

Lyme - Borreliose – die Behandlung liegt im Argen

Bei Lyme-Borreliose dürfte die Dunkelziffer erheblich sein. In den Arztpraxen wurden zwar im Jahr 2019 (nach einer jüngsten Untersuchung des Zentralinstituts der gesetzlichen Krankenkassen ZI) über 300.000 gesetzlich Versicherte wegen Borreliose (ICD A 62.9) behandelt. Der größte Anteil davon dürfte durch ein Erythema Migrans (EM) oder Wanderröte auffällig geworden sein und deshalb dann auch richtig diagnostiziert worden sein.

Entsteht keine Wanderröte, wird sie nicht bemerkt oder, was immer noch vorkommt, nicht als solche diagnostiziert, dann erfolgt die Diagnose und folglich auch eine antibiotische Behandlung nicht rechtzeitig genug, um richtig effektiv zu sein. Oft wird die Diagnose erst zu einem sehr viel späteren Zeitpunkt gestellt und ist dann für eine erfolgreiche Ausheilung der Infektion eigentlich zu spät. Hierbei spielt auch eine gewisse „Laborgläubigkeit“ der Ärzte eine Rolle: Eine Testung mit dem gängigen ELISA-Suchtest direkt nach der Entfernung der Zecke kann noch gar kein positives Ergebnis haben, selbst wenn eine Infektion vorliegt, denn zu diesem frühen Zeitpunkt sind noch gar keine Antikörper entwickelt. Diese entstehen frühestens 3-6 Wochen nach der Infektion, manchmal noch später. Die derzeit verfügbaren Antikörper-Tests sind darüber hinaus höchst unzuverlässig wie vergleichende Studien gezeigt haben. Dabei braucht man überhaupt keinen Antikörpernachweis, wenn eine Wanderröte (ein eindeutiges Infektionszeichen!) festgestellt wird; es muss unmittelbar nach der Blickdiagnose mit einer adäquaten Antibiotikabehandlung angefangen werden. Alles andere ist ein ärztlicher Kunstfehler! Auch ein weiteres Frühzeichen einer Borrelieninfektion, die grippeartigen Symptome (ohne Schnupfen!), werden oft fehlinterpretiert, und es wird für eine virale Sommergrippe gehalten. Eine antibiotische Behandlung unterbleibt dann leider ebenso.

Ein positiver Antikörpernachweis wird allerdings oft, trotz eindeutiger Symptome, als Zeichen einer längst überwundenen Infektion gewertet (Z.n. = .=„Zustand nach Borrelieninfektion“), was ebenfalls nicht zu einer antibiotischen Behandlung führt. Entwickelt sich die Infektion aber unbehandelt weiter, macht sie sich oft mit vielen, oft auch merkwürdigen Beschwerden bemerkbar und löst beim Patienten auf seiner Suche nach der Ursache eine wahre Ärzteodyssee aus. Denn die vielfältigen Beschwerden werden dann oft nicht mehr mit einem Zeckenstich in Verbindung gebracht, vor allem, wenn der Stich unbemerkt geblieben war. Viele Betroffene brauchen so durchschnittlich bis zu sechs Jahre, bis sie wirklich die Diagnose Borreliose und eine Behandlung erhalten. Das hat jedenfalls eine große Datenerhebung in den USA ergeben, genauso wie eine Befragung von mehr als

1600 deutschsprachigen Borreliosepatienten (Näheres siehe unter www.borreliose-nachrichten.de/Datenerhebung).

Hinzu kommt, dass viele Betroffene unabhängig von der Dauer und Intensität ihrer Infektion nur die Standarddosis des in den Leitlinien zur Behandlung der Neuroborreliose empfohlenen Antibiotikums Doxycyclin mit 200 mg pro Tag für 10 Tage erhalten. Richtig wäre eine Behandlung für mindestens 21, besser 30 Tage, vor allem, wenn die Infektion schon disseminiert ist, d.h. sich mit der Zeit bereits im Organismus ausgebreitet hat. Verträglicher und auch effektiver ist die Therapie mit 200 mg Minocyclin pro Tag über 30 Tage.

Im Zuge der zunehmend kritischen Einstellungen gegenüber antibiotischen Behandlungen lehnen manche Patienten aber Antibiotikatherapien generell ab oder die behandelnden Ärzte verschreiben übervorsichtig eine zu kurze und zu niedrig dosierte Therapie. Einnahmefehler des Patienten kommen hinzu, so dass die mögliche, erfolgreiche Therapie der Borrelieninfektion leider oft ausbleibt.

So kommt es, dass schätzungsweise 10 - 20% der Borrelieninfektionen nicht dauerhaft erfolgreich behandelt werden. Insbesondere chronisch gewordene Infektionen können den Betroffenen aber jahre- und jahrzehntelang das Leben zur Hölle machen.

Leider wird heute entsprechend der vorherrschenden Meinung in der Medizin davon ausgegangen, dass eine Borreliose in jedem Stadium gut mit einer antibiotischen Standardbehandlung zu heilen sei. Dies ist nach unseren Erfahrungen aber nicht der Fall! Ebenso falsch ist die Meinung, dass mit einer einzigen Antibiose mit einem einzigen Medikament alle Erreger sicher abgetötet würden, eine Verlängerung oder Wiederholung der Behandlung daher nichts bringe und allenfalls schädlich für den Patienten sei. Dabei gibt es bei anderen schwerwiegenden Infektionskrankheiten schon lange die Erkenntnis, dass oft nur wiederholte Behandlungen und Kombinationstherapien auf längere Dauer helfen (z.B. Tuberkulose, Lepra und Syphilis, die im Übrigen ebenfalls von der Erregerklasse der Spirochäten, zu der ja auch die Borrelien gehören, verursacht wird).

Ein besonders umstrittener Punkt ist die Neuroborreliose. Hierfür gibt es seit 2018 zwar eine Leitlinie, die jedoch insoweit hinter den in anderen europäischen Ländern anerkannten Richtlinien zurückfällt, als dass sie allein die frühe akute Neuroborreliose als Tatsache anerkennt. Eine chronische Neuroborreliose wird jedoch als nicht bewiesen und wenn, dann als äußerst selten betrachtet. Weitere Konsequenz dieser Leitlinie ist jedoch leider, dass den Patienten, die bereits einmal eine Antibiose – mit den oben geschilderten Schwachpunkten – erhalten haben, und deren Symptome nicht oder nur teilweise verschwinden oder nach einiger Zeit wiederkehren, eine weitere antibiotische Behandlung verwehrt wird. Empfohlen wird dann nur noch eine symptomatische Behandlung. Und diese Leitlinie wird stillschweigend nicht nur auf Neuroborreliose, sondern auf alle Formen der Borreliose angewandt!

Nach unseren Erfahrungen von vielen Hundert Betroffenen, die sich hilfesuchend an uns wenden, bedeutet dies, dass möglicherweise wirksame Behandlungen nicht versucht werden. Kassenärzte, die andere Behandlungsansätze vertreten, sehen sich auf dieser Grundlage oft nicht in der Lage, nochmals und immer wieder Antibiotika zu verschreiben, ohne von den Krankenkassen in Regress genommen zu werden. Die meisten Ärzte, die Borreliose patientenorientiert behandeln, sind daher nur noch als Privatärzte tätig – das können sich die meisten Borreliosekranken jedoch nicht leisten. Diese sind nämlich nach jahrelanger Dauer ihrer Erkrankung und Dauerkrankschreibung, Arbeitsplatzverlust, Hartz 4 oder Frühverrentung nicht in der Lage, die hohen Kosten für Labor, Medikamente und Arztbehandlung zu tragen.

Wir brauchen moderne Leitlinien, die die Möglichkeit einer Persistenz der Borrelien-Infektion anerkennen.

Wir brauchen Ärzte, die sich in Sachen Borreliose fortbilden und patientenorientiert behandeln.