

Vom Problem des Hausarztes, im Spannungsfeld von Medizin und Verwaltung Anwalt seines Patienten zu sein

Eine Kasuistik aus einer Hausarztpraxis

S. Hänselmann

Zusammenfassung

Der Allgemeinarzt arbeitet mit einem unausgelesenen Krankengut. Das bedingt eine hohe Varianz der Beschwerdebilder und gleichzeitig eine geringe prädiktive Bedeutung der einzelnen Symptome. Die Diagnose kann oft erst aus dem Verlauf gestellt werden. Manchmal muss sie auch offen bleiben. In der folgenden Kasuistik wird ein solcher Fall mit letztlich offener Diagnose beschrieben. Außerdem zeigt der Fall das Spannungsfeld zwischen Medizin, Verwaltung und Ökonomie, in dem sich die Arbeit des Hausarztes abspielt und in dem es für ihn oft schwierig ist, Anwalt seines Patienten zu sein.

Schlüsselwörter

Borreliose, Hausarzt

Summary

Challenges of the family doctor as patient advocate in a strained medical, administrative and economic environment

The general practitioner is a front-line worker in an area with low prevalence of disease and subsequent low predictive values of any symptoms. Often, a diagnosis can only be established by watching the course taken by the illness. In some cases, such a diagnosis remains open.

In the following casuistic, such a case is reported where the diagnosis remains open.

It also shows in what strained medical, administrative and economic circumstances a family doctor's duties are carried out. In view of this, though difficult, it is also very important that the family doctor acts as an advocate to the patients.

Key words

Borreliosis, family doctor

Der Fall

Hauptperson dieser Kasuistik ist ein 48jähriger Bauarbeiter mit Nebenerwerbslandwirtschaft, ein einfacher Mann von bescheidener Bildung, gewohnt, hart zu arbeiten. Bislang ist er nie ernsthaft krank gewesen und in den über 30 Jahren seiner Berufstätigkeit noch keine 10 Tage arbeitsunfähig.

Im Juni 2001 kommt er erstmals in die Sprechstunde seines Hausarztes, er klagt über Schmerzen im Rücken und im Schulterbereich. Die Behandlung erfolgt zunächst symptomatisch mit Diclofenac oral, er wird für drei Tage arbeitsunfähig geschrieben. Die Rückenschmerzen bessern sich etwas, aber die Schmerzen im Schulterbereich nicht. Außerdem treten jetzt starke Schmerzen in beiden Armen und Händen mit Einschlafen der Hände auf. Zur Klärung des Verdachtes auf ein Karpaltunnelsyndrom erfolgt die Überweisung zum Neurologen. Dieser findet keine neurologischen Auffälligkeiten. Bei weiterer Beschwerdepersistenz erfolgt die Vorstellung beim Orthopäden: Er diagnostiziert eine akute Lumbalgie, ISG-Blockierung, Osteochondrose L1/L2. Therapie: Deblockierung, Rückenschule.

Seit der Erstvorstellung beim Hausarzt sind inzwischen zwei Wochen vergangen, der Patient ist immer noch nicht arbeitsfähig. Er leidet jetzt unter muskelkaterähnlichen Schmerzen an Armen, Beinen und im Rücken. Die Behandlung erfolgt mit Tramadol, es wird eine ausgiebige Labordiagnostik veranlasst mit der Zielrichtung, Entzündungen, Muskelerkrankungen oder eine Borreliose auszuschließen. Dabei ergeben sich gering erhöhte Leberwerte, mäßig erhöhte Borrelien-Antikörper (IgG), ein erhöhtes CRP und mäßig erhöhte Harnsäurewerte.

Die erneute Vorstellung beim Neurologen und Orthopäden bringt keine neuen Erkenntnisse. Unter der Vorstellung einer Polymyalgia rheumatica – wobei zur BSG keine Aussagen vorliegen – wird zwischenzeitlich ohne Effekt eine Cortisontherapie in absteigender Dosierung durchgeführt.

Ende Juli, vier Wochen nach der ersten Vorstellung beim Hausarzt, wird der Patient einem Rheumatologen vorgestellt. Er diagnostiziert eine Polyarthrose, infektinduzierte Arthralgie-Myalgie und einen Zahnfokus. Zur Behandlung werden Allopurinol, Magnesium sowie Tilidin nach Bedarf vorgeschlagen; auch diese Behandlung

Dr. med. Siegfried Hänselmann

Gartenstr. 21, Schweighausen, 77978 Schuttertal

E-Mail: haenselmann@t-online.de

bringt keine Besserung, die Muskel- und Gelenkschmerzen werden inzwischen als unerträglich beschrieben. Ende August 2001 erfolgt die stationäre Einweisung auf die Innere Abteilung des nächsten Kreiskrankenhauses. Dort werden erneut zahlreiche Untersuchungen inklusive Muskelbiopsie und wiederholter Labordiagnostik durchgeführt. Die Ergebnisse und der bisherige Verlauf sowie der negative Ausfall der Tumorsuche führen zur Diagnose einer Lyme-Arthritis. Es folgt eine dreiwöchige Behandlung mit Ceftriaxon 2g/tägl. i.v.

Der Papierkrieg mit der Landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft

Da der Patient bei der Landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaft versichert ist, wird die Erkrankung als berufsbedingt gemeldet.

Der Sachbearbeiter der BG lehnt die Anerkennung mit der Begründung ab: »Die Forstwirtschaft, die Herr N.N. betreibt, ist so klein, dass darin kaum eine potentielle Gefahr für einen Zeckenstich angenommen werden kann. Absolut unbekannt ist jedoch ein konkreter Zeckenstich. Wenn wir nun die negativen IgM-Werte anschauen, denken wir eher an einen reinen Durchseuchungstiter, wir möchten Sie bitten, Ihre Behandlungskosten mit der AOK abzurechnen.«

Der Patient bekommt nun einen mehrseitigen Fragebogen der LVA zugeschickt, einen Unfall betreffend, der 30 Jahre zurück lag. Besonders gefragt wird nach Schadensersatzansprüchen und Restbeschwerden.

Als Bauarbeiter zwar an harte körperliche Arbeit gewöhnt, aber »in schriftlichen Angelegenheiten« ungeübt, ist der Patient mit dem zu führenden Schriftverkehr restlos überfordert, er sucht Hilfe bei seinem Hausarzt. Dieser rät ihm, sich an seine Krankenkasse zu wenden, denn es konnte angenommen werden, dass die Krankenkasse aus Kostengründen an einer Anerkennung als Berufserkrankung interessiert sein müsste und die Angestellten dort mit den einschlägigen Bestimmungen und den zu unternehmenden Schritten bestens vertraut seien.

Es wird erneut ein Schreiben an den Sachbearbeiter der BG verfasst mit dem Antrag auf Übernahme der Kosten der Behandlung. Dieser wird wiederum mit der Begründung abgelehnt, dass eine Borreliose wegen des fehlenden erhöhten IgM-Titers und der fehlenden konkreten Erinnerung an einen Zeckenbiss nicht gesichert ist (der Patient hatte angegeben, jedes Jahr immer wieder Zecken zu haben, er könne schließlich nicht jeden Zeckenbiss mit Datum und Uhrzeit aufschreiben).

Im Januar 2002 folgt auf Kosten des Rentenversicherungsträgers ein vierwöchiger Aufenthalt in einer orthopädischen Reha-Klinik. Als Entlassungsdiagnosen werden u.a. genannt: »Chronische Lumbalgien, degeneratives

Vertebralsyndrom, Restsymptomatik vor allen Dingen im Schulterbereich bds. nach Borreliose im Sommer 2001.«

Im Februar 2002 beantragt der Patient selbst die Anerkennung als Berufserkrankung bei der BG. Er war bisher davon ausgegangen, dass die Meldung durch das Krankenhaus ausreichend gewesen wäre. Im Antwortschreiben wird dem Patienten ein mehrseitiger Fragebogen geschickt mit detaillierten Fragen nach Zeitpunkt, Lokalisation und Gelegenheit des Zeckenbisses. Außerdem wird erneut ausgeführt, dass die Landwirtschaft des Patienten eigentlich zu klein für einen Zeckenbiss sei und es an ihm läge, den Beweis zu führen, dass er sich den Zeckenbiss nicht in seiner Freizeit zugezogen habe. Weiterhin wird die Vermutung geäußert, dass hinter dem Antrag des Patienten »eigentlich noch eine andere Institution steht«. Ferner wird die Anforderung eines Gutachtens angekündigt und dem Patienten drei Gutachter zur Auswahl genannt, alle drei sind Orthopäden und Rheumatologen. Gleichzeitig erreichen den Hausarzt eine Reihe von Anfragen, z.B. mit Nachfragen, ob vorgeschlagene Untersuchungen bei Neurologen, beim Augenarzt etc. erfolgt sind. Außerdem wird er gebeten, seine Schlussfolgerung mitzuteilen.

In einem mehrseitigen Schreiben fasst der Hausarzt alle vorliegenden Informationen zusammen und kommt nach Abwägen aller Aspekte zu der Schlussfolgerung, dass an der Diagnose einer Borreliose nicht zu zweifeln ist.

Die BG gibt ein medizinisches Gutachten in Auftrag

In dem im Auftrag der BG gestellten rheumatisch-orthopädischen Gutachten kommt der Gutachter zum gegenteiligen Schluss. Er führt folgende Gründe dafür an:

- Ein Erythema migrans wurde nicht beobachtet;
- Kopf-, Nacken-, Gelenk- und Muskelschmerzen sind nur unspezifische Symptome;
- das »Stadium II der Borreliose« ist charakterisiert durch neurologische Symptome, »Leitsymptome« wären primäre chronische Hautentzündung, Entzündungen des Nervengewebes einschließlich der Hirnhäute und die rheumatische Entzündung der Gelenke, gelegentlich auch Entzündungen an Herz, Auge und Leber;
- der fehlende Nachweis von IgM-Antikörpern schließt eine akute Infektion aus und spricht für einen »Durchseuchungstiter«;
- ein Zeckenbiss im Februar oder März führt selten zu Borreliose.

Der Gutachter schließt mit dem Satz: »Mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit haben sich also bei dem

Nebenerwerbsland- und Forstwirt durch wiederholte Zeckenstiche Antikörper ausgebildet, er hat einen so genannten Durchseuchungstiter, aber hat und hatte nie eine Borreliose. Hätte er im Jahr 2000 tatsächlich eine Seuche gehabt, so läge – dies möchte ich unbefragt anfügen – gegenwärtig keine Minderung der Erwerbsfähigkeit vor. Der Sachbearbeiter der BG schickt dem Hausarzt eine Kopie des Gutachtens mit dem Kommentar: *»Unsere schon früher geäußerten Bedenken werden voll bestätigt.* Beim Patienten wird angefragt, ob er einen formellen, justiziablen Bescheid wünsche.

Zusammenfassende Reflexion des Hausarztes

Ein vorher immer gesund gewesener kräftiger Patient, als Tiefbauarbeiter schwer arbeitend, erkrankt an Rücken- und Muskelschmerzen. Der Hausarzt vermutet die Ursache in der Kombination von jahrzehntelanger schwerer Arbeit und degenerativen Veränderungen der Bewegungsorgane, der Patient geht immerhin auf die 50 zu. Die entsprechende Therapie hat keinen Effekt. Es treten jetzt noch Beschwerden hinzu, die an eine Neuropathie und an ein Karpaltunnelsyndrom denken lassen. Der Hausarzt vermutet, dass das Krankheitsbild komplizierter ist als die ursprünglich angenommene Überlastung und veranlasst die Vorstellung beim Orthopäden und Neurologen. Der Orthopäde findet »etwas Orthopädisches«, nämlich eine ISG-Blockierung rechts. Die Arm-, Bein- und Schulterschmerzen bleiben unerwähnt, eine Deblockierung wird durchgeführt. Der Hausarzt ist nicht überrascht, dass die Behandlung zu keiner Besserung führt, denn in die gleiche Richtung hatte er bereits erfolglos behandelt. Das klinisch zu vermutende Karpaltunnelsyndrom konnte vom Neurologen nicht bestätigt werden. Er beschreibt zwar die unerträglichen Muskelschmerzen, die besonders nachts auftreten, kann aber keine neurologische Ursache finden und denkt differentialdiagnostisch an eine Polymyalgia rheumatica. Entsprechende Laboruntersuchungen und eine probatorische Cortisonbehandlung widerlegen die Vermutung. Als nächstes erfolgt die Vorstellung beim Rheumatologen. Dieser diagnostiziert »eine Polyarthrose, infekt-induzierte Arthralgie-Myalgie bei Zahnfokus«. Dieser neue Aspekt des Zahnfokus überrascht, denn der Patient gibt keine Zahnschmerzen an und der Rheumatologe beschreibt weder einen Zahnstatus noch einen Röntgenbefund der Zähne. Der Hausarzt weist den Patienten schließlich zur Klärung der Diagnose und zur weiteren Therapie stationär auf die Innere Abteilung des zuständigen Kreiskranken-

hauses ein. Der Chefarzt ist ein sehr erfahrener »Allgemeininternist«, das heißt, er überblickt sein ganzes Fachgebiet. Schon oft hat er sich bewährt bei der Klärung schwieriger Differentialdiagnosen. Nach umfangreichen Untersuchungen, Abwägung und Literaturstudium stellt er die Diagnose »Lyme-Arthritis«. Es folgt die entsprechende antibiotische Behandlung, die tatsächlich eine Besserung bringt, außerdem die Meldung bei der BG. Zur Überraschung von Hausarzt und Patient lehnt der Sachbearbeiter der BG die Anerkennung ab. Er hat weder jemals den Patienten gesehen, noch ist er (vermutlich) Arzt, noch nimmt er ärztliche Hilfe in Anspruch. Trotzdem scheint er von Anfang an zu wissen, dass der Patient keine Borreliose hat, sondern lediglich einen »Durchseuchungstiter«. Woher dieses Wissen kommt, bleibt im Dunkeln. Außerdem stellt er die Theorie auf, es gäbe eine klinische Relevanz zwischen der Größe des landwirtschaftlichen Betriebes und der Wahrscheinlichkeit einer Borrelien-Infektion. Die Evidenz dieser Theorie bleibt unbelegt. Statt dessen werden Patient und Hausarzt mit Schriftverkehr »eingedeckt«. Der Patient ist damit überfordert, wirft aber nicht das Handtuch, sondern sucht Hilfe beim Hausarzt und der Krankenkasse. Nach viel bürokratischem Hin und Her und nach einem Reha-Aufenthalt mit orthopädischer Ausrichtung ist der Patient, wie nicht anders zu erwarten, weiterhin nicht beschwerdefrei, aber von der Medizin enttäuscht. Er geht zum Heilpraktiker. Schließlich veranlasst der Sachbearbeiter der BG ein orthopädisch-rheumatologisches Gutachten. Es bleibt unklar, wieso er einen Gutachter dieser Fachrichtung wählte, da die Borreliose weder eine orthopädische, noch eine rheumatologische Erkrankung, sondern eine Infektionskrankheit ist. Aus der Sicht des Hausarztes wäre ein Internist geeigneter gewesen. Das Gutachten fällt entsprechend aus, der Orthopäde sieht sich nicht in der Lage, eine Borreliose zu diagnostizieren. Die einzelnen Punkte der Begründung sind oben aufgeführt, leider werden sie nicht mit entsprechenden Literaturstellen belegt. Der Grad ihrer Evidenz muss somit als niedrig eingestuft werden. Man hat den Eindruck, dass der Gutachter, der von »Zeckenstichen« spricht und das Erkrankungsjahr des Patienten falsch angibt, sich nur oberflächlich mit dem Thema beschäftigt hat. Ferner irritiert, dass er am Schluss seines Gutachtens auf nicht gestellte Fragen antwortet. Die Anfrage des Sachbearbeiters der BG, ob der Patient einen formellen Bescheid wünsche, wirkt befremdend. Bei einem formellen Antrag sollte ein formeller Bescheid eine Selbstverständlichkeit sein.

Die Lyme-Borreliose in der Literatur

Der Behauptung, ein fehlender erhöhter IgM-Titer schließe eine akute Infektion aus, wird von D. Hassler (1) widersprochen. Ferner wird im gleichen Artikel berichtet, dass das vom Gutachter vermisste klassische Erythema migrans nur bei etwa 60 % der Fälle beobachtet wird. Hingewiesen wird auch auf die »unglaubliche Symptomvielfalt«. Die von unserem Gutachter geforderte strenge Klassifikation in Leitsymptome und unspezifische Begleitsymptome wird hier nicht bestätigt. Das vom Gutachter geforderte klassische Vollbild der Meningopolyneuritis (das Bannwarth-Syndrom) wird hier als die Ausnahme bezeichnet. Statt dessen finden wir die Symptome unseres Patienten wieder:

- Unerträgliche Schmerzen, die einen Bandscheibenvorfall imitieren können und typischerweise nicht auf übliche Schmerzmittel und Antirheumatika ansprechen;
- neurologische Störungen, die an ein Karpaltunnelsyndrom denken lassen.

Zu der Behauptung, eine Borreliose entstehe selten bei einem Zeckenbiss im Februar und März, findet sich bei der Literaturrecherche keine Quelle, ebenso wenig zu dem behaupteten Zusammenhang zwischen Größe des land- oder forstwirtschaftlichen Betriebes und der Wahrscheinlichkeit, an einer Borreliose zu erkranken.

Fazit

Zum jetzigen Zeitpunkt steht es 3:1 für die Borreliose: Die Argumente des Internisten im Kreiskrankenhaus

sprechen dafür, die des orthopädischen Chefarztes der Reha-Klinik und die des Hausarztes ebenfalls. Trotzdem scheint der Sachbearbeiter der BG gewillt zu sein, den Antrag auf Anerkennung einer Berufskrankheit abzulehnen. Der Patient will mit anwaltlicher Hilfe Widerspruch einlegen, der Ausgang des Verfahrens bleibt abzuwarten wie auch das Ergebnis einer sicher notwendigen erneuten Begutachtung.

Es erfordert Ausdauer, Zeitaufwand und Mühe, Patienten im Zeitalter der evidence based medicine als Hausarzt diagnostisch und therapeutisch zu begleiten und ihnen auch bei Schwierigkeiten mit den Kostenträgern beizustehen. Allein die Auswahl der Gutachter – für den Patienten undurchschaubar – spiegelt das Spannungsfeld zwischen Medizin und Verwaltung wider.

Literatur

1. Hassler D et al.: Lyme-Borreliose in einem europäischen Endemiegebiet. Antikörperprävalenz und klinisches Spektrum. Dtsch med WSCHR 1992; 117: 767–774

Zur Person



Dr. med. Siegfried Hänselmann, Arzt für Allgemeinmedizin, Naturheilverfahren, Psychotherapie. Verheiratet, vier Kinder. Seit 1986 niedergelassen in einer Landarztpraxis mit weit gefächertem Tätigkeitsspektrum. Besondere Neigung zur psychosomatischen Medizin. Seit 1998 Lehrbeauftragter in Freiburg, seit 1999 Balint-Gruppenleiter.