

Late Diagnosis of Lyme Borreliosis

Erschienen im Niedersächsischen Ärzteblatt 08/2004

www.schlichtungsstelle.de
info@schlichtungsstelle.de

Einleitung

Im Gegensatz zu der durch ein Virus hervorgerufenen Frühsommermeningoencephalitis (FSME) gibt es für die andere, durch Zeckenbiß übertragene bakterielle Infektion der Lyme-Borreliose in Deutschland keine definierten Endemiegebiete. Daher ist überall in Deutschland (in Europa) bei einer entsprechenden Symptomatik, insbesondere mit anamnestischer Angabe eines „Insektenstiches“, erst recht bei konkretem Hinweis auf eine, auch längere Zeit zurückliegende Zeckenbißverletzung mit einer Borrelioseinfektion zu rechnen. Im Lehrbuch (Loseblattsammlung) Rationelle Diagnostik und Therapie in der Inneren Medizin, Urban & Schwarzenberg, Stand 2000, heißt es hierzu: „Die Diagnose einer Lyme-Borreliose muß in erster Linie durch die klinische Symptomatik begründet sein. Laborbefunde können nur zur Untermauerung der Diagnose herangezogen werden. Die einzelnen Manifestationen der Lyme-Borreliose isoliert betrachtet, sind vieldeutig und erfordern auf jeden Fall eine entsprechende Differentialdiagnostik.“ Fehlen direkte Hinweise auf einen Zeckenbiß oder eine vorübergehende, schmerzhaft, juckende, fleckige Hautrötung (Erythema migrans) in der Vergangenheit, so ist bei einem Zustand zunehmender allgemeiner Beeinträchtigung mit den anfänglichen Leitsymptomen der Arthralgie und/oder Myalgie die Borreliose in die differentialdiagnostischen Erwägungen einzubeziehen und im Verlauf entweder serologisch oder durch direkten Erregernachweis (Gelenkpunktion) zu sichern bzw. auszuschließen.

Schlichtungsstelle
für Arzthaftpflichtfragen
der norddeutschen
Ärztekammern GbR
Hans-Böckler-Allee 3
30173 Hannover

Telefon:
+49 511 / 380 -2416 oder
+49 511 / 380 -2420

Kasuistik

Eine 37-jährige Frau befand sich wegen eines Erschöpfungssyndroms in einer klinischen Kurbehandlung. Bereits am 2. Behandlungstag wandte sie sich wegen Kopf- und Gliederschmerzen an den zuständigen Klinikarzt. Er habe an der rechten Wade einen roten Fleck festgestellt. In den Behandlungsunterlagen findet sich hierzu eine Eintragung durch die Krankenschwester: „Rechte Wade Insektenstich“ mit der Verordnung von Fenistil-Gel. Drei Tage später ist in den Behandlungsunterlagen ärztlich dokumentiert: „Rötung,

Juckreiz seit drei Tagen, allgemeines Unwohlsein, Rücken- und Knieschmerzen, meistens rechts.“ In einem dermatologischen Befundblatt des gleichen Tages ist u. a. vermerkt: „Allgemeine Kontaktdermatitis beider Arme und Beine“, Therapieempfehlung. Im Pflegebericht ist gleichzeitig festgehalten: „Schmerzen linkes Knie, Voltaren-Gel“. Während des Kuraufenthaltes nahmen die Beschwerden weiter zu, insbesondere die Schmerzhaftigkeit des linken Kniegelenks, dazu Kopfschmerzen, Nackenschmerzen, Müdigkeit. Nach Beendigung der klinischen Kur stellte sich die Patientin wegen dieser Beschwerden bei ihrem Hausarzt am Heimatort vor. Der Arzt stellte einen „Restzustand eines Erythema migrans“ am rechten Unterschenkel fest. Daraufhin wurde ein Borrelia-Test veranlaßt, der positiv ausfiel. Es wurde eine antibiotische Therapie mit Clarithromycin (Amoxicillin-Unverträglichkeit) für die Dauer von vier Wochen durchgeführt. Hierunter gingen die Beschwerden langsam zurück, jedoch wurde noch fünf Monate nach Beendigung der Behandlung über Abgeschlagenheit und Kopfschmerzen geklagt. Die Kontrolluntersuchung der anfangs erhöhten spezifischen Antikörper (IgM, IgG) gingen im Laufe von Monaten zurück, so daß später eine ausgeheilte Borreliose konstatiert wurde.

Die Patientin wirft den Ärzten der Kurklinik vor, die Borreliose nicht erkannt und behandelt zu haben. Bei rechtzeitiger Behandlung hätte die Borreliose abgewendet oder frühzeitig zum Abklingen gebracht werden können. So habe sie über einen längeren Zeitraum Beschwerden und allgemeine Beeinträchtigungen ertragen müssen. Auch sei nicht auszuschließen, daß noch Spätkomplikationen eintreten.

Seitens des verantwortlichen Klinikarztes wurde zu diesen Vorwürfen Stellung genommen. Bei Aufnahme sei eine korrekte Anamnese und klinische Befunderhebung vorgenommen worden. Von einem Insektenstich oder einer Zeckenbißverletzung sei nie die Rede gewesen. Auch seien in den Behandlungsunterlagen zweimal „keine Beschwerden“ eingetragen worden. Klinische Hinweise auf eine Borreliose hätten seinerzeit nicht bestanden.

Der von der Schlichtungsstelle beauftragte Gutachter stellte fest: Eine Borreliose im Stadium I hat zweifelsfrei vorgelegen, dies sei aus den klinischen und Laborbefunden sowie aus der Wirksamkeit der Antibiotikatherapie abzuleiten. Es sei sehr wahrscheinlich, daß die zu Beginn des Klinikaufenthaltes aufgetretene allgemeine Symptomatik in Verbindung mit dem dokumentierten Hautbefund der rechten Wade bereits der Borreliose entsprach. Allerdings sei fraglich, ob zu diesem Zeitpunkt bereits die Borreliosereaktionstests positiv gewesen wären. Für die Beurteilung sei davon auszugehen, daß zu Beginn der

Kurbehandlung ein Insektenstich an der Wade vorgelegen hat, der von der Patientin bemerkt und von der behandelnden Schwester bestätigt wurde. Das Vorliegen eines „Insektenstiches“ gefolgt von der beschriebenen Rötung einhergehend mit Juckreiz seit drei Tagen sowie allgemeinem Unwohlsein, Rücken- und Knieschmerzen hätten den behandelnden Klinikarzt veranlassen müssen, die Differentialdiagnose Borreliose in seine weiteren diagnostischen und therapeutischen Überlegungen einzubeziehen. Daß dies nicht erfolgt ist, ist als Diagnose- und demzufolge auch als Behandlungsfehler zu werten. Dieser Fehler führte zu einer Verzögerung der Diagnostik und antibiotische Therapie um etwa sechs Wochen. Die in diesem Zeitraum bestehenden Beschwerden und Beeinträchtigungen durch die Borreliose sind dem ärztlichen Fehler anzulasten. Die Behandlung der Borreliose im Stadium I ist in der Regel kurativ, in Einzelfällen persistieren unspezifische Allgemeinsymptome wie Müdigkeit und Arthralgien für einige Wochen. Echte Therapieversager sind sehr selten. Somit sei auch für diesen Fall davon auszugehen, daß nach rechtzeitigem Therapiebeginn mit hoher Wahrscheinlichkeit mit einem umgehenden Abklingen der Symptomatik zu rechnen gewesen wäre. Spätkomplikationen wie z. B. eine Neuroborreliose liegen nicht vor. Nach Durchführung der effektiven Therapie verbliebene Beschwerden können nicht mit ausreichender Wahrscheinlichkeit der Verzögerung von Diagnose und Therapie angelastet werden.

Die Schlichtungsstelle schloß sich dem Ergebnis des infektiologischen Gutachtens uneingeschränkt an. Die Differentialdiagnose der Lyme-Borreliose hätte zu Beginn der Behandlung in der Kurklinik in Erwägung gezogen und eine entsprechende antibiotische Therapie eingeleitet werden müssen. Dies wurde fehlerhaft unterlassen. Der Umfang des Schadenersatzanspruches ergibt sich aus der sechs Wochen verzögerten Diagnose und Therapie, da eine fehlerbedingte Verlängerung der Beschwerden mindestens für diesen Zeitraum anzunehmen ist. Die außergerichtliche Regulierung in diesem Sinne wurde empfohlen.