

Scharlach

Zuletzt revidiert: 9. Dez. 2024

Zuletzt revidiert von: Lino Witte

Ausdruck von DEXIMED, 12. Dez. 2024 - gedruckt von Daniel Mueller

Definition:

(Pharyngo-)Tonsillitis durch beta-hämolsierende Streptokokken der Gruppe A mit klassischem Hautausschlag durch Freisetzung von Toxinen.

Häufigkeit:

Pro Jahr erkranken 5 von 1.000 Kindern an Scharlach, am häufigsten in der Altersgruppe 5–15 Jahre.

Symptome:

Abrupter Beginn mit Fieber und Halsschmerzen. Exanthem nach 1–2 Tagen und Schuppung der Haut nach ca. 1 Woche.

Befunde:

Konfluierendes Exanthem, „Sandpapier“-ähnlich. Häufig intensive Rötung des Gesichts, aber mit perioraler Blässe. Himbeerzunge durch Papillenhypertrophie. Tonsillitis mit Fibrinstippchen.

Diagnostik:

Klinische Diagnose.

Therapie:

Bei klassischem Scharlach Antibiotikatherapie indiziert. Mittel der ersten Wahl ist Penicillin.

Allgemeine Informationen

Diagnostik

Diagnostische Kriterien

- Klinische Diagnose durch das charakteristische Bild
 - Tonsillopharyngitis plus zusätzliche spezifische Befunde, wie ein tiefrotes Enanthem der Rachenschleimhäute, die sog. Himbeerzunge und das klassische Scharlachexanthem ¹
- Scoring-Systeme bei Halsschmerzen, wie Centor oder McIsaac, sind bei Scharlach nicht anwendbar. ⁶

Differenzialdiagnosen

- Der Abschnitt basiert auf diesen Referenzen. [1, 6](#)
- [Infektiöse Mononukleose](#)
- [Exanthema subitum](#)
- [Masern](#)
- [Röteln](#)
- [Erythema infectiosum](#)
- [Meningokokken-Sepsis](#)
- [Kawasaki-Syndrom](#)

Anamnese

- Leitsymptomatik: abrupter Krankheitsbeginn mit Halsschmerzen, starken Schluckbeschwerden, hohem Fieber und schwerem Krankheitsgefühl [1](#)
 - oft auch Übelkeit, Kopf- und Bauchschmerzen
- Ab dem 1. oder 2. Krankheitstag Auftreten des Scharlachexanthems (s. u. klinische Untersuchung – Haut) [1](#)

Klinische Untersuchung

Haut [1](#)

- Exanthem aus kleinfleckigen Papeln, die sich ab dem 1 oder 2. Krankheitstag beginnend am Oberkörper großflächig weiter über Hals und Extremitäten ausbreiten können.
- Besonders charakteristisch ist das sandpapierartige Exanthem in der Leistenregion.
- Typischerweise bleiben die Hand- und Fußsohlen sowie das Mund-Nasen-Dreieck ausgespart.
 - häufig intensive Rötung des Gesichts, aber mit perioraler Blässe
- Das Exanthem verschwindet nach 6–9 Tagen.
- Einige Tage danach Schuppung der Haut, insbesondere der Handinnenflächen und Fußsohlen



Scharlach, Exanthem

Mundhöhle

- Die Zunge ist zunächst weiß belegt, später lösen sich die Beläge, und die Zunge erscheint glänzend rot mit hervorstehenden Geschmacksknospen (Himbeerzunge). [3](#)
- Tiefrotes Exanthem der Rachenschleimhäute [1](#)

- Tonsillitis mit Fibrinstippchen ³

Hals

- Meist vergrößerte und schmerzhafte vordere Halslymphknoten



Scharlach, Himbeerzunge

Ergänzende Untersuchungen in der Hausarztpraxis

- Der Hautausschlag und die Rachenentzündung sind oft so charakteristisch, dass keine ergänzenden Untersuchungen erforderlich sind.
- Bei atypischem Verlauf ggfs. Antigen-Schnelltest per Rachenabstrich
 - cave: zurzeit verfügbare Schnelltests sehr spezifisch, aber nicht im gleichen Maße sensitiv ⁴
 - cave: sichere Unterscheidung zwischen Infektion und Trägerstatus weder durch mikrobiologische Kulturen noch durch Schnelltests möglich! ¹
 - siehe auch TrainAMed Rachenabstrich [\(Universität Freiburg\)](#)
- Serologie

Die Bestimmung des Antistreptolysin-Titers (ASL-Titers) und anderer Streptokokken-Antikörper-Titer liefert keine validen Informationen in der Diagnostik und soll **nicht** durchgeführt werden. ¹

Indikationen zur Einweisung

- Klinikeinweisung u. a. bei: ¹
 - Hinweisen auf schwere suppurative Komplikationen (peritonsillärer, parapharyngealer oder retropharyngealer Abszess)
 - Zeichen einer gestörten Flüssigkeitsaufnahme mit drohender Exsikkose
 - Stridor oder Atembeeinträchtigung

Therapie

Therapieziele

- Symptome lindern
- Weitere Übertragung verhindern

- Komplikationen verhindern

Allgemeines zur Therapie

- Bei klassischem Scharlach empfehlen sowohl DEGAM als auch RKI eine **antibiotische Therapie**.^{1, 4}
- Bei unkomplizierterem Verlauf und leichtem Krankheitsbild (atypischem Scharlach) ist eine antibiotische Behandlung nicht zwingend indiziert, da suppurative Komplikationen oder simultan sich entwickelnde Krankheitsbilder (**Peritonsillarabszess**, **Otitis media**, **Sinusitis**) auch ohne antibiotische Therapie sehr selten auftreten.¹
 - Auch für die Verminderung von immunologischen Komplikationen (akutes **rheumatischen Fiebers** oder akute **Poststreptokokken-Glomerulonephritis**) durch Antibiotika ↗ gibt es keine ausreichende Evidenz.

Kindertagesbetreuung/Gemeinschaftseinrichtungen⁴

- Eine Wiederzulassung zu Gemeinschaftseinrichtungen kann nach Beginn einer wirksamen **Antibiotikatherapie** und dem Abklingen der Symptome nach 24 Stunden erfolgen, bei fortbestehenden Krankheitszeichen wie Fieber, schwerem Krankheitsgefühl und noch eiternden Hautveränderungen unter der Therapie erst nach deren Abklingen.
- Ohne geeignete antibiotische Therapie ist eine Wiederzulassung frühestens 24 Stunden nach Abklingen der spezifischen Symptome angezeigt.

Medikamentöse Therapie

- Das RKI empfiehlt als Therapie der Wahl bei Racheninfektionen (und Hautinfektionen) mit *S. pyogenes* die 10-tägige Gabe von Penicillin bzw. Amoxicillin ↗ oder Ampicillin ↗ (oral oder parenteral).⁴
 - Cave: bei der Differenzialdiagnose **infektiöse Mononukleose** rufen Amoxicillin ↗ und Ampicillin ↗ in bis zu 90 % der Fälle ein Exanthem hervor.⁷
 - Bei Penicillin-Allergie zeigt die orale Therapie mit Erythromycin ↗ oder anderen Makroliden für eine Dauer von 5 bis 10 Tagen ähnlich gute Ergebnisse.⁴
 - cave: regionale Resistenzraten von über 30 % möglich, sodass optimalerweise eine Resistenztestung vor Gabe dieser Antibiotika ↗ indiziert ist

- Ein auf 5 Tage verkürztes Regime mit oralen Cephalosporinen ist für Kinder gleichwertig. ⁴
- Die DEGAM empfiehlt u. g. Wirkstoffauswahl und Dauer.

DEGAM-Leitlinie: Halsschmerzen ¹

- Penicillin V
 - Patient*innen ab 16 Jahren
 - 0,8–1,0 Mio. IE 3 x tgl. p. o. für 5–7 Tage
 - Kinder 3–15 Jahre
 - 0,05–0,1 Mio. IE/kg KG/d in 3 Einzeldosen p. o. für 5–7 Tage
- Bei Penicillinallergie
 - Patient*innen ab 16 Jahren
 - z. B. Clarithromycin 250–500 mg 2 x tgl. p. o. für 5 Tage
 - Kinder 3–15 Jahre
 - z. B. Clarithromycin 15 mg/kg KG/d in zwei Einzeldosen p. o. für 5 Tage

Eradikation

- Eine Erreger-Eradikation als Ziel der antibiotischen Behandlung einer bakteriellen Tonsillopharyngitis sollte nur bei einem erhöhten individuellen Risiko für Komplikationen angestrebt werden. Die Einnahmedauer beträgt in diesem Fall 10 Tage. ¹
 - Wirkstoff: Penicillin V oder Clarithromycin
- Ein erhöhtes individuelles Risiko für Komplikationen besteht bei: ¹
 - schwerer Immunsuppression
 - akutem rheumatischen Fieber (ARF) oder rheumatischer Herzerkrankung (RHD) in der Fremd- oder Eigenanamnese
 - Patient*innen aus Regionen mit hoher Inzidenz von ARF oder RHD, z. B. Subsahara-Afrika, Süd- und Zentralasien, Ozeanien
 - sozioökonomisch niedrigem Status und/oder in überfüllten Wohnverhältnissen lebend

Weitere Therapien

- Zur kurzzeitigen symptomatischen Therapie von Halsschmerzen können Ibuprofen [2](#) oder Naproxen [3](#) angeboten werden. ¹
 - z. B. für Kinder Ibuprofen [2](#)-Saft, 7–10 mg/kg KG als Einzeldosis, bis max. 30 mg/kg KG als Tagesgesamtdosis ⁸
- Als Lokaltherapeutika können sowohl nichtmedikamentöse Lutschtabletten als auch medikamentöse Lutschtabletten, die Lokalanästhetika [2](#) und/oder nichtsteroidale Antirheumatika [2](#) (NSAR [2](#)) enthalten, mit dem Ziel der Symptomlinderung empfohlen werden. ¹
- Bei sehr häufig rezidivierenden Tonsillitiden durch beta-hämolyzierende **Streptokokken der Gruppe A** kann eine Tonsillektomie indiziert sein. ¹
 - Die Betroffenen profitieren von einer Tonsillektomie, wenn die Anzahl relevanter Halsschmerzepisoden ≥ 7 in den letzten 12 Monaten oder ≥ 5 jährlich in den letzten 24 Monaten oder ≥ 3 jährlich in den letzten 36 Monaten beträgt. Werden diese Zahlen nicht erreicht, ist eine Wartezeit von 6–12 Monaten empfehlenswert. ⁶

Prävention

- Engen Kontakt zu erkrankten Personen vermeiden. ²
- Regelmäßiges Händewaschen ²
- Für Kontaktpersonen zu unkompliziert Erkrankten sind keine speziellen Maßnahmen erforderlich. ⁴
- Kontaktpersonen sollten lediglich über das Infektionsrisiko und die Symptomatik einer **GAS-Infektion**/von Scharlach aufgeklärt werden, damit sie im Krankheitsfall rechtzeitig ärztliche Hilfe suchen und behandelt werden können. ⁴

Meldepflicht/Benachrichtigungspflicht

- Der gesamte Abschnitt basiert auf dieser Referenz. ⁴
- Meldepflicht gemäß IfSG
 - In Deutschland besteht keine krankheits- oder erregerspezifische Meldepflicht gemäß IfSG.
- Benachrichtigungspflicht gemäß IfSG
 - Leiter*innen von Gemeinschaftseinrichtungen haben gemäß § 34 Abs. 6 IfSG [2](#) das zuständige Gesundheitsamt unverzüglich zu benachrichtigen, wenn in ihrer Einrichtung betreute oder betreuende Personen an Scharlach oder sonstigen S.-pyogenes-Infektionen erkrankt oder dessen verdächtig sind.

Verlauf, Komplikationen und Prognose

Verlauf

- Bei Einnahme von Antibiotika ↗ Abklingen der Beschwerden nach wenigen Tagen. ²

Immunität

Da eine Immunität nur gegen das bei der abgelaufenen Infektion ursächliche Toxin und den jeweiligen Streptokokkenstamm erzeugt wird, sind mehrfache Erkrankungen möglich. ¹

Komplikationen

- Peritonsillarabszess, Para- oder Retropharyngealabszess ¹
- Otitis media ¹
- Bakteriämie, Sepsis ²
- Meningitis
- Pneumonie
- Neurologische Auffälligkeiten (Obsessive-compulsive Disorders – OCD, wie Athetosen und Chorea minor) ⁴
- Immunologische Komplikationen (sehr selten)
 - rheumatisches Fieber (ARF)
 - akute postinfektiöse Glomerulonephritis (APSGN)

Prognose

- Bei dem Großteil der Patient*innen kommt es unter adäquater Therapie zu einer schnellen Besserung der Symptomatik.
- Das Risiko für Komplikationen wie ARF und APSGN ist sehr gering und deren Auftreten kann durch eine antibiotische Therapie nicht nachweislich verhindert werden. ¹

Verlaufskontrolle

- Kontrollabstriche nach antibiotischer Behandlung sind nicht indiziert. ¹

- Ausnahmen sind Risikofälle wie ARF in der Vorgeschichte der Patient*innen oder der Angehörigen, um eine Eradikation zu sichern.
-

Patienteninformationen

Worüber sollten Sie die Patient*innen informieren?

- Erneut ärztliche Hilfe suchen, wenn sich der Allgemeinzustand innerhalb von 3–5 Tagen nicht verbessert oder gar verschlechtert.

Patienteninformationen in Deximed

- [Scharlach](#)
- [Streptokokken-Infektion \(Gruppe-A-Streptokokken\)](#)

Patienteninformation des IQWiG

- Gesundheitsinformation.de: Scharlach [↗](#)
-

Video

- TrainAMed Rachenabstrich [↗](#) (Universität Freiburg)
-

Abbildungen



Schuppung der Haut an den Fingern bei
Scharlach (Quelle: Wikipedia;
[https://de.wikipedia.org/wiki/Scharlach#/media/
Datei:Scharlach2.jpg](https://de.wikipedia.org/wiki/Scharlach#/media/Datei:Scharlach2.jpg))



Scharlach, Exanthem



Scharlach, Himbeerzunge

Quellen

Leitlinien

- Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie. Therapie der Tonsillo-Pharyngitis. AWMF-Leitlinie Nr. 017-024. S3, Stand 2024. www.awmf.org ↗
- Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. S3-Leitlinie Halsschmerzen. AWMF-Leitlinie Nr. 053-010, red. überarbeitete Langfassung vom 09.12.2021. register.awmf.org ↗

Literatur

1. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. S3-Leitlinie Halsschmerzen. AWMF-Leitlinie Nr. 053-010, red. überarbeitete Langfassung vom 09.12.2021. register.awmf.org ↗
2. IGWiQ. Gesundheitsinformation – Scharlach. Stand 20.09.2023. Letzter Zugriff 06.12.2024. www.gesundheitsinformation.de ↗
3. Stelter K, Dellian M. Die Tonsillitis im Kindes- und Erwachsenenalter. MMW - Fortschritte der Medizin 2019; 161(1): 31-39. link.springer.com ↗
4. Robert Koch-Institut. RKI-Ratgeber für Ärzte: Streptococcus pyogenes-Infektionen. Berlin, Stand 01.02.2024. Letzter Zugriff 06.12.2024. www.rki.de ↗
5. Oliver J, Wadu EM, Pierse N et al. Group A Streptococcus pharyngitis and pharyngeal carriage: A meta-analysis. PLoS Negl Trop Dis 2018.

6. Deutsche Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie. Therapie der Tonsillo-Pharyngitis. AWMF-Leitlinie Nr. 017-024. S3, Stand 2024.
[register.awmf.org](#) [\[link\]](#)
7. Hoppen T. Morbilliformes Amoxicillinexanthem bei Morbus Pfeiffer - ein Klassiker!. Pädiatrie 2022; 34: 12.
[link.springer.com](#) [\[link\]](#)
8. Ratiopharm. Fachinformation IBU Fiebersaft für Kinder 40 mg/ml. Stand April 2024. Letzter Zugriff 06.12.2024.
[www.ratiopharm.de](#) [\[link\]](#)

Autor*innen

- Lino Witte, Dr. med., Facharzt für Allgemeinmedizin, Münster

Frühere Autor*innen

- Die ursprüngliche Version dieses Artikels basiert auf einem entsprechenden Artikel im norwegischen hausärztlichen Online-Handbuch Norsk Elektronisk Legehåndbok (NEL).