

- Therapie
- Forschung
- Gesundheitspolitik
- SHG-Adressen



Schwerpunktthema

Differenzial- diagnosen Fehldiagnosen

Foto: Fischer

- Fibromyalgie
- Auge
- ALS, HWS

- Depression
- Multiple Sklerose

- Tinnitus
- Bandscheibe
- Rheuma

- Herz
- Strahlenkrankheit



Ute Fischer, Wissenschaftsjournalistin, Geschäftsführerin des Borreliose und FSME Bundes Deutschland e.V. und Selbstbetroffene kennt die Abgründe der chronischen Borreliose, aber auch das Gefühl, sie immer und immer wieder zu überwinden.

Ach wenn man alle Plagiatoren einfach wegschrubben könnte. Was zu Guttenberg zu Fall brachte, wird uns tagtäglich von Gesundheitspolitikern serviert. Unbestraft. Ohne Konsequenzen. Nahezu jede durch uns initiierte Kleine Anfrage an einen Landtag, nahezu jeder Brief, der dem jeweiligen Gesundheitsminister die Gretchenfragen nach Meldepflicht, Kassenpatienten und Ärztefortbildung stellt, wird beantwortet mit einem Schlupf Papier aus zusammenkopierten Schriftsätzen, ohne Quellenangaben, ohne Fußnoten. Geklaut, geborgt, zum Abwimmeln unangenehmer Bürgerfragen. Und die Fraktionen, selbst die Oppositionen schlucken es gläubig, vielleicht froh, das Problemterrain Borreliose verlassen zu können, solange man nicht persönlich betroffen ist.

Entzauberung

Das Dreiste dabei ist, dass es sich um uns bekannte Textpassagen aus dem Robert Koch-Institut, aus dem Nationalen Referenzzentrum Borrelien, aus der Fachabteilung 3 des Bundesgesundheitsministeriums handelt. Unsere Volksvertreter jedoch geben das frech als ihr persönliches, den regionalen Gegebenheiten entsprechendes Hintergrundwissen aus. Guttenberg musste dafür mit Ehrverlust bezahlen. Politiker wie Grüttner (Hessen), Steffens (NRW) und Söder (Bayern) und andere schütteln sich vermutlich mal kurz, wenn es juckt.

Apropos Bayern. Hier scheint es eine Schublade mit vorgefertigten Brieftexten zu geben, aus der sich jeder bedienen kann, der seinen Namen malen kann. Wir identifizierten solche Plagiate mit unterschiedlichen Absendern. Irgendwo liegen Rohlinge für Leute, die sich nicht selbst eine Meinung bilden wollen. So läuft Politik in Bayern. (Siehe Seite 37)

Entzaubert darf sich auch jemand fühlen, der immer stolz behauptete, er habe seine Doktorarbeit über Borreliose geschrieben. Nahezu alle Landesärztekammern vertrauen ihm die Fortbildung der Ärzte in Sachen Borreliose an, obwohl er vermutlich noch nie einen Patienten behandelt hat. Seine Doktorarbeit, etwas über 100 Seiten, offenbart, dass er nicht einmal Alleinautor ist. Thema: „Borreliendurchseuchung bei Ixodes Ricinus in ausgewählten Gebieten Süddeutschlands“. Sieben Mal taucht der Begriff Borreliose auf den ersten sieben Seiten auf und ein Mal in der Zusammenfassung. Ganze 17 Zeilen beschreiben die Therapie so unfassbar wie schmelzende Zuckerwatte. Aber Hallo: Dunkelfeldmikroskopie als Direkter Erregernachweis? Die Namen der Literaturgeber erzeugen bei Borreliose-Patienten Pickel. Die alten Netzwerke existieren noch. Fast 90 Seiten beschreiben Sammeltechnik und Präparation von Zecken an Donau, Iller, Lech und Isar.

Auch ohne ihn an die Wand klatschen zu müssen: Der Prinz ist entzaubert. Da kann er nun küssen so viel er will. Zeckenfänger bleibt Zeckenfänger.

Ute Fischer



SCHWERPUNKTTHEMA

	Seite
■ Das Fibromyalgie-Syndrom	3
■ Sarkoidose	4
■ Dilemma Borrelienserologie in der Diagnostik von Uveitispatienten	5
■ Wenn sie unter falscher Flagge segeln ...	8
■ Es ist, als ob die Seele unwohl wäre ...	11
■ Strahlenkrankheit und Borreliose	12
■ Herzbeteiligung bei Lyme-Borreliose	14
■ Differenzialdiagnose Rheuma	16
■ Multiple Sklerose oder Neuroborreliose?	17
■ HWS – Hals-Wirbel-Syndrom	20
■ Karpaltunnelsyndrom	21
■ Das Ohr – viel Lärm um nichts?	22
■ Symptome, Syndrome und noch mehr Unklarheiten	24
■ Migräne	24

THERAPIE

■ Schilddrüsen-Karzinom durch Minocyclin?	25
---	----

FORSCHUNG

■ Marshall Protocoll	27
■ Keine Utopie: Mäuse mit Impfstoff füttern, ...	27
■ Europa-Projekt HILYSENS* angelaufen	28
■ Geschlechterunterschiede in der klinischen und serologischen Präsentation	29
■ Neue Studie: Niederlande	30
■ Neue Studie: Polen	31
■ Pharmagestützte Borreliose-Konferenz in Ljubljana	32

GESUNDHEITSPOLITIK

■ Rheinland-Pfalz und Saarland	35
■ Niedersachsen	35
■ Hessen (2)	35
■ Berlin	36
■ Nordrhein-Westfalen (2)	36
■ Bayern (3)	37
■ Die Bundes-SPD redet mit uns	37
■ Baden-Württemberg (2)	38
■ Patientenbeauftragte	38
■ Meldepflicht und dann?	39
■ Ein Plakat zum Knutschen	40
■ Wie verbindlich sind Leitlinien wirklich?	41

ARZT UND PATIENT

■ Ingolf Lück	42
■ Barmer GEK Gesundheitsreport 2010	43

BFBD INTERN

■ Die Telefon-Hotline	44
■ Sozialpolitik	44
■ Der/die Vorsitzende	45
■ Der Schatzmeister	45
■ Der Vorstand 2011	45
■ Kostenlose Kinder-Aufklärung und die Willkür der Ministerien	46
■ Dreamteam	46
■ Öffentlichkeitsarbeit	47
■ Aktivenrat 2010	47
■ Internet · Marketing · Gesundheitspolitik	47
■ Aus der Borreliose-Beratung	49

VERSCHIEDENES

■ Niederlande	50
■ Österreich	50

LITERATUR UND MEDIEN

■ Buchempfehlungen	54
■ Aktuelle Magazine des BFBD	55
■ Aktuelles + Terminvorschau	56
■ Mitglied werden	56
■ Impressum	50

Das Fibromyalgie-Syndrom

In einer Borreliose-Zeitschrift einen Artikel über die Fibromyalgie zu schreiben, entbehrt nicht einer gewissen Pikanterie, zumindest ist es eine Herausforderung. Grund dafür ist die Tatsache, dass beide Krankheitsbilder unter Fachleuten extrem kontrovers diskutiert werden, beide betreffen nicht nur hunderte, sondern hunderttausende, bei der Fibromyalgie sogar mehr als 2 Millionen Erkrankte! Bei beiden Krankheiten kämpfen Betroffene meist mit wenigen Chancen um Anerkennung ihrer Leiden.

Im Gegensatz zur Lyme-Borreliose entwickelt sich die Fibromyalgie schleichend und oft unter der Diagnose ausgedehnter Muskelverspannungen. Eine Infektion ist nicht ursächlich, die Laborwerte sind nicht richtungsweisend. **Röntgenbilder liefern kein Substrat für die Fibromyalgie.** Dies allein ist für die meisten Schulmediziner Anlass genug, das Krankheitsbild generell in Frage zu stellen oder den Betroffenen in die **psychische Ecke** zu manövrieren. Leider werden oft reflexartig dichotome (entweder oder) Überlegungen angestellt: nichts Körperliches, also psychisch! Im Durchschnitt vergehen sieben Jahre, bis die Diagnose trotz bestehender Beschwerden gestellt wird.

Wissenschaftliche Untersuchungen in den letzten Jahren haben indes beweisen können, dass das Fibromyalgie-Syndrom als eine extrem komplexe Reaktion des Körpers auf Stressoren unterschiedlicher Qualität verstanden werden kann. Schmerzforscher und Myologen (Muskellehre) wie Prof. Zieglgänsberger (Max Planck-Institut München) und Prof. Mense (Universität Heidelberg) haben in vielfachen internationalen Veröffentlichungen den Zusammenhang von chronischen Schmerzen und Muskelfunktionsstörungen beschrieben und zeigen können, dass chronische Schmerzen über eine gewisse Dauer zu erheblichen psychischen Veränderungen führen müssen, da der Schmerz über das limbische System und der Amygdala (Teil des limbischen Systems) die emotionale Befindlichkeit beeinflusst.

■ Wer bei chronischen Schmerzen nicht psychisch reagiert, gehört zum Psychiater!

Chronischer Schmerz und Angst sind wie Zwillingsgeschwister und unzertrennlich. Chronischer Schmerz führt

zur Angsterkrankung, das Krankheitsbild der Fibromyalgie ist demnach generell eine somato-psychische Erkrankung, **nicht aber eine psychosomatische**, wie dies fast immer dargestellt wird.

Über die Entstehung oder die Erscheinungsform der Fibromyalgie an dieser Stelle zu berichten, ist wenig hilfreich, dazu gibt es inzwischen ausreichend Literatur. Es erscheint mir wichtig, fest zu stellen, dass bei der Untersuchung der Betroffenen zur Diagnosefindung in den meisten Fällen einfache und dennoch entscheidende Maßnahmen nicht befolgt werden. Gemeint sind vor allem subtile manuelle Palpations(Abtast-)untersuchungen, die neben guten anatomischen Kenntnissen eine geübte manuelle Technik voraussetzen. Daneben benötigt man ausreichend Zeit, die Krankheitsgeschichte und das soziale Umfeld in seine diagnostische Bewertung einzubeziehen. Fehlt nur eine dieser Voraussetzungen, ist die diagnostische Qualität erheblich eingeschränkt. Insbesondere die feinfühligste Untersuchung der Muskulatur und deren Schmerzantwort auf Palpation und Funktionsreize ist eine der entscheidenden Untersuchungskriterien.

von Thomas Laser

■ Eine Fibromyalgie kann man nur begreifen, wenn man sie „begreift“!

Die Fibromyalgie beinhaltet auf Grund ihrer vielfältigen Symptomatik neben den Dauerschmerzen der Weichteile einige konstante Erscheinungen. Es ist vor allem der zunehmende Muskelschmerz, der nach muskulären Aktivitäten oft unerträgliche Ausmaße annimmt und dann eine rasche Pause der Aktivität fordert. Nach jeder Erholungspause können dann erneut kurzfristig wieder Aktivitäten folgen. Die so entstehende Dauerleistungseinschränkung wird von vielen ärztlichen Kollegen gar nicht wahrge-



nommen, da sie nicht nachvollzogen werden kann und darüber hinaus die Angaben schwer zu objektivieren sind.

Ein zweites, nicht weniger wichtiges Moment bei der Fibromyalgie wird oft nicht richtig eingeschätzt: die chronische Müdigkeit, die zunehmende Erschöpfung, die Vergesslichkeit, die Unkonzentriertheit und die reaktive Depression. Vielfache Untersuchungen in Schlaflabors haben in den letzten Jahren aufgedeckt, dass Fibromyalgiekranke erhebliche Schlafdefizite aufweisen, nachweislich mit deutlich reduzierten Tiefschlafphasen. Solche Tiefschlafphasen sind aber für die Schlafqualität essentiell. Gesunden Probanden hat man im Schlaflabor Tiefschlafzyklen im Test entzogen. Die Probanden konnten aber dennoch die nächtlichen Ruhephasen ohne Tiefschlaf in Anspruch nehmen. Nach wenigen Tagen dieses Tiefschlafentzugs kam es bei den Probanden zu ähnlichen Erscheinungen wie bei Fibromyalgiekranken: Sie wurden tagsüber chronisch müde, erschöpft, leistungsgemindert, die Schmerzschwelle zeigte sich erniedrigt, sie litten an depressiven Zuständen.

Wenn zu Beginn der Ausführungen festgestellt wurde, dass die Fibromyalgie in Konsens mit allen Fachleuten als Stressfolgekrankheit verstanden wird, so wird leicht verständlich, dass eine **chronische Borreliose** mit lang anhaltenden Schmerzen und zusätzlichem Multi-Organbefall selbstverständlich **als Auslöser (Trigger) für eine Fibromyalgie**

fungieren kann. Zu allem Unglück zeigen beide Krankheitsbilder sehr ähnliche Funktionsdefizite und Schmerzzustände, die es selbst sehr erfahrenen Diagnostikern häufig unmöglich machen, eine scharfe Trennung beider Krankheitsbilder vorzunehmen, insbesondere, wenn es darum geht, zu bestimmen, was zuerst vorlag, Borreliose oder Fibromyalgie. Henne oder Ei?

Nicht jeder chronische Schmerzkranker hat eine Fibromyalgie. Leider zeigt sich immer häufiger, dass Schmerzkranker ihre eigenen diagnostischen Kenntnisse aus dem Internet einholen, meist untermauert durch unzählige kritiklose Ausführungen „Betroffener“. Dies ist gewiss betrüblich und gießt Öl auf das Feuer der Kritiker.

Noch betrüblicher ist aber die Tatsache, dass es immer noch viele Ärzte gibt, die wider besserem Wissen (oder Können) den chronischen Schmerz der Betroffenen baga-

tellisieren oder als psychosomatische Störung fehldeuten.

„Fachleute“ (darunter subsumieren sich auch etliche Autoren), die die oben genannten Grundfähigkeiten zur Schmerzdiagnose nicht besitzen, sind nur bedingt befähigt, sich zu Erkrankungen wie die der Fibromyalgie und letztlich auch der Borreliose zu äußern. ■



Dr. med. Thomas Laser ist Facharzt für Orthopädie, Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin, für Sozialmedizin und Chirotherapie, Bad Griesbach

Literatur auf Wunsch durch den Autor erhältlich

Fibromyalgie in der Laienpresse

Ärzte tasten 18 sogenannte Tenderpoints ab. Wenn an elf schon bei leichtem Druck Schmerz auftaucht, gilt die Diagnose Fibromyalgie als gesichert.

Meist verschwindet Fibromyalgie mit Anfang 60 genauso mysteriös, wie sie kam.

Fibromyalgie sei eine Reaktion des Körpers auf Infekte, die nicht richtig ausgeheilt wurden.

Die meisten Fibro-Patienten fühlen sich wie zu Beginn eines grippalen Infekts, der sich nicht entwickelt sondern stehen geblieben ist.

Quelle: Reformhaus Kurier

Sarkoidose

Eine Sarkoidose entwickelt viele typische Beschwerden aller entzündlichen Erkrankungen, allen voran Müdigkeit, Gliederschmerzen, Herzrhythmusstörungen, Kopfschmerzen und ein allgemeines Krankheitsgefühl. 90 Prozent der Patienten berichten über Lymphknoten-Schwellung, bis zu 30 Prozent entwickeln einen Herzbeutelerguss, außerdem Sehstörungen, Lichtscheu, Augenschmerzen, rötlich-blaue Hautknötchen, Entzündungen mehrerer Gelenke (Polyarthritis) vorwiegend im Bereich der Sprung-, Knie- und Handgelenke. Es kann auch zu Lähmungen und epileptischen Anfällen kommen. Alles Symptome, die von der Lyme-Borreliose

bekannt sind.



PD Dr. Walter Berghoff, Rheinbach

Die Sarkoidose ist primär eine Erkrankung der Lunge. Allerdings gibt es zahlreiche extrapulmonale (nicht die Lunge betreffende) Krankheitsmanifestationen,

von Ute Fischer

unter anderem im Bereich des Muskelskelettsystems, der Haut, des Auges, des Erregungsleitungssystems des Herzens, des peripheren und zentralen Nervensystems. Zudem besteht oft ein erhebliches Fatigue. (Müdigkeitssyndrom). Insofern ergeben sich differenzialdiagnostische Aspekte gegenüber der chronischen Lyme-Borreliose. Bei Verdacht auf Sarkoidose ist grundsätzlich Abklärung durch histologische Untersuchung (Lymphknoten, Lunge, Haut) erforderlich. Bildgebende Verfahren (Thoraxaufnahme, CT, PET, radiotracer scanning) führen rasch zur diagnostischen Klärung. Die BSG ist meistens erhöht, der Nachweis von ACE ist krankheitstypisch und kommt in 75 Prozent der Fälle vor. ■

Dilemma Borrelienserologie in der Diagnostik von Uveitispatienten

Mackensen F1,2, Thiemeyer D1,2

University of Heidelberg, Germany,
1Interdisciplinary Uveitis Center, 2Ophthalmology,

■ Einleitung

Baden-Württemberg ist eine Region, in der ca. 15 Prozent der Zecken mit Spirochäten *Borrelia burgdorferi sensu lato* (1) durchseucht sind. Daher finden sich bei wenigstens 6 Prozent der gesunden Bevölkerung Antikörper gegen Borrelien (2).

Am Auge können Borrelien eine Vielfalt an äußeren und inneren Entzündungsreaktionen sowie neuroophthalmologische Probleme verursachen (4). Fast jede Struktur im Auge kann betroffen sein (Tabelle 1). Die okuläre Beteiligung gilt als Spätmanifestation (7). **Borrelien wurden unter anderem als Auslöser für eine infektiöse Uveitis angesehen.** Allerdings wurden bisher nur wenige Fälle veröffentlicht, wo histologisch oder in intraokularer Flüssigkeit der mikroskopische oder DNA Nachweis von Borrelien eindeutig gelang (5, 6, 3, 17). Eine Uveitis könnte sowohl sekundär durch eine Immunreaktion gegen bakterielle Antigene als auch durch direkten Kontakt mit infektiösen Erregern ausgelöst werden (8, 9). Die meisten Fälle von Uveitis wurden im Stadium II-III beschrieben (4, 18). Das klinische Erscheinungsbild der Borrelien-Uveitis ist uneinheitlich, und **es gibt keine klaren Kriterien für die Diagnosestellung.**

Die Durchführung einer Borrelienserologie bei Uveitispatienten gilt an den meisten Zentren als Routineuntersuchung (16). ELISA und Western Blot werden als Standardtest verwendet. Problematisch ist, dass diese Tests eine akute Entzündung nicht von einer vorhandenen Immunität, das heißt, durchgemachten Entzündung unterscheiden können. Das stellt den Kliniker, gerade in Endemiegebieten, vor große Probleme hinsichtlich der Interpretation von Testergebnissen (19,20). Das Ziel unserer Untersuchung war, zu überprüfen, ob bei unseren Uveitispatienten mit positiver Borrelienserologie ein Uveitisuntergruppe dominiert und welche Aussagekraft eine

positive Borrelienserologie für die Diagnose einer Borrelienassozierten Uveitis hat.

■ Methode

Wir überprüften alle Uveitispatienten von September 2005 bis Mai 2008 bei denen eine Borrelienserologie durchgeführt wurde. Eine Serologie wurde bei Patienten durchgeführt, die sich erstmalig bei uns vorstellten und bei denen die Uveitis nicht direkt eindeutig zugeordnet werden konnte wie zum Beispiel bei dem Fuchs'schen Uveitis Syndrom oder einer bekannten systemischen Erkrankung mit einhergehender Uveitis. Patienten mit extern durchgeführter Borrelienserologie wurden von der Studie ausgeschlossen, da die Labore unterschiedliche Reagenzien verwenden. Alle Patienten wurden auf Syphilis getestet, um eine Kreuzreaktivität auszuschließen. Anerkannte internationale Kriterien wurden zur anatomischen Zuordnung der Uveitis verwendet. Positive Ergebnisse im ELISA wurden mittels Western Blot bestätigt (recomBlot *Borrelia*NB, Mikrogen).

Zusätzlich wurde das Bayes Theorem angewandt. Das Bayes Theorem ist ein mathematischer Ansatz, den Nutzen von Labortests zu evaluieren. Die Kalkulation basiert auf der Prävalenz der Erkrankung in einer spezifischen Population (= pretest probability) und auf Qualitätskriterien des Tests: Sensitivität und Spezifität.

■ Ergebnisse

Wir forderten an unserem Zentrum im Untersuchungszeitraum bei 184 Patienten eine Borrelienserologie an. Von diesen waren 22 (11,9 Prozent) sowohl im ELISA als auch im Western Blot positiv. Drei Patienten hatten eine andere Erklärung für die Uveitis (ankylosierende Spondylitis, Tubulointerstitielle Nephritis und Uveitis Syndrom, AMPPE) und einer hatte eine Opticusatrophie ohne

Anzeichen einer Uveitis. Diese vier Patienten wurden von der Studie ausgeschlossen. Von den verbleibenden 18 Patienten (9,8 Prozent) waren elf positiv für IgG (5,9 Prozent, drei positiv für IgG und IgM (1,6 Prozent) und vier für IgM (2,1 Prozent). Von 18 Patienten hatten vier eine anteriore Uveitis, zehn eine intermediäre Uveitis, einer eine posteriore Uveitis, einer eine Skleritis, einer eine Papillitis und einer eine Panuveitis.

Nur fünf Patienten hatten neben der Uveitis Anzeichen oder einen Nachweis für eine systemische Borreliose: Ein Patient hatte eine Panuveitis und es gelang der histologische Nachweis einer okulären Borreliose aus Augenmaterial. Ein anderer Patient zeigte eine Papillitis mit bestätigter Neuroborreliose in der Liquor PCR, ein weiterer ein Erythema migrans und zwei Patienten litten unter Gelenkschwellungen. Diese fünf Patienten haben eine klinisch bestätigte Borreliose. Laut Bayes Theorem ergeben sich folgende Ergebnisse: In unserer Kohorte haben fünf Patienten eine sicher diagnostizierte Borreliose. Die Prävalenz ist somit $5/958 = 0.005$. Annehmend, die Qualitätskriterien der Tests seien sehr gut, setzten wir Sensitivität und Spezifität bei 95 Prozent an. Basierend auf diesen Daten ergibt sich eine niedrige Posttest-Wahrscheinlichkeit, das heißt: Wahrscheinlichkeit, die Erkrankung wirklich vorliegt, von 9 Prozent im Falle eines positiven Testergebnisses.

■ Diskussion

Wie in unserer Studie erkennbar, ist die **Diagnose einer Borrelien assoziierten Uveitis nicht einfach zu stellen** (18). Man sollte sich immer bewusst sein, dass es vor allem eine klinische Diagnose ist. Eine Borreliose kann unterschiedlichste Erkrankungen am Auge auslösen, so dass man nicht von einem typischen klinischen Erscheinungsbild sprechen kann (4). Die Fälle in der Literatur, wo eine Borreliose histologisch oder mittels PCR

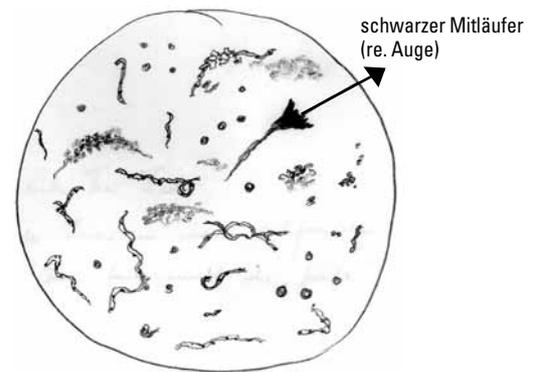
eindeutig diagnostiziert wurde, zeigten alle einen schweren Krankheitsverlauf und kein Ansprechen auf eine Corticosteroidbehandlung (5,6,3,17). In unserer Studie untersuchten wir Patienten mit Verdacht auf eine borrelienassoziierte Uveitis. Nur vier der Verdachtsfälle hatten auch systemische Beschwerden und bei einem bestand eine histologisch gesicherte Diagnose. Dieser Patient litt unter einer schweren Panuveitis und benötigte aufgrund des schweren Krankheitsverlaufs eine chirurgische Behandlung, so dass eine Gewebeprobe entnommen wurde, die letztlich die Diagnose zuließ.

Es ist nicht definiert, ob die Uveitis ein Symptom der Neuroborreliose ist. Hier wäre aber eine eindeutige Klassifikation hilfreich, denn die Diagnose einer Neuroborreliose ihrerseits ist gut definiert: sie erfordert eine klinische Symptomatik, entzündliche Liquorveränderungen und eine positive Borrelienserologie im Liquor (10).

Eine positive Borrelienserologie aus Blut und eine Uveitis als alleinige Symptomatik reichen somit zur Diagnosestel-

lung nicht aus. Die serologische Prävalenz ist mindestens 6 Prozent in der gesunden Bevölkerung (2). In unserer Studie waren 5,9 Prozent der Uveitispatienten IgG positiv. Das entspricht dem Durchseuchungstiter. 2,1 Prozent waren IgM positiv, was auf eine aktive Entzündung hindeutet. Allerdings ist die Uveitis eine Spätform der Borreliose (4, 7, 18). Eine Erklärung dafür könnte eine fehlende Serokonversion von IgM zu IgG sein. Generell kann ein positiver Western Blot ohne entsprechende Klinik durch unspezifische Antikörper gegen ähnliche/gleiche Epitope von humanem Gewebe und mikrobielle Antigen entstehen.

All dies zeigt, **dass die Borrelienserologie in der Diagnosestellung wenig hilfreich ist**. Auch das von uns angewandte Bayes Theorem in unserer Kohorte weist darauf hin. Wir berechneten im Falle einer positiven Serologie eine Posttestwahrscheinlichkeit von 9 Prozent. Das heißt, dass ein Uveitispatient mit einem positiven serologischen Ergebnis nur eine Wahrscheinlichkeit



Handzeichnung einer Patientin

von 9 Prozent hat, tatsächlich an einer Borreliose erkrankt zu sein. Wenn wir also alle Uveitispatienten auf Borreliose testen, produzieren wir viele falsch positive Ergebnisse. Somit ist ein Screening der Uveitispatienten auf Borreliose nicht empfehlenswert.

Wir würden diese Untersuchung nur bei Patienten empfehlen, die auf eine konventionelle immunsuppressive Therapie nicht ansprechen oder klinische Symptome einer Borreliose zeigen. Man sollte im Hinterkopf behalten, dass die okuläre Borreliose selten ist. In einer fin-

Tabelle 1: Manifestationsmöglichkeiten einer Borreliose am Auge

Stadium	Systemische Manifestationen	Okuläre Manifestationen
Frühstadium	Erythema migrans	Conjunctivitis Episcleritis
Disseminiertes Stadium	Erythema chronicum migrans Borrelia lymphocytoma Arthritis Meningitis ZNS Neuropathie Motorische und sensorische Radiculitis Encephalitis/-myelitis	ZNS Neuropathie Papillitis Papillenödem Optikusatrophie Pupillenfunktionsstörung Anterior, intermediate, posterior uveitis Neuroretinitis Retinitis Retinal vasculitis Choroiditis Panuveitis
Spätstadium	Acrodermatitis chronica atrophicans Arthritis Encephalopathie Sensorische Neuropathie	Chronische intraoculare Inflammation Keratitis Episcleritis

Tabelle 2: Ergebnisse der Borrelienserologie

18 Patienten mit positivem Ergebnis	11 IgG positiv (5.9 Prozent) 3 IgG und IgM positiv (1.6 Prozent) 4 IgM positiv (2.1 Prozent)
-------------------------------------	--

nischen Population litten drei von 100 Patienten mit Borreliose an okulären Symptomen (22), Steere et al. fanden nur einen Patienten (0,6 Prozent) in einer Studie mit 163 Patienten, die an einer aktiven (frühen) Borreliose litten und einen Patienten (0,6 Prozent) bei einer Studie mit 156 Patienten im Spätstadium. Karma et al (18) beschreibt von 236 Patienten mit entzündlichen Augenerkrankungen bei 4,23 Prozent eine Borreliose. Die Diagnose stützte sich auf Anamnese, klinischen Befund und serologische Befunde (ELISA und Western Blot). Auch hier dominierte kein klinischer Befund an den Augen.

Es wäre wünschenswert andere diag-

nostische Marker der Immunreaktion als Antikörper zu etablieren, um besser zwischen Seronarbe und noch aktiver Entzündung zu unterscheiden. Bessere Tests, wie zum Beispiel PCR Tests aus okulärer Flüssigkeit wären gut, um die Diagnose besser zu sichern. Bisher existieren nur einige Fälle in der Literatur, wo eine PCR mit intraokularer Flüssigkeit durchgeführt wurde (17, 6). Die PCR zeigt unterschiedliche Sensitivität, abhängig von der Probenart, antibiotischer Vorbehandlung und den gewählten Zielsequenzen (19). Borrelien-PCR zeigte gute Ergebnisse für Hautbiopsien und Synovialflüssigkeit. Leider ist die Sensitivität in Blut und Liquor geringer (19).

Zusammengefasst: Die okuläre Borreliose existiert, aber sie ist sehr selten und immer noch sehr schwierig zu diagnostizieren.* Die ungezielte Durchführung einer Borrelienserologie bei allen Uveitispatienten ist nicht hilfreich. Zur Bestimmung der genauen Pathomechanismen und Erstellung klarer Diagnosekriterien der okulären Borreliose muss noch einige Forschungsarbeit geleistet werden. ■

* Frage der Redaktion: Ist sie wirklich selten oder nur, weil sie noch sehr schwierig zu diagnostizieren ist?

(Literaturverzeichnis auf Anfrage)



Friederike Mackensen



Dorothea Thiemeyer

Glossar

ankylosierend	versteifend	okulär	das Auge betreffend
anterior	vorne liegend	Opticusartropie	Degeneration Sehnervenfasern
Choroiditis	Aderhaut-Entzündung	Panuveitis	alle Schichten des Auges
Conjunctivitis	Bindehaut-Entzündung	Papillenödem	warzenförmige Schwellung
Episcleritis	oberflächige Lederhaut-Entzündung	Papillitis	Papillen-Entzündung
histologisch	Gewebe betreffen	posterior	hinten liegend
Inflammation	Entzündung	Retinal vasculitis	Gefäßverengung Netzhaut
intermediär	dazwischen liegend	Retinitis	Netzhaut-Entzündung
intraokular	im Auge	Skleritis	Lederhaut-Entzündung
Keratitis	Hornhaut-Entzündung	Spondylitis	Wirbel-Entzündung
Nephritis	Nieren-Entzündung	Tubulointersitielle Uveitis	spezielle Entzündung der mittleren Augenschicht
neuroophthalmologisch	(Nerven)augenärztlich		

Aus der Praxis:

Fazialisparese nach Zeckenstich behandelt mit Botulinumspritze.

Botulinumtoxin wird in der Schönheitschirurgie zum Falten glätten eingesetzt.

Jeder fünfte Erwerbstätige hat psychische Störungen

Nach einer Untersuchung der Techniker Krankenkasse stiegen die Fehlzeiten auf Grund psychischer Erkrankungen in den letzten vier Jahren um 33 Prozent. Basis

dieser Auswertung waren die erfassten Arbeitsunfähigkeitszeiten, Zeiten des Krankengeldbezugs, Arzneiverordnungen und ambulant-ärztlich dokumentierte Diagnosen.

Wenn sie unter falscher Flagge segeln ...

von Petra Hopf-Seidel

... dann sind die chronisch Borreliosekranken noch schwerer zu erkennen als sowieso schon. Denn meist steht „ein“ Beschwerdekomples ganz im Vordergrund, der dann zu einer (Verdachts-)Diagnose führt, die ihrerseits wieder die dafür üblichen Therapien nach sich zieht. Ob aber auch noch weitere Symptome bestehen, wird meistens überhaupt nicht erfragt und so geht die Chance verloren, allein schon aus der Anamnese und der vorliegenden Symptomkombination zu erkennen, dass den Beschwerden eine Borrelieninfektion zu Grunde liegen könnte. Wenn die angewandten medikamentösen oder physikalischen Therapien dann aber überhaupt nicht weiterhelfen, bekommt der Patient wie auch sein Arzt das Gefühl, er sei therapieresistent....

Ich möchte anhand einiger Beispiele aus der täglichen Praxis von solchen Fehldiagnosen berichten, die viel Leid, Schmerzen und auch Frustrationen mit sich bringen, weil sich trotz redlichen Bemühens von Arzt und Patienten so gar nichts bessern will.

■ Bandscheibenvorfall

Fall 1: Frau B., verwitwete Lehrerin, 60 Jahre stellt sich in unserer Praxis vor, weil sie schon sehr lange unter Rückenschmerzen leidet und ihr auch das linke Bein auf Grund einer plötzlichen Kraftlosigkeit immer einmal wieder „wegknickt“, was bereits zu mehreren Stürzen, vor allem beim Treppen Hinabsteigen geführt hatte. Als auch noch Schmerzen im linken Gesäß und im linken Bein hinzukamen, wurde sie unter der Verdachtsdiagnose eines Bandscheibenvorfalles (BSV) mit einer Ischialgie links mit Antirheumatika, gerätegestütztem Muskelaufbautraining und Krankengymnastik behandelt. Ein 1½ Jahre vorher durchgeführtes LWS-CT (Lendenwirbelsäulen-Computertomogramm) hatte allerdings nur Osteochondrosen (Untergang von Knorpelknochen) der unteren LWS gezeigt und keine spinalen oder foraminale Engen und auch keinen Bandscheibenvorfall, sodass sich Bildgebend eigentlich keine Erklärung für die Rücken- und Beinschmerzen links

ergeben hatte. **Trotzdem wurde vom behandelnden Orthopäden an dieser Verdachts-Diagnose weiter festgehalten**, auch wenn es der Patientin unter den durchgeführten Therapien eher schlechter als besser ging.

■ Wenn Ärzte keine Fragen haben

Nicht erfragt hatte der Facharzt aber, ob es nicht vielleicht auch noch andere Symptome gab, die bei der Deutung des lumbalen (die Lenden betreffend) Schmerzgeschehens hätten weiterhelfen können. Sonst hätte er nämlich erfahren, dass im Jahre 2001 am linken (!) Oberschenkel sich eine Zecke festgesaugt, sich danach aber kein Erythema migrans entwickelt hatte, sodass dieses Ereignis sehr bald vergessen war. Auch erfuhr er deshalb nicht, dass die Patientin schon lange an einer sehr starken Erschöpfung litt, die ihre Arbeitsfähigkeit als Lehrerin deutlich beeinträchtigte, da sie das Unterrichten so anstrenge, dass sie sich regelmäßig mittags hinlegen musste. Auch war ihm deshalb nicht bekannt, dass sie sehr häufig „von innen heraus“ fror, sodass sie fast immer mit einer Wärmflasche schlafen musste. Nach dem Aufstehen am Morgen hatte sie außerdem starke Schmerzen in den Fußsohlen, die sich erst nach einigem Umhergehen besserten, was alles Symptome sind, die mit einem BSV absolut nichts zu tun haben.

Die körperliche Untersuchung ergab dann zusätzlich noch Störungen der Oberflächensensibilität beider (!) Unterschenkel und an beiden Großzehen ein vermindertes Vibrationsempfinden von 6/8 (Erwartungswert 8/8), was beides auf eine beginnende Polyneuropathie hindeutet. Außerdem fanden sich noch schmerzhafte Knötchenbildungen der Plantarfaszien an den Fußsohlen (Ursache der Anlaufschmerzen morgens) und schmerzhafte Sehnenverkürzungen der ulnaren (Elle) Beugesehnen beider Hände (sogenannter Morbus Dupuytren).

Auf Grund der Zeckenstichanamnese, der geschilderten chronischen Erschöp-

fung und der hartnäckigen muskulo-skelettalen Beschwerden wurde eine Borreliendiagnostik veranlasst. Diese war zunächst für die Borrelien-Antikörper völlig negativ, aber in der zweiten Diagnostikstufe, dem Immunoblot, fand sich eine hochspezifische Spätbande (p 100) als Ausdruck der erfolgten Borrelieninfektion. Die noch bestehende, den aktuellen Beschwerden zu Grunde liegende Borrelien-Aktivität zeigte dann aber erst der positive Borrelien-LTT mit Werten zwischen 4,4 SI und 5,6 SI. Außerdem fand sich eine sekundäre metabolische Mitochondropathie (Verminderte Energiegewinnung für die Zellen) mit einem erniedrigten intrazellulärem ATP- und Glutathion-Wert, wie dies bei chronischen Entzündungs- und Infektionsfällen fast immer der Fall ist und was meist die Ursache einer starken Erschöpfbarkeit ist. Das Blutbild mit seinem erhöhten MCV (Abkürzung für Mittleres Volumen des einzelnen Erythrozyten) als Hinweis auf einen bestehenden Vitamin B 12-Mangel passte zu den klinisch gefundenen Sensibilitätsstörungen beider Beine.

Die Behandlung bestand in einer 30-tägigen Antibiose (AB) mit Minocyclin und Quensyl, was nach Plan langsam aufdosiert wurde in Kombination mit einer Multivitamin- und Glutathionsubstitution. Trotz der langsamen AB-Aufdosierung kam es für fast drei Wochen zu einer heftigen Herxheimerreaktion mit Nachtschweißern und anfänglicher Zunahme der muskulo-skelettalen Beschwerden. **Seitdem aber ist die Patientin schmerzfrei, kann problemlos Treppen steigen ohne jeden Kraftverlust, friert nicht mehr und ist vor allem nicht mehr müde, sodass sie eine ganz andere Lebensqualität erreicht hat und sehr dankbar ist.** Auch ihre Zellenergieniveau (ATP-Wert) hat sich wieder völlig normalisiert, während reduziertes Glutathion bis zur Normalisierung der Werte noch einige Zeit weiter eingenommen werden muss.

Fazit: Der vermeintliche BSV war die Folge einer neun Jahre vorher erlittenen Borrelieninfektion, die ohne typisches

Erythema migrans übersehen worden war, sich aber Jahre später mit muskuloskelettalen Symptomen und einer Sehnenseteiligung an Händen und Füßen, aber auch mit vegetativen und metabolischen Veränderungen und vor allem einer ständigen Erschöpfung manifestiert hatte. Eine nur vierwöchige Antibiose verhalf der Frau wieder zu Wohlbe finden und voller Arbeitsfähigkeit nach Jahren mit zahlreichen Beschwerden und Leistungsverlust.

Wäre die Diagnostik allein nach dem derzeit für Kassenärzte verpflichtenden Zwei-Stufensystem durchgeführt worden, wäre bei völlig negativem Borrelien-Antikörpern die hochspezifische Spätbande p 100 im Immunoblot ebenso wenig gefunden worden wie der positive Borrelien-LTT, der die aktuell noch fortbestehende deutliche Borrelienaktivität angezeigt hatte und damit den Weg zur erfolgreichen Behandlung des Beschwerdekompleses gewiesen hat.

■ Wanderröte contra Wundinfektion?

Fall 2: Frau K, 69-jährige Hausfrau, plagt seit mehreren Monaten ein starker, abends verstärkter Juckreiz am linken Oberarm, ohne dass dort eine Hautveränderung sichtbar ist. Seit vier Wochen hatte sich der Juckreiz noch einmal verstärkt und sich inzwischen noch auf den Oberkörper und den rechten Oberarm ausgedehnt. Sie kann deshalb nachts schon nicht mehr durchschlafen und macht sich Sorgen, leberkrank zu sein. Von der Hausärztin waren die Routinelaborparameter inklusive der Leberwerte jedoch als unauffällig beurteilt worden. Auch der Hautarzt habe ihr bisher nicht helfen können, da alle verordneten Salben und Antihistaminika an dem ständigen abendlichen Juckreiz nichts hatten ändern können.



Im Anamnesegespräch berichtet sie dann auch noch, dass sich im Urlaub auf Madeira vor neun Monaten eine Zecken nympe an ihrem linken Oberarm festgesaugt hatte mit einer nachfolgenden Rötung, die Zecke sei erst sechs Tage später von der Hausärztin Zuhause entfernt worden. Noch vier Tage später sei die Einstichstelle „entzündet“ gewesen, obwohl sie doch häufig Rivanolumschläge gemacht habe. Trotz des Zeckenstiches an dieser Stelle wurde die Hautveränderung nicht als Wanderröte erkannt, sondern für eine „Wundinfektion“ angesehen und behandelt. Die Rötung sei dann doch irgendwann verschwunden und sie habe das Ganze vergessen.

Die durchgeführte Borrelienserologie ergab sowohl erhöhte IgM- wie auch IgG-Antikörper sowie einen positiven IgG- und IgM-Immunoblot mit stark ausgeprägten hochspezifischen OspC- und VlsE-Banden, sodass auch serologisch - zusätzlich zum EM- sich die erfolgte Infektion zweifelsfrei bestätigte. Der dann auch noch durchgeführte Borrelien-LTT ergab eine hohe Aktivität mit Werten zwischen 3,4 SI bis 11,4 SI. Außerdem zeigte ein auf 101 µg/l (Norm < 13,3) stark erhöhtes ECP (eosinophiles cationisches Protein) einen aktiven allergischen Prozess an bei gleichzeitig normalem IgE-Wert von 22,9 kU/l (-87kU/l). Diese ungewöhnliche Konstellation ließ eine atypische Allergie vermuten, bei der die üblichen Antiallergika nicht wirksam sind. Also wurde die Patientin zunächst nur wegen der floriden Borreliose behandelt in der Hoffnung, dass sich dann auch der Juckreiz legen würde. Durch die Minocyclin-Therapie für 30 Tage besserte sich zwar der Borrelien-LTT auf Werte zwischen 1,9 SI - 3,8 SI, aber der abendliche Juckreiz trat immer noch täglich auf, wenn auch nicht mehr so ausgeprägt. Auch eine symptomatische Behandlung mit Atosiltropfen, einem müde machenden Antiallergikum, konnte einen ungestörten Nachtschlaf nicht wieder herstellen. Als die Patientin dann jedoch einmal gesprächsweise erwähnte, dass sie abends gerne mit ihrem Mann zwei oder mehr „Gläschen“ Rotwein trinke, ergab sich eine neue Wendung, denn Rotwein ist ja bekannterweise histaminhaltig und Histamin erzeugt Juckreiz!

Es wurde also der Histamingehalt ihres Blutes ebenso wie das histaminabbau-

ende Enzym Diaminoxidase (DAO) bestimmt, was beides pathologisch (krankhaft) ausfiel. Bei einem erhöhten Histamingehalt im Blut betrug die Aktivität der DAO nur die Hälfte ihres Solls, sodass die Ursache des Juckreizes sich damit ausreichend erklären ließ. Die Behandlung besteht nun in der Vermeidung von stark histaminhaltigen Nahrungsmitteln, vor allem des abendlichen Rotweines und der regelmäßigen Zufuhr des DAO-Enzymes in Tablettenform, worunter der Juckreiz sich völlig gab.

Fazit: Durch die floride Borrelieninfektion kam es wahrscheinlich auch zu einer Verminderung des histaminabbauenden Enzymes DAO, wodurch histaminhaltige Nahrungs- und Genussmittel nicht mehr regelrecht abgebaut werden konnten und sich einen histaminbedingter Juckreiz einstellte. Erst durch die Behandlung der aktiven Borrelieninfektion und die nachfolgende DAO-Enzymsubstitution konnte der überaus lästige und unerklärliche Juckreiz behoben werden und auch der ECP-Wert sich völlig normalisieren.

■ Diagnose ALS

Fall 3: Herr R. Maschinenbauingenieur, 49 Jahre, möchte von mir als Neurologin eine Zweitmeinung einholen, da er seit zwei Jahren die Verdachtsdiagnose amyotrophe Lateralsklerose (ALS) hat. Er leidet seit dieser Zeit unter Schmerzen im linken Unterarm mit Kraftverlust und einer Atrophie (Muskelabbau) der Handballenmuskulatur links. Er sei deshalb unter Vorstellung eines Nervenkompressionssyndroms am Ulnarisnerv links operiert worden, was aber weder an den Schmerzen noch am Kraftverlust etwas geändert habe. Da aber auch noch Muskelzuckungen in der Wadenmuskulatur aufgetreten sind und er auch mit dem linken Fuß beim Gehen häufiger hängengeblieben war, stellte er sich zur diagnostischen Abklärung in der neurologischen Abteilung einer Universitätsklinik vor. Dort kam man auf Grund der klinischen Symptomatik und der elektrophysiologischen Untersuchungen zu der Verdachtsdiagnose einer Motoneuronenerkrankung (oder ALS), was man dem Patienten auch so mitteilte. Er erhielt zur Therapie das derzeit als einziges zur Verfügung stehende Medikament Rilutek, das den Endpunkt der Erkran-



Fromme Wünsche

kung um circa drei Monate verzögern könnte, wobei der „Endpunkt“ eine völlige Bewegungsunfähigkeit bei klarem Bewusstsein bedeutet und der Tod zum Beispiel durch Atemlähmung innerhalb von circa drei bis fünf Jahren eintritt.

Da sein kleiner siebenjähriger Sohn in der Zwischenzeit an einer chronischen Borreliose erkrankt war, hat er sich mit dieser Erkrankung etwas intensiver befasst und gewann dabei den Eindruck, dass eventuell auch er an Borreliose erkrankt sein könnte, auch wenn er sich weder an einen Zeckenstich noch an ein Erythema migrans erinnern kann. Aber er hatte vor drei Jahren, also noch vor Beginn der Muskelzuckungen, **starke Kniegelenkschmerzen mit Ergussbildung** beidseits bekommen, was man rechts sieben Mal und links zwei Mal abpunktierte, aber ohne Untersuchung des Punktes auf Borrelien.

Im selben Jahr habe er auch noch einen **Gelenkserguss im linken Ellenbogen** bekommen, der auch zwei Mal punktiert wurde. Im Jahr darauf begann dann auch noch eine **starke Müdigkeit und Erschöpfung**, sodass er seitdem seinen Leistungssport Ringen nicht mehr ausüben kann. Er habe in den letzten zwei Jahren deshalb schon fast 20 Kilogramm zugenommen (aktuell 105 kg bei einer Größe von 192 cm). Außerdem leide er seit dieser Zeit an **Nachtschweiß**, habe immer wieder „**Muskeltater**“ **in der Schulter-Nackermuskulatur** sowie auch **Herzrasen** und **stark spürbaren Herzschlag** (Palpitationen). Die **Gelenkschmerzen in Ellenbogen und Knien** kämen auch immer wieder und ebenso eine plötzliche **Übelkeit, Frösteln** und **Durchschlafstörungen** sowie eine verstärkte **Geruchsempfindlichkeit**.

Da die Anamnese und die Beschwerdekombination genügend Verdachtsmomente für das Vorliegen einer chronischen Borreliose ergaben, wurde die erweiterte Borreliose-Diagnostik durchgeführt. Die erste Stufe, die Borrelien-Antikörperbestimmung ergab negative IgM und IgG- Werte und auch im Immunoblot zeigten sich nur zwei unspezifische Banden (p 41). Der LTT jedoch ergab deutlich positive Werte mit 4,5 SI bis 5,2 SI. Zusätzlich wurde in seinem Fall zur Sicherheit noch eine Multiplex-PCR (in Kalifornien) durchgeführt, bei der eindeutig Borrelien-DNA gefunden wurde, was auch nochmals mit einem Southern Dot Blot (Westernblot)-Test abgesichert worden war. Zusätzlich fanden sich erhöhte Muskelenzyme (CK) wie so häufig bei chronischer Borreliose. Auch die Laborparameter für eine sekundäre metabolische Mitochondropathie ließen sich erwartungsgemäß nachweisen mit erheblicher Verminderung von intrazellulärem ATP und Glutathion sowie erhöhtem Citrullin im Urin.

Auffällig war auch eine deutliche Eosinophilie (13,9 Prozent bei Norm – 4 Prozent) als Hinweis auf ein zusätzlich bestehendes allergisches Geschehen. Dessen Ursache ist wahrscheinlich eine starke Quecksilberbelastung durch sieben sehr große **Amalgamfüllungen**. Außerdem hat sich eine Typ IV-Sensibilisierung gegen Palladium und Quecksilber nachweisen lassen, sodass zusätzlich zu der antibiotischen Behandlung mit Azithromycin und Tinidazol eine Ausleitetherapie mit Zeolithen, Koriander und Algenpräparaten eingeleitet worden ist. Ergänzend wird eine Multivitamin- und Glutathionsubstitution durchgeführt sowie Coenzym Q 10 zur direkten Resorption

über die Mundschleimhaut in Sprayform zugeführt. Nach nur sechs Wochen Therapie konnte so bereits erreicht werden, dass er seltener Verkrampfungen in beiden Händen bekam und weniger müde ist, der weitere Verlauf bleibt noch abzuwarten., da die Therapie ja erst begonnen wurde.

Fazit: Auch ohne Zeckenstichanamnese, ohne EM und bei seronegativer Borrelienserologie kann hinter einem bunten Strauß von Symptomen eine chronisch-persistierende Borreliose stecken, die durch weitere Faktoren wie zum Beispiel eine Schwermetallbelastung durch Dentalersatzstoffe, auf die allergisch reagiert wird, chronifizieren kann. Die von der Uni-Neurologie einzig wahrgenommenen Symptome der Muskelfaszikulationen und Muskelschwäche, die zur Verdachtsdiagnose einer ALS geführt hatten, sind aber nur zwei Symptome von vielen anderen nicht beachteten/erfragten Beschwerden, deren gleichzeitiges Auftreten die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer Borreliose jedoch erheblich erhöht. Der positive PCR- und LTT-Befund hat in diesem Fall die noch aktive Borrelienaktivität eindeutig bestätigt und damit eine Möglichkeit der Behandlung aufgezeigt, die weit über die alleinige Verordnung von Rilutek hinausgeht und dem Patienten wieder eine Lebensperspektive gibt.

Quintessenz dieser täglichen Erfahrungen mit Borreliosekranken ist es, dass nur eine ausführliche individuelle Anamnese und gründliche körperliche Untersuchung helfen können, derartige Fehldiagnosen mit all ihrem Leid und ihren frustrierten Therapiebemühungen zu vermeiden. ■



Die Autorin ist
Fachärztin für
Neurologie und
Psychiatrie,
Fachärztin für
Allgemeinmedizin,
Zusatzbezeichnung
Chirotherapie,
Mitglied in der

Deutschen Borreliose-Gesellschaft (DBG)
Mitglied im Deutschen Berufsverband der
Umweltmediziner (dbu)
www.dr-hopf-seidel.de

Es ist, als ob die Seele unwohl wäre ...

Depression = Schublade F32

von Ute Fischer

All überall schießen so genannte „Bündnisse gegen Depression“ aus dem Boden.

Ihre Federführer sind in der Regel Leitende Ärzte der Psychiatrischen Krankenhausabteilungen und ihre Organisatoren blind vertrauende Ehrenamtliche, die ihren „Doc“ von allem abschirmen, was ihn verleiten könnte, über den Tellerrand hinauszuschauen.

Als ich schon vor einigen Jahren dem Darmstädter Bündnis einen ärztlichen Referenten anbot, der kompetent über Depression als Symptom einer bakteriellen Infektion sprechen könnte, traf ich nur auf geheucheltes Interesse. Erst keine Zeit. Dann kein Geld. Das diesjährige Programm sei schon ausgefüllt. Selbst dem Angebot, dass die dortige Borreliose-Selbsthilfegruppe das Referentenhonorar übernehmen werde, folgte keine Resonanz. Also doch kein Interesse. Nichts gegen Darmstadt. Überall ist Darmstadt.

Bereits 2006 verbreitet die jetzige Bildungsministerin Annette Schavan eine 68-seitige Broschüre „Es ist, als ob die Seele unwohl wäre ...“ Kein Aspekt, dass Depression auch Folge eines infektiologischen Leidens sein könne. Schon damals ging die Ministerin von **vier Millionen behandlungsbedürftigen Menschen mit Depression** aus. Auf meinen Vorwurf, warum diese Broschüre ausschließlich „Wege aus der Schwermut“ beschreibe, ließ sie antworten, dass man sich vorhandener **Forschungslücken** bewusst sei.

2007 interviewte die Redaktion Wissenschaft (www.wissenschaft.de) Prof. Dr. Karl Bechter, Spezialist für psychische Erkrankungen vom Bezirkskrankenhaus Günzburg der Universität Ulm. Er verdeutlichte bereits in Borreliose Wissen Nr. 18, dass Infektionen psychische Störungen auslösen könnten. In Wissenschaft beschrieb er den Fall einer Patientin mit wellenartig wiederkehrenden Erkrankung durch Bakterien. Das habe die Depression hervorgerufen. Bechter war der Meinung: „**Psychische Erkrankungen sind in einigen Fällen eine Folge von Abwehrkämpfen des Immunsystems**“.

Heute, drei Jahre später, hat sich nichts geändert. Inzwischen redet man von einem gewaltigen Kostenpotenzial, das durch Depressionen erzeugt werde. Nahezu jeder Borreliosepatient, dessen Labortest zufällig keine Antikörper findet, gerät in diese Schublade. Unter **F32.0** (ICD10 – Internationale Codierung für Krankheiten) ist eine **leicht depressive Episode** klassifiziert. Der Patient fühle sich krank und suche ärztliche Hilfe, könne aber trotz Leistungseinbußen seinen beruflichen und privaten Pflichten noch gerecht werden, sofern es sich um Routine handele. **F32.1** kennzeichnet eine **mittelgradige depressive Episode**, in der berufliche und häusliche Anforderungen nicht mehr oder nur zeitweilig bewältigt werden könnten.



Ein neues Buch sollte hier besprochen werden. „Depressionen und Angst“ (Hirzel-Verlag). Auf 262 Seiten finden sich 13 Zeilen zur Depression, deren Ursache eine Infektion sei. Allerdings analysiert der Autor Prof. Dr. Rudolf Meyendorf: „Diese werden häufig als deprimierend empfunden, da sie schwächen und Energie verbrauchen. Es gibt

aber bestimmte Infektionen, bei denen die depressive Begleiterscheinung länger andauert als die körperlichen Symptome“. Und an anderer Stelle: „Es gibt Depressionen, die im Zusammenhang mit körperlichen Krankheiten auftreten. Sie werden deshalb somatogene (griech. soma = Körper) oder auch körperlich bedingte Depressionen genannt. Sie bleiben oft lange unentdeckt oder werden nicht richtig wahrgenommen. Die ganze Aufmerksamkeit richtet sich auf die körperliche Erkrankung, das gilt sowohl für die Diagnose als auch für die Therapie. Die seelische Störung kann aber den Heilungsprozess der körperlichen Erkrankung aufhalten, da sie ihrerseits auf den Körper wirkt.“

Den zugesagten Bericht über Depression bei einer bakteriellen Erkrankung wie die Borreliose hat Prof. Meyendorf **nicht abgeliefert. Unerbittlich stumm** blieben auch Depressions-Spezialisten wie Dr. Herbert Stuckstedte und Dr. Eva Wunderlich von der Klinik Königshof, Krefeld. Sie schätzen die Zahl der Depressionskranken bereits auf **fünf bis sechs Millionen** in Deutschland. In einem Interview mit der Zeitschrift K4, Gesundheitsmagazin für Krefeld, machte Stuckstedte die Ursachen der Depression an anlagebedingter Neigung fest, die zum Ausbruch kommen könne, wenn Schwierigkeiten oder Konflikte im sozialen Umfeld, in Beziehungen oder schwere körperliche Erkrankungen hinzukämen. Der wiederholten Bitte, uns etwas über die Differenzialdiagnose bei Borreliose zu schreiben, kam er nicht nach.

Das scheint Methode zu sein. Auch die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (5.700 Mitglieder) verweigert sich dem Thema seit Jahren. ■

Strahlenkrankheit und Borreliose

von Peter Alex

Erstmals wurde ich auf das Problem aufmerksam, als ich den Fall eines circa 40-jährigen Mannes aufnahm, der mit der Diagnose „Neuroborreliose“ seit vielen Jahren von Spezialist zu Spezialist zog. Seine geistigen Fähigkeiten waren so eingeschränkt, dass er seinen Beruf kaum noch ausüben und nicht selbst mit dem Auto zu mir fahren konnte. Er litt Tag und Nacht an starken Muskelschmerzen, für die er seit Jahren ständig starke Schmerzmittel einnahm. Um die genaue Beschreibung seiner Schmerzempfindung gebeten, wiederholte er mehrfach „Das strahlt, das strahlt!“. Bei der Analyse seiner Schilderungen kam unter anderem X-ray (homöopathische Arznei/potenzierte Röntgenstrahlen) in mein Blickfeld. Als ich seine Krankenakte sah, fiel mir sein Wohnort auf: K. Das war doch... mitten in der ehemaligen Wismut-Region (wo von der ostdeutsch-sowjetisch geführten Wismut AG Uranerz abgebaut worden war). Ich rief den Kranken an und fragte ihn, wie lange er schon in K. wohne. „Seit 40 Jahren, ich bin hier geboren“, war die Antwort. In diesem Moment fielen die Puzzleteilchen zu einem Bild zusammen. Natürlich! Wie wir wissen, ist das erste und auffälligste Symptom der chronischen Strahlenkrankheit eine Immunschwäche. **Diese Immunschwäche erklärt die Tendenz der Betroffenen, nach einer Infektion mit einem wenig pathogenen Bakterium wie Borrelia burgdorferi eine schwere, chronische Krankheit auszubilden.** Zum Beweis meiner Arbeitshypothese besserten sich seine Beschwerden erheblich auf die Verschreibung von X-ray hin nach relativ kurzer Zeit.

Für Leserinnen und Leser, die die Region nicht kennen: Die Uran-Abbaugelände des Wismut (ursprünglich Bismut) lagen in den heutigen Bundesländern **Sachsen und Thüringen**. Von circa 1955 bis etwa 1995 war die Bevölkerung sämtlichen radioaktiven Wirkungen des Pechblende (Uranerz)-Abbaus ungeschützt ausgesetzt. Bis in die 90er Jahre hinein ragten bis zu 100 Meter hohe, uranhaltige Abraumhalden unmittelbar um die Ortschaften in den Himmel. Der

Wind wehte den Staub umher und der Regen spülte ihn in den Boden. Eine andere Betroffene berichtete, dass offene Güterzüge, die das Erz in die Sowjetunion brachten (wo die todbringende Ladung ihrer SS-20-Raketen daraus hergestellt wurde), regelmäßig auf den Gleisen der Deutschen Reichsbahn durch die Stadt rollten. Sie erinnerte sich, wie ältere Nachbarn jedes Mal, wenn ein solcher Zug durchfuhr, geklagt hatten, dass sich für ein paar Tage ihre Rheumabeschwerden stark verschlimmerten. **Noch heute dürfen die Bewohner der Region das Wasser aus ihren Brunnen nicht trinken, weil es stark radioaktiv kontaminiert ist.**

Im Nachhinein fiel mir der Fall eines Mannes mit schwerer Neuroborreliose ein, der mir während der Fallaufnahme erzählt hatte, er habe als Ingenieur den Kern eines stillgelegten Atomreaktors mit nur minimalen Schutzmaßnahmen auseinanderbauen müssen. Angesichts dieser Erfahrungen ergeben sich weitere Risikogruppen für die Strahlenkrankheit, von denen sicher manche irrtümlich als primär Borreliose-Betroffene gelistet werden:

- Mitarbeiter und Anwohner von **Kernkraftwerken, Wiederaufbereitungsanlagen und atomaren Zwischenlagern** und Menschen, die ihr Trinkwasser aus radioaktiv belasteten Brunnen oder Flüssen stromabwärts von diesen erhalten (zum Beispiel das überdurchschnittlich häufige Auftreten von **Leukämiefällen** in der Nähe des atomaren Zwischenlagers „Asse II“ oder um das Kernkraftwerk Krümmel) (7).
- Aussiedler aus der **ehemaligen Sowjetunion**: Dort gab es weit mehr leckere Reaktoren als den einen in Tschernobyl, ferner Uranbergwerke und Anreicherungsanlagen, wo der Strahlenschutz eine eher untergeordnete Rolle spielte (5).
- **Militärangehörige**, die Raketen mit Nuklearsprengköpfen bewachen oder bedienen oder die als Bundeswehrsoldaten auf dem Balkan oder in Afghanistan die US-amerikanische, mit Uran angereicherte Munition

bewacht haben (die im zivilen Leben geltenden Strahlenschutzmaßnahmen werden bei Militäreinsätzen völlig ignoriert).

- Menschen, die in der Nähe ehemaliger Stationierungsorte von russischen **SS-20-Raketen** leben. Dort wurden auch unterirdisch Arbeiten an den Kernwaffen ausgeführt, bei denen Uran in das Trinkwasser gelangte; bis heute messbar in der Gegend von **Jena** in Thüringen (8). Für die **Pershing-Raketen im Westteil Deutschlands** muss dasselbe angenommen werden.
- Bewohner und Besucher der ehemaligen Kampfgebiete auf dem Balkan (**Bosnien-Herzegowina, Kosovo**), wo von der US-Armee umgerechnet 11,5 Tonnen reinen Urans mit Munition verschossen wurde. Im Golfkrieg wurden im Irak umgerechnet mehr als 300 Tonnen Uran verschossen. Ein Teil der Geschoßinhalte ist zudem mit Plutonium verunreinigt, dem giftigsten bekannten Stoff überhaupt. Der Staub, der bei den Explosionen entstand, bedeckt heute noch weite Teile dieser Länder und wirkt besonders beim Einatmen stark schädigend (1,4).
- Menschen, bei denen sich radioaktives **Radon-Gas** im Haus ansammelt (in Bergbauregionen nicht selten, vorwiegend in Kellergeschossen).
- zunehmend Kranke, Verletzte oder gar Gesunde, die sich gutgläubig einer zunehmenden Anzahl **radioaktiver Diagnose-Verfahren** (von der Volksröntgen-Reihenuntersuchung über Zahnröntgen, Schilddrüsen-Szintigraphie, Wirbelsäulen-CT bis zur Mammographie) unterziehen und kein Dosimeter tragen, oft noch nicht einmal einen Röntgen-Pass haben und von denen weder sie selbst noch ihre Ärzte wissen, wie hoch die radioaktive Belastung bereits ist, der sie im Laufe ihres Lebens ausgesetzt waren (2).

In Deutschland wurden 2008 laut Statistik pro 1000 Menschen 130 Computertomographie (CT)-Untersuchungen vorgenommen, 2006 waren es noch 110.

Das heißt: Statistisch wird in 7,7 Jahren die gesamte Bevölkerung Deutschlands ein Mal einer CT-Untersuchung unterzogen. Bei einer angenommenen Lebenserwartung von 77 Jahren wird also der statistische Bundesbürger (der natürlich so nicht existiert) zehn Mal im Laufe seines Lebens einer CT-Strahlenbelastung ausgesetzt (2). Experten errechneten, dass eine einzige CT-Untersuchung der gesamten Wirbelsäule in etwa der biologischen Wirkung entspricht, die die direkte Anwesenheit beim Atombombenabwurf in Hiroshima hatte. Ein anderer Vergleich: **Eine einzige Mammographie entspricht der Höhenstrahlung bei einem Daueraufenthalt auf der Zugspitze von 22 Jahren (6).**

In fast allen anderen europäischen Ländern werden weniger CTs vorgenommen, allerdings wird in Japan und den USA ähnlich häufig geröntgt (2). Nicht zufällig ist die Borreliose-Inzidenz in den USA ähnlich hoch wie in Deutschland.

Bei einem Versuch mit Affen, die anhaltend mit niedrigen (als gesundheitlich unbedenklich eingestuft) Dosen Radioaktivität bestrahlt wurden, litten die bestrahlten Tiere etwa 10 bis 15 mal häufiger an bakteriellen und viralen Infektionen als die Tiere der unbestrahlten Kontrollgruppe (3).

Gerade die Summe der erlittenen, für sich genommen geringen, ionisierenden Bestrahlungen ist es, die zur chronischen Strahlenkrankheit führt. Da die Dosis, die ein Mensch in einem Lebensalter tolerieren kann ohne schwer zu erkranken, begrenzt ist, leiden zunehmend Menschen an der Strahlenkrankheit,

zunächst ohne es zu merken. Mediziner sind in der Erkennung einer chronischen Erkrankung durch geringe, über Jahre und Jahrzehnte summierte Strahlendosen **nicht geschult** und haben **keine Möglichkeit**, Kranke daraufhin zu **testen**. Im Gegensatz zur Belastung mit Giften, die der Körper auch wieder ausscheiden und sich davon erholen kann und die auch in geringster Menge technisch nachgewiesen werden können, wirkt sich jede Strahlendosis addierend auf die bisherige Belastung aus. Wann im Einzelfall das tolerierbare Maß erreicht oder überschritten ist, könnte nur durch genaue Aufzeichnung aller erlittenen Bestrahlungen errechnet werden (und auch nur mit einer statistischen Wahrscheinlichkeit, denn nicht alle Menschen sind gleich empfindlich). Das Problem gewinnt dadurch an Brisanz, dass sich die Lebenserwartung in den vergangenen Jahrzehnten sehr erhöhte und somit die Gefahr, an einer Strahlenkrankheit durch Summation geringer Dosen zu erkranken, im gleichen Maß zugenommen hat (5).

Leider ist es vom uns regierenden medizinisch-industriellen Komplex nicht gewollt, das Problem öffentlich zu diskutieren, dass wir es in Deutschland mit einer zunehmend größer werdenden Gruppe von Menschen zu tun haben, die unter einer chronischen Strahlenkrankheit und deren zahlreichen Folgeerscheinungen leidet. Die herkömmliche Medizin ist dieser Krankheit gegenüber bekanntlich machtlos. Da ist es einfacher, das Problem zu verschweigen beziehungsweise auf die „Borreliose-Schiene“

zu schieben. Das Betreiben radiologischer Abteilungen und Praxen ohne lebenslang sorgfältig geführte Strahlendosismessungen mit exakten Dosis-Angaben ist als unverantwortlich und unvereinbar mit dem ersten Grundsatz der ärztlichen Ethik (Primum nil nocere: zuerst einmal nicht schaden) abzulehnen. ■



Dr. med. vet. Peter Alex ist Homöopath in Torgau/ Nordsachsen. Siehe auch Literaturempfehlungen.

Quellen

1. Helters, Heinz und Pade, Hans-J.; Informationen über Uran-Munition (Uran-Geschosse, DU-Munition), www.physik.uni-oldenburg.de/Docs/puma/radio/Uran_Munition.html
2. Schulte-Lutz, Anja (Bundesamt für Strahlenschutz); In Deutschland wird zu viel geröntgt, dpa-Meldung vom 1.8.2010
3. Strohm, Holger; Warum auch geringe Radioaktivität lebensgefährlich ist- Atomwissenschaftler über die Gefahren von Niedrigstrahlung, Zweitausendeins, Frankfurt/M. 1986
4. www.balkan-syndrom.de/artikel.htm
5. Yablokov, Alexey V., Nesterenko, Vassily B., Nesterenko, Alexey V. and Sherman-Nevinger, Janette D. (ed.); Chernobyl: Consequences of the Catastrophe for People and the Environment, Wiley-Blackwell, 2010
6. Editorial; Zeitschrift für Klassische Homöopathie 46/ 1997
7. Notiz in: Hessen-Bote v. 24.11. 2010, S.1
8. Machts, Daniel: persönliche Mitteilung

Kommentar zur Strahlenkrankheit

von Dietmar Seifert

Solche Berichte sollte man unbedingt sehr kritisch betrachten und mit größter Vorsicht genießen. Es gibt inzwischen immer mehr alternative Therapeuten, die in unverantwortlicher Weise mit den Urängsten der Patienten spielen und allen Borreliosekranken einreden wollen, ihre Krankheit komme nur von diffusen, ungreifbaren Umweltfaktoren wie Quecksilber, Elektrosmog, Strahlen, Feldern usw. Auch hier werden typischerweise sämtliche Register gezogen, wie SS20, Pershing-Raketen und Uranmunition im Irakkrieg, um Ängste unwissender Patienten vor unsichtbaren, geheim-

nisvollen Strahlen zu schüren. Dabei werden Vergleiche zum Atombombenabwurf in Hiroshima **in verantwortungsloser Weise** herangezogen wie die Bewachung von Atomsprengkörpern.

Die Alpha-Strahlung von Plutonium der Atomraketen durchdringt gegenüber Röntgen-Gammastrahlen nicht einmal ein Blatt Papier und ist nur bei Verschlucken extrem gefährlich. Natürliche Radioaktivität ist zunächst nichts Ungewöhnliches und umgibt uns mit unserer Atemluft oder kommt in manchen Kellern in leicht erhöhtem Maße vor. Viele Rheumakranke suchen aus diesem

Grund ausdrücklich Radonstollen auf, um die dortige wesentlich höhere Radonbelastung für ihre Gesundheit zu nutzen.

Eine nachweisliche Strahlenkrankheit existiert jedoch nur bei extremsten Belastungen durch Atomunfälle, die nicht im Geringsten etwas mit den mehrtausendfach niedrigeren anderen Belastungen zu tun haben. Langfristige Folgen durch Röntgen, Nähe zu Uranbergwerken oder Flugreisen lassen sich, falls überhaupt, nur statistisch in mehreren Stellen hinter dem Komma ermitteln. Selbstverständlich sollte man bei allen ionisierenden Strahlen vorsichtig sein

und jede unnötige Belastung vermeiden. Dabei ist jedoch eine objektive Aufklärung ohne Angstverbreitung nötig.

Eine „echte“ Strahlenkrankheit, bei der große Teile des Gewebes zerstört werden, insbesondere Schleimhäute und Immunzellen, hat jedoch nicht im Geringsten etwas mit den üblichen niedrigen Belastungen wie Röntgen zu tun. Eine nötige, aber unterlassene Röntgenuntersuchung gefährdet die Gesundheit um ein Vielfachtausendfaches höher!

Es nützt dem Patienten nichts, ihm

eine Borreliose ausreden und durch eine noch weniger greifbare Diagnose wie Strahlenkrankheit oder andere diffuse Umweltbelastungen ersetzen zu wollen und dann gleich das Patentrezept mitzuliefern. Eine mit Röntgenstrahlen behandelte, stark verdünnte Alkoholampulle (X-ray), ist gegen eine Strahlenkrankheit vermutlich genau so wirksam, wie eine mit Borrelien infizierte Zecke, die man dreimal um dieselbe Ampulle laufen lässt, um eine Borreliose zu therapieren. Außerdem würden nach dieser Logik

sogar zur Konservierung bestrahlte Lebensmittel ein Heilmittel gegen eine Strahlenkrankheit sein. ■



Dietmar Seifert ist Stellvertretender Vorsitzender des BFBD Ingenieur mit Vertiefungsstudium biomedizinische Technik und Kerntechnik, sowie Fachkraft für Strahlenschutz.

Herzbeteiligung bei Lyme-Borreliose



von Th. Felix Gramley

■ Klinische Erscheinungsbilder der Lyme-Karditis

Betroffene Patienten klagen meist ein bis zwei Monate nach der Infektion über die ersten Beschwerden. Besonders typisch sind dabei Herztolpern, langsame Herzrhythmusstörungen, Schwindel, Ohnmachtsanfälle, Luftnot und Brustschmerzen. In einem Teil der Patienten treten jedoch trotz Lyme-Karditis keine Herzbedingten Symptome auf. Ebenfalls ist es nicht zwingend der Fall, dass gleichzeitig extrakardiale Symptome wie ein Erythema migrans oder neurologische Manifestationen auftreten müssen. Für jeden fünften Patienten mit Lyme-Karditis wird jedoch letztlich eine Krankenhauseinweisung nötig.

Besonders häufig sind langsame Herzrhythmusstörungen. Ursache ist in der Regel der sogenannte **AV-Block**. Tritt ein geringgradiger AV-Block (AV-Block I°) auf, der meist nicht bemerkt wird, kann dieser jedoch innerhalb von kurzer Zeit fortschreiten und zu einem höhergradigen AV-Block (AV-Block II° und III°) werden, der dann symptomatisch wird und einer Behandlung bedarf. Hier ist meist eine Herzschrittmacher-Therapie nötig. In der Regel reicht in solchen Situationen die vorübergehende Anlage eines Schrittmacherkabels über eine Hals-, Arm- oder Leistenvene, da der Herzrhythmus sich meist nach etwa einer Woche wieder normalisiert. Ist dies nicht der Fall, muss im Einzelfall geprüft

werden, ob eine dauerhafte Schrittmacher-Therapie erforderlich ist. Geringfügigere Leitungsstörungen wie sogenannte Links- oder Rechtsschenkelblöcke können ebenfalls vorkommen, bedürfen per se jedoch meist keiner Therapie und erholen sich im Regelfall innerhalb von sechs Wochen.

Die Lyme Perimyokarditis beschreibt eine Entzündung des Herzmuskels und des Herzbeutels. Sie ist meist asymptomatisch, gering ausgeprägt und von vorübergehender Natur. In diesem Zusammenhang kann es zu einer passageren Vergrößerung des Herzens und einer Ergussbildung (sogenannter Perikarderguss) im Herzbeutel kommen. Oft sind in diesen Fällen unspezifische EKG-Veränderungen die einzige Auffälligkeit. In seltenen Einzelfällen scheint eine Borrelia burgdorferi Infektion auch zu einer chronischen Herzschwäche (Kardiomyopathie) führen zu können, ohne dass es zuvor zu einer klassischen Lyme-Borreliose kommen muss.

■ Diagnose

Die Diagnose der Lyme-Karditis erfolgt auf der Basis typischer klinischer Manifestationen zusammen mit einem positiven serologischen Labortest. Hier lassen sich meist sowohl IgM- als auch IgG-Titer nachweisen. Besonders wichtig ist bei der Diagnosestellung natürlich die genaue Anamneseerhebung. Gefragt werden sollte nach Aufenthalt in

Die Lyme-Borreliose ist eine Multi-systemerkrankung, der eine Infektion mit Borrelia burgdorferi zu Grunde liegt. Die kardiale Beteiligung tritt meist in der frühen Phase der Erkrankung auf (meist Wochen oder wenige Monate nach der Infektion) und findet sich in bis zu vier Prozent der unbehandelten Borreliose-Patienten in Europa. Eine rechtzeitige antibiotische Behandlung verhindert die klinischen Manifestationen der sogenannten Lyme-Karditis. Wird dies versäumt, kommt es insbesondere zu langsamen Herzrhythmusstörungen, die ihre Ursache in elektrischen Leitungsstörungen des Herzens finden. Auch eine Verschlechterung der Pumpkraft kann auftreten. Von der **Lyme-Karditis** betroffen sind im Gegensatz zur Lyme-Borreliose im Allgemeinen **mehr Männer als Frauen** (und zwar im Verhältnis 3:1).

Endemiegebieten, stattgehabten Zeckenbissen, dem Vorhandensein eines Erythema migrans und Hinweisen auf neurologische Symptome der Borreliose. Dabei lassen sich in etwa 75 Prozent der Lyme-Karditis-Patienten Hinweise auf ein Erythema migrans finden. In etwa 60 Prozent kann eine Gelenkbeteiligung festgestellt werden und in etwa 40 Prozent eine neurologische Beteiligung. Einige Patienten berichten jedoch nur von Grippe-artigen Beschwerden, was jedoch unspezifisch ist und daher eine



Moderner 2-Kammer-Herzschrittmacher (DDD-Schrittmacher), dessen Größe etwa einer Männer-Armbanduhr entspricht.

Lyme-Borreliose nicht nachweisen kann.

Therapie

Ziel der Therapie ist es, in erster Linie Spätkomplikationen der Borreliose zu

vermeiden und die Dauer der kardialen Beteiligung möglichst abzukürzen. Dabei sind Antibiotika (insbesondere Cephalosporine) das Mittel der ersten Wahl und sollten im Regelfall solange intravenös verabreicht werden, bis sich gegebenenfalls vorhandene höhergradige AV-Blockierungen wieder zurückgebildet haben. In diesem Zeitraum sollten die Patienten auf einer Monitorstation in einer auf Rhythmusstörungen spezialisierten kardiologischen Abteilung eines Krankenhauses liegen. So kann gewährleistet werden, dass im Bedarfsfall rasch ein gefährlich langsamer Herzschlag durch eine (meist vorübergehende) Anlage eines Herzschrittmacherkabels angehoben werden kann. Nach der Rückbildung der Rhythmusstörungen wird die antibiotische Therapie noch für weitere drei Wochen auf Tablettenbasis fortgeführt. Sollte sich der langsame Herzrhythmus nicht zurückbilden, ist die Implantation eines Herzschrittmachers erforderlich.

Hier kommen im Regelfall sogenannte Zwei-Kammer-Herzschrittmacher (DDD-Schrittmacher) zum Einsatz, mit denen dann sicher und langfristig den Patienten geholfen werden kann. Die Geräte

(siehe Abbildung) werden in örtlicher Betäubung im Bereich unter dem rechten oder linken Schlüsselbein unter die Haut gepflanzt. Herzschrittmacher haben eine eingebaute Batterie, die für circa acht bis zehn Jahre hält. Um die korrekte Funktion und ausreichende Batteriespannung zu überprüfen, erfolgen regelmäßige Schrittmacherkontrollen (in etwa halbjährlich bis jährlichen Abständen). Patienten mit geringgradiger Herzbeteiligung können ambulant mit Tabletten antibiotisch behandelt werden.

Prognose

Insgesamt ist die Prognose der Lyme-Karditis recht gut. Die assoziierte Symptomatik bildet sich meist unter Therapie spontan zurück. Todesfälle sind zwar in der Literatur beschrieben, stellen jedoch eher eine Rarität dar.

PD Dr. med. Th. Felix Gramley, FESC
Funktionsoberarzt Elektrophysiologie
Facharzt für Innere Medizin, Kardiologe,
Notfallmedizin II. Medizinische Klinik für
Kardiologie und Angiologie Universitäts-
medizin Mainz

Kommentar zur Herzbeteiligung

von Ute Fischer

Ja, wenn das so einfach wäre mit den IgM- und IgG-Antikörpern.

Zu diesem sehr erhellenden Beitrag muss hinzugefügt werden, dass die Antikörper-Serologie nach wie vor nicht standardisiert ist und es schon fast als glückhaft zu bezeichnen ist, wenn der angewandte Test rein zufällig die Antigene enthält, die zur jeweiligen Borrelienspezies des Patienten passen. Beruhigend wiederum ist, dass sich Gramley nicht ausschließlich auf die Laborwerte beschränkt, sondern die Anamnese ursächlich breit fasst. Zu lernen bleibt für Patienten, dass sie ihre Symptome beim Arzt konkret und umfassend beschreiben. „Grippe-artig“ ist ein weites Feld, das nur ein Hellseher deuten kann.

Wir holen die Borreliose aus der Tabuzone

Das deutsche Aufklärungsfaltblatt mit Symptomfotos, Krankheitsbeschreibung und vorbeugenden Empfehlungen ist wieder verfügbar. Kostenlos. Fordern Sie die Menge an, die Sie glauben, sinnvoll verteilen zu können: in Apotheken, Sportvereinen, Wanderclubs, bei Ärzten usw. (Bestelladresse siehe Impressum auf Seite 50).

Unser Ziel: 5000 Mitglieder.

Bringen Sie sich ein. Wir kämpfen auch für Sie und Ihre Angehörigen.

BORRELIOSE
UND FSME BUND
DEUTSCHLAND



Differenzialdiagnose Rheuma

Vier Fragen an Dr. Wolfgang Brückle



Chefarzt, Klinik der Fürstenhof, Bad Pyrmont
 Facharzt Innere - Rheumatologie, Osteologie (DVO),
 Physikalische und Rehabilitative Medizin, Physikalische Therapie,
 Psychotherapie, Ernährungsmedizin

1. Mit welchen diagnostischen Methoden lässt sich eine Lyme-Borreliose einwandfrei von Rheuma differenzieren?

Rheuma ist streng genommen keine Erkrankung, sondern der Oberbegriff aller Krankheiten, die an den Bewegungsorganen auftreten können. Vermutlich ist hier die häufigste entzündlich-rheumatische Erkrankung, die chronische Polyarthrit (rheumatoide Arthritis), gemeint. Die Lyme-Borreliose ist eine Infektionserkrankung, die in der Hauptsache von Zecken, wenn sie infiziert sind, oft auf den Menschen übertragen werden kann und dann teilweise Krankheitszeichen hervor ruft. Fast alle Erkrankungen, insbesondere die rheumatischen, werden zu einem wesentlich höheren Prozentsatz durch die Kenntnis des Krankheitsbildes und durch die genaue Anamnese und Untersuchung als durch technische Untersuchungen (Labor, Röntgen usw.) erkannt.

Dies gilt auch für die Unterscheidung der Lyme-Borreliose von Erkrankungen aus dem „rheumatischen Formenkreis“. Die Borreliose kann in ihrem Stadium 2, das heißt: nach etlichen Wochen oder auch Monaten rheumatische Beschwerden, gelegentlich auch entzündliche Veränderungen zeigen. Der typische entzündliche Gelenkbefall (Lyme-Arthritis) tritt eher im Stadium 3 auf. Meist sind wenige Gelenke von dem entzündlichen Befall mit schmerzhaften Schwellungen betroffen, bei weitem am häufigsten das Kniegelenk.

Hingegen ist die chronische Polyarthrit durch einen symmetrischen Gelenkbefall mit Schwerpunkt auf den kleinen Gelenken charakterisiert.

Andere rheumatische Erkrankungen und Beschwerden können natürlich auch zur Debatte stehen. Die meisten Kontroversen gibt es bei unspezifischen Gelenksbeschwerden ohne Entzündungszeichen, Müdigkeit, Kopfschmerzen, Erschöpfung und anderem. Hier werden manchmal auch ohne die typischen Symptome einer Borreliose, aber bei serologischem Antikörpernachweis eine chronische Borreliose, ein Fatigue-Syndrom oder ein Fibromyalgiesyndrom vermutet. Wissenschaftliche Untersuchungen konnten ein „Post Lyme Syndrom“ nicht nachweisen, denn ebensoviel andere Menschen in der unausgewählten Bevölkerung klagen über die genannten Beschwer-

den. Auch ein Zusammenhang zwischen vorausgegangener Borreliose und einem Fibromyalgiesyndrom ließ sich über das zufällige Zusammentreffen hinaus in mehreren Arbeiten nicht bestätigen.

2. Kann man auch ohne Rheumafaktor Rheuma haben?

Der sogenannte Rheumafaktor ist kein klarer Beweis für die chronische Polyarthrit, bei der er in 60 – maximal 70 Prozent der Erkrankten gefunden wird. Generell für eine rheumatische Erkrankung bietet er nicht mal einen Hinweis und kommt nicht häufiger als in der Durchschnittsbevölkerung mit 5 (bis fast 10 Prozent bei älteren Menschen) vor.

Somit ist die Frage ganz klar zu bejahen.

3. Die meisten bei Rheuma bekannten Beschwerden treffen auch auf Borreliosepatienten zu. Ist es möglich, dass viele Rheumatiker „nur“ eine Borreliose haben?

Die schon unter 1 genannten allgemeinen Beschwerden kommen bei vielen, vor allem chronischen und internistischen Erkrankungen vor, aber auch bei chronischen Schmerzkrankungen, bei Erschöpfungssyndromen, depressiven Störungen und Autoimmunerkrankungen. Hier steht also die Abklärung durch einen erfahrenen Arzt im Vordergrund. Die zahlreichen rheumatischen Erkrankungen haben meist wie die chronische Polyarthrit ihre charakteristischen Kennzeichen, sodass in den meisten Fällen von einem Rheumatologen die diagnostische Zuordnung ohne große Probleme getroffen werden kann.

4. Was raten Sie Patienten, die gegen die Überzeugung ihres Arztes von ihrer Borreliose überzeugt sind?

Im Einzelfall kann bei Zweifeln durchaus noch eine zweite Meinung eingeholt werden.

Darüber hinaus können vielleicht die Selbsthilfeorganisationen auch dazu beitragen, besorgten Menschen nicht nur zu helfen eine gestellte Diagnose anzunehmen, sondern auch den Ausschluss einer Diagnose zu akzeptieren. ■

Multiple Sklerose oder Neuroborreliose?

Die Unterscheidung ist wichtig!

von Tobias Rupprecht

Multiple Sklerose (MS) ist eine Krankheit, die häufiger auftritt, als allgemein angenommen wird. Etwa vier pro 100.000 Menschen erkranken jedes Jahr in Deutschland an dieser neurologischen Krankheit [1]. Im Vergleich zu den meisten anderen neurologischen Erkrankungen sind vor allem junge Menschen von der MS betroffen. Die meisten Menschen erkranken um das 30. Lebensjahr. Selten finden sich auch Kinder und in gut dokumentierten Einzelfällen Patienten mit einer neu diagnostizierten MS jenseits des 60. Lebensjahres. Aufgrund des meist frühen Krankheitsbeginns und des chronischen Verlaufs ist die Gesamtzahl an MS-Erkrankten in Deutschland

hoch und wird auf mindestens 120.000 geschätzt [1].

Die MS ist eine chronisch entzündliche Erkrankung des zentralen Nervensystems. Die Ursache dieser Erkrankung ist nicht endgültig geklärt, man geht jedoch derzeit von einer Überreaktion des körpereigenen Immunsystems aus. In Folge dessen entstehen Entzündungsherde im zentralen Nervensystem, welche zu einer Schädigung und teilweise auch zum Untergang von Nervenzellen führen können, sogenannte Entmarkungsherde. Es finden sich dann an verschiedenen (multiple) Stellen der weißen Substanz von Gehirn und Rückenmark solche Entmarkungsherde (Sklerose).

Die MS beginnt meist (in 80 Prozent der Fälle) als schubförmige Erkrankung. Häufigste Erstsymptome sind Pelzigkeit der Haut oder Hautmissempfindungen, Gangstörungen mit belastungsabhängiger Schwäche der Beine sowie Milchglassehen, die sogenannte Optikusneuritis [2]. Ein solcher Schub bildet sich im Allgemeinen innerhalb von sechs bis acht Wochen zurück.

Im Durchschnitt kommt es anfangs zu etwa zwei Schüben pro Jahr. In den Folgejahren nimmt die Schubrate kontinuierlich ab [3]. Dennoch ist eine Behandlung wichtig. Ohne sie kommt es bei mindestens der Hälfte der Patienten nach zehn Jahren zu einer „sekundären Progredienz“. Dies bedeutet eine schleichende Zunahme klinischer Symptome und neurologischer Ausfallserscheinungen - später meist auch ohne zusätzliche Schübe. Man spricht dann von einem sekundär chronisch-progredientem Verlauf.

Nur 10 bis 15 Prozent haben bereits von Beginn der Erkrankung an keine Schübe sondern eine schleichende Zunahme der neurologischen Symptome. Diese Verlaufsform wird primär chronisch-progredient genannt. Es findet sich dann häufig eine über Jahre zunehmende Gangstörung mit Muskelsteifheit. Seltener stehen Koordinationsstörungen im Vordergrund. Frauen sind bei der schubförmigen MS etwa doppelt bis dreifach so häufig betroffen wie Männer, bei der primär-progredienten Verlaufsform sind beide Geschlechter etwas gleich häufig betroffen.

Da oben beschriebene Entzündungsherde praktisch überall im zentralen Nervensystem auftreten können, kann die MS fast jegliches neurologisches Symptom verursachen. (Eine Übersicht über die häufigsten Symptome ist in Tabelle 1 aufgeführt.)

Die Diagnose MS alleine aufgrund der Symptome, beziehungsweise der Befunde bei der körperlichen Untersuchung zu stellen, ist oft schwierig. Nach den international etablierten „McDo-



Kniereflex-Untersuchung

Tabelle 1: Häufige Symptome der MS

- Lähmungen, meist mit Muskelsteifheit (Spastik)
- Elektrisierendes Gefühl bei Nackenbeugung (Lhermitte-Zeichen)
- Taubheitsgefühl (Pelzigkeit) der Haut
- Gürtel- oder Korsettgefühl
- Hitze- und Kältegefühl der Haut
- Koordinationsstörungen
- Sprechstörungen mit verwaschener Sprache
- Doppelbilder
- Milchglassehen (Opticusneuritis)
- Dreh- oder Schwankschwindel
- Blasenstörungen mit Inkontinenz oder unzureichender Blasenentleerung
- Trigeminusneuralgie
- Rasche Erschöpfung, Müdigkeit

nald-Kriterien“ [4] ist die Diagnose einer MS hochwahrscheinlich, wenn zwei oder mehr Schübe mit zwei oder mehr objektivierbaren „Läsionen“, also neurologischen Ausfällen vorliegen. Sind diese Kriterien – typischerweise beim ersten Schub – nicht eindeutig erfüllt, werden weitere Untersuchungsmethoden herangezogen, insbesondere die Kernspintomographie (MRT) und die Nervenwasseranalyse (Liquorpunktion). Weiterhin steht mit den sogenannten „Visuell evozierten Potentialen“ (VEP) eine Möglichkeit zur Verfügung, eine abgelaufene, möglicherweise nicht bemerkte oder erinnerte Opticusneuritis als häufiges Erstsymptom der MS zu erkennen. Dabei

soll der Patient auf ein wechselndes Schachbrettmuster schauen und die Geschwindigkeit der Reizleitung vom Auge zur Gehirnoberfläche wird mittels Oberflächen-Elektroden auf dem Kopf gemessen.

Von den genannten Untersuchungsmethoden hat nach neuesten Erkenntnissen die Kernspintomographie die höchste Aussagekraft. Finden sich viele Entmarkungsherde im Gehirn, welche häufig Hahnenkamm-artig am Balken – der Verbindung zwischen beiden Gehirnhälften – aufgereiht sind, so spricht dies sehr für eine MS. Im Kernspin können sich aber auch bei der Neuroborreliose vereinzelte fleckförmige

Veränderungen in der weißen Gehirnsubstanz zeigen. Allerdings sind diese ebenso bei der gesunden Bevölkerung zu finden [5] und unterscheiden sich im Allgemeinen bei einer detaillierten Untersuchung von MRT-Befunden bei MS Patienten [6]. Da die Neuroborreliose aber durchaus auch MS-typische Symptome verursachen kann, ist in Einzelfällen gerade bei untypischen MRT-Befunden die Differenzialdiagnose zwischen MS und Neuroborreliose alleine auf Basis der klinischen Untersuchung und der Bildgebung mitunter schwierig.

Bleibt also noch die Nervenwasseruntersuchung. Bereits mit einer Routineuntersuchung dieser meist wasserklaren Flüssigkeit kann häufig gut zwischen beiden Erkrankungen unterschieden werden. So spricht eine hohe Anzahl an weißen Blutkörperchen und der Nachweis von vorwiegend im Nervenwasser gebildeten, Borrelien-spezifischen Antikörpern für eine akute Neuroborreliose [7,8]. Findet sich jedoch nur ein wenig auffälliger Befund, so kann die Differenzierung zwischen MS und Borreliose bisweilen auch mit der Nervenwasseruntersuchung schwierig sein. Bei einer Studie aus Slowenien fehlten – wenn auch selten – trotz Nachweis von Borrelien mittels PCR-Methode (Nachweis von Erbsubstanz) typische Entzündungszeichen im Nervenwasser [9]. Somit kann nach den Europäischen Leitlinien in Einzelfällen sogar bei unauffälliger Zellzahl (also feh-

Eine kritische Würdigung des Laborparameters CXCL13 zum Artikel „Multiple Sklerose oder Neuroborreliose“ von Dr. Tobias Rupprecht

von Armin Schwarzbach

Bereits 2005 wurden von Rupprecht, Pfister et al. der zunächst vielversprechende Nervenwasser-Parameter CXCL13 als deutlich hinweisend für eine Neuroborreliose entdeckt. Inzwischen wurde dieser Marker in einem Atemzug mit zum Beispiel den unspezifischen zirkulierenden Immunkomplexen in den von Dr. Rupprecht zitierten und mitgewirkten Leitlinien der Vereinigung der Europäischen Neurologen 2010 nahezu verworfen.

Selbst die Infektions-Spezifität wurde in ihrer Trennschärfe gegenüber weiteren Erregern bislang nicht hinreichend

untersucht. So liegen keinerlei Daten über die diagnostische Wertigkeit von CXCL13 bei weiteren Erregern wie zum Beispiel Chlamydia pneumoniae vor, einem intrazellulären Bakterium, dem gerade bei der Multiplen Sklerose nach neuerer Studienlage eine infektiöse Bedeutung zugeschrieben wird. Es scheint sich hier erneut um einen äußerst unspezifischen Parameter zu handeln, der keinerlei Aufschluss über eine Therapie-Indikation einer aktiven chronischen Neuroborreliose insbesondere peripherer Natur gibt. Zu bedenken gilt bei dieser invasiven Pro-

ben-Gewinnung ebenfalls das nicht unerhebliche Risiko einer Nervenwasser-Punktion in Relation zum diagnostischen Benefit einer dennoch vornehmlich symptomatisch und differenzialdiagnostisch vorzunehmenden Therapie-Entscheidung.



Dr. med. Armin Schwarzbach ist Facharzt für Laboratoriumsmedizin Borreliose Centrum Augsburg

lenden Entzündungszeichen) im Nervenwasser eine Neuroborreliose vorliegen [10].

Auch die Borrelien-Antikörper sind nicht immer hilfreich. Denn: In der Frühphase einer Neuroborreliose können solche Antikörper in jedem fünften Fall fehlen [7]. Hingegen kann das Vorhandensein von Antikörpern auch lediglich das Relikt einer früher durchgemachten Erkrankung (im Sinn einer „Seronarbe“) sein [11].

In solch unklaren Fällen kann die Bestimmung des Chemokins CXCL13 im Nervenwasser weiterhelfen. Dieser im Jahr 2005 an der Universität München entdeckte Biomarker findet sich in hoher Konzentration im Nervenwasser von Patienten mit Neuroborreliose [12-15]. In einer im März 2011 in der angesehenen Fachzeitschrift *Neurology* erschienenen Studie zeigt CXCL13 eine hohe Verlässlichkeit in der Diagnose der Neuroborreliose. CXCL13 war den herkömmlichen Parametern sogar etwas überlegen [11]. Insbesondere in Hinblick auf die Unterscheidung MS vs. Neuroborreliose erscheint CXCL13 hilfreich: So fand sich keine Überschneidung der CXCL13-Konzentration zwischen beiden Gruppen und die Differenzierung war in allen Fällen eindeutig möglich.

Bislang gab es noch keine ausreichende Studienlage, um CXCL13 als Diagnosemarker in den Leitlinien empfehlen zu können [10]. Angesichts der kürzlich erst erschienenen, noch nicht berücksichtigten Studien [11,13,14], sowie weiteren, die bald folgen werden, wird CXCL13 jedoch voraussichtlich bald auch Eingang in die Routinediagnostik finden. Bis dahin ist die Bestimmung dieses Biomarkers nur an wenigen Zentren, unter anderem der Spezialambulanz für Neuroborreliose am Klinikum Dachau in Zusammenarbeit mit der Universitätsklinik Ulm möglich. Aber auch am Nationalen Referenzzentrum für Borrelien in Oberschleißheim ist die Etablierung dieses Biomarkers bereits in Planung.

Eine exakte Diagnostik ist von wesentlicher Bedeutung. Denn: Die Unterscheidung zwischen beiden Erkrankungen ist aufgrund der unterschiedlichen Therapien sehr wichtig. Während bei der Neuroborreliose rasch eine Antibiotikatherapie notwendig ist, sollte ein MS-Schub umgehend mit Cortison behan-

delt werden. Bei letzterer ist auch eine dauerhafte Prophylaxe sinnvoll, da damit weitere Schübe wirkungsvoll verhindert oder abgemildert und dauerhafte Behinderungen vermieden werden können. Eine falsche oder verzögerte Therapie kann in beiden Fällen zu bleibenden Schäden führen. ■

(Literaturverzeichnis auf Anfrage)



PD Dr. med. habil. Tobias Rupprecht ist Oberarzt und Leiter der Spezialambulanz für Neuroborreliose am Klinikum Dachau Abteilung Neurologie und Schlafmedizinisches Zentrum. Rupprecht, Entdecker des Chemokins CXCL13 als Biomarker für die Neuroborreliose, wurde 2007 der Liquor-Preis verliehen.

Stellungnahme zum Artikel „Multiple Sklerose oder Neuroborreliose“ von Dr. Tobias Rupprecht

von Harald Bennefeld

Dem genannten Artikel muss aus der Sicht von Ärzten, die seit vielen Jahren in der Diagnostik und Therapie der Neuroborreliose erfahren sind, in einigen Punkten widersprochen werden:

Eine schleichende Zunahme neurologischer Symptome findet sich ebenfalls häufig bei der Neuroborreliose. Die genannten Symptome, unter anderem die zunehmende Gangstörung, sind bei beiden Krankheitsbildern vorhanden. Auch die in der Tabelle 1 aufgeführten Symptome der MS stimmen mit denen der Neuroborreliose, die wir bei vielen Patienten regelmäßig sehen, überein. Diese Tabelle ist sicher nicht in der Lage eine Differenzialdiagnose zur Zwischenborreliose und MS zu ermöglichen.

Die Beschreibung der **technischen Diagnostik ist ebenfalls nicht geeignet**, als Hilfe zur Unterscheidung zwischen Neuroborreliose und MS beizutragen. Sowohl im MRT als auch bei den Visuell Evozierten Potenzialen (VEP) sind die zu beobachtenden Veränderungen zwischen Borreliose und MS bestenfalls äußerst geringgradig. Im Gegensatz zur Aussage des Autors sind auch bei detaillierter Untersuchung von MRT-Befunden keine typischen Veränderungen zur MS festzustellen. Versuche, hier eine Differenzierung zu konstruieren, konnten bisher durch größere Studien nicht belegt werden.

Weiterhin ist gut bekannt, dass eine **Differenzierung** zwischen beiden Erkrankungen **durch Untersuchungen des Nervenwassers** (Liquor cerebrospinalis) **nicht möglich ist**. Anders als hier

angeführt, fehlen die Antikörper nicht in jedem 5. Fall, sondern in 80% aller Fälle, das heißt, **nur in jedem 5. Fall lässt sich eine Neuroborreliose aus der Liquoruntersuchung belegen.**

Zusammenfassend muss festgestellt werden, dass die Differenzialdiagnose MS und Neuroborreliose weiterhin eine äußerst problematische ist und insbesondere auf klinischer Erfahrung des behandelnden Arztes beruht, da es sich um sogenannte Ausschlussdiagnosen handelt. Dies gilt insbesondere für die MS, deren Vorhandensein nach klinischer Erfahrung im Vergleich zur Borreliose auffallend häufig angenommen wird.

Von entsprechenden Symptomen betroffene Patienten sollten daher auch zukünftig die Diagnose einer Neuroborreliose gründlich abklären lassen. Die konsultierten Ärzte sollten entsprechende **Verdachtsdiagnosen** weiterhin **nicht nur auf Grund apparativer und laborchemischer Ausschlüsse stellen**, sondern insbesondere ihre klinische Erfahrung mit einfließen lassen und der Anamnese, den eigenen Beobachtungen der Patienten sowie ihren klinischen Erfahrungen vertrauen. ■



Dr. med. Harald Bennefeld Chefarzt Clinic Hannover-City Fachklinik für Borreliose und Zeckenübertragene Erkrankungen

HWS – Hals-Wirbel-Syndrom

von Ute Fischer

Über ein Jahrzehnt hinweg versuchte die für mich zuständige Verwaltungs-Berufsgenossenschaft (VWBG) die immer wieder auftretenden Nackensteifen weit weg von der Borreliose zu rücken. Bereits im Alter von Anfang vierzig Jahren versuchte man die Beschwerden als degenerativ darzustellen. Als im Laufe meiner Klage vor dem Sozialgericht und dem tiefen Eintauchen in meine lebenslange Anamnese auch noch bekannt wurde, dass ich mit 18 Jahren 48 Meter tief in eine Gletscherspalte gefallen war und ich im Alter von Ende 20 einen Auffahrtsunfall erlitten hatte, war für die VWBG klar, dass die Nackensteifen ausschließlich Folgen dieser Ereignisse gewesen sein müssten. Und alle von der BG angestregten Gutachter fielen in diesen Kanon ein.

Mir ging es damit wie vielen Anspruchstellern: Alles eingebildet. Psychisch krank. Folgeschäden, die nichts mit der Borreliose zu tun haben. Dass diese Nackensteife nur im Abstand von vier bis sechs, manchmal auch acht Wochen auftrat und der Kopf in der beschwerdefreien Zeit voll beweglich war, interessierte niemanden. Es wurde auch in den Gutachten in keiner Weise niedergeschrieben, obwohl mich etliche Gutachter ohne Nackensteife begutachteten. Die Diagnose hieß grundsätzlich HWS – Hals-Wirbel-Syndrom.

Jahre lang ließ ich mich ins Boxhorn jagen. Freilich ist das HWS bei Borreliose keine Fehldiagnose, sondern nur dann, wenn die Beschwerden auf alles andere geschoben werden nur nicht auf die Borreliose. Krankengymnastik, Feldenkrais-Methode, Fango, Akupunktur, Infiltrationen – was habe ich nicht alles versucht. Wie Stromschläge durchzuckte es mein Genick an manchen Tagen. Den frisch absolvieren Motorrad-Führerschein konnte ich sowieso gleich in die Schublade legen – von wegen Schulterblick. Aus Angst vor diesen Schmerzen begann ich, meinen Kopf wie eine Chinesische Vase zu tragen, aufrecht, ohne unnötige



Dr. med. Ralf-Achim Grünther

Bewegungen und Erschütterungen. Heute sitzt er fest, wie mit Pattex angeklebt und einer Stahlschiene verstärkt. Die schubweisen Entzündungen in den Halswirbeln verklebten sich und wuchsen zusammen. Das hätte verhindert werden können.

Bereits 1997 schrieb der Arzt Dieter Hassler, heute Professor, damals Universität Heidelberg.

*„Unglaubliche Symptomvielfalt Nach der Erregergeneralisation kommt es zu ersten Organsymptomen: **Entzündliche Vorgänge an peripheren Nerven (Neuritiden) verursachen pseudo-radikuläre Syndrome mit oft unerträglichen Schmerzen.** Der Schmerzcharakter und die neurologischen Defizite einer Borrelienneuritis können einen **Bandscheibenvorfall** imitieren. Das Schmerzmaximum ist oft nachts, Belastung verschlimmert die Schmerzen. Übliche Schmerzmittel und nicht-steroidale Antiphlogistika wie Diclofenac („Voltaren“) helfen fast nicht.*

Frage an Dr. med. Ralf-Achim Grünther, Chefarzt der Klinik für Orthopädie, Traumatologie, Technische Orthopädie, Baumrainklinik, Bad Berleburg.

Was passiert eigentlich bei dieser Borreliose-Nackensteife, die ja oft sehr schmerzhaft ist?

Diese Nackensteife ist eine reaktive Verkrampfung der Halswirbelsäulen-Nackmuskulatur, welche zu einer muskulären, schmerzhaften Verhärtung und zu Fehlhaltungen des Kopfes führt. Wenn Patienten berichten, dass sie nach einem Jahr den Kopf nicht mehr wenden können, hat sich die Verkrampfung in einen festen Zustand der Muskulatur, der kontraktile (=zusammenziehbare) Elemente der Muskeln, verwandelt. Dann ist es nur sehr mühsam, mit Physiotherapie und mit Medikamenten diesen verhärteten Muskel wieder zu lösen.

Lässt sich an diesem Symptom etwas verbessern?

Ja – es lässt sich etwas verbessern! Mit Wärmeauflagen, leichten Streichmassagen, verschiedenen entspannenden Ölen, Inhalationsölen, dann mit Physiotherapie und Medikamenten lässt sich das Krankheitsbild beeinflussen und auch deutlich bessern. ■

Karpaltunnelsyndrom

von Ute Fischer

Der Karpaltunnel ist eine von Bindegewebe umschlossene Röhre vom Unterarm zur Hand. Durch ihn verlaufen neun Beugesehnen und der Nervus medianus, der unter anderem die Bewegungen der Finger und des Daumens steuert, Empfindungen meldet und noch verschiedene Funktionen an der Hand erfüllt. Schwillt der Tunnel unter mechanischer Überlastung oder einer Entzündung wie bei Borreliose an, verengt sich die Röhre und der Nerv wird geschädigt.

Typische Symptome sind nächtlich auftretende Schmerzen, Missempfindungen, Kribbeln, Taubheit, die von der Hand bis in den gesamten Arm strahlen können. Je länger dieser Zustand unbehandelt andauert, umso schwächer werden Handmuskeln und das Tastgefühl. Ein Nachlassen des Schmerzes bedeutet meist, dass die Schmerzfasern zerstört sind.

Die Differenzialdiagnostik kommt beim Karpaltunnelsyndrom fast immer

zu kurz. Konservativ wird erst versucht, die Beschwerden durch Nachtschienen und spezielle Manschetten, die den Karpaltunnel öffnen, zu lindern. Wenn das nichts hilft, wird operiert. Bei Vortragsveranstaltungen über Borreliose trifft man nahezu ein Drittel der Zuhörer mit typischen Narben am Handgelenk. Dabei wird das Band (Retinaculum flexorum), das die Handwurzelknochen überspannt, komplett durchtrennt. Dadurch wird der Karpaltunnel erweitert und der Nerv entlastet.

Meist kommt es zu einer schnellen Erleichterung der Beschwerden. Missempfindungen und Muskelschwäche können noch länger andauern. Handelt es sich bei der Ursache jedoch um Lyme-Borreliose, könnte man sich die Operation sparen und das Abschwellen des Karpaltunnels durch eine ursächliche Behandlung erreichen. Jede Operation birgt Gefahren.



**PD Dr. Walter Berghoff,
Rheinbach**

Bei der chronischen Lyme-Borreliose treten umschriebene Entzündungen peripherer Nerven auf, die im Bereich anatomischer Engpässe zu sogenannten Kompressionssyndromen führen können. Der angeschwollene Nerv kann sich in einer unnachgiebigen Umgebung (Nervenkanal) nicht ausdehnen, so dass erhebliche Druckschäden resultieren. Prädispositionsstellen (bevorzugte Körperregionen) sind der Karpaltunnel, der Sulcus ulnaris (Einengung des Ellenbogens in Höhe der Ellenbeuge) und die Loge de Guyon (Missempfindungen an Klein- und Ringfinger). Im ersten Fall ist der N. medianus betroffen, sonst der N. ulnaris. ■

Das Ohr – viel Lärm um nichts?

von Ute Fischer

Nahezu jeder vierte Ratsuchende berichtet über Probleme mit den Ohren. Sehr häufig wird von Hellhörigkeit erzählt, von einer viel zu lauten Geräuschkulisse, von explosionsartigem Erschrecken, wenn in der Küche ein Topfdeckel herunterfällt oder der Partner unangekündigt einen Nieser loslässt.

Auch nicht wenige erzählen von einem erlebten Hörsturz, also vorübergehender Hörverlust. Der Begriff Tinnitus (andauerndes Ohrklingen, Ohrsausen und lästige Geräusche) geistert ebenfalls durch die Beratung. Die Neurologin Dr. med. Petra Hopf-Seidel beschrieb in BORRELIOSE WISSEN Basis die Entzündung des 8. Hirnnerven (Nervus statoacusticus/vestibulocochlearis) mit Schwindel, Hörverlust, Tinnitus, Morbus Meniër-Symptomatik* und Geräuschüberempfindlichkeit.

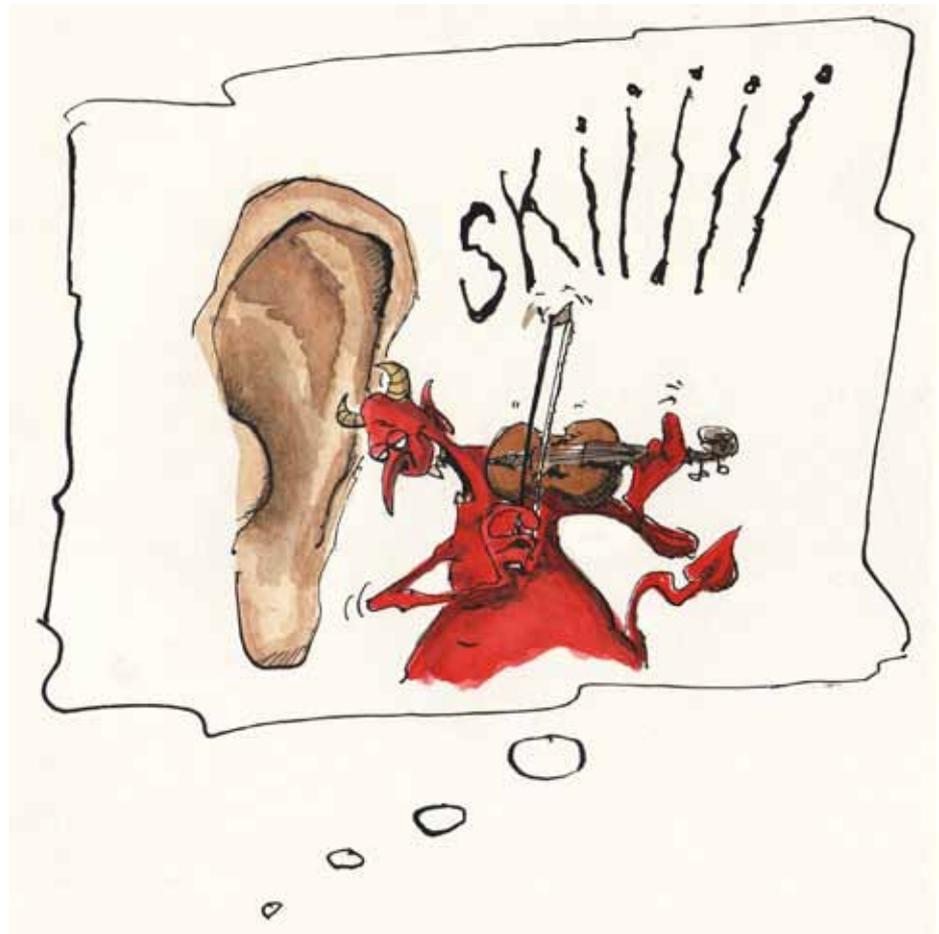
Eine Anfrage beim Vorsitzenden der Arbeitsgemeinschaft HNO-Infektiologie, Prof. Pierre Federspil, Uniklinik Saarland, konzentrierte sich auf vier Fragen:

- 1 Halten Sie Tinnitus für ein mögliches Symptom einer Borreliose?
- 2 Wie viel Prozent (etwa) Ihrer Tinnitus-Patienten haben wissentlich eine Borreliose?
- 3 Mit welchen diagnostischen Maßnahmen unterscheiden Sie einen durch Borreliose verursachten Tinnitus von einem anders verursachten Tinnitus?
- 4 Ist der durch Borreliose verursachte Tinnitus anders/ heilbar/ überhaupt heilbar?

■ Antwort:

Sehr geehrte Frau Fischer,

ich bedanke mich für Ihre freundliche Anfrage und muss Ihnen mitteilen, dass ich auch am Ende eines langen Berufslebens **geringe persönliche Erfahrungen mit durch Borreliose bedingten Hörschäden oder Tinnitus habe**. Zur Unterstützung der nachfolgenden Ausführungen habe ich meinen Schüler, Professor Dr. W. Delb, der sich seit vielen Jahren speziell mit Hörstörungen und Tinnitus beschäftigt, befragt.



Antwort: Sicherlich kann Tinnitus ein mögliches Symptom einer Borreliose sein. Wir haben jedoch bisher keinen eindeutigen Fall beobachtet. Herr Kollege Delb hat auch keinen Fall eines auf Borreliose zurückzuführenden Tinnitus nach der vorläufigen Auswertung einer laufenden Studie mit umfangreicher Befragung von 4600 Mitgliedern der Deutschen Tinnitusliga festgestellt.

Demgegenüber wurden Borreliose bedingte Hör- und Gleichgewichtsstörungen in der Literatur beschrieben. Hörstörungen waren häufiger als Vestibularisschäden. (Gleichgewichtsstörungen), Lorenzi M. C. et al, 2003, Sudden Deafness and Lyme Disease. Laryngoscope 113: (2) 312-315). Viel häufiger sind Gesichtsnerven-Lähmungen, die im Kindesalter für eine Borreliose fast pathognomonisch sind.

Ein durch Borreliose verursachter Tinnitus ist klinisch am besten von einem anders verursachten Tinnitus dadurch zu unterscheiden, dass er nach einem Zeckenbiss mit Erythema migrans und einer entsprechenden IgM und IgS (er meint sicher IgG) Serologie auftritt. Die Serologie ist jedoch kurz nach dem Zeckenbiss oft falsch negativ und kann auch falsch positiv sein. Die Borreliose-Serologie ebenso wie die positive Zellzählung im Liquor** weisen deutlich auf eine Neuroborreliose hin.

Obwohl unterschiedliche Behandlungsergebnisse der Borreliose bedingten Hörschäden vorliegen, erscheint eine zusätzliche Antibiotikabehandlung indiziert, um spätere Borreliose-Komplikationen zu vermeiden. Vergleichende Untersuchungen über die Heilbarkeit des durch Borreliose verursachten Tinnitus mit dem Tinnitus anderer Ursache liegen nicht vor.



Antwort auch vom Deutschen Bundesverband der HNO-Ärzte, / Pressesprecher/ Landesvorsitzender Baden, Mitglied im Vorstand der Landesärztekammer Baden-Württemberg

Dr. med. Michael E. Deeg, Freiburg

Zu Ihren Fragen kann ich das Folgende mitteilen.

1 Ja, ich halte Tinnitus für ein mögliches Symptom bei Borreliose. Es gibt aber wenig bis gar keine gesicherten Erkenntnisse über mögliche kausale Zusammenhänge (siehe Ausführungen der AG Infektiologie). Allerdings deutet die alltägliche Praxis auf einen möglichen Zusammenhang durchaus hin, da das nicht selten vorkommt.

2 Über prozentuale Anteile kann ich Ihnen keine Angaben machen, da ich selbst hierzu keine Untersuchungen/ Erhebungen durchgeführt habe und mir auch keine anderen validen Daten bekannt sind.

3 Eine spezielle Diagnostik bezüglich Tinnitus bei Borreliose gibt es nicht.



Es gibt eine Diagnostik bei Borreliose und audiologische Untersuchungstechniken bei Tinnitus. Diese sagen aber rein gar nichts über kausale Beziehungen aus.

4 Derzeit kann man durchaus sagen, dass es keine differenzierende Betrachtung gibt, eben weil die kausalen Beziehungen unklar sind. Die Borreliose

muss nach dem aktuellen Stand der medizinischen Leitlinien*** behandelt werden, was aber keinesfalls Auswirkungen auf einen gleichzeitig bestehenden Tinnitus haben muss, sodass dieser selbstverständlich wie andere Tinnitusformen individuell behandelt werden kann. Auch hier sind bisher keine kausalen Therapieansätze bekannt. ■

Anmerkungen

* Menièr-Krankheit: So wird eine ursächlich ungeklärte Flüssigkeitsansammlung (Ödem) im Ohr-Labyrinth mit akutem Drehschwindel, einseitigen Ohrensausen und Hörsturz bezeichnet. Das Springer-Lexikon gibt an, dass dies vor allem bei vegetativ labilen Personen vorkomme und durch psychische oder klimatische Belastung, durch Alkohol und Nicotin ausgelöst werden könne.

** Kommentar der Redaktion: Da ist er wieder, der Liquor als angeblich deutlicher Indikator für eine Neuroborreliose. Dass gemäß Verlautbarung des Robert Koch-Instituts die Treffsi-

cherheit nur etwa fünf Prozent beträgt, wird nach wie vor nicht zur Kenntnis genommen. Und das Erythema migrans ist längst verschwunden, wenn der Tinnitus kommt.

*** Die einzigen medizinischen Leitlinien, die sich der Borreliose (nicht ausschließlich der Neuroborreliose oder kutanen Borreliose widmen) wurden von der Deutschen Borreliose-Gesellschaft entwickelt. www.borreliose-gesellschaft.de

Symptome, Syndrome und noch mehr Unklarheiten

Eine kritische Betrachtung von Günther Binnewies

■ Wenig beachtete Grundsätze:

Der Patient geht mit Beschwerden zum Arzt, in der Hoffnung auf Hilfe – so weit, so gut. Mit der Anamnese (Vorgeschichte einer Krankheit) ergründet der Arzt die Symptome mit der Intention auf eine Diagnose.

- Symptome führen in der Diagnose zu einem Krankheitsnamen.
- Der Krankheitsname ist ein Arbeitsbegriff und spiegelt (sehr häufig) keine Ursache wider.
- Die meisten Krankheitsnamen sind Syndrome, zum Beispiel Rheuma, Demenz, Depression, und anderes. Bei sämtlichen Syndromen kennt man die Ursache nicht.
- Die Therapien können deshalb lediglich Symptombehandlungen sein (Cholesterin, Serotonin, Zucker, Bluthochdruck, Herzinsuffizienz und so weiter)

Damit schließt sich der Kreis. Die Kosten des Gesundheitssystems steigen weiter. Das Mensch-Maschine-Modell und der Psychische Apparat (Sigmund Freud) schränken die Sichtweise auf tatsächliche Ursachen erheblich ein; chro-

nische Krankheiten nehmen zu. Beispielsweise eine Polyneuropathie oder eine Depression sind jeweils **ein Begriff aber keine Erklärung**. Die meisten Patienten sind jedoch damit zufrieden. Das Fehlen von Symptomen nach Therapie ist allerdings noch kein Hinweis auf Heilung. Über-, Unter- und Fehlversorgung werden (immer noch) unzureichend berücksichtigt.

■ Überversorgung:

subjektiver, kein objektiver Bedarf – wird nicht fachgerecht erbracht.

Im letzten Jahr wurden zum Beispiel zwei Milliarden Euro für Computertomografie (CT) und Magnetresonanztomografie (MRT) ausgegeben. Im selben Umfang sind meines Erachtens Medikamente zuviel verabreicht worden.

Zum Beispiel: Mehrere Medikamente gleichzeitig, wo ein leichterer Überblick über den therapeutischen Erfolg (Klinische Pharmakologie) bei Verabreichen eines Medikamentes angebracht wäre.



■ Unterversorgung:

Bedarf wird nicht erbracht.

Zum Beispiel: Verweigerung eines Medikamentes, das indiziert wäre.

■ Fehlversorgung:

Bedarf wird nicht fachgerecht erbracht.

Zum Beispiel: Therapieren eines Syndroms (wie Rheuma) wo jedoch eine Infektion vorliegt.

Quelle: Siehe Gutachten 2000/2001 des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Band III Über-, Unter- und Fehlversorgung, Deutscher Bundestag, Drucksache 14/6871. ■

Migräne

Dr. med. Petra Hopf-Seidel beschreibt in ihrem Buch „Krank nach Zeckenstich“ akute oder chronisch wiederkehrende Kopfschmerzen mit folgenden Worten: „Häufig treten halbseitig betonte Kopfschmerzen auf, die zu unregelmäßigen Tageszeiten auftreten und nicht von körperlichen Belastungen abhängen. Sie können Stunden oder Tage anhalten und einen brennenden, pochenden, stechenden oder dumpfen Schmerzcharakter haben. Leider werden diese Halbseitenkopfschmerzen oft mit Migräneanfällen verwechselt und eine entsprechende Migräne-Therapie veranlasst. Wir frag-

ten in der **Migräneklinik Königstein Herrn Dr. Jan Brand**.

Treffen Sie unter Ihren Patientinnen und Patienten auch auf Menschen, die glauben/wissen, an Borreliose erkrankt zu sein?

Ja, aber man muss unterscheiden zwischen Spannungskopfschmerz episodisch oder chronisch und Migräne.

Mit welchen diagnostischen Methoden erkennen Sie, ob Borreliose die Ursache bzw. der Trigger für eine Migräne ist?

Eine austherapierte Borreliose ist

sicher kein Trigger, aber eine akute würde ich mit in Betracht ziehen – aber nicht ursächlich, sondern als Stresstrigger.

Werden Migränen von Borreliosepatienten anders behandelt als wenn keine Borreliose vorliegt?

Nein.

Sind Migränen von Borreliosepatienten besser behandelbar, als wenn keine Borreliose vorliegt?

Nein, sie ist aus meiner Erfahrung gleich schwer/gut behandelbar. ■

Schilddrüsen-Karzinom durch Minocyclin?

Die Food and Drug Administration (FDA), staatliche Lebensmittelüberwachungs- und Arzneimittelzulassungsbehörde der USA warnte zum Jahresende 2010 vor dem Langzeitgebrauch von Minocyclin. Es bestehe der Verdacht auf Schilddrüsen-Karzinome.

Schock. Was bedeutet das für die vermeintliche Wunderwaffe in Kombination mit Quensyl?

Eine nicht repräsentative Umfrage bei behandelnden Ärzten im Januar 2009 ergab 73 Prozent Besserung bis Symptombefreiheit (Borreliose Wissen Nr. 19). Wir starteten erneut eine kleine Umfrage und baten um Stellungnahmen. Mehrere Ärztinnen und Ärzte wollten sich dazu nicht äußern.



Prof. Dr. Martin Sievers
ZHAW, Wädenswil

Keine gute Nachricht. Sie ist sicherlich nur schnell und nicht sauber recherchiert. Die amerikanische Universität von Nebraska behandelte vor 1997 46 Patienten mit chronischer Polyarthritiden täglich mit Minocyclin sechs Monate (65 Prozent Heilungserfolg) und bis drei Jahre ununterbrochen (95 Prozent Heilungserfolg). Diese Patienten benötigten somit keine relativ toxische chronische Antirheumatika-Therapie. Interessant wäre es, von der Universität Nebraska hier mehr Daten über mögliche Nebenwirkungen von Minocyclin zu bekommen. Die Frage ist, was die FDA unter Langzeitgebrauch von Minocyclin zeitlich versteht. Zu überlegen ist, ob ich dieses Thema als Literaturarbeit an unsere Studierenden verberge.



Dr. med. Carsten Nicolaus
Borreliose-Centrum Augsburg

Das Auftreten von Karzinom-Erkrankungen ist

allgemein ein Problem von Patienten, die unter chronischen Infektions- oder Entzündungskrankheiten leiden. Dies hat die Langzeit-Behandlungs-Studie von Kleeemann und Huismans gezeigt. Man sollte diese Warnung der FDA ernst nehmen. Das heißt: Jede Therapie bei chronischer Borreliose ist eine Einzelfall-Entscheidung. Manchmal lässt es sich nicht vermeiden, auch Minocyclin einzusetzen. Wir haben leider nicht so viele Antibiotika, die eine gute Wirksamkeit im Nervensystem haben. Ich werde deshalb nicht generell auf Minocyclin verzichten. Allerdings gehöre ich auch nicht zu der Gruppe, die Minocyclin aus Kostengründen propagiert.



Dr. med. Andreas Grothusen
Hamburg

Bei Minocyclin ist immer auf eine

Kontrolle der Schilddrüsenfunktion zu achten. Bereits in 2007 wurde ein Zusammenhang zwischen Minocyclin-Therapie und Schilddrüsenkrebs gesehen. Hier jedoch bei langfristigen Behandlungen, **kontinuierlich über mehr als zwei Jahre**. Die FDA empfiehlt in Ihrer Warnung bei langfristigen Minocyclin-Behandlungen eine konsequente, regelmäßige Kontrolle der Schilddrüsenfunktion und Überwachung von Hinweisen auf tumoröse Entgleisungen. Im Beipackzettel deutscher Minocyclin-Präparate wird bereits auf die Gefahr eines Tonsillenkarcinoms hingewiesen.

Insgesamt handelt es sich um einzelne Fälle die während der Therapien aufgetreten sind.

Minocyclin bleibt aber trotz allem ein wichtiges Antibiotikum, vor allem in der Borreliose-Therapie. Es darf aber niemals an der gebotenen Umsicht und Vorsicht des Therapeuten fehlen. Das gilt übrigens für alle Therapien bei den bekannten Ausmaßen einer komplexen Borreliose-Therapie. „Vorsicht“ **bleibt immer erste Therapeutenpflicht (Primam, nihil nocere – zuerst füge keinen Schaden zu)**.



PD Dr. med. Walter Berghoff
Rheinbach

Laut FDA wurde nach Zulassung von Minocyclin über einen Zusammenhang zwischen Minocyclin-Produkten und Schilddrüsenhormon berichtet. Quantitative Daten liegen nicht vor. Die FDA empfiehlt bei Langzeitbehandlung mit Minocyclin regelmäßige Untersuchung der Schilddrüse. Meines Erachtens würde eine **sonographische Schilddrüsenkontrolle vierteljährlich** ausreichen.



Dr. med. Norbert Satz
Zürich

Es ist bekannt, aber sehr selten, dass Minocyclin,

wenn es über Jahre verabreicht wird, wie zum Beispiel bei der Behandlung der Akne- oder der Hautsarkoidose, zur Bildung eines schwarzen Pigmentes in der Schilddrüse (Black thyroid) führen kann. Bisher sind etwa 70 solcher Fälle in der Fachliteratur bekannt geworden. In einer Sammelstatistik von 61 Black thyroid-Fällen fanden sich bei 13 Krebszellen im Gewebe im Sinne eines Schilddrüsenkarzinoms. Wegen diagnostischen Schwierigkeiten muss noch eine Dunkelziffer dazugerechnet werden.

Trotzdem ist der Zusammenhang zwischen Minocyclin und der „schwarzen Schilddrüse“, respektive des Schilddrüsenkarzinoms, **keineswegs bewiesen**; er wird **höchstens vermutet**. Entsprechende Fälle sollten daher beobachtet und gesammelt werden. Klinisch wäre die Anschwellung der Schilddrüse ein erstes Zeichen, das zur vorläufigen Unterbrechung des Minocyclins und zu weiteren Abklärungen Anlass geben sollte. Die Schilddrüsenwerte im Blut, die meistens normal sind, helfen in der Diagnostik nicht. Auch wenn die FDA

jetzt warnt, besteht nach der heutigen Datenlage kein Grund, das Minocyclin oder ein anderes Tetracyclin-Präparat in der Langzeitbehandlung nicht mehr zu verordnen.



Prof. Dr. med. Claus Doberauer
Gelsenkirchen

Die Datenlage ist äußerst spärlich.

Ich denke, dass die Empfehlung der FDA, die Schilddrüse bei Langzeiteinnahme von Minocyclin im Auge zu behalten, dennoch sinnvoll ist.

Minocyclin ist ein Breitspektrum-Antibiotikum aus der Gruppe der Tetracycline. Es wirkt bakteriostatisch, hat eine lange Halbwertszeit und wird vor allem bei Hauterkrankungen und der Lyme Borreliose eingesetzt. Zu den Nebenwirkungen gehören insbesondere bei Langzeittherapie ein möglicher Anstieg von Leber- und Nierenwerten, die Auslösung einer Bauchspeicheldrüsenentzündung sowie Verfärbungen von Haut, Schleimhäuten, Nägeln, Zähnen, Zunge, Knochen und auch der Schilddrüse. Seit Erstbeschreibung einer

schwarzen **Pigmentierung der Schilddrüse unter Minocyclin-Einnahme** 1976 wurden immer wieder einzelne Fälle von damit assoziierten Schilddrüsentumoren beschrieben. Der Mechanismus der Hyperpigmentation ist bisher nicht zweifelsfrei geklärt und galt bisher als unbedenklich. Dennoch weist die amerikanische Food and Drug Administration aktuell auf eine vermehrte Beobachtung der Schilddrüse unter Langzeiteinnahme von Minocyclin hin.



Dr. med. Wolfgang Klemann
Pforzheim

Eigene Erfahrung: Ich verordne Minocyclin seit

circa vier Jahren regelmäßig, insbesondere bei Borreliose-induzierter Enzephalopathie und peripherer Neuropathie (zum Beispiel Kribbelparästhesien, was von sehr vielen Borreliose-Patienten beklagt wird). Bei dieser Indikation erwies sich das Medikament in sehr vielen Fällen auch sehr hilfreich. Von manchen Patienten (insbesondere weiblichen) wird Minocyclin nur

in niedriger Dosis (1 bis 2 x 50 mg/Tag) vertragen. Bei höheren Dosen (2 x 100 mg) kommt es aber zu Schwindel, Kopfschmerz oder/und Brechreiz; deshalb fange ich immer in niedriger Dosis von 2x 50 mg/Tag an und empfehle versuchsweise Dosissteigerung nach drei bis sechs Tagen.

Bei einer Patientin kam es bereits nach Einnahme einer Tablette Minocyclin zu stärksten Magenschmerzen, welche erst nach Wochen besser wurden; dies ist sicherlich eine Ausnahmeerscheinung.

Schwerwiegende Nebenwirkungen konnten wir ansonsten in dieser Zeit nicht feststellen, wobei wir regelmäßig lebertypische Enzyme, Kreatinin im Serum und Blutbild kontrollieren.

Das eventuell erhöhte Risiko, unter Minocyclin-Einnahme zum Beispiel ein Schilddrüsen-Karzinom zu entwickeln, muss auch abgewogen werden gegenüber dem zweifellos erhöhten Risiko, im Rahmen einer chronischen Infektion einen malignen Tumor (nicht nur der Schilddrüse) zu entwickeln. Um dies statistisch wirklich erfassen und verifizieren zu wollen, wäre allerdings eine **Doppelblindstudie** unter Einschluss von beispielsweise zwei Mal 10 000 Probanden **notwendig**. Wer wird eine derartige Studie wirklich realisieren können? ■

Intervall-Hypoxie-Training

Auf einen ungewöhnlichen Weg lockt der Morbacher Mediziner Bernd Seitz seine Borreliose-Patienten. Er lud den russischen Arzt Dr. Arkadi Prokop/Prokopov in die Hunsrück Gemeinde (Bundesland Rheinland-Pfalz), weil viele seiner Patienten bisher vergeblich gegen die Krankheit kämpften. Prokop, Arzt für integrative

Medizin und medizinwissenschaftlicher Berater der russischen Raumforschung und Tauchmedizin, plädiert bei Asthma, Chronische Bronchitis, Heuschnupfen und Migräne auch bei Borreliose für das Intervall-Hypoxie-Training. Es simuliere aus einer Kombination aus sauerstoffarmem Training, Vitaminen, kohlehydratarmer

Ernährung sowie Fastentagen das Leben in sauerstoffarmer Höhe. Das simulierte Höhenttraining helfe, da die Erreger durch zu viel Sauerstoff bedroht sind, dass sich Borrelien in vermeintlicher Sicherheit aus ihren Verstecken wagen und dann bei normaler Sauerstoffzufuhr abgetötet werden.

Chlorreiniger als Wundermedizin

Auch in der Beratung des BFD wurde immer wieder die Frage nach MMS als vermeintliches Wundermittel gegen Borreliose gestellt. Heute gibt es dafür eine qualifizierte Antwort: Es ist eine Art Chlorreiniger, der zum Säubern von Schwimmbädern und Toiletten benützt wird. Angeblich seien damit 75.000 Afrikaner von Malaria geheilt worden. Ein Münchner Arzt hatte es über seinen Internet-Handel verkauft bis die Polizei Ende 2010 vor seiner Tür stand. Razzia. MMS ist

die Abkürzung von Miracle Mineral Supplement (Mineral-Wundermittel). Mit Zitronensäure versetzt entsteht daraus Chlordioxid, eine Chemikalie, die nach der Gefahrenstofferkennung als giftig und brandfördernd eingestuft wird. Wissenschaftler warnen davor, dass diese Mischung absolut ätzend auch für den Magen sei. Blähungen, Durchfall und Blut im Stuhl seien die Folge. Chlor könne in die Lunge geraten und der Magen könne reißen. Prost. Mahlzeit. ■

Bitte werden Sie Mitglied.

Mitgliedsantrag finden Sie auf Seite 56.

Marshall Protocoll

Patienten und Ärzte wollen wissen, wie es geht

Am 9. Oktober 2010 gründete sich in Heidelberg die Unabhängige Gesellschaft zur Erforschung von Autoimmunerkrankungen e.V. Zweck des Vereins ist die Ausschreibung und Finanzierung von medizinischen Studien, Fortbildungsveranstaltungen, Öffentlichkeitsarbeit, Betrieb einer Homepage mit moderiertem Forum, Zusammenarbeit mit der amerikanischen Autoimmunity Research Foundation und anderen.

Die Initiatoren sind junge, engagierte, dynamische Menschen, die durch das sogenannte Marshall Protocol genesen sind. Ihr Anliegen ist es, selbst zu verstehen, warum diese Therapieform so erfolgreich war und sie wollen auch anderen erkrankten Menschen den Zugang zu dieser Behandlung aufzeigen. Die dringend erforderliche Erforschung von Erklärungsmodellen soll deshalb

durch Fundraising finanziell und ideell unterstützt und vorangetrieben werden.

Vorsitzender ist Dr. Sergio Alejandro Lencinas, Stellverteter ist Ron van den Dungen, Geschäftsführerin Frau Verena Schindler-Derichs. Der wissenschaftliche Beirat besteht vorerst aus Prof. Trevor Marshall, Roswitha Götze-Pelka, Elke Unmüssig und Rolf Jansen-Rosseck.



Elke Unmüssig, Ärztin für Naturheilverfahren:

“Die fundierten Kenntnisse der Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf medizini-

schem und teilweise auch wissenschaftlichem Gebiet waren für mich beeindruckend.



Prof. Marshall

hielt zum Abschluß einen sehr anschaulichen Vortrag. Ich habe ihn zum erstenmal persönlich kennengelernt und war von seiner ruhigen und souveränen Ausstrahlung sehr angetan.”

Weitere Informationen: www.mpkb.org (englisch), www.autoimmun.net (deutsch). Ausführliche Beschreibung des Marshall Protokolls: Borreliose-Jahrbuch 2011.

Keine Utopie: Mäuse mit Impfstoff füttern, aber ...

Hoffnung keimte vor einigen Jahren auf, als es einem jungen Forscher in Würzburg gelang, den OspA-Borreliose-Impfstoff Lymerix in gentechnisch veränderten Tabakpflanzen zu züchteten. Inzwischen ist Heribert Warzecha Professor an der Technischen Universität Darmstadt und wird unter anderem von der Stiftung des Microsoft-Gründers Bill Gates unterstützt, um pflanzliche Impfstoffe gegen schwere Infektionen wie Malaria zu entwickeln. Der Plan dabei ist, Malaria übertragende Moskitos zu immunisieren. Die lästigen Quälgeister sollen die in Pflanzen produzierten Impfstoffe über den zuckerreichen Blütennektar oder Pflanzensaft aufnehmen und damit unfähig werden, Erreger weiter zu geben.

Für die Borreliose, die er gedanklich noch nicht ganz weggedrückt hat, sieht er heute aber nicht einmal einen Silberstreif am Horizont. Noch im letzten Jahr sah er ein großes Potenzial in einem von

der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderten Projekt. In Zusammenarbeit mit Kollegen aus den USA wollten sie wilde Mäuse mit gentechnisch veränderten Tabakpflanzen füttern. Das Entmutigende, so Warzecha, sei, dass man weder in den USA noch in Europa Genehmigungen für solche Tests erhalte. Außerdem fehle es an Geldgebern und an Klinikern, die solche Projekte begleiten.



Europa-Projekt HILYSENS* angelaufen

Hoch-sensitives, spezifisches und kostengünstiges „Labor-auf-einem-Chip-System“ für die Borreliose-Diagnostik

Hintergrund: Die Lyme-Borreliose wird durch das pleomorphe Spirochätenbakterium *Borrelia burgdorferi*, verursacht, das durch Zecken übertragen wird. In Europa gibt es jedes Jahr ungefähr 85.000 Borreliosefälle**.

■ Aufgabe:

Es herrscht dringender Bedarf für ein neues Diagnostikum.

Pleomorphismus (vielgestaltiges Aussehen) hilft dem Bakterium, dem Immunsystem zu entkommen und führt zu chronischen Infektionen und autoimmunen Störungen. Die gegenwärtigen diagnostischen Methoden könnten pleomorphe Bakterienformen nicht entdecken und führen so zu falschen Diagnosen und Behandlungen. Das Ziel dieses Projekts ist die Entwicklung eines neuen Diagnosekits, das aus Patientensera, basierend auf Quantenpunkten und Mikrofluidik, akute, chronische und autoimmune Phasen der Lyme-Borreliose entdecken kann.

■ Methoden:

Zell- und Bakterienkultur
ELISA
Westernblot
Klonierung
Fluoreszenzmikroskopie
Massenspektrometrie
MeV Iom beam lithography (Ionenstrahl-Lithographie)
Soft-Lithographie

Übersetzung aus dem Englischen:
Birgit Jürschik-Busbach

Für Interessierte im Internet:
<http://www.hilysens.eu/>

* Aus Deutschland beteiligt ist das Borreliose Centrum Augsburg. Das NRZ in Deutschland spielt bei diesem europäischen Gemeinschafts-Projekt keine Rolle. Wir berichteten in Borreliose Wissen Nr. 22.

**Anmerkung der Redaktion: Diese geringen Zahlen beruhen auf den niedrigen Meldungen der EU-Länder, die Borreliose ausnahmslos seit Jahrzehnten verharmlosen und kleinrechnen. Allein in Deutschland gab es 2009 knapp eine Million von Ärzten abgerechnete Diagnosen. Siehe auch S. 40 (Plakat).

27./28. Mai 2011

2. Europäische ILADS-Konferenz

Die US-Amerikanische ILADS (International Lyme And Associated Diseases Society) tagt nach ihrem Auftakt 2010 in London (15 Nationalitäten) dieses Jahr in Augsburg, Annahof. (www.tagen-im-annahof.de). Es gilt Basiswissen um Lyme-Borreliose und ihre Co-Infektionen international auszutauschen und zu fördern. Konferenzsprache ist

Englisch mit deutscher Simultanübersetzung. Das Freitagprogramm beginnt um 13.00 Uhr mit einem Nachmittag der Naturheilkundlichen Aspekte bei Lyme-Borreliose und ihren Folgen. Der Samstag zielt auf schulmedizinische Diagnostik und Therapie der Lyme-Borreliose. Die Tagungsgebühr beträgt für ILADS-Nichtmitglieder für beide

Tage 220 bis 250 Euro. Es sind 50 Studenten und Patienten zugelassen; sie müssen sich wie Ärzte und Wissenschaftler vorher registrieren lassen. Kontakt und Anmeldung: http://www.ilads.org/lyme_programs/lyme_events_german2.html



Zentrum für Infektionsforschung

5,5 Milliarden will die Bundesregierung bis 2014 für die Erforschung der wichtigsten Volkskrankheiten ausgeben. Ziel sei es, die Zeit zwischen Entwicklung und Anwendung neuer Therapieformen

deutlich zu verkürzen. Dazu sollen, nach den bereits arbeitenden Zentren für neurodegenerative Erkrankungen (keine Borreliose) und Diabetesforschung weitere vier Zentren entstehen, unter ande-

rem auch eines für Infektionskrankheiten. Gefördert werde die Kooperation von außeruniversitären Forschungseinrichtungen und Universitäten mit Universitätsklinika.



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Geschlechterunterschiede in der klinischen und serologischen Präsentation früher Lyme-Borreliose

Ergebnisse einer retrospektiven Studie

Schwarzwald A, Schneider MF, Lydecker A, Aucott JN.

Gender Medicine, 2010 Aug;7(4):320-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.genm.2010.08.002>

Zusammenfassung: Die Lyme-Borreliose ist die häufigste vektor-übertragene Erkrankung in den Vereinigten Staaten; die Zahl der gemeldeten Fälle verdoppelte sich zwischen 1992 und 2008. Nur wenige Studien haben ausdrücklich den geschlechtsspezifischen Unterschied in der klinischen Präsentation oder die serologische Antwort auf frühe Lyme-Borreliose untersucht. Es ist nicht bekannt, ob die geschlechtsbasierte Variabilität, die bei anderen Infektionskrankheiten beobachtet wird, bei der klinischen Ausprägung relevant ist. Diese Studie untersuchte die durch das Geschlecht bedingten klinischen und serologischen Unterschiede in einer Reihe von Patienten mit bestätigter früher Lyme-Borreliose zum gegenwärtigen oder einem vergangenen Zeitpunkt.

Dies war eine retrospektive, aufeinander folgende Fallserie erwachsener Patienten in Maryland, die von August 2002 bis 2007 eingeschrieben waren und die Kriterien für eine gegenwärtige oder frühere Lyme-Borreliose erfüllten. Klini-

sche Variablen und die Selbstbeschreibung der Patienten über den Beginn ihrer Erkrankung wurden durch eine Krankenblattüberprüfung abstrahiert. Alle serologischen Tests, die innerhalb von drei Monaten nach Krankheitsbeginn durchgeführt wurden, sind nach den Kriterien der CDC (Center for Disease Control and Prevention, US-Gesundheitsbehörde) interpretiert worden.

Männer oder Frauen? Wer entwickelt die meisten Antikörper?

Ergebnis: Bei 125 Patienten gab es keine signifikanten klinischen Unterschiede durch das Geschlecht. Die erste eigene Fehldiagnose-Rate lag bei Männern und Frauen bei zehn Prozent und 18 Prozent respektive (P=NS).

Unter den 62 Patienten mit einem serologischen Test als Teil ihrer klinischen Beurteilung, wiesen **50 Prozent der Männer** ein positives Ergebnis beim zweistufigen Verfahren auf, verglichen

mit **32 Prozent der Frauen** (P=NS). Unter den 41 Patienten mit einem positiven ELISA, waren die mittleren ELISA-Werte (3.4 zu 2.0; P = 0.03) und die mittlere Anzahl an IgG-Banden (4 zu 2; P=0.03) der Frauen **signifikant höher als bei den Männern**. In dieser kleinen Fallstudie fanden wir Hinweise für geschlechtsbasierte Unterschiede beim Ausmaß der ELISA und serologischen IgG-Antwort auf frühe Lyme-Borreliose.

Diese Unterschiede können eine angemessene Diagnose, Behandlung und Krankheits-einteilung beeinflussen. Größere, prospektive Studien sind nötig, um die gefundenen

Ergebnisse dieser Studie zu wiederholen und den Zusammenhang der geschlechtsbasierten immunologischen Variabilität zu untersuchen.

Übersetzung von Birgit Jürschik-Busch. Ohne Gewähr; ausschlaggebend bleibt der US-amerikanische Originaltext: Sex differences in the clinical and serologic presentation of early lyme disease. ■

Studie Langzeit-Antibiose in NL

Die Radboud Universität Utrecht in den Niederlanden beginnt derzeit eine Studie über den Nutzen einer verlängerten antibiotischen Therapie über 12 Wochen nach den Empfehlungen der ILADS-Leitlinien. Untersucht wird in drei Gruppen, die am Anfang alle 2 Gramm Ceftriaxon erhalten. Danach erhält eine Gruppe 100 mg Doxycyclin, kombiniert mit einem Placebo, die zweite Gruppe 500 mg Clarithromycin, kombiniert mit Quensil und die dritte Placebo. Die Fertigstellung der Studie ist für September 2013 geplant.

Wir kämpfen auch für Sie.

Jedes Mitglied mehr beweist, dass Staat und Ärzteschaft etwas tun müssen.

**Unser Ziel: 5000 Mitglieder
Stärken Sie uns den Rücken.
Wir kämpfen auch für Sie.**

**4 Euro pro Monat.
Werden Sie Mitglied.**



Neue Studie: Niederlande



Große Unterschiede zwischen den Test-Strategien für den Nachweis von Borrelien-Antikörpern werden durch einen Vergleich acht ELISAs und fünf Immunoblots aufgedeckt.

Verfasser: Ang CW, Notermans DW, Hommes M, Simoons-Smit AM, Herremans T.
VUMC, Amsterdam, The Netherlands, w.ang@vumc.nl.



Kommentar von Raphael Stricker, ILADS: „Bemerkenswert ist, dass einige Immunoblots positive Ergebnisse zeigten, die mit allen acht ELISAs negativ getestet wurden.“

■ Abstract

(Sinngemäße Übersetzung)

Wir untersuchten den Einfluss der Probenwahl auf die Ergebnisse mit

einem zweistufigen Testverfahren zur Ermittlung von Borrelien-Antikörpern. Neunundachtzig Serumproben von klinisch gut definierten Patienten wurden in acht verschiedenen Enzyme Linked Immuno Assay getestet. Diese (ELISA)-Systeme basierten auf Ganzzell-Antigenen, Ganzzell-Antigene ergänzt mit VlsE und Assays unter Verwendung von ausschließlich rekombinanten Proteinen. Ein Teil der Proben wurde mit fünf Immunoblots getestet: ein Ganzzell-Blot, ein Ganzzell-Blot ergänzt mit VlsE und drei rekombinanten Blots.

■ Resultat:

Die Zahl der IgM- und / oder IgG-positiven ELISA-Ergebnisse in der Gruppe der Patienten mit vermutlicher Borrelien-Infektion reichte von 34 bis 59 Prozent. Der Prozentsatz der Positiven bei den kreuzreaktiven Kontrollen

reichte von 0 bis 38 Prozent. Der Vergleich der Immunoblots ergab große Unterschiede zu den ELISAs und zeigte allenfalls eine moderate Übereinstimmung zwischen den Tests. Bemerkenswerterweise ergaben einige Immunoblots **positive Ergebnisse in Proben, die bei allen acht ELISAs negativ getestet wurden**. Der Anteil der positiven Blots nach einem positiven ELISA-Ergebnis hing stark von der Wahl der ELISA-Immunoblot-Kombination ab. Wir folgern, dass die Tests zum Nachweis von Borrelien-Antikörpern stark von einander abweichende Sensitivität und Spezifität haben. **Die Wahl der ELISA-Immunoblot-Kombination beeinflusst stark die Anzahl der positiven Ergebnisse**, welches den Austausch von Testergebnissen zwischen Labors mit unterschiedlichen Methoden gefährlich macht. ■

Neuartiger Bluttest fischt nach Antikörpern

Entdeckt das Immunsystem veränderte körpereigene Moleküle, wie sie durch Erreger moduliert werden, entwickelt es so genannte Antikörper. An Hand von Antikörpern im Blut können Krankheiten diagnostiziert werden, wie es auch bei der Borreliose der Fall ist, wenngleich noch immer unbefriedigend und unzuverlässig, solange Antikörper-tests nicht standardisiert sind.

Ein US-Chemiker entwickelte einen neuartigen Test, der **mit Peptoiden** nach bisher ungekannten Antikörpern fischt. Peptide sind synthetische Moleküle mit Eigenschaften kleiner Proteine

(Eiweiße). Mit ihnen vergleicht der Forscher Thomas Kodadek, Scripps Research Institute in Jupiter, Florida, das Blut von Erkrankten mit dem Blut von Gesunden.

Erste Erfolge meldete im Januar das Deutsche Ärzteblatt in seinem Newsletter. Angeblich sei bereits ein Antikörper-Test zur Diagnostik der Multiple Sklerose entstanden, ebenso einer für Morbus Alzheimer. Dabei habe der Test 15 von 16 Erkrankungen erkannt, was eine Treffsicherheit von 93 Prozent bedeute. Nach weiteren 300 MS-Patienten seien falschpositive Tests nur bei fünf Prozent

aufgetreten. Damit wäre der neue Test allen bisherigen diagnostischen Verfahren überlegen, die auf dem Nachweis von Plaques-Bestandteilen im Liquor beruhen.

Das Deutsche Ärzteblatt warnt jedoch vor zu früher Euphorie. Zwar habe der Forscher bereits eine Firma gefunden, die das Verfahren weiterentwickeln wolle, vor allem, weil es für eine Bandbreite von Morbus Parkinson bis Krebsfrüherkennung taugte, aber die klinische Entwicklung werde zeigen, was am Ende von der neuen Methode übrig bleibe. ■

Neue Studie: Polen



46,7 Prozent der ELISA falsch negativ!

Arch Immunol Ther Exp (Warsz). 2011 Jan 22.

Wojciechowska-Koszko I, Mączyńska I, Szych Z, Giedrys-Kalemba S. Department of Microbiology and Immunology, Pomeranian Medical University, Powstańców Wielkopolskich 72, 70-111, Szczecin, Poland, lwonaKoszko@interia.pl.

von Dietmar Seifert

Serodiagnostik der Borreliose:

Vergleich: Indirekte Immunfluoreszenz Tests, Enzyme-Linked Immunosorbent Assay und Immunoblotting.

■ Abstract

(Sinngemäße Übersetzung)

Lyme-Borreliose ist eine infektiöse, durch Zecken übertragbare Multisystemkrankheit, verursacht durch die durch Genospezies von *Borrelia burgdorferi sensu lato* Bakterien, gekennzeichnet durch eine bemerkenswerte Heterogenität. In dieser Situation scheint die Wahl einer optimalen Antigen-Kombination für diagnostische Tests problematisch zu sein. Die routinemäßigen serologischen Tests für Borrelien im Labor produzieren oft mehrdeutige Ergebnisse, die eine korrekte Diagnose ziemlich kompliziert machen und damit verzögert sich die Durchführung einer geeigneten Therapieform.

37 ambulante und acht stationäre Patienten, eingewiesen mit Verdacht einer Diagnose Borreliose in Kliniken der Pommerschen Medizinischen Universi-

tät (Szczecin, Polen), nahmen an der Studie teil. Um Antikörper gegen *Borrelia sensu lato* zu erkennen, wurden drei Arten von serologischen Tests verwendet: indirekte Immunfluoreszenztest (IIFA), Enzyme Linked Immuno Assay (ELISA) und Immunoblot. Die IIFA und Immunoblot Tests, durchgeführt an 45 Patienten (100 Prozent) ergaben positive Ergebnisse sowohl für die IgM- und IgG-Antikörper-Typen. **Im Falle von ELISA, wurden positive oder grenzwertige Ergebnisse nur bei 24 Patienten (53,3 Prozent) beobachtet.**

Die Immunoblot-Tests für IgM wiesen häufig Antikörper gegen das Oberfläche Protein C (OspC) Antigen nach (p25), und im Fall von IgG, gegen das rekombi-



nante variable Oberflächen-Antigen (VlsE). Die IIFA Screening-Tests, eingesetzt zur Diagnose der Lyme-Borreliose, erzeugten den höchsten Prozentsatz an positiven Ergebnissen, die danach durch Immunoblot bestätigt wurden, **aber nicht durch ELISA. Daher scheint der ELISA als ausschließlicher Screening-Test oder zur Diagnose der Lyme-Borreliose fraglich zu sein.**

Kommentar von Dietmar Seifert

Dieses ist wieder ein erneuter Beweis für die Unsinnigkeit der bei uns, zum Beispiel vom Nationalen Referenz-Zentrum (NRZ) und den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) geforderten Stufendiagnostik. Nach deren Empfehlungen solle zuerst ein ELISA Suchtest gemacht werden. Wenn dieser negativ ist, wird die Diagnose Borreliose verworfen und der Fall ist für den Arzt erledigt.

(Aber leider nicht für die Patienten, die danach eventuell unbehandelt lebenslang mit einer anderen Fehldiagnose unter der Borreliose leiden.)

Nur falls der Suchtest positiv ist, oder höchstens grenzwertig, soll und darf danach ein wesentlich genauerer Immunoblot (Westernblot) zur Bestätigung durchgeführt werden. Da jedoch nach dieser Studie nur bei 53,3 Prozent der Patienten die Borreliose über den ELISA nachgewiesen werden konnte, fallen 46,7 Prozent der Patienten mit möglichen lebenslangen Folgen durch das diagnostische Raster dieser unsinnigen und ethisch unvertretbaren Stufendiagnostik.

Wenn man bedenkt, dass laut Zahlen der Krankenkassen im Jahr 2009 fast

800.000 mal die Diagnose einer Borreliose gestellt wurde, meist mittels dieser Stufendiagnostik, ist anzunehmen, dass jährlich Hunderttausende Borreliose-Erkrankungen nicht erkannt werden!

Können bei diesen Fakten die dafür Verantwortlichen eigentlich noch ruhig schlafen?

Der BFBD fordert schon jahrelang vergeblich, diese unsinnige Stufendiagnostik endlich aufzugeben. ■

Dietmar Seifert ist stellvertretender Vorsitzender des BFBD.

Pharmagestützte Borreliose-Konferenz in Ljubljana

Bei dieser 12. International Conference on LYME BORRELIOSIS AND OTHER TICK-BORNE DISEASES vom 26.-29. September 2010 berichten zahlreiche internationale Experten über nur angeblich neueste Erkenntnisse und Studien zur Borreliose sowie weitere zeckenübertragbare Infektionen. Vieles ist seit Jahren bekannt, einiges war bereits 2010 in BORRELIOSIS WISSEN zu lesen. Hauptsponsoren waren Sanofi-Aventis und Mikrogen, zwei Unternehmen, die bedeutende Schwerpunkte in Diagnostik und Therapie auf Multiple Sklerose, Depression, Rheuma samt Fibromyalgie, also die ausgemachten Fehldiagnosen der Borreliose, legen. Als deutsche Experten waren dabei Dr. Fingerle, Prof. Dr. Kraiczy, Prof. Dr. Hunfeld, PD Dr. Rupprecht, Prof. Wallich und das RKI. Nicht geladen waren wie üblich Vertreter der Deutschen Borreliose Gesellschaft, der ILADS, geschweige denn Selbsthilfeorganisationen. Einige Auszüge aus den Abstracts (Zusammenfassungen) definieren die Mauer, die damit erneut zur Verharmlosung der Borreliose in Europa aufgebaut werden soll. Die Redaktion.

Auszüge, übersetzt und mit Kommentaren (blau kursiv) versehen von Dietmar Seifert

Klemen Strle und **Allen C. Steere** berichteten von Untersuchungen mit verschiedenen Immunfaktoren, wie RST1 (OspC Typ A), Toll-Like Receptor 1 Polymorphismus und einem autoantigenen Endothelzellen Wachstumsfaktor, die möglicherweise bei einer Antibiotika-refraktären Lyme-Arthritis beteiligt sein könnten.

Der US Borreliosepapst Steere, der eine chronische Borreliose bezweifelt, sucht schon lange vergeblich nach einer Bestätigung seiner Hypothese, dass die besonders in den USA häufig vorkommende therapieresistente Lyme-Arthritis durch genetische und immunologische Faktoren, aber nicht mehr durch persistierende Borrelien verursacht wird.



Dr. Elisabeth Aberer

Daniel Wirfanger, **Elisabeth Aberer** et al von der Uni Graz referierten über elektronenmikroskopische Untersuchungen an menschlichen Fibroblasten (im Bindegewebe vorkommende Zellen), mit dem Ergebnis, dass die intrazelluläre Persistenz von Borrelien auch bei widrigen Bedingungen unwahrscheinlich sei, **Peter Kraiczy**, **Rainer Wallich** und **Peter Zipfel** über die Rolle von CRASP Protei-



Dr. Peter Zipfel

nen, die ein Schlüsselfaktor seien, mit denen sich Borrelien vor den Angriffen des Komplements schützen können.

Robert B. Nadelman: Untersuchung an OspC (Oberflächenprotein C) Genotypen von Borrelien bei Patienten mit wiederholten Erythema migrans (EM). Ergebnis: Die Genotypen bei Patienten mit rezidivierenden EM unterscheiden sich von Episode zu Episode. Sich wiederholende Episoden mit Erythema migrans seien keine Rückfälle, sondern Neuinfektionen.

Randi Eikeland: Kontrollierte norwegische Studie untersuchte die Lebensqualität von 50 Patienten, 30 Monate nach der Behandlung einer „Europäischen Neuroborreliose“ im Vergleich mit 50 gesunden Kontrollpersonen. Ergebnisse: Europäischen Patienten weisen nach behandelter Neuroborreliose eine deutlich schlechtere gesundheitsbezogene Lebensqualität und vermehrte Müdigkeit auf als Personen ohne Neuroborreliose. Die Müdigkeit sei das häufigste Symptom unter den Neuroborreliose behandelten Patienten (50 Prozent). Vollständig genesene Patienten hätten eine ähnliche Lebensqualität wie die Kontrollpersonen.

Dieses steht in deutlichem Widerspruch zu der umstrittenen, von Seltzer 2000 in den USA publizierten Studie, nach der angeblich Borreliosepatienten nicht stärker unter Beschwerden als die Normalbevölkerung leiden. Diese fragile Studie wird seit Jahren allen Borreliose-Patienten als Begründung um die Ohren geschlagen, dass kein Post-Lyme Syndrom existiere und die Borreliose keinerlei Folgen hinterlasse. Den zu einer statistischen Kenngröße degradierten Patienten werden damit praktisch sämtliche sozialrechtlichen Ansprüche verwehrt. Hoffentlich wird dieser erneute Beweis nicht wie üblich völlig ignoriert.

Johanna Sjöwall, Uniklinik Linköping, Schweden: Randomisierte, prospektive Doppelblindstudie mit 15 behandelten Neuroborreliose-Patienten mit länger als sechs Monate persistierenden Symptomen.

Diese erhielten entweder drei Wochen Doxycyclin 200 mg pro Tag, das nach drei bis sechs Wochen Wartezeit wiederholt wurde oder Placebo. Bei beiden Gruppen gab es keine signifikanten Unterschiede im Gesundheitszustand. Die Autoren schließen deshalb daraus, dass Doxycyclin keine nachweisbare immunmodulatorische Wirkung auf Patienten mit persistierenden Symptomen nach einer Neuroborreliose habe und weder zu einer objektiven oder subjektiven Verbesserung der Symptome beitrage. Sie empfehlen deshalb, auf den Gebrauch von Doxycyclin bei der Behandlung von persistierenden Symptomen zu verzichten.

Linda K. Bockenstedt et al, Yale University School of Medicine, New Haven, Connecticut, USA: Untersuchung der Wirkung von Antibiotika in Mäusen mittels Multiphotonenmikroskopie. Die

zuvor infizierten Mäuse wurden entweder fünf Tage mit Ceftriaxon oder 30 Tage mit Doxycyclin behandelt. Bewegliche Borrelien konnten schon kurz nach Therapiebeginn nicht mehr in der Haut festgestellt werden. Aber im Ohrknorpel konnten kugelige Formen sichtbar gemacht werden. Eine Transplantation dieser Ohrknorpel auf gesunde Mäuse führte zu einer IgG-Serokonversion am Tag 14, die ab Tag 28 verschwand. Zur Feststellung ob dieses Material lebensfähige, aber abgeschwächten Spirochäten enthalte, seien weitere Studien im Gange.

Lars Komorowski, Euroimmun: Untersuchungen zur Dimerisierung (Zusammenlagerung zweier Einheiten wie Atome, Moleküle) von rekombinanten OspC, das für einen Impfstoff gegen Borrelien-Infektion geeignet sein könnte. Marc C. Marc Dolan vom Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (USA-Gegenstück zum Robert Koch-Institut) referierte über Untersuchungen, um durch mit Doxycyclin angereicherten Ködern für Nagetieren die Infektionsraten von Zecken mit Borrelien und Anaplasmen zu senken. Es ging auch um die Möglichkeit, die Infektionsraten von Mäusen, als Hauptreservoir und Wirt von Zecken mittels „Schluckimpfung“ mit rekombinanten OspA bestäuben Reis zu verringern.

Xin Li, Allen C. Steere stellten genetische Vergleichsuntersuchungen mengenmäßiger Borrelien DNA und RNA mittels PCR Techniken vor. Dessen Ergebnis erklärt, warum sich Borrelien leicht aus einem Erythema migrans kultivieren lassen, aber nur selten aus der Gelenkflüssigkeit, in der sie meistens inaktiv oder bereits tot sind.

Tobias A. Rupprecht von der LMU München stellte eine prospektive Studie zur diagnostische Wertigkeit des neuartigen CXCL13 Liquormarker bei akuter Lyme-Neuroborreliose an 192 Patienten vor. Der nach seinen Ergebnissen besonders bei klinisch atypischen Fällen oder in frühen Stadien der Erkrankung hilfreich sein könnte. Vor allem, wenn sich in der Frühphase noch kein Liquor-Antikörper-Index nachweisen lasse.

Dieser Marker wird jedoch in der neuen Leitlinie der EFNS (European Federation of Neurological Societies) zur Diagnose und Therapie der europäi-



PD Dr. Tobias Rupprecht

schen Neuroborreliose, an dem neben Dr. Fingerle auch Rupprecht mitgewirkt hat, ebenso wie der LTT wegen nicht ausreichender Evidenz, nicht zur Routinediagnostik und Verlaufkontrolle empfohlen. (s. Seite 18)

Harvard Medical School, Boston: Untersuchung einer neuen Alternative zum Zwei-Stufen Antikörpertest. Die übliche Standarddiagnostik besteht aus einem ELISA Suchtest, gefolgt von einem aufwändigen, in der subjektive Interpretation problematischen Immunoblot. Alternativ dazu wurde ein Ganzzellen Sonikat ELISA, gefolgt von einem VlsE C6 Peptid ELISA an drei Patientengruppen verglichen: 1. Kulturbestätigtes Erythema migrans, (EM, Stadium 1), 2. neurologische oder kardiale Beteiligung (Stadium 2) oder 3. Arthritis (Stadium 3).

Die Sensitivität lag beim EM 37 Prozent gegenüber nur 27 Prozent beim Standardtest. Während des rekonvaleszenten EM 89 Prozent vs. 57 Prozent. Bei den Stadium 2-Patienten 100 Prozent vs. 40 Prozent und bei der Arthritis 100 Prozent vs. 100 Prozent. Bei gleicher hoher Spezifität schnitt diese alternative 2-Stufendiagnostik damit wesentlich besser als die bisherige Stufendiagnostik ab.

Dieses Beispiel zeigt auch die miserable Sensitivität der Standard 2-Stufendiagnostik von 27 Prozent beim EM und selbst im Stadium 2 von nur 40 Prozent. Das heißt: Im Stadium 2 werden damit 60 Prozent gar nicht erkannt!

Vorgestellt wurde die deutsche GILEAD Studie (German Investigation on Lyme Borreliosis: Evaluation of Therapeutic and Diagnostic Cost) von Prof.



Prof. Dr. Klaus-Peter Hunfeld

Klaus-Peter Hunfeld unter anderem in Zusammenarbeit mit der DAK und dem RKI. Eine Auswertung von therapeutischen und diagnostischen Kosten – „Ein Qualitätskontrollprojekt“. Dieses Projekt wurde aufgrund der 2009 veröffentlichten Diagnosezahlen der DAK veranlasst, die weit über den bisher geschätzten Zahlen lagen. Die Ergebnisse zeigen, dass allein im Jahr 2007 bei 23.310 der 6,6 Mio. DAK Versicherten (0,35 Prozent) eine Borreliose diagnostiziert wurde. (Dem gegenüber steht die schon lächerliche Zahl des NRZ von 40.000 bis 60.000 geschätzten Erkrankungen in ganz Deutschland.)

Von den DAK-Fällen waren 762 stationäre Fälle. Es wurden 29.616 ELISA und 16.832 Immunoblots durchgeführt, sowie 35.665 Antibiotika verordnet. Im ambulanten Bereich wurden 2007 insgesamt 203.871 ELISAs und 58.737 Immunoblots über die Krankenkassen abgerechnet. Hunfeld schließt aus den resultierenden wirtschaftlichen Auswirkungen auf ein hohes Maß an unangebrachten Leistungen für das Gesundheitswesen.

Das RKI wollte übrigens dem BFB 2009 bis zur Veröffentlichung der Studie einen Maulkorb zu diesen Zahlen verpassen. Dieses verdeutlicht die typische Einstellung dieser „Experten“. Anstatt des logischen Rückschlusses, dass die „geschätzten“ 40.000-60.000 Erkrankungen auf Basis einer Würzburger Studie (1999) völlig falsch sind, kommt Hunfeld einzig nur auf die Schlussfolgerung, dass zu viele überflüssige Tests und unnötige Antibiotika-Therapien durchgeführt wurden. Trotz eindeutiger jährlichen Steigerungsraten wurden diese uralten Schätzzahlen seither nie-

mals erhöht! Die neuesten Diagnosezahlen von 2009, sowohl von der Techniker Krankenkasse (68.047) als auch der DAK (50.114) belegen inzwischen schon weit über doppelt so hohe Infektionsraten wie noch in dieser Studie angenommen.

Außerdem könnte man von einer „wissenschaftlichen“ Studie zu den therapeutischen Kosten der Borreliose erwarten, dass auch die Kosten für die bekanntlich unzähligen überflüssigen Untersuchungen durch Fehldiagnosen berücksichtigt werden. Ebenso die enormen Folgekosten einer lebenslangen chronischen Erkrankung aufgrund von Fehldiagnosen, beziehungsweise unterlassene oder unzureichende Therapien. Es ist offensichtlich, dass diese Studie (die dem BFBF seit einem Jahr bekannt ist), wie befürchtet, einzig dem Zweck diene, die erschreckend hohen Erkrankungszahlen möglichst „wissenschaftlich“ zu verharmlosen.

Das CDC berichtete allgemein über den Status und zur Zukunft der Serodiagnostik der Lyme-Borreliose in Nordamerika. Jährlich werden in den USA zwei Millionen Borreliose Serologien durchgeführt, normal nach der 2-Stufendiagnostik, mit einem ELISA und folgenden IgM- und IgG Western-, Immunoblots. Die Verwendung von gereinigten oder rekombinanten Antigenen oder Peptiden, anstatt ganzen Zellextrakten, verspricht eine weitere Verbesserung. Aber es gebe immer noch große Mängel besonders bei der Früherkennung und insbesondere bei fehlendem Erythema migrans und der Unterscheidung zwischen persistierenden Infektionen oder post-infektiösen Folgeerkrankungen. Weitere Forschung und Finanzierungsquellen für Studien seien dringend erforderlich.

Quelle Abstracts: 12th International Conference on LYME BORRELIOSIS AND OTHER TICKBORNE DISEASES

Fazit: Außer ein paar Detailberichten gab es zu den dringendsten Fragen der Patienten, zur aussagefähigen Diagnostik sowie effektiven Therapiemöglichkeiten der Borreliose leider keine nützlichen Antworten. Wie üblich waren die Experten ohne kritische Patientenvertreter oder Ärzteorganisationen wie ILADS oder der Deutschen Borreliose-Gesellschaft allein unter sich. Der Organisator, Prof. Dr. Gerold Stanek, Wien, verweigerte sich unerbittlich unserem Wunsch nach einem Teilnehmerverzeichnis. Die Abstracts stellte uns dankenswerter Weise Dr. Volker Fingerle, NRZ, zur Verfügung. ■



BORRELIUS SPEKULIERT

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

Laut gedacht

„Ljubljana zeigt ein Forschungsgebiet, das auf der Stelle tritt. Man begegnet vielen alten Erkenntnissen, bekannten Widersprüchen, den gleichen Autoren, die stark vernetzt sind, was „geistige Inzucht“ und Meinungszementierung fördern. Wo sind neue Ideen? Sind diese Gegner für uns wichtig? Müssten wir nicht nach anderen Leuten suchen, die nicht auf die ewige Streitfrage „Borreliose oder nicht“ fixiert sind und die Krankheit und ihre Mechanismen erforschen, egal, was dahinter steckt? Sollten wir nicht versuchen, die „Gegenseite“ links liegen zu lassen und versuchen, sie rechts zu überholen?“ ■

Erratum ...

nennen es die Mediziner, wenn es etwas zu berichtigen gibt.

In Borreliose Wissen Nr. 22, Seite 35, berichtete Ute Fischer von der Jahrestagung der Deutschen Borreliose-Gesellschaft in Bad Herrenalb und zitierte Dr. Petra Hopf-Seidel dahingehend, dass ihr mindestens 150 ALS-Patienten bekannt seien. Dies hat sich Ute Fischer falsch notiert. Hopf-Seidel berichtete von einer Studie, die diese Aussage getroffen habe, nicht sie selbst. Wir bitten um Kenntnisnahme und Entschuldigung. ■



Wunder oder Fehldiagnose?

Papst Johannes Paul II. soll selig gesprochen werden.

Eine französische Nonne sei von Parkinson geheilt worden, nachdem sie den verstorbenen Heiligen Vater im Gebet um Heilung angefleht habe.

Tatsächlich seien die Parkinson-Symptome, mit Ausnahme eines kurzen Rückfalls, von ihr gewichen. Solche Wunder gelingen Ärzten, die sich mit Borreliose auskennen, häufig.

Rheuma-Lahme können wieder joggen. Demenzverwirrte kehren ins Berufsleben zurück.

Gelähmte tanzen. MS-Kranke erheben sich aus dem Rollstuhl.

Nicht auszudenken, dass etwa ein Schnupfen der frommen Nonne „aus Versehen“ (falsch) mit Antibiotika behandelt wurde und sie so „aus Versehen“ von Borreliose geheilt wurde? Der bescheidene demütige Johannes Paul II. würde sich im Grab herumdrehen.

Euer Borrelius

Impfstoff in Sicht?

Angeblich entwickelt die österreichische Intercell AG einen Impfstoff, der gegen drei Borrelien-Erreger wirksam sei. Quelle: www.intercell.com/de/main/forvaccperpts/produkte/impfstoff-gegen-lyme-borreliose/ ■

Rheinland-Pfalz und Saarland

Meldepflicht – ja

Kurz vor Weihnachten und nur wenige Wochen nach unserem Besuch in Saarbrücken traf beim BFBD die gute Nachricht von der FDP Saarland ein: Man wolle im ersten Quartal 2011 zusammen mit Rheinland-Pfalz eine Meldepflicht für Borreliose einführen. Die dortige Jamaica-Koalition (CDU, FDP, Grüne) hatten sich schnell mit der SPD in RLP verständigt. Wenn sich nur

alle Parteien zum Wohle der Bürger so einigen könnten. Trotzdem ist die „Kuh noch nicht vom Eis“. Meldepflicht ist nicht Meldepflicht. Bisläng sieht sie in jedem der neuen Bundesländer ein wenig anders aus und fast immer ist sie so definiert, dass möglichst kleine Zahlen herauskommen. Das muss sich ändern; denn wir benötigen realistische Zahlen, um in den Köpfen der Ärzte-

schaft und der Politiker auch Realität herstellen zu können. Auf keinen Fall darf passieren, dass ausschließlich das Robert Koch-Institut, das NRZ oder die jeweiligen Landesärztekammern die Meldekriterien vorgeben. **Die Deutsche Borreliose-Gesellschaft muss unbedingt ins Boot.** Es gibt keine kompetentere Ärztesgesellschaft für Borreliose. ■



Niedersachsen

Einst so nah am Ziel

Ausgerechnet das Bundesland, in dem 2004 das erste Fachgespräch Borreliose stattfand und ein Jahr später sogar ein einstimmiger Beschluss im Gesundheitsausschuss über CDU, SPD, FDP und Grüne hinweg, dass man sich der „Bekämpfung und Behandlung der Borreliose“ widmen wolle, ist heute Borreliose-Niemandsland. Die damalige Sozialministerin Ursula von der Leyen wettete gegen eine Meldepflicht. Der in

dieser Debatte als Referenzpraxis in höchsten Tönen empfohlene Dr. Joachim Ledwoch wurde abserviert und weitere Anfragen der SPD in 2006 und 2007 abgeplättet. Funkstille und dann neue Hoffnung, als 175.000 Euro Fördergelder für eine Neuroborreliose-Ambulanz an der Uni Göttingen vergeben wurden. Das Ergebnis der daraus resultierenden Studie ist bekannt: Von 120 Borreliose-Diagnosen seien 119 falsch gewesen.

Alles Deppen?

Neue Hoffnung quillt zwischen dem erbärmlichen Nachhall dieser Ereignisse. Landtagspräsident Hermann Dinkla kündigte am Jahresbeginn an, den „Brandbrief“ von Manfred Wolff an alle Mitglieder des Gesundheitsausschusses zu verteilen. Den hatten die zwar schon, aber doppelt genäht ... Wir bleiben am Ball. Es muss brennen. ■



Hessen (2)

Vorsicht – Risikogebiet

Ist Hessen ein Risikogebiet“, wollte Moderator Günther Heygen vom Hessischen Rundfunk wissen. „Im Prinzip ist Borreliose flächendeckend auf der nördlichen Erdkugel verbreitet“, so die Vorsitzende Ute Fischer in einer Morgensendung, „doch das Hessische Risiko sei so groß, weil sich seine Politiker der Borreliose verweigern, als sei dieses Bundesland ein weißer Fleck. Sozialminister Stefan Grüttner lässt sich zwar gerne mit Kindern und Müttern ablichten, aber für uns hatte er noch nie eine Antwort übrig,

wie auch seine diversen Vorgänger/in. Ein sehr flach an Faktischem gehaltener Abwimmelungsbrief der Staatssekretärin Müller-Klepper offenbarte eigentlich nur, dass die Nachhilfe zum Thema Borreliose wie immer aus der Fachabteilung 3 des Bundesgesundheitsministeriums stammte. Eine Kleine Anfrage der Grünen Kordula Schulz-Asche versuchte Grüttner in Guttenberg-Manier durch eine voluminöse Aneinanderreihung von Textbausteinen aus dem RKI abzuwiegeln. Peinlich. (s. Seite 2)

Unwürdig eines Sozialministers, seinen Namen unter solche Plattheiten zu setzen. Unsere neue Geheimwaffe in Hessen ist ein aufgebrachter Rentenberater, der es aus Unfassbarkeit über diese Zustände für seine Mandantin aber echt krachen lässt. Und wir krachen mit. ■



Stefan Grüttner

Berlin

Angeblich alles paletti?



Karin Stötzner

Wie kann es nur angehen, dass wir ständig Hilferufe nach Ärzten in Berlin erhalten, und die nicht zu unserem Bund gehörende Selbsthilfegruppe das Problem angeblich gelöst habe? Jedenfalls versuchte deren Frontfrau unser Gespräch bei der Patientenbe-

auftragten von Berlin, Karin Stötzner, madig zu machen. Das sei ihr Revier. Nichteingeweihte mögen tatsächlich an die Statistik des Berliner Landesamtes für Gesundheit und Soziales glauben. Danach sei die Zahl der Borreliose-Infektionen in 2009 auf spärliche 88 zurück gegangen.

Merkwürdig. Bei der Techniker Krankenkasse rechnete die KV Berlin 7.245 Diagnosen ab und zwar nach dem

ICD10-Code A 69.2 (Borreliose mit Wanderröte); also frisch und früh, wie sie im Bilderbuch der Ärzte beschrieben steht.

Hintergrund. In Berlin existiert Meldepflicht; und zwar nicht für Ärzte sondern für Labore.

Es wurden also nur Fälle gemeldet, in denen ein Arzt trotz eindeutigen Beweis durch die Wanderröte trotzdem einen Labortest in Auftrag gab und das Labor „zufällig“ (siehe auch Seite 39) ELISA Borrelien-Antikörper fand. Borreliosen ohne Bestätigung durch das Labor und Borreliosen ohne Wanderröte (immerhin 50 Prozent) fanden überhaupt keinen Einlass in die Statistik. Man möchte die Hände über den Kopf zusammenschlagen.

Wir haben mit Karin Stötzner vereinbart, dass wir die Masse der Arztsuchenden in Berlin transparent machen. Wir bitten die Berliner Leser, sich bei uns oder im Forum zu melden und gegebenenfalls ihre negativen Erfahrungen mit Ärzten aufzuschreiben. Keine Sorge. Wir geben keine Namen heraus. ■



Nordrhein-Westfalen (2)

Augen zu – eine Krankheit wird totgeschwiegen: www.wir-in-nrw-blog.de

Das gibt es bisher leider nur in NRW – ein Blog (Internet-Tagebuch), in dem Journalisten den von ihren Redaktionen verordneten Maulkorb fallen lassen und Wahrheiten schreiben dürfen, die fern der Hofberichterstattung liegen. Guckst Du? www.wir-in-nrw-blog.de Das ganze Elend mit dem Gesundheitsministerium, mit der SPD-Wahllüge, mit der KV Nordrhein, die eine unserer wichtigsten Ärztinnen in Köln mit Regressandrohungen zur Aufgabe ihrer

Kassenpraxis zwang, auch von der Uni Köln, für die es überhaupt keine Borreliose gibt, konnten wir am 18. Dezember unterbringen. Der Pressesprecher der grünen Gesundheitsministerin Steffens konterte äußerst ungeschickt, die Ministerin habe doch gerade erst gefordert, dass Krankenkassen die Antikörper-Suchtests übernehmen sollten. Die Dame und ihr Adlatus **wussten nicht, dass diese schon immer Kassenleistung sind.** Wie soll man da auf Augenhöhe

verhandeln, wenn das Wissen so ungleichmäßig verteilt ist, zumindest in NRW. Ende 2010 kündigte das Landesgesundheitsministerium an, das Amt eines Patientenbeauftragten einrichten zu wollen.

Die rot-grüne Regierung wolle die Rechte durch ein transparentes, unabhängiges Beratungsangebot stärken, meldete die Ärztezeitung. Wir lächeln unerbittlich zurück. ■



Bayern (3)

Kasperltheater

So viel Scheinheiligkeit begegnete uns noch in keinem Bundesland. Mit Ausnahme der SPD, die sich eisern einer Kontaktaufnahme verweigert, wurden im Laufe von fast zwei Jahren alle Parteien persönlich kontaktiert. Jedes Gespräch endete mit Entrüstung, dass „So-Etwas“ möglich sei und ... „da müsste man doch!“ Kurz: Es ist nichts geschehen, was Borreliose-Patienten weiterbringen könnte. **Minister Söder** scheint seinen Parteigenossen einen Maulkorb verhängt zu haben; denn wir erhalten identische Briefe von unterschiedlichen Abgeordneten unterschrieben. Freie Meinung verboten? Antworten an uns scheinen vorgefertigt in der Phrasen-Schublade zu liegen. Minister Söder ist der Empfehlung der Landtagspräsidentin vom Juli 2010, sich mit uns auf fachlicher Ebene auszutauschen, nicht nachgekommen.

Stattdessen und parallel predigt er in den Medien „Menschlichkeit in der

Medizin“ und setzte statt Antworten an uns und Taten für die Bayerischen Bürger eine Chirurgin mit Pharmaerfahrung (Novartis, Stada) als Patientenbeauftragte ein: **Dr. Gabriele Hartl**. Und dazu gleich einen „Landesarzt“, quasi als zusätzlichen Puffer zwischen sich und die Bürger.

Dennoch: Dankbar ergriffen wir die Möglichkeit für ein erstes gemeinsames Gespräch am 16. Februar. Die Ankündigung, dass sich Hartl mit zwei Ärzten „bewaffnen“ werde“, unter anderem **Dr. Volker Fingerle** vom Nationalen Referenzzentrum (NRZ), motivierte uns, ebenfalls fachliche Verstärkung mitzubringen. Niemand Geringeres als **Dr. Kurt Müller**, Vorsitzender der Deutschen Borreliose-Gesellschaft (DBG) begleitete uns zu diesem Termin, an dem wir dann überraschend nicht Drei zu Drei, sondern gleich sieben Medizinerinnen und Protokollführern gegenüber saßen. Ohne Dr. Müller, der das mangelhafte



Dr. Gabriele Hartl

Fachwissen über Borreliose zurecht rückte und die Wertigkeit der Patientenorganisation gegenüber einem polemisierenden Landesarzt verteidigte, wäre das BFBD-Team (Ute Fischer und Manfred Wolff) wohl platt wie ein Schnitzel gebügelt worden.

Am Ende gab es für die BFBD-Forderungen zwei aussichtsreiche Absichtserklärungen. **1. Eine gemischte Kommission - einschließlich DBG - wird Kriterien für eine Meldepflicht Borreliose erarbeiten**, wonach Ärzte möglichst eindeutig diagnostizieren und melden können. **2. Die Patientenbeauftragte wird wegen des Mangels an Ärzten für gesetzlich versicherte Borreliosepatienten die Landesärztekammer und die Kassenärztliche Vereinigung kontaktieren und ein gemeinsames Gespräch mit uns arrangieren.** ■

Die Bundes-SPD redet mit uns

Erstmals antwortete uns eine Bundestags-Abgeordnete der SPD auf unsere zahlreichen „Brandbriefe“. **Angelika Graf**, Mitglied des Gesundheits-Ausschusses, Wahlkreis Rosenheim, empfing uns in ihrem Berliner Büro. An unserer Seite **Prof. Dr. Franz-Rainer Matuschka**, Parasitologe mit Harvard-Hintergrund, Mitglied unseres Wissenschaftlichen Beirats. Überzeugend konnten wir darlegen, dass die Forschung über Borreliose und Zecken in Deutschland völlig brach liegt, dass es Forschungsprojekte über Zoonosen gibt und über neurogenerative Erkrankungen und zwei angeblich interfakultäre Infektionszentren, allerdings immer „ohne Borreliose“. Auch bei der Helmholtz-Gemeinschaft, deutsche Spitzenforschungs-



einrichtung mit mehreren Forschungszentren, komme Borreliose nicht vor. Graf, die anscheinend Borreliose aus dem Bekann-

tenkreis kennt, stellte in Aussicht, Borreliose im Gesundheits-Ausschuss zu thematisieren. ■

Wenn Sie keine Erben haben:

Erbschaften und Nachlässe an den BFBD sind von der Erbschaftssteuer befreit.

Baden-Württemberg (2)



Andreas Hoffmann

Im Ländle grummelt tüchtig. Die CDU-Abgeordneten Albrecht Fischer (Vaihingen) und Andreas Hoffmann (Konstanz, Radolfzell, Höri) sowie Andrea Krueger

(Stuttgart I) bringen das Thema **Meldepflicht** seit 2009 immer wieder in den Landtag ein. Denkwürdig finden wir es, dass ausgerechnet der Arzt Dr. Bernhard Lasotta MdL das Thema bei Andreas Hoffmann parkt. Gut, Hoffmann hat als ehemaliger Bezirksgeschäftsführer der Barmer auch gesundheitspolitischen Bezug und war schon vor einigen Jahren eine zuverlässige Adresse, wenn es um Borreliose ging.

Im Zuge der Änderung des Infektionsschutzgesetzes durch das Bundesgesundheitsministerium soll auch die **Meldepflicht für Baden-Württemberg** angegangen werden. Mit Freude lesen wir von Albrecht Fischer den Bezug zu Saarland und Rheinland-Pfalz. Die Landtagswahl wird es lehren, ob wir bei „schaffe, schaffe“ bleiben oder uns (Heiligs Blechle) mit neuen Besen zu arrangieren haben. ■

Patientenbeauftragte

Gleiche Augenhöhe oder Kriegserklärung?

Das Amt der ersten Patientenbeauftragten der Bundesregierung wurde 2003 im Rahmen jener Gesundheitsreform eingeführt, die unter Ministerin Ulla Schmidt zu Stande kam. Bis dahin gab es spezielle Beauftragten nur für die Bundeswehr. Doch schon damals eliminierte Schmidt auf Druck der CDU jegliche Rechte für diese Position. Die verbliebene Funktion des Hinweisens auf Missstände, des „Finger-in-die-Wundelegen“ versuchte in Sachen Borreliose **Helga Kühn-Mengel**, SPD, mit mehr oder weniger Erfolg. Auf ihre Initiative fand 2006 immerhin ein Expertengespräch in Berlin statt und wurde Dr. Gabriele Pogensee vom Robert-Koch-Institut, eigentlich Experte für HIV, als Obfrau für Borreliose in Deutschland eingesetzt. Danach war Kühn-Mengel nie mehr zu erreichen, weder für „Vier Antworten“ auf unsere Fragen, noch zu einer Stellungnahme.

Seit 2009 ist **Wolfgang Zöller**, CSU,

Patientenbeauftragter der Bundesregierung. Mit seinem Grußwort auf der Pressekonzferenz im August 2010 heizte er den Medien tüchtig ein, über das Unrecht zu berichten, das mit Borreliosepatienten geschieht. Seit dem sind wir etwas versöhnlicher mit diesem Amt, das in Wirklichkeit ja eigentlich nur der Puffer zwischen Bürgern und Bundesregierung sein soll. Aber Zöller hat etwas bewirkt. Chapeau!

Unter den Bundesländern füllt das Land Berlin mit seiner Patientenbeauftragten **Karin Stötzner** (siehe Seite 36) seit 2004 eine Vorreiterrolle aus. Sie ist vorrangig Ansprechpartnerin für Patienten, Patienteninitiativen und -organisationen und berät die Senatoren und die Gesundheitsverwaltung in Fragen der Patientenbelange. Stötzner ist Soziologin und Leiterin der Selbsthilfekontakt- und Informationsstelle SEKIS. Sie führte das Gespräch Anfang Februar 2011 mit uns auf Augenhöhe.

Anscheinend kommen nun die Bundesländer auf den Trichter, wie sich Bürgernöte in Sachen Gesundheit abpuffern lassen. **Nordrhein-Westfalen**, das mit der Meldepflicht so wankelmütig umgeht wie es die Parteienlage zulässt, kündigte nun ebenfalls einen Patientenbeauftragten an. Wir werden berichten.

Was uns die Bayerische Patientenbeauftragte **Dr. Gabriele Hartl** bot, war alles andere als gleiche Augenhöhe. Gleich zum ersten Gespräch bewaffnete sie sich mit dem Landesarzt, mit Ministerialdirektoren, mit dem „**Mann, der die Internet-Borreliose erfand**“ (siehe Seite 2) und mit mehreren Protokollführern (siehe Seite 37), so als müsse man das, was wir von uns geben, mit Handfesseln und Brandeisen dokumentieren. Gleiche Augenhöhe, wie sich das Patienten von einer Patientenbeauftragten vorstellen, ist das gewiss nicht. Das war Säbelrasseln vor der Kriegserklärung. ■

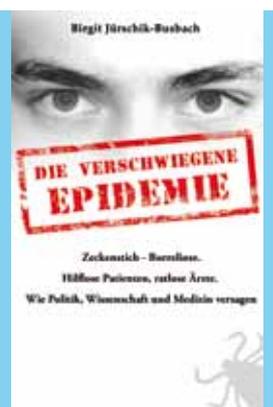
Anzeige

Die verschwiegene Epidemie

- Zeckenstich - Borreliose
 - Hilflose Patienten, ratlose Ärzte
 - Wie Politik, Wissenschaft und Medizin versagen
- Millionen Menschen weltweit leiden an Lyme-Borreliose, einer bakteriellen Infektion, die von Zecken übertragen wird. Auch in Deutschland steigen die Erkrankungszahlen beängstigend. Die Autorin, Birgit Jürschik-Busbach, selbst erkrankt, legt nach umfangreichen Recherchen ein höchst aufschluss-

reiches Buch über die katastrophale Versorgungslage der Borreliosepatienten vor. Ihre aufrüttelnde Analyse zeigt, wie finanzielle Interessenskonflikte und die Motive Einzelner, unter dem Deckmantel der „Wissenschaft“, den gravierenden diagnostischen und therapeutischen Missstand zu verantworten haben.

Veröffentlichung: 2. Quartal 2011



Meldepflicht und dann?

von Ute Fischer

Zwölf Jahre mussten vergehen, bis die ersten beiden alten Bundesländer dem Beispiel der neuen folgten. Zwölf Jahre lang appellierte der Borreliose und FSME Bund vergeblich an Politiker auf allen Ebenen, der Borreliose durch Einführung der Meldepflicht eine bessere Datenlage aber auch mehr Aufmerksamkeit bei den Ärzten zu verleihen. Es kommt bei derartiger Lobbyarbeit nicht immer auf Fleiß und Beharrlichkeit an, das merkten die Akteure Ursula Radwan, Manfred Wolff und Ute Fischer, sondern auch auf persönliche Betroffenheit unter den Gesprächspartnern. Seit über zwei Jahren wird der Freistaat Bayern deshalb beachtet, seit über fünf Jahren Hessen, ohne sichtbares Resultat. Die häufigste Ausrede: Borreliose werde **nicht von Mensch zu Mensch übertragen**. Wie dumm dieses Argument ist, sieht man daran, dass es eine Meldepflicht für FSME und eine für die Folgen von Tatoos und Piercing gibt.

Im Saarland und Rheinland-Pfalz ging es sehr flott voran. Ein Rundbrief an die Mitglieder des Gesundheitsausschusses und einziger Besuch im Landtag in Saarbrücken brachten die Lawine ins Rollen. Rheinland-Pfalz war da schon zäher zu überzeugen. Doch eine gemeinsame Studie beider Länder, die auf vielerlei Gebieten zusammenarbeiten, brachte letztlich den Durchbruch.

Meldepflicht ist nicht gleich Meldepflicht. Die Frage lautet: Wer meldet? Und das ist in einigen Bundesländern sehr unterschiedlich. In Brandenburg, Mecklenburg-Vorpom-

mern und Sachsen melden Ärzte und Labore, in Berlin und Sachsen-Anhalt nur die Labore, in Thüringen nur die Ärzte. Die Falldefinition lautet: Lyme-Borreliose mit Erythema migrans (Wanderröte), und/oder Lyme-Arthritis mit Gelenkentzündung, wobei Entzündungen und Erkrankungen des rheumati-

schen Formenkreises ausgeschlossen sein müssen.

Des Weiteren: labordiagnostischer Nachweis einer lymphozytären Pleozytose (erhöhte Keimzahl im Nervenwasser /also Liquorentnahme) und Nachweis intrathekal gebildeter Antikörper. Bei Kindern bis 18 Jahren wird dieser nicht mehr gefordert.

Fazit 1: Borreliosen, bei denen sich keine Wanderröte bildete (circa 50 Prozent), sie an nicht einsehbarer Stelle saß und nicht gefunden wurde oder so blass war, dass man sie nur unter einer Wärmelampe hätte sichtbar machen können, finden keinen Eingang in diese Meldepflicht.

Fazit 2: Nur etwa fünf Prozent der Liquoruntersuchungen zeigen bei einer Neuroborreliose die gewünschten Marker. Dafür gibt es viele Gründe. Entweder ist es tatsächlich keine Borreliose. Oder die Gabe von Antibiotika oder Kortison hat die pathologische Keimzahl verringert. Oder die Entnahmemenge von Liquor war so gering, dass das Auffinden von Antikörpern so sicher wie ein Treffer in der Lotterie ist? Oder der Liquor wurde zum Labor so transportiert (zu lange unterwegs, zu warm geworden), dass er nicht mehr zur Analyse taugt. Also keine Meldung.

In Berlin und Sachsen-Anhalt, wo nur das Labor meldet, ist die Sachlage auf dem zweiten Blick

fatal. Ins Labor kommen nur jene Borreliose-Fälle, bei denen der Arzt schon mal einen Verdacht geäußert hat, dass es eine Borreliose sein könne, er aber die Bestätigung des Labors sucht. Eingeweihte wissen es: Borreliose ist keine Labordiagnose sondern eine Blick- und Symptomdiagnose. Da Arzt und Labor erfah-

rungsgemäß nicht miteinander kommunizieren, liegt hier die nächste Falle, Borreliosen kleinzurechnen.

Fazit 3: Weil es der Arzt unterlässt, die Verdachtssymptome auf den Laborauftrag zu schreiben, ist die Labordiagnose in Frage gestellt. Selbst wenn ein für eine Borreliose beweisendes Erythema migrans vorgelegen hätte, der ELISA-Antikörpertest aber negativ ausfällt, ist das Labor nicht zur Meldung verpflichtet.

■ Welchen Vorteil hat dann eigentlich Meldepflicht?

Ministeriell erlassene Meldepflicht wird ins Infektionsschutzgesetz aufgenommen. Das ergäbe folgende Vorteile für Patienten.

- Die staatlichen Instanzen würden deklarieren, dass die Borreliose eine Gefährdung der Allgemeinheit darstellt.
- Sie wären verpflichtet, Maßnahmen zu ergreifen, um die Gefährdung zu begrenzen und zu mindern.
- Die administrative Bekämpfung der Lyme-Borreliose-bedingten Gefährdung der Allgemeinheit müsste selbstverständlich auf der medizinischen Ebene umgesetzt werden. Das heißt, dass die Politik die an sich autarke Ärztliche Selbstverwaltung anweisen muss, adäquate diagnostische und therapeutische Maßnahmen durchzuführen.

Noch wehrt sich jedoch Bundesgesundheitsminister Rösler dagegen. Im November 2010 ließ er den BFBD mitteilen, es stehe ihm nicht zu, das Verhalten von Ärzten „zu rechtfertigen, zu kommentieren oder zu sanktionieren“. Dafür seien die jeweiligen Landesgesundheitsbehörden zuständig. (Da ist der BFBD dran.)

Aus einer solchen Aktivität der landespolitischen und der medizinischen Institutionen würde eine größere Aufmerksamkeit für die Lyme-Borreliose-Problematik erwachsen.

Dies wiederum würde sich auch in den öffentlichen Medien widerspiegeln. ■

Nach Redaktionsschluss:

Der CDU-Abgeordnete Andreas Hofmann MdL teilte uns am 22. Februar mit, dass Baden-Württemberg die Einführung der Meldepflicht unterstütze. Meldepflicht Borreliose werde ein Thema auf der in diesen Wochen stattfindenden Gesundheitsministerkonferenz sein, die Konferenz aller Gesundheitsminister der einzelnen Bundesländer. Dieses Versprechen gab uns auch der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Wolfgang Zöller, auf der Pressekonferenz am 10. August 2010.

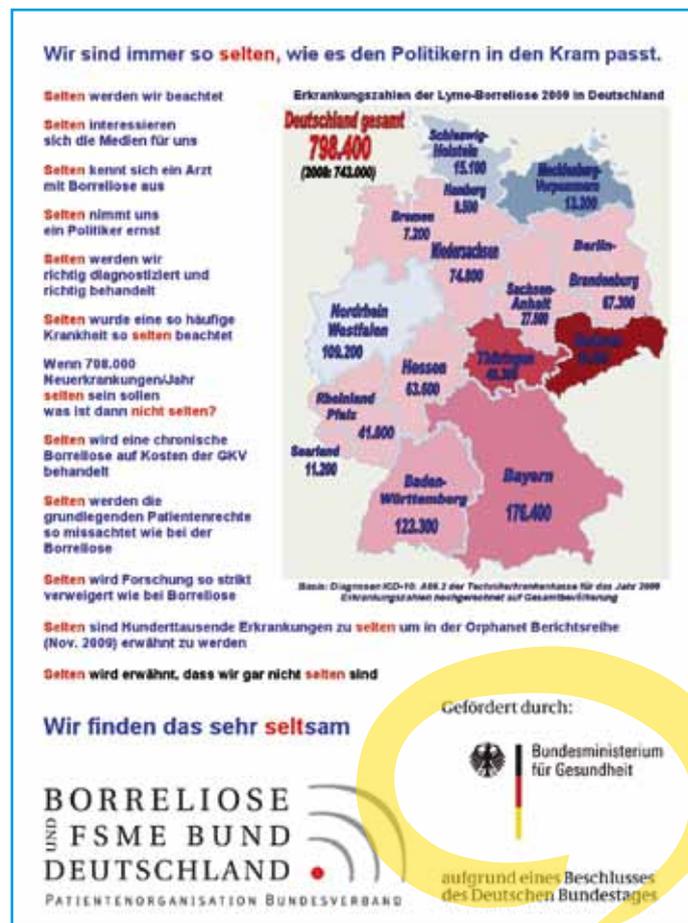
Ein Plakat zum Knutschen

Abbusseln möchte man Philipp Rösler. Als wir dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) unser Poster zur Förderung einreichten, rechneten wir nur vage mit einer Förderzusage zum Druck dieser A2-Plakate.

„Wir sind so selten, wie es den Politikern in den Kram passt“ steht unübersehbar auf dem Poster, das nicht die 20 Jahre alten Zahlen des Robert Koch-Instituts wiederkaut, sondern unsere Hochrechnung der Borreliose-Fallzahlen aus 2009 nach Bundesländern. Bedingung für dieses Sponsoring sei, so die Regeln in einem dreiseitigen Vertragswerk, dass man das Logo des Sponsors gut sichtbar anbringe, was dem BFBD eine außergewöhnliche Freude bereitete.

Mit gutem Gewissen darf der BFBD davon ableiten, dass der Bundesgesundheitsminister nun endlich ebenfalls unserer Meinung ist, dass Borreliose gar keine so seltene Erkrankung ist, wie es das Robert Koch-Institut, BMG-Unterbehörde, und das Nationale Referenzzentrum publizieren.

Danke Herr Rösler!



Nikolausbeschluss kontra G-BA

Gesetzlich versicherte Patienten können in Ausnahmen auch Methoden beanspruchen, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) ausgeschlossen wurden, meldet der Gesundheitsdienst Gerechte-Gesundheit. Grundlage sei der so genannte Nikolausbeschluss des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG).

Beschlüsse des G-BA regeln nicht den Einzelfall, so die Ergänzung der Richtli-

nien zur Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Bei einem hinreichenden Schweregrad der Alternativlosigkeit sowie vorliegendem Nachweis der hinreichenden Erfolgsaussicht einer Behandlungsmethode bestehe ein Anspruch zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Der G-BA bestätigte diese nachträgliche Klarstellung auf seiner Januar-Sitzung 2011.

Kommentar: Auf dieser Basis erhöht sich die Chance für eine Therapie auch bei Borreliose-Patienten, deren GKV sich sträubt, eine privatärztliche Behandlung zu übernehmen, wenn sie nicht in der Lage ist, einen Kassenarzt dafür zu benennen.

Auswärtiges Amt

Unsere ahnungslosen Politiker

Das passiert, wenn Politiker nicht denken, sondern sich blind auf Werbefachleute verlassen. Auf dem derzeitigen Flyer „Zeckenalarm“ ist auf der Rückseite unter der Überschrift „Wo gibt es Zecken?“ wieder einmal die FSME-Karte abgebildet. Danach gibt es nördlich des Mains, selbstverständlich auch nicht in den Beneluxstaaten, in Frankreich, Spanien, Großbritannien, Dänemark und Norwegen überhaupt keine Zecken. Wir schließen die Akteure in unser Nachtgebet ein.

Klinik-Status für Augsburg

Das Borreliose Centrum Augsburg (BCA) erhält jetzt offiziell den Klinikstatus. Damit nähert sich das BCA dem Ziel, eine geregelte Kostenübernahme der Langzeit-Therapien durch die Gesetzlichen Krankenkassen zu erreichen. Der Schwerpunkt der Therapie ist weiterhin eine Kompaktbehandlung für Borreliose und sämtlicher Koinfektionen mit einem spezialisierten Infektions-Labor. (www.infectolab.de, www.b-c-a.de).



Wie verbindlich sind Leitlinien wirklich?

In Gutachten und Stellungnahmen zu Behandlungsfehlern werden häufig die „Leitlinien“ als Beweis gegen Behandlungsfehler zitiert. Gemeint ist die Leitlinie „**Neuroborreliose**“ und eine „**Kutane (die Haut betreffend) Manifestationen der Lyme-Borreliose**“. Über beiden Druckwerken steht zwar Leitlinie, aber beider Klassifizierung S1 rückt sie außerhalb vom Qualitätsbegriff „Leitlinie“. Richter und Gutachter scheinen diesen Unterschied nicht zu kennen. Vielleicht ist er auch gar nicht so wichtig, wenn man die Konsequenzen aus diesen sogenannten Leitlinien zu Rate zieht. Johannes Neu, Rechtsanwalt und Geschäftsführer der Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der norddeut-

schen Ärztekammern, konkretisierte in einem Artikel im Niedersächsischen Ärzteblatt (1/2011) den Wert von Leitlinien.

Leitlinien seien **rechtlich unverbindlich**. Sie seien systematisch entwickelte, wissenschaftlich begründete und praxisbezogene Orientierungshilfen für die angemessene ärztliche Vorgehensweise, sie stellen aber, egal auf welcher Entwicklungsstufe sie klassifiziert sind, **nur allgemeine Handlungsempfehlungen** dar. Die Nichtbefolgung von Leitlinien rechtfertige zwar nicht die Feststellung eines Behandlungsfehlers. Aber auch das Befolgen von Leitlinien schließe einen Behandlungsfehler nicht aus. **Leitlinien könnten kein Sachverständigengutach-**

ten ersetzen und nicht unbesehen als Maßstab für den Standard übernommen werden. Aber genau auf dieser Welle reiten einige Gutachter, indem sie Ansprüche von Patienten leitliniengemäß ausschließen, ohne Berücksichtigung der tatsächlichen Patienten-Krankengeschichte. Wenn schon Leitlinie, dann bitte die für „Lyme Borreliose“ der Deutschen Borreliose-Gesellschaft. BFBD-Mitglieder besitzen sie.

Und noch eine wichtige Aussage: Wenn ein Arzt über den zu fordernden Standard hinaus über bessere medizinische Erkenntnisse und Behandlungsmöglichkeiten verfüge, **dann müsse er die auch zu Gunsten seiner Patienten einsetzen.** ■

Nachruf

Dr. med. Elke Goertchen, Görlitz



Am 21. Oktober 2010 verstarb die ehemalige Chefärztin der Neurologischen Klinik am Klinikum Görlitz im Alter von 69 Jahren. Mehr als 20 Jahre widmete sie sich speziellen Krankheiten wie der Multiplen Sklerose, dem Morbus Alzheimer und ganz besonders der Borreliose. Es waren in erster Linie die chronischen Verläufe einer primär nicht erkannten Borreliose, mit denen sie sich medizinisch beschäftigte. Sie gehörte zu den ersten Ärzten Deutschlands, die auf die schwierige Erkennung der Borreliose und deren chronischen Verläufe im Kollegenkreis und in der Öffentlichkeit aufmerksam machten.

Unvergessen ihr Auftritt 2005 im Sächsischen Landtag, wo sie mit eindrücklichen Worten Schicksale von Borreliosepatienten beschrieb und an die Politik appellierte, für Borreliose-Ambulanzen zu sorgen und an die Ärzteschaft, Borreliosepatienten ernst zu nehmen. Auch im bisher einzigen Borreliose-Workshop der Bundesregierung 2006 beharrte sie darauf, bei unklaren neurologischen Krankheitsbildern eine Borreliose in die Differenzialdiagnostik unbedingt einzuschließen.

Dr. Goertchen reiht sich mit ihrem uneigennütigen Engagement für Borreliosepatienten, für das sie auch Häme und Angriffe aus dem Kollegenkreis ertrug, in die Riege der wenigen mutigen Vorkämpfer ein, die Borreliose als ernsthafte, multiorganische und behandlungsbedürftige Erkrankung begriffen. Jeder, der sie gehört hat und danach trotzdem nichts unternahm, hat sich schuldig gemacht am Los der Borreliosepatienten.

Ute Fischer, Vorsitzende des BFBD

AOK fordert mehr Leistung von Ärzteschaft



Mehr Leistung der Ärzte für ihre Patienten fordert die AOK durch das dritte Reformgesetz durch Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler. Ärzte und Krankenhäuser erhielten

seit 2008 **von jedem Versicherten 250 Euro mehr pro Jahr**. Dafür müsse sich die Behandlungsqualität und der Service verbessern, so Jürgen Graalman, stellvertretender Vorstandschef des

AOK-Bundesverbands. Ein neues Gesetz solle nicht nur die Regeln für Niederlassung von Ärzten optimieren, sondern auch eine Reform des Medizinstudiums einleiten. ■

Ingolf Lück

Es geht ihm gut

von Ute Fischer

Es war eine dieser Unterhaltungssendungen im Fernsehen, die angeblich niemand sieht. Aber das Borreliose-Forum ist der beste Medienwächter, den man sich in Sachen Borreliose vorstellen kann. Eine Viertelstunde, nachdem der Comedian Ingolf Lück beinahe nebensächlich ausgeplaudert hatte, dass er schon mal an Borreliose erkrankt war, rasselte es im Forum. „Habt Ihrs gesehen, auch der Ingolf Lück...“ Tja, auch Prominente haben bei Zecken keinen Bonus. Sie bringen aber einen Bonus, in dem sie sich öffentlich zu einer Krankheit bekennen, die ein Großteil der Ärzte noch als Modekrankheit bezeichnen und sie bei psychosomatischen Störungen einordnen.

BW: Wann hatten Sie Borreliose?

Lück: Bisher zwei Mal. 2006 und 2008.

BW: Wissen Sie noch, wobei Sie sich die Zecke eingefangen haben?

Lück: Beim Spaziergehen im Sauerland, denke ich.

BW: Haben Sie eine Zecke oder eine Wanderröte an sich bemerkt?

Lück: Ja die typische Wanderröte, die ich aber erst als Wanderröte identifizieren konnte, seit ich darüber weiß. Ich konnte alles nur nach der Diagnose rekonstruieren.

BW: An welchen Symptomen merkten Sie, dass etwas mit Ihnen nicht stimmt.

Lück: Totale Abgeschlagenheit etwa 14 Tage nach der Infektion, Tinnitus.

BW: Wie viel Zeit verging ungefähr, bis die Diagnose feststand?

Lück: Beim ersten Mal sechs Wochen. Ich befragte meinen Hautarzt, der sofort auf Borreliose testete. Beim zweiten Mal vier Tage. Jetzt wusste ich die Zeichen ja zu deuten.

BW: Was hat die Diagnose eventuell verzögert?

Lück: Unwissenheit meinerseits.

BW: Gab es vorher eine Fehldiagnose und wenn ja, welche?

Lück: Nein, mein Hautarzt wusste sofort zu helfen.

BW: Waren Sie gegen FSME geimpft und fühlten sich vor allen Zeckeninfektionen geschützt?

Lück: Nein

BW: Hat man Ihnen zu irgendeinem Zeitpunkt zu einer Psychotherapie geraten?

Lück: Nein

BW: Hatten Sie den Eindruck, dass Ihr Arzt über Borreliose genügend informiert war?

Lück: Ja unbedingt.

BW: Wie hat Ihr privates Umfeld, die Familie, wie haben Freunde reagiert, solange Sie keine Diagnose hatten?

Lück: Was „hatter“ denn? Er hat doch sonst immer so eine Power?!

BW: Ist die Therapie auf Anhieb gelungen?



Lück: Ja

BW: Wissen Sie noch, wie lange und womit Sie therapiert wurden?

Lück: Antibiotika, circa 14 Tage lang.

BW: Fühlen Sie sich vollständig genesen von der Borreliose?

Lück: Ja.

BW: Hat sich Ihre Lebenseinstellung, zum Beispiel Kinder absuchen oder der Umgang mit der Natur geändert?

Lück: Klar. Die Kinder werden im Sommer jeden Abend durchgecheckt.

BW: Wie reagieren Sie, wenn Ihnen jemand aus dem Bekanntenkreis von merkwürdigen Beschwerden erzählt, die Sie an Borreliose erinnern?

Lück: Ich schicke ihn zum Arzt zum Blutcheck. Ich konnte bereits einer verzweifelten Bekannten helfen.

BW: Das war ihr Glück, Herr Lück.

■ Kommentar zum Interview mit Ingolf Lück:

Circa 14 Tage Antibiotika, das dünkt ein wenig kurz. Wir wissen nicht, welche Tagesdosis eingenommen wurde. Vielleicht war der Hautarzt auch gut informiert, und gab das Antibiotikum länger. Die Infektionen sind ja schon ein paar Jahre her. Aber die Therapie ist geglückt, wie man lesen kann und basta. Bedenklich halte ich aber den Glauben, man könne mit dem „Blutcheck“ eine Borreliose beweisen oder ausschließen. Das meinen leider die meisten Ärztinnen und Ärzte, die

Laborgläubigen, weil sie nicht wissen oder nicht daran denken, dass sämtliche Antikörper-Tests nicht standardisiert sind, ja dass die Tests untereinander mit völlig unterschiedlichen Antigenen ausgestattet sind. Sie ahnen auch nicht, dass der Elisa-Test so treffsicher ist wie ein Los an der Jahrmarktstube und dass der Blut nicht erst gemacht werden soll, wenn der Elisa „zufällig“ positiv war, sondern beim ersten Symptom, selbst wenn der Elisa negativ war.

Upps. Bedenklich ist auch, dass Ingolf Lück die Wanderröte für ein typisches Zeichen der Borreliose hält. Ja, wenn sie erscheint, ist sie ohne Bluttest beweisend für eine Borreliose. Wir wissen aber auch, dass bei etwa 50 Prozent aller Borreliosepatienten keine Wanderröte auftrat oder nicht bemerkt wurde, weil sie blass oder an uneinsehbarer Stelle saß. Es gibt noch viel zu tun. ■

Barmer GEK Gesundheitsreport 2010

Gesundheitskompetenz beeinflusst Gesundheit

BARMER
GEK die gesund
experten

Wer sich für gesundes Leben interessiert, ist weniger krank und wird schneller gesund. Dieses Fazit und viele weiteren schlaun Schlüsse zieht der Gesundheitsreport 2010 der Barmer GEK, der im Rahmen einer Internetstudie Erkenntnisse und psychosoziale Rahmenbedingungen sammelte. Auf einer Skala von 0 (sehr geringe Gesundheitskompetenz) bis 4 (sehr hohe Gesundheitskompetenz) rangieren Erwerbstätige bei 2,53, Nichterwerbstätige bei 2,61. Obwohl sich die Durchschnittswerte von Frauen und Männern kaum unterscheiden, nimmt die Gesundheitskompetenz von Frauen mit dem Alter kontinuierlich zu, während sie bei Männern jenseits der 34 geringer wird und später im Vergleich zu den Frauen deutlich niedriger ausfällt.

Menschen mit geringer Gesundheitskompetenz weisen eine negative Wohlfühlbilanz auf; sie sind häufiger krank geschrieben, empfinden sich bei Krankheiten hilfloser und

die negativen Befindlichkeiten im Alltag überwiegen die positiven. Die Empfehlungen aus dieser Studie lauten deshalb, dass es der Wohlfühlbilanz dient, wenn man seine eigene Gesundheit selbstverantwortlich in die Hand nimmt und dies schon im Kindergartenalter antrainiert wird. „Menschen sollten stärker dazu ermutigt werden, herauszufinden, wie und warum sie gesund bleiben, warum sie krank werden und welche Möglichkeiten sie haben, Krankheiten durch eigenverantwortliches Handeln besser zu bewältigen.“

Auch die Gesundheitskompetenz eines Unternehmens beeinflusst den Gesundheitszustand seiner Mitarbeiter substantiell. Schlechte Qualität der Arbeit, schlechte Stimmung und demotivierende Umweltzustände fördern Missempfinden und Krankheitsempfänglichkeit. ■

Quellen: VdK 2/11, www.barmer-gek.de/gesundheitsreport

Aufgeschnappt

vom 10. Antiinfektiva*-Kolloquium am 16.02.2011 im Universitätsklinikum Ulm

von Günther Binnewies

Rationelle Antibiotikatherapie häufiger Infektionen in der Praxis

Prof. Dr. Wolfgang Graninger, Wien, Präsident der Paul-Ehrlich-Gesellschaft:

30 Jahre lang sei **Borreliose im Anfangsstadium** falsch dosiert worden, besser wäre gewesen: Doxycyclin 300 mg, drei Wochen. Penicillin sei immer noch ein **sehr gutes Borreliosemittel**.

Graninger zitierte unter anderem Prof. Dr. Franz Daschner, erster Mediziner, der 2000 mit dem Deutschen Umweltpreis der Deutschen Bundesstiftung Umwelt ausgezeichnet wurde. Mit dem Preisgeld gründete Daschner die Stiftung „Viamedica“ (Stiftung für eine gesunde Medizin).

„Sie können bedenkenlos aus jeder deutschen Toilette trinken, aber geben Sie keinem Arzt die Hand.“

Antiinfektiva bei eingeschränkter Nierenfunktion

Prof. Frieder Keller, Leiter der Sektion Nephrologie, Uni Ulm

Nicht **jeder** Patient sei anders sondern auch **jedes** Medikament. Die Dosisanpassung sei eine große Kunst (Dettli- und Kunin-Regel) aus Halbwertszeit und Konzentration. In Intervallen verabreicht ergäbe das Medikament einen höheren Talpegel. Die Schwellenkonzentration sei zu beachten: unterhalb gebe es keinen Effekt. Pharmakokinetik und Pharmakodynamik seien zu beachten.

Antibiotikaresistenz und neue Antiinfektiva in der Pipeline

Prof. Michael Kresken, Wissenschaftlicher Sekretär der PEG Antiinfektives Intelligenz GmbH, Campus Fachhochschule Bonn-Rhein-Sieg

Der Selektionsdruck von Antibiotika erhöhe die Antibiotikaresistenz. Dazu gehörten auch die Antibiotika, die über die Veterinärmedizin in der Nahrung aufgenommen werden. Krankenhäuser verbräuchten circa 10 Prozent (Zuwachs 38 Prozent), Niedergelassene Ärzte circa 90 Prozent (Zuwachs 12 Prozent) der in der Humanmedizin verwendeten Antibiotika. 50 Prozent aller Spitäler würden Antibiotika falsch verwenden. **Je schmaler das Therapie-Spektrum, umso intelligenter müsse der Arzt sein.** ■

* Antiinfektiva = Antibiotika

Die Telefon-Hotline

Wege aus der Hilflosigkeit

Wie ist eigentlich die Telefon-Hotline organisiert? Manchmal werden wir angepflaumt nach dem Motto: Warum kostet die Hotline Gebühren? Seid Ihr ein Call-Center und zieht uns Betroffenen damit auch noch Geld aus der Tasche? Das schmerzt ein wenig, weil nichts davon wahr ist. Es ist ganz anders.

Seit Gründung unserer Patientenorganisation gab es eine Festnetznummer in Hamburg, auf der Ratsuchende anrufen konnten. Damals war die Zahl der Anrufer noch überschaubar, denn die Borreliose war noch reichlich unbekannt. 2005 und 2006 gab es dann feste Beratungszeiten an drei Vormittagen von Montag bis Mittwoch. Das Telefon musste dafür recht aufwändig von der Geschäftsstelle auf den jeweiligen Berater umgestellt werden. Mit dem Ansturm der Ratsuchenden stiegen auch die Kosten für die Telefonweiterleitung. Monatlich 180 Euro waren keine Seltenheit.

Schon bald mussten die Beratungstage ausgeweitet werden. Der Donnerstag kam hinzu. Und damit stiegen die Telefonweiterleitungskosten erneut, aber nicht die Mitgliedsbeiträge (seit 2004 stabil) und auch nicht die Fördermittel. Mit dem Umzug von Hamburg nach Reinheim änderte sich die Telefonnummer. Viele Ratsuchende fanden uns nicht. Deshalb beantragten wir bei der Bundesnetzagentur eine Service-Nummer, die

auch bei einem neuerlichen Umzug, egal in welche Stadt, immer gleich bleiben wird, die **0180 500 69 35**. Anrufern bucht der jeweilige Telefonprovider 14 Cent pro Minute ab. Bei Mobiltelefonen kostet die Minute maximal 42 Cent. Ehrlich gesagt, hofften wir auch, damit die Langzeit-Telefonierer etwas disziplinieren zu können, damit je Beratungszeit möglichst viele Ratsuchende jemanden erreichen. **Wir, die Patientenorganisation, bekommen von diesen Gebühren nichts.** Im Gegenteil: Wir bezahlen einen monatlich festen Betrag, damit wir diesen Dienst nützen können, egal wie viele Gespräche stattfinden.

Die Telefonhotline heute

Inzwischen beraten wir an sieben Zeiteinheiten pro Woche. Siehe auch Seite 51.

Ein Teil der Beraterinnen und Berater ist an einem bestimmten Tag erreichbar.

Den Freitagabend sowie Urlaubs- und Krankentage bestreiten sogenannte Springer.

Den Einsatzplan organisiert Eleonore Bensing aus Bremen. Ein Computerprogramm stellt zu vorgegebenen Zeiten das Beratungstelefon auf die jeweilige Festnetznummer des Beraters um.

Alle Berater sind keine Ärzte sondern mit der Krankheit selbsterfahrene Pati-

enten, in der Regel Leiter von Borreliose-Selbsthilfegruppen. Sie kommunizieren knifflige Fälle untereinander, nehmen auch Bestellungen von Zeitschriften auf und leiten sie an die Geschäftsstelle weiter. Damit sie immer auf dem neusten Stand des Wissens über Borreliose und FSME sind, ist ihre Teilnahme am jährlichen Seminar für alle Borreliose-Selbsthilfberater und -Kontakter jeweils am 2. November-Wochenende Pflicht.

Zudem sind alle per E-Mail vernetzt und erhalten gute und schlechte Neuigkeiten unverzüglich. Alle Berater engagieren sich ehrenamtlich und aus eigener Betroffenheit.

Auch finanzieren sie ihren Telefonschluss, meist eine zweite Leitung, selbst und erhalten neben Gottes Lohn nicht mehr als eine kleine Aufmerksamkeit für ihren zeitlichen Einsatz. Und Weihnachten eine Tafel Schokolade. **Sie tun es gerne, weil alle durch dieses einsame Tal gegangen sind, in dem man niemanden nach Borreliose fragen konnte.** ■

von Ute Fischer



Eleonore Bensing aus Bremen

Sozialpolitik

Dieses äußerst komplizierte Gebiet steckt noch in den Kinderschuhen innerhalb unserer Patientenorganisation. Mutig nahm sich im Frühjahr 2009 Hans-Karl Schönner als Vorstandsmitglied dieses Themas an. Allein der Anblick der Sozialgesetzbücher kündigt von der für Laien kaum überschaubaren Materie. Schönner besuchte dafür Seminare und repräsentierte den Vorstand auf Veranstaltungen. Bald wurde klar, dass dies kein Hobby sein kann, wenn man auch noch als Unternehmer selbständig

ist. Hans-Karl Schönner verzichtete deshalb auf sein Amt, als sich Ursula Radwan aus Wörth für ein Vorstandsamt bewarb.

Gemäß Satzung ist der Vorstand befugt, sich selbst zu ergänzen und auf dieser Basis **Ursula Radwan** in den Vorstand zu berufen. Sie wird es übernehmen, Gutachten und Urteile zu archivieren und einer bewertbaren Ordnung zuzuführen, woraus Erfahrungen für unsere vor Gericht streitenden Mitglieder gezogen werden können. Sie wird die

Sozialgesetzgebung verfolgen und Mitglieder, soweit es ihr Wissen erlaubt, mit Rat zur Seite zu stehen. Dieser Rat ersetzt jedoch keinen Fachanwalt für Sozialrecht, sondern dient der Bereitschaft, gesundem Menschenverstand walten zu lassen. ■



Der/die Vorsitzende

Nachdem hier die unterschiedlichen Aufgaben der Vorstandsmitglieder beschrieben wurden, sollte auch das Amt der Vorsitzenden nicht fehlen, auch damit diejenigen, die es anpeilen, wissen, was auf sie zukommt. Sie oder ihr Stellvertreter vertritt die Patientenorganisation nach § 26 BGB (Bürgerliches Gesetzbuch) und repräsentiert sie nach außen und innen. In Zusammenarbeit mit dem/der Geschäftsführerin (zurzeit in Personalunion) organisiert und leitet sie Sitzungen, Tagungen, Workshops und erstellt den Rechenschaftsbericht. Sie pflegt Kontakte mit übergeordneten und peripheren Vereinen und vermittelt bei

unterschiedlichen Meinungen der Vorstandsmitglieder. Sie ist Ideengeber und Motor sowie Hüter der Gemeinnützigkeit und des guten Rufes des Vereins. Der Stellvertreter ist der „Deckungsflieger“, der auf dem gleichen Wissensstand der Vorsitzenden ist, um stellvertretend tätig zu werden. Beide sowie der Schatzmeister sind im amtlichen Vereinsregister als „vertretungsberechtigte Vorstandsmitglieder“ eingetragen. ■



Der Schatzmeister

Einst hieß er Kassenwart, wie im Turnverein. Abgesehen davon, dass wir überhaupt keine Bar-Kasse haben, sondern alles über die Bank läuft, ist eine seiner wichtigen Aufgaben zu prüfen, dass unser Budget überaus sinnvoll verplant wird und zu jeder Ausgabe Angebote und die Bewilligung von wenigstens zwei Mitgliedern des vertretungsberechtigten Vorstands vorliegen.

Albert Bensing hütet nun schon seit 2006 unseren Schatz. Ohne seine Unterschrift läuft gar nichts. Als ehemaliger Kassenprüfer kennt er unsere Kontenkonten und unsere Einkommensquellen. Er sorgt auch dafür, dass die Buchhaltung alle nötigen Daten bekommt. Er überwacht die Bezahlung von Literaturrechnungen, erinnert säumige Zahler

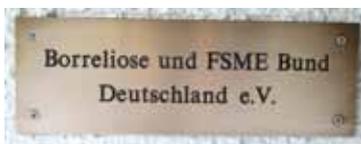
und behält die Finanzlage im Blick. Er dokumentiert mehrfach im Jahr unseren Finanzstatus und stellt den sogenannten Kassenbericht am Ende des Jahres zusammen, der wiederum an Hand der Buchhaltungsunterlagen von einem Wirtschaftsprüferunternehmen geprüft wird. Das Prüfergebnis wird jeweils auf der Mitgliederversammlung von einem neutralen Mitglied verlesen. Es dient dazu, den Mitgliedern zu beweisen, dass der Vorstand mit gutem Gewissen entlastet werden kann. Albert Bensing ist sozusagen das Gute Gewissen unserer Patientenorganisation. ■



Vorstandswahl 2012

Die Mitglieder-Versammlung im kommenden Jahr am 25. März 2012 steht turnusgemäß im Zeichen der Vorstandswahl. Interessenten für ein Vorstandsamt können sich jetzt schon informieren, um

im nächsten Frühjahr ihre Kandidatur anzuzeigen. Fragen beantworten die Geschäftsstelle oder die jeweiligen Amtsträger. ■



2012 – Änderung der Geschäftsstelle

Die Geschäftsstelle wird früher oder später umziehen. Es wird trotzdem keinen Leerlauf geben. Post wird weitergeleitet. Service-Nummer, E-Mail-Adresse und Homepage bleiben und dokumentieren den Wechsel. Alles wird geregelt weiterlaufen. Das versprechen wir Ihnen. ■

Der Vorstand 2011

Geschäftsführende Vorsitzende*

Pressesprecherin

Ute Fischer

Tel. 06162-969443

E-Mail: info@borreliose-bund.de

Stellv. Vorsitzender*

Internetbeauftragter

Dietmar Seifert

Tel. 0731-398 8614

E-Mail: dietmar.seifert@borreliose-bund.de

Schatzmeister*

Albert Bensing

Tel. 0421-330 5853

E-Mail: finanzen@borreliose-bund.de

*vertretungsberechtigter Vorstand

Ursula Radwan

Ressort: Sozialrecht

Tel. 07271-6494

E-Mail: uradwan@web.de

Monika Sickfeld

Ressort: Kinder und SHG

Tel. 0441-3614 5146

E-Mail: m.sickfeld@web.de

Manfred Wolff

Ressort: Gesundheitspolitik

Tel. 09521-94890

E-Mail: gesundheitspolitik@borreliose-bund.de

Hans-Karl Schöner, 2009 gewähltes Vorstandsmitglied, hat sein Amt für Ursula Radwan zur Verfügung gestellt.

Beiräte

Günther Binnewies

Ressort: Patientenrechte

Tel. 07328-922 3127

E-Mail: guebin@t-online.de

Birgit Jürschik-Busbach

Ressort: Marketing

Tel. 02145-004985

E-Mail: Lyrica@t-online.de

Kostenlose Kinder-Aufklärung und die Willkür der Ministerien

Stand Januar 2011: 80.000 Hefte und 10.000 Plakate verschickt an KITAs, Elterninitiativen, Spielkreise, Grundschulen, Kirchengemeinden, Landkreise und besorgte Eltern und Großeltern. Auch Selbsthilfegruppen besuchten KITAs und hielten Vorträge.

Projektbetreuerin Monika Sickfeld packte 1.125 Pakete, Päckchen und Großbriefe. Die Barmer/GEK übernahm mit 12.030 € den größten Teil der

BARMER
GEK die gesund
experten

Druckkosten. Der BFBD steuert knapp 5.000 € für Versand und Handling bei. Die Bilanz auf die Bundesländer bezogen sah indes ernüchternd aus. Nicht die Zahlen der Borreliose-Erkrankungen in den Ländern setzten den Akzent, auch nicht die Bevölkerungsdichte oder gar der Gefährdungsgrad, sondern die Bereitschaft und Aufmerksamkeit der einzelnen Sozial- und Kultusmi-



nisterien, diese Information überhaupt an KITAs weiterzugeben.

Am schnellsten reagierte das Land Brandenburg. Die vier KITAs in Mecklenburg-Vorpommern, die jeweils elf in Sachsen-Anhalt und Schleswig-Holstein, die 14 in Sachsen und die 12 in Rheinland-Pfalz, alles Bundesländer mit hohen Borreliose-Zahlen, sind ein wortloses Armutszeugnis.

Borreliose-Zahlen, sind ein wortloses Armutszeugnis.

Bestellungen nach Bundesländern

Baden-Württemberg	137	Hessen	110	Sachsen	14
Bayern	90	Mecklenburg-Vorpommern	4	Sachsen-Anhalt	11
Berlin	37	Niedersachsen	238	Schleswig-Holstein	11
Brandenburg	76	Nordrhein-Westfalen	213	Thüringen	28
Bremen	10	Rheinland-Pfalz	12		
Hamburg	19	Saarland	20		

Mehr als 400 Kinder malten dazu ein Bild und wurden mit einer Zeckenkarte für Muttis oder Vatis Geldbörse belohnt.

Die Aktion geht auch in 2011 weiter. Die Barmer/GEK hat schon den Druck der nächsten 40.000 Hefte bewilligt. Bestel-

lungen an: E-Mail: Kinder@borreliosebund.de oder an die Geschäftsstelle des BFBD. ■

Dreamteam

Wenn Ute Fischer und Manfred Wolff auf Reisen gehen, dann mit der knallharten Absicht, Politiker über den Skandal zu informieren, wie die Bor-

reliose durch schlecht definierte Meldekriterien in den neuen Bundesländern für ganz Deutschland kleingerechnet und verharmlost wird.



Da wird kein Blatt vor den Mund genommen, da werden Ross und Reiter genannt und Beweise auf den Tisch gelegt. Freilich könnte man das unter gesitteten Leuten brieflich erledigen. Doch die Phase der freundlichen Briefe mündete lediglich in einem dicken Archiv.

Jetzt zählen die Überzeugungskraft des gesprochenen Wortes und die Interaktion an Ort und Stelle. Das beherrschen die beiden inzwischen meisterhaft. Im Saarland und in Rheinland-Pfalz hat es funktioniert. Ob klirrendkalt oder heißschwül, für jedes 60-Minutengespräch geht meist ein ganzer Tag drauf. Sie kommen aus zwei Richtungen und reisen ab einem zentralen Punkt zum Ziel. Natürlich ehrenamtlich und mit BahnCard.

Gott erhalte ihnen ihren Enthusiasmus und ihren Ehepartnern die Toleranz, das „Dreamteam“ immer wieder ziehen zu lassen. ■

Öffentlichkeitsarbeit

Seit 2003 kümmert sich Ute Fischer, die derzeitige Vorsitzende, um die Öffentlichkeitsarbeit.

Die wichtigsten Instrumente dafür sind Pressemitteilungen und Artikel an alle erreichbaren Medien, aber auch Leserbriefe auf Veröffentlichungen, denen entweder korrigierend widersprochen oder beigepligt werden muss. Als berufserfahrene Journalistin und frühere Werbetexterin schreibt sie aber auch alle Rundbriefe, Berichte, Werbemittel und entwickelte beispielsweise 2006 den ersten Borreliose-Flyer auf der ätzend langen Bahnfahrt zur damaligen Selbsthilfegruppe Görlitz und zurück. Sie greift korrigierend ein, wenn Medien für Presse, Funk und Fernsehen recherchie-

ren und einige wenige Sozialministerien erhellende Auskunft für Pressemitteilungen, Flyer, Websites oder Telefon-Ansagen am Servicetelefon benötigen. Als ehemalige Funkreporterin marschiert sie ohne Lampenfieber zu Rundfunk- und Fernsehsendern, gibt Telefoninterviews, erhebt ihre Stimme auf Borreliose-Veranstaltungen und organisiert Pressekonferenzen. Alles keine Kunst. Routine. Nachfolger dürfen sich

schon mal anstellen. Doch Vorsicht. Man erntet damit nicht automatisch große Beliebtheit bei den Medien, sondern muss auch den Ruf der Nervensäge und Beißzange ertragen können. ■



ARD Wetterschau: Mit Moderator Kai Zorn am frühen Morgen auf dem Dach des Frankfurter Maintowers.

Aktivenrat 2010

Internet · Marketing · Gesundheitspolitik

Am Himmel über Bad Soden-Salmünster schrieben am 13. November Düsenjets skurrile Zeichen in das Blau, ein Wetter, an dem man gemütlich durch den bunten Herbstwald schlendern möchte. Doch die 14 Teilnehmer des Aktivenrats waren gekommen, um über die Professionalisierung unserer Patientenorganisation laut nachzudenken, Ziele zu formulieren und einen strategischen Weg aufzuzeichnen. Drei Workshop-Themen waren vorgegeben: **Internet, Marketing und Gesundheitspolitik**. Die einzelnen Schritte dieser Workshops und ihre Resultate sind für Selbsthilfegruppen und an Mitarbeit Interessierte dokumentiert, auch als Ansporn, 2011 dabei zu sein und mitzumischen. Der Termin steht schon fest: **12./13. November 2011**.

■ Beraterseminar 2010

„Ich habe Borreliose, aber ich bin nicht die Borreliose“

Auch das 4. Berater-Selbstsorgeseminar, mit 4.500 Euro von der DAK bezuschusst, zeigte die Notwendigkeit, dass man Borreliose-Berater nicht einfach „drauflos“ beraten lassen kann. Es ist vielfältiges inhaltliches und mentales Wissen und Empfinden notwendig, um

den Ratsuchenden in der scheinbaren Aussichtslosigkeit neue Wege aufzuzeigen, die Verzagten mit Zuversicht und Hoffnung zu stärken, ohne dabei selbst an Kraft zu verlieren. 19 Teilnehmer vertrauten sich den Referenten an. Die Heilpraktikerin **Britta Lemke** vermittelte Imaginationenübungen, um Selbstheilungskräfte bei sich selbst anzukurbeln und daraus zu lernen, anderen Mut machen zu können. Der Stimmbildner **Hajo B. Belton** trainierte Atem- und Sprechtechnik für Ausdauer und Sympathie in der Sprache.

Nicht zu kurz kam der gegenseitige Erfahrungsaustausch. Das nächste Berater-Seminar steht unter dem



Sprechtraining mit Korken

Anspruch der Borreliose-spezifischen Wissensvermittlung. Am **13. und 14. November 2011** wird unter anderem ein Arzt des Borreliose-Qualitätszirkels Ahlheim-Heinebach typische, immer wiederkehrende und neue Fragen von Ratsuchenden beantworten. Treffpunkt: Bad Soden-Salmünster und nur nach Anmeldung. Wir laden dazu, wie auch 2010, ebenfalls Berater von Borreliose-Selbsthilfegruppen ein, die nicht unbedingt dem BFBF angeschlossen sind. Es ist jedoch fraglich, ob auch weiterhin sämtliche Reisekosten übernommen werden können. ■



Internet

Das Internet mit seinen Millionen Nutzern hat sich inzwischen zum größten und wichtigsten Informations- und Kommunikationsmedium entwickelt, an dem keine Selbsthilfe mehr vorbeikommt. Wie unter anderem bei einer Arbeitsveranstaltung der **BAG SELBSTHILFE** im Juli 2010 in Bonn, unter dem Titel „Gesundheitsselbsthilfe 2.0, Interessen, Themen, Konzepte, Umsetzung“ deutlich wurde, befindet sich die Selbsthilfe derzeit in einem enormen Wandel. Bei dieser Veranstaltung, an dem neben vielen bundesweite Selbsthilfeorganisationen auch der Internetbeauftragter des BFBD, Dietmar Seifert, teilnahm, wurden die Chancen der Internetauftritte erörtert. Das passive

Internet, das die Nutzer bisher nur mit Textinformationen versorgt hat, wandelt und bereichert sich mit neuen, multimedialen Elementen wie Bild, Ton, Video, Foren, Chats, Blogs, Facebook, Studi-VZ usw. zum sogenannten Web 2.0.

Im weitgehend anonymen Internet können durch interaktives Mitwirken aller Nutzer in Foren und Blogs schnell Einsamkeit und Hemmungen abgebaut werden, die im realen Leben und selbst in Gruppen noch eine große Rolle spielen. In anschließenden Arbeitsgruppen fand ein reger Austausch über die Chan-

cen, Risiken und Möglichkeiten aller Internetaktivitäten statt.

Es wurde deutlich, dass der BFBD durch seine Ende 2009 neu installierte Software bereits weitgehend alle wichtigen Elemente auf seinen Webseiten enthält, während andere Selbsthilfeorganisationen sich erst mit diesbezüglichen Überlegungen beschäftigen. Auch die erörterten internetrechtlichen Fallstricke und Risiken bezüglich falscher, gefährlicher Inhalte, Beleidigungen, Pharmawerbung durch nicht moderierte und regelmäßig überwachte Beiträge konnten beseitigt werden und wurden von anderen Gruppen als Anregung angenommen.

Das markante Schlagwort dabei war: „Ohne einen Internetauftritt existiert eine Selbsthilfe heutzutage gar nicht mehr!“.

Nicht umsonst bezeichnen viele das Borrelioseforum, mit bisher über 15.000 registrierten Mitgliedern als die größte Borreliose-Selbsthilfegruppe.

Doch es wurde auch deutlich, dass wir noch lange nicht alle Chancen und Möglichkeiten des Internets nutzen und viele Verbesserungen denkbar sind. Aus diesem Grunde hat sich im November bei der Tagung des Aktivenrats eine „Arbeitsgruppe Internet“ gezielt mit Möglichkeiten zur Optimierung unserer Internetpräsenz beschäftigt, bei der sehr gute Vorschläge zur Verbesserung der Informationen, Inhalte sowie Mitglie-



Internetbeauftragter Dietmar Seifert

derwerbung erarbeitet wurden. Speziell wurde uns bewusst, dass wir bisher die enormen Chancen externer, sogenannter Social Networks wie Facebook, Youtube und ähnliche noch nicht nutzen. In Youtube versuchen wir derzeit einige Videos des BFBD zur Borreliose einzustellen. (s. unten) Bei Facebook oder ähnlichen Medien fehlt es uns leider noch völlig an geeigneten Experten, die sich ausreichend damit auskennen und den BFBD sowie die Borreliose repräsentieren können. Wir wären deshalb für jede Unterstützung bei unseren Internetaktivitäten sehr dankbar, sei es in Form von Verbesserungsvorschlägen zu unseren eigenen Web-Seiten, als auch für externe Internet-Seiten wie Youtube, Facebook usw. Für inhaltliche Vorschläge bedarf es übrigens keinerlei Internet- oder Programmierkenntnisse. Wer Interesse an einer begrenzten Mitarbeit hat, sei sie noch so klein, kann sich gerne an unseren Internetbeauftragten Dietmar Seifert wenden. E-Mail:

dietmar.seifert@borreliose-bund.de

Youtube-Filme knacken die 2000er-Marke



In nur zwei Monaten wurden unsere Filme im Internetkanal 630 mehr als 2100 Mal abgerufen. Der Star ist der Film „Borreliose, ein gerissener

Erreger“ mit 1049 Abrufen. Jörg Rehmann, unserer Filmautor, sitzt schon an neuen Filmprojekten.

www.youtube.com/user/BorrelioseFSME



Aus der Borreliose-Beratung Anruf einer alten Dame

von Klaus Gesell

Im neuen Jahr: 9 Uhr 30 bis 9 Uhr 50. „Nanu, was ist heute los? Ist denn niemand krank? Hat keiner Fragen?“ Ich sitze an meinem Schreibtisch mit Blick auf den verschneiten Garten, in dem es heute nicht so richtig hell werden will. Es liegt noch viel Schnee und die Büsche neigen sich unter ihrer weißen Last. Unsere Hausamsel ist auch schon da und verteidigt ihr vermeintliches Territorium gegen all das andere fliegende Getier, das sich auch ein paar Körner einverleiben möchte. Ich muss lächeln. Eigentlich werde ich schon wieder müde, meine Gedanken wandern und machen sich ungeschützt selbständig.

Das Telefon läutet, ich schrecke hoch: „Grüß Gott, Borreliose Beratung ...!“ Die Stimme einer älteren Dame meldet sich etwas ängstlich. Ich kann ihren Namen und was sie mir alles auf einmal sagen will nicht so richtig verstehen, aber eines bekomme ich mit, es geht um Borreliose. Ich lasse reden ... und irgendwann stelle ich fest, dass der behandelnde Arzt, eine wahrscheinliche Spät-Borreliose erkannt und auch behandelt hatte. Was mich aber beängstigt, sind ihre verschiedenen negativen Äußerungen und die untergründig fatalistische Grundstimmung, die in ihren Worten mitschwingt. Hier klingeln bei mir die Alarmglocken.

Langsam kann auch ich ein paar Fragen stellen und so weit es geht ihre auch beantworten. Später biete ich mich als weiteren Gesprächspartner für ihre Nöte an. So geht das beinahe täglich. Die Gespräche tun ihr gut, sagte sie und sie werden auch bald in diesem beinahe intim-vertrauten Ton geführt, der sich einstellt, wenn die Chemie zwischen Menschen stimmt.

Urlaubszeit, (auch für Berater) die schönste Zeit, steht an. Meine Frau und ich hatten das Hotel schon vorgebucht und treten nun die Reise an. Auch meiner Gesprächspartnerin habe ich einen Urlaub bei einem kurzen Gespräch angekündigt. Sie scheint es gut zu verarbeiten und wünscht schöne Tage.

Nach unserer Rückkehr – der Urlaub war wie immer zu kurz – beginnt der Alltag wieder seinen Lauf zu nehmen. Die Anruferliste liefert die Nummer meiner alten Dame, der Apparat summt und meldet meinen Anruf. Funkstille. Kurz bevor ich auflege, höre ich eine Männerstimme. „Hier bei ... Borreliose Beratung, mein Name ist ... darf ich bitte Frau ... sprechen?“ Die Männerstimme nimmt nach kurzem Zögern das Gespräch mit leicht gebrochener Stimme auf: „Ich kenne Sie. Meine Mutter hat manchmal von ihnen gesprochen. ... Sie hat sich gestern das Leben genommen!“ ■

Wir kämpfen auch für Sie

Mehr als zwölf Jahre zeichnen einen kontinuierlichen Verlauf der Reputation des Borreliose und FSME Bundes Deutschland e.V. Anfangs als kleiner Verein belächelt, hat sich unsere Patientenorganisation zu einer Kraft entwickelt, die nicht mehr übersehen werden kann. Knapp 1300 Einzelmitglieder und an die 100 Borreliose-Selbsthilfegruppen sind zwar keine Minderheit, aber dennoch wenig, vor allem im Bewusstsein, dass sich jährlich rund eine Million Menschen mit Borrelien infizieren und – wenn wir der Heilungsquote von 90 Prozent Glauben schenken wollen – jährlich 10.000 als chronische Fälle mehr auf der Verliererseite landen.

Wir kämpfen für generelle Meldepflicht nach objektiven Kriterien, für Borreliose-Ambulanzen für Gesetzlich Versicherte, für die Kontrolle der Ärztlichen Selbstverwaltung, für verlässliche evidenzbasierte Leitlinien, für kompetente Anwälte, uneigennützig Gutachter und aufmerksame Richter.

- **Stärken Sie uns den Rücken. Machen Sie uns stark.**
- **Wir brauchen viel, viel mehr Mitglieder und das schnell.**
- **Denn die Eisen sind heiß und müssen jetzt geschmiedet werden.**

Es ist für Mitglieder keine Pflicht, selbst an Borreliose erkrankt zu sein. Wir haben die preisermäßigte Partner-Mitgliedschaft eingeführt (siehe letzte Seite). Und wir ermäßigen den Beitrag um 50 Prozent für HartzIV-Empfänger und Rentner mit geringer Rente, auch nachträglich.

■ Mitglieder haben entscheidende Vorteile

Sie müssen sich zur Beratung nicht in die Warteschleife unserer Hotline einreihen, sondern werden zurückgerufen. Mitglieder erhalten BORRELIOSE WISSEN im April und Oktober als erste kostenlos zugeschickt. Mitglieder erwerben das Recht, eine kostenlose Risikobewertung bei sozialrechtlichen Ansprüchen beim VdK einzuholen und erhalten Hilfe bei der Suche nach Ärzten, Gutachtern und Anwälten.

Bitte werden Sie Mitglied.

Schöpfen Sie aus dem Wissen, das wir in über zwölf Jahren zusammen getragen haben. Wer als Patient mehr weiß, hilft dem Arzt bei Diagnose und Therapie.

Ihr Borreliose und FSME Bund Deutschland e.V.

**BORRELIOSE
UND
FSME BUND
DEUTSCHLAND** 
PATIENTENORGANISATION BUNDESVERBAND

Niederlande

65.000 Unterschriften sammelten niederländische Borreliose-Patienten, um auf die Tagesordnung der „Tweede Kamer“ zu geraten. Die Zweite Kammer ist die wichtigere von beiden, weil hier Gesetze beraten und verabschiedet werden. Unsere niederländischen Freunde

streiten für neue Richtlinien zur Diagnostik und Behandlung der Lyme-Borreliose, die dort vom Staatlichen Gesundheitsamt festgelegt werden. Wir drücken Ihnen fest die Daumen, dass sie so ein Stück weiter kommen. 2009 gingen 93.000 Niederländer wegen eines



Wen schnappen wir uns Freek? Ich finde alle gut. Ich diskriminiere nicht.

© Nederlandse Vereniging voor Lyme-patiënten

Impressum

Borreliose Wissen aktuell Nr. 23

April 2011

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

Redaktion: Ute Fischer (v.i.S.d.P.), Postfach 4150, 64351 Reinheim, Telefon: 06162-969443, Fax 06162-1666, E-Mail: info@borreliose-bund.de, www.borreliose-bund.de

Redaktionsbeirat: Albert Bensing, Eleonore Bensing, Brigitte Binnewies, Günther Binnewies, Birgit Jürschik-Busbach, Ursula Radwan, Dietmar Seifert, Bernhard Siegmund, Corry Welker, Manfred Wolff. Zum Thema Multiple Sklerose: Dr.med. Harald Bennefeld, Dr.med. Armin Schwarzbach.

Grafik Design: WerbeWerkstatt, Silke Kretschmar, Kaiserslautern

Druck: Dreier, Reinheim

Die Inhalte dieser Zeitschrift sind nach bestem Wissen bei Ärzten, Wissenschaftlern, Gesundheits-

experten und -politikern sowie Selbsthilfegruppen journalistisch recherchiert, ersetzen 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 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 BLZ 200 505 50 Konto-Nr. 1275 123345. IBAN DE53 2005 0550 1275 123345,

BIC: HASPDEHHXXX, Vereins-Register Darmstadt VR 82436, Steuer-Nr. 08 250 54337 – K01

Zeckenstichs zum Hausarzt. Wie in Deutschland können sie dort noch nicht die Hilfe erwarten, die nötig ist, um die Krankheit ursächlich zu behandeln. ■

Aufschrei in der Schweiz

Das Bundeamt für Gesundheit (BAG) räumt ein, dass es die Zecken bisher „massiv unterschätzt“ habe. Wenigstens 12.000 Menschen seien in 2010 nach einem Zeckenstich an Borreliose erkrankt, drei bis vier Mal mehr, als bisher geschätzt. Hinzu kamen rund 250 FSME-Fälle.

Quelle: Zürcher Unterländer, 5. März 2011.

Österreich

Die dortige Selbsthilfegruppe Zeckenopfer, immerhin seit über 20 Jahren aktiv, unterlässt nichts, um die Borreliose in der Alpenrepublik zu verharmlosen. Danach seien die klassischen Symptome heilbar, wiederholte antibiotische Therapien nicht erforderlich und es sei noch kein einziger Todesfall durch Borreliose berichtet wurden. Taktgeber Prof. Dr. Gerold Stanek schreibt in der Zeitschrift „Der Stich“ 1/2010 von „übereifrigen Patientenorganisationen“ und „selbsternannten Experten“ im „benachbarten deutschsprachigen Raum“ und schürt Ängste vor Antibiotikaresistenzen und Nebenwirkungen. Nach einer Tabelle gibt es in Österreich außer dem Erythema migrans keine anderen Krankheitszeichen einer Borreliose. Hollari-dullio! Österreichische Patienten am

BFBD-Beratungstelefon erzählen da ganz Anderes. ■



Prof. Dr. Gerold Stanek

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 horrende 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

01805 - 006935

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

**BORRELIOSE
UND FSME BUND
DEUTSCHLAND**

PATIENTENORGANISATION BUNDESVERBAND



<p>Montag 10.00 bis 12.30 Uhr</p>  <p>Brigitte Binnewies Leiterin der Borreliose Patienten-Initiative Heidenheim e.V.</p>	<p>Donnerstag 10.00 bis 12.30 Uhr</p>  <p>Günther Binnewies Vorstandsmitglied/Buchautor</p>	<p>Montagabend 18.00 bis 20.00 Uhr Samstag 16.00 bis 18.00 Uhr</p>  <p>Simone Bauer Leiterin SHG Tübingen</p>
<p>Dienstag 10.00 bis 12.30 Uhr</p>  <p>Margit Kullmann Leiterin SHG Darmstadt-Dieburg</p>	<p>Mittwoch 10.00 bis 12.30 Uhr</p>  <p>Eleonore Bensing Leiterin SHG Bremen</p>	<p>An wechselnden Tagen</p>  <p>Corry Welker Leiterin SHG Kaarst</p>
<p>An wechselnden Tagen</p>  <p>Klaus Gesell Borreliose-Beratung Augsburg</p>	<p>An wechselnden Tagen</p>  <p>Jochen Werner Borreliose Patienten-Initiative Heidenheim e.V.</p>	<p>An wechselnden Tagen</p>  <p>Martina Wolff SHG Hassfurt</p>

***Bitte beachten Sie:** Beratungszeiten können sich ändern. Manchmal tauschen die Berater untereinander. An gesetzlichen Feiertagen ruht die Beratung.

Was ist, was tut, was will der Borreliose und FSME Bund Deutschland e.V.

Die heutige Patientenorganisation ging hervor aus dem 1994 in Hamburg gegründeten Lyme-Borreliose Bund und wurde 1999 ins Vereinsregister eingetragen. Ihm angeschlossen ist der größte Teil der Borreliose-Selbsthilfegruppen, -vereine und -berater sowie über 1400 Einzelmitglieder und Förderer.

Aufgaben, Ziele, Vorhaben

- Prävention
- Interessenvertretung
- Beratung
- Verbreitung von Infomaterial
- Entwicklung, Förderung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen
- Hilfe bei Ansprüchen an Leistungsträger
- Gesundheitspolitik
- Öffentlichkeitsarbeit
- Medien- und Forschungsrecherche
- Interaktion mit Ärzteschaft, Wissenschaft, Leistungserbringern, Politikern
- Stärkung der Rechte der Patienten

Der Borreliose und FSME Bund Deutschland e.V. ist als gemeinnützig anerkannt. Er ist Mitglied im Spitzenverband der freien Wohlfahrtspflege DER PARITÄTISCHE sowie in der DEUTSCHEN ARBEITSGEMEINSCHAFT DER SELBSTHILFEGRUPPEN, in der BAG SELBSTHILFE und verpflichtet sich deren Grundsätzen für gemeinnützige Arbeit.

Alle großen Krankenkassen anerkennen und fördern seine Arbeit. Wir danken der GKV-Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe (Verband der Ersatzkassen, AOK-Bundesverband, BKK-Bundesverband, IKK, Knappschaft, Spitzenverband der landwirtschaftlichen Sozialversicherung), der Selbsthilfe-Fördergemeinschaft der Ersatzkassen (Techniker Krankenkasse, Hanseatische Krankenkasse, Hamburg Münchner Ersatzkasse), DAK, KKH-Allianz, BAXTER für Druckzuschüsse und ganz besonders privaten Förderern, die nicht selten selbst mit kleinen Beträgen und freiwilligen Aufzahlungen ihrer Rechnungen ihren Beitrag leisten.

**Borreliose und
FSME Selbsthilfe**

Beratung · Kontakter · Selbsthilfegruppen

Selbsthilfegruppen (SHG), -vereine (SHV) und Berater (Kontakter) sind ehrenamtliche Initiativen von Mitgliedern des Borreliose und FSME Bundes und assoziierten Beratern. **Sie bringen ihr Wissen und ihre Erfahrung in bester Absicht und nach bestem Wissen ein, ersetzen aber keinen**

Arztbesuch und sind als selbstbetroffene Borreliosepatienten und Privatpersonen nicht rund um die Uhr erreichbar. Weitere, hier nicht zur Veröffentlichung freigegebene und neu hinzugekommene Beratungsstellen auf Anfrage. Und bitte denken Sie daran: Selbsthilfe braucht selbst Hilfe!

Beratung durch den

**BORRELIOSE und FSME BUND
DEUTSCHLAND e.V. (BFBD)**

Patientenorganisation Bundesverband



Postleitzahl-Gebiet **3**

BAD MÜNDER / HAMMELN

Tel.: 0177 7454896 oder
05042 81377
Borreliose SHG Bad Münde/Hamel, Michael Eisenberg

DILLENBURG

Tel.: 02771 6186
BSHG Mittelhessen
Irmtraud Hartmann

HALLE / WESTFALEN

Borreliose SHG Halle/Westf.
Kontakt über Borreliose und FSME Bund Deutschland e.V.

OST-WESTFALEN-LIPPE

Tel. 05202 5921
Fax 05202 993487
Borreliose SHG OWL
Gisela Becker

SCHÖFFENGRUND

Tel.: 06085 9879877
Fax: 06085 989933
Borreliose SHG Mittelhessen
Tanja Ressel
E-Mail: shgmittelhessen@aol.com

WOLFENBÜTTEL

Tel.: 0179 3651797
Borreliose SHG Wolfenbüttel
Kontakttelefon

Postleitzahl-Gebiet **4**

BOCHOLT

Info-Tel. 02850 416612
Keine Telefon-Beratung

ESSEN

Tel.: 0203 722535 (Mo. - Mi.)
Borreliose SHG
Frauke Würschem
Tel.: 0201 492738 (Do. - Sa.)
Nora Morawitz

KAARST

Tel.: 02131 514602
Borreliose Beratung
Corry Welker

OSNABRÜCK

Tel.: 0541 5010
SHG Borreliose-Osnabrück
Heidi Röber
Brigitte Lampen-Guski
E-Mail: borreliose-shg-os@t-online.de
www.borreliose-shg-os.de

WUPPERTAL

Tel. 0152 05499228
Borreliose SHG Wuppertal
Willi Gröser

Postleitzahl-Gebiet **5**

AACHEN

Tel.: 0241 82229
SHG Städteregion Aachen
I. Richter
E-Mail: ilse-a-richter@t-online.de

BONN / RHEIN-SIEG

Tel.: 02205 9010678
Fax: 02205 9010688
Borreliose SHG Bonn/Rhein-Sieg
Dr.rer.pol. Margot Eul
Beste Erreichbarkeit 16.00 - 20.00 Uhr.
E-Mail: margot.eul@free-net.de

DÜREN

Tel.: 02421 941420
Cornelia Kenke

GUMMERSBACH

Tel.: 02261 24594
Borreliose Gruppe Oberberg
Irene Kempkes

TRIER

Tel.: 0651 5610517
Borreliose SHG Trier
Dieter Kronz

Postleitzahl-Gebiet **6**

DARMSTADT

Borreliose SHG
Gaetano Lopriore
E-Mail: gaetano@lopriore.de

DARMSTADT-DIEBURG

Tel.: 06071 48178
Borreliose SHG
Margit Kullmann
E-Mail: MargitKullmann@t-online.de

FRANKFURT / MAIN

Tel.: 069 75912162
Borreliose SHG Frankfurt
Stephan Puls
E-Mail: borreliose-shg@gmx.de

GELNHAUSEN

Tel.: 06051 474844 (bitte auf AB sprechen)
Borreliose Beratung
Eva Deuse-Wodicka

RHEIN/NECKAR

Beratungsschwerpunkt:
Borreliose bei Kindern.
Paul Szasz
Tel.: 06202 271558
E-Mail: Szasz@arcor.de

RODENBACH

Tel.: 06184-932817
Borreliose-Beratung
Heidi Poenicke

WORMS

Borreliose-Treffen Worms
Tel.: 06246 907666
0160-5428832
Monika Schmit
Tel.: 06241 53340
Rita Breßler
E-Mail: moni_hamm@yahoo.de
E-Mail: Rita.Bressler@gmx.de

Postleitzahl-Gebiet **7**

ALTHÜTTE

Kontakt: Annemarie Christoph
Tel.: 07183 41201
E-Mail: annemarie.c(at)web.de

FREIBURG

Borreliose SHG Freiburg
Herr Helfert
Tel. 07666 949141

HEILBRONN

Borreliose Selbsthilfe Heilbronn
Tel. 0157-86531193
E-Mail: borreliose-heilbronn@web.de
www.borreliose-heilbronn.homepagenow.de

KARLSRUHE

Tel. 0162 895 1327
Borreliose-Forum
Karl Crocoll

KONSTANZ/Hegau

Tel.: 07531 366914 + Fax
Borreliose Beratung
Hannelore Oswald
E-Mail: hannelore-oswald@web.de

ORTENAU

Tel.: 07852 999870
Borreliose SHG Ortenau
Gisela Nothdurft
Freitag 18.00 - 20.00 Uhr
Samstag 9.00 - 12.00 Uhr
E-Mail: borrelioseshg-ortenau@t-online.de
Kontakt: Marliese Freischlad
Tel.: 07821 30844
E-Mail: freischlad-em@online.de

RADOLFZELL

Tel.: 07731 926003
Fax 07731 926004
Wolfgang Fendrich
E-Mail: famfendrich@web.de

REUTLINGEN

Kontaktstelle
Tel.: 07121 897989
Samstag von 17.00 bis 18.00 Uhr

ROTTWEIL-SCHWARZWALD-BAAR

Selbsthilfegruppe für Zeckenranke
Tel.: 07403 91054
Christine Muscheler-Frohne
Tel.: 07402 9109533
Alexander E.
E-Mail: www.shg-zecken-rw.de

Postleitzahl-Gebiet **1**

BERLIN

Tel.: 030 55 10 12 35
Beratung Berlin-Ost
Kristina Weschke
Mo. und Do. 18.00 bis 20.00 Uhr
E-Mail: zeckeninfo@gmx.de

BRANDENBURG

Tel.: 03381 2099 336
Simone Lehnhardt
über BIKS (Brandenburger Informations- und Kontaktstelle für Selbsthilfe)
Keine telefonische Beratung.
E-Mail: Borreliose-SHG-Brandenburg@web.de
Web: www.borreliose-shg-brandenburg.de

STRALSUND

Tel.: 03831 292645
SHG Borreliose Stralsund
c/o KISS-Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen
E-Mail: kiss-stralsund@t-online.de

Postleitzahl-Gebiet **2**

AUKRUG

Tel.: 04873 843
Borreliose Beratung
Dr. Claus Laessing,
Tel.: Beratung werktags
12.00 bis 13.00 Uhr

BREMEN

Tel.: 0421 385658
Borreliose SHG
Eleonore Bensing
E-Mail: e-a.bensing@t-online.de

HAMBURG

Borreliose SHG Hamburg
Kontakt über Borreliose und FSME Bund Deutschland e.V.

HARBURG

Harburg Stadt und Land
Borreliose SHG
Tel.: 04165 80168
Kontaktstelle
Susanne Dierks

OLDENBURG

Tel.: 0441 36145146
E-Mail: m.sickfeld@gmx.de
Web: www.borreliose-ol.de.vu

OSTFRIESLAND

Kontakt über Borreliose und FSME Bund

ROTENBURG

Tel.: 04269 1377
Fax: 04269 9320028
Borreliose SHG
Heidemarie Geiger

MELLINGHAUSEN

Borreliose SHG Sulingerland
Tel.: 04272 963315
Anita Hohendorf-Kolbe
Tel.: 04272 1387
Irmgard Bade
E-Mail: anita@allerleikraut.de

SCHLESWIG

Borreliose-SHG Schleswig/KIBIS
Tel.: 04335 921048
Kathrin Grimm
Tel. 04354 471
Helga Bach

Wo sich Menschen über ihre Krankheit austauschen,
entsteht eine Selbsthilfegruppe.
Wir helfen Ihnen dabei.

TÜBINGEN

Tel.: 07071 946889
Borreliose SHG Tübingen
Daniel Strayle und Simone Bauer
E-Mail: borrelioseSHG_tuebingen@web.de
Web: www.borreliose-tuebingen.de

WINNENDEN

Tel.: 07195 8716
Borreliose Beratung
Ingeborg Schmierer
E-Mail: Borreliose-Rems-Murr@ingeborgschmierer.de
www.ingeborgschmierer.de

Postleitzahl-Gebiet 8**AUGSBURG**

Tel.: 0821 9075665
Borreliose Beratung
Klaus Gesell

BAD SAULGAU

Tel. 07581 900414
Borreliose SHG Bad Saulgau
Hermann Hohnheiser
E-Mail: borreliose-badsaulgau@t-online.de

FÜSSEN

Borreliose-Beratung
Tel.: 08862 774538
Annette Göbel

HALLERTAU

Tel.: 08442 917950
Hallertauer Borreliose-SHG
Christine Brüstl
E-Mail: hallertauer-borreliose-selbsthilfegruppe@gmx.de
Web: www.hallertauer-borreliose-selbsthilfegruppe.de

HEIDENHEIM

Tel.: 07328 919000
Fax: 07328 4956
Borreliose Patienten-Initiative e.V.
Günther Binnewies

KEMPTEN

in Gründung

LINDAU

Tel.: 08382 23490
Dr. phil. Marion Rothärmel

MÜNCHEN

Tel.: 089 51519957
Borrelioseinformativ- und Selbsthilfeverein München e.V.
Web: www.borreliose-muenchen.de

ULM

Tel.: 0731 3988614
Borreliose SHG Ulm / Neu-Ulm
Dietmar Seifert
E-Mail: borreliose-ulm@t-online.de
Web: http://www.borreliose-ulm.de.vu

Postleitzahl-Gebiet 9**ANSBACH**

Tel.: 0911 338213
BSHG Franken
Rosemarie Lange

COBURG

Tel.: 09561 25225
Fax: 09561 232792
Borreliose SHV Coburg
Stadt und Land
Sigrid Frosch

EBERN

Tel.: 09533 8746
Borreliose SHG Ebern
Horst Häfner
E-Mail: haefh@aol.com

GEROLZHOFEN

Tel.: 09382-7374
Borreliose SHG Gerolzhofen
Marianne Kraus

HASSFURT

Tel.: 09521-94890
Borreliose SHG Hassfurt
Manfred Wolff
E-Mail: info@m-m-orchid.com

KITZINGEN

Tel.: 09325-979498
Fax: 09325-979805
Zecken-SHG Kitzingen
Erwin Stürmer
E-Mail: zsgkt@t-online.de

NÜRNBERG

Tel.: 0911 8002554
BSHG Franken
Michaela Deininger

REGENSBURG

Tel.: 0172-8454080
Beratung
E-Mail: manfred.wenzl@gmx.de

SCHWEINFURT

Tel.: 09721 33433
Borreliose-Selbsthilfe Schweinfurt
Elke Voelkner
E-Mail: bsg-sw@gmx.de
Web: www.bsg-sw.blogspot.com

WEIDEN

Tel.: 09605 3044
Borreliose SHG
Maria Kellermann

Postleitzahl-Gebiet 0**AUE-SCHWARZENBERG**

Tel.: 03774 823678
Borreliose SHG Aue-Schwarzenberg
Gudrun Solbrig
E-Mail: g.solbrig@web.de

CHEMNITZ

Tel.: 0371 5212454
Margit Benedikt
Tel.: 0371 7250414
Christa Müller
Borreliose SHG

DRESDEN

Tel.: 0351 2061985
Kontaktstelle für Selbsthilfegruppen.
Es erfolgt Weitervermittlung zur Borreliose SHG Dresden
E-Mail: helithi@aol.com

LEIPZIG

Tel.: 0341 3382155
Borreliose SHG
Gert Schlegel
E-Mail: borreliose-leipzig@gmx.de

SÄCHSISCHE SCHWEIZ - OSTERZGEBIRGE

Tel.: 035056 32343
Borreliose SHG
Astrid Zimmermann
E-Mail: asti-z@web.de

VOGTLAND + BURGSTÄDT

im Netzwerk Borreliose und FSME und andere
Jürgen Haubold:
Tel.: 03724 855355
Günther Hartmann:
Tel.: 037467 20274
E-Mail: borreliose-coinfektion@gmx.de

VOGTLAND

Tel.: 037467 20274
Borreliose SHG Vogtland/Klingenthal
Edelgard Hartmann

ZITTAU

Tel.: 03583 704108
VdK-Selbsthilfegruppe
Borreliose
Gudrun Strehle

Weitere, nicht zum Beratungsnetzwerk des Borreliose und FSME Bundesgehörende Beratungs- und Kontaktstellen:

BAD AROLSEN
Tel.: 05691 21 64
SHG Bad Arolsen
Irene Voget-Schmiz

HOCHSAUERLAND
Tel.: 02971 86050
SHG Hochsauerland
Monika Schulte

SCHÖNEBECK
Tel. 03928 843790
Frank-Michael Galuhn
E-Mail: frami-galuhn@t-online.de

BERLIN
Tel.: 030 7065715 + Fax
Borreliose SH. e.V. Berlin-Brandenburg
Hanna Priedemuth
E-Mail: post@borreliose-berlin.de
Web: www.borreliose-berlin.de

JENA
Borreliose SHG Jena
Tel.: 03641 393193
Sabine Klaus
Tel.: 03641 371308
Helene M. Gärtner

WARBURG
Tel.: 05641 1012
SHG Warburg
Edeltraud Andree

ERFURT
Tel.: 0361 21674793
Borreliose SHG Erfurt
Michelle Otto
E-Mail: michelle@borreliose-erfurt.de

KORBACH
Tel.: 05691 2164
SHG Korbach
Irene Voget-Schmiz

WOLFSBURG
Tel.: 05361 775535
Renate Kiesel-Arndt
E-Mail: kiesel-arndt@gmx.de
Tel.: 05371 15660
Martin Rosenkranz
E-mail: mam.rosenkranz@gmx.de

FULDA
Tel.: 06625 5364
SHG Fulda Stadt und Land
Manfred Diehl

ORANIENBURG
Tel.: 0163 1720025 (keine tel. Beratung)
Borreliose SHG Oberhavel
Manuela Fleischer
E-Mail: post@borreliose-oberhavel.de
Web: www.borreliose-oberhavel.de

Weitere SHG in:
Bad Wildbad, Königslutter, Kassel, Eschwege, Jagsttal, Ravensburg, Bautzen, Zwickau, Seesen, Haldesleben

GÖTTINGEN
Tel.: 0551 62419
SHG Göttingen
Marlies Pfütze

PADERBORN
Tel.: 05292 931080
SHG Paderborn
Gabriele Hargersheimer

Kooperierende Beratungsstellen im Ausland:**DÄNEMARK**

Patientforeningen DanInfekt
Tel. 0045(0)1331410
E-Mail: kontakt@daninfekt.dk
Web: www.daninfekt.dk
www.borreliose.dk

**FINNLAND**

Suomen Lyme Borreliosisi
Web: borreliosisi.net

**FRANKREICH**

FranceLyme
E-Mail: francelyme@gmail.com
Web: www.francelyme@fr

**GROSSBRITANNIEN**

LDA Lyme Disease Action
E-Mail: Stella.Huyshe@lymediseaseaction.org.uk
Web: www.lymediseaseaction.uk

**NIEDERLANDE**

Nederlandse Vereniging voor Lyme-patienten
Voor algemene informatie:
Tel.: 0900 2100022
Web: www.lymevereniging.nl

**POLEN**

Lymepoland
Tel. 0048(0)692890751
E-Mail: lymepoland@gmail.com
Web: www.borelioza.org

**SCHWEDEN**

Borreliose och FSME Patientförening
Tel.: 0046(0) 87149956
E-Mail: foreningen@borrelia-tbe.se
Web: borrelia-tbe.se

**SCHWEIZ**

Borreliose-Forum
Web: www.borreliose.ch
LIZ Liga für Zeckenkranke Schweiz
Tel.: 0041(0)76 3942558
E-Mail: info@zeckenliga.ch
Web: www.zeckenliga.ch

**SLOWAKEI**

Ambulanz für Lyme-Borreliose
Web: www.borelioza.sk

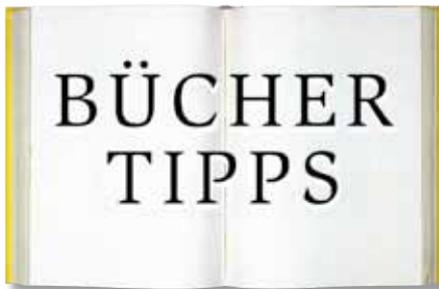
**SLOWENIEN**

Društvo Bolnikov Z
Borelioza
Web: www.borelioza.si

**TSCHECHIEN**

Borelioza CZ
Patientenorganisation im Entstehen
Web: www.borelioza.cz

**Wir konnten Ihnen helfen? So einfach geht
Danke sagen: Spenden Sie!
Überweisungsträger in der Heftmitte.**



Renate Breidenbach fordert Gerechtigkeit

Schicksals-Bericht

Dies ist die Geschichte einer Borreliose-Patientin auf der Suche nach Gerechtigkeit und Genugtuung für das Leid, das ihr Ärztinnen und Ärzte durch Ignoranz zugefügt haben. Nein. Nicht depressiv. Neuroborreliose. Chronisch.

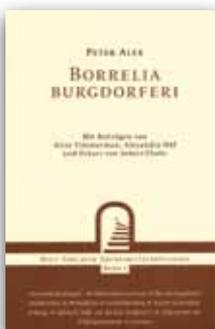


Der Feind in meinem Körper

Renate Breidenbach
Verlag BOD
42 Seiten, 9,30 €
ISBN 978-3-8423-4433-4

Homöopathie bei Borreliose

Anhängern der Hahnemannschen Lehre wird dieses Büchlein eine wichtige Erleuchtung sein. Der Autor erklärt die Methodik der Arzneimittelpfprüfung mit einer potenzierten Kultur von Borrelia Burgdorferi, bei der 17 Prüfer detailliert beschrieben, welche Empfindungen, Irritationen und Symptome sie nach der Einnahme durchlebten.



Borrelia Burgdorferi

Neue Torgauer Arzneimittelprüfungen
Peter Alex
Edition Krannich
63 Seiten, 12,80 €
ISBN 3-933124-37-9

Das Wunder der Heilung

Wer oder was heilt? Die Autorin, eine klinische Psychologin, fuhr in Wallfahrtsorte und zu Heilern und fand viele nachvollziehbare Antworten. Gedanken und Gefühle können Heilungsprozesse im Körper auslösen. Völlig kostenlos. Ein sehr leicht verständlich geschriebenes, erzählendes Buch voller guter Beispiele.

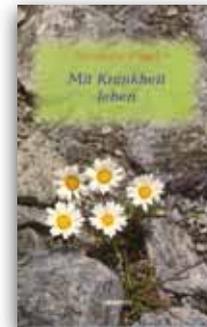


Wie Heilung geschieht

Sabine Standenat
Verlag MensSana
250 Seiten, 9,30 €
ISBN
978-3-426-87492-9

Pflaster für die Handtasche

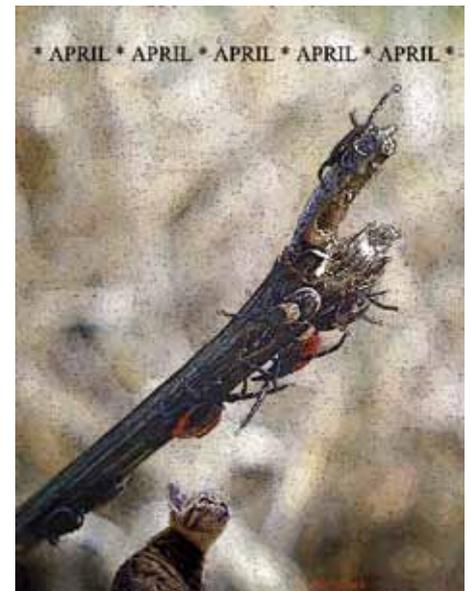
„Manchmal sind auch nur minimale Veränderungen innerer Einstellung im Umgang mit sich selbst wie ein warmer Regen, der Verkrustungen von der Haut löst.“ Die Autorin, Logotherapeutin, Notfallseelsorgerin und an Borreliose erkrankt, pflanzt mit dem kleinen ermutigenden Büchlein ein Stück positive Lebensbewältigung in den Schmerz.



Mit Krankheit leben

Nicoletta Vogel
Verlag Johannis
64 Seiten, 4,95 €
ISBN 3-501-07175-2

Zecken im Fokus der Künstlerin Heidi Polack, Falkenburg



Aktuelle Magazine des BFBD



Borreliose Wissen **Basis ***
Diagnostik und Therapie
 Aus dem Inhalt:
 ■ Situationsgerechte Labordiagnostik
 ■ Laborverfahren
 ■ Antikörper
 ■ Symptomvielfalt
 ■ Rekombinante Antigene
 ■ Liquor ■ HLA-DR4/DR1
 ■ Neuropsychiatrische Symptome
 ■ Hashimoto
 ■ Fehldiagnosen
 ■ Erhebungsbogen Borreliose
 ■ Antibiotische Behandlung
 ■ Hyperthermie
 ■ Stadiengerechte Medikamentenauswahl
 ■ Therapieschemata (3 Stadien)
 ■ Geeignete Antibiotika
 ■ Die Fallon-Studie
 ■ Schmerzen verlernen



Borreliose Wissen **aktuell**
 Nr. 19
Schwerpunktthema: Chronische Borreliose
 Aus dem Inhalt:
 ■ Schwermetalle
 ■ Ko-Infektionen
 ■ Borreliose am Auge
 ■ Orthopädische Abklärung
 ■ Therapie
 ■ Therapeutische Apherese
 ■ Minocyclin + Quensyl



Borreliose Wissen **aktuell**
 Nr. 20
Schwerpunktthemen: Kinder mit Borreliose, Borreliose und Demenz
 Aus dem Inhalt:
 ■ Auge ■ Zähne
 ■ Eine Kinderärztin berichtet
 ■ Schwanger. Stillend.
 ■ Alzheimer-Verdacht
 ■ 99 Prozent Fehldiagnosen
 ■ Virale Ko-Infektionen



Borreliose Wissen **aktuell**
 Nr. 21
Schwerpunktthema: Borreliose und Psyche
 Aus dem Inhalt:
 ■ Schwermetalle
 ■ Labor für Kassenpatienten
 ■ Immun-Blockaden im Kiefer
 ■ Neuropsychologische Aspekte
 ■ Psychiatrische Symptome
 ■ Organ-, Blutspende
 ■ Prävention im Garten



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

Jetzt schon bestellen:
Borreliose Wissen **aktuell Nr. 24**
Schwerpunktthema: Schmerz
 (Oktober 2011)

Auf unserer Homepage www.borreliose-bund.de finden Sie einen Internet-Bestellschein und einen ausdrucksbaren Mitgliedsantrag.

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

* **Borreliose Wissen Basis (Diagnostik und Therapie)** entsteht derzeit völlig neu.

Borreliose-Magazine und Borreliose Wissen Nr. 12 bis 18 sind kostenlos downloadbar in der BFBD-Homepage.

Coupon bitte senden per Post (für Fensterkuvert DIN Lang vorbereitet) oder per **Fax 06162-1666**

LITERATUR-BESTELLCOUPON

Stück	Stück	Stück	Stück	Stück	Stück
Borreliose Wissen Basis Diagnostik + Therapie 9,50 €* je Stück	Borreliose Wissen Nr. 19 Schwerpunktthema: Chronische Borreliose 8,50 €* je Stück	Borreliose Wissen Nr. 20 Schwerpunktthemen: Demenz, Kinder, Schwangere 7,50 €* je Stück	Borreliose Wissen Nr. 21 Schwerpunktthema: Borreliose und die Psyche 7,50 €* je Stück	Borreliose Wissen Nr. 22 Schwerpunktthema: Alternativ-, Komplementär-, Integrativmedizin 7,50 €* je Stück	Borreliose Wissen Nr. 23 Schwerpunktthema: Differenzial- und Fehldiagnosen 7,50 €* je Stück

*zuzüglich 2 € Versandkosten – Lieferung per Post mit Rechnung

Borreliose und FSME Bund Deutschland e.V.
 Bundesgeschäftsstelle
 Postfach 4150
 64351 Reinheim

Ich bestelle Literatur (Mitgliedsantrag umseitig)

Vorname Name

Straße

PLZ/Ort

Datum Unterschrift

Heilpraktiker-Rechnungen steuerlich absetzen

Mit Urteil des Bundesfinanzhofs (BFH) vom 2.9.2010 (Aktenzeichen VI R 11/09) können nicht nur Steuerpflichtige mit einer lebensbedrohlichen Krankheit Rechnungen, die die Krankenkasse nicht bezahlt, steuerlich geltend machen. Das BFH hat seine Auffassung dahingehend geändert, dass auch Kosten für eine objektiv nicht zur Heilung oder Linderung geeignete Behandlung abge-

setzt werden können. Das gilt auch für weniger gravierende Erkrankungen und Heilmethoden, die von den Kassen nicht bezahlt werden. Bedingung ist nicht auch nicht mehr eine schulmedizinische oder naturheilkundliche Heilmethode. Der Behandler muss lediglich zur Ausübung der Heilkunde zugelassen sein.

Ärzte Zeitung, 17.02.2011

Borrelia Finlandensis

Die komplette Genomsequenz einer ungewöhnlichen *Borrelia burgdorferi sensu lato* Spezies wurde in Finnland isoliert. Diese ist zwar der nächst bekannte Verwandte von *B. burgdorferi sensu stricto*. Sie ist aber von den Spezies ausreichend unterschiedlich, der einen neuen Speziesstatus rechtfertigt. Name voraussichtlich: „*Borrelia finlandensis*“.

J Bacteriol. 2011 Jan 7. [Epub ahead of print]

■ Drei Millionen Euro für Forschung zu West-Nil-Virus

Vor Kurzem startete im Fraunhofer-Institut für Zelltherapie und Immunologie in Leipzig das EU-Verbundprojekt „West Nile Integrated Shield Project“ zur Entwicklung innovativer Strategien für die Erforschung und Bekämpfung des West-Nil-Virus. Das Finden eines Impfstoffs und verbesserte Nachweissysteme wird mit drei Millionen Euro von der EU gefördert. In Deutschland ist bislang **noch kein einziger Fall** aufgetreten und selbst wenn, nimmt die Infektion meist einen harmlosen Verlauf (RKI) und man ist danach immun.

Quelle: west-nile-shield-project.eu, www.izi.fraunhofer.de

BORRELIOSE UND
FSME BUND
DEUTSCHLAND E.V.

- **Aktivenrat 2011**
12./13. November
Bad Soden-Salmünster
- **Berater-Seminar 2011**
13./14. November
Bad Soden-Salmünster
- **Mitglieder-Versammlung 2012**
24./25. März
Bad Soden-Salmünster

DEUTSCHE BORRELIOSE
GESELLSCHAFT E.V.

- **Jahresversammlung 2011**
8. bis 10. April
Wuppertal
 - **Jahresversammlung 2012**
20. bis 22. April
Schweinfurth
- ILADS EUROPA
- **27./28. Mai 2011**
Augsburg

TERMINE

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: Konto-Nr. 1275 123 345 · Hamburger Sparkasse
BLZ 200 505 50 · IBAN: DE53 2005 0550 1275 1233 45 · BIC: HASPDEHHXXX

MITGLIEDSANTRAG

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

Borreliose und FSME Bund Deutschland e.V.
Postfach 4150

64351 Reinheim

Vorname(n) _____ Name(n) _____

Beruf (Angabe freiwillig) _____

Straße _____

PLZ/Ort _____

Telefon _____

Fax _____

E-Mail _____

Konto-Nr. _____

BLZ _____

Bank _____

Datum _____

Unterschrift _____

Senden diesen Antrag einfach per Post oder per Fax an 06162-1666

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