

Bedeutung der Lyme-Borreliose unter forensischen und versicherungsrechtlichen Aspekten

12.08.2008. Berlin. Pressekonferenz der Deutschen Borreliose-Gesellschaft e.V. sowie Borreliose und FSME Bund Deutschland e.V. im Haus der Bundespressekonferenz

Bei der Problematik der Lyme-Borreliose sind die IDSA (Infectious disease society of America) und die AAN (American Academy of Neurology) maßgebliche Meinungsbildner. Auch in der Bundesrepublik Deutschland sind sie meinungsbeherrschend, da die deutschen Fachgesellschaften die amerikanischen Leitlinien übernommen haben.

Die Kommissionen dieser amerikanischen Fachgesellschaften haben offensichtlich gegen rechtliche Grundsätze verstoßen, da die Leitlinien von der IDSA und der AAN nicht in der zu fordernden Eigenständigkeit erstellt wurden. Staatsanwaltschaftliche Ermittlungen sind im Gange. Zahlreiche Mitglieder der IDSA-Kommission waren zugleich auch tätig in der AAN-Kommission und vice versa. Diese Umstände hinderten die beiden Gesellschaften jedoch nicht daran, sich für ihre Leitlinien gegenseitig Rückendeckung zu verschaffen. Dies betraf insbesondere Passagen der Leitlinien, die aufgrund der wissenschaftlichen Datenlage umstritten waren. Die Leitlinien der IDSA und der AAN sollen daher in naher Zukunft einer Überprüfung unterzogen werden.

Die wichtigsten Einwände gegen die Leitlinien der IDSA und der AAN und somit auch gegen die Leitlinien zahlreicher deutscher Fachgesellschaften basieren auf zahlreichen wissenschaftlichen Publikationen und betreffen folgende Inhalte:

- Negierung der Existenz einer chronischen Borreliose
- Negierung einer Lyme-Borreliose bei serologisch negativem Befund (Fehlen von Antikörpern im Blut)
- Negierung der klinischen Bedeutung persistierender Antikörper im Blut (positiv serologischer Befund) bei chronischer Borreliose
- Deutung der Antikörper als Folgezustand (so genannte Seronarbe) und Verneinung, dass die Antikörper bei der chronischen Borreliose eine aktuelle Immunreaktion darstellen.
- Die Behauptung, dass eine antibiotische Behandlung innerhalb von zwei bis vier Wochen die Lyme-Borreliose beseitigt (so genannte adäquate antibiotische Behandlung)
- Die Behauptung, dass eine antibiotische Langzeitbehandlung sinnlos sei
- Ausschluss einer chronischen Lyme-Borreliose bei unauffälligem Liquorbefund
- Unbrauchbarkeit des Lymphozyten-Transformationstestes (LTT) bei Diagnose und Verlaufsbeobachtung der chronischen Lyme-Borreliose

- Benutzung des Begriffes „Post-Lyme-Disease-Syndrom“ (PLDS) bei Persistieren von Beschwerden nach vermeintlich adäquater antibiotischer Behandlung; der Begriff PLDS dient zur Negierung einer fortbestehenden chronischen Borrelienerkrankung und soll einen Beschwerde-Restzustand beschreiben, dem keine Krankheitsbedeutung zukommt.

Unter Berufung auf diese Leitlinien wird seit vielen Jahren in ärztlichen Gutachten, bei gerichtlichen Urteilen und Bescheiden von privaten und gesetzlichen Versicherern trotz eindeutiger Datenlage die chronische Lyme-Borreliose verneint. Dabei wird geradezu nach einem stereotypen Muster das Krankheitsbild der chronischen Lyme-Borreliose „umgedeutet“. In den meisten Fällen erfolgt die ärztliche Untersuchung zunächst durch einen Neurologen, der aufgrund einer Liquoruntersuchung eine chronische Lyme-Neuroborreliose ausschließt und damit üblicherweise auch eine chronische Lyme-Borreliose. Etwaige Auffälligkeiten bei der körperlichen neurologischen Untersuchung, d.h. neurologische Defizite, werden als Folgezustand einer abgelaufenen Lyme-Neuroborreliose interpretiert oder die Befunde werden bei der Beurteilung völlig ignoriert. Nach „Ausschluss“ einer (tatsächlich vorliegenden) chronischen Lyme-Neuroborreliose veranlasst der Neurologe in aller Regel zur Klärung des Beschwerdebildes eine psychiatrische Untersuchung. In der ganz überwiegenden Zahl der Fälle, stellt der psychiatrische Gutachter die Diagnose einer psychischen Erkrankung, meistens einer Depression oder einer so genannten somatoformen Störung (früher Neurose genannt). Bei der Diagnose solcher psychischer Erkrankungen werden jedoch die international anerkannten Krankheitskriterien nicht beachtet. Bei Einwänden gegen die Diagnosen Depression, somatoforme Störung wird die Diagnose nicht selten revidiert und der Krankheitszustand auf eine „Psychasthenie“ zurückgeführt. Obwohl dieser Krankheitsbegriff bereits seit Jahrzehnten in der wissenschaftlichen Literatur nicht mehr existiert, wird er gutachterlich genutzt, um eine konstitutionelle also persönlichkeitsbedingte seelische und körperliche Schwächlichkeit zu bezeichnen. Bei Hinweis, dass die Beschwerden im Laufe des Lebens auftraten und nicht wie bei konstitutionellen Störungen bereits in der Kindheit, wird die psychiatrische Argumentation unsachlich bzw. ausweichend.

Bei den neurologischen Gutachten sind in ungewöhnlicher Häufigkeit und Einförmigkeit Fehler vorhanden:

- Missachtung der Tatsache, dass die chronische Lyme-Borreliose eine Multiorganerkrankung ist
- Beurteilung der Krankheitssituation allein auf der Basis der neurologischen Krankheitsmanifestationen
- Mangelnde Analyse und Würdigung von Umständen der Krankheitsentwicklung, von Krankheitsmanifestationen und Krankheitsverlauf, die nicht das Nervensystem betreffen.
- Missachtung krankheitsbeweisender Faktoren (krankheitsspezifischer Hautveränderungen, Krankheitsgeschichte einer akuten Lyme-Neuroborreliose mit nachfolgender Symptomatik einer chronischen Lyme-Borreliose).
- Krankheitstypische Herzerkrankungen

- Behauptung, dass ein normaler Liquorbefund eine Lyme-Borreliose ausschließt (tatsächlich ist nur in fünf Prozent der Fälle einer chronischen Lyme-Borreliose eine pathologische Veränderung des Liquors vorhanden, meistens in geringer Ausprägung).
- Fehleinschätzung und Interpretation pathologischer Laborbefunde.
- Die Behauptung, dass eine „adäquate antibiotische Behandlung“ eine Heilung der Lyme-Borreliose garantiert.
- Gleichsetzung einer abgeklungenen akuten Neuroborreliose mit kompletter Heilung der Lyme-Borreliose.
- (Übliche (falsche) Argumentation: „Adäquate antibiotische Behandlung und unauffälliger Liquor schließen eine persistierende chronische Borreliose aus“.)
- Verneinung einer so genannten Encephalopathie, d.h. herabgesetzte Hirnleistung und mentale Störung im Rahmen einer chronischen Lyme-Borreliose
- Verquickung der chronischen Lyme-Borreliose mit einem Post-Lyme-Disease-Syndrom (PLDS) mit der Folgerung, dass eine chronische Borreliose negiert wird. Die Bezeichnung PLDS dient zur Beschreibung angeblich irrelevanter Folgezustände oder –beschwerden nach abgeheilter Lyme-Borreliose; unverständlicher Weise wird das PLDS als eine durch die Medien aufgebauschte Scheinerkrankung bezeichnet.
- In Anlehnung an die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie wird in den neurologischen Gutachten oft die Formulierung verwandt: „Vermeintliche chronische Lyme-Borreliose mit unspezifischen Beschwerden“.

Fazit: IDSA und AAN sind die maßgeblichen Meinungsbildner bei der Problematik der chronischen Lyme-Borreliose. Deutsche Fachgesellschaften haben sich den amerikanischen Leitlinien angeschlossen. Allerdings entsprechen die Leitlinien nicht der wissenschaftlichen Datenlage und sind somit in vielen wesentlichen Punkten falsch. Es ist daher damit zu rechnen, dass in naher Zukunft die Leitlinien revidiert oder gar annulliert werden. – Seit vielen Jahren berufen sich medizinische Gutachter, Gerichte sowie private und gesetzliche Versicherer auf diese falschen Leitlinien und begründen damit die Ablehnung von Ansprüchen betroffener Patienten.