



aktuell

- Diagnostik
- Therapie
- Forschung
- Arzt und Patient
- Gesundheitspolitik
- SHG-Adressen



Schwerpunktthema

Kommunikation auf Augenhöhe?

FOTO: BARMER

- Syndrome wie bei Covid-19
- Lyme iSpot in zwei Tagen

- Posttraumatische Belastungsstörung
- Neues über Disulfiram
- Corona und Impfen

- Chronische Schmerzen
- Wie Ärzte ticken
- Notaufnahme
- Borreliose-Selbsthilfe-Plan

Unsere Hoffnungen noch aus dem Herbst letzten Jahres, dass die Corona-Pandemie bald überwunden sein würde und wir wieder im Jahr 2021 zu einer Normalität finden könnten, sind enttäuscht worden. Wir richten uns weiter ein auf große Einschränkungen und leider merken wir, dass die Borreliose-Infektionen im Jahr 2020 nicht nur stark zugenommen haben (was immer auch bedeutet, dass die chronisch werdenden Erkrankungen zunehmen), sondern die schon chronisch Kranken durch fehlende persönliche Treffen in den Selbsthilfegruppen und auch durch die eigene, verstärkte Besorgtheit gegenüber der neuen Infektionskrankheit Covid-19 besonders belastet sind. Wir versuchen hier verstärkt, telefonisch Rat und Unterstützung zu geben und im Übrigen unsere Kommunikationsmittel möglichst gut zu nutzen. Wir wissen, wie sehr unsere halbjährliche Zeitschrift Borreliose Wissen erwartet wird und wir freuen uns über Anregungen und Kommentare dazu, auch zu unserem monatlichen Newsletter.

Nicht verschont worden von Corona ist auch die Planung für unsere Mitgliederversammlung. Dazu weiter hinten im Heft.

Dieses Heft hat als Schwerpunkt die Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Ein heikles Thema, ich weiß. Gelingt sie, so wird das nicht weiter erwähnt. Gelingt sie nicht, so machen Patienten natürlich erst einmal den Arzt/ die Ärztin als Schuldige aus. Dabei haben beide Seiten hier Lernaufgaben. Ich hoffe sehr, dass dies auch in unserem Schwerpunktthema zum Ausdruck kommt.

Kein Ärzte-Bashing

Nichts liegt uns ferner, als Ärzte-Bashing zu betreiben, oder übersetzt: undifferenziert die Ärzte immer für alles verantwortlich zu machen. Aber, Hand aufs Herz: Wie oft waren Sie schon beim Arzt und sind rausgegangen mit dem Gefühl, dass Sie vieles Wichtige gar nicht sagen konnten? In vielen Arztgesprächen regiert die Zeitnot, dann sowieso das Gefühl, nichts zu wissen und nicht ernst genommen zu werden – aus Patientensicht. Ärzte hingegen scheinen sich oft schon innerlich abzuschotten, wenn ein Patient mit dem Verdacht kommt, an Borreliose erkrankt zu sein.

Warum ist das so? Und muss das so sein? Wir wollen mit diesem Schwerpunkt in diesem Heft Verständnis auf beiden Seiten fördern und Hilfe bei der Überwindung dieser Kommunikationsschwierigkeiten geben.

Dr. Astrid Breinlinger



DIAGNOSTIK	Seite
■ Neuropsychologische Syndrome	3
■ Lyme iSpot – Ergebnis in zwei Tagen	4
■ Borrelia iSpot – ein zuverlässiger Labortest	4
■ Posttraumatische Belastungsstörung?	5
THERAPIE	
■ Therapie mit Disulfiram (DSF)	6
■ Leitungswasser – nicht so ohne	10
■ Der Ruf nach einem Krankenhaus	11
■ Corona-Impfen: ja oder nein?	13
■ Corona-Impfstoff für Borreliose-Patienten	13
■ Wege zur Selbsthilfe	14
■ Impfproblematik für Borreliosepatienten	16
■ Opiode – ein Kapitel für sich	18
SCHWERPUNKT KOMMUNIKATION	
■ Wie Ärzte ticken und was Patienten brauchen	19
■ Interview mit Dr. med. Yael Adler	24
■ Interview Borreliose-Ärzte	25
■ Mit Borreliose in die Notaufnahme?	29
FORSCHUNG	
■ Borrelien verändern das Immunsystem	30
■ Klimaveränderungen und Borreliose im Modell	31
■ Neues aus der Krankheits-Forschung	31
GESUNDHEITSPOLITIK	
■ Schon immer Zweifel an der UPD	32
■ Wenn Alexa Dr. Amazon schickt	33
■ Weniger Borreliose wegen Corona?	34
■ ICD-11 wirft nur schwache Schatten voraus	35
■ Borreliose spekuliert	35
ARZT UND PATIENT	
■ Vor Gericht und auf hoher See...	36
■ Beschwerden wie ein epileptischer Hund	37
■ Chronisch krank? Selber schuld?	38
■ Borreliose aus heiterem Himmel	40
■ Was macht eigentlich Dr. Ledwoch?	41
■ Viel Ehre, hehre Ziele, aber leider keine Ahnung	42
■ Was denken Hausärzte über Leitlinien?	42
■ Ärzte kritisieren Weiterbildung	42
MEDIEN	
■ Neue Winterzecke oder DPA-Ente	43
■ Der große Borreliose-Selbsthilfe-Plan	44
■ Braucht Selbsthilfe Marketing?	45
BFBD	
■ Redakteur gesucht	46
■ Mitgliederversammlung 2021	46
■ Unter schützenden Händen	47
■ Mitglieder wissen mehr	47
■ Wer macht was im BFBD	49
■ Unsere Simpleshow klärt auf!	51
■ Der Newsletter vom BFBD	52
■ Man erkennt sich ohne große Worte	52
■ Die spezielle Fördermitgliedschaft	52
LITERATUR	
■ Aktuelle Magazine des BFBD	53
■ Themen-Index	53

Wie entsteht die Posttraumatische Belastungsstörung?

„Jede Krankheit kann ein Trauma auslösen“, titelte TV Hören und Sehen im Januar 2021. Freude kam auf; denn der, der das von sich gab, war der Direktor der Klinik für Konsiliarpsychiatrie und Psychosomatik vom Universitätsspital Zürich: **Prof. Roland von Känel**. Freilich ging es im Großen und Ganzen hauptsächlich um Conora und die inzwischen akzeptierten Langzeitfolgen, die man Borreliosepatienten nicht glaubt. Auch der Herzinfarkt war es, dessen Folgen er beispielhaft beschrieb. Känel: „Viele glauben, lediglich Unfälle, Gewalterfahrungen, Krieg oder Naturkatastrophen können traumatisch wirken, aber das ist falsch. **Auch lebensbedrohliche Krankheiten können Betroffene langfristig psychisch schwer belasten**“.

TV: „Welchen Einfluss haben psychische Probleme auf die Gesundheit des Patienten?“ **Känel**: „Wir konnten in einer Studie nachweisen, dass das Risiko, dass sich Symptome deutlich verschlimmern, viermal so hoch war wie bei psychisch stabilen Patienten.“
TV: „Woran liegt das?“ **Känel**: „Das sympathische Nervensystem ist nach einer Posttraumatischen Belastungsstörung hyperaktiv. Betroffene haben einen höheren Spiegel vom Stresshormon Noradrenalin im Urin. Gleichzeitig wird die Cortisolachse heruntergefahren, was zu einer niedrigschwellenden Entzündungsreaktion führt, die Einfluss auf unsere Gefäße nimmt. Unser Blut wird dicker, wenn wir gestresst sind, was evolutionsgeschichtlich sinnvoll ist: Wenn wir uns auf der Flucht verletzen, muss die Blutgerinnung funktionieren und das Immunsystem reagieren“.

TV: „Heilt eine Posttraumatische Belastungsstörung im Laufe der Zeit



von alleine?“ **Känel**: „In einer Studie hatten von 400 untersuchten Patienten **zehn Prozent eine Posttraumatische Belastungsstörung** entwickelt. Nach drei Jahren haben wir diese Patienten noch einmal untersucht. Von 40 sind knapp 30 unserer Einladung gefolgt und davon litten zwei Drittel weiter unter ihrer Belastungsstörung. Man kann davon ausgehen, dass es eine chronische Störung ist, so wie man das von traumatisierten Soldaten kennt. Von denen weiß man aber auch, dass das grundsätzlich gut behandelbar ist. Bei 50 Prozent bessert sich der Zustand allein durch eine Therapie.“

Wir wandten uns mit einer Mail an Prof. Känel: „Häufig werden Folgen wie Posttraumatische Belastungsstörung nicht als Folge der Borreliose,

sondern als eigenständige Entität von der Borreliose abgelöst, was für die Betroffenen sehr belastend ist. Es ist nicht nur ihr Gefühl, sondern Tatsache, dass sie mit ihren häufig **kognitiven und depressiven Beschwerden** in die Psychiatrie abgeschoben werden und Borreliose in keiner Weise mehr in Betracht gezogen wird. Bereits 1996 berichtete Thore von Uexküll: „Nahezu alle körperlichen Erkrankungen und Schädigungen können zu organischen Psychodromen führen“. Was ist Ihre Meinung/Erfahrung?“

Antwort Känel: „**Leider kann ich dazu nichts Gescheites sagen.**“
Redaktion: Wie bedauerlich. Auch in der Schweiz gibt es Borreliosepatienten.

Therapie mit Disulfiram (DSF)

Ein neuer Versuch, chronisch-persistierende Borreliose und andere Infektionen zu behandeln

Was wir bis jetzt über die Wirkungsweise von DSF wissen, welche Risiken bestehen, was man bei der Einnahme beachten muss und wie es dosiert werden sollte.

Von Petra Hopf-Seidel, Stand Januar 2021

Disulfiram (DSF) unter den Präparatenamen Etiltox oder Esperal (bis 2011 in Deutschland auch unter dem Präparatenamen Antabus 400 Dispergetten vertrieben) ist ein Medikament, das ursprünglich bei Alkoholabhängigen verordnet wurde. Hatten sie DSF eingenommen und tranken danach Alkohol, bekamen sie Appetitlosigkeit, Bauchschmerzen, Übelkeit und Erbrechen, aber auch Juckreiz und Gelbfärbung der Haut als Hinweis auf eine Leberschädigung. Da die alkoholkranken Patienten die oben genannten Nebenwirkungen vermeiden wollten, verzichteten sie quasi „freiwillig“ auf Alkohol und vermieden so einen Alkoholrückfall. Das war in Deutschland lange Zeit eine Basis der Behandlung von Alkoholkranken.

Nach fast 70 Jahren Einsatz dieser Therapieoption hat sich das jedoch inzwischen geändert. Denn seit 4/2011 wurde die Zulassung des Antabus in Deutschland vom Hersteller Nycomed aus **produktions-technischen Gründen** zurückgegeben und seitdem ist DSF bei uns nicht mehr im Handel. Da es aber für die Zulassungsrückgabe **keine pharmakologischen oder klinischen Gründe** gab, kann DSF aus dem europäischen Ausland (zum Beispiel Italien, Frankreich, Österreich, Schweiz) weiterhin zur Behandlung deutscher Patienten besorgt werden.

■ Wirkungsweise von Disulfiram

Im Reagenzglas (in vitro) wurde bei Studien **DSF als hochwirksam gegen Borrelien** und einige andere intrazelluläre Erreger, Parasiten und Viren nachgewiesen. Inzwischen weiß man auch etwas genauer über die Wirkungsweisen dieses Medikamentes Bescheid. Denn da **DSF** das Enzym **Aldehyd-Dehydrogenase (ALDH) blockiert**, kann Alkohol nicht vollständig abgebaut werden und es bleibt das „giftige“ Zwischenprodukt **Acetaldehyd vermehrt** übrig. Das Acetaldehyd (auch Ethanal genannt) ist aber **viel giftiger** als sowohl das Ausgangsprodukt Ethanol/Alkohol als auch das Endprodukt des Alkoholabbaus Acetat, das entstehen würde, wenn ALDH nicht durch DSF blockiert werden würde. Man hat in vitro gesehen, dass nach der Spaltung von Disulfiram (DSF) in Diethyldithiocarbamat vier Schwefelatome als ringförmiges Molekül (ein sogenanntes Chelat) vorliegen und im Zentrum des Chelats zweiwertige Kationen wie zum Beispiel die **Kupfer-Kationen** (Cu 2+) gebunden werden. Weil aber die ALDH in ihrer **Funktion von Kupfer abhängig** ist, kommt es dadurch zu einer ALDH-Hemmung in der Leber.



Dr. med Petra Hopf-Seidel

Dadurch steigt das giftige Zwischenprodukt Acetaldehyd an. DSF hemmt aber auch das Enzym **Dopamin-β-Hydroxylase**, wodurch es zu einem **Dopaminanstieg** kommen kann, was für einen Teil der psychischen Nebenwirkungen von DSF mitverantwortlich sein dürfte (siehe unten).

Neben der ALDH-reichen Leber als Abbauort von Acetaldehyd zu Acetat gibt es auch in der **intestinalen Mikrobiota** (frühere Bezeichnung Darmflora) zahlreiche Bakterien aus der Gruppe der circa 150 000 verschiedenen bekannten Darmbakterien.

ADH (Alkoholdehydrogenase)	ALDH (Aldehyddehydrogenase)
Alkohol/Ethanol -----	I -----Acetaldehyd/Ethanal
	(giftige Zwischensubstanz)-- I--Acetat (ungiftig)

Wege zur Selbsthilfe bei chronischen Schmerzen

(aus Newsletter Juli 2020 von Lymedisease.org,
Übersetzung von DeepL, A. Breinlinger)

Autorin ist **Lonnie Marcum**, eine lizenzierte Physiotherapeutin und Mutter einer Tochter mit Lyme. In den Jahren 2019 bis 2020 war sie Mitglied eines Unterausschusses der Bundesarbeitsgruppe für zeckenübertragene Krankheiten in den USA. Twitter: @LonnieRhea, E-Mail: lmarcum@lymedisease.org.

Chronische Schmerzen – definiert als anhaltende Schmerzen, die länger als sechs Monate andauern – sind eine häufige Beschwerde von Patienten mit persistierender Lyme-Borreliose. Da die Borreliose jedes Organ und System des Körpers befallen kann, kann jeder Patient eine andere Art von Beschwerden haben. Während Nacken-, Gelenk- und Muskelschmerzen im Frühstadium der Lyme-Borreliose sehr häufig sind, gibt es viele andere Arten von Schmerzen, wenn die Krankheit chronisch wird.

Selbstbehandlungsansätze sind im Allgemeinen kostengünstig und risikoarm. Man kann sie nach dem eigenen Zeitplan und bequem von zu Hause aus durchführen. Es erfordert zwar ein Engagement, die täglichen Gewohnheiten zu ändern, aber sie können erhebliche Verbesserungen bei der Verringerung von Schmerzen und der Verbesserung der Lebensqualität bieten.

Hier sind einige Vorschläge als Behandlungsoptionen, die man mit seinem medizinischen Betreuer besprechen kann.

■ Diät

Der größte Teil des Immunsystems hat seinen Ursprung im Darm. Buchstäblich alles, was man in den Körper einbringt, ist Teil des Heilungsprozesses. Oder auch nicht. Ziel ist, das

Immunsystem zu unterstützen, ohne Entzündungen zu nähren. Fastfood, künstliche/verarbeitete Lebensmittel, Kohlenhydrate, Zucker, Gluten, Milchprodukte und Alkohol sind häufige Entzündungsauslöser.

■ Positionsveränderung

Bei Schmerzen kann es schwierig sein, eine bequeme Position zu finden. Wenn es Marcums Tochter am schlechtesten ging, fiel es ihr schwer zu atmen, wenn sie flach lag. Sie fügten 4-Zoll-Holzklötze unter den Füßen am Kopfende ihres Bettes hinzu und ein großes Keilkissen, um ihren Kopf anzuheben. Wenn ihr Rücken schmerzte, half es auch, ein Kissen unter ihre Knie zu legen. Mit Kissen kann man wirklich kreativ werden. Zum Beispiel funktionieren Körperkissen oder „**Umarmungskissen**“ gut, wenn man Seitenschläfer ist.

Während des Sitzens sollte man vielleicht verschiedene Größen von Kissen oder Handtuchrollen ausprobieren, um den Komfort zu erhöhen. Es kann hilfreich sein, ein Kissen auf den Schoß zu legen, um die Arme zu stützen, oder eines hinter den unteren Rücken. In der Regel sollten man die Position alle 30 bis 60 Minuten wechseln. Dies hilft, Druckgeschwüre und Muskelsteifheit zu vermeiden.

■ Hilfsgeräte

Rollstühle, Gehhilfen, Stöcke, Bade-/Duschstühle, langstielige Greifer sind alles gute Beispiele für Hilfsmittel. Auch Gegenstände wie Tablettische, Schoßtische, Tragetaschen oder getönte Lesebrillen können das Leben erleichtern.

Andere Hilfsmittel zur Schmerzlinderung sind zum Beispiel Wickelbin-

den, Schulterschlingen, Handgelenk-, Knie- oder Fußgelenkschienen und Schuheinlagen. Möglicherweise sind auch rezeptfreie topische (äußerlich anwendbare) Schmerzmittel oder CBD-Öl hilfreich. Es gibt stärkere topische Schmerzmittel (zum Beispiel Salben, Tropfen), die rezeptpflichtig sind.

■ Pacing (angemessene Geschwindigkeit)

Wenn man krank ist, muss man sehr behutsam mit dem Energieaufwand umgehen. Es ist äußerst wichtig, alle Aktivitäten so zu modifizieren oder zu ändern, dass sie die Symptome nicht verschlimmern. Die Einschränkung, Verringerung oder Unterbrechung der gewohnten Aktivitäten kann dazu beitragen, Schmerzen und Müdigkeit zu verringern.

Der Schlüssel liegt darin, seine Grenzen zu kennen und innerhalb dieser Grenzen zu bleiben. Das Pacing ähnelt dem Konzept der „Löffeltheorie“, bei der eine Maßnahme nur in kleinen Portionen (löffelweise) verwendet oder eingesetzt wird. Dazu braucht es eine gewisse Weisheit. Wenn man krank ist, ist es nicht der richtige Zeitpunkt, um zu versuchen, den Schmerz zu überwinden.

Active Range of Motion (ROM) ist eine einfache Aktivität, die fast jeder ausführen kann, ob im Liegen, Sitzen oder Stehen. Sie hilft, den Blutfluss in die Extremitäten zu bringen und die Beweglichkeit zu erhalten oder zu erhöhen. Die Idee besteht darin, jedes Gelenk im Körper in seiner ganzen Bandbreite zu bewegen. Ein Beispiel dafür ist, die Finger vollständig zu spreizen und dann die Faust vollständig zu schließen. Marcum empfiehlt, mit dem Nacken zu begin-

Marcum, dass der Schlüssel zum Glück das Lachen ist. Lachen reduziert Stresshormone wie Cortisol und setzt Endorphine, das natürliche Schmerzmittel des Körpers, frei. Daher lautet der einfache Rat: Dinge

vermeiden, die Stress, Angst oder Ärger verursachen. Statt Krimis und Horrorfilme konsumiert man am besten Komödien und Filme mit Happy End. Hilfreich ist die Verbindung zu einem Menschen, zu dem

man ehrlich sein kann, der zuhört und mit dem man lachen kann. Und man darf niemals die Hoffnung aufgeben.

Impfen – nicht ohne Problematik für Borreliosepatienten

aus der Sicht von Dr. med. Barbara Weitkus, Mittenwalde, Mitglied der Deutschen Borreliose-Gesellschaft

■ Mutationen

Viren sind genau wie Bakterien in der Lage, Überlebensstrategien zu entwickeln, um sich dem Immunsystem zu entziehen. Gegenwärtig sinken Infektions- und Totenzahlen, aber es besteht die Gefahr des Kontrollverlustes durch die Virusmutationen. Zurzeit sind in England zwei neue besorgniserregende Mutanten gefunden: B 1.17. Ähnlich der südafrikanischen und brasilianischen Mutante gibt es inzwischen Zweifel an der Wirksamkeit des Impfstoffs von AstraZeneca. Die Variante B 1.1.7 befällt leider vor allem junge Menschen und Kinder.

In Spanien sind einige Personen ein zweites Mal an Covid 19 erkrankt; man vermutet, dass Mutationen die Ursache sind. Virologen behaupten, dass der Impfschutz trotzdem wirksam ist und wenn nicht, könne man den Impfstoff an die Mutation anpassen. **Meine Bedenken:** Es muss dann eine erneute Durchimmunisierung erfolgen, was kaum möglich wäre.

Zitat: Ärztezeitschrift/ Februar 2021: „Nach unzähligen Mutationen hat sich das Spike-Protein des Corona Virus so verändert, dass die Wirkung der bisher zugelassenen Impfstoffe nachlässt. Forschende suchen daher nach Wegen, die Vak-

zine anzupassen. Das Rennen zwischen Impfungen und Virusmutationen hat begonnen.“

■ Impfung bei beeinträchtigtem Immunsystem

Alle Corona-Impfstoffe, auch wenn sie genbasiert hergestellt werden, beinhalten eine „kontrollierte Infektion“. Das heißt, das Immunsystem wird veranlasst, Antikörper zu bilden. Bei ohnehin geschwächtem Immunsystem führt es zu weiterer Schwächung. Die Folge: **Bisher ruhende Infektionen flackern wieder auf;** unerkannte Infektionen verursachen Symptome. Im Unterschied zur aktiven Immunisierung (Antikörper müssen vom Immunsystem gebildet werden) gibt es eine passive Immunisierung; das heißt: Fertige, im Labor gewonnene Antikörper, werden injiziert. Ein solcher passiver Impfstoff, bei dem fertige Antikörper injiziert werden, ist der Impfstoff von **AstraZeneca AZD 7442**. Der Impfschutz hält ein Jahr an. In England und Indien wird er bereits angewendet.

Medikamente, die monoklonale Antikörper enthalten und wie eine passive Immunisierung wirken sind

- Bamlavinimap
- Casirivimap
- Imdevimab



Dr. med. Barbara Weitkus

Das sind intravenöse Infusionen, die in Deutschland zurzeit nur in Unikliniken bei Risikopatienten eingesetzt werden.

■ Asymptomatische Virusträger nach der Impfung

Es besteht nach meiner Auffassung die Gefahr, dass der Geimpfte symptomfrei ist, aber trotzdem andere anstecken kann, weil er die Viren ausscheidet. Was passiert, wenn ein Geimpfter sich trotzdem mit Corona infiziert? Erfolgt dann womöglich ein schwerer Verlauf?

■ Kühlkette

Der Pfizer-Impfstoff muss auch bei +30 Grad Celsius im Sommer in teuren Gefrierschränken bei -70 Grad transportiert werden. Wenn die

Wie Ärzte ticken und was Patienten brauchen

Rezension eines klugen Buches für Ärzte und Patienten

Von Ute Fischer

Warum sind Arzt-Romane und Doktor-Serien im Fernsehen so beliebt? Weil sie uns etwas vorgaukeln, was es in nur ganz seltenen Fällen gibt: ein Arzt, eine Ärztin, die sich alle Zeit der Welt für den Patienten nehmen, die ihn ausreden lassen, die ihn behutsam ausfragen, um seinen Beschwerden auf die Spur zu kommen, die möglichst seinen beruflichen und privaten Lebenslauf kennen, um Schlüsse ziehen zu können, die mit ihm respektvoll reden, ihm glauben und ihn ernst nehmen, die ihn trösten und Zuversicht vermitteln, dass er wieder gesund werden kann. Dass die Realität in den überwiegenden Fällen anders, häufig düster und demotivierend aussieht, darüber mag niemand einen Roman verfassen oder eine TV-Serie drehen. **Und wenn, wird ein Krimi daraus.**

Aber nun wurde ein Buch darüber geschrieben. Von einer Ärztin. Sie gibt gleich zu Beginn zu, dass ein gutes Miteinander, eine gute Kommunikation zwischen Arzt und Patient während ihrer Ausbildungszeit nicht zu den Lerninhalten gehörte. Bei der Buchrecherche bat sie über Facebook um gute und schlechte Erfahrungen und hoffte auf unterhaltsame Anekdoten, die das theoretische Fundament ihres Buches auflockern sollten. Das Ergebnis war erschreckend anders. Innerhalb von wenigen Stunden erhielt sie fast zweihundert Zuschriften mit zum Teil unglaublichen Leidensgeschichten. Darin ging es um Angst und Schrecken und Hoffnungslosigkeit und um das Gefühl des Ausgeliefertseins. **Die positiven Geschichten waren in der Minderheit.**

Woran liegt das? Wie kann es gelingen, dass Arzt und Patient ein gutes

Team werden? Wie vorbereitet und wissend sollte man als Patient in Arztgespräche gehen? Und ist zu viel Internetrecherche bei Dr. Google eher schädlich statt nützlich? Alles Fragen, die man nicht kurz und bündig beantworten kann. Daher wählt die Autorin Dr. Yael Adler eine Sammlung von Beispielgeschichten, die sich lesen wie spannende Krimis. Zum Beispiel die von Markus, selbst Arzt und auch seine Frau ist Internistin. Trotzdem gerieten sie in eine **Kaskade des Schreckens** und der Gleichgültigkeit, als bei Markus ein Prostatakarzinom diagnostiziert wurde. Wenn man nun meint, dass Ärzte untereinander kommunikativer und kreativer seien, wenn es um leitliniengerechte oder Behandlungen nach neueren Studienlagen geht, um Prognosen und Perspektiven, um das Verhindern von Zeitverzögerungen, in denen zum Beispiel ein Tumor munter weiterwächst, während der Behandler erst mal zum Wintersport fährt und sich therapieentscheidende Befunde – aber bitte nicht zwischen Skilaufen und Sauna – zuschicken lässt... Kein gutes Beispiel. Oder doch?

Das Fazit von Markus, auszugsweise: „Medizin ist Erfahrungswissenschaft, keine exakte Wissenschaft. Wenn du als Patient eine Diagnose hast, die nicht durch die Leitlinien abgedeckt ist, dann fällst du durch das Raster. Wir haben selbst versucht, alles verfügbare Wissen zusammenzubringen. Uns wurde klar, dass in medizinischen Studien immer nur ein Teilaspekt, eine spezielle kleine Frage zu einer Krankheit untersucht, aber nicht der gesamte Mensch betrachtet und schon gar nicht auf sein Schicksal und seine Lebensum-

stände geschaut wird. Studien geben immer nur einen Mittelwert, einen Durchschnitt an. Ohne die Hilfe meiner Frau bei der Wahl der richtigen Ärzte und ohne ihren Druck auf verschiedene Institutionen auch beim Einfordern einer Therapie, hätte ich den Kampf gegen den Krebs ganz sicher verloren. Was aber wäre mit einem Patienten passiert, der kein Arzt ist, der keine persönlichen Kontakte hat und der nicht privat versichert ist? Die Botschaft war – du musst dich fügen. Die Regeln sind halt so. Du bekommst nur Hilfe, wenn du ins System passt, wenn du Kriterien für gerade laufende Studien erfüllst. Wenn nicht, hast du Pech gehabt.“

Nicht selten wird man bereits bei der Anmeldung am Tresen abgewatscht. Die Arzthelferinnen schauen nicht einmal auf, wenn man antritt. Statt „Guten Tag, ich bin gleich für Sie da“, schauen sie angestrengt in den Monitor, beratschlagen sich mit der Kollegin, was jetzt noch zu tun ist, lesen in Papieren vor sich. Kein Blick fällt auf den Patienten. Der soll doch warten, bis man Zeit hat. In Yael Adlers Buch heißt das so: „Dann endlich – Sie haben innerlich schon überlegt, die erste Leuchtrakete abzuschließen – blickt Sie eine der Mitarbeiterinnen an und sagt mit unnachahmlicher Herzlichkeit in der Stimme: Hier, ausfüllen. Und dann in den Wartebereich!“

■ Gelobt sei eine Lobby

Warum zu einer Zweierbeziehung am besten drei gehören, bewahrheitet sich nicht nur häufig in der Psychoanalyse, sondern auch in einer Arzt-Patienten-Beziehung. **„Erst der Dritte, den es oft auch nur in**

Vertrauen schaffen am Ende einer Odyssee

1. **Ich arbeite am liebsten mit Borreliose-Patienten**, die eine Odyssee an Ärzteberatungen hinter sich gebracht haben. Diese Patienten sind leider psychisch oft in einem desolaten Zustand, wobei durch lange und einfühlsame Gespräche das verloren gegangene Vertrauen zu einem Arzt wieder aufgebaut werden muss. Es benötigt natürlich viel Zeit und Empathie, dennoch ist dieser Aufwand letztlich meist die einzige Option, zu einem vertrauensvollen und effektiven Miteinander zu kommen.

2. **Ich fühle mich benutzt, wenn** Kollegen meine zeitlich aufwändige Konsultation mit schwierigen Patienten nicht kooperativ unterstützen und Empfehlungen, etwa zur medikamentösen Therapie, torpedieren und jede Einflussnahme zu unterbin-

den versuchen, oft mit abenteuerlichen Hinweisen auf Veröffentlichungen in vermeintlich seriösen Zeitschriften.

3. **Selten mag ich Patienten überhaupt nicht.** Allerdings werde ich unduldsam, wenn diese a priori ihre eigene Therapievorstellung strikt durchsetzen wollen, etwa mit dem Leitsatz: Ich nehme grundsätzlich keine Chemie, schon gar nicht Antibiotika. Auch der Begrüßungssatz: „Herr Doktor, Sie sind jetzt der Einzige, der mir helfen kann“ wird von mir ungerne zur Kenntnis genommen. Solche vorgeschobene Lobpreisungen verpuffen meist nach der ersten Konsultation und eine Hilfe wird oft nicht wirklich akzeptiert. Letztlich bleiben solche Patienten unzufrieden und der nächste konsultierte Kollege hört vermutlich die gleiche Floskel zur Begrüßung. Eine besondere Kategorie von Patienten, die ich nicht zu meinen Lieblingspatienten zähle,

sind solche, die eindringlich empfohlene Kontrollen zur Verfolgung der Therapie-Effizienz missachten und später irgendwann berichten, sie hätten sich anderswo beraten lassen und die empfohlene Behandlung daher abgebrochen. Bei allen schwierig erscheinenden Patienten schreibe ich denen einen Arztbericht mit den notwendigen diagnostischen und therapeutischen Informationen, um nachträglichen möglichen Anschuldigungen entgegen zu wirken.

Dr. med. Thomas Laser
Facharzt für Orthopädie, Physikalische
und Rehabilitative Medizin
Institut für ärztliche Begutachtung
Bad Griesbach



Fragen an unsere Doktores

- Ich arbeite am liebsten mit Borreliosepatienten, die....
- Ich fühle mich benutzt, wenn...
- An Patienten mag ich nicht, wenn:

1.: **Ich arbeite am liebsten mit Borreliosepatienten**, die sich schon vorab mit ihrer Krankheit beschäftigt und konkrete Fragen haben, die man dann gezielt besprechen kann. Weiterhin schätze ich es sehr, wenn die mitgebrachten Unterlagen chronologisch, vollständig und übersichtlich geordnet sind und Laborwerte, Arztbriefe wie auch Befunde von Bildgebung umfassen. Es ist auch sehr hilfreich, wenn die Patienten bereit sind, während der Therapie Mail-Kontakt zu halten, Rückmeldungen über den Verlauf zu geben und sich vor allem bei Nebenwirkungen der Medikamente zeitnah zu melden.

2.: **Ich fühle mich benützt, wenn** Patienten sich mit großer Dringlich-

keit und Emotionalität einen Vorstellungstermin „erbetteln“ und dann sich nach einem ersten Treffen nicht mehr melden, ohne dass man je erfährt, warum. Auch bringen gerade solche Patienten oft dicke Ordner mit Befunden mit, die man dann durcharbeitet, um sich ein genaues Bild von ihnen machen zu können...und dann sagen Sie ihren Folgetermin ab oder kommen ohne Absage einfach nicht mehr.

3.: **An Patienten mag ich überhaupt nicht**, wenn sie über ihre vorherigen Behandler und Therapien nur schimpfen, wenn sie keine Unterlagen mitbringen und auch sonst nichts Genaues wissen über die vorherige Medikation, Laborergebnisse

oder andere Untersuchungen. Ich kann auch schwer damit umgehen, wenn Patienten zu ungeduldig sind, weil es ihnen nicht schnell genug mit der Besserung geht, sie sich nicht an die mitgegebenen und abgesprochenen Therapiepläne halten und das vor allem dann, wenn sie sich parallel in eine Behandlung bei Heilpraktikern oder anderen „Heilern“ begeben haben.

Dr.med. Petra Hopf-Seidel
Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie, Ansbach

