



- Diagnostik
- Therapie
- Forschung
- Gesundheitspolitik
- SHG-Adressen

## Schwerpunktthema

# Neuroborreliose

FOTO UND MONTAGE: UTE FISCHER

- Chronische Entzündung
- Hilfe von „Dr. House“
- LB und ALS?

- LB-Trigger für Fibromyalgie
- S3-Leitlinie
- Postlyme-Syndrom

- Tragische Todesfälle
- LB und Hirninfarkt
- Urteil mit Folgen



Jörg Rehmann,  
Dokumentarfilmer,  
Journalist und Lehrbe-  
auftragter, ist seit  
17.11.2012 stellvertre-  
tender Vorsitzender des  
BFBD

Die Zeiten ändern sich. – Diese Binsenweisheit ist fürwahr nichts Neues. Dennoch: Zum Medium Zeit haben wir in immer schneller ablaufenden Prozessen ein zunehmend schwaches Verhältnis. Doch abgesehen von solchen Allgemeinplätzen gibt es auch professionelle Erkenntnisse zu diesem Thema. Wie wär's damit: Im Schnitt alle zehn Jahre erfordert unser Leben eine komplette Neustrukturierung betrieblicher Prozesse. – Das sagt die Wissenschaft. Vor allem im Bereich ehrenamtlicher Organisationen spüren wir die demografische Entwicklung. Welche Konsequenzen zieht der BFBD aus dieser Situation?

## Wir strukturieren um.

Die Erwartungen an den Verband, die Nutzungsgewohnheiten von Leistungen und Diensten haben sich in der Gesellschaft verändert. Personal muss immer flexibler und multifunktionaler eingesetzt werden. Und ein großes Ethos reicht nicht mehr aus, um ehrenamtliche Leistungen, Beratungs- und Betreuungsdienste zu unterhalten. Zum Jahresbeginn hat der BFBD ein neues Informationssystem eingesetzt, das Verwaltungs- und Organisationsaufgaben leichter delegierbar macht. Im Bereich der ehrenamtlichen Beratung stehen wir in Kontakt mit dem TÜV Rheinland. Ziel: vielleicht eine Qualitätssicherung nach DIN 9100 in den Beratungsdiensten. Das wird ein neues Terrain. Andererseits: Jeder Sportverein muss seine Trainer alle Halbjahr in die gesetzlich vorgeschriebene Fortbildung schicken, ohne die die Lizenz zum Durchführen von Trainingsstunden entfällt. Ganz so heftig wird es für uns nicht werden. Aber das Besondere: Die Zukunft wird nicht übergestülpt, sondern genau von denen weiterentwickelt, welche schon jetzt die Arbeit machen und die Erfahrung haben.

## Das WIR ist zukunftsentscheidend.

Auch in der Vorstandsarbeit entwickeln sich parallel zu den neuen Möglichkeiten auch neue Formen. Manfred Wolf verfolgt nach wie vor den Schwerpunkt Gesundheitspolitik. Karin Friz, immerhin eine professionelle Spezialistin im klinischen Gesundheitswesen, hat sich rund um die Selbsthilfegruppen und Beratungsdienste engagiert. Claudia Siegmund hat sich mit großem Organisationstalent anlässlich der SEPA-Umstellung in die wahrhaftigen Abgründe des elektronischen Zahlungsverkehrs begeben (müssen!). Ute Fischer konzentriert sich derzeit ausschließlich auf den Schwerpunkt Redaktion (neue Emailadresse: redaktion@borreliose-bund.de). Hier hat sie in einem kühnen Projekt neue Vertriebswege für unsere Publikationen auf Grundlage der Neuen Medien entwickelt. Albert Bensing hat sich mit der gebotenen Kontinuität des Schatzmeisters trefflich in das neue Informationssystem eingearbeitet, obwohl die Internetwelt doch angeblich nie seins war. Das kaufen wir ihm nach alledem nicht mehr so ganz ab... Frau Hecker hält die Stellung in der Geschäftsführung souverän, aber auch mit fester Hand am Ruder. Und unsereiner springt nach Kräften durch die Kulissen, wo gerade Not am Mann ist und der Vorsitzende vertreten werden muss. Kurzum: Der BFBD erneuert sich – ergebnisoffen und mitgestaltbar. Und er lädt ein, sich einzubringen.

**Herzlich willkommen!**

	Seite
<b>DIAGNOSTIK</b>	
■ Dr. House und die Borreliose	3
■ Wer kennt das?	4
■ Schmerzen auf der Spur	4
<b>THERAPIE</b>	
■ Chronische Entzündung	5
■ Medikamente – wann einnehmen?	7
<b>SCHWERPUNKT NEUROBORRELIOSE</b>	
■ Lyme-Neuroborreliose	8
■ Möglichkeiten der Biologischen Medizin	16
<b>FORSCHUNG</b>	
■ Trotz Behandlung Borreliose-Symptome	18
■ Sieht so moderne Medizin aus?	19
■ Warum Pessimisten mehr leiden	20
■ Borrelien-DNA auf der Spur	20
■ Lyme-Borreliose und ALS	21
■ Neue Beweise für sexuelle Übertragbarkeit von Borrelien?	21
■ Borreliosis spekuliert	30
<b>GESUNDHEITSPOLITIK</b>	
■ Robert Koch-Institut bewegt sich	22
■ GesundheitsCard illegal?	22
■ Wachwechsel im Bundesgesundheitsministerium	23
■ Immer mehr Frührenten wegen der Psyche	24
■ Hamburg	24
■ Bundestag	25
■ Impressum	25
<b>ARZT UND PATIENT</b>	
■ Sturz in den Tod	26
■ Was Leitlinien Ärzten verschweigen	27
■ Im Wahn aus dem Fenster gestürzt	27
■ S3 Leitlinie Borreliose	28
■ Buchtipps	28
■ Nachruf	28
<b>PRÄVENTION</b>	
■ Experten urteilen über ideale Zeckenentfernung	29
<b>PATIENTENRECHT · URTEILE · GUTACHTEN</b>	
■ Schlechte Karten nur mit Antikörpern	30
■ Gutachter vom Gericht gegängelt?	30
■ Lyme-Borreliose	32
■ OLG München	35
■ In Memoriam Petra Heller	35
<b>VERMISCHTES</b>	
■ Neuroborreliose mit Hirn-Infarkt	36
■ Opiate – als Schmerztherapie?	36
■ KBV heftig in der Kritik	37
■ Vitamin D-Nutzen untersucht	37
■ FSME-Impfstofflobby macht mobil	38
■ Kanadische Politikerin verlangt Strategie gegen Lyme-Borreliose	38
■ Eine der ältesten Borreliose-SHG	39
<b>BFBD</b>	
■ Rat und Hilfe	40
■ 6. Berater-Seminar	41
■ Aktiven-Rat	41
■ Wer macht was im BFBD	42
■ Vom Nehmen und Geben	42
■ Vereinsarbeit zwischen Tradition und Multimedia	43
■ Aktuelle Magazine des BFBD	46
■ Mitgliedsantrag	48

# Dr. House und die Borreliose

## Zentrum für unerkannte Krankheiten in Marburg

Vor Jahren beeindruckte der (gespielte) Fernseharzt „Dr. House“ seine ebenfalls nur darstellenden Kolleginnen und Kollegen, als er einen besonders kniffligen Fall als Lyme-Borreliose diagnostizierte. Spätestens seit dem wünschen sich Patienten mit Borreliose-Symptomen, die aber diagnostisch eher bei Depression, Einbildung und Psyche gelandet sind, einen Dr. House, der die Diagnostik aber mal wirklich ernst nimmt. So einer ist nun gefunden. Man kann ihn allerdings nicht, wie den TV-Arzt, persönlich konsultieren, aber der zaudernde, unschlüssige Hausarzt kann sich an das Zentrum für unerkannte Krankheiten an der Uni Marburg wenden. Dr. House heißt eigentlich Prof. Dr. Jürgen Schäfer. Der Kardiologe wurde als bester Arzt des Jahres 2013 mit dem Pulsus-Award ausgezeichnet. Diese Initiative der Techniker Krankenkasse und Bild am Sonntag gibt es seit zehn Jahren.

### Was ist das Besondere an Schäfer?

Er sieht es als großen Vorteil, an einer Universitätsklinik mit überschaubarer Größe und hohem Patientenbezug arbeiten zu können. Er brauche für die Diagnosen oft den Rat seiner Kollegen, Mikrobiologen zum Beispiel. Wo war das? Uni Köln, ja. Sie versuchte einer niedergelassenen, bis vor wenigen Jahren sehr engagierten Kölner Ärztin beizubringen, dass Borreliose eine Modekrankheit sei. Und mit Mikrobiologen haben es Borreliose-Behandler auch immer wieder zu tun, zum Beispiel mit Volker Fingerle, Leiter des Nationalen Referenzzentrums Bor-

relien, der Borreliose als im Internet angelesene Erkrankung bezeichnet.

### Apropos Borreliose

Schäfer in der Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung (FAS): „Viele Patienten haben am Ende gar keine seltene Erkrankung im eigentlichen Sinn, sondern nach einem Zeckenbiss beispielsweise eine Borreliose. Das ist nun wahrlich keine seltene Erkrankung, nur leider eine, die allzu oft nicht erkannt wird.“ Zur Erinnerung: Ex-Gesundheitsminister Daniel Bahr im August 2013: „Ich kann mich nicht um alle seltenen Erkrankungen kümmern“.

### Schlechte Noten für Internet und Foren

Schäfer rät Patienten ab, selbst im

#### Borreliose Wissen fragte:

**Wie kommen Sie der Lyme-Borreliose auf die Schliche beziehungsweise wie schließen Sie sie aus?**

Schäfer: „Sie haben vollkommen Recht, die Borreliose Diagnostik stellt auch für uns eine Herausforderung dar, wobei wir den Vorteil haben, dass wir mit unserem Mikrobiologen Prof. Lohoff und seinem Team einen exzellenten Labordiagnostiker zur Seite haben, dessen Befunde in aller Regel mit dem klinischen Beschwerdebild korrelieren. Dass die Hälfte der Patienten auch kein Erythema migrans aufweisen, macht es noch schwerer, um überhaupt eine höhere Sensibilität für dieses Thema zu generieren, habe ich mich auch ganz bewusst entschlossen, einen Patienten mit einer Borreliose in die nächste TV-Berichterstattung (bereits im Januar gelaufen) einzubinden, der eine wahre Odyssee bis zur Diagnosestellung durchgemacht hat.“

Von Ute Fischer



Prof. Dr. Jürgen Schäfer

Internet nach ihren Beschwerden zu forschen, weil sie keinen Zugang zu medizinischen Datenbanken hätten und sich von Suchergebnissen verunsichern ließen, weil es neben einigen guten auch sehr viele dubiose, unsertifizierte Foren gebe.

### Nicht vorschnell mit Depression abspeisen lassen

Schäfer warnt auch Patienten, sich nicht mit Schnelldiagnosen abspeisen zu lassen, Schnelldiagnosen, die viele Borreliosepatienten schon gehört haben: „Das ist alles nur das Alter oder die Psyche.“ In dem FAS-Interview äußert er auch Bedenken, dass „manches Mal vor dem Vergeben einer Diagnose wie schwere Depression keine umfassende internistische, endokrinologische Diagnostik gemacht werde. Er plädiert für den Fall einer Einweisung in die Psychiatrie für eine Standardvorgehensweise mit breiter internistischer Diagnostik. Schäfer: „Denn steckt der Patient erst einmal in der Psy-

cho-Schublade, kommt er da schwer wieder raus.“

Die Hauptschuld, dass sich Kliniken vor Patienten mit unerklärlichen Krankheiten drücken (Quelle FAS), sieht Schäfer im „völlig desolaten“ DRG (diagnosis-relates groups)-Abrechnungssystem, auch Fallpauschalen genannt. Der Patient mit

einem großen Fragezeichen sei darin nicht vorgesehen. Komplexe Krankheiten bekäme man nicht unter Zeitdruck in den Griff. Unter DRG sei weder eine kostendeckende Diagnostik noch Behandlung unklarer und komplexer Erkrankungen möglich. Seiner Meinung nach müssten alle Uni-Kliniken einen kleinen Pro-

zentsatz der Mittel, die sie zugewiesen erhalten, zweckgebunden in die Betreuung von Menschen mit unklaren Krankheiten investieren. Schäfer: „Denn wenn nicht wir als Universitätsmediziner, wer um alles in der Welt soll sich denn sonst für diese Patienten verantwortlich fühlen?“ ■

## Wer kennt das?

### Angeblich Psoriasis pustulosa

Bei einer 60-Jährigen, bei der eine chronische Borreliose gesichert ist, treten seit zwei Jahren seltsame Stellen an nur einer Fußsohle und dem Außenrist auf. Sie sind circa einen halben bis 1,5 Zentimeter groß, leicht erhöht, nicht schmerzhaft, sie jucken auch nicht, aber sie sind fühlbar. Zeitweise sind es bis zu elf verschiedene größere und kleinere Stellen, manchmal nur eine einzige. Nach



etwa drei Tagen verfärben sich diese Stellen erst grau, dann rotbraun; dann lassen sie sich schmerzlos ablösen wie ein Grind. Darunter liegt neue, rosa Haut. In keinem dieser Stadien ist Flüssigkeit festzustellen, auch nicht, wenn man die weißen Beulen mittels Handtuch aufrubbelt.

Dieser Rhythmus geschieht unabhängig ob mit oder ohne Behandlung mit Kortisonsalbe oder heißen Fußbädern. Manchmal heilen die Stellen spontan komplett ab. Dann plötzlich – innerhalb von zwei Stunden – bilden sich acht bis elf neue weiße meist kreisrunde Herde.

Untersuchungen auf Bakterien und Mykosen verliefen negativ. Die Präparate seien steril. Drei Biopsien in unterschiedlichen Instituten ergaben die einheitliche Diagnose: Psoriasis pustulosa, also pustelförmige Schuppenflechte. Eigentlich keine Diagnose, sondern eine Symptom-



beschreibung. Keine Psoriasis in der familiären Anamnese bekannt. Keine anderen Hautareale betroffen.

Zwei mit Borreliose erfahrene Ärzte kennen solche Erscheinungen. Angeblich durch Borrelien getriggert. Auch eine Heilpraktikerin kennt solche Fußsohlen bei Borreliose-Patienten. Ein erfahrener Borreliose-Arzt empfiehlt, den Status von Zink, Biotin und Vitamin B zu befragen. Wer weiß mehr dazu?

Antworten und Fotos bitte an die Redaktion. ■

## Schmerzen auf der Spur

Das Universitätsklinikum Bonn hat ein „Interdisziplinäres Schmerzboard Bonn“ (ISB) ins Leben gerufen. Dabei handelt es sich um eine spezielle Abteilung für Schmerzen unklarer Genese, für die Erkrankte üblicherweise eine Odyssee von Fakultät zur Fakultät absolvieren müssen. „Erst der Schmerztherapeut betrachtet sämtliche Aspekte der

Erkrankung“, verheißt eine Presseerklärung im Deutschen Ärzteblatt.

„Der Patient muss sich nicht mehr seine Spezialisten suchen, sondern wir setzen uns hier zusammen an einen Tisch“, verlautbart Dr. Thomas Kinfe, Leiter der Abteilung Funktionelle Neurochirurgie und Neuromodulation. Gegebenenfalls würden Spezialisten anderer

Fachrichtungen hinzugezogen. So sei von einer ausführlichen Anamnese über eine gezielte Diagnose bis hin zur langfristigen Therapieplanung alles aus einer Hand. BW telefonierte mit Kinfe: „Dürfen auch Kassenpatienten mit Borreliose kommen“. Kinfe: „Ja, natürlich.“ ■

# Chronische Entzündung

zu wenig beachtet und behandelt.

Eine chronische Entzündung ist etwas anderes als eine chronische Krankheit.

Alle Borreliosekranken wissen, dass sie eine chronische Krankheit haben. Nach meiner Beobachtung ist aber vielen Ärzten und Ärztinnen, auch den Patienten und Patientinnen nicht bewusst, dass die gleichzeitig bestehende chronische Entzündung auch therapiert werden kann.

Was versteht man unter chronischer Entzündung? Wie kann sie diagnostiziert werden? Was löst sie im Körper aus und welche Therapiemöglichkeiten bieten sich zurzeit an? Durch die Erörterung dieser Fragen mit möglichst allgemeinverständlichen Worten, will ich im Folgenden versuchen, diese komplexe Thematik zu erläutern.

Eine chronische Entzündung entsteht durch Dauer- und Fehlreaktionen unseres beschützenden Immunsystems. Das heißt, wenn unsere Immunabwehr sich ununterbrochen gegen äußere Angriffe wehren und darauf reagieren muss. Meist sind diese Abwehrreaktionen sehr effektiv und erhalten unsere Gesundheit, aber nicht bei Dauerbelastung; denn dadurch werden wir krank.

Diese Dauerangriffe erfolgen nicht nur durch Bakterien und Viren wie zum Beispiel Borrelien+Co, sondern sie werden verstärkt durch Umweltgifte. Eine erhebliche Zunahme von Pestiziden, Herbiziden, Luftschadstoffen, Weichmachern, Konservierungsstoffen, Flammschutzmitteln und Schwermetallen ist in den letzten Jahrzehnten zu verzeichnen. Außerdem belastet die globalisierte Welt unser Immunsystem in hohem Maße durch uns bisher fremde Mik-

roben; das sind Einzeller und Kleintiere, mit denen wir durch Fernreisen, Nahrung sowie Kleidung täglich in Kontakt kommen. Die diesbezüglichen Ergebnisse aus der Mikrobiomforschung\* sind sehr überraschend und werden unser Krankheitsverständnis wahrscheinlich einmal „völlig auf den Kopf“ stellen. Wir dürfen deshalb offen und neugierig für neue Entwicklungen bleiben.

## ■ Diagnostik

Mit der Diagnostik der chronischen Entzündung beschäftigen sich immunologisch ausgerichtete Labore. Sie erarbeiten aus Erkenntnissen der Grundlagenforschung immer wieder aktuellere diagnostische Bluttests. Inzwischen gibt es Entzündungsmarker, die viel feinere Entzündungssysteme im Organismus widerspiegeln, als zum Beispiel die CRP\*.

### CRP

Die Redaktion: CRP ist die Abkürzung für C-Reaktives Protein. Diesen Eiweißstoff bildet der Körper in größeren Mengen immer dann, wenn eine Infektion in einem Körperteil eine Entzündung ausgelöst hat und das Immunsystem aktiviert ist. In der Medizin gilt CRP als äußerst empfindlicher, zuverlässiger und frühzeitiger Indikator für entzündliche gewebserstörende Prozesse und somit als wichtigster Entzündungsparameter.

Als Beispiel für Marker sind die Zytokine zu nennen. Sie sind ein Oberbegriff für zum Beispiel Interferone und Interleukine. Die Höhe ihres Messwertes aus einer Blutprobe gibt eine eindeutige Aussage, ob eine chronische Entzündung vor-

Von Elke Ummüssig



liegt. Es handelt sich bei ihnen um kleine Eiweiße aus der sogenannten Entzündungskaskade.

Folgen erhöhter Zytokinwerte als Ausdruck einer chronischen Entzündung im Organismus:

- Muskelabbau und verstärkte Schmerzwahrnehmung
- Knochenabbau mit Osteoporose
- Blutdruckerhöhung mit Blutgefäßverkalkung und den hieraus folgenden Erkrankungen
- große Infektanfälligkeit
- völlige Überlastung des Immunsystems
- Magen- Darmbeschwerden, auch Colitis und M. Crohn
- Fettabbau bis zur Magersucht
- Über- oder Unterfunktion aller Hormonsysteme (Schilddrüse, Bauchspeicheldrüse, Nebennieren, Geschlechtsdrüsen)
- nicht zuletzt die extrem belastenden Störungen im Gehirn und Nervensystem wie Depression, chronic fatigue, Konzentrations- Merk- Wortfindungs- Schlafstörungen

## Mikrobiom-Forschung

Die Redaktion: Mikrobiom-Forschung untersucht den Einfluss körpereigener Keime als Mitbewohner des menschlichen Körpers bei der Entstehung, Prävention und Therapie von Krankheiten. Initiatoren: National Institutes of Health (NIH), USA, 2007; auf europäischer Ebene: MetaHit-Konsortium (Metagenomics of the Human intestinal tract).

Der Begriff „Mikrobiom“ wurde von dem 2008 verstorbenen US-Molekularbiologen Joshua Lederberg in Anlehnung an das Humangenomprojekt geprägt. Primär gehören dazu die Bakterien des Darms, der Haut, des Urogenitaltrakt aus Mund, Rachen und Nase. Lederberg erkannte, dass die Mikroflora ein Teil des menschlichen Stoffwechselsystems ist. Für seine wegweisenden Entdeckungen über genetische Neukombinationen und die Organisation des genetischen Materials bei Bakterien erhielt Lederberg 1958 zusammen mit George W. Beadle und Edward Tatum den Nobelpreis für Physiologie oder Medizin.

- und die verschiedenen Nervenabaukrankheiten.

Diese Liste können Borreliose-krankte durch eigene Erfahrung sicher ergänzen.

Natürlich hat glücklicherweise ein einzelner Mensch nicht alle Symptome gleichzeitig, sondern sie variieren ja nach Infektion und Schadstoffbelastung.

Wenn bereits viele der oben genannten Beschwerden bei einem Patienten, einer Patientin vorliegen, muss dies als Multisystemerkrankung erkannt werden.

Welche Kombination der Immunbelastungen jeweils die speziellen Kombinationen der hier genannten Symptome auslösen, ist meines Wissens noch nicht erforscht.

Um diese hier nur grob verallgemeinerten Erkenntnisse der Diagnostik an die therapeutische Ärzteschaft heranzutragen, geben sich Immunologen, die am Immunsys-

tem forschen, sehr viel Mühe. Mir kommen sie manchmal wie einsame Rufer in der Wüste vor, weil die Kollegenschaft für neues Wissen und neue Erkenntnisse so selten aufgeschlossen sind. Das könnte uns gleichgültig sein, wenn nicht Ärzte und Ärztinnen erforderlich wären, um nach erfolgter Diagnostik hilfreiche Ideen für Therapien zu entwickeln.

## ■ Aus meinem therapeutischen „Praxisnähkästchen“

In der Regel lasse ich vor einem Therapieangebot immunologische Bluttests durchführen, da die wichtigsten davon auch als „IGeL-Leistung“ einigermaßen bezahlbar sind. Als erste Anregung für Patienten und Patientinnen gilt selbstverständlich, möglichst alle Schadstoffe zu meiden, die man als begleitenden Auslöser einer Krankheit vermuten kann. Bei einer Borrelioseerkrankung leite ich die Behandlung mit Antibiotika ein. Dauerbehandlungen und Wiederholungen der Antibiose vermeide ich möglichst. Für Antibiotika ist eine antientzündliche Wirkung erwiesen und deshalb lindern sie meines Erachtens gut Beschwerden. Mein Bestreben ist es jedoch, nebenwirkungsarme Mittel mit ebenso guter antientzündlicher Wirkung zu finden.

Traditionell bekannte Naturmittel von Brennessel über Curcuma, Katzenkralle und so weiter bis Weihrauch bieten sich dafür an. Um ein individuell geeignetes Mittel zu finden, geben einige Immunlabore hier eine sehr gute Unterstützung. Sie können an den weißen Blutkörperchen eines Patienten testen, welche dieser Substanzen am besten die Ausschüttung von TNF alpha hemmen kann. (TNF alpha ist ein wichtiges Zytokin am Anfang der Entzündungskaskade.) Überraschend ist, dass das gleiche Mittel bei einem

Patienten antientzündlich, bei einem andern aber entzündungsfördernd wirken kann.

Ibuprofen und Diclofenac wirken auch ohne Überprüfung antientzündlich, sind aber nicht als Dauertherapie geeignet. Vitamine und Mineralstoffe, die durch die Dauerbelastung des Immunsystems bei chronischer Entzündung übermäßig verbraucht werden, müssen unbedingt ergänzt werden. Ganz wichtig ist hier die Unterscheidung zwischen immunstärkenden und immunstimulierenden Maßnahmen. Immunstimulierung sollte bei chronischer Entzündung vermieden werden, da das Immunsystem in solcher Situation daueraktiv ist und Stimulierung nur eine weitere Belastung bedeutet.

Gelegentlich nutze ich auch niedrig dosiertes Cortison bei Minderfunktion der Nebennieren durch die chronische Entzündung. In diesem Fall soll es eine sinnvolle Ergänzung der körpereigenen Cortisonproduktion sein und muss deshalb nicht ängstlich gemieden werden.

Zuletzt möchte ich das sogenannte **Marshall Protocol** nicht unerwähnt lassen. Es ist einerseits eine geliebte und andererseits eine gern gescholtene Außenseitertherapie, die durch den australischen Forscher Dr. Marshall initiiert wurde. Er hat im Zusammenhang mit seiner eigenen chronischen Erkrankung herausgefunden, dass die zellwandlosen Erreger, die wir im Laufe unseres Lebens im Körper ansammeln, Schritt für Schritt unseren Vitamin D-Haushalt lahmlegen. Nach seiner Erkenntnis ist der Vitamin D-Mangel also die Folge einer chronischen Infektion und nicht deren Ursache! Deshalb muss nach seiner Theorie der Vitamin D-Stoffwechsel im Organismus in Ordnung gebracht werden.

Inzwischen ist allgemein bekannt und unbestritten, dass mit Hilfe einer geordneten Vitamin D-Verstoffwechslung unser Immunsystem körpereigene, antibiotisch wirksame

Stoffe wie Defensine und Cathelazidin bildet. Mit Hilfe dieser Stoffe werden unsere zellwandlosen Bakterien und Viren in der Zelle dann auch endgültig eliminiert. Antientzündliche Wirksamkeit und Reduzierung des Leidens ist bei der Therapie nach Marshall inbegriffen, allerdings ist es eine langwierige und durch heftige Jahrlich-Herxheimer-Reaktionen oft belastende Methode. Ich engagiere mich für diese Therapie, weil sie bei mir selbst seit fünf Jahren für Energie und Wohlbefinden sorgt. Ich betone aber ausdrücklich, dass sie nicht für jeden Patienten geeignet ist. Erfahrungen und Erkenntnisse aus dem Marshall Protocol fließen jedoch in alle, auch

andere Behandlungen ein. Um die Bildung unserer eigenen antibiotischen Substanzen nicht weiter zu verhindern, vermeide ich möglichst eine Vitamin D-Substitution,

### Fazit:

Eine chronische Entzündung im Körper kann heutzutage Jahre bis Jahrzehnte vor Ausbruch einer Multisystemerkrankung oder Autoimmunerkrankung durch immunologische Bluttests entdeckt und behandelt werden. Nach Zeckenstich und erfolgreicher Erstbehandlung sollten deshalb meines Erachtens bei den betroffenen Menschen circa ein Mal jährlich Bluttests erfolgen, um eine versteckte chronische Entzündung

(Fachjargon: silent inflammation) frühzeitig zu erkennen.

Aber auch wenn schon eine schwere Krankheit vorliegt, was heutzutage eher der Realität entspricht, sollten unbedingt immunologische Bluttests erfolgen, um die begleitende, chronische Entzündung mit ihren überschießenden Immunreaktionen zu erkennen. Eine individuell abgestimmte, antientzündliche und immununterstützende Therapie wird auch dann noch erfolgreich sein und viele Beschwerden lindern oder beseitigen. ■

Elke Unmüssig ist Ärztin für Naturheilverfahren mit einer Privatpraxis in Berlin.  
[www.elke-unmuessig.de](http://www.elke-unmuessig.de)

## Medikamente – wann einnehmen?



„Vor dem Essen“ oder „nach dem Essen“ sind Standardempfehlungen, die trotzdem von vielen Zeitgenossen missachtet werden, weil sie die Tabletteneinnahme in ihre individuelle Tagesstruktur einpassen. Das kann die Wirksamkeit erheblich mindern. Viele Faktoren und dazu der tageszeitliche Rhythmus beeinflussen die Wirksamkeit eines Arzneimittels. Erfahrenen Borreliose-Patienten ist zum Beispiel bekannt, dass **Doxycyclin** unter gleichzeitiger Einnahme von Milchprodukten oder Mineralwasser mit erhöhten Magnesium- und Kalziumgehalt zu einer Ver-

klumpung des Antibiotikums führt und damit zu einer Wirkverminderung. Zudem verzögern fettreiche und heiße Mahlzeiten die Magenpassage besonders. Wichtig ist, den Resorptionsort – Magen oder Dünndarm – zu kennen. Im Zweifel fragt man den pharmazeutischen Fachmann, den Apotheker.

**Tetracycline**, wozu Doxycyclin gehört, und L-Thyroxin zum Beispiel zählen zu den Substanzen mit einer großen Plasmabindung. An Proteine gebundene Arzneistoffe sind jedoch pharmakologisch inaktiv. Je kleiner die Plasmaproteinbindung einer Substanz ist, desto mehr Medikamentenmenge steht den Zielgeweben zur Verfügung. Speziell das Schilddrüsenhormon weist eine Bindung an Transportproteine von über 99 Prozent auf. Deshalb soll die Einnahme solcher Substanzen 30 bis 60 Minuten vor der ersten Nahrungsaufnahme des Tages erfolgen. Bei gleichzeitiger Aufnahme von Nahrung reduziert sich die Bioverfügbarkeit des Medikaments um bis zu 35 Prozent.

Ein spezieller Fall sei **Diclofenac**, so der Medizinjournalist Matthias Bastigkeit, doccheck. Retardierte Zubereitungen sollten vor dem Essen eingenommen werden. Es sei ein Trugschluss, dass die Einnahme nach dem Essen den Magen schone. Das Gegenteil sei der Fall. Speisen würden dazu beitragen, dass sich die Verweildauer im Magen erhöht und zu direkten Reizwirkungen führe. Die Empfehlung der Nüchterneneinnahme bezieht sich auf alle **Magensaft-resistenten Medikamente**, die im Dünndarm wirken sollen. Noch schlimmer: Diese Medikamente tagsüber und mehrfach eingenommen, können sich im Magen kumulieren und erst nachts gemeinsam in den Dünndarm gelangen, was zu einer Überdosierung führen könne. Eine Ausnahme bildet Diclofenac in gelöster Form (Bezeichnung dispers, Tabs). Es sollte nicht nüchtern eingenommen werden. Hier sei die Teilchengröße so gering, dass auch der geschlossene Magenausgang passiert werden kann. ■

# Lyme-Neuroborreliose

## Neurologische Manifestationen der Lyme-Borreliose

Von Walter Berghoff

Der Begriff Lyme-Neuroborreliose (LNB) bezeichnet das Vorliegen neurologischer Krankheitsmanifestationen bei der Lyme-Borreliose (LB). Es wird unterschieden zwischen einer akuten Neuroborreliose (NB) und einer chronischen NB (Stadium III). Betroffen sind das zentrale und / oder periphere Nervensystem. Neurologische Manifestationen treten bei der Lyme-Borreliose in etwa 15 bis 20 Prozent der Fälle auf. Daher ist eine Lyme-Neuroborreliose für die Diagnose einer Lyme-Borreliose, die andere Organe (außer Nervensystem) betrifft, nicht obligat. Eine Lyme-Borreliose insbesondere im Stadium III kann also wegen einer fehlenden Lyme-Neuroborreliose nicht ausgeschlossen werden.

Bei der Lyme-Neuroborreliose im Spätstadium (chronische LNB, Stadium III) können dieselben Manifestationen wie bei der akuten Neuroborreliose vorliegen; die chronische LNB (Stadium III) ist jedoch durch weitere Krankheitserscheinungen gekennzeichnet (vergleiche Tabelle 1).

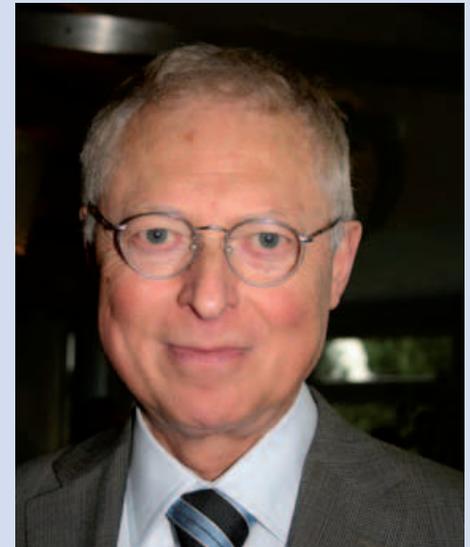
Die Manifestationen der LNB sind in Tabelle 1 dargestellt. Die durch Borrelieninfektion hervorgerufenen Krankheitsbilder ähneln weitgehend neurologischen Krankheitszuständen anderer Genese. So wird zum Beispiel eine periphere (zweitrangige) Fazialisparese (Gesichtsnervlähmung) bei Lyme-Borreliose sich phänomenologisch nicht von einer so genannten idiopathischen Fazialisparese (als selbständiger Krankheitszustand) klinisch unterscheiden. Im Hinblick auf differenzialdiagnostisch zu beachtende neurologische Infekti-

onskrankheiten kann pauschal festgestellt werden, dass *Borrelia burgdorferi* (Bb) im Vergleich zu anderen Bakterien und zum Teil auch gegenüber neurotrophen (auf Nerven wirkende) Viren eine vergleichsweise geringe Virulenz (Infektionskraft) aufweist. So ist die Krankheitsausprägung einer Meningitis infolge Infektion mit *Streptokokkus pneumoniae* ausgeprägter als bei der akuten Lyme-Borreliose. Gleiches gilt zum Beispiel auch für den oft vergleichsweise schweren Krankheitsverlauf einer Früh-Sommer-Meningo-Enzephalitis (FSME), die in Krankheitsausprägung, Mortalität (Sterblichkeit) und Krankheitsfolgen dramatischer verläuft als die Lyme-Neuroborreliose. Dennoch kann die Lyme-Neuroborreliose eine schwere Beschwerdesymptomatik verursachen und erhebliche Krankheitsfolgen nach sich ziehen.

### ■ Krankheitsbilder

Einige Krankheitsbilder der Lyme-Neuroborreliose haben allerdings spezifischen Charakter. Dies gilt zum Beispiel für die Neuroradikulitis (Morbus Bannwarth) oder auch für eine isolierte passagere (vorübergehende), nicht progrediente (nicht fortschreitende) Myelitis (Entzündung des Rückenmarks).

Entzündliche Erkrankungen im zentralen Nervensystem (ZNS), also im Wesentlichen in der Form einer Enzephalitis (Entzündung des Gehirns) oder Myelitis treten sowohl im Früh- als auch im Spätstadium der Lyme-Neuroborreliose auf. In 60 Prozent der Fälle manifestiert sich die Lyme-Neuroborreliose im zentralen Nervensystem als cervikale (Hals-



wirbel) oder thorakale (Brustraum) Myelitis mit entsprechenden motorischen und sensorischen Defiziten. Solche Manifestationen in Folge einer Myelitis zeigen eine große Spannweite von diskreten Paresen (Lähmungen/ Kraftminderung) bis zu ausgeprägten Tetra- (alle Beine und Arme gleichzeitig) oder Paraparesen (entweder Armpaare oder Beinpaare).

### ■ Bannwarth-Syndrom

Die Neuroradikulitis wurde 1941, also vor Entdeckung der Lyme-Borreliose, von Bannwarth beschrieben. Der Morbus Bannwarth ist die häufigste Krankheitsmanifestation der Lyme-Neuroborreliose und kann in der Frühphase, jedoch auch im Spätstadium (Stadium III) auftreten. Die Neuroradikulitis kann sich in allen Nervenwurzeln entwickeln, das heißt cervical, thorakal und lumbosakral (zwischen Lendenwirbelsäule und Kreuzbein). Häufig, aber nicht immer, ist der Liquor entzündlich verändert und in den Läsionen sind lymphoplasmazytäre Infiltrate nachweisbar.

Morbus Bannwarth / das Bannwarth-Syndrom ist eine Entzündung von peripheren Nerven und Nervenwurzeln, auch Gehirnnerven, Gesichtsnerven, einhergehend mit Gelenkentzündungen, benannt nach dem Münchner Neurologen Alfred Bannwarth (1903–1970). Erst Jahre nach seinem Tod wurde die eindeutig bakterielle Ursache durch Borrelien erkannt und als Symptom einer Lyme-Borreliose festgeschrieben. Die Redaktion.

Bezüglich der pathologischen Anatomie, das heißt der Zuordnung motorischer und sensibler Defizite oder Zuordnung einzelner Nervenwurzeln, sei auf die Abbildungen 1 bis 4 verwiesen. Die Auswirkungen verschieden lokalisierter Neuroradikulotiden auf das Verhalten der Muskeleigenreflexe sind in Tabelle 2 wiedergegeben. Die Differenzialdiagnose wird in Tabelle 3 dargestellt.

Tabelle 2

## Muskeleigenreflexe

(Beeinträchtigung bei Neuroradikulitis)

C5-6 Bizeps, Brachioradialis

C7 Trizeps

S2-4 Patellarsehnenreflex

S1 Achillessehnenreflex

Symptomatisch ist die Neuroradikulitis gekennzeichnet durch Schmerz, motorische Defizite und Sensibilitätsstörungen. Diese Manifestationen treten jedoch nur jeweils für sich in einem Teil der Fälle auf, kommen jedoch häufig auch in Kombination vor. Diagnostisch entscheidend ist die segmentale Zuordnung. Bei länger bestehender polysegmentaler Polyneuritis können sich Muskelatrophien (Muskelschwund) in den abhängigen Regionen entwickeln. Besonders charakteristisch und für den Patienten belastend ist der radikuläre (von Nervenwurzeln

Tabelle 1

## Manifestationen der Lyme-Neuroborreliose

### Akute Neuroborreliose (Stadium II)

Meningo-Encephalitis  
Cranielle Neuropathien  
Neuroradikulitis  
Opticus-Neuritis  
Polyradiculo-Neuropathie  
(Guillain-Barreé-Syndrom)  
Encephalitis  
Myelitis  
(Encephalo-Myelitis)

### Chronische Neuroborreliose (Stadium III)

Encephalitis  
Myelitis  
(Encephalomyelitis)  
Opticus-Neuritis  
Neuroradikulitis  
(M. Bannwarth)  
Polyneuropathie  
Cranielle Neuropathien  
Encephalopathie  
(kognitive und mentale Störungen)  
Psychosen  
(schizoid, depressiv)  
Angst- und Zwangsstörungen  
Persönlichkeitsstörung  
Hirnfarkt  
(infolge Vaskulitis)  
Kompressions-Syndrome  
(Karpaltunnelsyndrom,  
Ulnaris-Syndrom)  
Neurodegenerative Erkrankungen  
(Parkinson-ähnliches Syndrom  
Demenz)  
Mononeuritis  
Mononeuritis multiplex  
Plexopathie  
(cervikal, lumbosakral)

ausgehende) Schmerz beim M. Bannwarth.

## ■ Bandscheibenvorfall

Die Schmerzen sind meist sehr ausgeprägt mit Zunahme der Schmerzintensität während der Nacht. Schmerzcharakter und Intensität sind von einer traumatisch bedingten Neuroradikulitis, also in der Regel bei Bandscheibenvorfall, nicht zu unterscheiden. Überhaupt ist die Differenzialdiagnose zwischen infektiös bedingter Neuroradikulitis (M. Bannwarth) und Bandscheibenvorfall von besonderer Bedeutung; häu-

fig wird der M. Bannwarth als Bandscheibenvorfall fehldiagnostiziert. Eine sorgfältige anatomische Zuordnung der Lokalisation von Beschwerden und Befunden zu der Lokalisation im bildgebenden Verfahren (MRT) ist von erheblicher Bedeutung; allerdings sind auch die anderen klinischen Daten (Anamnese, körperlicher Untersuchungsbefund, medizinisch-technische Befunde) zu beachten.

Die segmentale und die sensible Zuordnung (Myotome (Muskelsegment), Dermatome (Hautgebiet von einem Rückenmarksnerven) sind in

den Abbildungen 1 bis 4 dargestellt.

Differenzialdiagnostisch ist die infektiöse Neuroradikulitis (M. Bannwarth), insbesondere von einer mechanischen Neuroradikulitis, (Bandscheibenvorfall) differenzialdiagnostisch abzugrenzen. Sonstige Differenzialdiagnosen sind in Tabelle 3 dargestellt.

Tabelle 3

## Differenzialdiagnose der Neuroradikulitis bei LB (M. Bannwarth)

Bandscheibenvorfall  
Herpes zoster  
Zytomegalie  
EBV  
HSV  
HIV  
Mycobakterium  
Mycoplasma  
Syphilis  
Maligne Erkrankungen

Die infektiös ausgelöste Neuroradikulitis kann sich auf die nachgeordneten nervalen Strukturen ausdehnen, also auf Plexus (Geflecht aus Nervenfasern oder Blutgefäßen) und hieraus abgehenden Nerven. Es entwickeln sich die Krankheitsbilder einer Plexopathie (Erkrankung des Plexus), Mononeuritis (Entzündliche Erkrankung eines Nerven) oder Mononeuritis multiplex (Entzündung von mehreren Nervenstämmen, zeitlich gleich oder versetzt). Das neurologische Krankheitsbild kann bei dieser Erkrankungslokalisation sehr bunt sein.

Schädigungen des Plexus brachialis (Geflecht der Spinalnerven des letzten vier Hals- und des ersten Brustsegmentes (C5–Th1), auch kleinere Bündel des vierten Halswirbelsegmentes (C4) und des zweiten Brustwirbelsegmentes (Th2) und lumbosacralis (Lendenwirbel-Kreuz-Segment) bei Lyme-Neuroborreliose sind in der Literatur nur als Einzel-

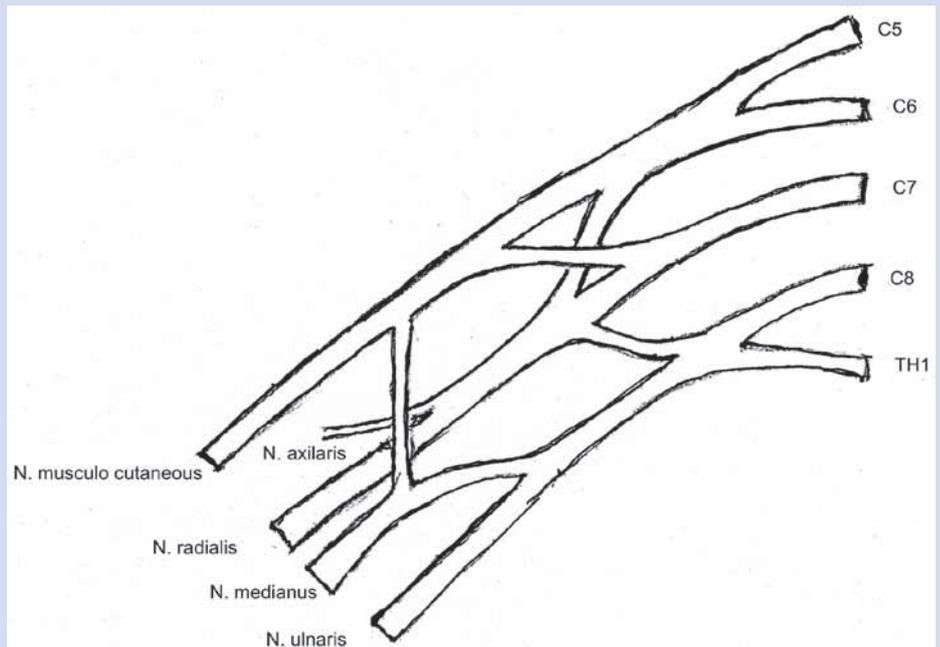


Abbildung 1  
Plexus cervicalis

fälle beschrieben. Nach Erfahrungen des Verfassers sind Plexopathien jedoch keinesfalls eine Rarität.

Das klinische Bild der Plexopathien ist bei Betrachtung der anatomischen Strukturen leicht nachvollziehbar.

Die Anatomie des Plexus brachialis ist in Abbildung 1 dargestellt. Der Plexus brachialis hat seinen Ursprung in den Nervenwurzeln C5 bis Th1. Die Nerven gehen in die Primär- und Sekundärstränge über und münden schließlich in folgenden wesentlichen Nerven, die die obere Extremität versorgen:

- N. musculo cutaneus
- N. radialis
- N. medianus
- N. ulnaris

Aus den Primär- und Sekundärsträngen gehen zudem Nerven ab, die den oberen Brustkorb- und Rückenbereich versorgen, sowie die sensiblen Äste N. cutaneus brachii medialis und N. cutaneus antebrachii medialis.

Entsprechend der Lokalisation entzündlicher Schädigungen im Bereich des Plexus brachialis zeigt das klinische Bild fließende Übergänge zwischen einer Neuroradikulitis und Entzündungen peripherer Nerven (Mononeuritis oder Mononeuritis

multiplex); bei einer Vielzahl von Schädigungen kann sich ein sehr amorphes (Strukturen ohne regelhafte Muster), oft anatomisch nicht mehr eindeutig differenzierbares Krankheitsbild mit motorischen und sensiblen Störungen zeigen. Ein typisches Symptom ist auch eine mehr oder weniger ausgeprägte Muskelatrophie im Bereich des Schultergürtels und des Armes.

Die verschiedenen motorischen Funktionen im Bereich der oberen Extremität und ihre Zuordnung zu Nervenwurzeln und peripheren Nerven sind in Tabelle 4 dargestellt.

Die Anatomie des Plexus lumbosacralis ist in Abbildung 2 dargestellt. Er hat seinen Ursprung in den Nervenwurzeln L1–L5 und S1–S4. Die rami spinales gehen in mehr oder weniger verflochtene Äste über, aus denen sich die verschiedenen peripheren Nerven bilden, die insbesondere die untere Extremität versorgen.

Die wichtigsten motorischen Funktionen (Bewegungen) in Zuordnung zu den Nervenwurzeln und peripheren Nerven sind in Tabelle 5 dargestellt.

Sensible Störungen und radikuläre Schmerzen können bei der Neuroradikulitis den entsprechenden Seg-

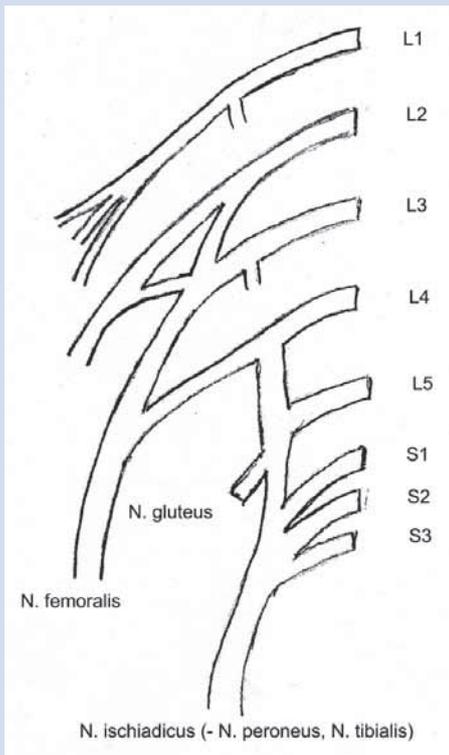


Abbildung 2  
Plexus lumbosacralis

menten (Dermatome) zugeordnet werden. Eine solche segmentale Zuordnung ist eine wesentliche Basis für die Diagnose einer Neuroradikulitis (Abbildungen 3, 4).

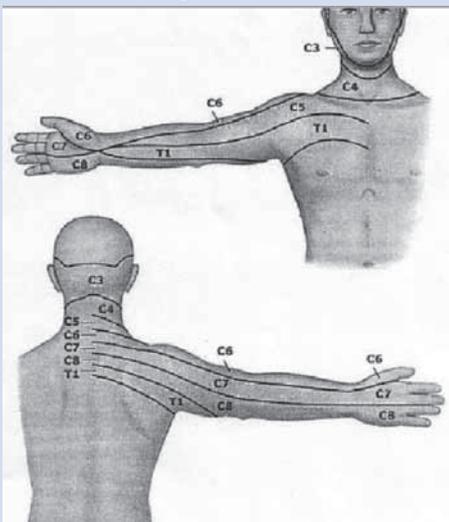


Abbildung 3  
Cervikale Dermatome

Wie im Prinzip bereits dargestellt, bestimmen Anzahl und Lokalisation der entzündlichen Schädigungen im Bereich des Plexus lumbosacralis das klinische Bild. Oft zeigt sich ein fließender Übergang von einer radikulären Symptomatik (Neuroradikulitis) zur Plexitis, Mononeuritis und

Tabelle 4

## Motorik obere Extremität

### Nervenwurzeln und periphere Nerven

Bewegung	Nervenwurzel	Peripherer Nerv
Schulterabduktion	C5	N. axillaris
Ellbogenbeugung	C5-6	N. musculo cutaneus
Ellbogenstreckung	C6-7	N. radialis
Handgelenksstreckung	C6-7	N. radialis
Handgelenksbeugung	C7-8	N. medianus
Fingerbeugung	C8	N. medianus
Fingerstreckung	C8	N. radialis
Fingerabduktion	TH1	N. ulnaris

Tabelle 5

## Motorik untere Extremität

### Nervenwurzeln und periphere Nerven

Bewegung	Nervenwurzel	Peripherer Nerv
Hüftbeugung	L2-3	N. femoralis (m. ileopsoas)
Kniestreckung	L3-4	N. femoralis
Fußhebung	L4-5	N. peronealis
Hüftstreckung	L4-5	N. glutealis
Kniebeugung	L5-S1	N. ischiadicus
Fußsenkung	S1-2	N. tibialis

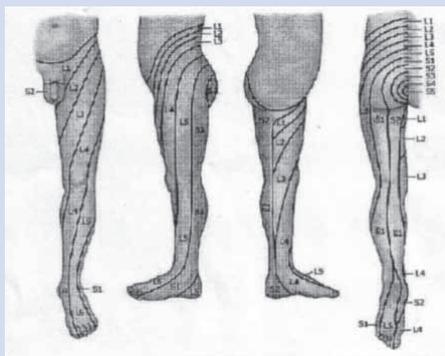


Abbildung 4  
Lumbo-sacrale Dermatome

Mononeuritis multiplex. Entsprechend zeigt sich eine vielfältige neurologische Symptomatik in Form von asymmetrischen fokalen Paresen, Schmerzen, Taubheit, Dysästhesie (Empfindungsstörung) und Parästhesien (nicht-schmerzhafte Empfindung im Versorgungsgebiet eines Hautnervs, beschrieben meiste als

Kribbeln, „Ameisenlaufen“, Pelzigkeit, Prickeln, Jucken, Schwellungsgefühl und Kälte- oder Wärmeempfindung) in mehr oder weniger bestimmbarer Zuordnung zu den radikulären Etagen.

Auch können Muskelatrophien (Muskelschwund) auftreten; allerdings führt eine Neuroradikulitis selbst bei einer weitgehenden Lähmung nicht zwangsläufig zu einer Muskelatrophie, vielmehr ist in einer solchen Situation eine Hypertrophie (Größenzunahme eines Organs oder Gewebes) in der Literatur beschrieben.

Die diagnostischen Maßnahmen ergeben sich aus den pathophysiologischen Ursachen (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6

## Ursachen der Plexopathie

Infektionen:

- Lyme-Borreliose
- Syphilis
- Herpes zoster
- EBV
- AIDS

Diabetische Plexopathie  
Idiopathische Plexopathie  
Trauma  
Neoplasien  
Strahlenschäden  
Ischämische Plexopathie  
Vaskulitis  
Autoimmunerkrankungen  
Sarkoidose  
Amyloidose

Ischämische Plexopathie  
Retoperitoneales Hämatom  
Arterielles Aneurysma  
Abszesse  
Heroininjektionen

Eine weitere häufige Krankheitsmanifestation der Lyme-Neuroborreliose stellen die craniellen (den Schädel betreffend) Neuropathien dar. Alle Hirnnerven können bei der LB betroffen sein, allerdings in einem ganz überwiegenden Teil von etwa 80 Prozent betrifft dies den Nervus facialis.

Bezüglich der Symptomatik der Hirnnervenläsionen sei auf die Tabelle 7 verwiesen.

Die Polyneuropathie (Erkrankungen mehrerer Nerven) ist, nach Erfahrung des Verfassers, eine häufige Manifestation der Lyme-Neuroborreliose. Studien über die Häufigkeit liegen nicht vor. Überhaupt ist die Literatur zur Polyneuropathie bei LNB relativ spärlich.

Die Polyneuropathie tritt mehr oder weniger symmetrisch auf, meistens im Bereich der unteren Extremitäten, entweder ausschließlich mit sensiblen Symptomen oder als senso-

Tabelle 7

## Symptomatik der Hirnnervenläsion bei Lyme-Neuroborreliose

I	Geruchsstörung
II	Visusveränderungen, Gesichtsfelddefizite
III, IV, VI	Augenmotilitätsstörungen
V	Gesichtsschmerzen sowie Zahn-/Kiefer- und Zungenschmerzen
VII	Gesichtslähmung, Ohrenscherzen, Geräuschempfindlichkeit, Geschmacksstörungen
VIII	Hörminderung, Schwindel, Tinnitus
IX	Gaumensegellähmung, Schluckstörungen, Halsschmerzen, Zungengrundscherzen, Geschmacksstörungen
X	Gaumensegellähmung, Schluckstörungen, Heiserkeit (Recurrent-Parese), parasymphatische Symptome (u.a. Änderungen der Herzfrequenz)
XI	Schulterheberschwäche
XII	Zungenbeweglichkeitsstörung, Phonationsstörung

motorische (Steuerung und Kontrolle der Bewegungen im Zusammenspiel mit Sinnesrückmeldungen) Polyneuropathie. Meistens lässt sich ein axonal-demyelinisierender (symmetrisch verlaufender) Prozess nachweisen.

Die Polyneuropathie kann über viele Jahre bei stetiger Progredienz (voranschreitender Prozess) zu erheblicher Krankheitsausprägung und Behinderung führen.

**Der Liquor ist bei der Polyneuropathie unauffällig.** Die mitunter in der Literatur geäußerte Ansicht, dass die Polyneuropathie nur in Verbindung mit einer Akrodermatitis chronica atrophicans (ACA/flächige Hautentzündung) auftritt, ist unzutreffend; dies ist durch mehrere Publikationen belegt.

### ■ Auswirkungen auf die Psyche

Die Lyme-Borreliose kann zu einem breiten Spektrum psychiatrischer Erkrankungen führen: Paranoia, Demenz, Schizophrenie, bipolare Störung, Angststörung, Depression, Anorexie (Magersucht), Autismus und OCD (obsessive compulsive

disorder/Zwangstörung). **Depressive Zustände** sind sehr häufig und kommen nach verschiedenen Studien **in 26 bis 66 Prozent** der Fälle vor.

Neben diesen mentalen Störungen ist die Beeinträchtigung der Kognition eine häufige Manifestation der Lyme-Borreliose (so genannte Encephalopathie).

### Kognitive Störungen

Kognition beschreibt mentale Prozesse und Strukturen wie das Denken, Meinung bilden, Wünsche und Absichten, Wahrnehmung, Wissen verarbeiten, Neues lernen, Problemlösungen entwickeln, Gefühle erfahren, Bezüge zu Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft herstellen und bewerten.

Ein besonderes Problem der Lyme-Neuroborreliose ist die oft erhebliche Einschränkung kognitiver Leistungsfähigkeit bei Kindern **mit drastischen Auswirkungen auf die Schulbildung.**

Auch hochgradige neurodegenerative Erkrankungen sind im Zusammenhang mit der Lyme-Borreliose beschrieben. Dies betrifft insbeson-

dere Parkinson-ähnliche Krankheitszustände und die **Demenz**. Die Zusammenhänge sind durch Post-Mortem-(nach dem Eintritt des Todes)Untersuchungen belegt (Miklossy et al).

Cerebrale (das Großhirn betreffend) Läsionen sind bei der Lyme-Borreliose und Lyme-Neuroborreliose ein häufig beobachtetes Phänomen. Die Läsionen stellen sich in der Computertomographie (CT) als hypodense (verminderte optische Dichte) und im MRT als hyperdense (vermehrte optische Dichte, helle Darstellung) Herde dar. Ursache sind Gewebsschädigung und nachfolgende Narbenbildung (Glioseherde), die im Wesentlichen durch Parenchymschädigung (Nervenzellgewebe) in Folge Durchblutungsstörung oder durch entzündliche Prozesse im Hirnparenchym zustande kommen.

Die Läsionen sind nicht spezifisch für eine Lyme-Borreliose, sie kommen auch bei anderen Erkrankungen vor (Ischämie, SLE (systemischer Lupus erythematoses), Becet-Krankheit (rheumatischer Formenkreis), sonstige Vaskulitiden, humanes T-Zell-Leukämie-Virus-I, Sarkoidose).

Auch bei aktuell gesunden Personen werden derartige Läsionen gelegentlich beobachtet. Dies bedeutet jedoch nicht, dass die Läsionen ohne Krankheitsbedeutung wären. Vielmehr muss in solchen Fällen angenommen werden, dass vorausgegangene (unbemerkte) Erkrankungen zu den Läsionen führten. Die Läsionen stellen also nicht etwa eine Normvariante bei Gesunden dar.

## ■ Die Redaktion: Irritierende Terminologie der Gutachter

Der im medizinischen Alltag oft benutzte Ausdruck „unspezifische Läsionen“ impliziert also im Wesentlichen, dass die Ursache unklar ist. Daher müsste nicht von „unspezifischen Läsionen“, sondern von „Läsio-

nen ungeklärter Ursache“ gesprochen werden.

Der Vollständigkeit halber sei angemerkt, dass bei der Lyme-Neuroborreliose gelegentlich auch Läsionen im kortikalen (Gehirnrinde) Bereich vorkommen. Dies ist im Zusammenhang mit einer entsprechenden Anamnese, einer zutreffenden Beschwerdesymptomatik und bei Beachtung der Differenzialdiagnose ein wesentlicher Hinweis auf die Lyme-Neuroborreliose.

## ■ Karpaltunnelsyndrom

In der Literatur beschrieben ist der Zusammenhang zwischen Lyme-Borreliose und Karpaltunnelsyndrom. Nach eigenen (unveröffentlichten) Erfahrungen kann die Lyme-Borreliose auch zu einem Sulcus ulnaris Syndrom (Nerv-Druckschädigung am Ellenbogen mit Ausstrahlung auf kleinen Finger) oder zu einem Canalis ulnaris Syndrom (Guyon-Loge Syndrom) (Nervschädigung, die an Kleinfingerhand und Handgelenk in Erscheinung tritt) mit entsprechender neurologischer Symptomatik (Schmerzen, Lähmungen) führen.

## ■ Liquordiagnostik

Der Liquor zeigt bei der Lyme-Neuroborreliose unspezifische und spezifische Veränderungen (Tabelle 8). Unspezifische Veränderungen sind im Wesentlichen die Parameter eines entzündlichen Liquors: Pleozytose, erhöhtes Protein, Albumin und IgG-Antikörper. Als spezifischer Parameter gelten intrathekale Antikörper, das bedeutet: Antikörper (AK) gegen *Borrelia burgdorferi* (Bb), die vom Zentralnervensystem (ZNS) selbst gebildet werden. Bei der akuten Lyme-Neuroborreliose sind all diese Parameter in der Regel erhöht, allerdings können sich die intrathekalen AK mit zeitlicher Verzögerung bis zu sechs Wochen entwickeln; auch wird in der Literatur beschrieben, dass in einem Teil der Fälle (20 Prozent) intrathekale AK nicht nachweisbar sind. Besondere Bedeutung bei der akuten Lyme-Neuroborreliose hat der Nachweis von intrathekalen IgM-AK (Reiber et al, 2013).

Tabelle 8

### Pathologische Liquorbefunde bei der Lyme-Borreliose

#### Unspezifische Befunde

- Pleozytose
- Anstieg von
  - Protein
  - Albumin
  - IgG (unspezifischer Gesamt-IgG)
- Oligoklonale Banden

#### Spezifische Befunde

- Nachweis spezifischer Antikörper (Immunglobuline, IgM, IgG) mittels Titerbestimmung (ELISA, EIA) (mit erhöhtem Antikörper Index (AI))
- Westernblot (Vergleich Serum / Liquor)
- Bb-spezifische oligoklonale Banden IgG (mittels ELISA)
- OspA
- Chemokine (CXCL13)
- Erregernachweis (PCR, selten mittels Kultur)

Tabelle 9

## Liquor bei verschiedenen Krankheitszuständen der Lyme-Neuroborreliose

- A** meistens mit pathologischem Liquorbefund
- Meningitis
  - Meningo-Encephalitis
  - Encephalomyelitis (akut in Stadium II, rezidivierend oder progressiv in Stadium III)
  - akute Encephalitis (para) infektiöses Guillain-Barré-Syndrom (akute Polyneuropathie, cerebrale Vasculitis)
  - Myelitis
  - Meningo-Neuro-Radiculitis (Bannwarth)
  - Neuritis von Hirnnerven (insbesondere Facialisparesie)
  - Opticusneuritis, Neuritis des N. stato-acusticus (?)
- B** selten mit Liquorveränderungen
- Polyneuropathie (chronisch, Spätstadium)
  - Encephalopathie bei chronischer LB
  - hirnorganisches Psychosyndrom

Oligoklonale Banden (OB) (Marker im Liquor) kommen bei zahlreichen entzündlichen Erkrankungen vor und tragen zur Differenzierung zwischen Lyme-Neuroborreliose und anderen entzündlichen Erkrankungen des ZNS nicht bei. Theoretisch kann durch Nachweis von OspA und des Krankheitserregers im Liquor weitere diagnostische Sicherheit erlangt werden, diese Methoden gehören jedoch nicht zur Routinediagnostik. Das Gleiche gilt für CXCL13.

Bei der Lyme-Neuroborreliose geht ein Teil der Krankheitszustände mit Liquorveränderungen, ein anderer Teil ohne Liquorveränderungen einher (Tabelle 9).

### Die Redaktion: Der Liquor-Irrtum der meisten Neurologen und Gutachter

Der Liquor weist bei der Lyme-Borreliose im Stadium III nur in etwa fünf Prozent der Fälle pathologische Veränderungen auf und dies in nur

geringer Ausprägung (Abbildung 5). Ausnahmen ergeben sich lediglich, wenn bei der Lyme-Borreliose im Stadium III aktuell relevante ent-

zündliche Veränderungen im zentralen Nervensystem, insbesondere in Form der Meningitis vorliegen. Ein unauffälliger Liquor spricht folglich nicht gegen eine Lyme-Borreliose Stadium III. Da Veränderungen dieser Situation selten sind, ist eine Lumbalpunktion zwecks **Liquoruntersuchung bei der Lyme-Borreliose im Stadium III nicht indiziert**, es sei denn, dass auf Grund der klinischen Symptomatik eine akute Entzündung des zentralen Nervensystems (ZNS) anzunehmen ist.

**Eine Lyme-Neuroborreliose kann auch bei Seronegativität vorliegen.**

Es gibt einige Publikationen, die eindeutig pathologische Liquorveränderungen, einschließlich intrathekalen Antikörper zeigen, bei denen jedoch Antikörper im Serum nicht nachweisbar waren (Seronegativität im Blut).

### Stichwort: Multiple Sklerose

Eine besonders schwierige Differenzialdiagnose betrifft die Unterscheidung Multiple Sklerose (MS)/ Lyme-Neuroborreliose (LNB). Ein

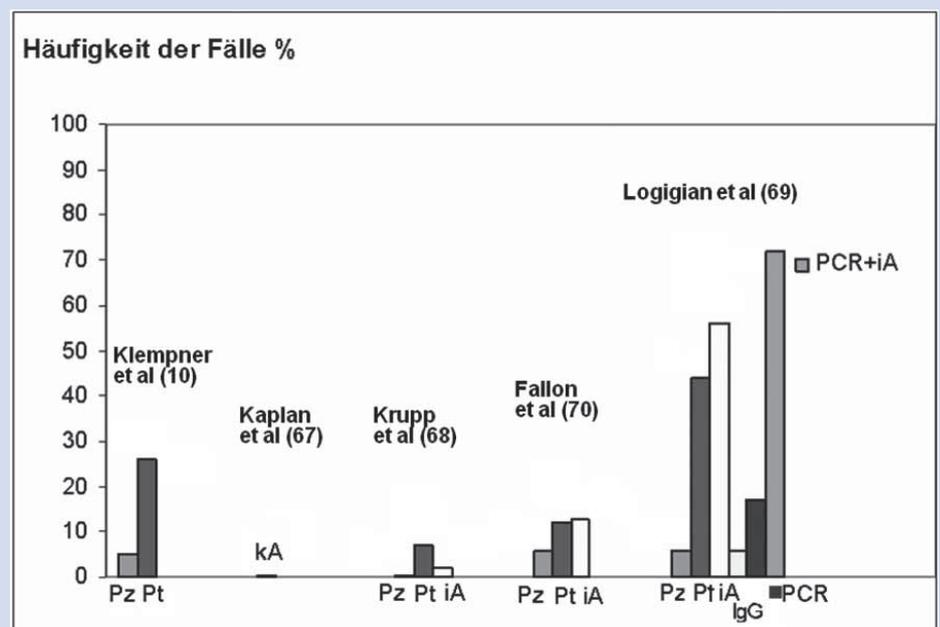


Abbildung 5

Häufigkeit von pathologischen Liquorbefunden bei Encephalopathie der chronischen Lyme-Borreliose nach Publikationen, die für die Meinungsbildung verschiedener Fachgesellschaften besondere Bedeutung haben.

Pz = Pleozytose, Pt = Protein, iA = intrathekale AK, kA = keine Angaben

Die vergleichsweise hohen Werte in der Arbeit von Logigian et al ergeben sich aus den Einschlusskriterien (PCR im Liquor positiv oder intrathekale AK)

wesentliches Handicap für die Differenzierung MS/LNB ist die Tatsache, dass derzeit **für beide Krankheiten kein positiver Krankheitsmarker** zur Verfügung steht, das heißt: Es gibt keine medizinisch-technische Untersuchung, insbesondere keine Laboruntersuchung, die bei positivem Ausfall die jeweilige Krankheit beweisen würde. Die Diagnose beider Krankheiten muss sich daher auf die klinischen Daten wie Anamnese, körperlichen Untersuchungsbefund, die medizinisch-technischen Befunde und die Differenzialdiagnose stützen.

Die MS tritt in 90 Prozent der Fälle als schubförmige Krankheit auf (relapsing remitting MS, RRMS) und in 10 Prozent als primär progressive Erkrankung (primary progressive MS, PPMS). Für beide Verlaufsformen wurden diagnostische Kriterien festgelegt (McDonald-Kriterien). Werden diese Kriterien erfüllt, ist die Voraussetzung für die Diagnose einer MS gegeben, jedoch ist das Vorliegen der McDonald-Kriterien kein Beweis

für die MS.

Die Differenzialdiagnose basiert im Wesentlichen auf den Unterschieden im Krankheitsverlauf. Die RRMS zeigt Schübe und zwischenzeitlich beschwerdefreie Intervalle, die PPMS eine stetige Progredienz. Dagegen ist das neurologische Defizit bei der chronischen LNB meistens permanent vorhanden mit Schwankungen in der Ausprägung und gegebenenfalls mit Ausheilung bei mehr oder weniger ausgeprägten Schädigungsfolgen (vergleiche Abbildung 6).

Ein entzündlicher Liquor oder gar der Nachweis von intrathekalen Antikörper gegen Bb sprechen für eine LNB, da der Liquor bei der MS meist nicht wesentlich verändert ist. Der Nachweis von oligoklonalen Banden (OB) ist bei der Differenzialdiagnose nicht hilfreich, da er in beiden Krankheiten (MS, LNB) vorkommt. Überdies wurde der Liquorbefund aus den McDonald-Kriterien, also den MS-Kriterien, eliminiert.

Bezüglich der sehr komplizierten Differenzialdiagnose und Sonderfor-

men der MS, die ebenfalls eine Abgrenzung gegenüber der LNB erfordern, sei auf die ausführliche Darstellung in [www.praxis-berghoff.de](http://www.praxis-berghoff.de), Text: Differenzialdiagnose Multiple Sklerose (MS)/Lyme-Neuroborreliose (LNB), verwiesen.

## ■ Pseudotumor cerebri

Schließlich sei noch eine seltene Manifestation der LNB genannt, nämlich der Pseudotumor cerebri. Hierbei handelt es sich um eine intracraniale Hypertension (Bluthochdruck) ohne wesentliche Erweiterung der Seitenventrikel (also kein wesentlicher Hydrocephalus)/krankhafte Erweiterung der liquorgefüllten Flüssigkeitsräume des Gehirns. Die führenden Symptome sind Kopfschmerzen, Sehstörungen, Tinnitus, Doppelbilder, insbesondere Abduzensparese (Hirnnervenlähmung, die zum Schielen führt) und Papillenödem/Erkrankung eines Sehnervs). Das Krankheitsbild ist auch im Zusammenhang mit anderen Infektionskrankheiten beschrieben, zum Beispiel der Syphilis und in Form von Einzelfallbeschreibungen auch bei der Lyme-Borreliose.

## ■ Enzephalopathie

Von besonderer Bedeutung bei der Lyme-Borreliose ist die so genannte Enzephalopathie. Der Begriff beschreibt kognitive und mentale Störungen, die sehr häufig bei der Lyme-Borreliose im Stadium III auftreten. Andere objektivierbare Störungen sind oft nicht nachweisbar. In neuropsychologischen Testverfahren lassen sich diese kognitiven Störungen oft nicht nachweisen, wohl aber bei systematischer Untersuchung nach Selbsteinschätzung auf der Basis standardisierter Testverfahren. Die Enzephalopathie ist nicht selten wesentliche Ursache für eine Berufsunfähigkeit und bei Kindern für Lernschwierigkeiten im schulischen Bereich. ■

Literatur beim Verfasser  
[www.praxis-berghoff.de](http://www.praxis-berghoff.de)

Abb. 2  
Krankheitsverlauf bei MS bzw. LNB (schematische Beispiele)

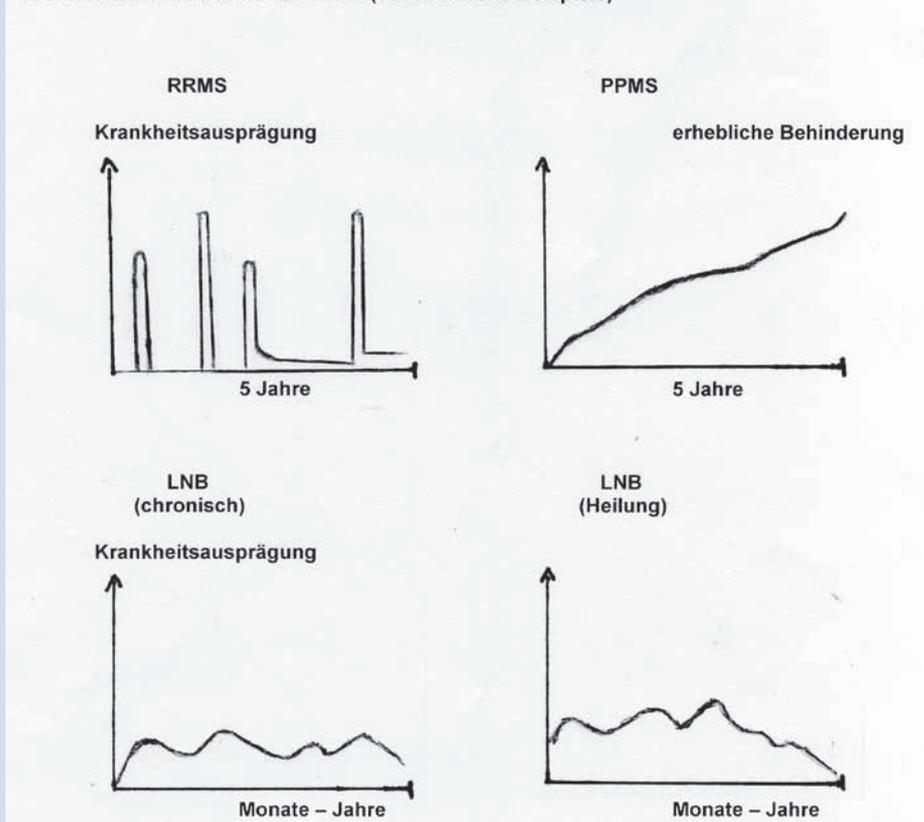


Abbildung 6

## Neuroborreliose und chronische Borreliose mit Beteiligung des zentralen Nervensystems

# Möglichkeiten der Biologischen Medizin

Von Frank Riedel

Die Entstehung einer chronischen Erkrankung beruht meist nicht nur auf einer Ursache. So ist es auch bei der Entwicklung des Krankheitsbildes der akuten Neuroborreliose und der chronischen Borreliose mit Beteiligung des zentralen Nervensystems. Neun von zehn infizierten Personen können eine Infektion mit Borrelien folgenlos überwinden. Bei den Patienten, bei denen sich eine persistierende oder chronische Infektion entwickelt, begünstigen weitere Faktoren die Entstehung einer Multisystemerkrankung (viele betroffene Organsysteme). Neben der genetischen Veranlagung (mittels Labortest nachweisbar) sind dies vor allem Toxinbelastungen, Elektromog, Vitalstoffmangelzustände, Störungen der Energiegewinnung der Zellen (Mitochondropathien), Beeinträchtigungen des (Darm-) Immunsystems sowie emotionale Faktoren. Diese Vielzahl von Belastungen führt zu chronischen Entzündungen, Hormon- und Neurotransmitterstörungen (Nervenbotenstoffe), Energiemangel und Abwehrschwäche. Da der gesamte Organismus betroffen ist, erklärt sich daraus die enorme Symptomvielfalt des Krankheitsbildes der Borreliose, vor allem bei einer Beteiligung des zentralen Nervensystems.

Diese Belastungen zu diagnostizieren und zu therapieren, ist die Domäne der Biologischen Medizin. Die Biologische Medizin ist die Erweiterung der klassischen Naturheilverfahren um die modernen Verfahren der Regulationsmedizin. Hierzu zählen neben anderen Verfahren die Chelattherapie, die Bioresonanztherapie und die Zellsymbio-

setherapie, welche im Folgenden stellvertretend für das große Behandlungsspektrum der Biologischen Medizin näher erläutert werden.

### ■ Toxinbelastungen:

Drei große Gruppen von Toxinen sind bei der Entstehung chronischer Erkrankungen von wesentlicher Bedeutung: Schwermetalle, Umwelttoxine und Erregertoxine.

**Schwermetalle:** Quecksilber, Blei, Cadmium, Aluminium und andere Schwermetalle begünstigen nicht nur die Ausbildung von Biofilmen (Schutzhülle) von Borrelien, sie wirken auch entzündungsfördernd, sie blockieren viele Enzyme des Energiestoffwechsels, sie fördern die Arterienverkalkung und sind vor allem toxisch für das Nervensystem und die Nieren.

Das Vorliegen einer Schwermetallbelastung kann bioenergetisch diagnostiziert werden (kinesiologisch, mittels Elektroakupunktur oder der Tensor-Testtechnik). Das Ausmaß der Belastung ist im Bedarfsfall durch einen Provokationstest zu bestimmen.

Die einzige direkte Methode zur Reduzierung der Schwermetallbelastung sowohl im Zentralnervensystem als auch in allen anderen Organen ist die **Chelattherapie**. Dabei handelt es sich um eine Infusionstherapie, bei der über mehrere Behandlungen Substanzen verabreicht werden, welche Schwermetalle binden und zur Ausscheidung führen können. Diese Gegenmittel werden auch Chelatbildner genannt. Beispiele sind die Substanzen EDTA und DMSA. Je nachdem welche

Schwermetallbelastungen vorliegen, wird das entsprechend bestwirksame Mittel angewandt. Häufig kommen auch mehrere Chelatbildner im Wechsel zum Einsatz. Die Chelattherapie ist nicht nur sehr gut wirksam, sie wird auch gut vertragen und ist sehr sicher (gegenteilige Behauptungen im Internet beruhen auf einer nicht korrekten Anwendung der Chelattherapie in den 50er und 60er Jahren des letzten Jahrhunderts).

**Erreger- und Umwelttoxine:** Patienten mit chronischer Borreliose weisen häufig eine Belastung mit einer Reihe anderer Erreger(toxine) auf. Diese Co-Infektionen können laborchemisch (zum Beispiel Antikörperbestimmung) oder ebenfalls durch die oben erwähnten bioenergetischen Testverfahren bestimmt werden. Während Belastungen mit Bakterien, teilweise auch mit Pilzen und Parasiten, unter Umständen einer antibiotischen Therapie zugänglich sind, trifft dies auf die Vielzahl viraler Belastungen nicht zu (Herpes-Viren, Epstein-Barr-Virus und andere). Ebenso gibt es keine Möglichkeit, Belastungen mit Umwelttoxinen (zum Beispiel Pestizide, Herbizide, Lösungsmittel) direkt mit einem Gegenmittel zu behandeln.

In beiden Fällen stellt die **Bioresonanztherapie** eine sehr gute Möglichkeit dar, die Auswirkungen der Erreger- und Umwelttoxinbelastungen auf den Körper und insbesondere auf das Immun- und Nervensystem zu reduzieren. Die Bioresonanztherapie geht davon aus, dass die Zellen eines Organismus im gesunden Zustand ungestört mitein-

ander kommunizieren können. Neben den relativ langsamen Kommunikationswegen Hormon- und Nervensystem benutzen die Zellen dazu winzigste elektromagnetische Impulse. Da Fremdstoffe (Toxine) ebenfalls spezifische elektromagnetische Impulse aufweisen, wirken diese störend auf die Zellkommunikation (vergleichbar mit einem Störsender). Das ist vor allem dann der Fall, wenn eine Vielzahl von (Stör-)Belastungen vorliegt oder der Organismus durch andere Faktoren zusätzlich geschwächt ist. Sind die Belastungen durch die vorhergehende Diagnostik bekannt, können die spezifischen elektromagnetischen Impulse dieser Belastungen im Rahmen mehrerer Bioresonanztherapie-Behandlungen abgeschwächt oder aufgehoben werden. Damit ist zwar nicht der Erreger beseitigt, jedoch dessen derzeitigen negativen Auswirkungen auf das Immunsystem. Die Bioresonanztherapie ist vollkommen schmerzfrei und wird in der Regel einmal wöchentlich über mehrere Wochen durchgeführt.

### ■ Energiestoffwechselstörungen (Mitochondropathien):

Abgeschlagenheit, Schwäche, chronische Müdigkeit, Konzentrationsstörungen oder Kopfschmerzen zählen zu den häufigsten Symptomen der chronischen Borreliose mit Beteiligung des zentralen Nervensystems. Die Ursache ist sehr häufig eine Schädigung der Energiekraftwerke der Zellen (Mitochondrien)

durch die Infektion selbst, durch chronische Entzündungen oder Schwermetall- und Toxinbelastungen. Die Einschränkungen der Energiebildung (ATP = Zellenergie) lässt sich laborchemisch nachweisen.

Neben der Behandlung der Ursachen der Mitochondrienschädigung ist es die **Zellsymbiosetherapie**, welche zur Regeneration der Mitochondrien therapeutisch eingesetzt wird. Die kombinierte Verabreichung von Vitalstoffinfusionen und der intravenösen Anwendung von Sauerstoff (Oxyvenierung) lässt die Fähigkeit der Zellen zur ATP-Produktion messbar ansteigen. Damit einher geht eine Zunahme der Leistungsfähigkeit des Patienten.

Die Zellsymbiosetherapie besteht aus der mehrfach wöchentlichen Verabreichung von für den Mitochondrienstoffwechsel bedeutsamen Vitalstoffen (Vitamine, Mineralstoffe, Aminosäuren und andere) in Form von Infusionen. Unmittelbar vor diesen Infusionen erhöht die Gabe von Sauerstoff direkt in die Vene (Oxyvenierung) die Sauerstoffversorgung der Zellen und über den Anstoß bestimmter Regulierungsmechanismen die Fähigkeit der Zellen, mitochondrienschädigende freie Radikale abzuwehren.

Chelattherapie, Bioresonanztherapie und Zellsymbiosetherapie sind die drei in meiner Praxis am häufigsten eingesetzten Verfahren der Bio-



Dr.med. Frank Riedel

logischen Medizin in der Behandlung von Patienten mit chronischer Borreliose. ■

Dr.med. Frank Riedel ist Facharzt für Allgemeinmedizin/Akupunktur (Landesärztekammer Brandenburg) in Luckau; darüber hinaus Experte für Biologische Medizin (Universität Mailand) und Ernährungsmediziner (Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin). [www.riedel-luckau.de](http://www.riedel-luckau.de)

Weitere Quellen: Wikipedia

Chelate werden in der evidenzbasierten Medizin seit den 1940er Jahren bei schweren Vergiftungen durch Schwermetalle eingesetzt. Nach dem Ausschalten der Vergiftungsursache (Beenden der Exposition) ist der Einsatz von Chelatbildnern die nächstwichtigste Therapieform.

Das Prinzip der Chelatverbindungen stammt von dem Schweizer Nobelpreisträger Alfred Werner (1866 bis 1919). Chelattherapien wurden in den 50er Jahren eingesetzt, als Matrosen beim Streichen ihrer Kriegsschiffe mit dem bleihaltigen Rostschutzmittel Mennige Bleivergiftungen erlitten.

Ärztegesellschaft für Klinische Metalltoxikologie e.V. Atzelberg 2, 65388 Schlangenbad [www.metallausleitung.de](http://www.metallausleitung.de)

Das Schwerpunktheft „**Neuroborreliose**“ aus dem Jahr 2008 ist zum überwiegenden Teil noch aktuell, aber ausverkauft. Es steht jedoch im kostenlosen Download unserer Homepage zur Verfügung.

Wir bitten Sie, sich dafür mit einer Spende (auch online möglich) zu revanchieren.



# Trotz Behandlung Borreliose-Symptome

## (Post-Treatment Lyme Disease Syndrome (PTLDS))

Kurzfassung einer Studie der Autoren John N. Aucott, Alison W. Rebman, Lauren A. Crode, Kathleen B. Kortte, *Quality of Life Research Journal*, 2013.

**F**ragestellung: Wie häufig behalten oder entwickeln antibiotisch behandelte Borreliose-Patienten auch nach einer adäquaten Therapie persistierende Symptome?

Dazu wurden 63 bisher antibiotisch nicht behandelte Teilnehmer mit einem neu aufgetretenen Erythema migrans (EM) und begleitenden grippeähnlichen Symptomen über ein halbes Jahr lang beobachtet. Patienten mit einer Lyme-Borreliose (LB)-Vorgeschichte und PTLDS-ähnlichen Störungen wie Chronic Fatigue (Müdigkeitssyndrom), Fibromyalgie, Depression, Autoimmunerkrankungen oder Krebs wurden ausgeschlossen. Dies entspricht den Falldefinitionen der IDSA\*-Leitlinie.

Vor der LB war die Studiengruppe hochaktiv und gesund, alle gut ausgebildet und finanziell gut ausgestattet. Alle (100 Prozent) hatten ein oder mehrere, von einem erfahrenen Arzt diagnostizierte Wanderröten. Außerdem: fünf Prozent Fieber, 14 Prozent eine Lymphknotenschwel-

lung, acht Prozent wiesen eine Spannung von Leber, drei Prozent der Milz auf. Seropositiv waren 40 Prozent, nach drei Wochen bildeten weitere 27 Prozent Antikörper aus. Therapiert wurde drei Wochen lang mit täglich 200 Milligramm Doxycyclin oral.

Unter dieser antibiotischen Behandlung verschwanden rasch die typischen Symptome, **trotzdem klagten viele Patienten über anhaltende, sogar zunehmende Beschwerden** nach sechs Monaten: 36 Prozent Fatigue, 20 Prozent diffuse Schmerzen, 45 Prozent neurokognitive Störungen, knapp zehn Prozent minimale Depression. 10 Prozent sprachen auf die antibiotische Therapie überhaupt nicht an und mussten erneut behandelt werden.

Für die Situation der LB in den USA stellte sich damit fest, dass trotz durchgeführter antibiotischer Behandlung in vielen Fällen weiterhin und zusätzliche Beschwerden auftreten können, die der LB zuge-

schrieben werden können.

Dr. Oliver Nolte (DBG) kommentierte das Ergebnis, das PTLDS ganz offensichtlich existiere und nicht als psychogene Entität (Symptomenkomplex) oder Simulation interpretiert werden dürfe. Auch wenn psychogene Störungen vorlägen, müssten die von einer PTLDS differenziert werden. Nolte: „Die Frage einer optimierten antibiotischen Behandlung von LB ist hier zu stellen; denn in immerhin zehn Prozent der Fälle war die derzeitig empfohlene antibiotische Behandlung nicht wirksam, und vielleicht in einem weiteren Teil nicht optimal.“



Dr. Oliver Nolte

Quelle: DBG-Mitteilungen 2013/3, \*IDSA (Infectious Diseases Society of America)

## Schema einer Borrelien-Infektion

Der Konstanzer Mikrobiologe Dr. Oliver Nolte (Deutsche Borreliose-Gesellschaft) beschrieb den Weg der Infektion und ihre Abwehr gegenüber dem Hamburger Abendblatt folgendermaßen: Zecken schieben ihre Saugrüssel in die vorher aufgeschnittene Hautwunde und schmecken erst einmal vor. Diese Geschmacksprobe könne einige Stunden dauern. Falle sie positiv aus, injiziert die Zecke eine Art Zement und verbindet sich fest mit der Einstichstelle. Während die Zecke saugt, erhalten die Borrelien durch das einströmende Blut den Impuls, sich

von der Darmwand zu lösen und in die Stichstelle zu wandern.

Nun trete das Immunsystem des Menschen in Kraft. Es hat mehrere Verteidigungslinien. Eine der frühestens sei das Komplementsystem, bei dem sich Plasmaproteine an die Bakterien heften und eine Kaskade im Blut in Gang setzen, die zur Abtötung und Auflösung der Bakterien führe. Manche Bakterien haben sich aber bereits angepasst, in dem sie auf ihrer Oberfläche Eiweiße bilden, die die Plasmaproteine an sich binden. Dann könne die Vernichtungskaskade nicht

ablaufen. Die Infektion sei nicht aufzuhalten.

Während Hund, Katze, Maus und Mensch im Lebenskreislauf der Zecke integriert sind, gebe es aber auch Tiere, die für die Borrelien eine Art Einbahnstraße bedeuten. Sticht eine infizierte Zecke zum Beispiel einen Hirsch und nimmt beim Saugen dessen Plasmaproteine auf, würden getarnte Borrelien wiedererkannt und vernichtet. Auf diese Weise werde eine infizierte Zecke von Borrelien befreit.

## Companion (therapiebegleitende) Diagnostik

# Sieht so moderne Medizin aus?

Herbstsymposium der Korporativen Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin am 9. Oktober in Wiesbaden.

Notizen von Ute Fischer

Schon seit geraumer Zeit untersuchen Studien die Häufigkeit von Erkrankungen und deren Risikofaktoren. Neu anscheinend nur für die vortragenden Wissenschaftler (nicht für wissende Borreliosepatienten) ist, dass die Gesundheit des Menschen nicht nur allein durch eine Erkrankung in Schieflage gerät, sondern dass auch viele andere Einflussgrößen wie berufliche, soziale Einflussgrößen, falsche Ernährung, Rauchen, Alkohol, Bewegungsarmut sowie einer Vielzahl von Psychischen und körperlichen Funktionsstörungen. Vorgänger dieser Wissenslage ist die Gesundheitsstudie SHIP (Study of Health in Pomerania), gemeint ist **Mecklenburg-Vorpommern**, mit der seit 2002 über 8.000 Menschen nach dem Zufallsprinzip ausgewählt und regelmäßig untersucht und befragt werden. Nicht gesucht wird nach Borrelien-Antikörper, so Studienleiter **PD Dr. Carsten Oliver Schmidt** von der Uni Greifswald. Nicht ohne Erheiterung fügte er hinzu, dass vermutlich **jeder dritte Bürger** dieses Bundeslandes eine **Borreliose** habe. Denkwürdigerweise gibt es dort keine einzige Borreliose-Selbsthilfegruppe.

Mit SHIP wurde bewiesen, dass die gleiche Krankheit nicht bei jedem Menschen die gleichen Charakteristika erzeugt und dass Patienten mit identischer Diagnose auf die Behandlung mit dem gleichen Medikament unterschiedlich ansprechen. Der Grund liegt in der individuellen genetischen Ausstattung. **Auch bei Borreliose ist es überflüssig, sich gegenseitig die Therapien erzählen zu lassen**, Bei dem einen wirkt jenes Mittel, bei dem anderen ein anderes.

Companion Diagnostik bedeutet nun, die medikamentöse Therapie durch Verlaufsdagnostik zu überprüfen. Ein initiiertes Beispiel war Brustkrebs und Lungenkrebs. Es gibt dagegen Medikamente, die bei dem einen Menschen hervorragend wirken und bei einem anderen nicht. Diesem anderen könne man die Belastung durch Nebenwirkungen ersparen, wenn bereits während der Therapie erkannt werde, dass das Medikament wirkungslos bleibt.

Der Königsweg dafür ist, dass **zu Medikamenten auch gleich die dazu passenden Verlaufstests** entwickelt werden. Dieses Potenzial haben die Pharmahersteller und die Hersteller von Labordiagnostik bereits erkannt. Für die Pharmaindustrie bedeutet das einen radikalen Umbruch weg von Massenmedikamenten und hin zu maßgeschneiderten Medikamenten.

Große Kosteneinsparungen für die Krankenkassen sind damit aber nicht verbunden; denn die begleitende Diagnostik wird sich nicht mit einem einzigen Test realisieren lassen, sondern mit Untersuchungen wie Magnetresonanztomografie (MRT), Positronenemissionstomografie (PET), Kontrastmittel, Biomarker und molekulare Bildgebung. Was bei der Therapie eingespart wird, kompensiert die begleitende Diagnostik.

Prof. Ulrich R. Fölsch, Generalsekretär der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) warnt vor Euphorie. Es werde auch eine Ein-



*Jeder Dritte mit Borreliose?*

grenzung des Patientenguts stattfinden, die tatsächlich Vorteil von einer bestimmten Therapie haben werden. Prof. Heyo Kroemer, Uni Göttingen, schränkt ebenfalls ein: Angesichts der Zunahme alter Bundesbürger wird man genauer entscheiden müssen, bei wem eine Therapie noch Nutzen bringt. Vor allem bei den großen Volkskrankheiten lasse sich früher oder später voraussagen, **welche Risiken präventiv zu verhindern seien**. Es wäre auch kostengünstig für den Gesundheitsapparat, früh zu testen, wer zum Beispiel zu Bluthochdruck neigt oder zu Diabetes.

Dr. Thomas Reimann, Geschäftsführer der Geschäftseinheit Specialty Care, Pfizer, Deutschland betont, dass das wirtschaftliche Interesse bei den Krankenkassen liegen sollte.

Schon jetzt sei Companion Diagnostik für 20 Krebsmedikamente vorgeschrieben, aber bei den Krankenkassen noch nicht abrechenbar.

Im Jahr 2014 startet eine SHIP-Schwesterstudie in Pommerode bei Blumenau, Brasilien. Grund: Dorthin wanderten im 19. Jahrhundert viele Pommern aus. Ihre Nachkommen tragen das gleiche genetische Material und viele sprechen deutsch. ■

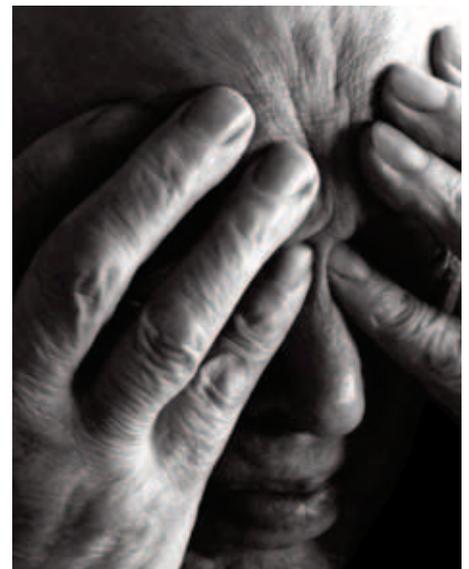
## Warum Pessimisten mehr leiden

Wie Ärzte und Pfleger die Erwartungshaltung auf Heilung verstärken oder das Gegenteil erreichen, das untersuchte eine Studie der Hamburger Diplom-Psychologin Julia Schmitz, vorgestellt auf dem Deutschen Schmerzkongress 2013 in Hamburg. Das Ausmaß des Placebo- oder auch Nocebo-Effekts wies sie an 64 Patienten mit chronischen Rückenschmerzen nach. Allen wurde eine Placebo-Infusion verabreicht. Der einen Hälfte mit positiver Grundeinstellung zu Schmerzmedikamenten suggerierte man, dass diese Infusion schmerzreduzierend wirke. Der anderen Hälfte mit pessimistischer Erwartung stellte man in Aussicht, dass eventuell auch mit einer Schmerzverstärkung zu rechnen sei.

Bei allen Patienten zeigte sich der Placebo-Effekt, besonders stark ausgeprägt bei der Gruppe mit positiver

Erwartungshaltung. Eine negative Erwartungshaltung führte zur Aufhebung des Placebo-Effekts. Fünf Patienten mit stark negativer Einstellung zu Schmerzmedikamenten brachen die Studie ab, obwohl bei ihnen anfänglich positive Effekte gemessen worden waren.

Daraus schloss Schmitz, dass die Erfahrungen und Einstellungen eines Patienten bei der Schmerztherapie stärker berücksichtigt werden sollten. Negative Erfahrungen mit einer medikamentösen Therapie seien korrigierbar, vor allem durch einen positiven Kontext bei der Verschreibung eines neuen Präparates. Dass Placebos bei manchen Menschen besser wirken als bei anderen, ist zumindest teilweise auch auf ihre genetische Veranlagung zurückzuführen. Dies zeigte eine Studie der Universität Michigan, USA, (Pecina



et al., September 2013). Etwa 50 Prozent der Kaukasier seien Träger einer Genvariante, bei denen endogene Cannabinoide (Körpereigene Substanzen mit pharmakologischen Eigenschaften) das Belohnungssystem des Organismus steuern und an der Schmerzwahrnehmung beteiligt sind. ■

Quelle: Inflammatio.de

## Zoonosen-Forschung nun ganz ausgeklammert

Als Zoonosen bezeichnet man Erkrankungen, die vom Tier auf den Menschen übergehen oder umgekehrt. Unter Ex-Ministerin Schavan gab es immerhin vor einigen Jahren eine Studie über Zoonosen; natürlich ohne Borreliose, weil die angeblich keine Zoonose sei. Ist sie doch. Über die weitere

Zoonosen-Forschung äußerte sich Prof. Dr. Stephan Ludwig, Leiter des Instituts für molekulare Virologie der Westfälischen Wilhelm-Universität in Münster im Internetportal Doccheck.com/17.12.13/Sonja Schmitzer: „Mit der Einführung des Deutschen Zentrums für Infektionsforschung mit bundesweit

sechs Standorten wurde dieser Forschungsbereich völlig ausgeklammert. Die Verbundforschung, die sich bisher um die Zoonosen gekümmert hat, würde nicht mehr finanziell unterstützt. Und das, obwohl circa 60 Prozent der menschlichen Infektionen auf Zoonosen zurückzuführen seien.“ ■

## Borrelien-DNA auf der Spur

Keine übertriebenen Hoffnungen für Patienten mit unklarer Diagnose. Der Beweis, dass Ötzi, der Mann aus dem Eis, mit Borrelien infiziert war, ist das Ergebnis einer aufwändigen Suche

über viele Monate. Der Humangenetiker Dr. Carsten Pusch, Universität Tübingen, beschrieb auf einer der letzten Fortbildungen der Deutschen Borreliose Gesellschaft, wie er aus

Milliarden DNA-Schnipseln mit Hilfe von Datenbanken das bakterielle Erbgut gefunden habe. ■

# Lyme-Borreliose und ALS

**A**LS (Amyotrophe Lateralsklerose) ist eine degenerative Erkrankung des motorischen Nervensystems. Die langjährig an Lyme-Borreliose (LB) erkrankte Leiterin der Borreliose-SHG Rita Breßler erhielt diese Diagnose und starb daran. Es häufen sich Hinweise von Patienten und Ärzten, die eine LB als Ursache einer ALS vermuten. Aus USA schrieben Sahra und John Vaughter ein Buch, das man sich kostenlos downloaden

kann: Wenn ALS eigentlich Lyme-Borreliose ist. Darin werden 40 Schicksale beschrieben, wie Leute mit der Diagnose ALS „nur“ eine behandelbare Lyme-Borreliose hatten. Es fand sich kein deutscher Kommentator, um das Werk auf Verlässlichkeit und Seriosität prüfen zu lassen. Vaughter Wellness Ltd. ist zugleich ein Versandunternehmen für Medikamente und Nahrungsergänzungstoffe. Lediglich Dr. Armin

Schwarzbach vom Borreliose Centrum Augsburg bestätigte die darin beschriebene kritische Situation in Norwegen. Nach Schließung des Borreliose Centers in Oslo würden 5.500 Patienten vergeblich auf weitere Behandlung warten. ■

When ALS is Lyme, By Sarah & John Vaughter, © 2011 Vaughter Wellness Ltd, ISBN 978-0-578-09736-7 sarah@owndoc.com, <http://owndoc.com/lyme/dying-of-lyme-disease-case-fatality-rate-nearly-100/>

## Neue Beweise für sexuelle Übertragbarkeit von Borrelien?

**D**ie Quellen Raphael Stricker (ILADS) und Eva Sapi verführen zum blinden Glauben. Groß war die Aufgeregtheit über eine Studie, die die sexuelle Übertragbarkeit von Borrelien beweisen soll. Doch es ergaben sich Ungereimtheiten. Einmal hieß es, es seien neun Probanden untersucht worden, im Abstract war dann nur von Dreien die Rede. Es besteht zudem Unklarheit, ob das umschriebene Medium, in dem eine Anzucht von Borrelien aus Sperma versucht wurde, validiert war, also

der Nachweis der Reproduzierbarkeit eines Ergebnisses aus einer beschriebenen Vorgehensweise unter definierten Bedingungen möglich ist. Die Schlussfolgerung von Stricker, es sei wahrscheinlicher sich mit Borreliose eher im Schlafzimmer als im Wald zu infizieren, ist, angesichts von nur drei bis neun Patienten, ziemlich dürftig; auch in diesem Fall von „allen Frauen“ und „der Hälfte der Männer“ zu sprechen, ist wissenschaftlich eher nicht ernst zu nehmen. ■

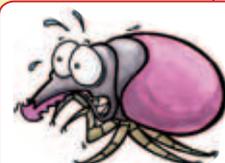


### Erdnisse

Donnernder Beifall, als Rechtsanwalt Ulf Übel den Tagungsteilnehmern den Clou der Unfallversicherer erklärt. Seit 2008 sei die Zahl der Neuversicherten um das 20-fache gestiegen, nachweisbar seit man die Borreliose als versicherbares Risiko aufgenommen habe. Auch der Anteil der nachträglich aufgebesserten Verträge lasse sich sehen. Keinen Euro Werbeetat habe die ganze Aktion gekostet. Wieder Beifall. Der Deal mit den Neurologen sei indes eher aus der Portokasse bezahlt worden. Auch der Nachschlag für das Münchner Urteil seien Peanuts im Vergleich zur Masse der Leistungsansprüche, die man nun mit Links abwehren könne.\*

*Euer Borrelius*

\*Allianz-Versicherung Gewinn 2013: 6 Milliarden Euro



**BORRELIUS  
SPEKULIERT**

Mal richtig die Meinung sagen, sich das Maul verbrennen, das darf Borrelius, der absolut unverantwortliche Rächer der Verratenen, die einzige Zecke auf unserer Seite.

Über sieben Millionen erwachsene Bundesbürger haben Antikörper gegen Borrelien

## Robert Koch-Institut bewegt sich: zäh und widerwillig

Unter dem Datum vom 12. Februar 2014, ein Tag nach dem Zusammentreffen der Leitlinien-Kommission in Frankfurt, revidierte das RKI einige seiner „Antworten auf häufig gestellte Fragen zur Borreliose“ im Internet. Die Verharmlosung wider besseres Wissen wird trotzdem weiterbetrieben.

So publiziert das RKI nun auf seiner Website, dass in Deutschland **5,8 Prozent der Frauen und 13,0 Prozent der Männer Antikörper gegen Borrelien** hätten. Doch wenn es um die Altersklasse geht, sind es bei den über 70-Jährigen schon **13 Prozent der Frauen und 22 Prozent der Männer** (bisher unpublizierte Zahlen des RKI), die jedoch im Entwurf der Leitlinie Kutane Manifestationen Einlass fanden. Weitere Zahlen verweigerte das RKI vorerst der BW-Redaktion.

Auf dem Bericht der Konferenz ESCAIDE (European Scientific Conference on Applied Infectious Disease Epidemiology) am 5. bis 7. November 2013 in Stockholm indes wurden bereits Zahlen der DEGS-Studie präsentiert: Von 6.945 Erwachsenen seien **9,4 Prozent** (741) seropositiv; umgerechnet auf die Gesamtbevölkerung von circa 80.600.000 Bürger bedeutet das, dass **7,5 Millionen Deutsche** Antikörper

gegen Borrelien aufwiesen. Nach Alter gestaffelt seien sechs Prozent der 18- bis 29-Jährigen seropositiv und 20 Prozent der 70- bis 79-Jährigen. Seropositiv bedeutete in diesem Fall, dass das Blut mit einem Elisa und mit einem Western-Blot auf Antikörper untersucht wurde. Seropositivität ist jedoch nicht gleichbedeutend mit erkrankt sein.

Zum Thema Wanderröte, die bisher bei fast 90 Prozent hätte auftauchen sollen, kapriziert sich das RKI nun nur noch auf „viele“. Kein Wort davon, dass Borreliosen auch ohne Wanderröten einhergehen können. Die akute Neuroborreliose gelte im Stadium II (innerhalb von sechs Monaten) nun als die häufigste Manifestation.

Nach wie vor wird behauptet, dass Borreliose nicht von Mensch zu Mensch übertragbar sei. (Von der Knochenmarksspende sind Borreliose-Erkrankte nach wie vor ausgeschlossen; das zeigt die **Scheinheiligkeit** dieser Behauptung). Die Forderung nach genereller Meldepflicht wird dadurch aufgeweicht, dass ein wissenschaftlicher Erkenntnisgewinn nur möglich sei, wenn detaillierte Informationen zu einzelnen Patienten und Krankheitsverläufen erhoben und übermittelt würden. Aber, Zitat: „**Sollte eine Mehrheit**

ROBERT KOCH INSTITUT



**der Bundesländer eine Meldepflicht auf Landesebene einführen, könnte eine bundesweite Meldepflicht sinnvoll werden**, um die Daten nach einheitlichen Standards zu erheben und vergleichbare Zahlen zu gewinnen.

Da kann wohl jemand nicht rechnen? Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen, Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg, Berlin, Bayern\*, Rheinland-Pfalz\*, Saarland\* sind neun Bundesländer von 16; nach Adam Riese ist das bereits mehr als die Hälfte. \*durch den BFBD initiiert.

Als vorrangig erforderliche Maßnahmen für die Fortschritte in der Bekämpfung der Lyme-Borreliose thematisiert das RKI neben therapeutischen Leitlinien die „**Standardisierung der Labordiagnostik**“. Das tut es seit 2006, ohne Taten, nur mit Worten, ohne Nachdruck, ohne eine Verpflichtung an die Testhersteller oder das Nationale Referenzzentrum Borrelien. ■

Quelle: <http://www.rki.de/Shared-Docs/FAQ/Borreliose/Borreliose.html>

## GesundheitsCard illegal?

Seit Jahren schreiben wir uns die Finger wund gegen die GesundheitsCard, weil sie ein vermutlich nichtlöschbares Sammelbecken für die Fehldiagnosen der Borreliose darstellt. Noch vor Kurzem schien es, als habe der Patient den Kürzeren gezogen, weil sich die Gesetzlichen

Krankenkassen mit Politik und Ärzteschaft verbündet hatten. Nun aber hat das Schicksal zurückgeschlagen. Die Dinger sind illegal, weil niemand nachprüfte, ob die Fotos der Identität der Versicherten entsprachen. Klingt nach Schilda. Mal sehen, wie diese Kuh vom Eis geführt wird. Ein Spre-

cher des Bundesministeriums für Gesundheit verkündete, dass nun die Ärzte die Aufgabe hätten, die Identität jedes Patienten in der Praxis zu prüfen. Schon jetzt rufen Ärzte auf, sich nicht dafür einspannen zu lassen, was die Kassen versäumt haben. Es bleibt spannend. ■

# Wachwechsel im Bundesgesundheitsministerium

## Hermann Gröhe: wieder ein Minister ohne Fachkenntnis

Von Ute Fischer

### Aus der Einführungsrede für den neuen Gesundheitsminister:

**B**ahr erwähnte die große Loyalität und das vorhandene Fachwissen\* der Mitarbeiter.

Rund 20 Gesetzgebungsverfahren belegten angeblich die Gestaltungskraft und den Fleiß des Hauses. Merke: Er war nicht bereit, den Brief einiger tausender Borreliose-Patienten in Empfang zu nehmen. Er bezeichnete Borreliose als seltene Krankheit. Auch die Berlin-Demo im Mai 2013 beeindruckte weder ihn noch das Ministerium.

Gröhe: Auch er wolle dazu beitragen, dass die Menschen im Land weiterhin „gut versorgt und gepflegt werden“ und zwar ganz egal, ob sie in der Stadt oder auf dem Land leben, ob sie einen kleinen oder großen Geldbeutel hätten. „Die Aufgaben dieses Hauses berühren jeden Menschen, sein ganzes Leben lang“. Was er sonst noch sagte und „prophezeihte“:

- Gutes Versorgen auf hohem Niveau
- Er wisse um den Alltag von familiären Dramen
- Jeder Bundesbürger habe das Recht, auch menschlich gut versorgt zu sein
- Humanität einer Gesellschaft zeige sich im Umgang mit den Kranken

Apropos Fachwissen\*: Es ist das

Fachwissen der Fachabteilungen und des Robert Koch-Instituts, das sich zumindest in Sachen Borreliose durch über ein Jahrzehnt gleichbleibende Phrasen wiederholt, mit dem Patientenbriefe abgewimmelt werden. Mitarbeiter dieser Fachabteilungen wechseln weder selbst (meist unkündbar, verbeamtet) noch ihre Meinung, nur weil ein neuer Minister oder eine neue Partei an der Macht sind. Der BFBD archiviert zum Beispiel fast gleichlautende Schreiben der Fachabteilung 3 aus 2004, 2007 und 2009 von Dr. Johanna Strobel, jeweils unter Ulla Schmidt und nachfolgend Philipp Rösler.

Da sei die Frage gestattet: Wie viel Fachwissen hat Minister Gröhe? Seit 1977 in der CDU, seit 1994 Rechtsanwalt und seit dem auch im Bundestag, gilt als Merkel-Zögling. 2010 bis 2013 CDU-Generalsekretär. Ihn mit seinen Vorgängern Kurt Biedenkopf oder Heiner Geißler zu vergleichen (Zitat: Thomas Wiczorek, Die Volksverblöder, ISBN 978-3-426-78615-4) „hieß, Real Madrid mit der dritten Mannschaft des Kreisligisten Uedemer SV gleichzusetzen.“

Wenig Begeisterung bei Ärzten signalisiert das Portal DocCheck. Kritische Worte kommen vor allem vom Hambacher Bund Freier Ärz-



Hermann Gröhe

tinnen und Ärzte. Vorsitzender Dr. Peter Nienhaus moniert, dass mit Gröhes Ernennung ein langjähriger Parteisoldat belohnt und damit der mächtige NRW-CDU-Landesverband bedient werde. Es sei dem Ressort Gesundheit wenig zuträglich, wenn Fachkenntnis keine Rolle spiele.

Staatssekretärinnen sind die in Gesundheitspolitik bereits erprobte Annette Widmann-Mauz (CDU/Wahlkreis Tübingen-Hechingen) sowie die neuernannte Ingrid Fischbach (CDU/Wahlkreis Herne, Bochum).

Gröhe äußerte den Wunsch, dass sein Name – ähnlich wie der Pflege-Bahr oder der Würmeling (ehemals Bahnermäßigung für Familien) in die Historie der Gesundheitspolitik eingehe. Nun denn. ■



FOTO: BUNDESPRÄSIDIALAMT, GRÖHE

## „Auch wer nicht handelt, übernimmt Verantwortung“.

Bundespräsident Joachim Gauck in seiner Rede über mehr Verantwortung auf der 50. Münchner Sicherheitskonferenz am 31.01.2014

# Immer mehr Frührenten wegen der Psyche

Immer mehr Arbeitnehmer kommen wegen psychischer Erkrankungen, speziell Depressionen, in Frührente. Die Zahl der Betroffenen stieg in den letzten zehn Jahren von 50.000 auf 75.000 bis zum Jahr 2012; das meldet die Psychotherapeutenkammer in Berlin unter Berufung auf die Zahlen der Deutschen Rentenversicherung. Allein Depression sei seit 2001 um 96 Prozent angestiegen. Im Durchschnitt seien Menschen dann erst 49 Jahre alt.

„Psychisch Kranke werden abgeschrieben“ kritisiert Kammerpräsi-



dent Rainer Richter diese schnelle Abschiebung. Die Kranken würden häufig unzumutbar zwischen Krankenkasse und Rentenversicherung hin- und hergeschoben. Gerne for-

dern Kassen die Versicherten auf, einen Reha-Antrag zu stellen, weil sie damit Krankenbehandlung und Krankengeld sparen, Reha-Kosten jedoch von der Rentenversicherung übernommen werden müssen. Wenn jedoch ein Gutachter Reha nicht als erfolgversprechend bewerte, werde aus dem Reha-Antrag automatisch ein Rentenantrag. Zu näheren Nachfragen in Bezug auf Lyme-Borreliose hüllte sich der Protagonist in Schweigen. ■

Quelle: univadis

## Hamburg

### Der BFBD argumentierte in der Hansestadt

Die Ankündigung von Carola Veit, Präsidentin der Hamburger Bürgerschaft, sie wolle unsere Anschreiben an die Fraktionen weiterleiten, brachte tatsächlich einen Termin in Hamburg zu Stande. Auch die Anfrage der Linken-Abgeordneten Kerstin Artus möge nachgeholfen haben. Wir hatten die mangelhafte Fortbildung der Ärzte in Borreliose thematisiert. Siehe auch BW 28. Am

28. November 2013 wurden der BFBD-Vorsitzende Manfred Wolff, die Hamburger SHG-Leiterin Bea Dencker sowie Pressesprecherin Ute Fischer zu einem Gespräch geladen. Auf der anderen Seite des Tisches saßen **Dr. med. Frank Ollroge MBA**, Referent der Behörde für Gesundheit und Verbraucherschutz, Öffentlicher Gesundheitsdienst, sowie die Veterinärin **Dr. met.vet. Anita Plenge-**

**Bönig** vom Institut für Hygiene und Umwelt, dort zuständig für Städtehygiene und Vektorepidemiologien.

Nahezu zwei Stunden lang wurden Argumente ausgetauscht. Vor allem Bea Dencker gelang es mit aufrüttelnden Fallbeispielen die problematische Situation der Hamburger Patienten darzustellen, die von Arzt zu Arzt pilgern. Wie bekannt wurde, habe inzwischen der letzte Arzt seine Kassenzulassung zurückgegeben, der als eine Art Leuchtturm für Borreliosepatienten in Hamburg galt. Ob es den Dreien vom BFBD gelungen ist, eine Verbesserung für arztsuchende Borreliosepatienten herbeizuführen, wird die Zukunft zeigen. Jedenfalls gab Ollroge zu verstehen, dass das Problem Borreliose bei ihm angekommen sei. Wenig Aussicht sehe er bei der Meldepflicht, aber er erkenne ohne Weiteres die Notwendigkeit, dass ärztliche Anlaufadressen für Kassenspatienten und verstärkte Fortbildung für Ärzte geschaffen werden müssten. ■



BFBD-Vorsitzende Manfred Wolff, die Hamburger SHG-Leiterin Bea Dencker

# Bundestag

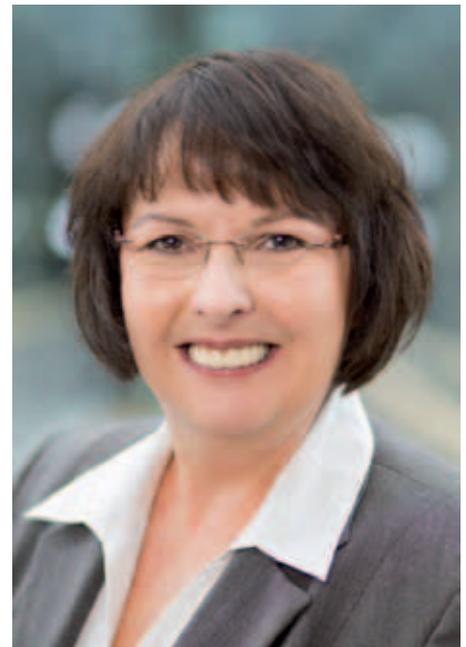
## Zwei Verbündete in der Großen Koalition?

**Vor der Wahl haben Bewerber um ein Mandat im Deutschen Bundestag meistens offenere Ohren für ihre Mitbürger. Das bewahrheitete sich gleich bei zwei tatsächlich in den Bundestag gewählten Politikern aus dem Landkreis der Geschäftsstelle des BFBD.**

Dass Patricia Lips, CDU, nicht im Gesundheitsausschuss sitzen würde, war klar. Sie ist Vorsitzende des Ausschusses für Bildung, Forschung und Technikfolgenabschätzung, unter anderem Stellvertretendes Mitglied im Ausschuss für Familien, Senioren, Frauen und Jugend. Es ist aber durchaus so, dass Abgeordnete auch Anträge und Bürgerbegehren in andere Ausschüsse einbringen können; dazu werden sie von Bürgern ihres Wahlkreises gewählt.

Patricia Lips verbrachte mehr als eine Stunde mit Pressesprecherin Ute Fischer und zeigte erschütterndes Erkennen und Betroffenheit, dass die selbst mitgebrachten Informationen – sahen aus wie die Papers des Robert-Koch-Instituts oder einer Fachabteilung des Bundesgesundheitsministeriums – über Borreliose bei weitem nicht die Dramatik wiedergeben, mit denen Borreliosepatienten zu kämpfen haben. Sie versprach, sich in Berlin für das Thema Borreliose einzusetzen. Wir werden sie nach einer gewissen Einarbeitungsphase beim Wort nehmen.

Dr. Jens Zimmermann, SPD, aus Klein-Umstadt (Sitz der BFBD-Servicestelle) hatte erst noch eine wahre Zitterpartie zu überstehen. Denn erst fünf Tage nach der genauen



Patricia Lips, CDU

Auszählung war klar, dass es einen zusätzlichen SPD-Bundestags-Sitz in Berlin geben würde; und den bekam ausgerechnet Zimmermann. Drei Wochen vorher saß er noch mit der Pressesprecherin auf deren Terrasse und ließ sich in die Brisanz der Borrelioseproblematik in Deutschland einweihen. Auch von ihm – Mitglied im Finanzausschuss – hoffen wir, dass er dem BFBD einen Türspalt in Berlin öffnet, um auf Bundesebene weiter für Borreliosepatienten kämpfen zu können. Für ihn gilt das Gleiche wie für Patricia Lips. Einmischen in andere Ausschüsse ist erlaubt und den Bürgern der Wahlkreise ausdrücklich versprochen. ■



Dr. Jens Zimmermann, SPD

## Impressum

Borreliose Wissen Nr. 29  
April 2014, Redaktionsschluss 22.02.2014

Herausgeber: Borreliose und FSME Bund Deutschland e.V., Patientenorganisation Bundesverband

Redaktion: Ute Fischer (v.i.S.d.P.), Postfach 4150, 64351 Reinheim, Telefon: 06162-2205, Fax 06162-1666, E-Mail: [redaktion@borreliose-bund.de](mailto:redaktion@borreliose-bund.de), [www.borreliose-bund.de](http://www.borreliose-bund.de)

Redaktionsbeirat: Albert Bensing, Eleonore Bensing, Karin Friz, Margit Holzer, Bernhard Siegmund, Claudia Siegmund, Jörg Rehmann, Manfred Wolff.

Grafik Design: WerbeWerkstatt, Silke Kretzschmar, Kaiserslautern

Druck: Dreier, Reinheim

Die Inhalte dieser Zeitschrift sind nach bestem Wissen bei Ärzten, Wissenschaftlern, Gesundheitsexperten und -politikern sowie Selbsthilfegruppen journalistisch recherchiert, ersetzt aber keinen Arztbesuch. Für Richtigkeit, Wirksamkeit, Dosierungen und Ähnliches wird keine Gewähr übernommen.

Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben allein die Meinung des Autors wieder. Für eingesandte Manuskripte und Fotos wird keine Haftung

übernommen. Der Nachdruck sowie Kopieren auf Webseiten ist nicht gestattet. Ausnahmen regelt auf Anfrage der Borreliose und FSME Bund Deutschland e.V.

Preis: 7,50 Euro inkl. 7% MwSt.

Mitglieder und Förderer erhalten das Magazin kostenlos.

Wir bitten, die Herstellung des Magazins durch Spenden zu sichern. Spendenkonto: Hamburger Sparkasse IBAN DE53 2005 0550 1275 123345, BIC: HASPDEHHXXX, Vereins-Register Darmstadt VR 82436, Steuer-Nr. 08 250 54337 – K01

# Sturz in den Tod

## Borreliose in den Niederlanden



Frei übersetzt von Ute Fischer



**W**ird sich etwas ändern in den Niederlanden? Ein hoffnungsfroher junger Mann stürzte sich aus Verzweiflung von einer Klippe in den Tod. Er sah keine andere Lösung, um seinen Schmerzen zu entkommen und seinen Eltern und Freunden die Last über sein Schicksal zu nehmen. Jeroen aus Lelystad wurde nur 27 Jahre alt.

Geboren im engen Amsterdam, zieht die Familie nach Lelystad, Hauptstadt der Provinz Flevoland. Als das Land hier vor etwa 50 Jahren aus dem IJsselmeer trockengelegt wurde, entstand ein Paradies, in dem die Natur Vorrang haben sollte. Für Jeroen, ein wilder, beweglicher Junge, wird diese grüne Polderwildnis zum Verhängnis. Irgendwann hat ihn eine Zecke gestochen. Mit 15 Jahren fängt alles an. Angeblich habe er Pfeiffersches Drüsenfieber oder Wundrose. Ständig leidet er unter Fieber und massiven Schwitzattacken. Er fehlt häufig in der Schule. Erst nach einigen Jahren diagnostiziert ein Internist Borreliose. Aber

trotz antibiotischer Therapie bleibt er krank.

Seinen Berufswunsch, Hotelmanager, muss er früh an den Nagel hängen. Er schafft schon die Ausbildung im Restaurant nicht, weil er immer wieder wegen Krankheit fehlt. Er wechselt von Arzt zu Arzt, wird immer wieder getestet und schließlich als austherapiert entlassen: Chronische Borreliose gebe es in den Niederlanden nicht. Doch die Schmerzen bleiben.

Die gesetzliche Krankenkasse streikt. Er lässt sich für viele tausend Euro in einer Amsterdamer Privatklinik behandeln. Ein ganzes Jahr lang geht er an zwei Tagen der Woche hin. Nichts bessert sich. Keine Versicherung deckt die Kosten. Die Eltern mobilisieren alle Mittel, um ihrem ältesten Sohn zu helfen. Aber es wird nicht besser.

Es sind die Schmerzen in seinen Gelenken, die ihn lähmen. Von Tag zu Tag kann er weniger. Was bedeutet das für einen Jungen, der so gerne herumgetobt ist? Er will Joggen,

Fußball mit seinen Freunden spielen. Und liegt trotzdem nur herum. Dann schöpft er neue Hoffnung in Deutschland. Augsburg. Aber: 20.000 Euro soll die Behandlung kosten. Keine Versicherung bezahlt. Und auch die Eltern können nicht mehr. Ende November, einen Monat vor seinem Tod, schreibt er in Facebook: „Ich bin nicht mehr im Stande, die einfachsten Dinge zu tun. Was mich am meisten belastet ist, dass ich den Menschen meiner Umgebung zur Last falle.“!

Er besorgt sich Helium-Gas und hofft, sich damit sanft einschläfern zu können. Es gelingt nicht. Er schluckt alle Medikamente, an die er kommt und wird gerettet. Als Folge darf er nicht mehr frei über seine Medikamente verfügen, sondern bekommt sie zugeteilt. Im Dezember spricht er mit seiner Mutter, dass er so nicht mehr leben will. Sie reden. Sie suchen Auswege. Sie weinen. Die Mutter versteht ihn, auch wenn sie ihn behalten will. Er würde vor einen Zug springen. Aber sein Vater, der bei der Eisenbahn arbeitet, erzählt ihm von der Last, die Lokführer bei Suiziden erleiden. So sucht er nach einer Lösung, mit der er niemanden belastet. Möglichst weit weg von Zuhause.

Ende Dezember erhält die Mutter Nachricht von seinem Tod. Er ist in der Normandie von einer Klippe gesprungen. Die Mutter: „Am liebsten wäre ich mit ihm gesprungen, um ihm die Angst zu nehmen.“ ■

Quelle: De Stentor.ned

Wie die Niederländische Patientenorganisation meldete, hätten sich 2013 vier Borreliose-Patienten selbst getötet.

# Was Leitlinien Ärzten verschweigen

Diese Nachricht hat nichts mit Borreliose zu tun. Oder eher nur am Rande, weil auch für Lyme-Borreliose Leitlinien existieren. Die Frankfurter Allgemeine Zeitung (FAZ) berichtete vergangenes Jahr von mehreren Leitlinien-Irrtümern, unter anderem eine Leitlinie, die innerhalb eines Jahrzehnts mehr Menschenleben gekostet habe, als der Anschlag auf das World Trade Center. Dabei ging es um einen Betablocker für Herzranke, der in einer Europäischen Leitlinie befürwortet wurde. Der federführende Autor wurde danach wegen „wissenschaftlichen Fehlverhaltens“ der Universität verwiesen.

Die deutsche Leitlinie Neuroborreliose, so Autor Sebastian Rauer, sei

ein Abbild der Europäischen Leitlinie. Europäische Leitlinien wiederum unterliegen nicht den etwas strengeren Vorschriften der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich-Medizinischer Leitlinien (AWMF). Allerdings unterwirft sich nicht jede Fachgesellschaft für jedes Fachthema dem strengen Reglement. Darüber hinaus akzeptiert die AWMF auch nicht jede Fachgesellschaft, die eine Leitlinie erarbeitet. Die Deutsche Borreliose-Gesellschaft zum Beispiel wurde bislang nicht von der AWMF aufgenommen, weil ihr angeblich das wissenschaftliche Potenzial fehle. Auch gegenüber deutschen Leitlinien sei Skepsis angebracht, urteilt Gisela Schott von der Arzneimittelkom-

mission der Deutschen Ärzteschaft. Sie bewies an zwei Beispielen den Einfluss pharmazeutischer Unternehmen auf Leitlinien. Anhand des Schmerzmittels Gabapentin und des gegen Schuppenflechte eingesetzten Antikörpers Efalizumap zum Beispiel konnte Schott die Manipulation verfügbarer Daten durch den Hersteller belegen sowie einen Interessenskonflikt der Experten im Leitliniengremium. Selbst die Cochrain Collaboration, eigentlich Garant für wissenschaftliche Zuverlässigkeit, wurde von Experten hinter das Licht geführt, die später als Berater von Pharmaunternehmen entlarvt wurden. ■

## Internistenkongress 2014

Wir können bei Redaktionsschluss nur über das Programm und die Absichtserklärungen der Deutschen Gesellschaft für Internistische Medizin (DGIM) berichten. Das lange angekündigte Schwerpunktthema konzentriert

sich in wenigen Vorträgen auf die angeblich „klassischen Infektionskrankheiten“ wie Tuberkulose, Hepatitis und HIV. Dazu gibt es einen Kurvortrag von Prof. Peter Herzer, München“ über „Spannende Fälle aus der Rheu-

matologie“, von dem man sich im Vorfeld vorstellen kann, wie er sich in gewohnter Weise wieder über Borreliose-Patienten lustig machen wird. ■

## Im Wahn aus dem Fenster gestürzt

Untersuchungsrichter attestiert „ein Missgeschick“

Großbritannien ist wie etliche andere europäischen Länder ein weißer Fleck, wenn es um Wissen über Lyme-Borreliose geht. Nicht wenige Briten kommen zur Behandlung nach Deutschland, wenngleich sie auch hier nicht immer in helfende Hände geraten. Jan Linton, 56, eine attraktive, wohlhabende und selbstbewusste Frau aus dem Londoner Stadtteil West-Brompton, wurde letzten Sommer im Garten von Freunden in Frankreich von einer Zecke gestochen. Innerhalb von sechs Monaten konnte sie wegen schmerz-

hafter Gelenkbeschwerden nur noch auf Krücken gehen. Auffallend aber war, dass sich diese aktive, intelligente Frau psychisch veränderte und plötzlich Psychosen entwickelte. Als Arztochter wusste sie um die Gefahren der Lyme-Borreliose; sie veranlasste auch noch einen Antikörper-Test, aber der Mangel an Schlaf und Wahnvorstellungen raubten ihr die Energie, diesem Verdacht hartnäckig nachzugehen. Sie fühlte sich von der Polizei verfolgt und fürchtete sich, verrückt zu werden.

In den frühen Morgenstunden des

16. Januar hörte ihre Lebensgefährtin, dass sie ihre Türe verbarrikadierte. Als sie nach ihr rief, hörte sie nur noch ein dumpfes Geräusch, als sei sie aus dem Bett gefallen. Als sie die Tür aufbrach, sah sie auf das geöffnete Fenster. Linton wohnte im dritten Stock. Sie starb an multiplen Verletzungen. Der Untersuchungsrichter attestierte „Tod durch Missgeschick“. ■

Quelle: Mailonline.  
<http://www.dailymail.co.uk/>

Frei übersetzt von Ute Fischer

## S3 Leitlinie Borreliose

Zwei Jahre waren vergangen, seit dem sich die Steuergruppe für eine S3-Leitlinie im Februar 2014 erneut in Frankfurt traf. Neun Mediziner und Wissenschaftler trafen zusammen mit zwei Patientenvertreterinnen (Onlyme und BFBD) und konstatierten, dass es kein kurzer Weg bis zur Vollendung einer praktikablen S3-Leitlinie sein werde. Noch besteht Unsicherheit, ob sich die wenigstens 150.000 Euro auftreiben lassen. Es sind nicht die Kosten der Steuergruppe, die trägt jede Fachgesellschaft selbst. Besonders der BFBD hat es günstig mit einem Tagesticket im Öffentlichen Nahverkehr. Die hohen Kosten werden hauptsächlich erzeugt durch umfassende Literaturrecherchen, die Grundlage für evidenzbasierte Leitlinien. Jede möglichst (aber nicht ausschließlich) wissenschaftlich beweisbare

Beantwortung einer Schlüsselfrage zu den Übertragungswegen, zu den diagnostischen Möglichkeiten, zu spezifischen und unspezifischen Symptomen und zur Therapie, schlägt mit rund 10.000 Euro zu Buche.

Um nicht zu sehr von den noch nicht vorhandenen Geldern abhängig zu sein, fand man den Kompromiss; dass zunächst die bestehenden Leitlinien „Neuroborreliose“ und „Kutane Folgen“ als Einzelmodule bearbeitet werden sollen. Weil die Neurologen bislang das meiste Geld zur Verfügung stellen konnten, begann man also mit der Leitlinie „Neuroborreliose“. So viel sei schon gesagt: Die Zusammenarbeit an jenem Tag kann als konstruktiv, offen und respektvoll, auch gegenüber den beiden Patientenvertreterinnen, bezeichnet werden.



Unter Moderation der AWMF (Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich-Medizinischer Fachgesellschaften) wurden in allen Phasen stets die Vorteile für die Patienten herausgearbeitet. Auch alternative Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie werden in die Literaturrecherche miteinbezogen, stehen und fallen jedoch mit ihrer Beweisbarkeit. Die Deutsche Gesellschaft für Neurologie finanziert dazu die Ganztagsstelle eines Arztes. Der BFBD hat seine Fühler bereits ausgestreckt nach Fachliteratur und Studien, die die bisher vernachlässigten Aspekte der Neuroborreliose untermauern helfen. ■

Autoren der bisherigen AWMF-S1-Handlungsempfehlungen  
Prof. Dr.med. Sebastian Rauer  
Prof. Dr.med. Heidelore Hofmann

## Buchtipps

### Borreliose als Erlösung?

20 Jahre lang hadert, verzweifelt und resigniert die Autorin mit der Diagnose Chronisches Erschöpfungssyndrom/CFS. Die Bewältigung von Beruf, Haushalt, Familie und Partnerschaft ist so schwer und dauerhaft, dass sie am Ende innerlich aufgibt und ihr Los alleine trägt.

Ärzte, Psychologen und Freunde reden ihr ein, dass sie keine Krankheit hat, sondern selbst die Krankheit ist.

Dann wird nach 20 Jahren ein Borreliose-Test wiederholt und ist plötzlich positiv. Ist das die Erlösung? Es geht ihr besser unter Borreliose-Therapie. Aber sie begreift, dass sie die letzten 20 Jahre nicht zurückholen und nicht neu leben kann. Und ihre Zukunft ist auch 20 Jahre kürzer. Das alles hat sie so sehr getroffen, dass sie anonym bleiben möchte.



### Hurra Borreliose

Brigitte Niemand  
Verlag united p.c., 187  
Seiten,  
18,40 €, ISBN 978-3-  
7103-0218-3

## Nachruf Ralf Ehrich

### Selbsthilfegruppe Potsdam

Unser Mitglied Ralf Ehrich starb am 13.10.2013. Er war auch Mitglied des BFBD. In unserer Gruppe war er für die Internetseite verantwortlich und hat mit seinen fachlichen Kenntnissen zur Infektionskrankheit sehr gut beraten und war ein aktiver Mitgestalter in unserer Gruppe. Wir verlieren einen kompetenten, verlässlichen Freund, den wir immer in bester Erinnerung behalten und danken für die schönen gemeinsam erlebten Stunden.



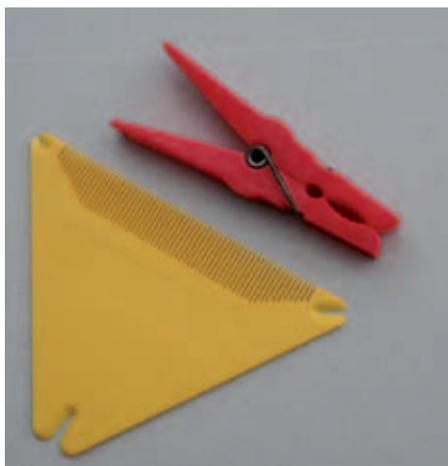
# Experten urteilen über ideale Zeckenentfernung

Die richtige Zeckenentfernung war Thema einer Diplomarbeit zur Erlangung der Würde eines Diplom-Tierarztes. Klaus Robisch legte seine Ergebnisse im November 2010 der Veterinärmedizinischen Universität Wien vor. Dazu untersuchte er 15 mechanische und 13 chemische Entfernungsmethoden. Zur Bedeutung der vollständigen Zeckenentfernung führt Robisch die uneinheitliche Meinung von Experten aus, die zum Teil eine Gefahr aus zurückbleibenden Zeckenresten in der Haut in Form von Fremdkörperreaktionen sehen, zum anderen auch keine Gefahr, wenn ein Teil des Stechapparats in der Haut verbleibt.



Speziell beim Gerätevergleich der mechanischen Entfernung wurde untersucht, ob sich die Zecke leichter unter Zug oder unter Rotation (Drehung) entfernen ließe. Robisch zitiert aus einer Studie mit 18 Tierarztpraxen und Kliniken in Frankreich, die Zecken aus Hunden und Katzen entfernten. Als Werkzeuge dienten die herkömmliche Zeckenzange, eine Zeckenkarte und ein sogenannter Tick-Twister, bekannt auch als Zeckenhaken. Alle drei

Geräte zeigen bei der Fixierung der Zecke keine signifikanten Unterschiede im Erfolg oder Versagen auf, allerdings gelangen das Erfassen, die Kraftaufwendung, die Reaktion der Zecke und der Zustand der Mundwerkzeuge am besten mit dem Tick-Twister.



Ein weiterer Vergleich beim Entfernen von Nymphen mit dem Tick Solution, eine Art Zeckenkarte, mit einer stumpfen Pinzette ergab, dass die Entfernung durch Rotation die Zecke häufiger beschädigte als beim gerade Herausziehen. Allerdings war der Anteil an verbliebenen Mundwerkzeugen in der Haut des Wirts in der Rotationsgruppe viel niedriger.

Beim Vergleich von Zeckenkarten mit Pinzette schnitten die Zeckenkarten mit V-förmigem Spalt besser ab. 95 Prozent der mit Pinzette entfernten Zecken ließen ihr Mundwerkzeug in der Haut stecken. Die Zeckenentfernung mit einer Schlinge aus Zahnseide oder einem Baumwollfaden gelang innerhalb von drei bis vier Minuten. Aber auch da gab es Versager, so dass die Zecke mittels Stanzbiopsie entfernt werden muss.

Die Schwierigkeit der Zeckenentfernung, so das Fazit, hängt von mehreren Faktoren ab: Länge und Ausbildung der Mundwerkzeuge, Anzahl der Widerhaken am Hypo-



tom, Menge des produzierten Zements, Größe der Zecke in Bezug auf das Entwicklungsstadium, der Saugdauer und der Reaktion des Wirts auf das Anheften und Saugen der Zecke. Ergänzende Kriterien waren

- Reaktion des Tieres beim Herausnehmen
- Benötigte Zeit zur Entfernung
- Wie leicht war die Zecke zu fassen
- Kraftaufwand beim Herausziehen
- Wie war die Bedienung des Gerätes
- Zustand der Mundwerkzeuge nach der Entfernung

**Sieger im Vergleich der mechanischen Geräte war die Zeckenkarte, mit der vier von fünf Zecken herausdrehend entfernt werden konnten. Mit dem Zeckenhaken gelang das in drei von fünf Fällen, mit der Zeckenkarte in zwei von fünf Fällen.** ■

## Mitglieder im

BORRELIOSE  
UND FSME BUND  
DEUTSCHLAND



wissen mehr

# Schlechte Karten nur mit Antikörpern

## Wie soll ein Richter das verstehen?

Es passiert immer wieder. Ein Landwirt oder ein Forstarbeiter erleiden auf Grund vieler Zeckenstiche eine Borreliose, sie werden berufsunfähig und rechnen damit, dass ihre Berufsgenossenschaft für finanziellen Ausgleich schaffen werde. Dazu schließt man so eine Unfallversicherung ab oder man ist faktisch gezwungen, sie abzuschließen. Im Anspruchsfall muss man nachweisen, dass es zur Borrelioseinfektion in Ausübung des Berufs kam. Im vorliegenden Fall war der Landwirt über Jahre gegen alles Mögliche behandelt worden, aber nie seien seine Beschwerden mit einer Borreliose in Verbindung gebracht worden.

Obwohl der Landesgewerbearzt empfahl, eine chronische Neuroborreliose als Berufskrankheit anzuerkennen und mehrere Sachverständige dies befürworteten, schaffte es ein der Redaktion bekannter Gutachter, dass die Klage im Sinne der Berufsgenossenschaft abgewiesen wurde. Als Entscheidungsgründe klemmte sich das Gericht hinter die Unzuverlässigkeiten der Antikörper-Diagnostik. Dies hätte nicht passieren müssen, wenn der behandelnde Arzt des Landwirts dessen Symptome über viele Jahre nicht immer fehlgedeutet, fehlbehandelt und damit unterschlagen hätte. Schweißausbrüche als Sommergrippe zu diagnostizieren, ist kein herausragender Einzelfall. Unendlich viele spät erkannte Borreliose-Patienten berichten davon. Ein ordentlich geführtes Symptom-Tagebuch – wozu der Kläger ganz sicher weder Zeit besaß noch die Notwendigkeit erkannte – hätte zum Erfolg vor Gericht beitragen können. Aber so ... ging es wie fast

immer nur um Antikörper-Nachweise.

Zitierfähige Auszüge aus einem Urteil und Vortrag von Prof. Klaus-Peter Hunfeld als zusätzlicher Sachverständiger vor dem Sozialgericht Fulda über labortechnische Maßstäbe und Praxis einer Borreliose-Analyse

### ■ **Az.: S 4 U 81/05, niedergeschrieben April 2013**

- Die Erkrankung „Borreliose“ könne nicht allein mittels labortechnischer Untersuchungen festgestellt werden.
- Ein labortechnischer Befund stelle lediglich eine Hilfsuntersuchung dar; damit lasse sich eine Lyme-Borreliose weder bestätigen noch ausschließen.
- Antikörper müssten nicht parallel zu einer klinischen Manifestation auftreten. Es sei auch möglich, dass Antikörper gegen den Erreger gebildet werden, ohne dass eine Wanderröte auftrete.
- Es könne auch eine Wanderröte auftreten, ohne dass bereits Antikörper vorlägen.
- Es können auch andere Symptome wie Gesichtslähmung, Gelenkentzündungen und Schmerzzustände auftreten, ohne dass zuvor eine Wanderröte aufgetreten sei.
- Das Auffinden von Antikörpern gegen Borrelien bedeute nicht, dass man krank sei, sondern dass sich der Erreger im Organismus befinde.
- Je länger eine Manifestation unbehandelt vorherrsche, umso wahrscheinlicher werde der Nachweis von Borrelien, von Antikörpern im Nervenwasser und auch im

Von Ute Fischer



Prof. Klaus-Peter Hunfeld

Blut.

- Wenn man ein geschwollenes Knie punktiert und den Erreger finde, könne man mit Sicherheit von der Folge einer Borrelioseinfektion sprechen. Umgekehrt lasse sich aber auch nicht mit hundertprozentiger Sicherheit nachweisen, dass es keinen Zusammenhang mit einer Borrelioseinfektion gebe, wenn keine Antikörper oder keine Erreger zu finden seien.
- Mit zunehmender Krankheit werde es immer schwieriger und nur mit sehr aufwendigen Verfahren möglich, den Erreger zu finden, weil seine Zahl im Organismus zunehmend weniger werde. Deshalb werde der Antikörpertest bevorzugt.
- IgM-Titer seien die frühen Antikörper, die im Zustand einer Wanderröte noch fehlen können. In einer späten Phase könnten sich IgG-Titer zeigen. Werde in einer frühen Phase mit Antibiotika behandelt, sei es möglich, dass sich keine IgG-Antikörper entwickeln.

## Zum Lymphozyten-Transformationstest (LTT)

■ Hier sei sich das wissenschaftliche Expertentum einig, dass dies ein sinnvoller Ansatz sei; allerdings fehle es hier noch an Standardisierungen, die einen bestimmten Zusammenhang zwischen einer aktiven Erkrankung und den Testergebnissen belegen könnten. (Redaktion: An dieser Stelle fehlt der Hinweis, dass Antikörper-Tests ebenfalls nicht standardisiert sind.)

## Zur Beurteilung von Antikörper-Tests

■ Ergebnisse von Labortests hingen stark vom jeweils gewählten Verfahren ab. Die Inanspruchnahme von verschiedenen Labors, auf die der Patient faktisch keinen Einfluss habe, könne zu völlig unterschiedlichen Ergebnissen führen, ohne dass sich dahinter tatsächlich unterschiedliche Zustände des Organismus verbergen. Ein Vergleich dieser Tests sei nicht möglich. Vor allem, wenn ein Gutachter nach einem Zeitraum von einigen Jahren versuche, Laborergebnisse zu interpretieren, so sei dies nur begrenzt aussagefähig, weil er dazu das Testverfahren

der damaligen Zeit kennen müsste.

## Zum Begriff der „Seronarbe“

■ Dieser labortechnische Befund einer zurückliegenden Infektion sei ein „Gedächtnistiter“. Allerdings sei eine Differenzierung zwischen einer frühen und einer akuten Infektion nicht möglich. Hierzu seien klinische Beobachtungen nötig.

## Zur Acrodermatitis chronica atrophicans (ACA)

■ Der sichere Nachweis sei relativ einfach, in dem man eine Gewebeprobe mittels PCR-Test untersuchen könne.

## Zur Differenzierung, ob Beschwerden einer Berufskrankheit zugeordnet werden können.

■ Es sei so, dass es in der medizinischen Wissenschaft, die sich mit dem Menschen beschäftige, eben nicht zu 100 Prozent eine eindeutige Erkenntnis gebe. Atypische Verläufe oder Ausnahmen seien stets denkbar. Allerdings seien das Ausnahmen und als solche mit Zweifeln behaftet, ohne dass eine Gewissheit herbeigeführt werden könne. Auf Grund der vielen

Unsicherheiten sei die Borreliose dadurch gekennzeichnet, dass „viele Köche den Brei verderben“. Weil bestimmte Kenntnisse nicht gesichert seien, sei es möglich, Behauptungen aufzustellen, die so nicht wiederlegbar seien.

■ Es sei richtig, dass sich in Folge einer Neuroborreliose oder auch einer Hauterkrankung in Folge der Borreliose Schäden bilden können, die bei ihrer Entstehung eindeutig einer Borrelieninfektion zuzuordnen seien, die dann über Jahre persistieren und sich nicht zurückbilden und letztlich irreparable Schäden hinterließen. Diese Folgeschäden seien dann auf eine Borrelieninfektion zurückzuführen.

■ Bei der Neuroborreliose gebe es klinische Konstellationen, die man nahezu „am Telefon diagnostizieren könne“.

■ Die konkrete Beurteilung einer Borreliose müsse sehr einzelfallabhängig und einzelfallbezogen durchgeführt werden.

## Zu antibiotischen Behandlung

■ Eine von Borrelien erworbene Resistenz gegen Antibiotika gebe es noch nicht. Dies sei wissenschaftlich belegt. ■

# Gutachter vom Gericht gegängelt?

Bei einer Befragung von Gutachtern gab etwa ein Viertel an, beim Gutachtenauftrag durch das Gericht eine Tendenz signalisiert bekommen zu haben.

Speziell der Fall Gustl Mollath, dessen Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik auf Grund eines psychiatrischen Gutachtens erfolgte, löste in Deutschland eine heftige Debatte aus. Um dieser Diskussion eine wissenschaftliche Grundlage zu geben, wurde im November 2013 eine Studie zur „Begutachtungsmedizin in Deutschland am Beispiel Bayern“ Bestandteil einer Dissertation. Auszüge veröffentlichte das Deutsche Ärzteblatt.

Von 243 gutachterlich tätigen Sachverständigen wollten 127 nur anonym antworten. Sie wurden unter anderem befragt, wie hoch der Anteil ihrer Einkünfte aus Gutachten sei. 18,2 Prozent der Humanmediziner räumten ein, dass sie mehr als 50 Prozent ihrer Einnahmen aus Gutachtenhonoraren erwirtschafteten, von den Psychiatern waren es 29,2 Prozent, von den Psychologen 48,8 Prozent.

Auf die Frage, ob man ihnen „Tendenzen“ des Prozessausgangs signalisiert hätte, behaupteten nahezu zwei Drittel aller Befragten, dass dies noch nie geschehen sei. Jedoch in Einzelfäl-

len erinnerten sich 17,3 Prozent der Mediziner, 28 Prozent der Psychiater und 42,5 Prozent der Psychologen, dass Ihnen von Gericht eine Tendenz signalisiert worden sei, in die das Gutachten laufen solle.

Befragt, ob ihnen vom Kollegenkreis derartige aufgegebenen Tendenzen bekannt seien, hatten 28,8 Prozent der Mediziner, 32 Prozent der Psychiater und 57,5 Prozent der Psychologen von Einzelfällen gehört. An eine Häufigkeit dieser Beeinflussung erinnerten sich 2,5 Prozent der Mediziner und 2 Prozent der Psychiater. ■

# Lyme-Borreliose

## Trigger für ein Fibromyalgie-Syndrom?

Mitgliederversammlungen und Symposien von Betroffenen mit Borreliose beziehungsweise Fibromyalgie postulieren fast dogmatisch eine strikte Trennung beider Erkrankungen. Bedauerlicherweise gibt es noch immer zu wenige Fachleute, die das jeweilige Krankheitsbild ausreichend kennen. Noch weniger zahlreich sind diejenigen Ärzte, die „beide“ Krankheitsbilder kompetent beurteilen und bewerten können. Diesen Umstand stellen jene fest, die Akten aus Sozialgerichtsverfahren lesen, welche das eine oder andere der angesprochenen Krankheitsbilder zum Inhalt haben.

Das Hauptproblem der Differenzierung beider Krankheiten sind die für beide typischen, meist sogar identischen Erscheinungsbilder. Die Liste dieser Krankheitsmerkmale ist lang und hinlänglich bekannt.

Bei der Betreuung von Patienten mit einer Fibromyalgie-Anamnese stößt man bei aufmerksamer Befragung und subtiler Untersuchung nicht selten auf eine bisher nicht erkannte Borrelieninfektion. Erst durch eine labormäßige Bestätigung von pathologischen Titererhöhungen wird evident, dass zu einem früheren Zeitpunkt eine körperliche Auseinandersetzung des Betroffenen mit Borrelien stattfand.

Bei Fibromyalgie-typischen Symptomen und Funktionsstörungen weiß der Untersucher nicht auf Anhieb, ob diese Krankheitszeichen ausschließlich der Fibromyalgie anzulasten sind oder der Borreliose, falls letztere noch aktiv ist. Die Entscheidung, ob nur eine der beiden Erkrankungen oder sogar beide zugleich bestehen,

ist selbst für erfahrene Diagnostiker schwierig zu treffen. Hilfestellungen durch Voruntersucher sind meist frustrierend. Leidvoll sind hierbei die Erfahrungen vor allem mit Kollegen aus dem neurologisch-psychiatrischem Fachbereich oder mit Psychosomatikern, die bekanntermaßen fast unisono auf der Grundlage der „Leitlinien der Neurologischen Fachgesellschaft“ eine noch aktive Borreliose generell ablehnen (**weil etwa eine Liquoruntersuchung negativ war!**).

Wenn irgendwann in früherer Zeit eine Antibiose stattfand, gleichgültig, ob diese auch hinsichtlich Dauer und Dosis adäquat durchgeführt wurde, gilt dies für jene Kollegen als Beweis für eine „geheilte“ Borreliose. Eigentlich sollte es sich doch unter Ärzten herumgesprochen haben, dass eine Borreliose niemals als ausgeheilt, allenfalls als „ruhend“ eingeschätzt werden darf (Willi Burgdorfer). Diese Tatsache spielt aber bei der Überlegung einer noch möglichen aktiven Borreliose eine entscheidende Rolle.

Dass die oben angesprochenen Kollegen nicht nur Betroffene mit Borreliose, sondern gleichermaßen mit Fibromyalgie häufig völlig falsch beurteilen und gerne als Ausweichdiagnose eine „anhaltende somatoforme Schmerzstörung“ diagnostizieren, ist fast Standard. Schon definitionsgemäß beschreibt eine somatoforme Schmerzstörung ...

**„einen andauernden schweren und quälenden Schmerz, der durch einen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt werden kann. Der Schmerz tritt in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psy-**

Von Thomas Laser



Thomas Laser

**chosozialen Problemen auf“.**

Die Kollegen, leider oft genug auch Orthopäden, die eine fundierte Palpation eigentlich gelernt haben sollten, haben ihre untersuchten Patienten fast nie ausreichend körperlich untersucht, das eigentliche Substrat der Schmerzen an den Muskeln somit auch nicht „begriffen“!

Bei der Bewertung eines Patienten mit typischen Fibromyalgiezeichen spielen die schmerzhaften Muskelausgangspunkte der vorwiegend tonischen Muskulatur eine wichtige, sicher aber keine entscheidende Rolle. Gegner der Befürworter von diesen „Tenderpoints“ (allen voran Dr. Wolfgang Hausotter) werden nicht müde, eine vermeintliche Kehrtwende des Erstbeschreibers der Tenderpoints, Frederick Wolfe, USA, zu zitieren, der im Jahre 2003 die Bedeutung der 1990 als Kriterium apostrophierten

Tenderpoints angeblich widerrief.

Richtig ist jedoch folgende Aussage:

*At the time those criteria were developed, tender points were considered to be the most important features of fibromyalgia. Today many observers believe that fatigue, cognitive disturbances and other symptoms may be more important* (Kratz,RS, Wolfe,F. Fibromyalgia diagnosis: a comparison of clinical, survey and ACR criteria. *Arthr. Rheum.* 54: 169-176, 3003).

Für mich gelten unverändert die Tenderpoints, die durch eine feinfühlig-manuelle Palpationsuntersuchung gut nachgewiesen werden können, als typische Zeichen einer Fibromyalgie, die in dieser Form bei der Borreliose nicht vorkommen. Bei letzterer finden sich Schmerzen im Muskelbauch und im Bereich der Faszien sowie in betroffenen Gelenken, nicht aber an den Muskelansätzen. **Wer Tenderpoints nicht von Triggerpunkten unterscheiden kann oder beides für identisch erachtet, disqualifiziert sich per se.** Eine Differenzierung der Weichteilbefunde gelingt nur durch eine sehr subtile Palpationstechnik, die viel Erfahrung sowie gute anatomische und myologische Kenntnisse voraussetzt. Wer die Fibromyalgie oder die Borreliose begreifen will, muss den Patienten auch „begreifen“.

Hinweise des Betroffenen über immer wieder schubweises Auftreten von meist stunden- bis tagelangen Schmerzspitzen (oft mit leichtem Fieber verbunden) sind hingegen bei der Fibromyalgie nicht vorhanden und pathognomonisch für die aktive Borreliose.

Es würde zu weit führen, wenn an dieser Stelle alle deckungsgleichen und unterschiedlichen Einzelbefunde der Fibromyalgie und der Borreliose aufgelistet würden. Genaue Kenntnisse der jeweiligen individuellen Krankheitsverläufe sowie deren klassischen Merkmale sind Voraus-

setzung, um sich ein verlässliches Bild machen zu können.

Nun findet man aber immer wieder die Konstellation, dass beide Krankheiten vorzuliegen scheinen. Bei genauer Analyse der Anamnese findet man fast immer die Reihenfolge einer Ersterkrankung mit Borreliose, die dann eine (sekundäre) Fibromyalgie nach sich zieht.

Diese Situation wird in der Literatur nur marginal erwähnt, findet sich aber in der Praxis doch recht oft. Die Frage, ob es bei Ersterkrankung mit Borreliose sekundär zu einer Fibromyalgie kommen kann, wird gerne von anderen Autoren verneint.

### ■ Kompromiss: Stressfolgekrankheit

Ein Streitgespräch anlässlich eines Symposiums vor einigen Jahren zum Thema Fibromyalgie zwischen Dr. Wolfgang Hausotter, Dr. Martin Offenbacher und mir kam letztlich zu dem Konsens, dass man die Fibromyalgie generell als „Stressfolgekrankheit“ verstehen kann. Neue Veröffentlichungen von anderen Autoren (Egle) bestätigen diesen Konsens. Wenn die Fibromyalgie also nach allgemein gültiger Vorstellung als Stressfolge verstanden wird, so ist es leicht vorstellbar, dass eine über Monate bestehende Borreliose mit ihrer Multiorganerkrankung und der erheblichen Beeinflussung der körperlichen und psychischen Leistungsfähigkeit als Stressor fungiert. Bei Menschen mit besonderen prae-disponierenden Faktoren (Stressvulnerabilität) führt dann die weitere chronische Schmerzsituation zur Ausbildung einer generalisierten Tendomyopathie im Sinne eines Fibromyalgiesyndroms.

Dass solch Betroffene mit überlappenden Funktionsstörungen nebenbei auch erhebliche psychische Störungen aufweisen können, ist allen Kennern beider Krankheitsbilder bekannt.

Der bei der Fibromyalgie und glei-

chermaßen bei der Borreliose eintretender Entstehungsweg: chronischer Schmerz – reaktive Depression – Angststörung ist von etlichen Autoren beschrieben worden (Egle, Pongratz, Laser, Neeck, Zieglgänsberger und andere).

Zusammengefasst lässt sich feststellen, dass viele vermeintlich an einer Fibromyalgie Erkrankte **nicht diagnostizierte Borreliosekranke** sind. Viele an einer Borreliose erkrankte Menschen entwickelten in der Folge eine Fibromyalgie, die Borreliose selbst „ruht“. Verständlicher Weise sind die in solchen Fällen bestehenden Schmerzzustände einer Antibiose nicht zugänglich. Und schließlich gibt es das Mischbild beider noch bestehenden Erkrankungen, was die Differenzierung ausgesprochen problematisch werden lässt.

Die Therapie in solchen Fällen richtet sich zunächst gegen die Borreliose, wobei hier die Empfehlungen der Deutschen Borreliose-Gesellschaft anzuwenden sind. In etlichen Fällen hat sich gezeigt, dass sich die sekundäre Fibromyalgie-Symptomatik nach adäquater Therapie der Borreliose spontan zurückbildet.

### ■ Fazit:

**Das Krankheitsbild einer Fibromyalgie oder einer Borreliose beziehungsweise beider Erkrankungen zugleich beurteilen zu können, erfordert eine sorgsame anamnestiche Abklärung, eine subtile Untersuchung nach manualmedizinischen Palpationstechniken und eine über den Tellerrand hinausschauende gesamtmedizinische Bewertung aller Fakten.** ■

Der Autor ist Facharzt für Orthopädie, Sozialmedizin  
Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin  
Institut f. Ärztliche Begutachtung  
94086 Bad Griesbach

Literatur beim Verfasser

## Die Vielfalt des Begriffes **Standard**:

### **Standard der Medizin**

in der Betrachtung des  
 wissenschaftlicher Standard, „... **autistisch-undisziplinierten Denkens in der Medizin ...**“  
 fachlicher Standard, Eugen Bleuler, Professor der Psychiatrie  
 medizinischer Standard, Springer Verlag, 5. Aufl., ISBN 3-540-03468-4 1975  
 ärztlicher Standard – **Was versteht man darunter? Was bedeutet die Auffächerung?**

Der Begriff „Standard“ hat nicht nur etwas mit Medizin zu tun, sondern ist auch im Recht verankert!

§ 2 SGB V: allgemein anerkannter Stand der medizinischen Erkenntnisse  
 (allgemein anerkannter Stand der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse)  
 § 2(3) MBO: anerkannter Stand der medizinischen-Erkenntnisse  
 § 630a BGB: der zum Zeitpunkt der Behandlung bestehende  
 allgemein anerkannte fachliche Standard

### **Vielfach liest und hört man auch:**

Stand des Wissens,	... des Fortschritts	<b>„Seit 30 Jahren wird die          Borreliose falsch          behandelt.“</b> Prof. Dr. W. Graninger, Wien Uni. Ulm Febr. 2011
Stand des medizinischen Wissens		
wissenschaftliche Grundsätze des	Standes der Medizin	
jeweiliger	Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse	
	Stand der medizinischen Wissenschaft	
	Standardbehandlung, ... therapie	
	Mindest-Standard (BGB, Patientenrechtegesetz)	
rechtlicher	Standard	
geforderter	Standard	
	Standardverletzung	
	– fachlich gebotene Qualität (§ 135a SGB V) (good practice)	
Absenkung, Abschmelzen des	Standards	
	Standesethik	
ärztliches	Standesrecht ... ist ausgehebelt.	

Die Vielfalt ist äußerst verwirrend. Nach **heutigem** Sprachgebrauch zeichnet sich aber durchaus eine Ordnung ab. Es existiert **kein einheitlicher Standard**, sondern lediglich einen **Stand**, den man aufgrund der unterschiedlichen Wissensverfügbarkeit erwarten darf:

### **„Standard“**

ist der **geringst** verfügbare **Level**,

Beispiel aus der Borreliose-Behandlung:

Erythema migrans – Arzt: „Da braucht man nichts machen. Das vergeht von allein.“,

**„allgemein anerkannter Stand der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse“** der **höchste Level**.  
 an diesem ▲ Übergang herrscht eine **allgemeine große Kluft!**

### **Davon ableitbar sind die unterschiedlichsten Standards in der medizinischen Praxis:**

**allgemein(er) Stand(ard)**

Beispiel aus der Borreliose-Behandlung:

Cortison-Salbe bei einem Erythema migrans (Wanderröte) statt Doxycyclin,

**anerkannter Stand(ard)**

Beispiel aus der Borreliose-Behandlung:

(Flucht-)Diagnose FMS, MS, „Rheuma“, ALS, etc. Ein Arzt: „Ein Arzt diagnostiziert das, was er kennt.“

**allgemein anerkannter Stand(ard)**

Beispiel aus der Borreliose-Behandlung:

Arzt: „Das ist psychisch!“ – siehe Pat-LL AWMF Nr. 051/001: „Mein Arzt findet nichts.“

**Stand(ard) der medizinischen**

**Erkenntnisse**

Beispiel aus der Borreliose-Behandlung:

Doxycyclin im Stadium II / III oder Spätstadium der Borreliose statt Ceftriaxon i.v.

**allgemein anerkannter Stand(ard) der medizinisch - wissenschaftlichen Erkenntnisse**

Beispiel aus der Borreliose-Behandlung:

Anerkennung und Anwendung der **wissenschaftlichen Literatur**.

Nur dazu fehlen den deutschen Ärzten die Grundlagen der Fächer *Infektiologie, Klinische Pharmakologie\**.

Das größte Manko der deutschen Medizin / Psychologie: es fehlen außerdem Kenntnisse im Fach **Ethik\***.

\* Nach 9. Änderung der Approbationsordnung für Ärzte (ÄAppO) im Oktober 2003 in die universitäre Ausbildung eingeführt.

## OLG München

„Nur ein Skandal oder ein Komplott“ orakelt das Borreliose-Jahrbuch 2014 (ISBN 978-3-7322-5642-6) über das Urteil des Oberlandesgerichts (OLG) München. Unter dem Aktenzeichen 25U 2548/12 verkündete das OLG am 17. Mai 2013: **„Bei der gutachterlichen Beurteilung, ob ein Patient sich eine Borrelioseinfektion zugezogen oder an Borreliose erkrankt ist, kommt den Leitlinien der Deutschen Borreliose Gesellschaft e.V. (DBG) keine entscheidende Bedeutung zu.“**

Gegen diese Unglaublichkeit definierte der BFBD das Manifest Nr. 2 als besondere Art eines Protestes (download [www.bfbd.de](http://www.bfbd.de)) und infor-

mierte Mitglieder und die Anwälte des BFBD-Anwälteteamnetztes über die markanten Evidenz-Unterschiede der dem Gericht vorliegenden Leitlinie „Neuroborreliose“. So wirkten an der Neurologen-Leitlinie sieben Experten mit, an der DBG-Leitlinie 24 sowie zwei Patientenorganisationen. Die Neurologen schöpften aus 60 Literaturquellen, die DBG aus 162. Die Quellen der Neurologen reichen bis in Jahr 2007, die der DBG bis 2010.

Wie ein abgekartetes Spiel sieht dieser OLG-Hinweis auch deshalb aus, weil kurze Zeit nach Veröffentlichung das sogenannte Versicherungsforum eine Tagung abhielt, in

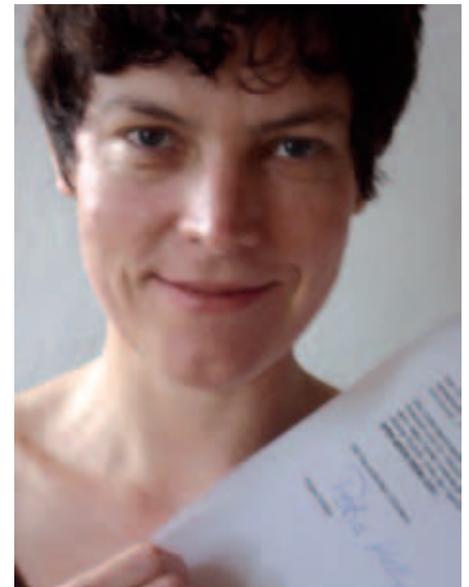
dem es unter anderem um dieses Urteil ging und wie es sich zur Abwehr von Ansprüchen einsetzen ließe. Presse war nicht erwünscht. Aus dem Leitbild des Versicherungsforums sind deren Absichten zur Lobbyarbeit nicht geheim: **„Wir bündeln die Interessen der Versicherungsunternehmen und deren Partner und formulieren sie gegenüber politischen Entscheidungsträgern.“** Die Versicherten, die brav ihre Beiträge zahlen, um vor den Folgen einer Borreliose abgesichert zu sein, können damit ausgetrickst werden. ■

Quelle: [www.versicherungsforum.de](http://www.versicherungsforum.de)  
Siehe Seite 21 (Borreliose-Logo)

## In Memoriam Petra Heller

Im Zweifel gegen die Eltern, urteilte das Gericht in Bamberg und entzog Petra Heller Sohn Aeneas, damals 9 Jahre alt, weil sie ihn auf Borreliose behandeln ließ. Das war 2004. Grund war eine teuflische Gegen-Diagnose, anscheinend erfunden, um Jugendämter wie das Bamberger vor Konsequenzen für falsche Entscheidungen zu schützen: Münchhausen-by-proxy-Syndrom. Aeneas habe gar

keine Borreliose gehabt, sondern seine Mutter sei psychisch krank. Das Kind müsse vor der Mutter geschützt werden. Ähnliches lasen wir über Joshua aus Amsterdam (BW Kinder). Monatelang protestierten Selbsthilfegruppen und die behandelnden Ärzte –, Borreliose-Experten – jeden Samstag auf der Straße. Aeneas kam in ein Kinderheim. Vergeblich bat der Opa, seinen Enkel noch einmal in die



Arme nehmen zu dürfen, bevor er starb. Die Mutter flüchtete über neun Jahre, weil sie stets mit einer Zwangseinweisung rechnen musste. Das Jahr 2013 sollte ein besonderes werden. Aeneas wurde volljährig und entkam der behördlichen Willkür. Auch ihre eigene Borreliose schien besiegt. Doch es gab kein Happyend. Petra Heller, 50, verstarb am 13. Oktober 2013. Allein. In einem Schweizer Hotelzimmer. ■

## Neuroborreliose mit Hirn-Infarkt \* siehe auch Seite 9

Eine Beteiligung des Zentralnervensystems am Geschehen einer Neuroborreliose sei selten? Davon gingen Ärzte des Klinikums Hanau und der Horst-Schmidt-Kliniken in Wiesbaden aus, bis sie Fälle mit einer ungewöhnlichen Kombination von Subarachnoidalblutung mit Hirn-Infarkten und zerebraler Vaskulitis vor sich hatten. Letztlich war eine Neuroborreliose der Auslöser.

Neuroborreliose kann mit zerebraler Vaskulitis einhergehen. Dabei handelt es sich um eine angeblich sehr seltene immunologisch bedingte Entzündungen der Gefäßwände, die jedoch in Folge einer Infektionserkrankung auftreten kann. Zwei solche Fälle wurden auf der Arbeitstagung NeuroIntensMedizin (ANIM) im Januar 2013 vorgestellt und diskutiert. Eine 67-jährige Patientin im Klinikum Hanau litt unter Kopfschmerzen und Wortfindungsstörungen. Nach einem positi-

ven Liquorbefund, **bei negativem Antikörperstatus IgG und IgM**, wurde sie antibiotisch behandelt. Trotzdem entwickelte die Patientin nach zwei Wochen eine Hemiparese, eine auf einer Körperhälfte auftretende leichte und unvollständige Muskellähmung. Zudem litt sie unter einer Aphasie (Sprachlosigkeit). Unter fortgesetzter Antibiose und Kortisontherapie bildeten sich die Symptome und die Liquor-Pleozytose nach und nach zurück. Nach fünf Wochen konnte die Patientin mit immer noch leichter Hemiparese und diskreter Aphasie in die Reha entlassen werden.

Ein zweiter Fall beschrieb eine fast gleichaltrige Frau, die trotz Wachheit als orientierungslos bezeichnet wurde. Auch sie wies Lähmungen in einem Bein auf und hatte Probleme, sich sprachlich auszudrücken. Die Computertomographie zeigte beidseitige Subarachnoidalblutungen.

Dabei handelt es sich um freies Blut in dem mit Hirnflüssigkeit gefüllten Subarachnoidalraum. IgG-Antikörper gegen Borrelien erwiesen sich im Serum wie im Liquor als positiv, obwohl sich Liquorkulturen als steril darstellten. Die Patientin wurde unter anderem 21 Tage mit Ceftriaxon behandelt. Die Autoren sprachen von einer „dramatisch klinischen Besserung“. Lediglich die Lähmungen am Bein blieben zurück.

Eine zerebrale Vaskulitis im Rahmen einer Borrelieninfektion manifestiere sich vor allem in Thalamus- und Hirnstamm-Infarkten, so die Wiesbadener Arbeitsgruppe um Prof. Dr. Gerhard F. Hamann. Der beschriebene Fall zeige, dass auch bei der ungewöhnlichen Kombination von Subarachnoidalblutung mit Hirn-Infarkten unklarer Genese an eine Neuroborreliose gedacht werden müsse. ■

Quelle: Medical Tribune

## Opiate – als Schmerztherapie?

„... zu häufig, zu viel, zu lange“ kritisiert der Journalist Michael Brendler den sich ständig steigenden Einsatz von Opiaten. Obwohl bekannt ist, dass sie abhängig machen, würde immer häufiger verschrieben. Seit 1993 habe sich die Zahl der verordneten **Tagesdosen vervierfacht**. Schätzungsweise würden 260.000 Deutsche dauerhaft mit Opioid-Analgetika behandelt. Jeder Dritte sei möglicherweise schon davon abhängig. Das Deutsche Ärzteblatt zitierte aus einer Studie aus 2013, wonach drei Viertel aller Tagesdosen Patienten mit Rücken-, Gelenk- und anderen Nicht-Tumorleiden verordnet würden. Ein Patient berichtet über die Nebenwirkungen: „Ich war immer mehr neben der Kapp“ (hes-

sich: Ich stand neben mir). Er sei zum Beispiel statt der erlaubten 80 immer nur 40 gefahren und habe es nicht einmal gemerkt.

Diese Schmerzmittel machen nicht nur müde, wurstig und unkonzentriert, sondern sie bringen auch die Geschlechtshormone und das Immunsystem durcheinander, analysiert Brendler. Bei alten Menschen würden sie die Gefahr von Stürzen und Knochenbrüchen steigern. Es häufen sich angeblich auch Hinweise, dass eine Opiat-Dauertherapie langfristig die **Schmerzempfindlichkeit erhöhe**.

In Deutschland werden jährlich Opiate im Wert von mehr als einer Milliarde Euro verschrieben. Pharmakritiker wie Rainer Sabatowski

analysierte in einer Studie, dass „in der Praxis gerne zu besonders teuren und besonders starken Opiaten gegriffen werde. Eine andere Studie hatte ergeben, dass in acht von zehn Fällen unkritisch Wirkstoff-Pflaster verordnet würden, selbst wenn sie für diese und jene Therapie nicht geeignet wären. Neuerdings gäbe es sogar Opiat-Lutscher und –Nasensprays. Wolfgang Koppert, Chef der Anästhesie der Medizinischen Hochschule Hannover, beschreibt die Opiat-Wirkung so: **Es ist wie eine Spritze, nur ohne Nadel**. Die Wirkung schieße schnell ins Hirn ein und erzeuge dort ein sofortiges Wohlgefühl. ■

Quelle: Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung.

## KBV heftig in der Kritik

Alle bisherigen Gesundheitsminister von Schmidt über Rösler bis Bahr rühmten stets die Ärztliche Selbstverwaltung, an die sich kaum ein Politiker auf Bundes- oder Länderebene traut. Erstaunlich ist, dass sich nun ausgerechnet ein von der Pharmaindustrie gesteuertes Presseportal – Univadis/MSD, Tochter von Merck & Co. – daran macht, dem inzwischen zurückgetretenen Geschäftsführer Andreas Köhler der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) einen energischen Abschiedsmarsch zu blasen. Da sei seine Ehefrau ohne Ausschreibungsverfahren auf einen Dezernentenposten beför-

dert worden, von undurchschaubaren Kreditgeschäften sei die Rede, die Staatsanwaltschaft ermittle bereits. Es käme das Organisationsversagen und Missmanagement der KBV ans Tageslicht.

Univadis-Zitat: „Die unbestrittenen Erfolge Köhlers wie steigende Arzthonorare verblassen zunehmend in Anbetracht der nun bekannt werdenden Misswirtschaft, die zu Lasten der Vertragsärzte geht.“ **Gerade verabschiedet sich ein für Borreliose wichtiger Hamburger Kassenarzt von der Zulassung.**

Doch es kommt noch heftiger:

Köhler habe sich mit Genehmigung von Daniel Bahr ein lebenslanges Ruhegehalt zugesichert, das den Ehrensold des Bundespräsidenten weit überschreite und nach seinem Tod zu 60 Prozent an die Ehefrau, die Personaldezernentin, weitergezahlt werden müsse. Wie eine Farce klingt dazu der Rat Köhlers an den neuen Gesundheitsministers Gröhe: „Die Politik sollte den Mut haben, genau hinzusehen, wo es wirklichen Handlungsbedarf gibt“. Köhler selbst sei gleichzeitig aus gesundheitlichen Gründen zurück getreten. ■



## Vitamin D-Nutzen bei 220.000 Patienten untersucht

In den USA hat sich der Umsatz an Vitamin-D-Präparaten zwischen 2002 und 2011 von 42 Millionen US-Dollar auf 605 Millionen US-Dollar mehr als **verzehnfacht**. Immer mehr Menschen schlucken Vitamin D als Sonnenhormon. Der Wissenschaftler Mark Bolland von der Universität in Auckland nahm mit seinen Mitarbeitern zur Beweisführung sehr viele Studien für eine Meta-Analyse unter die Lupe.

Neun Studien mit 48.647 Patienten  
acht Studien mit 46.431 Patienten  
sieben Studien mit 48.167 Patienten  
22 Studien mit 76.497 Patienten

Lediglich in zwei Studien an Heim-

bewohnern war eine günstige Wirkung nachweisbar und dies auch nur, weil Vitamin D mit Kalzium kombiniert wurde und so Frakturen vermieden wurden. Weder auf Krebs, noch auf Herz-Kreislauf oder Schlaganfall hätte die Gabe von Vitamin D einen Einfluss gezeigt.

Der Schwedische Forscher Karl Michaëlsson von der Universität Uppsala fand kürzlich heraus, dass die Sterblichkeit nicht nur bei einem Vitamin-D-Mangel steigt, sondern auch bei zu Hohen Vitamin-D-Spiegeln. ■

Quelle: Aerzeblatt.de

**Kommentar der Redaktion:**  
Erstaunlich, diese Meta-Analyse. Eigentlich wäre das gegenteilige Resultat zu erwarten gewesen; denn die Hersteller dieser Vitamine erwirtschafteten diese Umsatzsteigerungen ausschließlich mit starker (finanziell gestützter) Lobbyarbeit bei Medizinern und Medien. In diesem Fall hat es nicht funktioniert.

## Über 3 Milliarden Dollar Verluste durch Lyme-Borreliose\*

Der Pharmahersteller Bayer bläst zum weltweiten Kampf gegen die Krankheitsübertragung durch Parasiten wie Zecken und Flöhe. Bereits zum dritten Mal trafen sich

Experten für Zoonosen, Veterinäre und auch Humanmediziner aus dem weltweiten Gesundheitswesen zu einer Web-Konferenz\*

Quelle: Dr. Zhang, CDC, USA (vergleichbar mit Robert Koch-Institut). [www.animalhealth.bayerhealthcare.com](http://www.animalhealth.bayerhealthcare.com)

# FSME-Impfstofflobby macht mobil

## Borreliose unter den Tisch gekehrt

Von Ute Fischer

Die beim Robert Koch-Institut gesammelten FSME-Fälle sind wieder Anlass, zum Impfen gegen FSME aufzurufen. 411 FSME-Fälle habe es in 2013 gegeben, mehr als doppelt so viele wie im Vorjahr (195). Angeblich sei die Zahl der Borreliosen in den Ländern mit Meldepflicht auf das Anderthalbfache gestiegen. Freilich wird da keine Zahl genannt. Dank Verweigerung einer generellen und einheitlichen Meldepflicht gibt es keine. Oh diese Pharisäer.

Die Zeckenaktivität sei 2013 deut-

lich höher gewesen, so Dr. Rainer Oehme vom Landesgesundheitsamt Baden-Württemberg (Mitglied unseres Wissenschaftlichen Beirats); das liege aber entscheidend am Wetter an freien Tagen und daran, dass sich nur Menschen infizieren können, die sich im Freien bewegen. Daran ist sicher etwas.

Dr. Wolfgang Hautmann vom Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (LGL), stellte auf Grund erster Erfahrungen mit der Borreliose-Meldepflicht in

Bayern fest, dass Borreliose eine der häufigsten meldepflichtigen Erkrankungen sei. Zahlen bleibt er schuldig. In fast allen Fällen würden Erkrankungen durch die typische Wanderröte auffällig. (Redaktion: Falsch). Komplikationen wie Neuroborreliose machten weniger als zwei Prozent aus. (Woher weiß er das? Dr. Fingerle lässt grüßen). Und: „Borreliose lässt sich in der Regel gut mit Antibiotika behandeln.“ Amen. ■

## Medizin-Nobelpreis 2013

### Vesikel - ein Transportsystem im menschlichen Körper

Das Botenstoffe und Hormone zur rechten Zeit am rechten Fleck sind, dafür sorgen sogenannte Vesikel. Sie reisen wie Fähren durch unseren Körper und transportieren Substanzen zu Zellen oder entsorgen deren Inhalte. Dafür folgen sie einer bestimmten Zell-Logistik. Wird diese Logistik durch Bakterien oder Toxine

(Gifte) gestört, kommt es zu einer Transport-Blockade, die zu Krankheiten führen kann, zum Beispiel Epilepsie. Entschlüsselt hat dieses Transport-System unter anderen der deutsche Biochemiker Thomas Südhof. Zu hoffen für die Borreliose-Forschung ist, dass diese Erkenntnis auch neue Impulse für den Nachweis

von schädigenden Substanzen aus Bakterien, zum Beispiel Bbtox1, und Viren in den Körperzellen erzeuge. Bbtox1 ist das Neurotoxin der Borrelien, das bis heute nicht nachgewiesen wurde und daher noch immer hypothetisch beäugt wird. ■

Quelle: Prof. Fred Hartmann f.

## Kanadische Politikerin verlangt nationale Strategie gegen Lyme-Borreliose

Elizabeth May, Vorsitzende der kanadischen Grünen und Parlamentsmitglied, verlangt nach einem nationalen Plan zur Vorbeugung und Behandlung der Lyme-Borreliose. Zu diesem Zweck schrieb sie ihre politischen Kollegen an und bekniete sie, eine Petition zu unterzeichnen, die in ein neues Gesetz münden soll. May

prangert dabei die Situation von Zehntausenden von Kanadiern an, die unter den Mängeln des kanadischen Gesundheitssystems leiden und keine Hilfe bekommen würden. Am 4. März 2014 begann sie diese Debatte im Unterhaus mit dem Ziel, die Auswirkungen der Lyme-Borreliose und ihre Bekämpfung und

Behandlung gesetzlich zu regeln.

Ob Elizabeth May an Lyme-Borreliose leidet, ist nicht bekannt. Aber dem BFBFD ist bekannt, dass einige Politiker Lyme-Borreliose haben und sich trotzdem nicht für die Patienten einsetzen; im Gegenteil, auf Anfragen des BFBFD gleich gar nicht antworten. ■

# Eine der ältesten Borreliose-Selbsthilfegruppen Deutschlands

Von Klaus Gesell

Mein Aufsatz handelt von einer der ältesten in Deutschland gegründeten Selbsthilfegruppen (SHG), in der mehrere Tausend an Borreliose erkrankten Personen Trost und Hilfe fanden. Augsburg. Er soll Aufschluss geben, wie wechselhaft eine SHG verlaufen kann. Nach 20 Jahren kann ich aus Erfahrung sagen, dass selbst ein in den Brunnen gefallenes Kind wieder herausgeholt werden kann, auch wenn man im Laufe der Jahrzehnte Enttäuschungen und Verletzungen erfährt von Menschen, die unter dem Mäntelchen der Tugend vertuscht werden sollen.

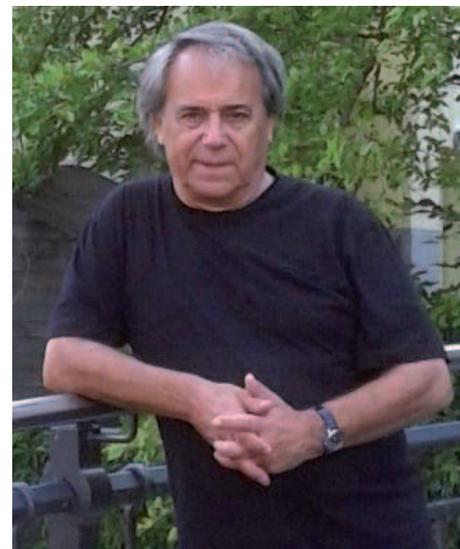
Der vielversprechende Auftakt unserer SHG war am 08.12.1995 im damaligen BKK Gesundheitszentrum Augsburg, hier bekamen wir unseren ersten Gruppenraum. Die eigentliche Schwachstelle war immer ich, da ich keine Erfahrung hatte, wie man eine SHG führt oder gestaltet. Nach zweistündigen Gesprächen pro Gruppenabend war ich - selbst an einer Neuroborreliose leidend - an die Grenzen meiner Belastbarkeit gelangt. Die Rache meines Körpers bekam ich schon in der gleichen Nacht oder am nächsten Tag zu spüren. Die finanziellen Angelegenheiten, öffentliche Gelder habe ich nicht in Anspruch genommen, fing ich persönlich ab.

Durch die, für viele bayerische SHG verheerenden Aktivitäten unseres damaligen Gesundheitsministers Seehofer, verloren wir dann unseren inzwischen lieb gewonnenen Hort im Gesundheitszentrum. Ich begab mich auf Zimmersuche und fand dankbarerweise bei der Geschäftsführung der AOK Augsburg, Verständnis, Trost, Hilfe und

vor allem einen tollen Gruppenraum.

1999 war für mich persönlich ein schreckliches Jahr. Krankenhäuser und Therapien lösten sich ab, meine Ehe ging in die Brüche und da ich mein Leben allein nicht mehr bestreiten konnte, brauchte ich dringend Hilfe. Meine einzige Chance, Hilfe zu finden, lag im Restbestand meiner Familie, in meiner Heimatstadt Würzburg. Also Wegzug von Augsburg. Die SHG (mein Kind), sollte nach all der Arbeit und Mühe weiter erhalten bleiben. Ich war der Meinung, dass ich mit drei ausgewählten Damen, die der bestehenden Gruppe angehörten, eine gute Wahl getroffen hatte, um ein weiteres Bestehen der SHG zu gewährleisten. Telefonisch konnte ich ja immer noch viel zur Entlastung beitragen, da meine Anschrift durch den Deutschen Borreliose Bund, der inzwischen gegründet wurde, meine Anschrift und Telefonnummer überall verbreitet wurde. In dem inzwischen in Borreliose und FSME Bund Deutschland (BFBD) umstrukturierte Borreliose Bund, fand ich die Menschen, denen ich mich anvertrauen konnte und deren Vertrauen ich hoffentlich bis heute besitze.

Um „Die unendliche Geschichte“ von Michael Ende nicht ein zweites Mal zu erzählen, entschlief ich mich zu einer Kurzfassung. Nach einem sechswöchigen REHA mit Aufenthalt in Bad Hersfeld, konnte ich eine bereitgestellte Wohnung in Würzburg beziehen. Ich nahm mit dem gut geführten Selbsthilfebüro der Stadt Würzburg Kontakt auf und durfte in der Selbsthilfezeitung Nr. 30 in einem Aufsatz über die Gefah-



ren der Borreliose berichten. Dabei lernte ich ein Team von hilfsbereiten, aufgeschlossenen, freundlichen jungen Frauen kennen. So nahm ich gern an verschiedenen Veranstaltungen und Festlichkeiten der Kontaktstelle teil. Mein Gesundheitszustand stabilisierte sich etwas und ich ging in Rente. 2006 verlegte ich meinen Wohnsitz wieder zurück nach Augsburg.

Selbstverständlich nahm ich wieder mit der Gruppe Kontakt auf. Auf Bitten war ich bereit, verschiedene Gruppenabende zu moderieren, kleine Vorträge zu halten oder den gesamten Abend zu übernehmen. Inzwischen leite ich die Selbsthilfegruppe wieder alleine. ■

Die aktuellen Adressen der **Borreliose-Selbsthilfegruppen** befinden sich für diese Ausgabe auf der Rückseite der lose eingelegten Chronik **20 Jahre Borreliose-Selbsthilfe.**

# Hilfe zur Selbsthilfe

Seit Mai 2007 existiert, neben den zahlreichen regionalen Borreliose-Beratungen, ein **BFBD-Beratungsnetz über die einheitliche Telefonnummer 01805 - 006935**. An diesen Gebühren verdient der BFBD nichts. Die Einrichtung dieser virtuellen Servicenummer, die kostenlos von Berater zu Berater weitergeschaltet werden kann, erspart dem BFBD horrenden Weiterleitungsgebühren, die für Sinnvolleres eingesetzt werden können.

**Am Telefon sind mit Borreliose selbst erfahrene, ehrenamtlich tätige private Gesprächspartner.** An stark frequentierten Tagen benötigen Anrufer **Geduld**. Deshalb **fassen Sie sich bitte kurz** und stellen Sie **präzise Fragen**. Bitte bedenken Sie: **Selbsthilfeberatung ersetzt keinen Arztbesuch.**

**Wir helfen Ihnen weiter**  
☎ **0180 - 5006935**

(€ 0,14/Min. aus dem deutschen Festnetz,  
max. € 0,42/Min. aus dem Mobilnetz)

**BORRELIOSE  
UND FSME BUND  
DEUTSCHLAND**  
PATIENTENORGANISATION BUNDESVERBAND



## Rat + Hilfe auf vier Wegen

Ratsuchende in Sachen Borreliose und Co-Infektionen finden in der Homepage des BFBD [www.borreliose-bund.de](http://www.borreliose-bund.de) vier Wege aufgezeigt, um Fragen zu stellen und Antworten zu erhalten.

Nutzen Sie unser „**Online-Beratungs-Ticket-System**“ über die BFBD-Homepage“. Schreiben Sie eine Anfrage. Wir leiten sie an einen persönlichen Berater weiter. Sie werden diskret und individuell per E-Mail betreut, ganz unabhängig von Zeit und Ort.

Rufen Sie die **telefonische Hotline** an. 0180 5006935. Beratungszeiten siehe links.

Nehmen Sie persönlichen Kontakt auf mit unseren **Selbsthilfegruppen** vor Ort. Bleiben Sie sozial angebunden, erfahren Sie Gemeinschaft, Erfolge und Stütze.

Tauschen Sie sich aus in einem **Forum** mit gleichgesinnten, anderen Betroffenen und Engagierten.

**BFBD-Mitglieder signalisieren über die BFBD-Geschäftsstelle, dass sie Rat suchen und werden dann (ohne Warteschleife) zurück gerufen.**

**med1**  
Gesundheit im Internet



### Was ist anders am neuen Borreliose-Forum?

Gezielten Fragen folgen gezielte Antworten.

Unter dem Stichwort Borreliose wird sachlich diskutiert und aktive Auskunft geleistet. Anders als im früheren BFBD-Forum werden keine Nutzer addiert und kumuliert, sondern Ratsuchende kommen und gehen. Es gibt wenig Dauergäste, ausgenommen derjenigen, die auch schon früher nahezu immer online waren, um ihre Erfahrung den weniger Erfahrenen weiterzugeben. Ihnen dankt der BFBD besonders. ■

<p><b>Montag</b> 10.00 bis 12.30 Uhr</p>  <p>Brigitte Binnewies Leiterin der Borreliose Patienten-Initiative Heidenheim</p>	<p><b>Donnerstag</b> 10.00 bis 12.30 Uhr</p>  <p>Günther Binnewies Beirat Patientenrechte/ Buchautor</p>	<p><b>Montagabend</b> 18.00 bis 20.00 Uhr</p>  <p>Simone Bauer Leiterin SHG Tübingen</p>
<p><b>Dienstag</b> 10.00 bis 12.30 Uhr</p>  <p>Klaus Gesell Borreliose-Beratung Augsburg</p>	<p><b>Mittwoch</b> 10.00 bis 12.30 Uhr</p>  <p>Eleonore Bensing Leiterin SHG Bremen</p>	<p><b>Freitagabend</b> 18.00 bis 20.00 Uhr</p>  <p>Ute Fischer Buchautorin Wissenschaftsjournalistin</p>
<p><b>Freitagabend</b> 18.00 bis 20.00 Uhr</p>  <p>Jochen Werner Borreliose Patienten-Initiative Heidenheim</p>	<p>*Bitte beachten Sie:</p> <p>Beratungszeiten können sich ändern. Manchmal tauschen die Berater untereinander. An gesetzlichen Feiertagen ruht die Beratung.</p>	

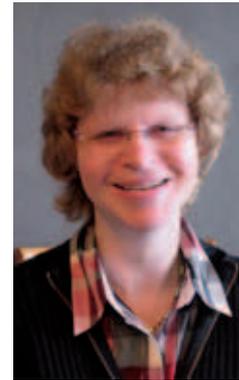
## 6. Berater-Seminar

Selbsthilfegruppen-Leiter hadern zu Weilen damit, dass sie nicht auf jede Frage eine Antwort wissen. Das sollte auch niemand erwarten; denn Selbsthilfearbeit ist Arbeit auf Gegenseitigkeit. Einer hilft dem anderen und alle zusammen sich selbst. Eigentlich sollte starker Andrang nach den rund 20 Plätzen im jährlichen Beraterseminar herrschen, um Antworten auf Fragen zu erhalten, die sich nur im Kollegenkreis und mit einem kompetenten Arzt klären lassen. Auch Nichtmitglieder waren dazu eingeladen. Doch das Kontingent war bedauerlicherweise nicht



Dr. Manfred Becker

ausgeschöpft. Dabei hatten sich zwei hochinteressante Referenten eingefunden. Dr. Manfred Becker aus Bad Orb trat 2007 als erster Arzt dem BFBD als Mitglied bei und signalisierte seine Unterstützung. Inzwischen betreibt er ein Borreliose-Center, in dem zum Beispiel Patienten auch am Wochenende



Christiane Knobling

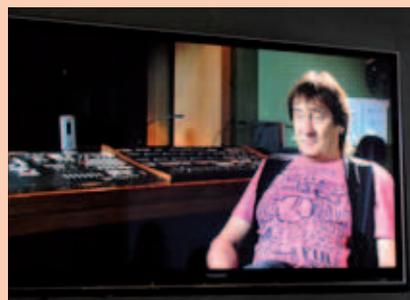
Infusionen erhalten können. Im zweiten Teil referierte Christiane Knobling, eine Ausbilderin der Telefonseelsorge, wie man mit Ratsuchenden umgeht, die ihren Selbstmord ankündigen. Eine Zusammenfassung dieses Seminars ist über die Geschäftsstelle des BFBD zu erhalten.

## Aktiven-Rat



Kinderärztin Dr. Barbara Weitkus

Das Highlight dieser jährlichen Veranstaltung nur für Mitglieder, die sich für die Optimierung der Patientenorganisation – auch ohne Vorstandsamt – einbringen möchten, war die Vorführung des fast fertigen Kinofilms „Das Borreliose-Komplott“ im Auftrag des BFBD. Gemeinsam diskutierten die Anwesenden die einzelnen Takes, Interviews mit betroffenen Kindern, Eltern, Erwachsenen und Dr. Berghoff als Experte. Ein weiterer Filmabschnitt berichtet über das Gutachterwesen in Deutschland und dessen Klüngel untereinander. Eine ungewöhnliche Einlage bescherte Karin Friz mit einer Lektion Lachyoga für grundloses Lachen.



Dieter Birr (Maschine), Frontman der Puhdys

Die Übungen sind eine Kombination aus Klatsch-, Dehn- und Atemübungen sowie pantomimischen Bewegungen und stakatoartiger Atmung. Die Lachforschung stellte fest, dass Lachen nicht nur das allgemeine Wohlbefinden steigert, sondern zugleich entzündungshemmende und schmerzstillende

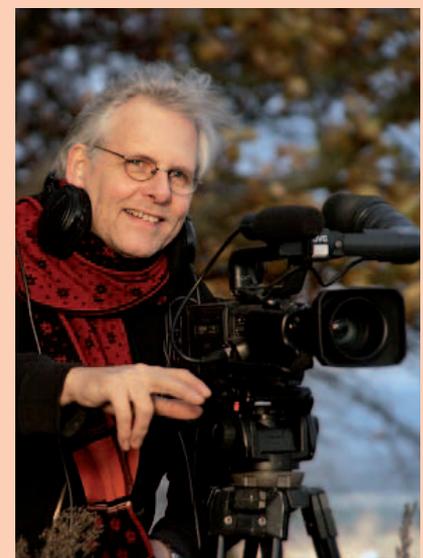


eine empörte Mutter



PD Dr. Walter Berghoff

Substanzen freisetzt. Stresshormone werden abgebaut und das Immunsystem gestärkt. ■



Kameramann und Filmautor Jörg Rehmann

## Wer macht was im BFBD



### Manfred Wolff

Vorsitzender, Leiter der SHG Hassfurt, Ressort Gesundheitspolitik



### Jörg Rehmann

stellvertretender Vorsitzender, Ressort Neue Medien



### Albert Bensing

Schatzmeister



### Karin Friz

Leiterin der SHG Heilbronn, Ressort Co-Infektionen und Selbsthilfegruppen-Unterstützung



### Eva Deuse-Wodicka

Leiterin der SHG Gelnhausen-Schlüchtern, gab ihr Vorstandsamt aus persönlichen Gründen auf. Claudia Siegmund, bisher Beirätin Mitgliederbetreuung, dankte ihr im Namen des Vorstands. Sie wurde mit gleichem Ressort vom Vorstand auf dem Weg der Selbstergänzung (Satzung §13.4) in den Vorstand berufen.



### Jutta Hecker

Geschäftsführerin, Rechtsanwältin  
Schaltstelle zwischen Vorstand, Mitglieder, Förderer und Außendarstellung

### BFBD Geschäftsführung

Postfach 1205  
64834 Münster in Hessen  
Tel. 06071-497 397  
Fax 06071-497-398  
E-Mail: [info@borreliose-bund.de](mailto:info@borreliose-bund.de)

### Claudia Siegmund

Beirätin Mitgliederbetreuung  
Versand der Magazine, Info-Materialien für SHG, KITAs, Sportvereine, Schulen, Ratsuchende und Referenten

### BFBD Servicestelle

Schillerstraße 31  
64823 Groß-Umstadt  
Tel. 06078-917 50 94  
Fax 06078-917 50 96  
E-Mail: [geschaeftsstelle@borreliose-bund.de](mailto:geschaeftsstelle@borreliose-bund.de)



### Günther Binnewies

Beirat Patientenrechte  
SHG Heidenheim

## Vom Nehmen und Geben

Die Vorstandsmitglieder werden nicht selten als „Die da oben“ bezeichnet. Leider wird dabei vergessen, dass wenigstens drei der Vorstandsmitglieder berufstätig sind und dass Vorstandstätigkeit satzungsgemäß freiwillig ehrenamtlich ausgeübt wird. Die meisten unserer Mitglieder sind jedoch im Ruhestand oder Frührentner und suchen vielleicht einen Weg, um sich bei uns einbringen zu können, ohne dass sich eine Pflicht aufbaut. Wie häufig hören wir am Telefon, dass jemand dem BFBD etwas zurückgeben möchte. **Tun Sie es.**

Es ist unrealistisch, dass eine Patientenorganisation mit einer Hand voll Menschen Ziele verfolgen kann,

die Tausenden zu Gute kommen sollen. Es waren etwa 150, die sich im Mai 2013 aufmachten, um in Berlin zu protestieren. Sie investierten Geld für Fahrtkosten und Übernachtung, um Borreliosepatienten eine Stimme zu geben. Mitarbeit im BFBD kostet kein Geld und man kann – wenn man nicht mobil ist – **von Zuhause aus tätig werden.** Vieles lässt sich am Computer erledigen: zum Beispiel in den Seiten der Politiker recherchieren, Adressen ausfindig machen, Ausschüsse finden, Verknüpfungen identifizieren, regional, überregional. Wer gerne repräsentiert, kann ebenfalls aktiv werden, in seinem Bundesland, in seiner Region oder überregional.

**Der Schatzmeister sucht nach einem Nachfolger.** Noch besteht genug Zeit für das Kennenlernen dieser Aufgabe, die kein Ganztags-Job ist, aber ein verantwortungsvoller. Die oder der „Jemand“ sollte gelernter Kaufmann sein und über Buchhaltungskennntnisse verfügen. Unterstützung erhält er von der Geschäftsführerin, die mit ihm zusammen den Zahlungsverkehr abwickelt. Ein neues Gruppenarbeitssystem vereinfacht viele Abläufe, die der jetzige Schatzmeister noch von Hand machen musste.

Es gibt viel zu tun. Machen Sie mit. Nehmen Sie Kontakt auf mit der Geschäftsführerin. ■

# Vereinsarbeit zwischen Tradition und Multimedia

Von Jörg Rehmann

Schon die Ursprünge des Vereins, ja sogar der absolute Urahn aller Vereine, dienten der Mitmenschlichkeit. Um 1413 gründeten in England die Frommen Tempelherren „La Court de Bonne Compagnie“ den ersten „Klub“ für caritative Aufgaben. In Deutschland führte das Zeitalter der Aufklärung im 18. Jahrhundert zu der Erkenntnis, dass nicht alles im Leben von Gott gewollt und vorbestimmt ist. Vielmehr sah man ein, dass der Mensch durch Erkenntnis und Verstand auch die eigenverantwortliche Gestaltung des Lebens vollziehen kann. Die Erinnerung an Naturkatastrophen und Epidemien früherer Zeiten war im 18. Jahrhundert noch so gegenwärtig, dass sich ein **Bewusstsein für mitmenschliche und soziale Verantwortung** gesellschaftlich etablierte. Zur Zeit der Hildegard von Bingen (1098 – 1179) wurden Kranke („Aussätzig“) noch aus der Gemeinschaft ausgeschlossen und soziale Einrichtungen für Notleidende standen mitunter im Ruf ketzerischer Heilslehren. Mit der Erkenntnis, dass Krankheiten und Not oft ganz natürliche Ursachen haben, denen man durch Umsicht, Erfahrung und Hilfsbereitschaft begegnen kann, wandelte sich die Sicht und damit verbunden der Organisationsgrad caritativer Einrichtungen auf Bürgerebene.

## ■ Von „Preußens Gloria“ zur demokratischen Form

Im 19. Jahrhundert führte die aufkommende Technisierung zu einem Aufschwung der bürgerlichen Gesellschaften. Die Erfindung der Dampfmaschine, die Fließbandarbeit und die expansive Industrialisierung sorgten jedoch für neue Herausforderungen. Menschen wurden zunehmend ausgebeutet, Arbeitsabläufe

wurden einseitig, Arbeitsschutz war völlig unbekannt und nicht selten war schwerste Kinderarbeit an der Tagesordnung. Hier war das neue Zeitalter der Vereine, die im deutschen Reich einen gewissen Ausgleich zwischen staatlichem Hoheitsdenken und den divergierenden sozialen Schichten boten. Seit dem 18. Jahrhundert standen Aufklärung, Fürsorge, Kultur und Geselligkeit im Vordergrund des Vereinswesens, allerdings war politisches Vereinsengagement in Preußen höchst unwillkommen und verboten. Um 1900 löste das Bürgerliche Gesetzbuch (BGB) den noch aus dem Mittelalter stammenden Sachsenspiegel als Rechtsgrundlage ab. Wenn wir heute von Vereinsrecht sprechen, meinen wir damit im Grunde ein Kuriosum, gleichsam **eine hohe demokratische Errungenschaft unseres Rechtssystems**. Denn hier hat der Gesetzgeber denen, die einen Verein gründen und sich eine Satzung geben, ein Stück eigene Gesetzesfreiheit geschaffen. Die Satzung ist das Gesetz des Vereins, sie markiert Grenzen, innerhalb denen sich Bürger ein Stück demokratische Freiheit selbst mit Regeln ausgestalten können. Wenn wir also heute von Verein - mit allem was dazu gehört - sprechen, meinen wir einen geschützten Rechtsraum, in einer Tradition des 18. und 19. Jahrhunderts.

## ■ Mehr „Wir-Gefühl“ mit mehr Internet?

Jeden Tag bekomme ich elektronische Post, also „E-Mails“, die mich auffordern, irgendeine Petition zu unterzeichnen. Lasse ich mich darauf ein, erhalte ich fortan weitere Nachrichten zu diesem Thema. Sie signalisieren mir, dass ich dazu gehöre zur Gruppe der Interessenverfolger.



Wahrscheinlich werde ich die meisten Mitglieder dieser Gruppe nie persönlich kennenlernen. Auch wenn die Absender dieser Nachrichten sich bemühen, mir das „**Wir-Gefühl**“ zu vermitteln, wird sich kaum mehr ereignen als ein Bisschen Geschreibsel und vielleicht nach einer Zeit die Nachricht, ob die „gemeinsamen“ Bemühungen Erfolg hatten. Dennoch hat sich das Internet als Organisationsplattform zur Verfolgung gemeinschaftlicher Interessen entwickelt, – kein Wunder, dass die Geheimdienste dort eifrig mitlesen. Mittlerweile gibt es Softwaresysteme, die Online-Kampagnen für alle möglichen Zwecke erlauben. Das Prinzip ist immer gleich: Klicke dich ein, und du bist Teil eines größeren Ganzen. Einen anderen Part im selben Spiel erfüllen die sozialen Netzwerke wie Facebook und so weiter. Hier kann jeder Themen präsentieren, und die Nutzer des Netzwerkes haben sofort die Möglichkeit, sich mit Kommentaren und Meinungen zu äußern. Wenige Klicks braucht es auch nur, um innerhalb eines solchen Netzwerkes eine Interessengruppe zu bilden oder ihr beizutreten, und schon ist es wieder da, das „Wir-Gefühl“. Ganz nebenbei und im Hintergrund wandern die Daten unserer vielen Interessen- und Willens- oder Unwillensbekundungen in Datenbanken bei

Leuten, die wir nicht kennen und über die wir nicht die geringste Kontrolle besitzen. Was an der Oberfläche all dessen bleibt, ist die Möglichkeit (oder Illusion?), sein Bedürfnis nach Gemeinschaft und Interessenvertretung schnell und bequem mit ein paar Mausklicks abzuwickeln. Demokratie mit Bits und Bytes... Hat ein Verein als starres Überbleibsel aus früherer Zeit da noch seine Berechtigung? Ist die digitale Gemeinschaft nicht heute viel leichter und zeitgemäßer, kann ich mich doch ebenso schnell wieder aus der Runde heraus klicken, wenn mir etwas nicht passt?!

### ■ Nicht der Patient, das System hat „Internet-Borreliose“

Im Bereich der Selbsthilfeorganisationen haben wir in den letzten zehn Jahren eine deutliche Internet-Tendenz. Auch und gerade ältere Menschen nutzen die Möglichkeit, bequem von daheim Kontakte und Austausch mit anderen zu pflegen. Die Mängel eines zunehmend unsozialer werdenden Gesundheitssystems, das Auseinanderdriften der „Sozialen Schere“ und vieles andere begünstigen diesen Prozess. Auch im Bereich der Borreliose- und FSME-Organisationen zeigen sich starke Internetpräsenzen und zum Teil viele Tausende Nutzer umfassende Gruppen. Eine beliebte Plattform zum Thema Borreliose ist das Forum der Onlyme-Aktion ([www.forum.onlyme-aktion.org](http://www.forum.onlyme-aktion.org)). Doch es gibt auch Kritiker dieser Entwicklung. Unter dem Schlagwort „Internet-Borreliose“ beklagen sie ein Überhandnehmen privat organisierter Beratungstätigkeit. Dort – so die Kritiker – würde Menschen mit ganz anderen Erkrankungen oft eine vermeintliche Borreliose eingeredet. Damit werde die fachliche Kompetenz der Ärzte unterlaufen und letztlich würden Krankheiten verschleppt. Außerdem würden Menschen unnötig verunsichert. Sieht man einmal

davon ab, dass solche Kritik von Medizinerkreisen auch manchmal polemisch vorgetragen wird, so zeigt sich aber auch ein wahrer Kern: Es kann nicht sein, dass medizinische Hilfe, also eine hochwertige Facharbeit, massenhaft aus der Hand von Laien kommt. Andererseits kommt hier die Frage nach den Ursachen auf, lässt das deutsche Gesundheitssystem doch zunehmend mehr Menschen rat- und hilflos zurück. Allein am Problem langer Wartezeiten auf Facharzttermine für Kassenpatienten zeigt sich das Dilemma, und es ist nicht das einzige. Wer also einen Überschwang privat organisierter Beratung und Hilfe im Gesundheitswesen beklagt, wendet sich letztlich nur gegen eine Folge der Zweiklassen-Medizin. Und die ist nicht das Werk der Patienten.

### ■ Dämmerung im Internet-Café

Der Borreliose und FSME Bund Deutschland e.V. (BFBD) hat im Herbst 2012 begonnen, neue Wege in der Verbandsarbeit zu gehen. Im Spätsommer des Vorjahres hatte es einen Hackerangriff auf sein Internetforum gegeben. In den Internet-Server seines Forums hatten sich Hacker durch Sicherheitslücken eingeschummelt. Sie hatten das System für den Versand von Computerviren und Spam-Mails missbraucht und das Forum des BFBD lahmgelegt. Später fanden sich in der Software streuend Schnipsel eingeschleuster Fremdprogramme mit russischen Kommentaren. Das Forum musste abgeschaltet werden, um noch größeren Schaden zu verhindern. Noch damit beschäftigt, das Foren-Angebot wieder zu reparieren, brach über den BFBD-Vorstand eine Schlamm-schlacht empörter Foren-Nutzer – mehrheitlich Nicht-Mitglieder - herein. Massenweise Drohungen, Beschimpfungen und Beschuldigungen waren die Folge. Die tatsächliche Ursache interessierte diese Empörten nicht mehr, sie wüteten sich mit

Beschuldigungen bis zu einer von ihnen angestrebten, außerordentlichen Mitgliederversammlung. Dort setzte die Mehrheit der Mitglieder dem Treiben ein Ende. Die im Internet-Jargon „Shit-Storm“ genannte Kampagne ebte ab.

### ■ Schrittweise Umgestaltung

Trotz dieses Sieges der Vernunft galt es, der Tendenz einer „Internet-Sturm- und Drangphase“ vieler Betroffener ein vernünftiges Konzept entgegenzustellen. Der BFBD hat in enger Zusammenarbeit mit dem Hessischen Beauftragten für Datenschutz sein Internet-Engagement überprüft und umgestaltet. Das Projekt „Borreliose-Forum“ wurde nach den Empfehlungen des BFBD einem nach medizinischen Kriterien betriebenen Unternehmen übertragen. Unter [www.med1.de/Forum/Borreliose](http://www.med1.de/Forum/Borreliose) können dort Betroffene ihre Erfahrungen austauschen. Medizinisch bedenkliche Beiträge werden dort professionell überprüft und notfalls gelöscht. Auch alle anderen Hilfs- und Beratungsangebote wurden und werden regelmäßig einer kritischen Überprüfung unterzogen. Die Entwicklung ist noch in vollem Gange, die Mitglieder tragen durch konstruktive Rückmeldungen dazu bei.

### ■ Schlank und sachlich ins 21. Jahrhundert

Trotz der Überzogenheit der von der Forenschließung enttäuschten Nutzer gab deren Reaktion dem Vorstand zu Denken. Was suchen Menschen und Betroffene in den Möglichkeiten elektronischer Medien? Ist das Modell des hergebrachten Vereins veraltet und in Zeiten von Multimedia überholt? In der zunehmend überalternden Gesellschaft gibt es Internetnutzer und Menschen, denen das Medium nicht zugänglich ist. Welche Konsequenz folgt für die Vereinsarbeit daraus?

Heute verfolgt der neue Vorstand des BFBD den Plan, die positiven

Errungenschaften des Vereinswesens mit den Möglichkeiten moderner Kommunikation zu verbinden. Die verständliche, anfängliche Euphorie der Mediennutzung in der Selbsthilfe weicht einem pragmatischeren Streben nach Angemessenheit, Effektivität und vertretbarem Nutzen.

### ■ Neues Verwaltungssystem vernetzt Gruppen und Mitarbeiter

Mit Beginn des Jahres 2014 nimmt der BFBD ein neues System zur verbandsinternen Verwaltung und Kommunikation in Dienst. Hierdurch besteht erstmals auch die Möglichkeit, das verzweigte Netz regionaler Selbsthilfegruppen durch direkte Anbindung an die Systematik des Zentralverbandes einzubeziehen.

### Gut vernetzt im Dienst der Kranken

Der BFBD-Vorstand sucht noch eine SHG, die sich in einem Pilotversuch an das neue, interne Kommunikationssystem anschließen lassen möchte. Machen Sie mit bei der Weiterentwicklung des Verbandes und nutzen Sie die Möglichkeiten moderner Netzwerke für Ihre Selbsthilfe. Bei Interesse richten Sie Ihre Anfrage an die Geschäftsstelle.

Verwaltungs- und Abstimmungsprozesse werden somit verkürzt, die Kräfte werden effektiver gebündelt, so dass mehr Zeit für die Belange der Mitglieder zur Verfügung steht. Auch wurden die Zuständigkeiten der Vorstandsmitglieder weiterentwickelt, um die Belange der Mitglieder und die Qualität des Angebotes zu verbessern. So steht der BFBD zu Beginn des Jahres 2014 in einer Entwicklung, die ihn zu einem modernen, leistungsfähigen Patientenverband macht – eine Synthese aus den positiven Errungenschaften des traditionellen Vereinswesens und den Möglichkeiten des modernen Kommunikationszeitalters. ■

# Werden Sie Mitglied Wir kämpfen auch für Sie

- für Borreliose-Ambulanzen für Gesetzlich Versicherte
- für standardisierte zuverlässige Diagnostik
- für heilsame Therapien
- für evidenzbasierte Leitlinien
- für realistische Ärztefortbildung
- für kompetente Anwälte
- für uneigennützig Gutachter
- für aufmerksame Richter
- gegen Verharmloser

### ■ Mitglieder haben entscheidende Vorteile

### ■ Individuelle Beratung jederzeit

### ■ zwei mal im Jahr eine kompetente Zeitschrift mit dem Neusten über Diagnostik, Therapie, Forschung, Gesundheitspolitik, Patientenerfahrung, Selbsthilfe

### ■ Hilfe bei der Suche nach Ärzten, Gutachtern und Anwälten

### ■ Kostenloses Erst-Gespräch beim VdK Sozialverband

Bitte werden Sie Mitglied. Jetzt.

Schöpfen Sie aus unserem Wissen. Wer als Patient mehr weiß, hilft dem Arzt bei Diagnose und Therapie und sich selbst durch Weckung der Selbstheilungskräfte.

Ihr Borreliose und FSME Bund Deutschland e.V.

**BORRELIOSE  
UND  
FSME BUND  
DEUTSCHLAND**   
PATIENTENORGANISATION BUNDESVERBAND

## Geteiltes Leid ist halbes Leid

Darauf hätte man schon lange kommen können. Die Selbsthilfegruppen Borreliose und Multiple-Sklerose in Lüneburg kooperieren seit 2013. Die Leiterinnen Heidi Krüger (MS) aus Lüneburg und Annemarie Best, BFBD-Mitglied aus Bleckede, kamen eher zufällig ins Gespräch und begriffen, dass beide

Erkrankungen sehr ähnliche Beschwerden mit sich bringen. „Es geht viel um die täglichen Schmerzen und darum, wie schwer es ist, damit zurechtzukommen.“ Nun tauschen sie sich aus über alternative Heilmethoden, neue Forschungsergebnisse oder trinken auch nur einen Tee zusammen. ■

# Aktuelle Magazine des BFBD



Borreliose  
Wissen **aktuell**  
Nr. 19

**Schwerpunktthema:**  
**Chronische Borreliose**



Borreliose  
Wissen **aktuell**  
Nr. 22

**Schwerpunktthemen:**  
**Alternativen, Strohhalme,  
Experimente**

Aus dem Inhalt:

- Focus Floating Microscopy
- PCR-Nachweis
- Dunkelfeldmikroskopie
- Alternativtherapien von A-Z
- Angst vor Alzheimer
- Neue Medizin
- Offener Brief an Prof. Hoppe
- Klinghardt
- Neues von den Borreliose-Ärzten



Borreliose  
Wissen **aktuell**  
Nr. 23

**Schwerpunktthema:**  
**Fehldiagnosen**

Aus dem Inhalt:

- Fibromyalgie
- Sarkoidose ■ Uveitis
- Bandscheibenvorfall
- Wundinfektion
- ALS, HWS ■ Depression
- Strahlenkrankheit
- Herzeteiligung
- Rheuma
- Multiple Sklerose
- Karpaltunnelsyndrom
- Tinnitus ■ Migräne
- Schilddrüsen-Karzinom



Borreliose  
Wissen **aktuell**  
Nr. 24

**Schwerpunktthema:**  
**Schmerz**

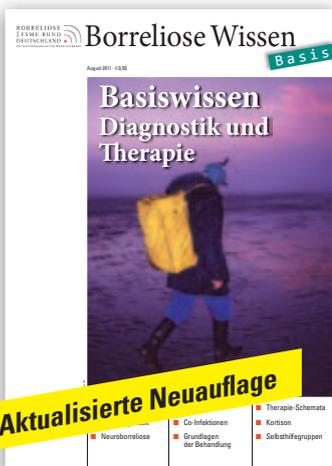
Aus dem Inhalt:

- Strategien gegen Schmerz
- S3-Leitlinie
- Das Geheimnis der Heilung
- Therapien
- ILADS-Kongress Augsburg
- Impfstoff + Gel
- Borreliose beim Hund



Borreliose  
Wissen **aktuell**  
Nr. 21

**Schwerpunktthema:**  
**Borreliose und Psyche**



Borreliose  
Wissen **Basis** 2012  
**Diagnostik und Therapie**

Aus dem Inhalt:

- Was ist Borreliose
- Laborverfahren
- Labordiagnostik
- Depressionsfälle
- Neuroborreliose
- Symptom-Vielfalt
- Co-Infektionen
- Grundlagen der antibiotischen Behandlung
- Leitlinien
- Therapieschemata
- Arztsuche ■ Berufskrankheit
- Zecken entfernen

Auf unserer Homepage  
[www.borreliose-bund.de](http://www.borreliose-bund.de)  
finden Sie einen Internet-  
Bestellschein und einen  
ausdruckbaren Mitglieds-  
antrag.



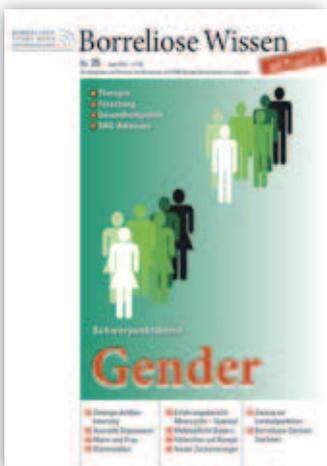
Borreliose  
Wissen **Kinder**

**Schwerpunktthema:**  
**Kinder mit Borreliose**

Aus dem Inhalt:

- Symptome bei Kindern
- Schwangerschaft
- Stillzeit
- Depression oder Borreliose
- Sexuelle Übertragbarkeit
- Haustiere
- Schicksale mit gutem Ausgang

**Jetzt schon bestellen:**  
Borreliose Wissen  
Nr. 30 **aktuell**  
**Schwerpunktthema: Herz**  
(Oktober 2014)



## Borreliose Wissen **aktuell**

Nr. 25

### Schwerpunktthema: Gender

Aus dem Inhalt:

- Zwangs-Antibiotisierung durch Nahrung
- Borreliose bei Mann und Frau
- Stammzellen-Therapie
- Minocyclin + Quensyl
- Neuer Zeckenerreger
- Zwang zur Lumbalpunktion



## Borreliose Wissen **aktuell**

Nr. 26

### Schwerpunktthema: Depressionsfälle

Aus dem Inhalt:

- Frauen und Psychopharmaka
- Depression bei Borreliose
- Soziale Benachteiligung
- Was keine Depression ist
- Leitlinien als Kollateralschaden
- Bestrafte Vordenker
- Berufskrankheit abgewürgt
- Analyse SWR-Film



## Borreliose Wissen **aktuell**

Nr. 27

### Schwerpunktthema: Haut

Aus dem Inhalt:

- Neue Diagnostik
- Lyme-Borreliose der Haut
- Galerie der Wanderrötten
- Fleischallergie durch Zecken
- Histamin-Intoleranz
- Psyche und Frührente
- Berufliche Wiedereingliederung



## Borreliose Wissen **aktuell**

Nr. 28

### Schwerpunktthema: Schlaf

Aus dem Inhalt:

- Ehrlichlose
- Antikörper-Suche
- Immunkompetenz
- Biologische Medizin
- Skandale in Hamburg, NRW, Bayern
- Borreliose-Impfstoff
- Gutachter finden
- 20 Jahre BFBD
- Rat + Hilfe

Borreliose-Magazine und Borreliose Wissen Nr. 12 bis 18 sowie Nr. 20 sind kostenlos downloadbar bei [www.borreliose-bund.de](http://www.borreliose-bund.de).

**Mitglieder des BFBD erhalten pro Jahr zwei Magazine** wie immer druckfrisch und **kostenlos** zugeschickt.

Coupon bitte senden per Post (für Fensterkuvert DIN Lang vorbereitet) oder per **Fax 06071 497 398**

Stück	Stück	Stück	Stück	Stück	Stück	Stück	Stück	Stück	Stück	Stück	Stück	Stück
<b>BW Basis</b> Diagnostik + Therapie 9,50 €* je Stück	<b>BW Kinder</b> 7,50 €* je Stück	<b>BW Nr. 19</b> 8,50 €* je Stück	<b>BW Nr. 21</b> 7,50 €* je Stück	<b>BW Nr. 22</b> 7,50 €* je Stück	<b>BW Nr. 23</b> 7,50 €* je Stück	<b>BW Nr. 24</b> 7,50 €* je Stück	<b>BW Nr. 25</b> 7,50 €* je Stück	<b>BW Nr. 26</b> 7,50 €* je Stück	<b>BW Nr. 27</b> 7,50 €* je Stück	<b>BW Nr. 28</b> 7,50 €* je Stück	<b>BW Nr. 29</b> 7,50 €* je Stück	

\*zuzüglich 2,50 € Versandkosten – Lieferung per Post mit Rechnung

Borreliose und FSME Bund Deutschland e.V.  
Postfach 1205

64834 Münster

Ich bestelle Literatur (Mitgliedsantrag umseitig)

Vorname

Name

Straße

PLZ/Ort

Datum

Unterschrift

# Man erkennt sich ohne große Worte

Man erkennt sich ohne Worte. Der kleine Anstecker (7 mm hoch) signalisiert, dass hier ein Gesprächspartner ist, der sich nicht die Ohren zuhält beim Thema Borreliose. Nach Krankheit sieht das gar nicht aus.

Der rote Punkt symbolisiert den wunden Punkt in unseren Leben, den „springenden Punkt“, um über Borreliose zu reden. Borreliose darf nicht totgeschwiegen werden.

Anstecker werden gegen eine freiwillige Spende verschickt.



ENTWURF: CHRISTA KÜPPERS / FOTO: FISCHER

## BORRELIOSE UND FSME BUND DEUTSCHLAND E.V.

### ■ Aktivenrat 2014

voraussichtlich 8./9. November  
Für Mitglieder, die sich aktiv für die Patientenorganisation einbringen möchten.

E-Mail: [info@bfbd.de](mailto:info@bfbd.de)  
[www.borreliose-bund.de](http://www.borreliose-bund.de)

### ■ Berater-Seminar 2014

voraussichtlich 9./11.11.

Es ergeht gesonderte Einladung  
[www.bfbd.de](http://www.bfbd.de)

## DEUTSCHE BORRELIOSE GESELLSCHAFT E.V.

### ■ 11. Jahrestagung 2014

4. Bis 6. April, Jena  
[www.dbg.de](http://www.dbg.de)

### ■ 12. Jahrestagung

20. bis 21. März 2015  
Erfurt  
[www.dbg.de](http://www.dbg.de)

## ILADS

### ■ 4. European ILADS Lyme Disease Conference

25./26. April 2014, Augsburg  
[www.ilads.org](http://www.ilads.org)

### ■ 14. Kasseler Borreliose-Symposium

2014 fällt aus. Dafür 2015 im Frühjahr.  
[www.borreliose.de](http://www.borreliose.de)

TERMINE

Dahinter steckt der BFBD:

**Nach Saarland und Rheinland-Pfalz nun auch Meldepflicht in Bayern.**

# Werden Sie Mitglied. Wir kämpfen auch für Sie.

Ihre Mitgliedschaft im Borreliose und FSME Bund Deutschland e.V. hilft, die Beratung und Aufklärung bundesweit zu fördern und gesundheitspolitisch für sicherere Diagnostik und erfolgversprechendere Therapien einzuwirken.

Mitgliedsbeiträge und Spenden sind steuerlich absetzbar. Der Verein verfolgt ausschließlich und unmittelbar gemeinnützige Ziele. Der von der Mitgliederversammlung festgelegte Jahresbeitrag wird, um Verwaltungskosten zu sparen, einmal jährlich im Februar durch Bankeinzug erhoben. Für das laufende Jahr

kann eine Erstabbuchung jederzeit erfolgen. Kündigung ist mit 4-Wochen-Frist jederzeit möglich. Die Einzugsermächtigung kann jederzeit widerrufen werden.

**Mitglieder erhalten Borreliose Wissen kostenlos, eine kostenlose VdK-Erstberatung, Adressen von Gutachtern und Anwälten sowie Beratung auch außerhalb der festen Beratungszeiten.**

Beitrags- und Spendenkonto: Hamburger Sparkasse ·  
IBAN: DE53 2005 0550 1275 1233 45 · BIC: HASPDEHHXXX

MITGLIEDSANTRAG

- Ich beantrage **Einzel-Mitgliedschaft** im BFBD.  
Jahresbeitrag  (Mindestbeitrag 48 € – ab 2015: 60 €)
- Ich beantrage **ermäßigte\*** Einzel-Mitgliedschaft.  
Jahresbeitrag  (Mindestbeitrag 24 € – ab 2015: 30 €)
- Wir beantragen **Partner-Mitgliedschaft** (Erwachsene mit gleicher Adresse)  
Jahresbeitrag je Person  (Mindestbeitrag je 30 € – ab 2015: 40 €)
- \* Bitte Bescheid für Hartz4 oder Rente beilegen.**

Borreliose und FSME Bund Deutschland e.V.  
Postfach 1205

64834 Münster

Vorname(n)  Name(n)

Beruf (Angabe freiwillig)  Geburtsjahrgang

Straße

PLZ/Ort

Telefon  Fax

E-Mail

IBAN  BIC

Bank

Datum  Unterschrift

Senden diesen Antrag einfach per Post oder per Fax an 06071 497 398

Ich bin einverstanden, dass diese Daten ausschließlich zur satzungsgemäßen Vereinsführung gespeichert werden.