

### **Chronische Borreliose ist keine nachgewiesene pathologische Entität**

Die sogenannte „chronische Borreliose“ stellt zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine gemäß anerkanntem wissenschaftlichen Standard nachgewiesene pathologische Entität dar, erklärte das (OLG) Oldenburg mit Beschluss vom **20.06.2018** (AZ: 5 U 36/18) und bestätigte das vorangehende Urteil des Landgerichts, welches die Klage auf Leistungen aus der privaten Unfallversicherung wegen einer Lyme-Borreliose infolge eines Insektenstichs/-bisses abgewiesen hatte.

Nach den zugrunde zu legenden Feststellungen ist die Klägerin nicht an einer Lyme-Borreliose erkrankt; eines weiteren Gutachtens bedarf es nicht, so das OLG. Der vom Landgericht beauftragte Sachverständige hatte überzeugend ausgeführt, dass in Übereinstimmung mit der herrschenden Lehrmeinung bei der Klägerin nicht von einer manifesten Erkrankung an einer Lyme-Borreliose auszugehen ist.

Die Klägerin bezog sich auf eine privatgutachterliche Äußerung eines Gutachters, der eine abweichende Lehrmeinung etablieren möchte. Diese gutachterliche Stellungnahme war jedoch nicht geeignet, den Nachweis einer manifesten Lyme-Borreliose zur gerichtlichen Überzeugung zu erbringen. Die Einstufung des Privatgutachters, es gebe eine sogenannte „chronische Borreliose“, die sich an diversen Symptomen als Multiorganerkrankung zeige, wird jedoch von der herrschenden Lehrmeinung so nicht akzeptiert.

So heißt es in der seit April 2018 geltenden S3-Leitlinie (vgl. MedSach Heft 4/2018, S. 176 f):  
*„Hinsichtlich der diskutierten Pathophysiologie der vermeintlichen „chronischen Lyme-Borreliose“ bzw. „chronischen Neuroborreliose“ haben aktuelle systematische Reviews keine wissenschaftliche Grundlage für die Annahme einer persistierenden latenten Infektion durch Borrelia burgdorferi [...] oder deren morphologische Varianten gefunden [...] Feder et al. haben 4 klinische Kategorien beschrieben, denen sich Patienten mit vermeintlicher „chronischer Lyme-Borreliose“ zuordnen lassen [...] Keine der 4 Kategorien nach Feder entspricht einer Krankheitsentität.“*

Die Oldenburger Richter betonten, dass die Deutsche Gesellschaft für Neurologie, welche die S3-Leitlinie herausgegeben habe, die mitgliederstärkste Vereinigung von Neurologen Europas mit ca. 9.000 Mitgliedern sei und dass an der Entwicklung der S3-Leitlinie daneben u. a. 20 AMWF-Fachgesellschaften sowie das RKI beteiligt waren. Man werde nicht sagen können, dass angesichts dieser Geltungskraft die Klägerin mit dem Privatgutachten den Beweis geführt habe, dass die S3-Leitlinie im Hinblick auf die angesprochenen Punkte explizit falsch sei. Versicherungsrecht 70 (2019), 1: 24

---

Lyme-Borreliose ist die häufigste durch Zecken übertragene Infektionserkrankung in Deutschland. Bayern führte daher zum **1. März 2013** eine Meldepflicht für behandelnde Ärzte ein, um weitere Erkenntnisse zum Vorkommen und zur regionalen Verteilung dieser Erkrankung zu gewinnen. Wöchentlich aktualisierte Meldezahlen der Lyme-Borreliose werden auf der Homepage des LGL veröffentlicht.

**Meldepflicht verlängert:** Mit der Meldepflicht können beispielsweise Erkenntnisse gewonnen werden, wo in Bayern Infektionen besonders häufig auftreten und welche Bevölkerungsgruppen

besonders gefährdet sind. Mit diesem Wissen können die Gesundheitsbehörden die Bevölkerung ganz gezielt aufklären und auch die Ärzteschaft sensibilisieren.

Die Meldepflicht für Lyme-Borreliose war zunächst auf fünf Jahre befristet (bis 28. Februar 2018), wurde dann aber um weitere sechs Jahre (bis zum 28. Februar 2024) verlängert. Da es sich um eine bayerische Verordnung handelt, gilt sie nur für Personen, deren Hauptwohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthaltsort in Bayern liegt. Es handelt sich um eine ausschließlich ärztliche und anonyme Meldepflicht ohne Personenangaben, Verdachtsfälle sind nicht meldepflichtig. Am LGL werden die Daten gesammelt, überprüft und ausgewertet.

**Meldung an das zuständige Gesundheitsamt:** Die Meldung einer Lyme-Borreliose durch den Arzt oder die Ärztin erfolgt an das zuständige Gesundheitsamt. Zuständig ist das Gesundheitsamt am Hauptwohnsitzes des Patienten oder der Patientin. Über das [Postleitzahlen-Tool des RKI](#) lässt sich das jeweils zuständige Gesundheitsamt ermitteln.

**Auswertung des ersten Meldejahres:** Die Ergebnisse des ersten Meldejahres nach Einführung der Meldepflicht in Bayern wurden am LGL detailliert ausgewertet. Ein Artikel dazu wurde im Bayerischen Ärzteblatt 1-2/2015 und im Epidemiologischen Bulletin des RKI 08/2015 veröffentlicht.

[Epidemiologisches Bulletin 8 / 2015 des Robert Koch Instituts](#)

**Die Erkrankung:** Die Lyme-Borreliose ist eine stadienhaft verlaufende Multisystemerkrankung, bei der verschiedene Organe betroffen sein können. Häufig kommt es zu Erkrankungen der Haut in Form von Wanderröte, zu Nervenlähmungen, Schmerzsyndromen oder zur Schwellung großer Gelenke. Die Erkrankung kommt in ganz Deutschland vor. Früh erkannt, gilt Lyme-Borreliose als effizient zu therapierende Erkrankung mit guter Prognose. Nachdem noch kein Impfstoff gegen Lyme-Borreliose existiert, sind gezielte Aufklärung, lange schützende Kleidung und die Anwendung von Vergrämungsmitteln bisher der wichtigste Schutz.

**Das Erkrankungsrisiko:** Die Wahrscheinlichkeit, nach einem Zeckenstich an einer Lyme-Borreliose zu erkranken, ist von unterschiedlichsten Faktoren abhängig. So sind erwachsene Zecken häufiger mit Borrelien infiziert als Larven. Durchschnittlich sind in Deutschland etwa ein Prozent der Larven, zehn Prozent der Nymphen und 20 Prozent der adulten Zecken – in Deutschland der „gemeine Holzbock“ (*Ixodes ricinus*) – mit Borrelien infiziert. Auch die Borrelienart hat einen Einfluss auf das Erkrankungsrisiko. Ein weiterer wesentlicher Faktor ist die Zeitdauer bis zur Entfernung der Zecke: Je länger eine infizierte Zecke am Menschen saugt, desto höher ist die Infektionswahrscheinlichkeit. Eine Übertragung von Mensch zu Mensch ist nicht möglich.

#### Allgemeine Informationen zum Thema

- [Infektionskrankheiten A-Z](#)
- [Borreliose](#)

#### Weitere LGL-Artikel zur Lyme Borreliose

- [1. Erreger](#)    [2. Epidemiologie](#)    [3. Impfung](#)    [4. Diagnostik](#)    [5. Klinik](#)

- [6. Therapie](#)    [7. Zecke](#)                      [8. Zeckenstich](#)    [9. Post-Lyme Syndrom](#)
- [10. Informationen zur Meldepflicht von Lyme-Borreliose](#)

Dokument aktualisiert am: 30.07.2019 Autor: Dr. Volker Fingerle - Bayerisches Landesamt für

Stand: 25.04.2019 RKI Je nach klinischer Symptomatik der Erstmanifestation kann die Inkubationszeit nach dem Zeckenstich stark variieren: Die Inkubationszeit des Erythema migrans beträgt 3 bis 30 Tage (Median 7 bis 10 Tage). Die Inkubationszeit der frühen Neuroborreliose ist im Mittel nur unwesentlich länger. Späte Hautmanifestationen (Acrodermatitis chronica atrophicans), Lyme-Arthritis neurologische Symptomatik und die späte Neuroborreliose können sich auch **nach Monaten und Jahren entwickeln**. Sie sind somit weitestgehend unabhängig von der Saisonalität der Zeckenexposition. Die späte Neuroborreliose zeigt sich in sehr seltenen Fällen. Typischerweise als eine entzündliche Erkrankung des Zentralnervensystems (Enzephalomyelitis) mit spastisch-ataktischer mit spastisch-ataktischer Gangstörung und Blasenstörung. Vielleicht ist dies der Fehler, wenn es dann als chronische Borreliose benannt wird.

---

## Recht: Borreliose – Wer darf sie behandeln?

Tagtäglich haben wir es mit Menschen in unseren Praxen zu tun, die angeben, unter den Folgen einer durchgemachten Borreliose zu leiden. Gängiger wissenschaftlicher Konsens ist: Eine „chronische“ Borreliose gibt es nicht! Eine Borreliose gilt als erfolgreich behandelt, wenn für 10 bis 30 Tage eine Antibiose durchgeführt wurde. Allenfalls gäbe es ein „Post-Lyme-Disease-Syndrom“, das impliziert, dass die Lyme-Borreliose erfolgreich – eben antibiotisch – behandelt wurde und die verbleibenden Symptome harmlose Spuren einer vorausgegangenen Krankheit seien. Als Heilpraktiker standen wir bisher vor dem Problem, was länderspezifisch in der Borreliosebehandlung erlaubt ist und was nicht. Eine Meldepflicht für Borreliose besteht nach dem Infektionsschutzgesetz nicht. Dennoch bestehen Meldepflichten für die Lyme-Borreliose auf Basis von Länderverordnungen.

### Fünf Fakten zur Borreliose:

1. In Berlin, Brandenburg, Sachsen und Thüringen besteht eine namentliche *Arzt*meldepflicht bei Erkrankung und Tod sowie eine nicht namentliche *Arzt*meldepflicht in Mecklenburg-Vorpommern.
2. **In Bayern**, Rheinland-Pfalz und Saarland gibt es eine nicht namentliche *Arzt*meldepflicht nur bei Erythema migrans, akuter Neuroborreliose und akuter Lyme-Borreliose. Theoretisch bedeutet das, dass dem Heilpraktiker in diesen Bundesländern die Behandlung einer Lyme-Borreliose im Stadium II sowie im Stadium III erlaubt wäre. Diese Erkrankungen erfordern jedoch eine differenzialdiagnostische Abklärung und die Feststellung der Borrelieninfektion obliegt dem Arzt.
3. Grundsätzlich ist die Behandlung der Lyme-Borreliose in den unter 1 und 2 genannten Ländern den Ärzten vorbehalten. Denkbar wäre in Bayern, Rheinland-Pfalz und Saarland auch eine ergänzende Betreuung und Durchführung von Linderungsmaßnahmen nach evtl. verbliebenen Restbeschwerden, sofern eine sachgerechte ärztliche Diagnostik und Behandlung vorausgegangen ist.
4. In den übrigen Bundesländern dürfen Heilpraktiker Patienten mit einer Lyme-Borreliose behandeln!

5. Abschließend: Bei der Entfernung der Zecke tritt in den behandlungseingeschränkten Ländern § 24 des Infektionsschutzgesetzes in Kraft.

Behandlungsverbot besteht bereits bei *Verdacht* auf das Vorliegen einer Borrelieninfektion – und der Borreliose-Verdacht muss bei jeder in den Körper eingedrungenen Zecke unterstellt werden. Das heißt: In diesen Ländern ist die „schnellstmögliche Entfernung der Zecke“ nach medizinischen Fachbüchern angezeigt.

**Jede Mutti darf in diesen Ländern eine Zecke entfernen, Sie als Heilpraktiker jedoch nicht!**

Quellen und nützliche Links: [www.focus.de](http://www.focus.de)  
[www.borreliose-gesellschaft.de](http://www.borreliose-gesellschaft.de)  
[www.rki.de](http://www.rki.de)