

## Die chronisch-persistierende Borreliose: Nur eine Hypothese oder (zu) oft verkannte Realität?

Seit dem letzten Sonderheft der *umg* über Borreliose im Februar 2009 sind bereits vier Jahre vergangen, in denen viele neue Erkenntnisse über die Infektionskrankheit Borreliose gewonnen wurden. Von mehreren Forschern (z.B. Prof. Eva Sapi, Alan MacDonald, M.D., Dr. Judith Miklossy u.a.) wurde die Fähigkeit der Spirochäte *Borrelia s.l.*, sich bei ungünstigen Milieubedingungen in Persistierformen (z.B. Granula, Blebs, L-Formen, Zysten) zu verwandeln, mit eindrucksvollen Fotodokumentationen nachgewiesen. Erst seit ca. fünf Jahren weiß man und hat auch das in Fotos dokumentieren können, dass Borrelien sogar Biofilme bilden können. Durch diese „Escape“-Fähigkeiten der Borrelien können heute sowohl die immer wieder auftretenden Krankheitsschübe als auch die Chronifizierung der Borreliose erklärt werden. Die chronisch-persistierende Borreliose konnte so in ihrem Entstehungsmechanismus aufgeklärt werden.



(Foto: privat)

In den letzten Jahren steigt die Zahl von Borrelien-Neuinfektionen stetig an, wobei die epidemiologischen Daten über Inzidenz und Prävalenz der Borreliose in Deutschland aus ganz verschiedenen Quellen zusammengetragen werden müssen. Denn bis heute gibt es keine deutschlandweite Meldepflicht für die Zoonose "Borreliose" und bis heute haben erst 9 von 16 deutschen Bundesländern die gesetzliche Grundlage für eine Meldepflicht für Borrelieninfektionen geschaffen (zusätzlich zu den neuen Bundesländern mit ihrer schon seit DDR-Zeiten bestehenden Meldepflicht sind dies seit 2011 Rheinland-Pfalz, Saarland und seit Mai diesen Jahres auch Bayern).

Deshalb waren als zusätzliche Informationsquelle die Daten verschiedener Krankenkassen (DAK, TKK) sehr hilfreich, da diese ihre statistisch aufbereiteten ICD-10-Abrechnungsdiagnosen für Borreliose (A 69.2) zur Verfügung stellten. Hochgerechnet auf die gesamtdeutsche Bevölkerung ergaben die ambulant abgerechneten Borreliosefälle z.B. der TKK für 2009 eine Prävalenz von 800.000 Fällen für frühe als auch späte Formen von Borreliose. Das waren schon 11 % mehr als die im Jahr 2008 von den Vertragsärzten abgerechneten Fälle. Demgegenüber sind die an das Robert Koch-Institut (RKI) auf Grund einer schon lange bestehenden Meldepflicht für die ebenfalls von der Zecke *Ixodes ricinus* übertragene Viruskrankheit Frühsommer-Meningo-Enzephalitis (FSME) im Verhältnis dazu verschwindend gering: 289 gesicherte FSME-Fälle im gesamten Jahr 2008 und 313 Fälle im Jahr 2009.

Wenn aber die Borreliose inzwischen eine derart häufige Infektionskrankheit geworden ist, warum dauert es dann immer noch im Durchschnitt mehr als 2 Jahre, bis die Infektion bei den Patienten erkannt wird? Und warum müssen die Patienten dann im Durchschnitt 8,23 Ärzte aufsuchen, bis ihre Diagnose „Borreliose“ gesichert ist? (Quelle: Statistische Auswertung von 500 online befragten Borreliosekranken auf [www.borreliose-nachrichten.de](http://www.borreliose-nachrichten.de)). Ist es vielleicht die große Vielfalt der möglichen Symptome, die diese Krankheit so schwer erkennbar macht? Oder liegt es an den sehr unzuverlässigen serologischen Tests, von denen ca. 17 verschiedene ohne staatlich kontrollierte Standardisierung z.B. durch das Nationale Referenzzentrum für Borrelien (NRZ) nebeneinander auf dem Markt sind? Am 11. Mai 2013 haben Borreliosekranke und ihre Familienangehörigen in 28 (!) Ländern der Welt gleichzeitig protestiert - in Australien und Neuseeland genauso wie in Südafrika, USA und fast allen europäischen Ländern. Der Protest richtet sich v.a. gegen die unzuverlässigen serologischen Tests und gegen die meist zu kurze Therapiedauer.

Dies ist auf die weltweit übernommenen Leitlinien der amerikanischen Gesellschaft für Infektionskrankheiten (IDSA) zurückzuführen. Denn diese geben starr eine antibiotische Behandlungszeit von 21 bis max. 30 Tagen vor, ohne auf die jeweils individuelle Krankheitsausprägung Rücksicht zu nehmen. Erst im April 2013 wurden im Bayerischen Ärzteblatt wieder diese IDSA-Kurztherapien vom Leiter des NRZ Dr. Fingerle und Kollegen den Ärzten als gültige offizielle Empfehlung („BLÄK informiert“) vorgestellt. Dabei wird aber leider immer außer Acht gelassen, dass die Ausprägung der Borreliose maßgeblich vom Immunsystem des Betroffenen, seiner individuellen genetischen Ausstattung und seinen bereits vorhandenen (Umwelt-)Belastungen bestimmt wird, was jedoch bei jeder Therapie berücksichtigt werden muss. Wird nämlich zu kurz und zu niedrig dosiert antibiotisch behandelt, bleiben die Patienten weiterhin krank, was gravierende gesundheitliche, berufliche, soziale, emotionale und finanzielle Auswirkungen für die Betroffenen hat.

Dieses Schwerpunktheft über Borreliose wurde konzipiert, um den Ärzten ein solides Grundlagenwissen über die Borreliose an die Hand zu geben. Herr PD Dr. Oliver Nolte berichtet über die Zecken-übertragenen Infektionen in Mitteleuropa mit Schwerpunkt auf der Borreliose und Dr. Volker von Baehr über die diagnostischen Labor-Möglichkeiten. Dr. Kurt Müller stellt die aktuellen Therapiemöglichkeiten für die Borreliose dar. Besonderen Wert aber wird von PD Dr. Walter Berghoff auf die ausführliche Darstellung der vielen möglichen Symptome einer Borreliose gelegt. Denn Borreliose ist v.a. eine klinische Diagnose, die allein schon durch die (Zeckenstich und/oder Erythema migrans)-Anamnese und die sich daran anschließende typische Symptomkonstellation erkannt werden sollte. Dazu passende Laborwerte (AK und spezifische Banden im Immunoblot) können die Diagnose stützen, aber auch beim Fehlen dieser serologischen Befunde muss bei passender Anamnese und Symptomatik vom Vorliegen einer Borreliose ausgegangen werden. Eine antibiotische Behandlung darf auch bei Seronegativität nicht verweigert werden, da es zahlreiche Literatur darüber gibt, dass bei einer Borreliose mit entsprechenden klinischen Symptomen die üblichen serologischen Parameter fehlen können. Gerade in dieser Situation gilt der Grundsatz: Borreliose ist eine klinische Diagnose!!

*Dr. Hopf-Seidel*

Dr. Petra Hopf-Seidel