

Halsschmerzen – leitlinienbasierte Diagnostik und Therapie

Sore Throat – Guideline-based Diagnostics and Therapy

Karen Krüger¹, Jan Hendrik Oltrogge²

Hintergrund

Halsschmerzen sind ein häufiger Beratungsanlass in der Hausarztpraxis. Für akute Halsschmerzen (< 14 Tage) sind überwiegend Infektionen des Pharynx ursächlich. Weniger als 35 % der Fälle sind Bakteriell-bedingt, jedoch werden weitaus häufiger Antibiotika verordnet. Zur Vermeidung nicht-indizierter und unnötiger Antibiotikagaben stehen evidenzbasierte Leitlinienempfehlungen zur Verfügung.

Suchmethodik

Suche im Rahmen der Aktualisierung der DEGAM S3-Leitlinie „Halsschmerzen“ mittels einer systematischen Literaturrecherche nach internationalen Leitlinien und systematischen Übersichtsarbeiten.

Wichtigste Botschaften

Akute Halsschmerzen ohne Warnzeichen (Red Flags) wie Immunsuppression und schwere systemische Infektionen haben eine mittlere Dauer von sieben Tagen und sind nahezu immer selbstlimitierend. Patient*innen sollen im Selbstmanagement bestärkt werden, Ibuprofen oder Naproxen werden zur symptomatischen Therapie empfohlen. Falls eine Antibiotikagabe erwogen wird, soll mit klinischen Scores (Centor, McIsaac, FeverPAIN) das Vorliegen einer bakteriellen Tonsillopharyngitis abgeschätzt werden. Bei geringem Risiko (< 3 Punkte) sollen keine Antibiotika gegeben werden, ab einem mittleren Risiko (3 Punkte) ist die Delayed Prescription (verzögerte Rezeptierung) eine Option, ab einem hohen Risiko (> 3 Punkte) ist eine sofortige Antibiotikaeinnahme möglich. Auch bei vollem Punktescore ist nach aktueller Evidenzlage nur eine moderate Verkürzung der Symptomlast durch Antibiotika zu erwarten. Penicillin ist antibiotische Therapie der Wahl (alternativ Clarithromycin). Die Einnahmedauer beträgt 5–7 Tage.

Schlussfolgerungen

Nach Ausschluss von Red Flags kann bei akuten Halsschmerzen häufig eine rein symptomatische Therapie erfolgen. Falls die Gabe von Antibiotika erwogen wird, sollte eine Risikostratifizierung mit klinischen Scores zur Anwendung kommen.

Schlüsselwörter

Halsschmerzen; klinische Scores; evidenzbasierte Medizin; Hausarzt*in

Background

Sore throat is a common reason for consultation of family physicians. Acute sore throat (< 14 days) is usually triggered by infections of the pharynx. Less than 35 % of cases are caused by bacterial infections; nevertheless, antibiotics are prescribed far more often. Evidence-based guideline recommendations are available to reduce non-indicated administration of antibiotics in the treatment of sore throat.

Search Methods

Update of the clinical guideline „sore throat“ of the German College of General Practitioners and Family Physicians (DEGAM) by means of a systematic search of the literature for international guidelines and systematic reviews.

Main Messages

After excluding red flags such as immunosuppression and severe systemic infections, acute sore throat is usually self-limiting with a mean duration of 7 days. Patients should be encouraged in self-management; ibuprofen and naproxen are recommended for symptomatic treatment. If antibiotics are considered, clinical scores (Centor, McIsaac, FeverPAIN) should be used to assess the risk of bacterial pharyngitis. At low risk (< 3 points), antibiotics are not indicated; if at least moderate (3 points), delayed prescription is an option; if high (> 3 points), antibiotics can be taken immediately. Even if scores suggestive a bacterial cause, the evidence suggests that antibiotic treatment only shortens the duration of symptoms modestly. Penicillin is the first choice (clarithromycin as an alternative). The antibiotic should be taken for 5–7 days.

Conclusions

In the absence of red flags, a regular use of symptomatic treatment will help to control discomfort. If administration of antibiotics is still considered a risk-adapted approach, using clinical scores is recommended.

Keywords

sore throat; clinical scores; evidence-based medicine; family physician

¹ Institut für Allgemeinmedizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin

² Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)

Peer reviewed article eingereicht: 26.01.2022; akzeptiert: 12.02.2022

DOI 10.53180/zfa.2022.0126-0132

Hintergrund

Eine 33-jährige Patientin stellt sich mit seit drei Tagen zunehmenden Halsschmerzen, Schluckbeschwerden und Fieber (38,8 °C) vor. Beruflich sei sie aktuell stark beansprucht und auf eine schnelle Genesung angewiesen. Daher möchte die Patientin keine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erhalten, sondern fragt gezielt nach einem Antibiotikum. Bei der körperlichen Untersuchung zeigen sich ein deutlich geröteter Rachen mit geschwellenen und belegten Tonsillen sowie zwei tastbaren Hals-Lymphknoten rechts. Bei gehäuften Halsschmerzepisoden (3–4 x Jahr) in den letzten zwei Jahren möchte die Patientin ebenfalls wissen, ob eine „Mandeloperation“ für sie in Frage käme.

Halsschmerzen stehen auf Platz 6 der häufigsten Gründe für einen Hausarztbesuch und machen 2,7 % aller hausärztlichen Beratungsanlässe aus [1]. Obwohl bakterielle Ursachen bei akuten Halsschmerzen eher selten sind, werden im ambulanten Bereich noch häufig, wenn auch mit sinkender Tendenz, Antibiotika verordnet. Zur hausärztlichen Verordnungspraxis bei akuten Halsschmerzen existieren nur wenige Daten, so wurde bei einer Erhebung im Jahr 2005 eine Verordnungsrate für Antibiotika von rund 90 % bei hausärztlichen Patient*innen mit Verdachtsdiagnose Tonsillitis beobachtet [2]. Eine Studie aus 2016 ermittelte bei Erstvorstellung einen Anteil von 41 % [3]. Nichtindizierte Verordnungen von Antibiotika stellen ein vermeidbares Risiko für Patient*innen dar und fördern Resistenzentwicklungen, welche mittlerweile weltweit zu den häufigsten Todesursachen gehören [4].

Im Folgenden werden sechs Schlüsselfragen zur Versorgung von Patient*innen mit Halsschmerzen anhand der aktualisierten DEGAM S3-Leitlinie beantwortet.

Suchmethodik

Im Rahmen der Leitlinienaktualisierung der DEGAM S3-Leitlinie „Halsschmerzen“ von 2020 wurde eine Aufbereitung der Evidenzbasis mittels systematischer Literaturrecherche nach aktuellen Versionen der Quellleitlinien und systematischen Übersichtsarbeiten in Medline via PubMed

ohne Spracheinschränkungen durchgeführt. Die hier zitierten Empfehlungen der Leitlinie werden mit Empfehlungsstärke (A, B, O), Buchstaben-Code für die Fragestellung der Arbeiten (K, D, T) und Evidenzlevel (römische Ziffer (I–V)) angegeben, Statements sind mit Evidenzlevel versehen. Suchstrategien, Zeiträume, Qualitätsbewertungen der Literatur und die Kodierungen der Empfehlungen werden im Methodenteil der Leitlinie bzw. der Langfassung ausführlich beschrieben.

Antworten auf häufige Fragen

1. Was sind die häufigsten Ursachen von akuten Halsschmerzen, und wann spricht man von chronischen Verläufen?

Bei akuten Halsschmerzen sind meist virale Infektionen des Pharynx ursächlich (Statement, K Ia). Bakterielle Erreger wie Streptokokken der Gruppe A (GAS) werden bei Tonsillopharyngitis in Abhängigkeit von Saison, Region und Patientenalter in ca. 20–34 % der Fälle nachgewiesen [5, 6]. Bei erwachsenen Patient*innen finden sich neben GAS in bis zu 12 % der Fälle auch Streptokokken der Gruppen C und G. Typisch klinische Zeichen sind plötzlich einsetzende Halsschmerzen, Schmerzen beim Schlucken, Fieber und Kopfschmerzen. Häufige systemische Erkrankungen mit akuten Halsschmerzen bzw. Tonsillopharyngitis sind der Scharlach und die infektiöse Mononukleose (EBV).

Ab 14 Tagen Dauer wird von chronischen Halsschmerzen gesprochen, dann werden nicht-infektiöse Ursachen wie physikalisch-chemische Faktoren (Rauchen, Schnarchen, Medikamente, Reflux) oder eine Fehl- und Überbelastung der Stimme wahrscheinlicher [7].

2. Gibt es abwendbar gefährliche Verläufe? Wie groß ist die Gefahr des akuten rheumatischen Fiebers?

Insgesamt sind gefährliche Komplikationen bei akuten Halsschmerzen in geografischen Regionen wie Deutschland, Großbritannien oder den Niederlanden sehr selten (K Ia). Suppura-

tive Komplikationen wie die Otitis media, der Peritonsillarabszess und die Sinusitis kommen in weniger als 1,4 % der Fälle akuter Halsschmerzen vor [8].

Das akute rheumatische Fieber (ARF) und die akute Poststreptokokken-Glomerulonephritis (APSGN) zählen zu den nicht-suppurativen Komplikationen einer Infektion mit GAS. Die Jahresinzidenz des ARF für Deutschland wird auf weniger als 1/1.000.000 Einwohner geschätzt [9] und ist damit im Vergleich zu vielen Entwicklungsländern sehr niedrig. Eine rheumatische Herzerkrankung (RHD) kann bei 30–80 % der Fälle infolge eines ARF auftreten und stellt in Hochinzidenz-Ländern die häufigste Ursache von erworbenen Herzfehlern dar. Ein Risiko für die Entwicklung eines ARF besteht bei:

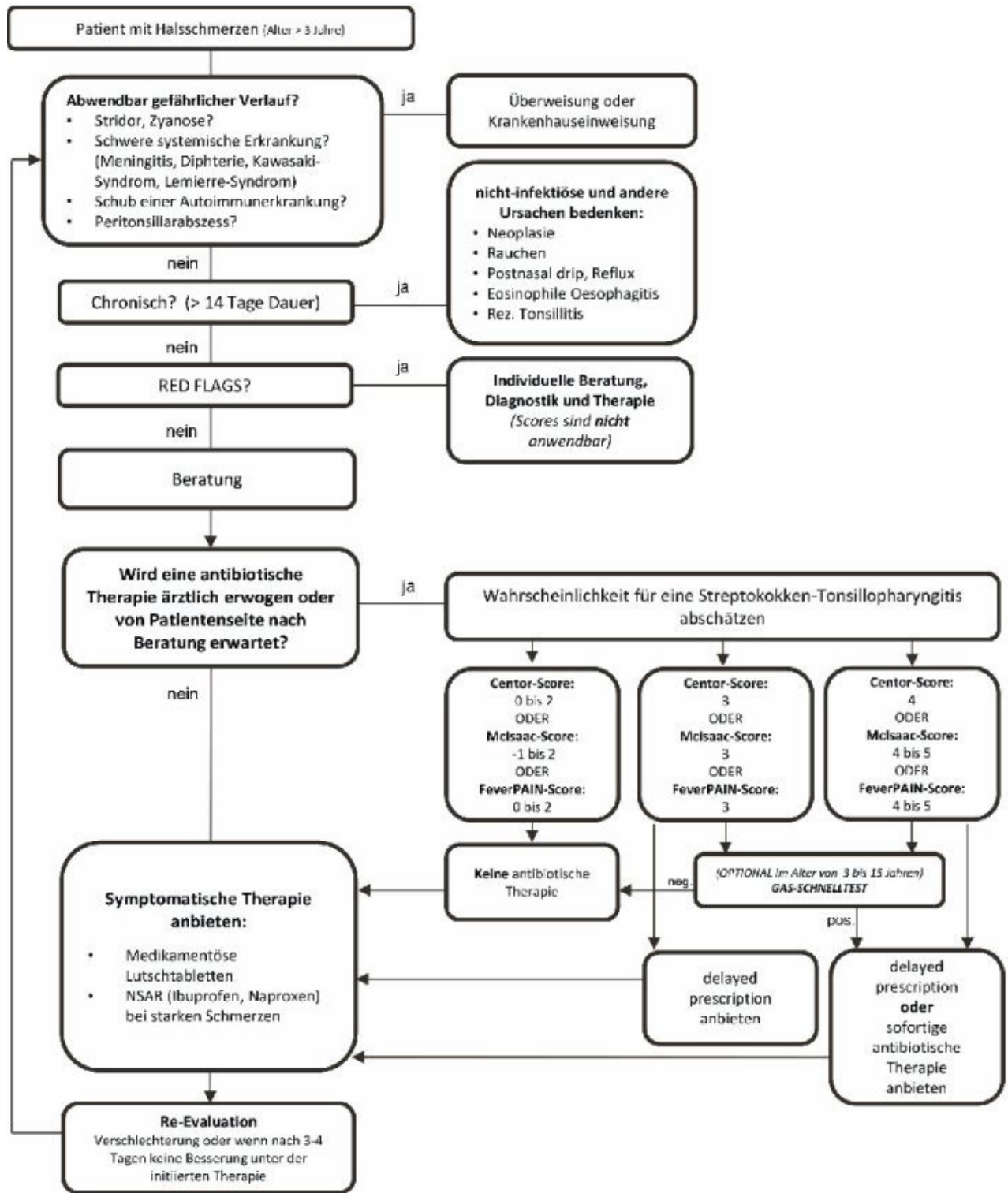
- ARF oder RHD in der Fremd- oder Eigenanamnese
- überdurchschnittlicher Anzahl an Personen pro Haushalt/Wohnraum (Crowding) [10]
- aktueller Migrationsanamnese für Regionen mit hoher Inzidenz von ARF ($\geq 2/100.000$ Schulkinder) oder hoher Prävalenz von RHD ($\geq 1/1000$ Populationsjahre) wie in Subsahara-Afrika, Süd- und Zentralasien, Ozeanien
- Zugehörigkeit zu Bevölkerungsgruppen mit hoher Inzidenz von ARF ($\geq 2/100.000$ Schulkinder) oder mit hoher Prävalenz von RHD ($\geq 1/1000$ Populationsjahre) wie zum Beispiel Maori in Neuseeland [11].

Die APSGN tritt in den westlichen Industrieländern zwar häufiger als das ARF auf, dennoch ist sie heutzutage eine seltene Erkrankung. Es wird eine stetig rückläufige Inzidenz angenommen, es besteht eine gute Prognose für eine vollständige Ausheilung [12].

3. Wie soll man diagnostisch vorgehen?

Anamnese und Untersuchung

Ogleich Befunde aus Anamnese und klinischer Untersuchung nicht genügen um virale und bakterielle Pharyngitiden sicher zu unterscheiden (Statement, Ia), kann jedoch auf ihrer Grundlage bei milder Krankheits-schwere eine symptomatische Therapie begonnen werden (Abb. 1)[13].



Quelle: klinischer Algorithmus der DEGAM S3 Leitlinie „Halsschmerzen“

Abbildung 1 Klinischer Algorithmus zum Vorgehen bei Halsschmerzen; Abkürzungen: GAS, Gruppe- A-Streptokokken; NSAR, nicht-steroidale Antirheumatika

Scores

Mit klinischen Scores kann die Wahrscheinlichkeit für einen mikrobiologischen Nachweis von betähmolyisierenden Streptokokken aus einem Rachenabstrich ermittelt werden. Sie

sollten immer dann verwendet werden, wenn aufgrund hoher Symptomlast eine antibiotische Therapie erwogen wird (B, T Ib). Bei allen folgenden genannten Scores wird jeweils ein Punkt für definierte Befunde aus

Anamnese und klinischer Untersuchung vergeben (Tab. 1). In der aktualisierten DEGAM-Leitlinie wurde zusätzlich zum etablierten Centor- und McIsaac-Score der 2013 veröffentlichte FeverPAIN-Score auf-

genommen, der auch das Auftreten von Streptokokken der Gruppen C und G berücksichtigt. Die Anwendung dieses Scores führte in einer britischen Studie zu einem Rückgang von Antibiotikaverordnungen um 27–29 %, ohne dass es zu mehr Komplikationen oder Wiedervorstellungen kam [14]. Bei allen drei Scores ließ sich ein geringes Risiko (< 3 Punkte: 0–20 %), ein mittleres Risiko (3 Punkte: 30–50 %) und ein hohes Risiko (> 3 Punkte: über 50–63 %) für das Vorliegen einer bakteriellen Tonsillopharyngitis zuordnen.

Laborparameter

Die Bestimmung von Laborparametern wie Leukozyten, C-reaktives Protein, Blutsenkungsgeschwindigkeit und Procalcitonin sollte im Rahmen der Diagnostik bei Patient*innen mit akuten Halsschmerzen (< 14 Tage Dauer) ohne Red Flags nicht routinemäßig erfolgen (Good Clinical Practice (GCP)).

Schnelltests und mikrobiologische Kulturnachweise

Bei der Anwendung von GAS-Schnelltests bei erwachsenen Patient*innen fanden sich in randomisierten kontrollierten Studien keine Vorteile bezüglich der Beschwerdedauer, der Rate an Wiedervorstellungen oder Komplikationen gegenüber der alleinigen Anwendung von Scores [14, 15]. Bei Erwachsenen finden sich bis zu 4–10 % symptomlose Träger von GAS und bis zu 12 % Streptokokken der Gruppe C und G im Falle einer bakteriellen Tonsillopharyngitis. Deshalb sind Schnelltests auf GAS bezogen auf die Kausalität der Halsschmerzen für diese Patientengruppe wenig aussagekräftig. Für einen GAS-Schnelltest bei Kindern und Jugendlichen spricht, dass eine bakterielle Tonsillopharyngitis hier nahezu immer durch GAS verursacht wird. Da Kinder jedoch vor allem in der Winterzeit bis zu 15 % Träger von GAS sind, sollte frühestens ab einem Score ≥ 3 für diese Altersgruppe (3–15 Jahre) ein Schnelltest angewendet werden. Bei negativem Ergebnis sollte auf eine Antibiotikatherapie verzichtet werden (B, T II).

Mikrobiologische Kulturnachweise werden weder vor noch nach anti-

FeverPAIN-Score (jeweils 1 Punkt):

- Fever (Fieber in letzten 24 Stunden)
- Pus (Tonsillenexsudate)
- Attend rapidly (ärztliche Vorstellung innerhalb von 3 Tagen wegen Schwere der Beschwerden)
- Inflamed tonsils (Deutliche Rötung und Schwellung der Tonsillen)
- NO cough or coryza (KEIN Husten oder Rhinitis)

Centor-Score (jeweils 1 Punkt):

- Tonsillenexsudate
- Zervikale Lymphadenopathie
- Fieber in der Anamnese über 38 °C
- KEIN Husten

Mclsaac-Score (jeweils 1 Punkt):

- Tonsillenexsudate
- Zervikale Lymphadenopathie
- Fieber in der Anamnese über 38 °C
- KEIN Husten
- Pat < 15 Jahren: + 1 Punkt
- Pat > 45 Jahren: – 1 Punkt

Auswertung der drei klinischen Scores:

- < 3 Punkte = geringes Risiko
- 3 Punkte = mittleres Risiko
- > 3 Punkte = hohes Risiko

Quelle: DEGAM S3-Leitlinie „Halsschmerzen“ 2020

Tabelle 1 Scores zur Risikoabschätzung einer Streptokokken-Tonsillopharyngitis

biotischer Therapie routinemäßig empfohlen. Ausnahmen bestehen bei Hinweisen auf meldepflichtige und behandlungsbedürftige Erkrankungen, auf atypische Erreger bei bekannter Immunsuppression oder Risikokonstellationen für ein ARF (GCP).

COVID-19

Seit 2020 muss bei jeder neu aufgetretenen respiratorischen Symptomatik COVID-19 als Differenzialdiagnose in Betracht gezogen werden. Der Verdacht begründet sich vor allem durch das gleichzeitige Auftreten von akuten Halsschmerzen mit den für COVID-19 typischen Symptomen. Bei entsprechendem Verdacht ist eine zusätzliche Diagnostik und Therapie gemäß den gültigen Leitlinien einzuleiten [16].

4. Was tun bei untypischen und rolongierten Verläufen? Wann mit Spezialisten kooperieren?

Bei Auftreten von Red Flags oder Verdacht auf systemische Erkrankungen sind die klinische Scores nicht anwendbar. In diesen Fällen sowie bei nicht-infektiologischen Differenzial-

diagnosen wie zum Beispiel bei Malignomverdacht ist ein individuelles Handeln oder die Behandlung in einer anderen Versorgungsebene erforderlich (GCP) (Tab. 2).

5. Welche Behandlungsoptionen gibt es, und was ist der Nutzen einer Antibiotikatherapie?

Beratungsgespräch

Für eine gemeinsame Entscheidungsfindung ist ein ärztliches Beratungsgespräch essenziell. Hinweise dazu, welche Punkte adressiert werden sollten, finden sich in Tabelle 3.

Rachentherapeutika

In der aktuellen Leitlinie werden Rachentherapeutika (Lutschtabletten, Gurgellösungen, Sprays) und Lokalanästhetika und/oder nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) mit einem schwachen Empfehlungsgrad bei akuten Halsschmerzen empfohlen (0, T Ia). Der allenfalls geringen, zeitlich sehr begrenzten Wirksamkeit stehen die – wenn auch seltenen – Nebenwirkungen (z.B. Methämoglobinämie) gegenüber.

Individuelles Vorgehen bei:	Überweisung HNO-Arzt bei:	Sofortige Klinikeinweisung bei:	Re-Evaluation: keine Besserung nach 3–4 Tagen
<p>V.a. Scharlach-Erkrankung</p> <p>V.a. infektiöse Mononukleose</p> <p>Infektion mit anderem Fokus (Pneumonie, Bronchitis, Otitis media, Sinusitis)</p> <p>Typische Konditionen mit schwerer Immunsuppression</p> <p>Erhöhtes Risiko für ein akutes rheumatisches Fieber (ARF)</p> <p>Schwere Komorbiditäten</p>	<p>Verdacht auf Neoplasie</p> <p>Verdacht auf Peritonsillarabszess (Vorstellung selbigen Tags, sonst Klinikeinweisung)</p> <p>> 6 Wochen anhaltend Rezidivierende akute Tonsillitiden (> 6x/ Jahr zur Frage nach OP-Indikation)</p>	<p>Stridor oder Atembeeinträchtigung (V.a. Epiglottitis, infektiöse Mononukleose)</p> <p>Hinweise auf eine schwere systemische Erkrankung (z.B. Meningitis, Diphtherie, Kawasaki-Syndrom, Lemierre-Syndrom)</p> <p>Hinweise auf schwere suppurative Komplikationen (peritonsillärer, para-, retropharyngealer Abszess)</p> <p>Exsikkose</p>	<p>Folgendes berücksichtigen:</p> <p>Differenzialdiagnosen (wie infektiöse Mononukleose)</p> <p>Symptome oder Anzeichen für ernsthaftere/ systemische Erkrankung</p> <p>Vorherige Behandlung mit Antibiotika (Resistenzentwicklung!)</p>

Quelle: Kurzversion der DEGAM S3 Leitlinie „Halsschmerzen“ 2020

Tabelle 2 Übersicht zu Warnhinweisen (Red Flags) bei Halsschmerzen, zum Vorgehen bei abwendbar gefährlichen Verläufen und bei Re-Evaluation

Orale Kortikosteroide

Auch wenn Belege für eine Wirksamkeit von oralen Kortikosteroiden bei akuten Halsschmerzen existieren, z.B. durch die Einmalgabe von Dexamethason [17], wird eine Gabe von oralen Kortikosteroiden bei einem durch Selbstmanagement und freiverkäuflichen Substanzen gut behandelbaren Beschwerdebild nicht empfohlen. (A, Ia).

Nichtsteroidale Antirheumatika

Zur kurzzeitigen symptomatischen Therapie von Halsschmerzen wird Ibuprofen oder Naproxen empfohlen (0, Ib). Eine systematische Übersichtsarbeit aus 2014 beschreibt eine Wirksamkeit von NSAR bei Halsschmerzen

in den ersten 24 Stunden [18]. In der Pädiatrie besteht die längste Erfahrung mit Ibuprofen. Bei erwachsenen Patient*innen ist Diclofenac mit einem höheren Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse assoziiert.

Antibiotikatherapie

Die aktualisierte Leitlinie unterstützt ausdrücklich auch bei hohem klinischen Verdacht auf eine bakterielle Tonsillopharyngitis den Verzicht auf eine antibiotische Therapie im deutschen Versorgungskontext. (Statement, Ia). Das Ziel einer antibiotischen Behandlung von Patient*innen ≥ 3 Jahre mit akuten Halsschmerzen ist allenfalls die moderate Verkürzung der Krankheitsdauer und nicht die

Vermeidung von Komplikationen (T Ia). Grundlage hierfür sind der überwiegend milde Spontanverlauf von einer Woche, die hohe Number Needed to Treat (NNT = 194 Patient*innen) zur Vermeidung suppurativer Komplikationen durch die Gabe von Antibiotika [9] und das sehr seltene Auftreten von ARF und APSGN in Deutschland. Zudem ist die durchschnittliche Verkürzung der Symptomlast von 16 Stunden durch eine Antibiotikagabe, wie in einer Cochrane-Metaanalyse von 2016 errechnet wurde, nur im Einzelfall als klinisch relevant anzusehen [19].

Falls eine antibiotische Therapie bei Patient*innen ohne Red Flags ärztlich erwogen wird, empfiehlt die Leitlinie die Therapieentscheidung auf einen der drei klinischen Scores zu stützen (B, II) (Abb. 1). Während bei einem Punktwert < 3 eine antibiotische Therapie nicht empfohlen wird, sollte ab einem Punktwert von 3 ausschließlich das Prinzip der Delayed Prescription (DP) angewendet werden. Beim DP wird ein Rezept ausgestellt, welches entweder bei Progredienz oder bei Persistenz der Symptome von 3–5 Tagen unter symptomatischer Therapie eingelöst wird. In kontrollierten Studien wurde nur circa ein Drittel solcher Rezepte eingelöst, wodurch der Antibiotikaverbrauch signifikant gesenkt wurde, ohne dass es zu mehr Komplikationen kam [20]. Ab 4 Score-Punkten sollte frühestens die sofortige antibiotische Therapie

Bei allen Patienten (Alter ≥ 3 Jahre) mit akuten Halsschmerzen (< 14 Tage Dauer) ohne Red Flags sollten folgende Punkte adressiert werden (GCP):

- Voraussichtlich selbstlimitierender Verlauf (Dauer circa 1 Woche)
- Geringes Risiko für behandlungsnotwendige suppurative Komplikationen
- Selbstmanagement (z. B. Flüssigkeit, körperliche Schonung, andere nicht medikamentöse Maßnahmen)
- Die geschätzte Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer bakteriellen Tonsillopharyngitis auf Basis von Anamnese und Befunderhebung
- Vor- und Nachteile einer antibiotischen Therapie:
 - Symptomverkürzung von durchschnittlich 16 Stunden
 - hohe NNT von circa 200 Patienten zur Vermeidung einer suppurativen Komplikation
 - circa 10% unerwünschte Arzneimittelwirkungen (Diarrhoen, Anaphylaxie, Mykosen) bei Antibiotikagabe
- Auf Nachfrage der Patienten: die geschätzte Inzidenz des ARF und der APSGN in Deutschland ist sehr gering. Weder das ARF noch eine APSGN kann durch eine antibiotische Therapie nachweislich verhindert werden

Abkürzungen: APSGN, akute Poststreptokokken-Glomerulonephritis; ARF, akutes rheumatisches Fieber; GCP, Good Clinical Practice

Quelle: Empfehlung 9.1 der DEGAM S3-Leitlinie „Halsschmerzen“ 2020

Tabelle 3 Beratungsgespräch

erwogen werden. Die klinische Relevanz der Scores ist vor allem durch den konsequenten Verzicht auf Antibiotika bei Patient*innen mit einem niedrigen Risiko gegeben, da bei voller Punktzahl (hohes Risiko) eine maximale Vorhersagewahrscheinlichkeit von 55–63 % für eine bakterielle Genese angegeben werden kann. Wird allerdings eine Antibiotikatherapie bei hohen Score-Werten präferiert, ist Penicillin V per os für 5–7 Tage Mittel der Wahl (A, Ia). Patient*innen ab dem 16. Lebensjahr erhalten 0,8–1,0 Mio. I. E. dreimal täglich, bei Kindern (3–15 Jahre) erfolgt die Therapie körperrgewichtsadaptiert (0,05–0,1 Mio. I. E./kg Körpergewicht/Tag) verteilt auf 3 Einzeldosen. Alternativ kann Clarithromycin verabreicht werden.

6. Was kann Patient*innen mit rezidivierenden Tonsillitiden angeboten bzw. empfohlen werden?

Wiederkehrende Halsschmerzepisoden können das Bedürfnis nach einer kausalen Therapie begründen. Wird eine Operation der Gaumenmandeln erwogen, sollte eine Beurteilung der möglichst ärztlich dokumentierten und therapierten Halsschmerz-Episoden erfolgen, die sich wie folgt definieren:

- Fieber > 38,3 °C (oral) oder
- Tonsillenexsudate oder
- neu aufgetretene, schmerzhafte, zervikale Lymphknotenschwellung oder
- Streptokokken-Nachweis im Abstrich.

Ab einer Häufigkeit von sechs Episoden in den letzten zwölf Monaten ist die Tonsillektomie eine therapeutische Option (GCP) [21].

Ist eine chirurgische Behandlung nicht möglich oder nicht erwünscht, kann einmalig der Versuch einer medikamentösen Eradikation der Erreger mit Amoxicillin/Clavulansäure oder Clindamycin während der Halsschmerzperiode unternommen werden (O, Ia).

Schlussfolgerungen

Bei unkomplizierten Tonsillopharyngitiden stehen die diagnostische und therapeutische Zurückhaltung und die Stärkung des Selbstmanagements der Patient*innen im Fokus. Halsschmerzen dauern durchschnittlich, unabhängig von einer viralen oder bakteriellen Genese, eine Woche an.

Bei unkomplizierten Verläufen ist ein Erregernachweis irrelevant. Falls erforderlich, erfolgt eine Einschätzung des Risikos einer Streptokokken-Infektion durch klinische Scores, auf deren Ergebnis sich die Therapieempfehlung stützt. Insgesamt sind gefährliche Komplikationen bei akuten Halsschmerzen in Deutschland sehr selten, weshalb das alleinige Ziel einer antibiotischen Therapie nur die moderate Verkürzung der Krankheitsdauer ist. Da unnötige Antibiotikaeinnahmen vermeidbare Nebenwirkungen



Dr. Karen Krüger ...

... Fachärztin für HNO-Heilkunde. Seit 2015 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin, Mitautorin der DEGAM S3-Leitlinien „Halsschmerzen“ und „akuter und chronischer Husten“
Weitere Schwerpunkte: Evidenzbasierte Medizin, Implementierung von Leitlinien, Atemwegsinfektionen und Community Health

Foto: Fotostudio Nina in Hamburg

gen für Patient*innen darstellen und eine weltweite Resistenzentwicklung zur Folge haben, sollte bei Therapiewunsch regelhaft eine verhältnismäßige Schmerztherapie angeboten und Strategien zur Vermeidung von Antibiotikaeinnahmen wie die Delayed Prescription angewendet werden.

International existieren viele Leitlinien, die sich mit der Diagnostik und Therapie von akuten Halsschmerzen beschäftigen. Die Empfehlungen zur Anwendung des GAS-Schnelltest und die Beurteilung der Dringlichkeit von antibiotischen Therapien bei bakteriellen Tonsillopharyngitiden weichen zum Teil sehr voneinander ab. Bei europäischen Leitlinien, deren Versorgungsbereich hauptsächlich Niedriginzidenzländer im Hinblick auf Poststreptokokkenerkrankungen um-

fasst, wird allerdings überwiegend auf die Diagnostik durch klinische Scores und den zurückhaltenden Einsatz von Antibiotika gesetzt.

Interessenkonflikte:

KK hat Honorar für Lehrvideos zur Leitlinie Halsschmerzen und Husten der DEGAM erhalten.

Literatur

1. Kühlein T, Laux G, Gutscher A, Szecsenyi J. Kontinuierliche Morbiditätsregistrierung in der Hausarztpraxis. Vom Beratungsanlass zum Beratungsergebnis-CONTENT München: Urban & Vogel. 2008; 1: 48
2. Fischer T, Fischer S, Kochen MM, Hummers-Pradier E. Influence of patient symptoms and physical findings on general practitioners' treatment of respiratory tract infections: a direct observation study. BMC Fam Pract 2005; 6: 6
3. Maaß S, Kaduszkiewicz H, Hedderich J, et al. Diagnostik und Therapie bei Halsschmerzpatienten in der Hausarztpraxis: eine Beobachtungsstudie. Z Allg Med 2016; 92: 269–75
4. Murray CJ, Ikuta KS, Sharara F, et al. Global burden of bacterial antimicrobial resistance in 2019: a systematic analysis. Lancet 2022; 399: 629–55
5. Kronman MP, Zhou C, Mangione-Smith R. Bacterial prevalence and antimicrobial prescribing trends for acute respiratory tract infections. Pediatrics 2014; 134: e956–65
6. Little P, Hobbs FR, Mant D, McNulty CA, Mullee M. Incidence and clinical variables associated with streptococcal throat infections: a prospective diagnostic cohort study. Br J Gen Pract 2012; 62: e787–94
7. Renner B, Mueller CA, Shephard A. Environmental and non-infectious factors in the aetiology of pharyngitis (sore throat). Inflamm Res 2012; 61: 1041–52
8. Little P, Stuart B, Hobbs FDR, et al. Antibiotic prescription strategies for acute sore throat: a prospective observational cohort study. Lancet Infect Dis 2014; 14: 213–9
9. Little P, Stuart B, Smith S, et al. Antibiotic prescription strategies and adverse outcome for uncomplicated lower respiratory tract infections: prospective cough complication cohort (3C) study. BMJ 2017; 357: j2148
10. Coffey PM, Ralph AP, Krause VL. The role of social determinants of health in the risk and prevention of group A streptococcal infection, acute rheumatic fever and rheumatic heart disease: A systematic review. PLOS Negl Trop Dis 2018; 12: e0006577

11. Sims Sanyahumbi A, Colquhoun S, Wyber R, Carapetis JR. Global disease burden of group A streptococcus. In: Ferretti JJ, Stevens DL, Fischetti VA, eds. *Streptococcus pyogenes: Basic biology to clinical manifestations*. Oklahoma City: University of Oklahoma Health Sciences Center; 2016. www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK333415/ (letzter Zugriff am 22.1.2022)
12. Taylor JL, Howie JGR. Antibiotics, sore throats and acute nephritis. *J R Coll Gen Pract* 1983; 33: 783–6
13. Sore throat (acute): antimicrobial prescribing | Guidance and guidelines | NICE www.nice.org.uk/guidance/ng84 (letzter Zugriff am 22.1.2022)
14. Little P, Hobbs FDR, Moore M, et al. Clinical score and rapid antigen detection test to guide antibiotic use for sore throats: randomised controlled trial of PRISM (primary care streptococcal management). *BMJ* 2013; 347: f5806–f5806
15. Little P, Moore M, Hobbs FDR, et al. Primary care Streptococcal Management (PRISM) study: identifying clinical variables associated with Lancefield group A β -haemolytic streptococci and Lancefield non-Group A streptococcal throat infections from two cohorts of patients presenting with an acute sore throat. *BMJ Open* 2013; 3: e003943
16. Blankenfeld A, Kaduszkiewicz H, Kochen MM, Pömsl J. DEGAM Leitlinie S2e: SARS-CoV-2/Covid-19-Informationen und Praxishilfen für niedergelassene Hausärztinnen und Hausärzte (Version 21) 2022. Verfügbar unter: www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S2-Leitlinien/053-054_S2e_SARS-CoV-2%20und%20COVID-19/053-054_S2e%20Coronavirus_V21_12-12-2021.pdf (letzter Zugriff am 17.1.2022)
17. Hayward GN, Hay AD, Moore MV, et al. Effect of oral dexamethasone without immediate antibiotics vs placebo on acute sore throat in adults: a randomized clinical trial. *JAMA* 2017; 317: 1535–43
18. Kenealy T. Sore throat. *BMJ Clin Evid* 2014; 2014: 1509
19. Spinks A, Glasziou P, Del Mar C. Antibiotics for sore throat. *Cochrane Database System Rev* 2013, <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000023.pub4> (letzter Zugriff am 22.1.2022)
20. Spurling GK, Del Mar CB, Dooley L, Foxlee R, Farley R. Delayed antibiotics for respiratory infections. *Cochrane Database System Rev* 2013; Cd004417
21. Windfuhr JP. [Evidence-based Indications for Tonsillectomy]. *Laryn Rhinol* 2016; 95 Suppl 1: 38–87

Korrespondenzadresse

Dr. med. Karen Krüger
Institut für Allgemeinmedizin, Charité universitätsmedizin Berlin
Tel.: 030 450514228
Karen.krueger@charite.de

6. Wissenschaftlicher Kongress

„Familienmedizin in der hausärztlichen Versorgung der Zukunft“

Ort und Zeit: Mittwoch, 11. Mai 2022 von 10–18 Uhr, Universitätsklinikum Düsseldorf

Alle(s) unter einem Dach?!

Familienorientiertes Arbeiten im Team in der Primärversorgung

Die gelebte Familienmedizin in der Hausarztpraxis in ihren unterschiedlichen Facetten steht im Mittelpunkt des diesjährigen Kongresses vom Institut für Allgemeinmedizin der Universität Düsseldorf.

Die Familienmedizin knüpft an verschiedene Professionen in der Primärversorgung an; immer stehen dabei aber die Patient:innen, ihre Familien sowie ihr Lebensumfeld und dessen Auswirkungen auf ihre Gesundheit im Zentrum. Je nach Praxisform als Einzel- oder Gemeinschaftspraxis, als Praxengemeinschaft, MVZ oder Gesundheitszentrum sind dazu unterschiedliche Herangehensweisen notwendig, um eine familienorientierte Versorgung im Netz der Primärversorgung gelingen zu lassen.

Welche praktischen Herangehensweisen gibt es, um Familienmedizin im hausärztlichen Alltag umzusetzen? Wie kann eine engere Zusammenarbeit zwischen Hausarztpraxen und anderen Professionen in der Primärversorgung (z.B. Pflege, Soziale Arbeit, Pädiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie) gelingen? Wie kann das Potenzial von multiprofessionellen Gesundheitszentren für die Primärversorgung von Familien bestmöglich genutzt werden?

Die Veranstaltung richtet sich an Hausärzt:innen, Pädiater:innen, Medizinische Fachangestellte und alle professionell Tätigen im Gesundheits- und Sozialwesen, die mit Familienmedizin und Familiengesundheit arbeiten.

Behandelt werden u.a. folgende Themen:

- Gesundheitszentren und Versorgungsansätze der Primärversorgung mit der Familie im Fokus
- Das Praxisteam in der Umsetzung von Familienmedizin in der Hausarztpraxis
- Psychosomatische Aspekte in der Versorgung von Familien
- Systemische Familientherapie in der Hausarztpraxis
- Kooperation zwischen Hausarztpraxis und Pflege (ambulant und stationär)
- Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit/Soziale Gesundheit
- Forschungsfragen aus der Praxis für die Praxis.

Information und Anmeldung:

Institut für Allgemeinmedizin (ifam)
 Universität Düsseldorf
 Moorenstraße 5, 40225 Düsseldorf
vera.kalitzkus@med.uni-duesseldorf.de
www.familien-medizin.org



Über uns:

Das Institut für Allgemeinmedizin der Universität Düsseldorf (ifam) gehört dem Center for Health and Society (chs) der Universität Düsseldorf an: Hier werden Themen aus den Bereichen Gesundheit, Gesellschaft und Kultur zusammengestellt und interdisziplinär diskutiert.