



Abklärung und Therapie der Lyme-Borreliose bei Erwachsenen und Kindern

Die Artikelfolge der Schweizerischen Gesellschaft für Infektiologie über Lyme-Borreliose [1–3] erweckt mit ihrer Ausführlichkeit den Eindruck, umfassend zu informieren. Aber in wesentlichen Punkten ist die Stellungnahme nicht wissenschaftlich neutral. Die Autoren verweisen einseitig auf Publikationen aus dem Umfeld der Gruppe rund um Steere und schliessen sich unkritisch der zunehmend umstrittenen Linie der CDC (Centers for Disease Control der USA) an. Dies, obschon Insider wissen, dass eine weltweit rasch anwachsende Anzahl von Ärztinnen und Ärzten die geltende Lehrmeinung bezüglich Klinik, Diagnostik und Therapie der Lyme-Borreliose aufgrund wissenschaftlicher Arbeiten und Referenzen in Frage stellt und anders handhabt. Es ist auch nicht korrekt, Kolleginnen und Kollegen, welche zu anderen Schlüssen kommen, als falsch informierte Internetbenutzer darzustellen, dann aber selber einseitig ausgewählte Internet-sites zu empfehlen. Zumindest hätte sich hier auch ein Hinweis auf die ILADS gehört («International Lyme and Associated Diseases Society», www.ilads.org), deren viel beachtete «Evidence-based guidelines for the management of Lyme disease» immerhin in die strenge Auslese des «National Guideline Clearinghouse» der USA aufgenommen wurde (www.guideline.gov).

Korrekt wäre gewesen, dem mündigen und fachkundigen Leser zu den umstrittensten Punkten (z. B. chronische Infekte und Langzeitantibiose) neben den von Ihnen zitierten Arbeiten auch einen Hinweis auf deren kritische Analysen zu liefern (z. B. zu Wormser und Klempner: www.ilads.org/position.html), damit er sich seine Meinung selber bilden kann.

*Dr. med. W. F. von Lerber, F-Vabres,
Gründungsmitglied der Liga für Zeckenkrankhe*

Abklärung und Therapie der Lyme-Borreliose bei Erwachsenen und Kindern

Mit Interesse habe ich die ausführlichen Artikel (Teile 1 bis 3 gelesen). Schade, dass die Fähigkeit von *Borrelia*, sich in zystische Formen zu verwandeln, die den antibiotischen Therapien und dem Immunsystem nicht mehr zugänglich sind, mit keinem einzigen Wort erwähnt wird. Stattdessen

wird häufig die Empfehlung zur Therapieverweigerung gegeben, obwohl in keinsten Art und Weise bewiesen ist, ob persistierende Beschwerden jetzt durch autoimmune Vorgänge oder durch aktive Borrelien verursacht werden. Wie fatal für den betroffenen Patienten, der während der oftmals monate- und jahrelangen Ärztedyssee der differential-diagnostischen Abklärungen seine Arbeit, die sozialen Kontakte und vieles, was sein Leben ausmachte, verliert. Dies völlig unnötig, weil ihm das einzige Medikament, welches seine (Teil-)Arbeitsfähigkeit erhalten würde, verweigert wird.

Wenigstens kann man im Artikel mittlerweile von zusätzlichen diagnostischen Möglichkeiten wie PCR lesen, wo doch in früheren Jahren immer alles auf die unzuverlässigen Serologien abgestützt wurde. Die häufig im Artikel zitierte (nicht belegbare) 99%ige Sensitivität der serologischen Tests wird mit dem Einsatz zusätzlicher direkter Nachweisverfahren noch eine Korrektur nach unten erfahren müssen. Wetten?

Regula Heim, Bäch

PS. Schade, dass wir Betroffenen, die wir jahrelang mit unseren Beschwerden durch die Arztpraxen getingelt sind, als psychischkrank eingestuft wurden und zur Arbeit geschickt wurden, obwohl wir kaum mehr die Kraft zum Gehen aufbringen konnten, kein derart schlagkräftiges Organ zur Verfügung haben, wie diejenigen «Spezialisten», die die realen Problemstellungen der Borreliose verleugnen, verharmlosen und verschweigen.

Abklärung und Therapie der Lyme-Borreliose bei Erwachsenen und Kindern

In Teil 1 des Artikels wird behauptet, dass mit der Entfernung der Zecke nach seiner Entdeckung lässig gewartet werden kann, da die Zecke die Borrelien erst nach 3 Tagen, am Ende der Malzeit in die Blutbahn einspritzt. Dies gilt wohl für die amerikanische Zecke (*Ixodes damini*), nicht aber für die europäische und Schweizer Zecke (*Ixodes ricinus*), bei der die Spirochäten bereits beim Biss und am Anfang der Blutspeise im Speichel in grosser Zahl vorhanden sind. Es gilt bei uns also richtig, die Zecke sobald wie möglich zu entfernen und bis zur eventuellen serologischen Konversion ein geeignetes Antibiotikum zu schlucken ist.

Ein weiterer wesentlicher Unterschied zwischen der Schweiz und den USA ist, dass auf dem Schweizer Plateau mindestens drei Borrelien-

1 Evison J, Aebi C, Francioli P, Péter O, Bassetti S, Gervaix A, Zimmerli S, Weber R. Abklärung und Therapie der Lyme-Borreliose bei Erwachsenen und Kindern. Teil 1. Schweiz Ärztezeitung 2005;86(41):2332-8.

2 Evison J, Aebi C, Francioli P, Péter O, Bassetti S, Gervaix A, Zimmerli S, Weber R. Abklärung und Therapie der Lyme-Borreliose bei Erwachsenen und Kindern. Teil 2. Schweiz Ärztezeitung 2005;86(42):2375-84.

3 Evison J, Aebi C, Francioli P, Péter O, Bassetti S, Gervaix A, Zimmerli S, Weber R. Abklärung und Therapie der Lyme-Borreliose bei Erwachsenen und Kindern. Teil 3. Schweiz Ärztezeitung 2005;86(43):2422-8.

arten von Ort zu Ort verschiedentlich prädominieren und verschiedene Pathologien auslösen können: *Borrelia afzelii* (26%) wird für die Akrodermatitis verantwortlich gemacht, bei der sie regelmässig isoliert werden kann; *Borrelia garinii* (58%) für die Neuroborreliose, die bei uns viel häufiger auftritt als in den USA; *Borrelia burgdorferi* (16%) für die Arthritis (in den USA viel häufiger als bei uns).

Wer in den unteren Regionen unseres schönen Landes wandern geht, kann sich, je nach Kanton, Ort, und Entwicklungsstadium der Zecken, mindestens drei klinische Formen der Lyme-Borreliose gleichzeitig einholen.

Dass die Autoren diese wichtige Details anscheinend nicht kennen, kommt daher, dass sie nur amerikanischen Autoren trauen, einheimische aber konsequent ignorieren!

Dr. med. Franco de' Clari, Lugano

- Dr Lise Gern, Institut de Zoologie, U. de Neuchâtel. Zusammenfassung ihres sehr lesenswerten Vortrages in: de' Clari F. La neuroborreliose en Suisse. Médecine & Hygiène 1996;54:1985-9.

Replik

Dr. W. F. von Lerber und Frau R. Heim sprechen in Leserbriefen die Kontroverse zur Frage an, wie chronische Beschwerden nach der Therapie einer Lyme-Borreliose pathogenetisch zu erklären und welche therapeutischen Konsequenzen daraus zu ziehen seien [1]. Wie wir in unseren Übersichtsarbeiten ausführlich darlegten, kann es in der Tat auch nach adäquater Therapie einer Lyme-Borreliose zu einem verzögerten Heilungsverlauf oder gar zu persistierenden Beschwerden kommen. Beide Situationen sind aber glücklicherweise selten. Es handelt sich dabei vor allem um zwei Symptomenkomplexe:

- Eine *persistierende Synovitis von grossen Gelenken*, bei welcher molekulargenetisch keine Erreger nachgewiesen werden können. Verschiedene Autoren haben Daten präsentiert, die auf eine autoimmune Pathogenese dieser Synovitis bei Personen mit genetischer Prädisposition hinweisen [2, 3]. Somit ist erklärt, warum wiederholte oder langdauernde antibiotische Therapien in dieser Situation zu keiner Besserung führen können.
- Ein *unspezifisches Beschwerdebild mit chronischen muskuloskeletalen und neurokognitiven Beschwerden*, welches auch als «Post-Lyme-Syndrom» bezeichnet wird. Zahlreiche Untersuchungen weisen darauf hin, dass diesen Beschwerden weder eine persistierende In-

fektion noch eine entzündliche Ursache zugrunde liegt. Kürzlich wurden zudem Resultate gezeigt, die eine autoimmune Ursache des «Post-Lyme-Syndroms» unwahrscheinlich machen [4]. Leider ist die Pathogenese und eine spezifische Therapie dieses Krankheitsbildes nicht bekannt und wiederholte oder langdauernde antibiotische Therapien zeigen auch hier keine Wirkung [5].

Die Lebensqualität der Betroffenen kann leider erheblich eingeschränkt sein. Das soll aber nicht dazu verleiten, irrationale, kostspielige und potentiell mit Nebenwirkungen behaftete Therapieoptionen zu wählen, deren Nutzen nicht nachgewiesen ist. Die frühe Diagnose und zeitgerechte antibiotische Therapie der akuten Lyme-Borreliose ist die einzige bewiesene Strategie zur Verhütung von Langzeitfolgen. Die obenbeschriebenen Beschwerdekomplesse sind zudem viel häufiger durch andere Ursachen erklärt, die eine breite internistische, neurologische und psychiatrische Differentialdiagnose sowie auch das «Chronic-Fatigue-Syndrom» umfassen (dessen Ätiologie nicht die Lyme-Borreliose ist).

Im dritten Leserbrief stellt Dr. F. de' Clari fest, dass die Lyme-Borreliose in Europa durch andere Borrelienarten verursacht werde als in den USA, wie wir dies ebenfalls ausführlich in unseren Übersichtsarbeiten diskutierten. Wir wiesen besonders darauf hin, dass gerade deshalb verschiedene in der amerikanischen Literatur dargestellte Befunde für die in Europa erworbene Lyme-Borreliose nicht zutreffen. So sind in Europa beispielsweise febrile und systemische Krankheitszeichen, die gleichzeitig mit einem *Erythema migrans* auftreten, sowie die Lyme-Arthritis viel seltener als in den USA.

Die von Dr. F. de' Clari erwähnte Arbeit zur Transmission der Lyme-Borreliose beschreibt die Resultate von Experimenten mit Mäusen. Dabei wurde gefunden, dass die europäische *Borrelia afzelii* während der Blutmahlzeit einer Zecke schneller auf Mäuse übertragen werden kann als die amerikanische *B. burgdorferi sensu stricto*. Währenddem *B. burgdorferi s.s.* innerhalb von 48 Stunden nicht und innerhalb 72 Stunden auf 2 von 4 Mäusen übertragen werden konnte, wurde 1 von 7 Mäusen innerhalb von 24 Stunden, 4 von 8 Mäusen innerhalb von 48 Stunden und 4 von 4 Mäusen innerhalb von 72 Stunden infiziert [6]. Die Relevanz dieser Tierversuche für die Infektion beim Menschen ist unklar. Selbstverständlich sollen Zecken raschmöglichst entfernt werden, wenn sie entdeckt werden. Auch epidemiologische Daten beim Menschen weisen darauf hin, dass es – was z.B. für Eltern von Kin-

dern eine wichtige Information ist – nicht unmittelbar nach einem Zeckenstich zu einer Übertragung der Borrelien kommt. Somit kann eine Ansteckung mit Lyme-Borrelien mit grosser Wahrscheinlichkeit verhindert werden, wenn die Zecken nach einem Aufenthalt im Wald oder Garten bei der abendlichen Toilette der Kinder entdeckt und entfernt werden. Demgegenüber kann – in Endemiegebieten – das Frühsommermeningoenzephalitisvirus bei der Blutmahlzeit einer Zecke schon innerhalb von Stunden übertragen werden.

Prof. Dr. med. Rainer Weber, Zürich

- 1 Radolf J. Posttreatment chronic Lyme disease – what it is not. *J Infect Dis* 2005;192:948-9.
- 2 Steere AC, Dwyer E and Winchester R. Association of chronic Lyme arthritis with HLA-DR4 and HLA-DR2 alleles. *N Engl J Med* 1990;323:219-23.
- 3 Gross DM, Forsthuber T, Tary-Lehmann M, et al. Identification of LFA-1 as a candidate autoantigen in treatment-resistant Lyme arthritis. *Science* 1998; 281:703-6.
- 4 Klempner MS, Wormser GH, Wade K, et al. A case-control study to examine HLA haplotype associations in patients with posttreatment chronic Lyme disease. *J Infect Dis* 2005;192:1010-3.
- 5 Klempner MS, Hu LT, Evans J, et al. Two controlled trials of antibiotic treatment in patients with persistent symptoms and a history of Lyme disease. *N Engl J Med* 2001;345:85-92.
- 6 Crippa M, Rais O and Gern L. Investigations on the mode and dynamics of transmission and infectivity of *Borrelia burgdorferi sensu stricto* and *Borrelia afzelii* in *Ixodes ricinus* ticks. *Vector Borne Zoonotic Dis* 2002;2:3-9.



Devenez spécialiste au lieu de généraliste!

Que Monsieur Couchepin ne connaisse rien à la conduite d'un cabinet médical de premier recours n'a rien d'étonnant et on ne saurait le lui reprocher. Que diable, il a d'autres chats à fouetter.

Par contre, que ses conseillers les plus proches soient dans la même situation ne laisse pas d'inquiéter. Car enfin réduire le paiement des examens de laboratoire de 10% frappe en premier lieu les médecins de premier recours, ceux-là même qui auraient du profiter du TARMED et qui n'ont rien vu, mais alors rien du tout.

Or, les examens de laboratoire du cabinet médical de premier recours sont à la base de la médecine moderne, permettent de gérer les cas au plus vite donc au plus sur, à moindre prix et à la satisfaction du patient. Aujourd'hui déjà ils sont rémunérés au plus près, baisser leur remboursement va les rendre très rapidement non rentables, les médecins ne les fourniront plus, ils n'investiront plus dans l'achat des équipements adéquats. Non seulement la qualité des soins fournis baissera, mais le prix du traitement augmentera à cause de l'augmentation des consultations.

Les médecins de premier recours font partie de la masse silencieuse mais tirent la langue depuis fort longtemps et voient leurs revenus fondre gentiment. Ils n'accomplissent pas d'acte thérapeutique de haut vol (quoique ...), mais se lèvent la nuit pour faire sa piqûre à l'asthmatique ou soigner l'otite de l'enfant qui réveille toute la maison et assurent par leur polyvalence une meilleure qualité de vie pour un grand nombre de personnes. C'est faire un bien mauvais calcul que d'envisager sereinement leur disparition. Car enfin quel est le jeune médecin qui va entreprendre une telle formation et envisager un tel avenir?

On ne peut que dire aux jeunes médecins: devenez spécialiste ou mieux superspécialiste. Au moins vous serez respecté – et bien payés.

Dr J. F. Reymond, Bâle



An die Redaktion

Ihre und natürlich auch unsere Schweizerische Ärztezeitung hat durch die glücklicherweise nur sanfte Renovierung sehr gewonnen. Die Zeitschrift ist übersichtlicher, die diskreten Farbtupfer sind angenehm fürs Auge, die verschiedenen Abschnitte der Organisationen und der Berichte angenehm und übersichtlich getrennt, ein kollegial-menschlicher Luftzug weht vor allem in den Ein- und Ausblicken und im Editorial und der Abschluss entlockt zu guter Letzt ein inneres zufriedenes Lächeln.

Dr. med. Willy Krauthammer, Zürich



SAMW: Umgang mit urteilsunfähigen Patientinnen und Patienten

Diese medizinisch-ethischen Richtlinien [1] sind sehr hilfreich, besonders weil sie juristisch einseitig medizinische Sachentscheide für urteilsunfähige Patientinnen und Patienten klar gegen wohl empathische, aber eher nicht fachkompetente Massnahmen begünstigen. Das vorliegende Dokument ist sehr gründlich erarbeitet und für alle, die Chronischkranke behandeln, dringend zu verinnerlichen und im Alltag zu beachten. Danke! Parallel hierzu wäre für uns alle die Palliativpflege wiederum in den Vordergrund zu rücken, damit wir im oben dargelegten Falle wirkliche Kompetenz in die Entscheidungsfindung einbringen können. Das umfassend orientierende neue Buch von drei «Praktikerinnen», aus dem Erlebten für das Leben geschrieben, betrachte ich nach mehrmaligem Studium fast als Pflichtlektüre [2]. Auf zwei Seiten werden in einem farbigen Modell die wichtigsten Sektoren der Palliativpflege gezeigt: Körperliches, Seelisches, Soziales, Spirituelles. Hausdienstangestellte sind aus erlebter Erfahrung subjektiv den eigentlich Pflegenden häufig gleichwertig; sie können sogar den professionellen Seelsorgerinnen und Seelsorgern im Spirituellen hilfreich unter die Arme greifen. In diesem Umfeld, wo jeder jedem hilft, ist die Patientenverfügung nicht nur im menschlich-ganzheitlichen Kompetenzbereich des Arztes abzufassen, wie hier vorgeschlagen. In den obigen Richtlinien richtig bewertet werden sie auf ihre sehr zeitlich und situationsgebundene Relativität reduziert. Einige notwendige Ergänzungen zum «kurzen Abriss zur Geschichte von Palliative Care» (nicht erst ab 1400). Sichere Daten liegen vor über die palliativ pflegenden Hospitäler um 360 bis 390 n. Chr. In Kappadozien («Basiliden»). 612 bestand in St. Gallen ein Leprosorium. Dort wurde wohl kaum eine andere denn eine palliative Medizin betrieben. 820 entwarf ein Architekt die Spitalplanung in St. Gallen. Darin wurden drei verschiedene Standorte für drei verschieden zu führende Pflegen ausgearbeitet. Sogar eine lediglich «intensive Station» war dort schon geplant. Diese Bemerkungen vermindern aber nicht die Qualität des Vorliegenden.

Dr. med. J. Bättig, Muttenz



Schnelltest Hygis Strep B – Qualitätskontrolle?

Im Postversand der Firma Hygis wurde für den Screeningtest auf Streptokokken der Gruppe B im Vaginalabstrich schwangerer Frauen erworben. Bisher erfolgte die Analyse innerhalb weniger Tage im auswärtigen Grosslabor. Der Schnelltest sollte ein zuverlässiges Ergebnis direkt im Praxislabor ermöglichen und – laut Information der Hygis SA – mit der Position 9559.81 (Streptococcus DNase B) zu 35 TP über die Analysenliste des TARMED verrechenbar sein.

In der Praxis funktioniert der Test zumindest in der ausgelieferten November-Charge nicht. Wir liessen uns zweimal vom Aussendienstmitarbeiter (ADM) instruieren. Dieser empfahl eine Änderung der Durchführung: Pipettieren von vier statt der angegebenen zwei Tropfen auf die Testkassette – ohne Erfolg. Meine Anfrage nach externen/internen Qualitätskontrollen zu diesem Hygis Strep B-Test ist bis heute unbeantwortet. Im Kundenrundsreiben vom 19. Januar 2006 schreibt der CEO der Firma Hygis: «Jedes Vorgehen, das von der Gebrauchsanweisung abweicht, kann falsch negative Resultate zur Folge haben und ist deshalb abzulehnen! Bitte halten Sie sich strikt an die Gebrauchsanweisung. Unsere ADM stehen Ihnen falls nötig gerne für eine Vorführung des Tests zur Verfügung» ... diese wiederum empfehlen, die Gebrauchsanweisung abzuändern!

Und weiter: «[...] der Test erfordert eine gute Fingerfertigkeit. Sollten Sie nicht über Personal für die präzise Durchführung verfügen, ist es besser, ein Labor zu beauftragen.» Soll das heissen, unsere Medizinischen Praxisassistentinnen sind an allem schuld? Warum steht dann im Kurzbeschreibung zum Test: «Die Anwendung ist einfach ...»?

Da ich meine TARMED-Rechnungen elektronisch über MediPort abwickle, blieb die Verrechnung dieses Schnelltests mit der Position 9559.81 im elektronischen Filter hängen: Die Krankenkasse Concordia zeigte sich trotzdem kulant in der Rechnungsabwicklung, schreibt aber freundlich, doch bestimmt: «Den Krankenversicherern ist es aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen untersagt, einer Praxis weitergehende Vergütungen für Analysen auszurichten, die im Anhang 5 der AL auf den Teillisten 1 und 2 (für die Grund-

1 SAMW. Recht der Patientinnen und Patienten auf Selbstbestimmung. Schweiz Ärztezeitung 2006;87(3):103-10.

2 Porchet-Munro S, Stolba V, Waldmann E. Den letzten Mantel mache ich selbst. Über Möglichkeiten und Grenzen von Palliativ Care. Basel: Schwabe; 2005.

versorgung) und auf der erweiterten Facharztliste nicht aufgeführt sind».

Zur Problematik der unerlaubten Verrechnung der empfohlenen Analysenposition steht im erwähnten Hygis-Schreiben kein Wort, obschon ich die Firma über den ADM zehn Tage vor der «Wichtigen Hygis-Mitteilung» mit einer Kopie des Concordia-Briefes informiert habe.

Hygis vertreibt auch noch einen Schnelltest auf vaginale Candidose und informiert geschäftstüchtig zur Abrechnung: «Die Untersuchung auf Candida wird unter Position 9508.01 mit 45 TP verrechnet». Es scheint nur logisch, dass auch diese Position nicht in den Abrechnungsbereich des Praxislaboratoriums fällt. Wir Gynäkologen konnten zur Verrechnung der Pilzkultur immerhin die Position 9343.50 mit 16 TP in die erweiterte Facharztliste aufnehmen lassen. Und das Nährmedium «Fungiquick» ist sehr günstig erhältlich, wenn auch die Auswertung erst nach 12 bis 24 Stunden möglich ist. Da verzichte ich gerne auf den teuren Hygis-Test mit einem Ankaufsrichtpreis von 17 Franken pro Test.

*Dr. med. Daniel Brügger, Laupen
(keine Interessenkonflikte)*



Cerumen obturans – 500 Franken

An einem praxisfreien Nachmittag meldete sich eine Patientin mit Gehörminderung und Ohrenweh auf der Notfallstation des Regionalspitals. Es wurde Blut abgenommen, die Resultate für CRP, Blutbild, Elektrolyte, Leberwerte, Quick und Blutzucker lagen im Normbereich. Bei der Untersuchung stellten die Dienstärztin und der Oberarzt die Diagnose einer Otitis media rechts und behandelten, nach telefonischer Rücksprache mit dem diensthabenden ORL-Facharzt, mit einem Antibiotikum, einem NSAR und einem PPI, organisierten für den nächsten Tag einen Kontrolltermin beim Spezialisten und informierten mich mit einem zweiseitigen Bericht.

Am nächsten Tag fand der ORL-Facharzt einen Schmalzpfropfen rechts, spülte diesen aus und setzte alle Medikamente ab. Wie er mir in einem kurzen Bericht mitteilte, zeigte die Audiometrie der jetzt beschwerdefreien Patientin beidseits ein normales Gehör.

Angesichts solch einer kompetenten und kostengünstigen Behandlung im Spital kann ich gut verstehen, dass immer mehr Politiker glauben, dass es für uns teure und kostentreibende Hausärzte in unserem Gesundheitswesen künftig keinen Platz mehr gibt.

Dr. med. Stefan Th. Christen, Hasle b.B.