li> <li>- In der Literatur herrscht Uneinigkeit darüber, wie leicht und schnell eine Übertragung der Milben möglich ist. In der Regel erfolgt die Übertragung der Milben durch direkten, kontinuierlichen Haut-zu-Haut-Kontakt von mindestens 5 bis 10 Minuten (Übertragung eines einzigen begatteten Milbenweibchens oder mehrerer, geschlechtlich unterschiedlich determinierter Larven reicht aus), dazu zählt z. B. Stillen, Kuscheln, Geschlechtsverkehr oder die ungeschützte Versorgung pflegebedürftiger Menschen. Das Infestationsrisiko steigt insgesamt mit der Anzahl der Milben auf der Hautoberfläche des Patienten und hängt von Dauer und Häufigkeit direkter Körperkontakte ab. Auch eine Übertragung über Textilien (z. B. Bettwäsche, Woldecken, Unterwäsche oder Verbandstoffe) ist unter Umständen möglich. Ob Händeschütteln, Umarmungen oder eine medizinische Untersuchung bei gewöhnlicher Skabies für eine Übertragung ausreichen ist derzeit umstritten. Eine Übertragung kann hierbei jedoch nicht ausgeschlossen werden. Hohes Infestationsrisiko besteht bei der Skabies crustosa, hier kann eine Ansteckung schon bei kurzem Körperkontakt oder bei Exposition gegenüber milbentragenden Objekten oder Schuppen des Patienten erfolgen.</li> </ul>

1.5	Infektiosität	<p>Die Infektiosität von Skabiesmilben ist umso geringer, je länger sie von ihrem Wirt getrennt sind.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bei Raumtemperatur (21 °C) und einer relativen Luftfeuchtigkeit von 40 bis 80 % sind Krätzmilben mit großer Wahrscheinlichkeit nicht länger als 48 Stunden infektiös.</li> <li>- Bei 34 °C Umgebungstemperatur überleben Milben weniger als 24 Stunden.</li> <li>- Bei 60 °C (z.B. Waschmaschine, Trockner) beträgt die Überlebenszeit nicht mehr als 10 Minuten.</li> <li>- Niedrigere Temperaturen und eine höhere relative Luftfeuchtigkeit verlängern die Überlebenszeit. Bei einer Umgebungstemperatur von unter 16 °C sind die Milben jedoch in ihrer Bewegungsfähigkeit eingeschränkt und können nicht mehr in die Epidermis eindringen.</li> </ul>
1.6	Vorkommen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- weltweit</li> <li>- betrifft Personen jeden Alters (allgemeine Disposition)</li> <li>- In vielen Ländern mit tropischem Klima handelt es sich um eine endemische Armut-assoziierte Massenerkrankung mit einer Prävalenz in der Gesamtbevölkerung von bis zu 15 %, Kinder sind dort überproportional häufig betroffen.</li> <li>- Vor allem in Einrichtungen, in denen Personen über längere Zeit zusammenleben, betreut oder medizinisch versorgt werden und ein enger Haut-zu-Haut-Kontakt besteht, können Ausbrüche auftreten (z.B. Kindergärten, Obdachloseneinrichtungen, Alten- und Pflegeheime, Krankenhäuser)</li> </ul>
1.7	Immunität	Es wird keine Immunität aufgebaut.
1.8	Falldefinition	<p>An die Landesbehörde (LUA Sachsen) zu übermittelnde Fälle sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klinisch diagnostizierte Erkrankung: Klinisches Bild einer Skabies, ohne diagnostischen Nachweis und ohne epidemiologische Bestätigung.</li> <li>- Klinisch-epidemiologisch bestätigte Erkrankung: Klinisches Bild einer Skabies ohne diagnostischen Nachweis, aber mit epidemiologischer Bestätigung.</li> <li>- Klinisch und durch diagnostischen Nachweis bestätigte Erkrankung: Klinisches Bild einer Skabies und diagnostischer Nachweis.</li> </ul> <p>Das klinische Bild der Scabies kann, angelehnt an die Diagnosekriterien nach den Konsenskriterien der „International Alliance for the Control of Scabies“ die folgende Symptomatik umfassen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klinische Skabies <ul style="list-style-type: none"> <li>o mindestens eines der folgenden Kriterien: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Skabiesgänge</li> <li>▪ typische Hautveränderungen am männlichen Genitale</li> <li>▪ typische Hautveränderungen in typischer Verteilung und zwei anamnestische Merkmale</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>- Vermutliche Skabies <ul style="list-style-type: none"> <li>o eines der folgenden Kriterien: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ typische Hautveränderungen in typischer Verteilung und 1 anamnestisches Merkmal</li> <li>▪ atypische Hautveränderungen in atypischer Verteilung und 2 anamnestische Merkmale</li> </ul> </li> </ul> </li> <li>- Scabies crustosa</li> <li>- Krankheitsbedingter Tod</li> </ul> <p>Anamnestische Merkmale:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Juckreiz</li> <li>- epidemiologischer Zusammenhang</li> </ul> <p>Diagnostischer Nachweis (bestätigte Skabies): siehe 3.</p> <p>Epidemiologische Bestätigung definiert als folgender Nachweis unter Berücksichtigung der Inkubationszeit:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Epidemiologischer Zusammenhang (positive Kontaktanamnese) eines klinischen Bildes einer Skabies mit einer bestätigten Skabies durch Mensch-zu-Mensch-Übertragung</li> </ul>
2	<b>Klinik</b>	Die Klinik der Skabies ist vielgestaltig und wird maßgeblich von der Milbenzahl sowie Alter, Immunstatus und Abwehrverhalten des Patienten bestimmt.
2.1	Gewöhnliche Skabies:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Prädilektionsstellen (Hautareale, an denen Veränderungen bevorzugt auftreten): Zwischenraumfalten zwischen Fingern und Zehen, Ellenbogenstreckseiten, vordere Falten der Achselhöhlen, Brustwarzenhof, Nabelregion, Gürtellinie, Gesäß, Analfalte, Region rund um den Anus (Perianalregion), Leisten, Knöchelregion, innere Fußränder, Penischaft</li> </ul>

2.1	Fortsetzung: Gewöhnliche Skabies	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Primäreffloreszenzen: kommaartige, oft unregelmäßig gewundene, wenige Millimeter bis 1 cm lange Milbengänge, zum Teil mit Bläschenbildung am Ende; Ekzem mit disseminierten, milbenfreien erythematösen und zum Teil krustösen Papeln, Bläschen und Papulovesikeln</li> <li>- starker, generalisierter Juckreiz, in der Nacht zunehmend, kann speziell bei Demenzerkrankungen jedoch völlig fehlen</li> <li>- Im Laufe von Wochen entsteht durch Kratzeffekte, Verkrustung und mögliche bakterielle Infektionen ein vielfältiges morphologisches Bild mit unterschiedlicher Ausprägung.</li> <li>- Insbesondere bei Kleinkindern und älteren Menschen können derbe, rundliche Knoten roter, rotbrauner oder grünlich-violetter Farbe das klinische Bild dominieren („Scabies nodosa“), welche auch nach erfolgreicher Therapie monatelang persistieren können.</li> <li>- so genannte gepflegte Skabies: oft nicht diagnostiziert, da sich der Hautbefund aufgrund guter Körperhygiene diskreter darstellt</li> <li>- postskabiöses Ekzem: persistierende juckende Hautveränderungen nach erfolgreicher Behandlung</li> <li>- unbehandelt chronischer Verlauf, selten spontane Ausheilung nach mehreren Jahren</li> </ul>
2.2	Scabies crustosa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ansiedelung von bis zu mehreren Millionen Milben auf und in der Haut</li> <li>- Risikofaktoren: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Immunsuppression</li> <li>o chronische Erkrankungen (z. B. schwere Autoimmunerkrankungen, Diabetes, Dialyse, Alkohol- und Drogenabhängigkeit)</li> <li>o Sensibilitätsstörung der Haut (z. B. sensorische Neuropathie, Rückenmarksverletzung, Demenz)</li> <li>o körperliche Behinderung (z. B. Paraplegien oder Paresen)</li> </ul> </li> <li>- hoch ansteckend, bereits kurze Hautkontakte können zu einer Infestation führen</li> <li>- diffuse Hyperkeratosen, gelegentlich auch Krusten und Borken auf gerötetem Grund mit kleinen bis mittelgroßen Schuppen</li> <li>- Prädilektionsstellen: Hände und Füße, typischerweise Beteiligung der Hand- und Fußflächen mit vermehrter Verhornung und Nagelbefall, Handgelenke und Ellenbogen; häufig auch Kopfhaut, Gesicht und Hals befallen</li> <li>- der ansonsten typische Juckreiz fehlt mitunter</li> <li>- Komplikation: bakterielle Superinfektion mit generalisierter Lymphadenopathie und (bei geschwächter Immunabwehr) erhöhter Gefahr einer Bakteriämie oder Sepsis</li> </ul>
2.3	Skabies im Säuglingsalter	<ul style="list-style-type: none"> <li>- vielgestaltiges klinisches Bild mit Blasen, Bläschen, Pusteln</li> <li>- ausgeprägte Hautveränderungen, häufig betroffen sind Hand- und Fußflächen, Knöchelregion, Kopfhaut und Gesicht, Achselhöhlen, Knie einschließlich Kniekehlen, Unterschenkel</li> <li>- beeinträchtigt Allgemeinzustand (Irritiertheit und Appetitlosigkeit bis hin zu Gedeihstörung)</li> </ul>
2.4	Skabies bei alten Menschen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- häufiger atypische Erscheinungsformen mit geringer entzündlicher Komponente</li> <li>- gelegentlich auch Befall von Kopfhaut, Gesicht und Hals, bei Bettlägerigen oft Rücken</li> </ul>
<b>3</b>	<b>Diagnostik</b>	Die fachärztliche Abklärung durch einen Dermatologen zur Diagnosesicherung wird empfohlen.
3.1	Mikroskopischer Nachweis von Milben, Eiern oder Kotballen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hautgeschabel: Der Milbengang wird am blinden Ende (gegebenenfalls ist eine kleine Papel (Milbenhügel) zu erkennen) mit einer feinen Kanüle, Lanzette oder Skalpell, bei Kindern ggf. mit einem scharfen Löffel eröffnet und abgetragen und der Inhalt auf einen Objektträger aufgebracht. Milbengänge können mithilfe des Burrow-Ink-Tests (Auf tupfen von Farbstoff (Filzschreiber) oder Tinte (Füllfederhalter) und Applikation eines Tropfens Alkohol) sichtbar gemacht werden. Bei Scabies crustosa lässt sich der Milbennachweis bereits an einzelnen Schuppen führen.</li> <li>- Klebebandtest: Durchsichtiges Klebeband mit genügender Klebekraft wird auf verdächtige Gänge gedrückt, ruckartig abgezogen und anschließend mikroskopisch untersucht. Bei Ausbrüchen in Heimen oder Massenunterkünften handelt es sich dabei um eine zeitökonomische Methode. Kontraindikation: fragile Haut (dermatoporöse oder bullöse Erkrankungen).</li> </ul>
3.2	Dermatoskopie	Nachweis von Milben: bräunliche Dreieckskontur („kite sign“, Winddrachenzeichen; bei pigmentierter Haut kaum oder gar nicht erkennbar) in Verbindung mit lufthaltigem intrakornealem Gangsystem (Kielwasserzeichen)

4 Therapie	
4.1 Allgemein	<p>Die Therapie erfolgt durch lokal (topisch) oder oral (systemisch) anzuwendende Medikamente (Scabizide). Nach einmaliger Gabe sind Permethrin 5 %, Crotamiton 10 % und systemisch appliziertes Ivermectin vergleichbar wirksam. Unterschiede existieren in Anwendungshäufigkeit und –einfachheit und bei der Eradikation von Skabies in Populationen mit hoher Prävalenz. Ivermectin sollte aufgrund der in den meisten (wenn auch nicht allen) Vergleichsstudien schnelleren Wirkung von Permethrin gegen den Juckreiz und geringerem Nebenwirkungsrisiko von Permethrin sowie der möglichen, wenn auch seltenen Wechselwirkungen bei systemischer Anwendung von Ivermectin für bestimmte Indikationen vorbehalten werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- fehlendes Ansprechen des Patienten auf eine Vorbehandlung mit Permethrin</li> <li>- immunsupprimierte Patienten</li> <li>- Scabies crustosa (zusätzlich zu oder statt Lokalthherapie)</li> <li>- Patienten mit stark ekzematöser oder erosiver (defekter) Haut</li> <li>- keine Gewährleistung einer lege artis durchgeführten Ganzkörperbehandlung wie körperliche Behinderung, kognitive Einschränkungen, fehlendes Verständnis oder organisatorische Schwierigkeiten (z. B. in Sammelunterkünften).</li> </ul> <p>Zusätzlich sollten Symptome, wie der oft ausgeprägte Juckreiz sowie entzündliche Begleitscheinungen und Sekundärinfektionen behandelt werden. Das postscabiöse Ekzem (juckender Ausschlag) kann auch nach erfolgreicher Behandlung noch für einige Wochen weiterbestehen und sollte symptomatisch behandelt werden.</p> <p>Bei schweren bakteriellen Sekundärinfektionen oder Versagen der Therapie im ambulanten Bereich kann eine stationäre Behandlung erforderlich werden. Patienten mit Scabies crustosa und Säuglinge, gegebenenfalls auch Kleinkinder, sollten stationär behandelt werden.</p> <p>Die häufigsten Ursachen für eine persistierende aktive Skabies nach Behandlung sind Anwendungsfehler bei der ersten Behandlung und eine Reinfestation durch nicht ausreichend behandelte oder nicht erkannte Kontaktpersonen und/oder unvollständige Umfeldsanierung.</p>
4.2 Topische Antiscabiosa	<p>Das Ziel ist die Abtötung von Skabiesmilben, Larven und Eiern, weshalb der gesamte Körper lückenlos vom Unterkiefer abwärts einschließlich des Bereiches hinter den Ohren (Retroaurikularfalten) behandelt werden muss. Bei Vorliegen verdächtiger Effloreszenzen und ausgeprägten Fällen gewöhnlicher Skabies sollten Kopfhaut und Gesicht in die Therapie einbezogen werden (bei Säuglingen und Kleinkindern bis zum 3. Lebensjahr, Scabies crustosa und Immunsupprimierten immer einbeziehen, gegebenenfalls unter Aussparung der unmittelbaren Augen- und Mundregion).</p> <p>Um alle Körperstellen zu erreichen, sollte die Lokalthherapie mit einer zweiten Person durchgeführt werden. Die behandelnden Personen sollten Schutzhandschuhe tragen, Händewaschen unmittelbar nach dem Kontakt verringert wahrscheinlich das Infestationsrisiko, eine Händedesinfektion verhindert keine Infestation.</p> <p>Vor der ersten Anwendung wird eine gründliche Körperreinigung durch Dusche oder Vollbad mit Kürzen der Nägel angeraten (außer bei Kindern unter 3 Jahren, hier kann warmes Baden unmittelbar vor Beginn der Therapie zur Förderung der Resorption führen). Die Haut ist zu trocknen und das Antiscabiosum nach Erlangung der normalen Körpertemperatur (ca. 60 Minuten nach Beendigung der Körperreinigung) anzuwenden. Bei der Scabies crustosa sollten die Krusten bzw. Schuppen vor der Behandlung abgelöst werden, hier ist ein (Öl-)Bad hilfreich.</p> <p>Während der Einwirkzeit ist das Tragen von Baumwollhandschuhen durch den Patienten zu empfehlen, nach dem Händewaschen muss das Antiscabiosum direkt wieder aufgebracht werden.</p> <p>Nach dem Abduschen oder Abwaschen des Antiscabiosums sind Körper- und Bettwäsche sowie gegebenenfalls Bettdecke und Kissen zu wechseln.</p> <p>Im Anschluss an die topische Behandlung sollte mit milden Salben oder Cremes nachbehandelt werden, um Austrocknungen/Irritationen der Haut zu vermeiden bzw. zu vermindern. Der Wirkungserfolg der lokalen Therapie sollte nach 2 Wochen und bis mindestens 4-6 Wochen nach Therapie (Abschluss eines Entwicklungszyklus) kontrolliert werden, Die Therapie muss wiederholt werden, wenn noch Zeichen einer aktiven Infestation bestehen.</p> <p>Aus Sicherheitsgründen sollte eine Wiederholung der Lokalthherapie nach 7 Tagen erfolgen bei:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Scabies crustosa</li> <li>- ausgedehnter Scabies (viele gangartige Papeln oder Knoten)</li> <li>- immunsupprimierten Patienten</li> <li>- Ausbrüchen in Heimen</li> <li>- Zweifeln, ob die erste Behandlung konsequent durchgeführt wurde.</li> </ul>

4.2	Fortsetzung Topische Antiscabiosa	<p><b>Permethrin-Creme:</b> Permethrin ist das Mittel der 1. Wahl bei gewöhnlicher Skabies und wirkt abtötend auf Skabiesmilben und Eier (skabizid und ovozid). Die Permethrin-Creme wird einmalig für 8-12 Stunden (am besten über Nacht und nicht direkt nach dem Baden, da sie auf hydrierter Haut nicht ausreichend aufgenommen wird) auf die gesamte Hautoberfläche aufgetragen, anschließend abgeduscht oder abgewaschen. Enger Körperkontakt sollte für 36 Stunden vermieden werden. Nach der Fachinformation erfolgt bei unkomplizierter Skabies eine einmalige Anwendung, von einigen Autoren wird aufgrund von Berichten über Therapieversagen die Wiederholung der Anwendung nach 7-10 Tagen empfohlen. Im Rezidivfall sollte immer eine Wiederholung erfolgen. Für die verschiedenen bei Milben bekannten Resistenzmechanismen lassen sich bisher für Krätzmilben keine eindeutigen Belege finden (häufigste Ursachen für fehlendes Ansprechen der Therapie siehe 4.1).</p> <p><b>Benzylbenzoat:</b> Benzylbenzoat besitzt eine akarizide (Milben abtötende) und ovozide Wirkung. Benzylbenzoat ist in Form einer 10%igen (für hautgesunde Kinder ab dem vollendeten 1. Lebensjahr zugelassen) und einer 25%igen Emulsion (ab 12 Jahren) erhältlich. Die Anwendung erfolgt an 3 aufeinanderfolgenden Tagen, erst am 4. Tag wird die Emulsion abgeduscht oder abgewaschen.</p> <p><b>Crotamiton:</b> Die Behandlung erfolgt an 3 bis 5 aufeinanderfolgenden Tagen: auf den gesamten Körper auftragen und nicht abwaschen, erst nach abgeschlossener Behandlung (frühestens am 4. Tag) abwaschen.</p>
4.3	Systemische Therapie	<p><b>Ivermectin oral</b> Bei gewöhnlicher Skabies gilt die einmalige Einnahme von 200 µg/kg Körpergewicht als ausreichend, aufgrund der fehlenden ovoziden Wirkung kann die Notwendigkeit einer Wiederholung der oralen Gabe nach 7 bis 15 Tagen bestehen. Bei Scabies crustosa, bei ausgedehnter Skabies (zahlreiche Effloreszenzen an mindestens fünf flächigen Arealen), bei immunsupprimierten Patienten oder bei Ausbrüchen in stationären oder anderen Betreuungseinrichtungen zur sicheren Unterbrechung der Infektionskette sollte nach 7 bis 15 Tagen eine zweite Behandlung erfolgen. Eine Wiederholungsbehandlung ist auch bei weiterbestehenden Zeichen einer aktiven Infestation 14 Tage nach Therapie indiziert. Die Anwendung ist bei Schwangeren kontraindiziert, Kinder unter 15 kg Körpergewicht sollten nicht behandelt werden.</p>
<p><b>5 Antiepidemische Maßnahmen</b></p>		
5.1	Meldepflicht nach Sächsischer Infektionsschutz-Meldeverordnung (SächsIfS-MeldeVO) und Mitteilungs- und Benachrichtigungspflicht nach Infektionsschutzgesetz (IfSG)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- namentliche Meldung an das Gesundheitsamt bei Erkrankung und Tod an Skabies (§ 1 Absatz 1 Nr. 19 SächsIfSMeldeVO) durch die gemäß § 8 IfSG zur Meldung verpflichteten Personen</li> <li>- Gemäß § 34 Absatz 5 IfSG haben die Personen oder die Sorgeberechtigten an die Leitung einer Gemeinschaftseinrichtung nach § 33 IfSG (dazu zählen Einrichtungen, in denen überwiegend Säuglinge, Kinder oder Jugendliche betreut werden, insbesondere Kindertageseinrichtungen, Kinderhorte, Schulen oder sonstige Ausbildungseinrichtungen, Heime oder Ferienlager) die Erkrankung oder den Verdacht der Erkrankung an Skabies mitzuteilen. Die Leitung der Gemeinschaftseinrichtung wiederum hat gemäß § 34 Absatz 6 IfSG das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen, wenn in ihrer Einrichtung betreute oder betreuende Personen an Skabies erkrankt oder dessen verdächtig sind und erforderliche krankheits- und personenbezogene Angaben zu machen.</li> <li>- Gemäß § 35 Absatz 4 IfSG haben Leiter von vollstationären oder teilstationären Einrichtungen zur Betreuung und Unterbringung älterer, behinderter oder pflegebedürftiger Menschen das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen und erforderliche krankheits- und personenbezogene Angaben zu machen, wenn eine in der Einrichtung tätige oder untergebrachte Person an Skabies erkrankt oder der Verdacht auf Skabies besteht.</li> <li>- Gemäß § 36 Absatz 3a IfSG hat die Leitung der in § 36 Absatz 1 Nr. 2 bis 6 IfSG genannten Einrichtungen (dazu zählen unter anderem Justizvollzugsanstalten, Obdachlosenunterkünfte, Einrichtungen zur gemeinschaftlichen Unterbringung von Asylbewerbern und Flüchtlingen oder sonstigen Massenunterkünften) das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen, wenn in ihrer Einrichtung betreute oder betreuende Personen an Skabies erkrankt oder dessen verdächtig sind.</li> </ul>

5.2	Maßnahmen bei erkrankten Einzelfällen	
5.2.1	Gewöhnliche Skabies	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Unter der Voraussetzung, dass längere Haut-zu-Haut-Kontakte vermieden werden, können Personen, bei denen eine gewöhnliche Skabies diagnostiziert wurde, bis zur Behandlung am sozialen Leben teilhaben, sind jedoch gemäß § 34 Abs. 1 IfSG von den entsprechenden Gemeinschaftseinrichtungen ausgenommen.</li> <li>- Krankheits- und Ansteckungsverdächtige sowie ihr Umfeld sollten über das Infestationsrisiko und die Symptomatik informiert werden, intensive Hautkontakte sind für die Dauer der Inkubationszeit zu vermeiden.</li> <li>- Tragen von Handschuhen und Schutzkitteln seitens des Pflege-, Reinigungs- und ärztlichen Personals</li> <li>- Die Patienten brauchen in der Regel nicht isoliert zu werden. Der Transport bekleideter Patienten ist ohne Vorsichtsmaßnahmen möglich, es ist darauf zu achten, dass es nicht zu einer Übertragung über die Hände kommt.</li> <li>- Engerer Kontakt einschließlich Intimverkehr sollte vermieden werden, bis beide Partner ausreichend behandelt sind.</li> <li>- Die Wiederzulassung zu Schulen und Gemeinschaftseinrichtungen von Erkrankten und Krankheitsverdächtigen ist nach Abschluss der ordnungsgemäßen Behandlung möglich, bei ansonsten gesunden, nicht immunsupprimierten Patienten also direkt nach der abgeschlossenen Behandlung mit einem topischen Antiscabiosum bzw. 24 Stunden nach Einnahme von Ivermectin.</li> </ul>
5.2.2	Scabies crustosa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Die Patienten sollen umgehend isoliert und, wenn möglich, einer stationären Behandlung zugeführt werden.</li> <li>- Tragen von Schutzhandschuhen und -kitteln seitens des Pflege-, Reinigungs- und ärztlichen Personals</li> <li>- Kontrolluntersuchungen auf neue Skabies-verdächtige Effloreszenzen im Abstand von 14 Tagen bis mindestens 4 Wochen nach Therapieende</li> <li>- Eine Aufhebung der Isolation und stationäre Entlassung kann 1 Tag nach der Therapiewiederholung erwogen werden, wenn der Patient zum Zeitpunkt der Behandlung keine Schuppung und Hyperkeratosen mehr aufweist (in der Regel erst nach 2 Wochen).</li> <li>- Untersuchung aller Kontaktpersonen der letzten 6 Wochen vor Manifestation der Erkrankung (auch Personen mit nur kurzem Haut-zu-Haut-Kontakt oder Kontakt zu kontaminierten Textilien) und gleichzeitige Behandlung dieser, unabhängig vom Vorliegen von Symptomen (siehe auch 5.3.1).</li> </ul>
5.3	Kontaktpersonen	
5.3.1	Enge Kontaktpersonen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Weisen ein erhöhtes Infestationsrisiko auf.</li> <li>- Definition: in der Regel alle Personen, die zu Erkrankten engen, großflächigen Haut-zu-Haut-Kontakt über einen längeren Zeitraum hatten (länger als 5-10 Minuten), z. B. Bett, Kuscheln, Geschlechtsverkehr, Körperpflege von Kranken oder Kleinkindern; auch bei kürzerem Kontakt kann die Übertragung nicht ausgeschlossen werden</li> <li>- bei Scabies crustosa: bereits kurz während Kontakt zum Erkrankten oder Kontakt zu kontaminierten Textilien (während manifester Scabies crustosa oder in den letzten 4-6 Wochen vor Manifestation der Erkrankung) ausreichend</li> <li>- Aufklärung, dass bis 6 Wochen nach Kontakt Skabies noch manifest werden kann</li> <li>- Aufklärung über Vermeidung von intensiven Hautkontakten für die Dauer der Inkubationszeit aufgrund der Ansteckungsfähigkeit</li> <li>- Beobachtung auf skabietytische Symptome, bei Auftreten von Symptomen umgehend dermatologische Behandlung</li> <li>- Patienten und Kontaktpersonen (auch asymptomatische) müssen gleichzeitig ihre Behandlung erhalten, damit die Therapie auf Dauer erfolgreich ist. Ist die gleichzeitige Behandlung aufgrund von Rahmenbedingungen nicht möglich, ist die Behandlung innerhalb weniger Tage nach Behandlung des Erkrankten (soweit aus ärztlicher Sicht vertretbar) vorzunehmen.</li> <li>- Die häufigsten Ursachen für eine persistierende aktive Skabies nach Behandlung sind neben Anwendungsfehlern bei der ersten Behandlung und eine erneute Infestation durch nicht ausreichend behandelte oder nicht erkannte Kontaktpersonen.</li> <li>- Kontaktpersonen von Scabies crustosa-Patienten: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Untersuchung aller Kontaktpersonen der letzten 6 Wochen vor Manifestation der Erkrankung</li> <li>o Gleichzeitige Behandlung aller Personen, die Kontakt zum Erkrankten oder zu kontaminierten Textilien hatten (unabhängig vom Vorliegen von Symptomen)</li> <li>o Die Behandlung von Personen mit Aufenthalt im selben Raum ist von Zeitdauer und Nähe zum Patienten abhängig, im Zweifelsfall eher Behandlung.</li> </ul> </li> <li>- Untersuchung und im Zweifelsfall ebenfalls Behandlung von sekundären Kontaktpersonen, die längeren Hautkontakt zu primären Kontaktpersonen hatten</li> </ul>

5.3.2	Weitere Kontaktpersonen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- alle, die nicht unter die Definition der engen Kontaktpersonen fallen</li> <li>- sie sind in der Regel nicht erkrankungsgefährdet</li> <li>- Selbstbeobachtung auf skabiestypische Symptome für 6 Wochen</li> <li>- bei Auftreten von Symptomen in dermatologische Behandlung begeben</li> </ul>
5.4	Umgebungsmaßnahmen	
5.4.1	Gewöhnliche Skabies	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Maßnahmen vor allem auf Gegenstände und Textilien fokussieren, zu denen Erkrankte längeren/großflächigen Hautkontakt hatten</li> <li>- Durchführung der Maßnahmen während bzw. direkt nach der Behandlung der Erkrankten und Kontaktpersonen</li> <li>- Personengebundene Nutzung normalerweise übergreifend genutzter Medizinprodukte und Utensilien</li> <li>- Kleider, Bettwäsche, Handtücher und weitere Gegenstände mit längerem Körperkontakt: bei mindestens 60 °C für mindestens 10 Minuten waschen oder mithilfe eines Heißdampfgeräts dekontaminieren <ul style="list-style-type: none"> <li>➔ wenn eine Reinigung mit hoher Temperatur nicht möglich ist: Gegenstände und Textilien in Plastiksäcke einpacken oder in Folie einschweißen und für 72 Stunden bei mindestens 21 °C lagern; wenn die Lagerung bei geringer Luftfeuchtigkeit und gesicherter konstanter Temperatur von über 21 °C möglich ist (z. B. direkt vor einem Heizkörper), sind 48 Stunden ausreichend</li> <li>➔ Alternativ: Lagerung kontaminierter Gegenstände für 2 Stunden bei -25 °C</li> </ul> </li> <li>- Bettdecke und Kissen wechseln und frisch beziehen bis zum Abschluss der Behandlung</li> <li>- Polstermöbel, Sofakissen, textile Fußbodenbeläge (wenn Erkrankte mit bloßer Haut darauf gelegen haben) mit starkem Sauger absaugen und Filter und Beutel danach entsorgen (ein Austreten der Milben muss verhindert werden, gegebenenfalls mittels HEPA- oder Mikrofilter) oder für mindestens 48 Stunden lang nicht benutzen (wegen geringer Ansteckungsgefahr nicht zwingend erforderlich).</li> <li>- Gegenstände, mit denen Patient nur kurzen Kontakt hatte, müssen nicht dekontaminiert werden.</li> <li>- Unterhaltsreinigung auf gewohnte Weise und in gewohnten Intervallen</li> </ul>
5.4.2	Scabies crustosa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Maßnahmen erfolgen zusätzlich zu den Umgebungsmaßnahmen bei gewöhnlicher Skabies.</li> <li>- Kleidung, Schuhe, Handtücher und Bettwäsche sollen bis mindestens einen Tag nach der zweiten Behandlung täglich gewechselt werden.</li> <li>- falls bei zweiter Behandlung Schuppung und Hyperkeratosen noch nicht vollständig entfernt waren, weiterhin täglicher Wäschewechsel</li> <li>- Für Kleider, Bettwäsche, Handtücher oder andere Gegenstände mit längerem Körperkontakt gilt (abweichend von den Maßnahmen bei gewöhnlicher Skabies): <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Waschung bei mindestens 60 °C (kompletter Waschgang) und heiße Trocknung oder Dekontamination mithilfe eines Heißdampfgeräts</li> <li>○ Trockene Lagerung in Plastiksäcken oder in Folien eingeschweißt bei 21 °C (konstante Temperatur!) nur, wenn keine Reinigung möglich ist und dann sicherheitshalber für mindestens 7 Tage</li> <li>○ Keine klare Empfehlung zu einer Tiefkühlung hochkontaminierter Materialien (keine ausreichenden Daten verfügbar)</li> </ul> </li> <li>- Gegenstände, zu denen der Patient längeren ausgedehnten bzw. flächigen Hautkontakt hatte (unter anderem Blutdruckmanschetten), sollen ausreichend gereinigt oder ausreichend lange nicht verwendet oder verpackt werden.</li> <li>- wenn möglich sind Einmalartikel zu verwenden (Isolierstation)</li> <li>- tägliche Reinigung des Zimmers und der Gebrauchsgegenstände (Durchführende tragen langärmeligen Schutzkittel und Schutzhandschuhe) bis mindestens einen Tag nach der zweiten Behandlung).</li> <li>- Sicherheitshalber sollten alle Gegenstände, mit denen der Patient kurzen, aber ungeschützten Kontakt hatte, gut gereinigt und/oder mind. 3 Tage nicht von anderen Personen genutzt werden; bei Textilien und Stoffartikeln gelten 7 Tage.</li> <li>- Polstermöbel, Sofakissen oder textile Fußbodenbeläge mit einem starken Sauger absaugen und Filter und Beutel danach entsorgen (ein Austreten der Milben muss verhindert werden, ein Sauger mit HEPA-Filter ist empfehlenswert) oder mindestens 7 Tage lang nicht benutzen</li> <li>- Matratzen und Bettzeug (bezogene Kissen, Decken, Matratzenauflagen etc.) sind vor jeder Therapiewiederholung und nach Entlassung zu dekontaminieren (thermische Desinfektion: 60 °C für 10 Minuten, Kerntemperatur beachten) oder mindestens 7 Tage lang konstant bei mindestens 21 °C (konstante Temperatur!) trocken zu lagern</li> </ul>

5.5	Einrichtungsspezifische Maßnahmen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es wird empfohlen, den Umgang mit Skabies im Hygieneplan der Einrichtung zu regeln. Dies gilt besonders für Gemeinschaftseinrichtungen nach § 33, Einrichtungen nach § 35 und Sammelunterkünfte nach § 36 IfSG.</li> <li>- Unterscheidung zwischen Einzelerkrankung oder Ausbruchsgeschehen: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Annahme Einzelerkrankung relativ sicher, wenn erkrankte Person innerhalb der Inkubationszeit (6 Wochen) aufgenommen wurde</li> <li>o Wenn die Person bereits länger in der Einrichtung lebt, kann die Diagnose auf ein bislang unerkanntes Ausbruchsgeschehen hindeuten.</li> <li>o wenn keine sichere Unterscheidung zwischen Einzelerkrankung oder unentdecktem Ausbruch möglich ist: Skabies-Diagnostik bei engen und anderen Kontaktpersonen</li> <li>o bei Verdacht auf Ausbruch: siehe 5.6 (Maßnahmen bei Ausbruchsgeschehen)</li> </ul> </li> <li>- Enge Kontaktpersonen ohne Symptome sollten möglichst gleichzeitig mitbehandelt werden, wenn durch sie das Risiko einer Wiedereinschleppung gegeben ist.</li> </ul>
5.5.1	Medizinische Einrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- keine Teilnahme am Gemeinschaftsleben von Erkrankten mit gewöhnlicher Skabies bis zum Eintreten der Behandlungswirkung</li> <li>- Werden mehrere an Skabies erkrankte Personen im gleichen Zeitraum aufgenommen, kann zur Behandlung eine Gruppenisolierung durchgeführt werden.</li> <li>- bei Hautkontakt von medizinischem Personal zu an Skabies Erkrankten oder Patienten mit erhöhtem Risiko: Einmalhandschuhe und Schutzkleidung mit langen Ärmeln</li> <li>- Besuch/Angehörige: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Vermeiden von Kontakt oder Tragen von Schutzkleidung und Einmalhandschuhen</li> <li>o Für die Zeit der Ansteckungsdauer ist von Besuch abzuraten</li> </ul> </li> <li>- bei Scabies crustosa: siehe 5.2.2</li> </ul>
5.5.2	Pflegerische Einrichtungen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Erkrankte mit gewöhnlicher Skabies sollten bis zum Eintreten der Behandlungswirkung nicht am Gemeinschaftsleben teilnehmen.</li> <li>- Information der Beschäftigten (des betreffenden Wohnbereichs) und der Besucher durch Leitungsperson vor Ort, etwa durch Aushändigung vorbereiteter Informationsblätter, Aushang und/oder Belehrung</li> <li>- sorgfältige Identifizierung enger Kontaktpersonen (insbesondere auch Pflegepersonen, da von infestierten Pflegepersonen ein hohes Übertragungsrisiko auf Bewohner ausgeht)</li> <li>- gleichzeitige Behandlung enger Kontaktpersonen, auch wenn diese asymptomatisch sind (wenn aus ärztlicher Sicht angezeigt)</li> <li>- in Einrichtungen für behinderte oder demente Menschen: Mitbewohner im Zimmer sind als enge Kontaktpersonen zu identifizieren</li> <li>- Entscheidung anhand räumlicher Gegebenheiten, sozialer Interaktion, Mobilität der Erkrankten sowie weiterer relevanter Rahmenbedingungen, ob die Behandlung von Betreuern und Pflegekräften ohne engen Hautkontakt bzw. aller Bewohner einer Station/Wohngruppe sinnvoll ist</li> <li>- Mitarbeiter tragen persönliche Schutzausrüstung (langärmiger Kittel, alternativ Ärmelschoner), solange eine Ansteckungsgefahr besteht.</li> <li>- Besuch/Angehörige: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Vermeiden von Kontakt oder Tragen von Schutzkleidung und Einmalhandschuhen</li> <li>o Für die Zeit der Ansteckungsdauer ist von Besuchen abzuraten.</li> </ul> </li> <li>- bei Scabies crustosa (zusätzlich zu Maßnahmen in 5.2.2): Information aller Beschäftigten des betreffenden Wohnbereichs durch Leitungsperson vor Ort</li> <li>- Bei Verlegungen infizierter Personen, sind die weiterführende Institution, der Krankentransport oder Angehörige vorab entsprechend zu informieren.</li> </ul>
5.5.3	Gemeinschaftseinrichtungen (gemäß § 33 IfSG)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Personen, die an Skabies erkrankt oder dessen verdächtig sind, dürfen keine Gemeinschaftseinrichtungen besuchen und keine Tätigkeiten ausüben, bei denen sie Kontakt zu dort Betreuten haben.</li> <li>- Die Einschränkung der Tätigkeit bzw. des Besuchs der Gemeinschaftseinrichtung gilt bis nach ärztlichem Urteil (kann behandelnder Arzt oder Arzt des zuständigen Gesundheitsamtes sein), welches auch mündlich erfolgen kann, eine Weiterverbreitung der Krankheit nicht mehr zu befürchten ist.</li> <li>- Die Wiedermöglichkeit von immunkompetenten Erkrankten/Krankheitsverdächtigen ist direkt nach abgeschlossener ordnungsgemäßer Behandlung mit einem topischem Antiskabiosum bzw. 24h nach Einnahme von Ivermectin möglich (nicht bei Scabies crustosa, siehe 5.2.2).</li> <li>- Information der Beschäftigten und der Besucher durch Leitungsperson vor Ort, etwa durch Aushändigung vorbereiteter Informationsblätter, Aushang und/oder Belehrung</li> </ul>
5.5.4	Sammelunterkünfte	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Bei gewöhnlicher Skabies besteht wegen des relativ geringen Übertragungsrisikos in der Regel kein erhöhtes Risiko für eine Ausbreitung.</li> <li>- Patienten sollen bis zum Abschluss der Behandlung innerhalb der Sammelunterkunft isoliert werden.</li> <li>- Information der Beschäftigten (des betreffenden Wohnbereichs) und der Besucher durch Leitungsperson vor Ort, etwa durch Aushändigung vorbereiteter Informationsblätter, Aushang und/oder Belehrung</li> </ul>

5.5.4 Fortsetzung Sammelunterkünfte	<ul style="list-style-type: none"> <li>- erweiterte Empfehlungen für <i>Scabies crustosa</i>: siehe 5.2.2</li> <li>- Für Kontaktpersonen: Wenn kein enger Kontakt und keine skabiestypischen Symptome bestehen, erfolgt keine Behandlung.</li> <li>- Sicherheitshalber sollte die Behandlung von Patienten erfolgen, die eine mit Skabies vereinbare Klinik zeigen, bei denen jedoch der Nachweis von Milben nicht gelingt oder organisatorisch nicht möglich ist.</li> <li>- Wenn ein Patient eine Unterbringungseinrichtung verlässt, sollte die nächste Unterbringungseinrichtung von der Leitung der ersten Einrichtung informiert werden..</li> </ul>
5.6 Ausbruchsgeschehen	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Definition: Auftreten von zwei oder mehr Fällen bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist</li> <li>- Vor Einleitung umfangreicher Maßnahmen ist die Diagnose durch einen in der Skabies-Diagnostik versierten Arzt, vorzugsweise einen Dermatologen sicherzustellen und, wenn möglich, abzuklären, ob die Übertragung in der Einrichtung stattgefunden hat oder ein Eintrag von außen anzunehmen ist.</li> <li>- fortlaufende Dokumentation des Geschehens</li> <li>- Zusammenarbeit von Hautärzten, Hausärzten und betroffener Einrichtung unter Einbeziehung von Gesundheitsamt und Betriebsarzt</li> <li>- Bildung eines Führungsteams zur Planung und Organisation der notwendigen Maßnahmen und Überwachung der Umsetzung <ul style="list-style-type: none"> <li>o Mindestens eine Leitungsperson und ein Mitarbeiter der betroffenen Institution sowie ein in Skabies-Diagnostik und –behandlung erfahrener Arzt</li> <li>o Mitglieder sollten über Entscheidungsbefugnisse verfügen, vor allem bezüglich Finanzierung, Struktur- und Prozessorganisation</li> <li>o Empfehlenswert ist, auch die zuständigen Betriebsmediziner, Hausärzte der Betroffenen und das Gesundheitsamt einzubinden.</li> </ul> </li> <li>- Erstellen einer Kontaktpersonenliste: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Kontaktperson <ul style="list-style-type: none"> <li>• Name, Vorname, Geburtsdatum</li> <li>• Geschlecht</li> <li>• Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort, Ortsteil, Telefonnummer)</li> <li>• Hausarzt</li> </ul> </li> <li>o Indexpatient</li> <li>o Art (und Häufigkeit) des Kontaktes</li> <li>o Einrichtung und Abteilung</li> <li>o Datum letzter Kontakt (mit Übertragungsmöglichkeit)</li> <li>o Vorliegen von Symptomen und Symptombeginn</li> <li>o Therapieplan (kann in die Kontaktpersonenliste integriert werden aber auch getrennt davon erstellt und geführt werden): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Therapeutikum</li> <li>• Behandlungsdatum</li> <li>• Behandler (z. B. Hausarzt, Hautarzt)</li> <li>• Wer soll wann unter welchen räumlichen Bedingungen behandelt werden?</li> <li>• Ist Unterstützung notwendig, z. B. bei Ganzkörpereinreibung?</li> <li>• Therapiekontrolle</li> <li>• Datum Wiederholung der Behandlung</li> </ul> </li> <li>o Bemerkungen</li> </ul> </li> <li>- frühzeitige Klärung der Kostenübernahme der Behandlung insbesondere von Erkrankungsverdächtigen und symptomfreien Kontaktpersonen</li> <li>- synchrone Eingangsuntersuchung aller Kontaktpersonen (Bewohner betroffener Einrichtung und aller dort Beschäftigten) zur Identifizierung der tatsächlich Erkrankten sowie von Patienten mit <i>Scabies crustosa</i>, die einer Isolation und intensivierten Behandlung bedürfen</li> <li>- zeitnahe und gleichzeitige Therapie von Erkrankten und, soweit zutreffend, engen Kontaktpersonen bei gewöhnlicher Skabies (möglichst bereits zur Eingangsuntersuchung); zeitnahe und gleichzeitige Therapie von Erkrankten und sämtlichen Kontaktpersonen bei <i>Scabies crustosa</i></li> <li>- Einbeziehung unmittelbar enger Kontaktpersonen, die der Einrichtung nicht direkt angehören (z. B. Familie, Ehrenamtliche)</li> <li>- Festlegung und Umsetzung der situationsgerechten Hygiene- und Umgebungsmaßnahmen (siehe 5.4)</li> <li>- Kohortenisolierung weiterer klinisch Erkrankter ist anzustreben.</li> <li>- Gegebenenfalls Sperrung von Wohnbereichen für Besucher oder weitere Personen in pflegerischen Einrichtungen und Sammelunterkünften</li> <li>- In Alten- und Pflegeheimen: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Fluktuation von Personal und Bewohnern während der Ansteckungsdauer soweit wie möglich unterbinden</li> <li>o Personalangehörige dürfen ihre Tätigkeit nicht wahrnehmen, solange von Infektiosität auszugehen ist (mindestens einmalige adäquate Behandlung)</li> <li>o Die Schmutzwäsche aller Bewohner eines betreffenden Wohnbereichs ist, sofern waschbar, bei mindestens 60 °C aufzubereiten (zur Reinigung siehe auch 5.4.1).</li> </ul> </li> </ul>



## Anlage 1: Checkliste zu Maßnahmen bei Skabies

Für ausführliche Informationen Herdbekämpfungsprogramm Skabies beachten!

**Datum:**

**Name:**

Patient

Kontaktperson

**Therapie:**

ja

nein

wenn ja:

Anwendung:

lokal

systemisch

Name des Medikaments:

.....

.....

Beginn der Behandlung am:

Wiederholung der Behandlung am:

Kontrolle am:

### Allgemeine Hygienemaßnahmen

- Information und Aufklärung der betroffenen Person bzw. der Angehörigen über Verhaltensweisen und durchzuführende Hygienemaßnahmen
- Durchführung von Umgebungsmaßnahmen während bzw. direkt nach der Behandlung des Erkrankten  
von ..... bis .....

Bei 60°C (mindestens 10 Minuten Einwirkzeit) waschen:

- Kleidung
- Bettwäsche
- Handtücher
- Weitere Gegenstände zu denen längerer Körperkontakt bestand  
Gegenstände und Textilien, die nicht gewaschen werden können:  
 für mind. 3 Tage (72 Stunden) bei über 21°C in einem Plastiksack gut verschlossen oder in Folie eingeschweißt lagern
- Bis zum Abschluss der Behandlung (täglich) frische Bettwäsche aufziehen
- Bis zum Abschluss der Behandlung (täglich) frische Kleidung anziehen
- Personengebundene Nutzung von Medizinprodukten und weiteren Utensilien (z.B. Käämme, Decken, Handtücher)  
Textile Oberflächen (Polstermöbel, Sofakissen, Teppich etc.):  
 Absaugen ODER  für mindestens 48 Stunden nicht nutzen
- Filter und Beutel entsorgen  
(Achtung: Milben dürfen dabei nicht wieder austreten)
- Unterhaltsreinigung auf gewohnte Weise und in gewohnten Intervallen

## Maßnahmen bei Skabies crustosa

- Isolierung des Patienten
- Tragen von persönlicher Schutzausrüstung durch das Personal bei Umgang mit Patient

Täglicher Wechsel bis mindestens 1 Tag nach der zweiten Behandlung:

- Kleidung
- Schuhe
- Handtücher
- Bettwäsche
- täglicher Wäschewechsel, solange Schuppen und Hyperkeratosen noch nicht vollständig entfernt sind (auch über 2. Behandlung hinaus)

Tägliche Reinigung bis mindestens einen Tag nach der zweiten Behandlung (Durchführende tragen langärmelige Schutzkittel und Schutzhandschuhe):

- Zimmer
- Gebrauchsgegenstände

Waschgang bei mindestens 60°C und heiße Trocknung:

- Kleidung
- Bettwäsche
- Handtücher
- Weitere Gegenstände zu denen längerer Körperkontakt bestand
- Gegenstände und Textilien, die nicht gewaschen werden können:  
für mind. 7 Tage bei über 21°C in einem Plastiksack gut verschlossen oder in Folie eingeschweißt lagern
- Wenn möglich Einmalartikel verwenden

Textile Oberflächen (Polstermöbel, Sofakissen, Teppich etc.) absaugen und Filter und Beutel danach entsorgen und darauf achten, dass die Milben nicht wieder austreten können oder für mindestens 7 Tage nicht nutzen.

- Absaugen ODER  für mindestens 7 Tage nicht nutzen
- Filter und Beutel entsorgen  
(Achtung: Milben dürfen dabei nicht wieder austreten)
- Dekontamination oder trockene Lagerung für mindestens 7 Tage bei 21°C von Matratzen und Bettzeug vor jeder Therapiewiederholung

## Antiepidemische Maßnahmen bei Skabies in Gemeinschaftseinrichtungen

- Festlegung des Umgangs mit Skabies im Hygieneplan
- Benachrichtigung des Gesundheitsamtes
- Identifizieren von Kontaktpersonen
- Erstellen einer Kontaktpersonenliste  
Information der Beschäftigten (des betreffenden Wohnbereichs) und der Besucher durch Leitungsperson vor Ort (z.B. Aushändigung Informationsblätter, Aushang und/oder Belehrung)  
Aufklärung und Information von Kontaktpersonen
- Betretungs- oder Besuchsverbot/Besuchseinschränkung bis Abschluss der Behandlung
- ggf. Besuchsverbot für Angehörige für die Dauer der Ansteckungsfähigkeit
- Bereitstellen von Schutzausrüstung
- Tragen von persönlicher Schutzausrüstung bei Kontakt mit Erkranktem