

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 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 Kämme, 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_05.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