

Die Krätze wächst Deutschland über den Kopf

Widersinn gegen alle Regeln der Seuchenkontrolle

von Josef Weigl

erschienen am 23.4.2019

Korrespondenzadresse:

PD Dr. med. habil. Josef Weigl

MTropPaed, DTMH, DipEPP

Leiter des Amtes für Gesundheit Plön, Schleswig-Holstein

Hamburgerstr.17/18

24306 Plön

josef.weigl@kreis-ploen.de

word count: 3106 (ohne Titelseite und ohne Referenzen)

Zeichen mit Leerzeichen: 21996

Abbildungen: 1

Der Autor ist Facharzt für öffentliches Gesundheitswesen und Facharzt für Kinderheilkunde mit Schwerpunktbezeichnungen Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin und Zusatzbezeichnung Tropenmedizin; Dissertation in Parasitologie innerhalb des Master in Tropenpädiatrie und internationale Kindergesundheit; langjährige akademische Tätigkeit in pädiatrischer Infektiologie und Habilitation auf dem Gebiet der Infektionsepidemiologie. Forschungen zu Atemwegsinfektionen bei Kindern im Zusammenhang mit dem Forschungsnetzwerk pid-ari.net, ein infektionsepidemiologisches Forschungsnetzwerk gefördert vom BMBF von 1999 bis 2005 innerhalb der Netzwerkforschungsinitiative. Danach Forschung und Entwicklung von Impfstoffen in der Industrie und in der Biotechnologie. Der Autor leitet heute das Amt für Gesundheit des Kreises Plön in der Schleswig-Holsteinischen Schweiz.

Die Krätze hat in den letzten Jahren erheblich zugenommen und betrifft immer häufiger auch Schulen und Kitas. Eine Ansteckung oder ein Ausbruch erfolgt umso wahrscheinlicher, je mehr Krätze in der Bevölkerung vorkommt und je länger und enger der Kontakt zwischen Menschen ist. Um proaktiver intervenieren zu können, ist eine Meldepflicht nach §6 Infektionsschutzgesetz (IfSG) unumgänglich. Enge Kontaktpersonen von Erkrankten müssen unbedingt mitbehandelt werden. Eine Governance und ein offener Umgang sind unabdingbar für die Kontrolle dieser Plage.

Einleitung

Zeiten von Massenbewegungen an Menschen, noch dazu unter widrigen Bedingungen, bringen Folgeerscheinungen mit sich. Die Anzahl der Krätze-Erkrankungen in Deutschland steigt kontinuierlich und akzeleriert an. Anzeichen machten sich bei den Aufnahmeuntersuchungen in Gemeinschaftseinrichtungen und Ausbrüchen in den Flüchtlingsunterkünften bemerkbar [1]. Im Untersuchungskonzept des Autors für die Flüchtlingsaufnahme [Webinar der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen und dem Robert Koch-Institut (RKI) am 5. August 2015, danach unmittelbar an das Bundesministerium für Gesundheit weitergeleitet] war die Inspektion auf Ektoparasiten, sprich Krätze, und die unmittelbare Behandlung mit Ivermectin als oberste Priorität neben der Röntgenreihenuntersuchung für Tuberkulose und unmittelbaren Impfungen mit MMR(V) und Tdap vorgesehen. Damals war Ivermectin nur über die internationale Apotheke (Stromectol®) erhältlich und wurde auch nur selten eingesetzt. Viele Flüchtlinge wurden bekanntermaßen gar nicht untersucht. So nahm die intensivierete Infestation mit Krätzmilben ihren Lauf. Inzwischen haben die Fallzahlen epidemische Ausmaße erreicht.

Ziel dieser Arbeit ist die Lage in Deutschland zu beschreiben und eine Analyse zu machen, welche Faktoren gegenwärtig die weitere Zunahme befördern. Deutschland scheint dieser Epidemie nicht gewachsen zu sein. Um gegebenenfalls die Herausforderung annehmen zu können, werden klare Konsequenzen und Maßnahmen geschildert, die umgehend zu ergreifen sind, wenn man dieser Plage Herr werden will.

Krätze, medizinisch Skabies (Englisch Scabies), ist eine ektoparasitäre Erkrankung durch eine Milbe, die sich in die Haut bohrt und dort Eier legt. Gegen die Bestandteile der Milbe und ihren Kot entwickelt der Mensch eine Allergie, die bei Erstinfektion zwischen 2 und 8 Wochen braucht, um Symptome zu zeigen (Inkubationszeit) und bei Folgeinfektionen 1 bis 4 Tage, da die Allergie bereits besteht. Die Symptome sind Rötung und Juckreiz. Letzterer führt zu einer erheblichen Störung des Allgemeinbefindens und des Schlafes. Als Komplikation kann es zu Superinfektionen mit Bakterien kommen, die schlimmstenfalls zu Sepsis (Blutvergiftung) oder Nierenkomplikationen führen, wenn die Krätze lange unbehandelt bleibt. Jede Species hat ihre eigenen Milben, so auch der Mensch. Beim Menschen ist dies *Sarcoptes scabiei*. Die Milbe ist auf das Leben auf/in der Haut des Menschen angewiesen, denn sie muss sich von Blut und Hautbestandteilen ernähren. Ist sie länger als 48 Stunden vom Menschen getrennt, stirbt sie.

Methode

Anhand der klassischen Prinzipien der Infektions- oder Feldepidemiologie wird versucht das Problem zu erörtern. Dies führt zu Forderungen, dringend gebotene Maßnahmen einzuleiten, um die weitere Ausbreitung zu stoppen und die Seuche einzudämmen. Die grundlegende Metapher der Interventionsepidemiologie ist der Fluss, in den flussaufwärts Menschen hineinfallen und flussabwärts notfallmäßig gerettet werden müssen [2]. „The river analogy“ nach Zola 1970: *"I am standing by the shore of a swiftly flowing river and hear the cry of a drowning man. I jump into the cold waters. I fight against the strong current and force my way to the struggling man. I hold on hard and gradually pull him to shore. I lay him out on the bank and revive him with artificial respiration. Just when he begins to breathe, I hear another cry for help. I jump into the cold waters. I fight against the strong current, and swim forcefully to the struggling woman. I grab hold and gradually pull her to shore. I lift her out on the bank beside the man and work to revive her with artificial respiration. Just when she begins to breathe, I hear another cry for help. I jump into the cold waters. Fighting again against the strong current, I force my way to the struggling man. I am getting tired, so with great effort I eventually pull him to shore. I lay him out on the bank and try to revive him with artificial respiration. Just when he begins to breathe, I hear another cry for help. Near exhaustion, it occurs to me that I'm so busy jumping in, pulling them to shore and applying artificial respiration that I have no time to see who is upstream pushing them all in..."*

Die medizinische Ethik und auch die Public Health Ethik verlangen, alles daran zu setzen, damit die Menschen flussaufwärts erst gar nicht in den Fluss fallen. Dazu sind das Ausmaß und die Ursachen zu erforschen, warum die Menschen flussaufwärts in den Fluss fallen, und entsprechende Maßnahmen zu ergreifen, um das Problem nachhaltig zu lösen.

Lagebeschreibung

Flussaufwärts

Fallen die Leute überhaupt in den Fluss und wenn ja, wie viele? - Surveillance

Ja, die Menschen in Deutschland sind zunehmend mit Krätze konfrontiert. Bis 2012 war die Krätze endemisch und wenn, dann trat sie in Gemeinschaftsunterkünften wie zum Beispiel Altenheimen und Unterkünften von Asylbewerbern auf [1]. Seit den Fluchtbewegungen 2015 traten dann zunehmend größere Ausbrüche in Massenunterkünften auf, sodass im Mai 2016 Ivermectin, ein Medikament, das in Tablettenform eingenommen werden kann und ideal für Massenbehandlungen ist [3, 4, 5], notfallmäßig zugelassen wurde [6]. Anlass waren Ausbrüche wie in Hamburg [7], die anders nicht mehr beherrschbar gewesen wären. Die ektoparasitäre Erkrankung ist nunmehr soweit in der Bevölkerung verbreitet, dass die Inzidenz derart zugenommen hat, dass die Krätze zunehmend häufiger in Gemeinschaftseinrichtungen nach §33 IfSG, das heißt Kindertagesstätten und Schulen, ausbricht. Genaue Fallzahlen fehlen in Deutschland, da es keine ärztliche Meldepflicht nach §6 IfSG gibt. Die verbleibende Möglichkeit, die Krankheitslast quantifizieren zu können, ist über die Abrechnungsdaten der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen zu Skabies (ICD-10 Code B86) und/oder der Abrechnung von anti-Skabiesmitteln. Die **Abbildung** zeigt die Abrechnungsdaten der gesetzlichen Krankenkassen, die ca. 85% der deutschen Bürger vertreten [8]. Die Daten zeigen einen exponentiellen Anstieg, insbesondere seit 2015. Im 2. und 3. Quartal ist die

Inzidenz jeweils niedriger als im 1. und 4. Quartal. Das „crowding“ in den Wintermonaten (4./1. Quartal) ist dafür die wesentliche Ursache. Für 2017 ergibt die Hochrechnung über 500.000 Abrechnungen für ca. 450.000 Menschen und das wohlgerne für 85% der Bevölkerung. Laut Zentralinstitut der kassenärztlichen Vereinigungen ist das noch eine Unterschätzung [8]. 2018 dürften die Zahlen wohl nochmals gestiegen sein. Wir sprechen somit von einer Inzidenz, die der von Windpocken (ca. 730.000 pro Jahr) vor Einführung der Impfung nahe kommt! Meldepflicht besteht zurzeit nur für Leiter von Gemeinschaftseinrichtungen, wie Schulen und Kinderbetreuungseinrichtungen nach §34 IfSG und für andere Gemeinschaftseinrichtungen nach §36 IfSG. Um in der Metapher des Bildes zu bleiben, sprechen wir bei Ausbrüchen in Einrichtungen nach §33 IfSG (Schulen und Kindertagesstätten) aber bereits von Folgen weit flussabwärts. Erkrankte Bedienstete und erkrankte Betreute dürfen Gemeinschaftseinrichtungen (und Gemeinschaftsräume) laut IfSG §34 und §36 nicht betreten bis sie wirksam behandelt sind.

Warum fallen Menschen in den Fluss?

Wenn Menschen engen Kontakt zu einem Infizierten bzw. Ansteckungsfähigen haben, können die Milben übertragen werden. Das passiert umso häufiger, je mehr Krätze in der Bevölkerung ist und je enger und länger der Kontakt besteht. Liebespartner oder Familienmitglieder Betroffener sind besonders gefährdet. Neuere Erscheinungen wie Übernachtungspartys zwischen Schülern oder Gelage zum gemeinsamen Kiffen sind prädestiniert für eine Übertragung. Ferienlager und andere Begegnungsstätten haben eine noch höhere Potenz für die Verbreitung. Eine einzige weibliche Milbe ist ausreichend, um einen Menschen zu infizieren und diesen in der Folge selbst zum erneuten Ausgangspunkt einer Infektionskette zu machen.

Der ganzen Sache Vorschub geleistet wird in vielen Fällen durch eine Fehldiagnose von Ärzten, auch Dermatologen. Die Erkrankung an Krätze wird oft als Ekzem, Allergie und vieles andere mehr fehldiagnostiziert und folglich falsch behandelt. Je länger aber ein Patient verkannt und kausal unbehandelt bleibt, desto besser überträgt er die Milben. Nicht wenige Fälle werden über viele Monate nicht erkannt und oft erfolgt die richtige Diagnose erst, wenn ein Geschwister oder ein weiteres Mitglied der engen Gemeinschaft erkrankt oder der Arzt gewechselt wird.

Flussabwärts

Behandlungsfehler bei Krätze

Zur Behandlung der Krätze stehen ein orales Medikament, Ivermectin (Scabioral®, Driponin®) und mehrere Lokalthapeutika zur Verfügung [9, 10]. Lokalthapeutika wie Cremes, allen voran Permethrin 5%, müssen aber von Kopf bis Fuß aufgetragen werden und nicht nur auf die sichtbar befallenen Stellen. Bei Säuglingen und Kleinkindern müssen selbst Gesicht, Hand- und Fußsohlen mitbehandelt werden.

Bei Ivermectin wird nach Körpergewicht eine bestimmte Anzahl an Tabletten verschrieben [11, 12]. Diese müssen alle auf einmal eingenommen werden und nicht über mehrere Tage wie es oft aus Unkenntnis geschieht. Bei schwerem Befall wiederholt man die Behandlung nach 7 bis 14 Tagen. Das Medikament wurde bisher mehr als einer Milliarde Menschen verabreicht und ist sehr gut verträglich

[5]. Der Nobelpreis 2015 in Medizin wurde für seine Entdeckung verliehen [13]. Da die meisten Ärzte in Deutschland wenig von parasitären Erkrankungen wissen, können sie oft auch nicht das Nebenwirkungsprofil von Ivermectin abschätzen; Fehlinformationen an Betroffene sind die Folge. Die vornehmliche und nahezu ausschließliche Nebenwirkung ist die vorübergehende Steigerung des Juckreizes an den befallenen Stellen; ein Zeichen für den Behandlungserfolg, denn die Bestandteile des abgestorbenen Parasiten ziehen eine verstärkte Immunantwort nach sich. Die zum Teil schweren Nebenwirkungen im Beipackzettel gehen aber auf invasive Parasitosen zurück, das heißt Parasiten im Inneren des Körpers (einschließlich Gehirn und Auge), die in den Tropen damit behandelt werden oder neben der eigentlichen Infektion, wie zum Beispiel der Flussblindheit, noch zusätzlich vorliegen wie Loa Loa in Westafrika. Auch hier sind die Nebenwirkungen durch den Immunangriff auf Erregerbestandteile begründet [3, 5]. Diese Parasiten kommen aber in der Bevölkerung in Deutschland nicht vor.

Mitbehandlung enger Kontaktpersonen, sogenannte Postexpositionsprophylaxe (PEP)

Tritt Krätze in einem Lebensverband auf, ist entsprechend Kontaktart und Kontaktdauer die PEP des gesamten Lebensverbandes die Voraussetzung, um einen nachhaltigen Behandlungserfolg zu erzielen. Ansonsten kommt es zu erneutem Auftreten von Fällen in der Gemeinschaft durch das fortlaufende erkranken weiterer infizierter Personen und einer Pingpong-Infektion der bereits Behandelten. Ansteckungen in der sogenannten Präpatenzzeit, der Zeit zwischen bereits eingesetzter Ansteckungsfähigkeit und dem Ende der Inkubationszeit bzw. dem Einsetzen von Symptomen, kommt man damit ebenso zuvor [3]. Für größere Gemeinschaften, aber bereits auch für Familien, ist Ivermectin das ideale Medikament aufgrund seiner Einfachheit der Anwendung und der Tatsache, dass bei oraler Medikation der Wirkstoff von sich aus ubiquitär im Körper verteilt wird; dazu kommt seine außerordentlich gute Verträglichkeit. Die Entwicklungskosten des seit 30 Jahren in riesigen Mengen produzierten und vertriebenen Medikamentes sind längst amortisiert und es gibt keinen Grund, den Preis derart in die Höhe zu treiben, wie es in Deutschland passiert. Der um 16% geringere Preis des Generikums Driponin® ist da auch keine signifikante Verbesserung. Darüber hinaus werden derzeit nur die kleinen Packungsgrößen von 4 bzw. 8 Tabletten zur Verfügung gestellt. Dadurch werden die Mitbehandlung einer Lebensgemeinschaft oder eine Massenaktion unnötig verteuert.

Durch fehlerhafte Kommunikation von oberen Behörden, in diesem Falle dem Robert Koch-Institut (RKI), wird die Sachlage unnötig verkompliziert, ja verunmöglicht, wenn man von einem „off-label use“ spricht, wenn man PEP anwendet [14]. Aus der SmPC (summary product characteristics) von Ivermectin kann man dies nicht ableiten [11, 12]. Dem Wesen des Medikaments und Prinzipien operativen Vorgehens entspricht das sowieso nicht [3, 4]. Andererseits empfiehlt das RKI selbst die PEP enger Kontaktpersonen. Ärzte und Krankenkassen berufen sich immer wieder auf diese Aussage, insbesondere dann, wenn man nach Gründen ringt, um das augenscheinlich Gebotene nicht zu tun. Laut SGB V §23 ist der Arzt andererseits sogar verpflichtet, vorsorgende Maßnahmen zu ergreifen, wenn der Behandlungserfolg ansonsten gefährdet wird.

Ist eine Wohnung samt Kleidung erst einmal von Milben befallen, bedarf es erheblicher Anstrengungen, diese wieder frei zu bekommen. Die dazu nötigen Maßnahmen sind bekannt [10]. Wenn allerdings die Prävalenz an Krätze in der Bevölkerung ein hohes Maß erreicht hat, wird es wahrscheinlicher, dass es zeitnah zu Reinfektionen bei Behandelten bzw. in

Gemeinschaftseinrichtungen kommt. Dies und die genannten Behandlungsfehler lassen Ärzte oft wundern, ob denn die Mittel überhaupt noch wirken. Bis heute gibt es keinen wissenschaftlichen Anhalt dafür, dass das nicht so wäre. Die Defizite liegen viel mehr in einer lückenhaften Strategie; einer Strategie, bei der es an sich auf jeden ankommt. Jedes Ausscheren bei Maßnahmen, kann den Erfolg einer konzertierten Aktion postwendend gefährden.

Folgen und Aussichten

Geht Deutschland, allen voran seine obersten Behörden, sprich Bundesministerium für Gesundheit (BMG) samt seinen nachgeordneten Behörden, RKI und Bundesinstitut für Arzneimittelzulassung (BfArM), und die Landesministerien, die Krätze-Epidemie in Deutschland nicht proaktiver an, wird Deutschland dieser Plage nicht Herr werden und die Krankheitslast und die Kosten flussabwärts werden noch weiter zunehmen. Bisher verdrängen, tabuisieren oder verharmlosen die Behörden die Krätze. Das oberste Gebot ist aber, die Bevölkerung zu schützen. „Health in all politics“ geht anders!

Noch schlimmer in diesem Zusammenhang ist ja, dass sich das BMG mit seinen nachgeordneten Behörden eklatant selbst widerspricht: Ivermectin wurde in Deutschland im Mai 2016 notfallmäßig über §79 Arzneimittelgesetz zugelassen mit der Begründung, dass Skabies eine bedrohliche Erkrankung ist [6]. Bedrohliche Erkrankung nach §2a IfSG ist entweder mit schwerem Verlauf oder mit starker Verbreitungspotenz begründet. Das letztere ist bei Krätze der Fall. Andererseits sind aber bedrohliche Erkrankungen laut §6 IfSG meldepflichtig. Bis heute gibt es keine allgemeine Meldepflicht außer der für Gemeinschaftseinrichtungen. Deshalb kann flussaufwärts nicht proaktiver eingeschritten werden. Noch bizarrer wird das Ganze, wenn man behauptet, dass selbst die Wissenschaft nicht wüsste, wo die Krätze in Deutschland herkommt, das naheliegendste sei wohl die globale Erwärmung, so zu lesen in den Kieler Nachrichten in der Ausgabe vom 17. November 2017 [15]. Wie das mit einem Parasiten gehen soll, der auf den ständigen Kontakt auf/in der Haut des Menschen angewiesen ist, muss man mir als vormaligen Parasitologen erklären.

Bei Medikamentenkosten von 20 bis 100€ pro Person für eine Behandlung, werden die Kosten ob früher oder später spürbar werden, von der Plage für die Menschen gar nicht zu sprechen. Jetzt schon geben ca. 10-15% Schüler bei Massenuntersuchungen an, schon mindestens einmal Krätze gehabt zu haben (eigene Beobachtungen). Massenbehandlungsaktionen flussabwärts sind aufwendig, kostspielig und bedürfen eines großen Personaleinsatzes [3]. Die Kosten dafür verbleiben bei der Kommune bzw. dem Landkreis. Und all das für eine Krankheit, die flussaufwärts besser angegangen werden könnte. Mit wegschauen, zerreden und sonstigem Neglect ist der Krätze nicht beizukommen. Mit welchem Recht und Anspruch wollen wir der Welt erklären, wie sie Ebola in den entlegensten und ärmsten Regionen abfangen soll [16], wenn wir hierzulande nicht einmal in der Lage sind, mit der Krätze fertig zu werden?

Was ist zu tun? - Forderungen

Die Krätze ist eine Infektionskrankheit mit optimalen Voraussetzungen, um mit entsprechenden Bemühungen nachhaltig unter Kontrolle gebracht werden zu können. Es handelt sich um eine Hautkrankheit, bei der es zur Diagnostik nur der Inaugenscheinnahme bzw. Untersuchung der

Hautoberfläche mit dem bloßen Auge, ggf. unter Zuhilfenahme einer Lupe, bedarf und die man gut behandeln kann, sowohl im individuellen Therapieansatz als auch im Kollektivansatz, sprich Massenaktionen einschließlich PEP.

1. Obere Behörden: Surveillance – Meldepflicht sofort

Laut §6 IfSG haben wir heute mehr als 20 Krankheiten bzw. Krankheitsgruppen und mehr als 60 Erreger nach §7 IfSG, die meldepflichtig sind und von den Gesundheitsämtern bearbeitet werden müssen. Viele davon bieten bei weitem nicht die günstigen Voraussetzungen für effiziente Interventionen wie die Krätze. Bis heute möchte das RKI nicht einmal die Daten nach §§34 und 36 IfSG aus den Gesundheitsämtern weitergeleitet haben; auf Landesebene ist dies nicht anders. Es ist Zeit zur Umkehr! Nur wenn wir über die Krankheit früher Bescheid wissen, können wir flussaufwärts früher einschreiten und Familien bzw. Wohnblocks aufsuchen oder ärztliche Kollegen ansprechen, die scheinbar die PEP nicht durchführen und deshalb mehr Fälle akkumulieren.

2. Ärzteschaft: Umdenken, Compliance und dringende Fortbildung

Die Ärzteschaft muss dringend in Sachen Krätze, ihrer Diagnose und Behandlung, fortgebildet werden. Klar kann einen die Krätze auch einmal irreführen, da das Erscheinungsbild sehr variieren kann, je nach Stadium der Erkrankung und dem Immunitätszustand des Patienten. Aber viele Fehldiagnosen sind ein Alarm, denn sie befördern die Übertragung. Mit einem CME Artikel bzw. einer Fortbildungspflicht binnen eines eng festzulegenden Zeitraums wären wir schon einen Schritt weiter. Eine nochmalige Rückversicherung der Kassenärztlichen Vereinigungen über Erstattung der PEP via §23 SGB V bzw. eine Ausnahme aus dem Budget, da die Maßnahmen IfSG basiert sind, wäre hilfreich, zumindest für die Kollegen, die noch nicht einsichtig sind. Kenntnisse zum richtigen Umgang sowohl mit Ivermectin als auch Cremes und Lotionen sind zu fordern.

Die Präpatenzzeit kann bei Skabies 2 bis 6 Wochen betragen [3]. Dies ist eine wissenschaftliche Grauzone, aber es ist anzunehmen, dass die Ansteckungsfähigkeit unmittelbar vor dem Ablauf der Inkubationszeit und damit einsetzenden Symptomen besonders hoch ist. Auch dieser Faktor ist vielen Ärzten unbekannt. Enge Kontaktpersonen nicht mit zu behandeln ist ein Kunstfehler! Ivermectin is a drug and a tool! [4]. Behandlungsmisserfolge bei nur partiell auf die erkrankten Hautstellen aufgetragenen Cremes, zeugen ebenso von dem Prinzip der Präpatenzzeit.

3. Krankenkassen: Rezeptierung durch Gesundheitsämter

Krankenkassen müssen dringend verstehen, dass ohne PEP die Krätze nicht eingedämmt werden kann und die Kosten rasant ansteigen werden bzw. schon angestiegen sind. Die Widerstände gegen die Bezahlung der PEP sind umgehend aufzugeben. Ganz im Gegenteil, die Krankenkassen bzw. die Kassenärztlichen Vereinigungen könnten von sich aus Vertragsärzte ansprechen, sich einer wirkungsvollen Behandlung der Krätze zu verpflichten. Um die Familien von Erkrankten, die bei Massenaktionen erkannt werden, und Erkrankte, die bei der aufsuchenden Tätigkeit der Gesundheitsämter diagnostiziert werden, zügig behandeln zu können, ist die

Verordnungsmöglichkeit durch die Gesundheitsämter, zum Beispiel auf Basis von §19 IfSG, finanziert durch die Krankenkassen, zu ermöglichen. Rezepte von Gesundheitsämtern sollten deshalb möglich sein, auch bei gesetzlich Krankenversicherten.

4. Hersteller von Ivermectin: Infectopharm

Die Firma Infectopharm sollte die Preisgestaltung überdenken und für die entsprechende Versorgungssicherheit mit dem Medikament sorgen. Die größeren Packungsgrößen (16 bzw. 20 Tabletten) sind entsprechend Zulassung durch das BfArM einzufordern, um damit den deutschen Markt zu beliefern. Für PEP sind sie geboten. Laut Deutscher Apotheker Zeitung (14.1.2019) sind angeblich mehrere Anträge für weitere Generika beim BfArM anhängig. Ob dies den Preis in Bewegung kommen lässt, bleibt abzuwarten.

5. BMG: Aufklärung und offener Umgang von Seiten des BMG und seiner nachgeordneten Behörden ist zu fordern

Unsere Bevölkerung hat eine bessere Fürsorge verdient. Bei Massenaaktionen zeigte sich bisher eine außerordentlich hohe Compliance von Schülern, Eltern und Lehrern [3]. PEP ist „common sense, not rocket science“ und so liegt es nicht an der Akzeptanz durch Schüler, Eltern und Angehörige. Verleugnung einer Krankheit bzw. ihrer Ausmaße und wie man sie eindämmen kann, hat in der Geschichte der Menschheit im Allgemeinen und in der Seuchenkontrolle im Besonderen noch nie etwas genützt. Man darf nicht länger zuschauen, wie eine Epidemie unerhörten Ausmaßes unwidersprochen ihren Lauf nimmt. Die konsequente und richtige Antwort auf die Krätze wäre gewesen: ja die Migration hat Kollateraleffekte, aber wir tun unser Möglichstes, um diese aufzufangen. Da aber genau dies nicht passiert, tabuisiert man das Thema und geht es höchst unprofessionell an [17].

Das BMG und seine nachgeordneten Behörden und auch die Länderministerien sind aufgefordert in Sachen Krätze, eine konsequentere und bessere Arbeit zu machen als bisher. Mit einer umfassenden, konzertierten Aktion könnten wir es vielleicht noch schaffen, die Krätze in Deutschland in den Griff zu bekommen bevor sie uns gänzlich über den Kopf wächst. Ein gutes Bild im globalen Zusammenhang in Sachen „health care efficiency“ geben wir da ohnehin nicht ab; auch nicht in Sachen konzertierter Aktion mit der Weltgemeinschaft [18, 19]. Wie das chinesische Sprichwort sinngemäß sagt: „Was ist der beste Zeitpunkt einen Apfelbaum zu pflanzen? Vor 20 Jahren, dann kann ich jetzt viele Äpfel ernten. Was ist der zweitbeste Zeitpunkt? Heute“. Also lassen sie uns nicht länger warten, packen wir es an.

Danksagung

Herrn Dr. Jörg Bätzing, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland, Berlin, gebührt mein Dank für den Hinweis auf die Graphik des Monats Oktober 2017.

Literatur

1. Kühne A, Gilsdorf A: Ausbrüche von Infektionskrankheiten in Gemeinschaftsunterkünften für Asylsuchende 2004-2014 in Deutschland. Bundesgesundheitsbl 2016; 59: 570-7.
2. Zola IK, 1970. River analogy; zitiert nach McKinlay JB, 1979: A case for refocusing upstream: The political economy of illness. In J. Gartley (Ed.) Patients, physicians and illness: A sourcebook in behavioral science and health (pp. 9-25). New York, NY: Free Press
3. Weigl JAI. Fallhäufungen von Skabies an Schulen und Einsatz von Ivermectin. Das Gesundheitswesen 2018; 80: 360-4.
4. Weigl JAI. Ivermectin – a drug and a tool. 2019: eingereicht
5. Fox LAM: Ivermectin: uses and impact 20 years on. Curr Opin Infect Dis 2006; 19: 588-93.
6. Naase B. Bekanntmachung nach §79 Absatz 5 des Arzneimittelgesetzes (AMG) Bundesanzeiger (2.9.2015).
7. Arendt M: Jenfeld – Krätze-Chaos im Flüchtlings-Camp. Bild 19.8.2015. (<http://www.bild.de/regional/hamburg/kraetze/kraetze-chaos-im-fluechtlings-camp-42232084.bild.html>) (am 19.7.2017 aufgesucht).
8. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland. Graphik des Monats Oktober 2017: In Deutschland nehmen die Diagnosen für Krätze zu. <https://www.zi.de/presse/archiv/grafik-des-monats/2017/> (am 12.3.2019 aufgesucht)
9. Salavastru CM, Chosidow O, Boffa MJ, Janier M, Tiplica GS: European guideline for the management of scabies. Eur Acad Derma Venerol 2017; Jun 22 doi: 10.1111/jdv. 14351.
10. Sunderkötter C, Feldmeier H, Fölster-Holst R et al.: S1-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der Skabies. AWMF-Registernummer: 013-052; Januar 2016.
11. InfectoPharm Fachinformationen: Scabioral® 3 mg Tablette, Februar 2016.
12. Merck & Co. Fachinformationen: Stromectol® 3 mg Tablette, 28.9.2001.
13. Grunert D, Zylka-Menhorn V: Nobelpreis für Medizin 2015 – Scharfe Waffen gegen drei gefürchtete Parasiten. Dtsch Ärztebl 2015; 112 (41): A1650-2 (9.10.2015).
14. RKI-Ratgeber für Ärzte: Skabies (Krätze). Epidemiol Bull 2016; (27) 229-38 (11.7.2016).
15. Carstens M, Tönnemann C. Die Krätze kehrt zurück. Kieler Nachrichten vom 17.11.2017.
16. Richter-Kuhlmann E. Globale Gesundheit - Input der Wissenschaft. Deutsches Ärzteblatt 2017; 114 (13): A620-2.
17. Stoll A. Krätzemilbe tritt offenbar in Zyklen auf. Kieler Nachrichten vom 26.6.2018.
18. Engelman D, Kiang K, Chosidow O et al: Toward the global control of human scabies: introducing the International Alliance for the Control of Scabies. Plos Neglected Tropical Diseases 2013; 7 (8): 1-4; e2167.
19. Currie BJ: Scabies and global control of neglected tropical diseases. N Engl J Med 2015; 373: 2371-2.

Abbildung: Verordnungen von anti-Skabiesmitteln und Anzahl an Patienten mit Krätze bei gesetzlich krankenversicherten in Deutschland 2009-2017. Daten des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (<https://www.zi.de/presse/archiv/grafik-des-monats/2017>)

