

ROBERT KOCH INSTITUT



AKTUELLE DATEN UND INFORMATIONEN
ZU INFektionsKRANKHEITEN UND PUBLIC HEALTH

1
2025

2. Januar 2025

Epidemiologisches Bulletin

RKI-Ratgeber Kopflausbefall

Inhalt

RKI-Ratgeber Kopflausbefall

3

Kopfläuse (*Pediculus humanus capitis*) sind weltweit verbreitet und werden häufiger bei Grundschulkindern (7–9 Jahre) nachgewiesen. Kopflausbefall hat nichts mit fehlender Sauberkeit zu tun, da Kopfläuse durch das Waschen der Haare mit gewöhnlichem Shampoo nicht beseitigt werden. Enge zwischenmenschliche Kontakte, bei denen sich Haare verschiedener Personen berühren können, begünstigen die Verbreitung von Kopfläusen. Sie können zu allen Jahreszeiten auftreten. Ihre Verbreitung wird durch zu späte oder fehlende Information von Kontaktpersonen über aufgetretenen Kopflausbefall und fehlende oder unzureichend wirksame Behandlungsmaßnahmen begünstigt. Der RKI-Ratgeber gibt einen detaillierten Überblick über die Eigenschaften und Verbreitung der Kopflaus, Symptome, Diagnostik und Therapie des Kopflausbefalls sowie Präventionsmaßnahmen.

RKI guidelines on head lice

Head lice (*Pediculus humanus capitis*) are found worldwide and most frequently in primary school children (7–9 years). Head lice infestation is not caused by a lack of hygiene, as head lice are not eliminated by washing the hair with ordinary shampoo. Instead, the spread is promoted by close interpersonal contact, i. e. direct head-to-head contact. Head lice can occur at any time of the year. The spread of head lice is facilitated if the information regarding the infestation is lacking or passed on too late or when treatment proves insufficient. The RKI guidelines provide a detailed overview of the characteristics and distribution of head lice, symptoms, diagnosis, as well as treatment of head lice infestation and prevention measures.

(Article in German)

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten: 52. Woche 2024

12

Monatsstatistik nichtnamentlicher Meldungen ausgewählter Infektionen: Oktober 2024

15

Impressum

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20, 13353 Berlin
Telefon: 030 18754-0
E-Mail: EpiBull@rki.de

Redaktion

Dr. med. Jamela Seeadt
(Ltd. Redakteurin)
Dr. med. Maren Winkler
(Stellv. Redakteurin)

Redaktionsassistenz

Nadja Harendt

Allgemeine Hinweise/Nachdruck

Die Ausgaben ab 1996 stehen im Internet zur Verfügung:
www.rki.de/epidbull

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die Meinung des Robert Koch-Instituts wider.

Dieses Werk ist lizenziert unter einer [Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).



ISSN 2569-5266



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit.

RKI-Ratgeber Kopflausbefall

Präambel

Die Herausgabe der RKI-Ratgeber erfolgt durch das Robert Koch-Institut (RKI) auf der Grundlage des §4 Infektionsschutzgesetz (IfSG). Zielgruppe der RKI-Ratgeber sind Fachkreise, u. a. Ärztinnen und Ärzte, medizinisches Fachpersonal und der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD). Informationen zu wichtigen Infektionskrankheiten sollen aktuell und konzentriert der Orientierung dienen. Die Beiträge werden in Zusammenarbeit mit den Nationalen Referenzzentren (NRZ), Konsiliarlaboren (KL) sowie weiteren Expertinnen und Experten erarbeitet. Die RKI-Ratgeber sind auf der Internetseite des RKI (www.rki.de/ratgeber) abrufbar. Neu erstellte RKI-Ratgeber und deutlich überarbeitete Folgeversionen werden im *Epidemiologischen Bulletin* (www.rki.de/epidbull) veröffentlicht.

Erstveröffentlichung im *Epidemiologischen Bulletin* 47/2003.

Vollständig aktualisierte Fassung veröffentlicht im *Epidemiologischen Bulletin* 01/2025.

Erreger

Die Kopflaus des Menschen (*Pediculus humanus capitis*) ist ein Insekt, das als stationärer Ektoparasit im Kopfhaar des Menschen lebt. Bei massivem Befall können Kopfläuse gelegentlich auch an anderen behaarten Stellen des Oberkörpers (z. B. Bart, Augenbrauen, Achselhaare) vorkommen.

Ausgewachsene Kopfläuse sind etwa 2,1–3,3 mm groß. Läuse haben drei Beinpaare mit klauenartigen Fortsätzen, mit denen sie sich gut an den Haaren festhalten und fortbewegen können. Mit ihren Mundwerkzeugen können sie stechen und saugen. Sie nehmen mehrmals täglich Blut als Nahrung auf. Zugleich bringen sie Speicheldrüsensekrete in die Wunde ein, die Fremdkörperreaktionen und häufig Juckreiz hervorrufen. Kopfläuse übertragen in unseren Breiten keine Krankheitserreger. Sie verbreiten sich leicht weiter, falls dies nicht verhindert wird.

Der **Lebenszyklus** der Kopflaus verläuft vom Ei über drei Larven- bzw. Nymphenstadien (0,8–2,1 mm groß) bis zur adulten Laus (Imago). Aus entwicklungsfähigen Eiern, die in der Regel bis höchstens 1 cm von der Kopfhaut entfernt an den Haaren zu finden sind, schlüpfen etwa 7–8 (6–10) Tage nach der Eiablage Larven. Diese werden nach etwa 9–11 Tagen geschlechtsreif. Vom Ei bis zur ersten Eiablage der Weibchen dauert es etwa 17–22 Tage. Weibchen heften ihre ovalen, 0,8 mm langen gedeckelten Eier (deren sichtbare Chitinhüllen auch als Nissen bezeichnet werden) in der Regel nah der Kopfhaut wasserunlöslich an die Haare. Im Laufe ihres etwa 4 Wochen währenden Lebens können sie etwa 90–140 Eier produzieren. Da Kopfläuse sich sehr gut an die gleichbleibenden Bedingungen am menschlichen Kopf angepasst haben (Temperaturoptimum um 28–29°C), werden sie getrennt vom Wirt durch fehlende Blutmahlzeiten relativ schnell geschwächt und überleben bei Zimmertemperatur in der Regel nicht mehr als 2 Tage, im Ausnahmefall 3 Tage.

Vorkommen

Kopfläuse sind **weltweit** verbreitet und werden häufiger bei Grundschulkindern (Hauptmanifestationsalter 7–9 Jahre) nachgewiesen. Kopflausbefall hat nichts mit fehlender Sauberkeit zu tun, da Kopflausbefall durch das Waschen der Haare mit gewöhnlichem Shampoo nicht beseitigt wird. Enge zwischenmenschliche Kontakte, bei denen sich Haare verschiedener Personen berühren können (wie im Familien- und Freundeskreis oder auch in Gemeinschaftseinrichtungen), begünstigen die Verbreitung von Kopfläusen. Kopfläuse können zu allen Jahreszeiten auftreten. Ihre Verbreitung wird durch zu späte oder fehlende Information von Kontaktpersonen über aufgetretenen Kopflausbefall und fehlende oder unzureichend wirksame Behandlungsmaßnahmen begünstigt.

Reservoir

Der Mensch ist die einzige Wirtsspezies, an der die Kopflaus überleben kann.

Infektionsweg

Läuse neigen von ihrer Natur her nicht dazu, ihren Lebensraum, den behaarten Kopf zu verlassen. Wenn eine Übertragung erfolgt, so hauptsächlich direkt von Mensch zu Mensch bei engem Kontakt durch Überwandern der Parasiten von Haar zu Haar („Haar-zu-Haar-Kontakt“).

Vereinzelte ist die Übertragung aber auch indirekt über Gegenstände nicht auszuschließen, die mit dem Haupthaar in Berührung kommen und die innerhalb einer kurzen Zeitspanne gemeinsam benutzt werden (Kämme, Haarbürsten, Schals, Kopfbedeckungen – u. U. bis hin zu Fahrradhelmen, Kopfunterlagen u. a.).

Läuse können mit ihren Klammerbeinen nicht springen oder größere Strecken außerhalb des Wirtes zurücklegen. Haustiere sind keine Überträger von Kopfläusen.

Inkubationszeit

Eine Inkubationszeit im üblichen Sinn existiert nicht. Es handelt sich um einen Ektoparasitenbefall, der von Beginn an nachgewiesen und beseitigt werden kann. Ein Befall durch reproduktionsfähige Läuse führt mit zunehmender Dauer zu einer Erhöhung der Individuenzahl im Kopfhaar (siehe Kapitel „Erreger“).

Klinische Symptomatik

Die Stiche der Kopfläuse (in der Regel alle 4–6 Stunden) können zu hochroten urtikariellen Papeln und zum **Leitsymptom Juckreiz** mit entsprechenden Kratzeffekten wie Exkoriationen (oberflächliche Verletzungen der Haut, die bis in die oberste Schicht der Lederhaut reichen) und Krustenbildung führen. Durch bakterielle Superinfektionen kann das klinische Bild eines (sekundär bakteriell superinfizierten) Ekzems entstehen, bevorzugt hinter den Ohren, am Hinterkopf und im Nacken. Weiterhin kann es

zu regionalen Lymphknotenschwellungen kommen (okzipitale und/oder zervikale Lymphadenitis).

Dauer der Ansteckungsfähigkeit

Ansteckungsfähigkeit ist gegeben, solange die Betroffenen mit mobilen Läusen befallen und noch nicht mit wirksamen Mitteln oder Verfahren zur Befallsbeseitigung behandelt worden sind.

Von einzelnen Erstlarven, die an Tagen nach der Erstbehandlung des Kopflausbefalls u. U. noch aus den Eiern schlüpfen können, geht zunächst keine akute Ansteckungsgefahr aus. Sie müssen jedoch innerhalb der folgenden Tage durch nasses Auskämmen mit einem Läusekamm entfernt und durch eine obligate Wiederholungsbehandlung (siehe Therapie) abgetötet werden.

Wird die Wiederholungsbehandlung mit einem zur Beseitigung des Kopflausbefalls geeigneten Mittel nicht oder nicht rechtzeitig durchgeführt und einzelne Läuse überleben, wird der Befall aufrechterhalten und die Ansteckungsfähigkeit besteht weiter.

Diagnostik

Die Diagnose wird bei einer systematischen Untersuchung des behaarten Kopfes durch den Nachweis von lebenden Läusen gestellt.

Es wird empfohlen, das mit Wasser und einer Haarpflegespülung angefeuchtete Haar mittels eines Läusekamms zu untersuchen. Dies sind spezielle Kämmen, deren Zinken nicht mehr als 0,2 mm voneinander entfernt und wenig elastisch sind, so dass die Läuse und Eier erfasst werden können. Zum Auffinden der Läuse muss das Haar systematisch Strähne für Strähne gekämmt werden, bis die Haarpflegespülung ausgekämmt ist (Reste werden ausgespült). Der Kamm sollte so geführt werden, dass er von der Kopfhaut aus fest zu den Haarspitzen heruntergezogen wird. Nach jedem Kämmen sollte der Kamm sorgfältig auf Läuse untersucht werden (z. B. mittels Lupe, Abstreifen auf Küchenpapier). Evtl. gefundene Läuse müssen beseitigt werden.

Je mehr Läuse auf dem Kopf leben, umso leichter sind Einzeltiere auffindbar und der Befall erkenn-

bar. Zum Nachweis von Einzeltieren kann eine längere Untersuchungsdauer erforderlich sein oder Untersuchungen sollten zur Sicherheit täglich oder nahezu täglich durchgeführt werden.

Eier werden häufiger nachgewiesen, hier muss jedoch zwischen entwicklungsfähigen und abgestorbenen Eiern bzw. leeren Eihüllen (Nissen) unterschieden werden. Entwicklungsfähige Eier sind im Haar durch ihre gelbliche bis mittelbräunliche, ggf. leicht gräuliche Färbung schwerer zu finden. Sie haften am Haar meist nahe der Kopfhaut. Besonders gut sind die Eier der Läuse hinter den Ohren sowie in der Schläfen- und Nackengegend zu entdecken. Sie haften sehr fest am Haar und können nicht abgestreift werden, im Gegensatz zu Kopfschuppen oder Haarspraypartikel, die sich von den Haaren ablösen lassen. Die durchscheinenden, weißlichen bis perlmuttartig schimmernden, leeren Eihüllen sind leichter zu entdecken. Da Kopfläuse ihre Eier möglichst nah an der Kopfhaut ablegen, die Larven nach 6–10 Tagen schlüpfen und das Haar etwa 10 mm im Monat wächst, sind Eihüllen, die weiter als 1 cm von der Kopfhaut entfernt sind, in der Regel leer.

Therapie

Eine optimale Behandlung besteht nach heutiger Auffassung in der Kombination geeigneter chemischer und physikalischer Verfahren, so dass synergistische Effekte genutzt werden können. Das mitunter empfohlene Abtöten von Läusen und Eiern durch die Anwendung von Heißluft, z. B. mittels eines Föhns, ist unzuverlässig und kann zu erheblichen Kopfhautschädigungen führen, so dass grundsätzlich davon abzuraten ist. Ebenso sind ein Saunaaufenthalt oder Hausmittel wie Essigwasser zur Abtötung der Läuse ungeeignet.

Topische Behandlung mit pedikuliziden Substanzen

Es gibt mehrere wirksame Kopflausmittel auf dem Markt. Um sicherzustellen, dass die Anwendung eines Kopflausmittels zur Beseitigung des Läusebefalls führt, wird ein Vorgehen gemäß Kapitel „Empfohlenes Behandlungsschema bei Kombination beider Verfahren“ empfohlen. Bei behördlich angeordneten Bekämpfungsmaßnahmen von Ge-

sundheitsschädlingen gemäß §17 IfSG dürfen nur Mittel und Verfahren verwendet werden, die gemäß §18 IfSG unter Federführung des Umweltbundesamtes (UBA) geprüft und anerkannt worden sind. Neben der Begutachtung von Wirksamkeitsstudien werden am UBA auch eigene Untersuchungen zur Wirksamkeit von Mitteln und Verfahren gegen Läuse des Menschen durchgeführt. Für eine Anerkennung gemäß §18 IfSG muss der Kopflausbefall innerhalb eines Behandlungszyklus gemäß Gebrauchsinformation getilgt sein. Zudem dürfen die Mittel und Verfahren keine unvermeidbaren Auswirkungen auf die menschliche Gesundheit und die Umwelt haben. Die gültige Liste der geprüften und geeigneten Mittel und Verfahren zur Bekämpfung von Gesundheitsschädlingen einschließlich Kopfläusen gemäß §18 IfSG veröffentlicht das UBA unter <https://www.umweltbundesamt.de/dokument/liste-ss-18-infektionsschutzgesetz>

Da Kopflausmittel nicht zuverlässig alle Eier abtöten und in Abhängigkeit vom Mittel und dessen Anwendung Larven noch nach der **Erstbehandlung** schlüpfen können, muss innerhalb eines engen Zeitfensters unbedingt eine **Wiederholungsbehandlung** mit dem Kopflausmittel durchgeführt werden (am Tag 8, 9 oder 10, optimal Tag 9 oder 10). Dieser enge zeitliche Rahmen ergibt sich, weil bis zum 7. bzw. 8. Tag noch Larven schlüpfen und ab dem 11. Tag junge Weibchen bereits neue Eier ablegen können.

Mögliche Faktoren bei der Behandlung, die das Überleben nicht nur von Eiern, sondern auch von Läusen begünstigen, sind:

- ▶ zu kurze Einwirkzeiten
- ▶ zu sparsames Ausbringen des Mittels
- ▶ eine ungleichmäßige Verteilung des Mittels
- ▶ eine zu starke Verdünnung des Mittels in zu nassem Haar
- ▶ das Unterlassen oder eine zu späte Durchführung der Wiederholungsbehandlung.

In anderen europäischen Ländern (z. B. Großbritannien, Dänemark) und auch weltweit wurden in der Praxis Resistenzen insbesondere gegen Mittel beobachtet, für die in der Gebrauchsinformation jahrzehntlang eine Einmalbehandlung als ausreichend vorgegeben worden ist, u. a. mit insektiziden Wirkstoffen wie Permethrin und Malathion (in Deutsch-

land nicht als Läusemittel zugelassen). Da genetische Veränderungen in Kopfläusen, die mit einer reduzierten Empfindlichkeit gegenüber Pyrethroiden assoziiert sind (sogenannte *ksr*-Mutationen), auch in Deutschland nachgewiesen worden sind, erfordert das eine erhöhte Aufmerksamkeit bei der Anwendung von Pyrethroid-basierten Kopflausmitteln und Überprüfungen des Behandlungserfolges an den Folgetagen.

Generell sollte der Behandlungserfolg nach der Anwendung von Mitteln (Medizinprodukten und Arzneimitteln) und Verfahren zur Kopflausbekämpfung durch mehrere **Kämmkontrollen mit einem Läusekamm an den Tagen nach den Behandlungen** durch die Anwendenden überprüft werden.

Nasses Auskämmen

„Nasses“ Auskämmen mit Haarpflegespülung und Läusekamm in vier Sitzungen an den Tagen 1, 5, 9 und 13 führte gemäß einer Studie bei 57 % der behandelten Kinder zur Entlausung (Hill et al., 2005) und hat somit nicht nur einen diagnostischen, sondern auch einen therapeutischen Wert. Wird dieses Verfahren allein angewandt, sollte es möglichst noch häufiger praktiziert werden, idealerweise täglich. Werden an mehreren Kontrolltagen keine Läuse mehr gefunden, sollte der Behandlungserfolg ab Tag 17 weiter in größeren Abständen (z. B. wöchentlich) überprüft werden. Das Verfahren ist zeitaufwändig und erfordert viel Geduld von behandelnden Personen und Betroffenen. In Kombination mit einer topischen Behandlung sichert es eine hohe Erfolgsquote.

Empfohlenes Behandlungsschema bei Kombination beider Verfahren

Es sollten mindestens folgende Schritte vorgenommen werden, weitere Kämmtermine (*) verbessern die Wirksamkeit und sichern eine bessere Erfolgsüberprüfung:

Tag 1: Mit einem wirksamen Kopflausmittel behandeln, nach dem Auswaschen des Kopflausmittels nass mit geeignetem Läusekamm auskämmen.

Tag 2 (*): Auskämmen mit Läusekamm, vorzugsweise nass (zur Kontrolle des Behandlungserfolges).

Tag 5: nasses Auskämmen, um nachgeschlüpfte Larven zu entfernen.

Tag 8, 9 oder 10: Wiederholungsbehandlung mit dem Kopflausmittel (Abtötung nachgeschlüpfter Läusestadien), nach dem Auswaschen nasses Auskämmen.

Tag 1 nach Wiederholungsbehandlung (*): Auskämmen mit Läusekamm, vorzugsweise nass (zur Kontrolle des Behandlungserfolges).

Tag 13: Kontrolluntersuchung durch nasses Auskämmen.

Tag 17: Kontrolluntersuchung durch nasses Auskämmen.

Woche 1 danach (*): Auskämmen mit Läusekamm, vorzugsweise nass (zur Kontrolle des Behandlungserfolges).

Woche 2 danach (*): Auskämmen mit Läusekamm, vorzugsweise nass (zur Kontrolle des Behandlungserfolges).

Weitere Hinweise zur Therapie: Bezüglich der Anwendung und der möglichen Nebenwirkungen von Kopflausmitteln sind die Herstellerangaben sorgfältig zu beachten. Bei fehlender Erfahrung sollte ganz besonders bei der Behandlung von Kleinkindern ärztlicher Rat eingeholt werden. Während der Schwangerschaft und in der Stillzeit, bei multipler Überempfindlichkeit gegen chemische Substanzen (MCS-Syndrom) und Chrysanthemenallergie wird empfohlen, Kopfläuse rein physikalisch durch nasses Auskämmen mit dem Läusekamm zu entfernen.

Infektionsschutz- und Präventivmaßnahmen

1. Primärpräventive Maßnahmen

Besonders in Gemeinschaftseinrichtungen und im Kindes- und Jugendalter muss immer mit dem Auftreten von Kopfläusen gerechnet werden. Ihrer Ausbreitung kann dann durch entsprechende Aufmerksamkeit und geeignete Maßnahmen verlässlich entgegengewirkt werden. Erziehende und Be-

treuende sollten über ein Grundwissen bezüglich des Erkennens von Kopflausbefall und der notwendigen Maßnahmen der Verhütung und Bekämpfung verfügen. Informationsmaterial sollte vorrätig sein (siehe <https://shop.bzga.de/kopflaeuse-was-tun-c-103/>).

2. Maßnahmen bei Einzelerkrankungen

Festgestellter Kopflausbefall erfordert ohne Zeitverzug (möglichst noch am Tag der Feststellung – Tag 1): Bei den Personen mit dem Befall den Beginn einer sachgerecht durchgeführten Behandlung (s. Kapitel „Therapie“ und dessen Unterabschnitte).

Nach der sachgerechten Erstanwendung eines zur Beseitigung des Kopflausbefalls geeigneten Mittels, ergänzt durch sorgfältiges Auskämmen des mit Wasser und Pflegespülung angefeuchteten Haars mit einem Läusekamm ist eine Weiterverbreitung auch bei noch vorhandenen vitalen Eiern mit hoher Wahrscheinlichkeit nicht mehr zu befürchten.

Verantwortung der Eltern: Wird bei einem Kind oder Jugendlichen Kopflausbefall festgestellt, obliegt den Erziehungsberechtigten die Durchführung der genannten Maßnahmen. Eltern sind gemäß § 34 Abs. 5 IfSG verpflichtet, der Gemeinschaftseinrichtung, die ihr Kind besucht, Mitteilung über einen beobachteten Kopflausbefall, auch nach dessen Behandlung, zu machen. Den Eltern sollte bewusst sein, dass das rasche Erkennen, Kommunizieren und Behandeln eines Kopflausbefalls und deshalb die pflichtgemäße Mitteilung darüber eine Voraussetzung für die erfolgreiche Verhütung und Bekämpfung in der Einrichtung sind. Kopflausbefall betrifft zum Feststellungszeitpunkt in den seltensten Fällen nur ein Mitglied einer Gruppe. Die Erziehungsberechtigten sollten auch die Durchführung der Behandlung bestätigen (ob diese elterliche Rückmeldung mündlich oder schriftlich erfolgen soll, richtet sich nach den örtlichen Regelungen).

Hygienemaßnahmen in Haushalt, Kindergarten und Kinderhort: Da Kopfläuse sich nur auf dem menschlichen Kopf ernähren und vermehren können, sind Reinigungs- und andere Maßnahmen von untergeordneter Bedeutung und dienen vorsorglich der Unterbrechung eventuell möglicher Übertragungsvorgänge:

- ▶ Käämme, Haarbürsten, Haarspangen und -gummis sollen in heißer Seifenlösung gereinigt werden.
- ▶ Schlafanzüge und Bettwäsche, Handtücher und Leibwäsche sollen gewechselt werden.
- ▶ Kopfbedeckungen, Schals und weitere Gegenstände, auf die Kopfläuse gelangt sein könnten, sollen für 3 Tage in einer Plastiktüte verpackt aufbewahrt werden.
- ▶ Insektizidsprays sind nicht nötig.

Diese Maßnahmen können das Untersuchen und Behandeln der Personen im näheren Umfeld des zuerst erkannten Falles mit Kopflausbefall lediglich ergänzen (siehe Kapitel „Erreger“).

In § 34 Abs. 1 IfSG wird geregelt, dass Personen mit Kopflausbefall bestimmte Tätigkeiten nicht ausüben dürfen, wenn sie in einer Gemeinschaftseinrichtung gemäß § 33 IfSG tätig sind. Das betrifft insbesondere Tätigkeiten, bei denen sie Kontakt zu den dort Betreuten haben. Gleiches gilt für die in der Gemeinschaftseinrichtung betreuten Personen, die die Gemeinschaftseinrichtung weder betreten oder benutzen, noch an Veranstaltungen der Einrichtung teilnehmen dürfen. Weitere Informationen sind im Abschnitt „5. Tätigkeits- und Betretungsverbote, Wiedezulassung“ zu finden.

3. Umgang mit Kontaktpersonen

Festgestellter Kopflausbefall erfordert ohne Zeitverzug (möglichst noch am Tag der Feststellung – Tag 1): Bei den Kontaktpersonen in Familie, Kinderinstitutionen, Schulen und anderen Gemeinschaftseinrichtungen (gleiche Gruppe oder Klasse) eine Information mit dem Ziel, eine Untersuchung und ggf. Behandlung zu veranlassen.

Eine prophylaktische Mitbehandlung von Kontaktpersonen im häuslichen Umfeld wird im Gegensatz zur Skabies lediglich bei sehr engen Kontaktpersonen empfohlen. Es müssen aber bei Kontaktpersonen bis 14 Tage nach dem letzten Kontakt vorzugsweise tägliche Läusekontrollen erfolgen, um einen Befall frühzeitig feststellen zu können und bei Läusenachweis zügig eine Kopflausbehandlung (siehe Kapitel „Therapie“) einzuleiten.

4. Maßnahmen bei Ausbrüchen

Auftreten von Kopflausbefall in einer Gemeinschaftseinrichtung ist ein gesundheitliches Problem, dessen Lösung in besonderer Weise vom Sachverstand des zuständigen Gesundheitsamtes profitiert. Meist gehen mit der Feststellung eines Falls schon mehrere unbekannte Fälle einher. Prinzipiell sind die gleichen Maßnahmen wie bei einem einzelnen Fall erforderlich, jedoch in größerem Umfang und mit besonders zuverlässigen Kontrollmechanismen. Alle Eltern oder Angehörigen müssen umfassend informiert werden. Das Gesundheitsamt legt in Abhängigkeit von der Situation und im Einvernehmen mit der betroffenen Einrichtung und den Eltern die notwendigen Maßnahmen fest; es unterstützt die Einrichtung ggf. bei deren Durchführung. In Kinderinstitutionen oder Schulen können Elternabende zusätzlich zur Ausgabe von Informationsmaterialien dazu beitragen, die Mitwirkung vieler Eltern in kurzer Zeit zu gewährleisten.

5. Tätigkeits- und Betretungsverbote, Wiederzulassung

In § 34 IfSG werden besondere Regelungen für Einrichtungen gemäß § 33 IfSG im Bereich Infektionsschutz festgelegt. Hierzu zählen u. a. Kinderkrippen, Kindergärten, Kindertagesstätten, Kinderhorte, Schulen oder sonstige Ausbildungseinrichtungen, Heime, Ferienlager und ähnliche Einrichtungen, in denen überwiegend Säuglinge, Kinder oder Jugendliche betreut werden.

Aufgaben in Gemeinschaftseinrichtungen: Leitungen von Gemeinschaftseinrichtungen sind verpflichtet, das Gesundheitsamt über einen mitgeteilten oder selbst festgestellten Kopflausbefall zu benachrichtigen und krankheits- und personenbezogene Angaben zu machen (s. a. Abschnitt „Gesetzliche Grundlagen“). Sie leiten eigenverantwortlich die Maßnahmen ein, die geeignet sind, eine Weiterverbreitung des Kopflausbefalls in der Einrichtung zu verhindern. Empfohlen wird eine Abstimmung des Vorgehens mit der zuständigen Gesundheitsbehörde.

Wenn der Kopflausbefall während des Aufenthalts in einer Kindereinrichtung oder Schule festgestellt wird und das betroffene Kind nicht anderweitig betreut werden kann, kann dem Verbleiben in der Ein-

richtung bis zum Ende des regulären Aufenthalts zugestimmt werden, sofern enge Kontakte in den folgenden Stunden vermieden werden können. Eine Stigmatisierung ist zu vermeiden.

Zur Wiederzulassung nach festgestelltem Kopflausbefall: Gemäß § 34 Abs. 1 IfSG schließt festgestellter Kopflausbefall eine Betreuung oder eine Tätigkeit in einer Gemeinschaftseinrichtung, bei der Kontakt zu den Betreuten besteht, zunächst aus. Grundsätzliche Voraussetzung dafür, dass Schulen und andere Gemeinschaftseinrichtungen für Kinder und Jugendliche wieder besucht werden können, ist, dass Maßnahmen durchgeführt wurden, die eine Weiterverbreitung mit hoher Sicherheit ausschließen, d. h. dass mit einem zur Beseitigung des Kopflausbefalls geeigneten Mittel korrekt behandelt wurde (Erstbehandlung). Das Komplettieren der empfohlenen Behandlung an den Folgetagen wird, auch nachdem die Einrichtung wieder besucht werden darf, vorausgesetzt. In welcher Form der Nachweis erbracht werden muss, dass eine Weiterverbreitung nicht mehr zu befürchten ist, regeln die für die Einrichtung zuständigen Behörden im Einvernehmen mit dem Gesundheitsamt. Eine mögliche praxisnahe Bedingung der Wiederzulassung ist – sofern das Gesundheitsamt eine Ausnahme vom gesetzlich normierten, „automatischen“ Besuchsverbot (gemäß § 34 Abs. 7 IfSG) grundsätzlich eingeräumt hat und die Leitung der Einrichtung dies ebenfalls für ausreichend hält – das Verlangen **einer unterzeichneten Bestätigung der Sorgeberechtigten**, dass eine Erstbehandlung korrekt durchgeführt und damit die Therapie begonnen wurde. Das Gesetz sieht das Einholen eines „ärztlichen Urteils“ auf der Grundlage des § 34 Abs. 1 IfSG vor.

Dazu wird angemerkt: Der § 34 IfSG bezieht sich auf 22 verschiedene Infektionskrankheiten und die „Verlausung“. Gegenüber diesen anderen Krankheiten, für die das IfSG ein Instrumentarium verschiedener Maßnahmen der Verhütung und Bekämpfung vorsieht, nimmt der Kopflausbefall eine Sonderstellung ein. Absicht des Gesetzgebers war es aber offensichtlich, hier die ärztliche Kompetenz und Verantwortung einzubeziehen. Das gesetzlich geforderte „ärztliche Urteil“ kann der Einrichtung dabei in verschiedener Form (z. B. als ärztliches Attest, persönlich oder auch fernmündlich) und so-

wohl aus der niedergelassenen Ärzteschaft als auch von Ärztinnen und Ärzten im ÖGD übermittelt werden. Es sind allerdings auch folgende Erfahrungen zu berücksichtigen: Der Nachweis von Kopfläusen erfordert zwar einige Grundkenntnisse, aber keine spezielle medizinische Sachkunde. Die Mehrzahl der Diagnosen wird von Eltern gestellt, die Mehrzahl der Behandlungen geschieht ohne ärztliche Konsultation, die zugelassenen Mittel wirken bei korrekter Anwendung zuverlässig. Eine sorgfältige Untersuchung des nassen Haares mit einem Läusekamm stellt zudem einen erheblichen Aufwand für eine ärztliche Praxis dar und Kosten hierfür werden von den Krankenversicherungen zurzeit (Stand Juni 2024) nicht übernommen. Da als sicher gilt, dass durch eine korrekt durchgeführte Erstbehandlung mit einem zur Beseitigung des Kopflausbefalls geeigneten Mittels die übertragbaren Entwicklungsstadien abgetötet werden, besteht fachlicher Konsens, dass dann eine unmittelbare Weiterverbreitung der Kopfläuse durch Betroffene nicht mehr zu befürchten ist und der weitere Besuch von Schulen und sonstigen Gemeinschaftseinrichtungen direkt nach einer solchen Behandlung auch ohne ärztliches Urteil gestattet werden kann. **So hat es sich als ein gangbarer Weg erwiesen, dass das Gesundheitsamt diese Ausnahme als vertretbar zulässt und sie u. U. den für die Kindergemeinschaftseinrichtungen Verantwortlichen als regelhafte Verfahrensweise empfiehlt.** Falls die Weiterverbreitung von Kopfläusen in einer Gemeinschaftseinrichtung zu einem Problem wird, gewinnt das „ärztliche Urteil“ im Sinne des § 34 Abs. 1 IfSG an Bedeutung.

Wichtig ist, dass seitens einer Gemeinschaftseinrichtung, in der Kopflausbefall festgestellt wurde, die Eltern der gleichen Gruppe oder Klasse selbstverständlich anonym über diese Feststellung unterrichtet und zur Untersuchung ihrer eigenen Kinder aufgefordert werden. In einer betroffenen Einrichtung sollten elterliche Rückmeldungen über durchgeführte Kopflausuntersuchungen und ggf. Behandlungen registriert werden, um Untersuchungslücken zu erkennen und schließen zu können. Je geringer die Kooperation der Eltern ist, desto größere Aufgaben kommen auf die pädagogischen Kräfte der Einrichtung und auf die Mitarbeitenden des Gesundheitsamtes zu. Ziel sollte sein, alle mit Kopfläusen befallenen Kinder oder Jugendlichen inner-

halb der betroffenen Gruppen möglichst schnell zu finden und die Kopflausbeseitigung bei allen Betroffenen zeitnah zu veranlassen.

Kinder, die in den ersten 3 Tagen nach Bekanntwerden des Kopflausbefalls keine elterliche Rückmeldung vorgelegt haben, sollten möglichst ab dem 4. Werktag nach Bekanntwerden des Kopflausbefalls untersucht werden. Es können auch Kontrolluntersuchungen innerhalb der gesamten Gruppe sinnvoll sein. Die Besonderheiten und das relativ häufige Auftreten des Kopflausbefalls bringen es nach den vorliegenden Erfahrungen mit sich, dass Personal einer Einrichtung oft über die Sachkunde und auch die Bereitschaft verfügt, die Gesamtheit der Maßnahmen durch erhöhte Wachsamkeit, Beobachtung und Einzelsprache wirksam zu unterstützen. Falls dies nicht ausreicht, wären mit dem Gesundheitsamt die Möglichkeiten einer Unterstützung durch sachkundiges Personal zu erörtern.

Die Eltern müssen durch Aufklärung und Anleitung zur Feststellung und Beseitigung eines Kopflausbefalls in den gesamten Prozess der Verhütung und Bekämpfung in der Einrichtung intensiv einbezogen werden. Insbesondere sind sie über eventuelle Kontrolluntersuchungen in der Einrichtung zu unterrichten und ihre Zustimmung ist einzuholen.

Aufgaben des Gesundheitsamtes: Das Gesundheitsamt wird durch die Benachrichtigung über einen Kopflausbefall gemäß § 34 Abs. 6 IfSG in die Lage versetzt, seinen Beitrag zur raschen Beendigung des Befalls zu leisten. Wenn anzunehmen ist, dass die Schule oder die Kinderbetreuungseinrichtung der Übertragungsort war, ergibt sich für das Gesundheitsamt die Aufgabe, sich um die betroffene Einrichtung zu kümmern – von der Beratung und der Empfehlung von Maßnahmen über die Kontrolle der Durchführung der empfohlenen Maßnahmen in der Einrichtung, u. U. bis hin zur Veranlassung der Untersuchung von Kindern. Eine Stigmatisierung ist hierbei zu vermeiden.

Gerade beim Kopflausbefall erweist sich die Einbindung des Gesundheitsamtes als nützlich, um eine sachlich und inhaltlich korrekte Information der Eltern und der pädagogischen Kräfte zu gewährleisten und ihre wirkungsvolle Zusammenarbeit zu

fördern. Bei Bedarf sollte geeignetes Informationsmaterial bereitgestellt werden. Es kommt vor allem darauf an, über die Einrichtung die aktive und sachgerechte Mitwirkung aller Eltern zu erreichen. Auf Ersuchen der Einrichtung kann es auch sinnvoll sein, Mitarbeitende des Gesundheitsamtes in die direkte Kommunikation mit den Erziehungsberechtigten aller Kinder der betroffenen Klasse/Kindergartengruppe einzubeziehen (z. B. im Rahmen von Elternabenden).

Die Erfahrungen zeigen, dass es bei nicht sachgerechter und konsequenter Durchführung der empfohlenen Maßnahmen zu einer weiteren Ausbreitung der Kopfläuse in einer Gemeinschaftseinrichtung kommt. Eine derartige Situation sollten die Verantwortlichen rechtzeitig erkennen und die nötige Unterstützung z. B. durch bedarfsgerechte Hilfsangebote mit dem Gesundheitsamt sicherstellen.

Gesetzliche Grundlagen

Meldepflicht gemäß IfSG

In Deutschland besteht keine krankheits- oder erregerspezifische Meldepflicht für Kopflausbefall gemäß IfSG.

1. Mitteilungspflicht der Eltern gemäß IfSG

Sorgeberechtigte sind gemäß § 34 Abs. 5 IfSG verpflichtet, der Gemeinschaftseinrichtung, die ihr Kind besucht, Mitteilung über einen beobachteten Kopflausbefall, auch nach dessen Behandlung, zu machen.

2. Benachrichtigungspflicht gemäß IfSG

Leiterinnen und Leiter von Gemeinschaftseinrichtungen haben gemäß § 34 Abs. 6 IfSG das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen,

- ▶ wenn in ihrer Einrichtung betreute oder betreuende Personen Kopflausbefall haben.

3. Übermittlung

entfällt

Beratung und Spezialdiagnostik

Das RKI führt keine individuelle medizinische Beratung zu Klinik und Therapie durch. Bitte wenden Sie sich diesbezüglich an Ärztinnen, Ärzte oder Kliniken in Ihrer Nähe.

Bezüglich Fragen zu Infektionsschutz und -prävention, kontaktieren Sie bitte Ihr zuständiges Gesundheitsamt (<https://tools.rki.de/plztool/>).

Weitere Informationen

▶ UBA

<https://www.umweltbundesamt.de/kopflaus>
<https://www.umweltbundesamt.de/dokument/liste-ss-18-infektionsschutzgesetz>

▶ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

<https://shop.bzga.de/kopflaeuse-was-tun-c-103/>

▶ RKI

https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/K/Kopflaus/Kopflaus_node.html

Anfragen zum Kopflausbefall sollten an das zuständige Gesundheitsamt gerichtet werden.

Fragen zur Biologie von Läusen des Menschen, Diagnostik von Läusebefall, Mitteln und Verfahren gegen Kopflausbefall und zu eventueller Resistenz können an Frau Dr. B. Habedank, UBA Berlin, gerichtet werden (E-Mail: birgit.habedank@uba.de).

Im RKI werden Anfragen aus der Ärzteschaft und der Fachöffentlichkeit, die grundsätzlicher Natur sind, beantwortet. Anfragen von Bürgerinnen und Bürgern oder aus Einrichtungen können hier nicht bearbeitet werden.

Literatur

- 1 Bales/Baumann/Schnitzler: Infektionsschutzgesetz, Kommentar, 2. Auflage 2003, speziell S. 237
- 2 Bialek R: Studie zur Therapie der Pediculosis capitis (Kopflausbefall) mit 0,5% Permethrin. Kinder- und Jugendarzt 2005; 36:197–202
- 3 DGPI-Handbuch: Infektionen bei Kindern und Jugendlichen. 4. Aufl., Futuramed-Verlag, München, 2003, S. 477–479
- 4 Feldmeier H: Pediculosis capitis. Kinder- und Jugendmedizin 2006; 6:249–259
- 5 Habedank B (2010): Läuse – Biologie, medizinische Bedeutung und Bekämpfung. In: Aspöck, H. (Hrsg.): Krank durch Arthropoden. Denisia 30: 191212. ISSN 1608-8700. https://www.zobodat.at/pdf/DE-NISIA_0030_0191-0212.pdf (Abrufdatum 8.8.2023)
- 6 Habedank B (2017): Kopflausmittel mit Tilgungswirkung für den Infektionsschutz. – Umwelt und Mensch Informationsdienst (UMID) – Umwelt & Gesundheit, Umweltmedizin, Verbraucherschutz, 2017 (1): 31-35. https://www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/360/publikationen/umid_o1_2017_o5.pdf (Abrufdatum 8.8.2023)
- 7 Haustein U-F: Wenn der Kopf juckt. Kinderärztl Praxis 2000, 3:177–180
- 8 Heukelbach J, Pilger D, Oliveira FA, Khakban A, Ariza L, Feldmeier H: A highly efficacious pediculicide based on dimeticone: randomized observer blinded comparative trial. BMC infectious diseases; Vol 8; p. 115, 2008
- 9 Heymann DL: Control of Communicable Diseases Manual. American Public Health Association, 18th ed., 2004, S. 396–399
- 10 Hill N et al.: Single blind, randomised, comparative study on the Bug Buster kit and over the counter pediculicide treatments against head lice in the United Kingdom. Br Med J 2005; bmj.com
- 11 Hunter JA, Barker SC: Susceptibility of head lice to pediculocides in Australia. Parasitol Res 2003; 90:467–478
- 12 Ko CJ, Elston DM: Pediculosis. J Am Acad Dermatol 2004; 50:1–12
- 13 Marre R, Mertens T, Trautmann M, Zimmerli W. (Hrsg.): Klinische Infektiologie. Urban&Fischer Verlag, München, Jena, 2008, S. 685–688
- 14 Mumcuoglu KY, Pollack RJ, Reed DL, Barker SC, Gordon S, Toloza AC, Picollo MI, Taylan-Ozkan A, Chosidov O, Habedank B, Ibarra J, Meinking TL, Vander-Stichele R: International recommendations for an effective control of head louse infestations. Int J Dermatol 2021, 60 (3): 272-280.
- 15 Nash B: Treating head lice. BMJ 2003; 326:1256–1257
- 16 Oliveira FA, Speare R, Heukelbach J: High in vitro efficacy of Nyda L, a pediculicide containing dimeticone. Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology: JEADV, Vol 21 (10), p. 1325–9, 2007/11
- 17 Roberts RJ: Head Lice. N Engl J Med 2003; 346:1645–1650
- 18 Umweltbundesamt (2023): Liste der geprüften Mittel und Verfahren zur Bekämpfung von Gesundheitsschädlingen, Krätzmilben und Kopfläusen gemäß § 18 Infektionsschutzgesetz. <https://www.umweltbundesamt.de/dokument/liste-ss-18-infektionsschutzgesetz> (Abrufdatum: 8.8.2023)

Autoren

Robert Koch-Institut

Die aktuelle Version dieses Ratgebers wurde von einem Team des RKI in Zusammenarbeit mit Dr. B. Habedank (UBA, Berlin), Prof. Dr. Regina Fölster-Holst (frühere Oberärztin Dermatologie, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel) und Stefanie Werner (Gesundheitsamt Kreis Mettmann) erarbeitet.

Korrespondenz

Hinweise zur Reihe „RKI-Ratgeber“ richten Sie bitte an das Robert Koch-Institut, Abteilung für Infektionsepidemiologie (Ratgeber@rki.de) oder an die Redaktion des Epidemiologischen Bulletins (EpiBull@rki.de).

Vorgeschlagene Zitierweise

Robert Koch-Institut: RKI-Ratgeber Kopflausbefall
Epid Bull 2025;1:3-11 | DOI 10.25646/12910

Aktuelle Statistik meldepflichtiger Infektionskrankheiten

52. Woche 2024 (Datenstand: 1. Januar 2025)

Ausgewählte gastrointestinale Infektionen

	Campylobacter-Enteritis			Salmonellose			EHEC-Enteritis			Norovirus-Gastroenteritis			Rotavirus-Gastroenteritis		
	2024		2023	2024		2023	2024		2023	2024		2023	2024		2023
	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.
Baden-Württemberg	13	4.121	3.525	4	1.478	1.296	0	361	310	45	4.573	3.820	2	1.473	1.387
Bayern	19	6.059	5.483	4	1.798	1.587	4	350	248	114	10.112	7.685	10	2.464	3.288
Berlin	11	1.699	1.873	3	627	418	0	152	98	27	3.918	2.669	5	1.172	940
Brandenburg	10	1.514	1.631	2	428	428	0	131	89	30	4.099	2.667	17	1.442	1.612
Bremen	5	335	293	0	63	51	0	21	18	6	377	300	1	101	136
Hamburg	0	1.076	1.016	1	219	237	1	89	69	15	2.105	1.494	0	670	773
Hessen	0	3.180	2.745	0	934	731	0	358	116	2	3.733	2.370	0	1.428	1.385
Mecklenburg-Vorpommern	5	1.254	1.125	1	283	269	0	127	80	22	2.493	2.219	5	622	1.031
Niedersachsen	10	4.237	3.413	3	1.073	938	1	720	602	87	6.411	4.246	20	1.592	2.174
Nordrhein-Westfalen	29	10.564	8.244	7	2.265	2.005	0	1.102	1.158	233	15.804	10.893	39	4.016	4.138
Rheinland-Pfalz	10	2.826	2.646	3	660	596	1	261	122	35	3.601	2.406	10	980	986
Saarland	1	700	782	0	145	112	0	24	17	9	799	610	4	271	397
Sachsen	10	3.510	3.472	0	763	644	1	281	181	67	7.711	5.619	7	2.142	2.867
Sachsen-Anhalt	3	1.363	1.149	2	465	500	1	173	123	32	4.349	2.988	14	900	1.712
Schleswig-Holstein	5	1.419	1.385	1	265	245	0	197	173	16	2.339	1.303	4	563	612
Thüringen	18	1.639	1.436	16	782	647	2	122	41	46	3.799	2.641	21	1.680	2.036
Deutschland	149	45.496	40.218	47	12.248	10.704	11	4.469	3.445	786	76.223	53.930	159	21.516	25.474

Ausgewählte Virushepatitiden und respiratorisch übertragene Krankheiten

	Hepatitis A			Hepatitis B			Hepatitis C			Tuberkulose			Influenza		
	2024		2023	2024		2023	2024		2023	2024		2023	2024		2023
	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.
Baden-Württemberg	2	106	92	16	2.429	2.794	9	1.186	1.368	3	578	683	252	25.022	9.051
Bayern	0	148	104	22	3.925	4.342	9	1.595	1.758	1	563	641	517	48.081	15.363
Berlin	2	68	52	6	1.363	1.248	5	569	569	0	305	346	194	6.611	4.024
Brandenburg	0	32	24	1	406	394	2	159	173	1	117	99	96	7.661	2.841
Bremen	0	11	3	1	329	382	0	168	133	0	58	54	10	827	245
Hamburg	0	35	15	6	1.379	960	3	341	424	0	171	206	88	4.612	2.519
Hessen	0	92	71	1	1.702	1.910	0	714	690	0	508	446	29	12.332	5.537
Mecklenburg-Vorpommern	0	15	15	1	242	298	0	130	107	0	60	48	24	6.858	1.776
Niedersachsen	0	84	78	5	1.889	1.543	5	796	860	1	293	345	139	13.112	4.378
Nordrhein-Westfalen	2	228	245	30	4.647	5.580	20	2.347	2.691	1	910	967	350	31.025	14.208
Rheinland-Pfalz	0	44	41	13	1.391	1.717	1	409	546	0	167	205	95	10.656	4.063
Saarland	0	16	10	1	316	382	0	196	200	0	46	41	20	1.706	620
Sachsen	0	29	32	1	458	548	2	239	284	1	143	149	169	22.066	6.086
Sachsen-Anhalt	0	33	24	0	363	400	2	158	201	2	90	70	35	12.680	2.882
Schleswig-Holstein	0	26	32	3	684	540	6	389	360	1	119	116	143	5.185	1.517
Thüringen	1	24	21	2	243	277	1	125	147	1	91	87	131	9.153	2.228
Deutschland	7	991	859	109	21.766	23.315	65	9.521	10.511	12	4.219	4.503	2.292	217.587	77.338

Ausgewählte impfpräventable Krankheiten

	Masern			Mumps			Röteln			Keuchhusten			Windpocken		
	2024		2023	2024		2023	2024		2023	2024		2023	2024		2023
	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.
Baden-Württemberg	1	73	5	0	39	42	0	1	1	8	4.438	298	29	3.086	2.922
Bayern	0	70	11	0	69	71	0	4	0	7	5.011	806	50	4.543	4.280
Berlin	0	95	14	0	19	17	0	1	1	2	883	117	13	1.104	897
Brandenburg	0	4	1	0	8	8	0	1	1	1	1.285	293	14	685	474
Bremen	0	2	1	0	5	4	0	0	0	1	92	9	3	163	102
Hamburg	0	16	2	1	17	10	0	1	0	0	454	72	0	484	468
Hessen	0	40	2	0	27	20	0	2	0	1	997	150	0	915	832
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	0	0	0	3	0	0	0	1	282	102	3	234	199
Niedersachsen	0	50	6	0	30	21	0	0	0	0	1.362	138	6	1.332	1.239
Nordrhein-Westfalen	1	243	15	0	112	62	0	1	2	6	3.900	366	24	3.405	2.955
Rheinland-Pfalz	0	9	0	0	26	22	0	2	0	1	979	138	4	585	512
Saarland	0	10	0	0	5	13	0	0	0	0	356	38	0	112	104
Sachsen	0	21	2	0	10	10	0	0	0	3	1.755	117	12	1.839	1.667
Sachsen-Anhalt	0	2	19	0	3	7	0	0	0	2	1.096	178	0	225	203
Schleswig-Holstein	0	4	1	0	16	14	0	0	0	2	524	68	3	515	559
Thüringen	0	7	0	0	8	6	0	0	0	10	1.468	542	3	389	430
Deutschland	2	646	79	1	394	330	0	13	5	45	24.882	3.432	164	19.616	17.843

Erreger mit Antibiotikaresistenz und *Clostridioides-difficile*-Erkrankung und COVID-19

	<i>Acinetobacter</i> ¹			Enterobacterales ¹			<i>Clostridioides difficile</i> ²			MRSA ³			COVID-19 ⁴		
	2024		2023	2024		2023	2024		2023	2024		2023	2024		2023
	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.	52.	1.–52.	1.–52.
Baden-Württemberg	2	107	91	11	1.127	829	0	98	116	0	98	69	258	25.302	140.179
Bayern	1	122	110	9	1.338	1.014	0	219	207	2	127	147	383	46.440	210.819
Berlin	0	100	86	6	701	641	1	46	37	1	72	45	171	9.763	54.295
Brandenburg	0	24	23	3	236	255	0	75	83	0	26	32	113	8.363	41.202
Bremen	0	1	5	0	44	33	0	11	8	0	3	9	20	1.297	11.077
Hamburg	0	28	33	1	435	362	0	43	26	0	41	36	48	5.469	22.294
Hessen	0	73	65	0	1.159	860	0	118	78	0	98	87	35	17.119	110.890
Mecklenburg-Vorpommern	0	12	8	2	184	121	0	30	65	0	17	23	114	8.028	29.713
Niedersachsen	0	70	55	11	815	630	2	178	160	2	116	134	209	19.659	154.346
Nordrhein-Westfalen	0	161	170	20	2.191	1.976	10	582	488	2	278	314	485	48.787	348.404
Rheinland-Pfalz	0	22	20	5	423	287	0	76	75	0	26	23	123	11.243	73.239
Saarland	0	4	1	1	55	49	0	15	9	0	16	8	19	3.010	20.005
Sachsen	1	21	22	2	303	295	0	264	125	1	68	77	196	21.852	59.796
Sachsen-Anhalt	0	13	12	1	213	148	0	89	95	0	49	45	82	13.196	36.159
Schleswig-Holstein	0	26	37	4	278	230	1	50	49	0	25	41	86	8.523	37.197
Thüringen	0	13	6	0	136	86	0	53	31	1	47	35	93	7.375	25.326
Deutschland	4	797	744	76	9.638	7.816	14	1.947	1.652	9	1.107	1.125	2.435	255.426	1.374.941

1 Infektion und Kolonisation

(Acinetobacter spp. mit Nachweis einer Carbapenemase-Determinante oder mit verminderter Empfindlichkeit gegenüber Carbapenemen)

2 Clostridioides-difficile-Erkrankung, schwere Verlaufsform

3 Methicillin-resistenter Staphylococcus aureus, invasive Infektion

4 Coronavirus-Krankheit-2019 (SARS-CoV-2)

Weitere ausgewählte meldepflichtige Infektionskrankheiten

Krankheit	2024		2023
	52.	1.–52.	1.–52.
Adenovirus-Konjunktivitis	0	314	907
Bornavirus-Erkrankung	0	3	5
Botulismus	0	9	37
Brucellose	0	27	36
<i>Candida auris</i> , invasive Infektion	0	3	—*
Chikungunyavirus-Erkrankung	0	42	44
Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	0	91	158
Denguefieber	0	1.646	953
Diphtherie	0	47	136
Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)	1	684	475
Giardiasis	10	2.774	2.360
<i>Haemophilus influenzae</i> , invasive Infektion	33	1.683	1.738
Hantavirus-Erkrankung	1	418	337
Hepatitis D	0	82	132
Hepatitis E	19	4.696	4.658
Hämolytisch-urämisches Syndrom (HUS)	0	60	73
Kryptosporidiose	11	3.281	2.669
Legionellose	22	2.217	2.161
Lepra	0	0	3
Leptospirose	0	305	236
Listeriose	2	660	693
Malaria	7	932	—*
Meningokokken, invasive Infektion	0	324	253
Mpox	9	274	123
Nicht-Cholera-Vibrionen-Erkrankung	0	3	5
Ornithose	0	34	14
Paratyphus	0	52	38
Pneumokokken, invasive Infektion	162	8.458	5.856
Q-Fieber	0	89	73
RSV-Infektion (Respiratorisches Synzytial-Virus)	532	46.398	—*
Shigellose	10	2.201	1.098
Trichinellose	0	3	3
Tularämie	0	192	102
Typhus abdominalis	0	74	79
West-Nil-Fieber	0	2	2
Yersiniose	6	2.920	1.947
Zikavirus-Erkrankung	0	30	16

In der wöchentlich veröffentlichten aktuellen Statistik werden die gemäß IfSG an das RKI übermittelten Daten zu meldepflichtigen Infektionskrankheiten veröffentlicht. Es werden nur Fälle dargestellt, die in der ausgewiesenen Meldewoche im Gesundheitsamt eingegangen sind, dem RKI bis zum angegebenen Datenstand übermittelt wurden und die Referenzdefinition erfüllen (s. www.rki.de/falldefinitionen).

* Die Meldepflicht für den Nachweis von *Plasmodium spp.* (Malaria-Erreger) wurde im Rahmen einer IfSG-Änderung im Juli 2023 von der nichtnamentlichen Meldung an das RKI gemäß § 7 Abs. 3 IfSG zu einer namentlichen Meldung an das Gesundheitsamt gemäß § 7 Abs. 1 IfSG geändert. Eine Meldepflicht für RSV und *Candida auris* besteht erst seit Juli 2023. Der Vergleich mit den Vorjahreswerten erfolgt ab 2025.

Monatsstatistik nichtnamentlicher Meldungen ausgewählter Infektionen

gemäß § 7 (3) IfSG nach Bundesländern

Berichtsmonat: Oktober 2024 (Datenstand: 1. Januar 2025)

	Syphilis*			HIV-Infektion			Echinokokkose			Toxoplasm., konn.		
	2024		2023	2024		2023	2024		2023	2024		2023
	Oktober	Januar – Oktober		Oktober	Januar – Oktober		Oktober	Januar – Oktober		Oktober	Januar – Oktober	
Baden-Württemberg	–	–	–	31	330	289	1	34	27	0	0	6
Bayern	–	–	–	49	496	537	2	35	36	0	2	3
Berlin	–	–	–	18	233	229	0	10	13	0	0	0
Brandenburg	–	–	–	4	66	63	0	5	4	0	0	1
Bremen	–	–	–	4	59	54	0	1	1	0	0	0
Hamburg	–	–	–	16	175	192	0	9	4	0	0	0
Hessen	–	–	–	17	160	163	2	14	16	0	0	0
Mecklenburg-Vorpommern	–	–	–	1	46	43	0	0	3	0	0	0
Niedersachsen	–	–	–	18	233	250	2	10	17	0	0	0
Nordrhein-Westfalen	–	–	–	54	459	506	1	17	30	0	2	0
Rheinland-Pfalz	–	–	–	11	114	122	0	5	5	0	1	0
Saarland	–	–	–	3	24	15	0	0	0	0	0	0
Sachsen	–	–	–	11	100	131	0	7	2	0	2	0
Sachsen-Anhalt	–	–	–	7	71	77	0	1	3	0	0	0
Schleswig-Holstein	–	–	–	8	95	68	0	3	5	0	0	0
Thüringen	–	–	–	1	43	42	0	1	2	0	0	1
Deutschland	–	–	–	253	2.704	2.781	8	152	168	0	7	11

(Hinweise zu dieser Statistik s. *Epid. Bull.* 41/01: 311–314)

* Derzeit stehen keine aktualisierten Daten zur Syphilis zur Verfügung.