



Januar 2018

Stellungnahme zur geplanten Leitlinie Neuroborreliose

Was spricht gegen die Einbringung von Sondervoten in die Leitlinie?

Borreliose bleibt ein Problem

Hintergrund ist, dass es jährlich in Deutschland laut einer 2012 publizierten Studie ca. 214.000 Borreliose-Neuerkrankungen gibt (Evaluating Frequency, Diagnostic Quality, and Cost of Lyme Borreliosis Testing in Germany: A Retrospective Model Analysis). Auf Krankenkassen-Hochrechnungen basierende Schätzungen gehen von einer wesentlich höheren Infektionsrate aus. Exakte Zahlen liegen nicht vor, da es in mehreren Bundesländern weiterhin keine Meldepflicht gibt.

Borreliose-Bakterien können u. a. das Nervensystem, Gelenke, Haut, Skelettmuskulatur, das Herz und andere Organe befallen und persistieren, was in vielen Studien belegt wurde. Diese Multiorganerkrankung kann viele anhaltende Beschwerden zur Folge haben. Betroffene leiden z. B. an Gelenk-/ Kopf-/Nerven- oder Muskelschmerzen, Missempfindungen, ACA (Acrodermatitis chronica atrophicans = Hautspätmanifestation einer Borreliose), Hirnleistungsstörungen oder Lähmungen. Durch lange AU-Zeiten und Frühverrentungen entstehen volkswirtschaftliche Kosten.

Ein Hauptproblem ist, dass die üblichen Standardtests (ELISA- und Westernblot-Tests) eine unbefriedigende Testsicherheit aufweisen. In Frühstadien der Erkrankung liegt die Sensitivität bei ca. 20-50 %; in Spätstadien der Erkrankung wurde in mehreren Studien nachgewiesen, dass die Sensitivität nur bei ca. 60-70 % liegt. Ursächlich dafür ist u. a. die Vielzahl an Borrelia-Subspezies mit daraus resultierender großer Antigen-Variabilität. Ein Bakterium, welches in der Natur in dieser großen Antigen-Variabilität vorkommt, ist durch (konventionelle) Antikörpertests nicht befriedigend zu detektieren. Weitere Ursachen für Seronegativität sind vermutlich Antigendrift und an zirkulierende Immunkomplexe gebundene Antikörper, die Seronegativität vortäuschen. Die o. g. Testverfahren sind desweiteren bis heute nicht standardisiert, d. h. eine Blutuntersuchung kann in einem Labor positiv und in einem anderen Labor negativ ausfallen. Die Deutsche Borreliose-Gesellschaft empfiehlt eine Forcierung von Forschungsprojekten zur Verbesserung der Erreger-Direktnachweismethoden, z. B. die Kombination endoskopischer Mikroskopie mit geeigneter Multiplex-PCR oder auch die verbesserte Validierung von Interferon-Gamma-Release Assays.

Ein weiterhin grosses Problem ist die schlechte Erfolgsquote der üblichen Therapie. In der weltweit grössten Borreliose-Studie der Johns Hopkins-Universität (USA) aus dem Jahr 2015 mit 52.795 Patienten klagten nach Standardtherapie 63,1% der Patienten wei-

terhin über Symptome. Diese Ergebnisse entsprechen einer kürzlich im Deutschen Ärzteblatt (12/2017) veröffentlichten Primaten-Studie. Hierbei waren bei Nachkontrollen nach Standardtherapie in 60% der Fälle weiterhin Borreliose-Bakterien nachweisbar.

Bei einer so hohen Versagerquote kann man nicht von einer geeigneten Therapie sprechen. Für Patienten hat der unzureichende Therapieerfolg oft die fatale Konsequenz einer chronischen Borreliose-Erkrankung zur Folge. In diesen S3-Leitlinien wird der chronischen Neuro-/Borreliose noch nicht einmal ein Kapitel gewidmet – stattdessen gibt es das Kapitel „Vermeintliche chronische Neuroborreliose“. Leitlinien, die ein solches Defizit aufweisen, können dem Thema nicht gerecht werden: Wie kann negiert werden, dass Patienten mit ACA (Acrodermatitis chronica atrophicans = Haut-Spätmanifestation einer Borreliose) – welche häufig mit peripherer Nervenerkrankung (Neuropathie) einhergeht – chronisch erkrankt sind? Aus Hautproben (Biopsien) einer ACA (s.o.) lassen sich Borrelien oft kultivieren. Auch dies bestätigt, dass es sich bei der Borreliose um eine chronische Infektionskrankheit mit Erreger-Persistenz handelt. Im Hinblick auf mögliche Therapieoptionen ist zu erwähnen, dass Borrelien mittels Escape-Mechanismen der angeborenen Immunabwehr entgehen können. Die entsprechenden Zielstrukturen könnten Ansätze zur Entwicklung neuer Therapiemethoden sein.

Im Rahmen der stattgefundenen Leitlinienkonferenzen wies die ärztliche Deutsche Borreliose-Gesellschaft wiederholt auf derartige Forschungsergebnisse hin und erwartete eine Aufnahme von wichtigen und wissenschaftlich fundierten Sondervoten in die Leitlinie. Dies wurde jedoch ohne plausible Begründungen abgelehnt. Stattdessen werden weiterhin trotz mangelhafter Tests und Behandlungsergebnissen nahezu unverändert die Diagnostik- und Therapieempfehlungen der 90er Jahre empfohlen.

Um fehlerhafte Diagnostik, Spätfolgen der chronischen Borreliose und auch gerichtliche Fehltritte zu reduzieren, war das Erwirken einer einstweiligen Verfügung die einzige Möglichkeit die Verabschiedung und das in Kraft setzen der S3-Leitlinie in der vorliegenden Form zu stoppen. Als einzige spezifische ärztliche Fachgesellschaft betrachtet die Deutsche Borreliose-Gesellschaft (DBG) es als ihre Pflicht über diese Vorgänge zu informieren und sieht erheblichen Forschungsbedarf mit dem Ziel verbesserter Diagnostik- und Therapiemöglichkeiten. Diese Umstände müssten auch im Leitlinientext sichtbar werden, in dem die Sondervoten an den entsprechenden Stellen der Leitlinie eingefügt werden.