

# Kommentar einer Internistin

Meine Meinung zum Film Borreliose „Unterschätzte Gefahr oder eingebildete Krankheit?“  
im Arte-TV am 3.5.2012

Zum Glück leben wir in einem Staat, der eine freie Meinungsäußerung zulässt.

Als seit vielen Jahren an chronischer Borreliose erkrankte Ärztin kann ich die Situation für die Betroffenen sehr gut beurteilen.

Ich habe eine Weile gebraucht um zu begreifen, warum sich „Experten“ und betroffene Patienten nicht verstehen. Der Grund aus meiner Sicht ist: Wir reden von zwei vollkommen verschiedenen Sachverhalten. **Die Protagonisten im Film äußern sich allein über das Frühstadium einer Infektion, die Frühborreliose, ohne das so zu benennen. Die chronische Borreliose existiert für sie praktisch nicht.** Die Patienten in den Selbsthilfegruppen interessiert dagegen ausschließlich die chronische Erkrankung, die Spätborreliose. Wenn es nach Auffassung der „Experten“ die chronische LB praktisch gar nicht gibt, wie sie mehrfach - auch in ihrer Stellungnahme - unterstreichen, können sie m.E. auch keine Erfahrung mit solchen Patienten haben. Als chronisch Kranker und auch als Außenstehender, z.B. Politiker, erwartet man aber Kenntnisse und Erfahrungen von einem Experten. Damit stellen sie sich als Gutachter selbst in Frage, denn bei Gutachten geht es meistens um die chronische Erkrankung.

Europa hat die Lehrmeinung der amerikanischen Gesellschaft IDSA (Infectious Diseases Society of America) übernommen, nach deren Auffassung es keine chronische LB gibt. Es ist für mich nicht nachvollziehbar wie man glauben kann, dass es die chronische Erkrankung bei einer Infektion mit Borrelien nicht gibt, weil das völlig realitätsfern ist. **Oftmals wird die Krankheit überhaupt erst bemerkt, wenn sie bereits im ganzen Körper ausgebreitet und chronifiziert ist.** Es ist zunehmend peinlich, dass nicht zur Kenntnis genommen wird, dass die Spätform der LB eine häufige Erkrankung in Deutschland ist.

Wenn Frau Prof. Hofmann fragt: „Wo ist das Problem?“, dann spricht sie über das Erythema migrans. Bei Spätborreliosen gibt es dagegen eine Menge ungelöster Probleme.

Überraschenderweise kann man im neuesten Artikel „Variabilität der kutanen Lyme-Borreliose“ von H. Hofmann in Der Hautarzt 5, 2012, 381-389 von kutanen Spätformen lesen, von jahrelang persistierenden Bakterien und dem Fehlen sicherer serologischer Antikörperbestimmung... Dabei haben Hautärzte vor anderen Fachkollegen noch den Vorteil, die Haut komplett ansehen und leicht Proben entnehmen zu können.

Dr. Patrick Hünerfeld hat die Literatur, die er im Film vor sich liegen hatte, vermutlich nicht gründlich gelesen, sonst hätte er Frau Prof. Hofmann z.B. sagen können, dass im Buch von Norbert Satz „Klinik der Lyme-Borreliose“ 3. Auflage Seite 173 letzter Satz zum Erythema migrans steht: „Es ist aber nicht obligat und tritt in Europa nur bei circa jedem dritten Patienten, in Nordamerika hingegen bei 90% der Betroffenen auf.“ Quellenangaben in jedem Kapitelanhang.

Aus meiner Sicht ist es bedenklich, von einer Spontanheilung eines EM zu sprechen, wie das Frau Prof. Hofmann - wenn auch beiläufig - tut. Jedes EM verschwindet, weil die Bakterien, die man regelmäßig im Rand nachweisen kann, auswandern und die Infektion im Körper des Wirtes ausbreiten. Das ist keine Abheilung! Man müsste die Infizierten 10 Jahre lang im Auge behalten, um eine folgenlose Spontanheilung eines EM zu beweisen. **Dieter Hassler, der tausende LB-Patienten aus seiner Praxis übersieht, hat bei jedem seiner infizierten Patienten innerhalb von 8 Jahren einen Ausbruch der Erkrankung beobachtet.** Ich halte es für sehr riskant, eine Spontanheilung überhaupt zu erwähnen, denn die Folgen einer nicht behandelten Frühinfektion sind unabsehbar. Wie würde denn bei einem syphilitischen Primäraffekt gehandelt, der ja dem EM bei einer Borrelieninfektion entspricht?

**Mit welchem Unterton über die Oberflächenveränderung der Borrelien (z.B. Zystenbildung) berichtet wurde beweist, dass der Autor vermutlich keine Kenntnisse über diese bei Bakterien seit langem bekannten Veränderungen hat** (siehe z.B. „Cell Wall Deficient Forms Stealth Pathogens“ von Lida.

H. Mattman, 1974, letzte Auflage 2001, siehe auch <http://www.canlyme.com/burgdorfer.html> und z.B. Forschungen von Prof. Reinhard Straubinger, München; Prof. Martin Sievers, Schweiz).

Eine Erklärung hätte ich gern: Es ist ja kein Geheimnis und kein Insiderwissen, dass Borrelien vielfältige Mechanismen besitzen, das Immunsystem auszuschalten, zu umgehen oder „total flach zu legen“ (Prof. Markus Simon, 2008, Vortrag in Rotenburg), also werden auch keine Antikörper gebildet. **Das Dilemma ist, dass die serologische Diagnostik auf dem Nachweis der Antikörperbildung beruht. Warum wird nicht zur Kenntnis genommen, dass die Antikörperbildung bei LB unzuverlässig ist?** Im Film aber heißt es, dass die Diagnose und damit eine Therapie den Nachweis von Antikörpern voraussetzt.

Nachlesen kann man zu Abwehrmechanismen z.B. in dem bereits genannten Buch von Norbert Satz in verschiedenen Kapiteln, wie „Immunpathologie“ oder „Labordiagnostische Testverfahren“.

**Eine Verschlechterung nach Therapiebeginn, eine sogenannte Herxheimer-Reaktion, wie sie von der Patientin Heike Amelung in klassischer Weise geschildert wird, eine nahezu regelmäßige Erscheinung.** Sie entsteht durch den Abbau vieler Bakterien und beweist die Wirksamkeit der Therapie, und damit in diesem Fall wohl auch die Richtigkeit der Diagnose einer Infektionskrankheit. Die von der Patientin geklagten Beschwerden kommen nicht selten bei chronischer LB vor. Ihre Genesung ohne andere Diagnose und nur mit Schmerztherapie erscheint mir seltsam.

Ich wüsste gern, wo ich die Beweise dafür finden kann, dass die weiterbestehenden Beschwerden nach der empfohlenen „üblichen“ Therapie „Post-“, bzw. Rest-Beschwerden sind oder durch eine immunologische Reaktion entstehen. Immer häufiger kann man von Erregernachweisen nach „adäquater Therapie“ lesen, das heißt: es ist eine weiterbestehende Infektion vorhanden. **Willy Burgdorfer sagt dazu, dass eine antibiotische Behandlung keinerlei Schlussfolgerungen auf die Beseitigung der Bakterien zulässt,** weil sie sehr variabel sind und unterschiedlich in den verschiedenen Organen reagieren können. Trotzdem wird den Betroffenen eine längere Antibiotikatherapie mit verschiedenen Medikamenten vorenthalten und nur eine symptomatische Behandlung durchgeführt. **Wenn man eine LB nicht sicher nachweisen kann, kann man sie logischerweise auch nicht sicher oder „nachweislich“ ausschließen.** Wie kann man denn beweisen, dass nach 2 oder 4 Wochen Therapie alle Erreger beseitigt sind und danach die angeblich psychische Erkrankung oder ein sogenanntes „Post-Lyme-Syndrom“ beginnt?

**Man möge mir bitte folgendes erklären: Antibiotika greifen meist in der Generationsphase der Erreger an. Diese ist bei Borrelien (ca. 32 Std.) noch um 1/4 länger als bei den Erregern der Tuberkulose (24 Std.), die man über Monate behandelt. (Zur Erinnerung: viele „übliche“ Erreger haben eine Teilungszeit von 20 Minuten!) Ich finde es ungeheuerlich, LB-Patienten nach 2-3 Wochen Behandlung als psychisch krank zu bezeichnen und mit einschlägigen Medikamenten einzudecken, statt mit Antibiotika zu behandeln.** Das sogenannte „Post-Lyme-Syndrom“ ist aus meiner Sicht Ausdruck einer unzureichenden antibiotischen Behandlung, was mein Selbstversuch bestätigt. Nach sechs „adäquaten Therapien“ habe ich mit einer Langzeittherapie bei mir Erfolge erlebt, die ich niemals zu erwarten gewagt hätte. Übrigens habe ich („zum Glück“) reichlich Antikörper, dann ist die Erkrankung wenigstens „nachweislich“. Die serologischen Befunde wurden allerdings jahrelang als „Seronarbe“ trotz massiver Multiorgan-Beschwerden angesehen und eine falsche immunsuppressive Therapie wegen angeblicher Autoimmunkrankheit habe ich sechs Jahre lang ertragen.

Ich hatte daneben einige Symptome, die ich gar nicht auf die Borreliose bezogen habe und die nach der intensiven Behandlung völlig verschwunden sind, wie z.B. Restless-legs-Syndrom-ähnliche Beschwerden. Auch das lange quälende Symptom der trockenen Augen ist mit Ecolicin-Augensalbe in wenigen Tagen und dauerhaft verschwunden.

Die Folgen der Borrelien-Infektion am Menschen sind weitgehend unerforscht (Prof. Markus Simon, 2008), d.h. wir stehen mit der Erforschung der entstehenden Krankheitsbilder erst ganz am Anfang. Das ist ein weiteres großes Problem, das es angeblich gar nicht gibt. Nach der „offiziellen“ Meinung soll ja alles bekannt sein.

Vom Autor Dr. Hünerfeld hätte ich erwartet, dass er versteht: **Die bei der Spätsyphilis bekannte Demenz kann auch durch das Schwesterbakterium Borrelia burgdorferi hervorgerufen werden.** Oder er hätte über die Rolle der Spirochäten bei Morbus Alzheimer bei der Forscherin Judith Miklossy einschlägige Veröffentlichungen gefunden ([www.miklossy.ch](http://www.miklossy.ch)). Zum Beispiel: Miklossy, J (2011) Alzheimer`s disease – a neurospirochetosis. Analysis of the evidence following Koch`s and Hill`s criteria. Journal of Neuroinflammation 8:90 (<http://www.jneuroinflammation.com/content/8/1/90>)

Den Inhalt des Buches „Die verschwiegene Epidemie“ hat der Autor nicht erwähnt. Er hätte ja sonst zu dem weltweiten Skandal der Ignoranz Stellung beziehen müssen, der auf dem Rücken der LB-Patienten ausgetragen wird.

Bagatellisieren der Erkrankung ist man von Dr. Fingerle gewohnt. Genauso hat es auf mich gewirkt, als er eine (borrelienfreie) Zecke auf seinem Arm stechen ließ. Ich weiß nicht, wie er seine sterilen Zecken züchtet, denn sie müssten ja auch frei von allen Koinfektionen sein. Diese Demonstration halte ich jedenfalls für kontraproduktiv. Einen guten Animationsfilm zu diesem Thema gibt es auf der Website von Baxter ([www.zecken.de](http://www.zecken.de)), das genügt eigentlich.

Dr. Fingerle beklagt, dass die Selbsthilfegruppen Zahlen über Neuerkrankungen nennen, die sie nicht beweisen können und fordert, dass sie dafür wissenschaftliche Nachweise bringen sollen. Die Zahlen werden nur zitiert, Selbsthilfegruppen haben nicht die Aufgabe, solche Meldungen zu prüfen oder wissenschaftlich zu belegen. Die Erfassung von Infektionskrankheiten ist Sache des Robert-Koch-Instituts (RKI). Die veröffentlichten Zahlen des RKI sind Hochrechnungen aus den Meldungen der neuen Bundesländer, die – unterschiedlich – seit Mitte der neunziger Jahre melden, allerdings laut Festlegungen des RKI nur das Erythema migrans und die frische Neuroborreliose, in letzter Zeit auch die akute Lyme-Arthritis. Abgesehen von der fehlenden Erfassung anderer früher Organ-Manifestationen wie z.B. Befall von Augen, Herz, Gefäßen usw., und chronischer Verläufe, stellen sich allerlei Fragen zur Meldepraxis. Ein Labor kann ein frisches EM nicht melden, wenn es noch gar keine Antikörper gibt und nach der notwendigen sofortigen Behandlung dürfte es auch später keine geben. Trotzdem melden nach meinen Recherchen fast ausschließlich Labore, Ärzte melden selten. Daher wird es eine hohe Dunkelziffer geben.

Dass die Zahlen für Neuerkrankungen utopisch sind, ist selbst verschuldet. **Außer der fehlenden bundesweiten Erfassung gibt es viel zu wenige Falldefinitionen für diese Multisystemerkrankung und damit viel zu wenig Verschlüsselungsmöglichkeiten in den ICD10.** Es gibt dort keine Nummer für die chronische LB, die die verschiedenen Manifestationen als Unternummern übersichtlich aufzeigen würde. Die chronische Borreliose gibt es ja angeblich nicht, also braucht man offensichtlich auch keine ICD10 –Erfassung. Dadurch werden wohl vielfach in jedem Quartal die Chroniker mit der Nummer einer frischen Infektion verschlüsselt. Das ließe sich leicht ändern.

Ein enormer Forschungsbedarf wurde im 1. Workshop des RKI zur Borreliose im Oktober 2007 festgestellt (Protokoll erst 11/2008 veröffentlicht). Weil Kliniker in diesem Workshop in der Minderzahl waren, wurden die großen Forschungsdefizite über die Krankheitsbilder am Menschen dort gar nicht als Priorität festgestellt. Geld für Forschung gibt es nicht, so auch keine Forschung. Warum sollte man auch forschen, wenn Borreliose so unproblematisch ist, wie im Film dargestellt?

Über die Deutsche Borreliose-Gesellschaft (DBG) äußert sich der Autor abfällig, ohne einen offiziellen Vertreter der Gesellschaft zu Wort kommen zu lassen oder die Gesellschaft vorzustellen als Vereinigung von Ärzten und Wissenschaftlern, die sich mit LB und assoziierten Krankheiten befasst. Das Borreliose Centrum Augsburg ist eine private Einrichtung und nicht „eines der Zentren der DBG“, die betreibt nämlich keine LB-Zentren.

**Die Arbeit des Herrn Dr. Hünerfeld erscheint mir sehr tendenziös.**

Stellen wir noch einmal fest: Nach Aussage des Films ist die LB eine meist harmlose, gut bekannte, leicht erkennbare und rasch erfolgreich behandelbare Krankheit, eine chronische Verlaufsform gibt es nicht. Wo ist das Problem?

Wenn sich in Europa wirklich nur bei 1/3 der Infizierten eine erkennbare Hautveränderung ausbildet, die leider nicht einmal in jedem Fall von Ärzten (auch an Universitätskliniken) als EM erkannt wird – wo ist das Problem?

Wenn das Immunsystem von den Erregern getäuscht wird und keine Abwehrmechanismen in Gang gesetzt werden, also keine Antikörper gebildet werden, die aber allein als beweisend angesehen werden – wo ist das Problem?

Wenn es nach dem Meinungsmonopol der „Experten“ in Deutschland keine chronische Borreliose gibt, aber mehr als 150 Selbsthilfegruppen existieren mit Patienten, die leiden aber angeblich nicht krank sind – wo ist das Problem?

Jede wissenschaftlich konträre Diskussion zum Thema wird unterbunden. Messbare Fortschritte für die Betroffenen gibt es seit Jahren nicht. Sachkundige Therapeuten sind Mangelware, weil es die chronische Krankheit ja angeblich nicht gibt. Die Information der Ärzte ist ungenügend. Ein offizielles Aufklärungsblatt des Bundesministeriums oder der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung habe ich bisher nicht entdeckt. Aufklärer sind oft die Medien und zunehmend beachtenswerte Eigeninitiativen von Betroffenen, die über den Umgang mit LB-Patienten schockiert sind. Die Diagnose „Abnutzung“ für eine einseitige Gonarthrits wird viel zu oft gestellt. Auch werden Gelenke ersetzt, ohne vorher nach LB oder anderen Erregern als Ursache der Probleme zu suchen ...

Die Diagnose „Psychosomatische Erkrankung“ wird ohne jeden Laborbeweis gestellt, wenn sich Ärzte die Klagen des Patienten nicht erklären können (siehe Leitlinien für Psychosomatische Erkrankungen S2, bis März 2012 S3 ). Fachkollegen verlangen aber in den Leitlinien zur Neuro-LB (S1) das Vorhandensein mehrerer Liquorbefunde, ohne klarzustellen, welches Stadium der Erkrankung dabei gemeint ist.

Entgegen seiner Äußerungen im Zusammenhang mit dem Film, dass es keine chronische Borreliose gibt, hat Prof. Rauer federführend die Leitlinien zur Neuro-LB unterschrieben, die durchaus, wenn auch selten, die Möglichkeit einer Spätborreliose einräumen. Es wird nicht erwähnt, welche Liquorveränderungen dann vorliegen sollen. Entsprechend wird die Leitlinie von den Ärzten so interpretiert, dass auch bei Spätformen alle genannten Liquorveränderungen für die Diagnose gefordert werden. Sie wissen nicht, dass bei chronischer Neuro-LB Liquorbefunde z.T. oder gänzlich fehlen können (Epid. Bulletin 38/07 S.353). Eine antibiotische Therapie wird nicht durchgeführt, wenn auch nur ein einziger Liquorbefund fehlt, mit entsprechenden Folgen. Das ist tägliche Praxis in Deutschland und meine persönliche Erfahrung. Seitdem habe ich meine Therapie selbst bestimmt.

Es ist dringend notwendig, andere Verfahren als die Antikörperbildung zur Sicherung der Diagnose LB zu erforschen. Der Nachweis von Antikörpern kann bei der Raffinesse dieser Bakterien nur ein Notbehelf sein.

Solange kein offener wissenschaftlicher Dialog der beiden unterschiedlichen Lehrmeinungen (IDSA kontra ILADS, International Lyme and Associated Disease Society) möglich ist und die Bundesregierung ein Meinungsmonopol bei LB zulässt und dessen Vertreter als ihre alleinigen Berater erwählt, wird es täglich schlimme Verletzungen des Rechts auf Gesundheit und Menschenwürde und auf kausale Behandlung für chronisch an Borreliose Erkrankte in unserem Land geben. Denn Tatsache ist: Es gibt die Patienten, die an einer chronisch verlaufenden Form der Lyme-Borreliose erkrankt sind, und das sind ziemlich viele.

Wir in Deutschland haben doch Erfahrungen mit der Wende im Denken, warum nicht auch bei Borreliose?

Dr. med. D. H., Internistin i.R. (Name der Arte-Redaktion bekannt)