

Dr. med. Wolfgang Klemann
Internist

75172 Pforzheim

23.08.2004

Gutachterliche Stellungnahme zu Diagnostik und Therapie bei Borreliose bzw. Spätborreliose, insbesondere auch zur Therapie-Indikationsstellung bei Spätborreliose.

In meiner Praxis (niedergelassener Internist seit 1987) fanden seit 1994 Beratungen und Behandlungen einer zunehmenden Zahl von Borreliosepatienten statt. Nicht zuletzt auf Grund positiver Behandlungsergebnisse, basierend auf Langzeitantibiotika-Regimen, kam es seit 1997 zu einer deutlich steigenden Zahl von Patienten, welche mit dieser Fragestellung vorstellig waren; das Thema Borreliose und begleitende Erkrankungen bzw. Co-Infektionen entwickelte sich quasi zum Schwerpunkt meiner Praxis. Ich gehöre zum wissenschaftlichen Beirat der 2004 gegründeten Borreliose-Gesellschaft (die Borreliose-Gesellschaft ist eine grenzübergreifende Vereinigung von Ärzten u. (überwiegend betroffenen) Laien, die sich um ein Verständnis der fortgeschrittenen Lyme-Borreliose, deren Diagnostik, Therapie u. Differentialdiagnostik bemüht).

Borreliose ist auf Grund der Symptomvielfalt gelegentlich schwer zu diagnostizieren und erfordert eine breitere Differentialdiagnose. Die zur Verfügung stehenden diagnostischen Methoden sind in Summa als nicht optimal zu bezeichnen; die Existenz sero-negativer Borreliosefälle ist durch mehrere Veröffentlichungen belegt. Es besteht eine mangelnde Korrelation zwischen klinischen Symptomen und serologischen Parametern unter Therapie, so dass zur Beurteilung des Genesungserfolges die Rückläufigkeit der klinischen Zeichen maßgebend ist. Zur Diagnosestellung ist immer eine entsprechende klinische Symptomatologie zu fordern, denn es gibt "Normalpersonen", welche zwar eine positive Borreliose-Serologie aufweisen, klinisch jedoch keinerlei Zeichen einer Borreliose. Umgekehrt gibt es Patienten mit chron. Borreliose, welche lediglich spärliche Antikörperbildung zeigen, klinisch jedoch eindeutige Zeichen einer Borreliose. Eine gute Zusammenfassung von aktuellsten Richtlinien sowohl in diagnostischer als auch therapeutischer Hinsicht findet sich in einer kürzlich erschienenen Veröffentlichung von "ILADS" (The International Lyme and Associated Diseases Society): "Evidence-based guidelines for the management of Lyme disease"; diese als Supplementum veröffentlichte Arbeit und eine auszugsweise Übersetzung relevanter Abschnitte der "guidelines" füge ich in der Anlage bei. In diesem Artikel findet sich auch eine umfangreiche Literaturangabe; es werden aktuelle, relevante wissenschaftliche Beiträge zitiert.

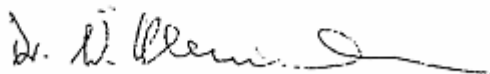
Festzuhalten bleibt, dass diejenigen Patienten, welche überhaupt an einer Borreliose erkranken (ca. 5% der Gesamtbevölkerung) sehr wahrscheinlich an einer individuellen, letztlich genetisch vorgegebenen Abwehrschwäche gegen *Borrelia burgdorferi* leiden.

- 2 -

Es ist zu unterstellen, dass im Bereich des humoralen Immunsystems die Bildung einzelner Antikörper nicht stattfinden kann, dies erklärt einerseits das Vorkommen seronegativer Borreliose-Fälle, andererseits den oftmals chron. Verlauf eben dieser Betroffenen; auf Grund mangelnder Fähigkeit zur Antikörperbildung versagt die körpereigene Abwehr, es gelingt in aller Regel keine Erregerelimination bereits im frühen Stadium der Infektion.

Wenig bekannt ist über das (äußerst komplexe) Geschehen im Bereich des zellulären Immunsystems. Da es sich bei Borreliose zweifellos (auch) um eine intrazelluläre Parasitose handelt, sind zelluläre Immunvorgänge zur Erregerabwehr von entscheidender Bedeutung. Auch hier sind Defizite bei den Betroffenen zu unterstellen, welche mit den heutigen Methoden der Immuntherapie letztlich nicht repariert werden können. Auch dies erklärt einerseits den gelegentlich chronischen und schwerwiegenden Verlauf einzelner Borreliose-Fälle; andererseits folgt daraus aber auch die Notwendigkeit längerer bzw. wiederholter Behandlungszyklen (im Sinne der Langzeitantibiose) bei Fällen von protrahiert verlaufender Borreliose.

Da die Behandlungsdauer sich nach der Rückläufigkeit der klinischen Symptome zu richten hat, ist bei entsprechend zögerlichem Genesungsverlauf, aber auch bei Rückfällen, in Einzelfällen auch mit mehryähriger Behandlungsdauer zu rechnen. Von mir selbst wurden mehrere derartige Fälle gesehen und behandelt bzw. stehen derzeit noch in meiner Betreuung. An dieser Stelle ist anzumerken, dass das Risiko einer Langzeitantibiose bei systematischer Überwachung des Patienten, insbesondere auch engmaschiger Laborkontrolle (Leberwerte, Nierenfunktion, Blutbildkontrolle) als gering zu bezeichnen ist. Bei Nichtbehandlung einer Borreliose ist das Risiko schwerster Folgeschäden jedoch hoch; u.a. besteht das Risiko der Entwicklung einer Acrodermatitis chronica atrophicans, dies entspricht meist einem chronisch schmerzhaften Gewebsschwund im Unterhautgewebe, kann jedoch auch zum Untergang ganzer Muskelgruppen mit entsprechenden irreversiblen Lähmungserscheinungen führen (Literatur dazu s.a. H. Horst, Einheimische Zeckenborreliose, 4. Auflage, Spitta-Verlag). Eine Neuroborreliose kann sich als Plexusneuritis mit Lähmungserscheinungen an Armen oder Beinen manifestieren. Auch ein Befall der Augen ist möglich; eine Krankheitsmanifestation im Bereich des Augenhintergrundes, der Sehnerven oder der Sehrinde können zur Blindheit führen.



Dr. med. W. Klemann

Anlagen: The International Lyme and associated Diseases Society: "Evidence-based guidelines for the management of Lyme disease", erschienen in "Expert Review of Anti-infective Therapy" 2(1), Suppl 2004, auszugsweise Übersetzung relevanter Abschnitte.