

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

Schwerpunktthema

Zahnfleisch und Kiefer Eingangspforten für Erreger

BILDMACHWEIS: DAK / WIGGER

- | | | |
|--|---|----------------------------------|
| ■ Quecksilber im Blut | ■ Ursachen von Kieferentzündung | ■ Fehldiagnose Multiple Sklerose |
| ■ Schwermetalle loswerden | ■ Prothesenprobleme durch Borrelien | ■ Hashimoto |
| ■ Gelenkentzündung durch Zahnbakterien | ■ Lyme-Borreliose in der Zahnarztpraxis | ■ Küssen verboten? |



Ute Fischer, Wissenschaftsjournalistin und Selbstbetroffene, kennt die Abgründe der chronischen Lyme-Borreliose, aber auch das Gefühl, sie immer und immer wieder zu überwinden.

Spätestens seit der Präsidentenwahl in den USA geistert ein Schlagwort durch unsere Medien: Establishment. Durch die Republikaner, auch durch die AfD ist dieses Wort fast ein Kampfbegriff geworden. Establishment. Laut Duden ist damit gemeint eine Einrichtung oder eine „organisierte Körperschaft“. In Politik und Wirtschaft definiert sich damit eine sogenannte Oberschicht der politisch, wirtschaftlich oder gesellschaftlich einflussreichen Personen, die auf Erhaltung des Systems bedacht sind. Auch in Sachen Borreliose gibt es ein Establishment. Es bemüht sich emsig, unbeirrbar und unbelehrbar, Dogmen zu zementieren, die eine Lyme-Borreliose als leicht zu diagnostizieren, leicht zu behandeln und im Übrigen eine Frage der Einbildung und Psyche darstellen.

Establishment

Dieses Establishment fühlt sich so sicher, dass es zunehmend Flüchtigkeitsfehler begeht.

Es sind zum Beispiel Gutachter, die zum Nachteil von Patienten, zum Vorteil für die gesetzlichen und privaten Unfallversicherungen aus Leitlinien zitieren, die schon längst abgelaufen sind. Sie jonglieren mit der Unkenntnis der Kläger, deren Anwälte und erst Recht der Richter. Solange niemand dagegen aufbegehrt, wird sich nichts ändern. Der BFBD kann dies nur beobachten und – wenn der Kläger Mitglied ist – beratend und aufklärend beistehen.

Ähnlich verliefen die letzten Leitlinien-Konferenzen. Mit Ausnahme der Fraktion der Patienten und der Deutschen Borreliose-Gesellschaft ist allen anderen Mandatsträgern jeweils wenigstens eine Fachgesellschaft und meist noch eine Universität zuzuordnen. Obwohl die Richtlinien der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich-Medizinischer Fachgesellschaften (AWMF) als Träger aller Leitlinien bedingen, dass alle Teilnehmer mögliche Interessenskonflikte zu deklarieren haben, sind die Fragestellungen so hohl und wenig konkret formuliert, dass – mit Ausnahme eines Testherstellers – praktisch alle Gesandten angeblich unbeeinflusst von Interessen Dritter seien. Unglaublich.

Das Establishment hält zusammen. Jeder Bruch würde eine Kette von Geldflüssen unterbrechen, die für nicht wenige Fachgesellschaften, auch für Abteilungen von Uni-Kliniken existenzbedrohend wären. Wir können daran nichts ändern. Aber das Wissen darum öffnet Türritzen, in die wir den Fuß stellen können. Zum Vorteil für die Patienten. Wir kämpfen für Sie.

Bleiben Sie uns treu.

Ute Fischer

	Seite
DIAGNOSTIK	
■ Nichtwissen oder Absicht?	3
■ Woher kommt Quecksilber im Blut?	5
■ MRT von freier Bewegung	6
Impressum	6
THERAPIE	
■ Schwermetalle loswerden mit Chelattherapie	7
■ Lemtrada initiiert neuen Entzündungs-Modus	7
■ Behandlungsfehler	8
■ Wenn Antibiotika bei Lyme-Arthritis nicht helfen	8
■ Borreliose und Hashimoto	9
SCHWERPUNKT PSYCHE	
■ Borreliose – Zähne – Kiefer –	10
■ Diagnose und Therapie der Lyme-Borreliose in der Zahnarztpraxis	10
■ Die Sache mit der Zahnprothese	12
■ Zahnstößfelder: Ursache für angebliche Multiple Sklerose	14
■ Warum Labordiagnostik in der Zahnmedizin?	15
■ Was ist eine chronische Kieferostitis (CKO)?	16
■ Gelenkentzündungen durch Zahn-Bakterien	16
■ Was ist ganzheitliche Zahnmedizin?	17
■ Was ist Glutathion?	17
■ Die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde	18
■ Küssen verboten?	23
■ Heimliche Mörder?	23
■ Noma – die unbekannteste Krankheit	24
GESUNDHEITSPOLITIK	
■ Wie weise ist die Wissenschaft?	25
■ Mit Fehldiagnosen der Borreliose Geld gemacht	26
■ Bakterien als Medizin der Zukunft	27
■ Dicke Kinder durch Infektionen	27
ARZT UND PATIENT	
■ Jubiläum in Augsburg	28
■ Lyme-Borreliose in meldepflichtigen Bundesländern	28
■ Warten auf ein Wunder	29
GUTACHTEN	
■ Medizinische Begutachtung	30
PRÄVENTION	
■ FSME-Impfung	31
■ Schwäbische Zeckenkartographie	31
MEDIEN	
■ Eigentlich unwürdig für Frontal 21	32
■ Borreliose spekuliert	32
BFBD	
■ Selbsthilfe ist keine Dienstleistung, sondern Gemeinschaftsarbeit	34
■ Wer macht was im BFBD	35
■ Beraterseminare 2017	38
■ Mitgliederversammlung 2017	38
■ Psychosomatische Störungen verstehen	39
■ Brisant – der BFBD-Newsletter	39
■ Aktivenrat am 30. April 2017 in Boppard	39
■ Vorstandsarbeit – ein spannendes Miteinander	40
■ Unter schützenden Händen	41
■ Mitglieder wissen mehr	41
■ Aktuelle Magazine des BFBD	42

Nichtwissen oder Absicht?

So werden Ärzte zum Nachteil ihrer Patienten in die Irre geführt – zum Beispiel Medical Tribune

Umgangssprachlich sagt man, man müsse auf jemanden nur genügend Schmutz werfen, dann würde schon etwas hängen bleiben. Ähnliches passiert auch in den Ärztemedien. Immer und immer wieder werden Dinge über die Lyme-Borreliose behauptet, die nicht beweisbar und unplausibel sind, die aber die Leser in eine Richtung manipulieren, die sie oft gar nicht bewerten können.

Ähnliches geschah im vergangenen Herbst. Dr. Carola Gessner, Leiterin des Ressorts Medizin bei der Medical Tribune (MT) stellte in Nr. 40 vom 7. Oktober 2016 Behauptungen auf, denen PD Dr.med. Walter Berghoff energisch widersprach. In dem MT-Bericht wurde aus der Leitlinie (LL) der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG) zitiert, an der Berghoff selbst mitgearbeitet hatte. Da die Berghoff-Stellungnahme unseres Wissens nicht abgedruckt, also unterschlagen wurde, soll sie hier erscheinen. Sie liefert auch Patienten und erst Recht ihren Ärzten Aufklärung, die der MT-Bericht verfälscht.

Berghoff: Der Artikel bezieht sich auf die Leitlinie (LL) der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG) „Kutane Lyme-Borreliose“, publiziert bei AWMF online, AWMF-Register Nr. 013/044. Im Folgenden werden unzutreffende oder zu diskutierende Inhalte zitiert (Zitat) und nachfolgend kritisch kommentiert

MT: Die Experten der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft raten auf der diagnostischen Stufenleiter unterschiedlich weit zu gehen.

Berghoff: Die Konsensusgruppe besteht nur zum Teil aus Mitgliedern der Deutschen Dermatologischen

MEDICAL TRIBUNE

Gesellschaft, der weit überwiegende Teil der Konsensusgruppe gehört zu anderen Fachrichtungen oder Institutionen. Die Mitglieder der Steuergruppe beziehungsweise der Konsensusgruppe werden in der Leitlinie namentlich genannt. Eine Gleichstellung der Autoren der Leitlinie mit „Experten der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft“ wäre unkorrekt. Eine Empfehlung, „auf der diagnostischen Stufenleiter unterschiedlich weit zu gehen“ enthält die Leitlinie nicht. Im Artikel der MT wird eine „diagnostische Stufenleiter“ nicht erläutert.

MT: Ohne antibiotische Therapie persistieren die Erreger nach akuter Infektion eventuell über Monate bis Jahre in der Haut. Es besteht die Gefahr sekundärer Organmanifestationen.

Berghoff: Die Persistenz des Erregers im (ehemaligen) EM-Bereich (Erythema migrans = EM) wurde in verschiedenen Studien auch nach adäquater antibiotischer Behandlung festgestellt. Entscheidend ist jedoch, dass nicht die Haut gewissermaßen als Depot für den Krankheitserreger fungiert, aus dem zu einem späteren Zeitpunkt die Erreger austreten und sich über den Organismus verbreiten, mit der Folge von vorwiegend nicht dermalen Manifestationen im Spätstadium. Vielmehr kommt es bereits während des EM zur Ausbreitung des Erregers im gesamten Organismus, wie dies in verschiedenen Publikationen durch Erregernachweis im Blut nachgewiesen wurde. Auch sind die



PD Dr. med. Walter Berghoff

nicht dermalen Krankheitsmanifestationen nicht als „sekundäre Organmanifestationen“ zu werten (also offensichtlich als Manifestationen des Spätstadiums), vielmehr kommen solche nicht dermalen Manifestationen bereits im Frühstadium, das heißt, bei EM grosso modo bei 50 Prozent der Patienten vor. Diese früh auftretenden nicht dermalen Manifestationen werden als Begleitsymptomatik des EM bezeichnet.

MT: IgM Antikörper tauchen üblicherweise drei bis sechs Wochen nach Krankheitsbeginn auf, IgG Antikörper lassen sich dagegen Wochen bis Monate Zeit.

Berghoff: Diese Formulierung ist in der Tat in den LL DDG enthalten. Die Formulierung ist jedoch missverständlich, da das Zeitintervall bei der Antikörperbildung sich auf den Infektionszeitpunkt und nicht den Krankheitsbeginn beziehen sollte. Wichtiger ist jedoch die Tatsache, dass Studien über die Entwicklung von Borrelien-Antikörpern in

Abhängigkeit von der Infektionsdauer nicht vorliegen. Die Häufigkeit von Antikörpern bei EM reichen von 50 bis 80 Prozent, so dass in einem erheblichen Anteil im Frühstadium Antikörper überhaupt nicht nachweisbar sind (1).

MT: (Sinngemäß): Bei Fehlen von IgG Antikörpern kann die Acrodermatitis chronica atrophicans (ACA) ausgeschlossen werden. Zudem ist bei insgesamt negativem Antikörperbefund und längerer Krankheitsdauer die Lyme-Diagnose komplett vom Tisch.

Berghoff: Diese Annahme stützt sich auf zwei Publikationen und zwar die von Wilske et al, 1993 und Hansen und Asbrink, 1989. Beide Publikationen sind methodologische Studien und waren **nicht darauf ausgerichtet**, die Häufigkeit pathologischer serologischer Befunde bei der Lyme-Borreliose im Spätstadium zu evaluieren. Die Arbeit von Hansen und Asbrink, 1989, untersuchte die Serologie bei Patienten mit ACA, **jedoch nicht bei Lyme-Arthritis**, während die Arbeit von Wilske et al, 1993 u.a. 19 Patienten mit ACA und 24 Patienten mit Lyme-Arthritis betraf. In der Arbeit von Hansen und Asbrink, 1989, waren bei ACA IgG Antikörper in 100 Prozent der Fälle nachweisbar, während beim EM mit einer durchschnittlichen Dauer von 3,5 Wochen die Quote nur 33 Prozent betrug. Bei ACA betrug die Krankheitsdauer 0,5 – 20 Jahre. Die Arbeit belegt also, **dass eine Lyme-Borreliose im Spätstadium über viele Jahre persistieren kann**. Ob bei den ACA-Patienten sonstige Symptome eines Spätstadiums vorlagen, geht aus der Arbeit nicht hervor. Insbesondere ergibt sich aus der Arbeit auch nicht, dass bezüglich IgG Antikörpern die ACA mit einer Lyme-Borreliose im Spätstadium ohne ACA gleichgesetzt werden kann.

In der Arbeit von Wilske et al, 1993 wurden primär Patienten mit LB im Frühstadium (EM, LNB Stadium II) einbezogen. Ergänzend wurden

auch Patienten mit Lyme-Arthritis und ACA untersucht. Die Einschlusskriterien der Patienten mit LB im Stadium III sind in der Publikation **nicht definiert**. Bei (praktisch) allen Patienten mit ACA und Lyme-Arthritis waren in den beiden Publikationen IgG Antikörper nachweisbar. Ein Immunoblot wurde jedoch nur in der Arbeit von Wilske et al, 1993 durchgeführt. Dabei zeigte sich, dass nur die Bande p100 in 100 Prozent der Fälle bei Lyme-Arthritis und ACA nachweisbar war. Andere Banden waren dagegen nur in einem geringen Teil (deutlich unter 50 Prozent) feststellbar.

Es ist bedenklich, auf der Basis dieser beiden methodologischen Arbeiten anzunehmen, **dass IgG Antikörper im Spätstadium stets positiv sei**, insbesondere da umfangreiche Literatur über Seronegativität bei Patienten im Spätstadium vorliegt und zwar in einer Größenordnung von etwa 50 Prozent.

Entscheidend ist also, dass ein seronegativer Befund eine Lyme-Borreliose im Spätstadium nicht ausschließt und dass in den oben zitierten methodologischen Publikationen (nur) bei ACA bzw. Lyme-Arthritis IgG AK nachweisbar waren.

MT: Ein schmales Bandenspektrum mit Antikörper gegen „Frühphase-Antigene“ spricht für eine Frühmanifestation (Erythema migrans, Fazialisparese). Ein breites Bandenspektrum mit Antikörper gegen Spätphase-Antigene begleitet späte Manifestationen (Arthritis, Neuropathie, ACA).

Berghoff: Anhand der Serologie lässt sich zwischen Früh- und Spätphase nicht unterscheiden. Die Diagnose der LB im Spätstadium basiert auf folgenden Säulen: Anamnese, körperlicher Untersuchungsbefund, medizinisch-technische Befunde und die Differenzialdiagnose. Ein positiver serologischer Befund beweist lediglich die stattgehabte Infektion, macht jedoch grundsätzlich **keine Aussage zu Existenz und**

Ausmaß der Krankheit (Lyme-Borreliose). Der serologische Befund trägt also zur Einschätzung der Krankheitssituation, insbesondere zur Unterscheidung zwischen Früh- und Spätphase **nicht bei**. Dass dieses wichtige Faktum in den LL DDG nicht erwähnt wird, stellt einen erheblichen Mangel dar.

MT: Für den Erregernachweis ist die Anzüchtung in der Kultur Goldstandard.

Berghoff: Die Sensivität des Erregernachweises mittels Kultur ist sehr gering. Dies gilt insbesondere auch im Hinblick auf Blut, Urin, Liquor und Synovialflüssigkeit. Die Sensivität liegt deutlich unter 20 Prozent. Die Kultur gehört daher **nicht zur Routinediagnostik** und ist in problematischen Fällen wegen der geringen Sensivität wenig hilfreich; allerdings ist die (selten erfolgreiche) Anzüchtung von Borrelien in der Kultur von hoher diagnostischer Wertigkeit.

MT: Der Erregernachweis mittels PCR (Polymerasekettenreaktion) ist zur Therapiekontrolle nicht geeignet. Noch Monate nach erfolgreicher Therapie kann der Erreger unter Umständen (!) im betroffenen Hautareal nachgewiesen werden.

Berghoff: Im Artikel wird nicht erläutert, was mit „erfolgreicher Therapie“ gemeint ist.

In den LL DDG heißt es hierzu, dass der Erregernachweis mittels PCR ohne bestehende typische Krankheitsmanifestationen keine Relevanz hat.

In diesem Zusammenhang sei mit allem Nachdruck darauf hingewiesen, dass sich die Diagnose einer Lyme-Borreliose und deren Ausschluss **nicht auf Laboruntersuchungen stützt** (Serologie, Kultur, PCR), sondern grundsätzlich auf den Krankheitszustand, also auf die Krankheitsmanifestationen. Die Lyme-Borreliose ist keine Labordiagnose, sondern eine klinische Diagnose unter besonderer Beachtung der Differentialdiagnose.

MT: Der Lymphozytentransformationstest wird „nicht empfohlen“.

Berghoff: Die kritische Beurteilung der diagnostischen Wertigkeit des Lymphozytentransformationstests (LTT) stützt sich auf eine angeblich zu geringe Spezifität. Tatsächlich liegt die Spezifität nach aktuellen Daten, ebenso wie die Sensitivität bei etwa 95 Prozent und damit in der Größenordnung der Serologie. Andere Gründe, den Lymphozytentransformationstest kritisch zu beurteilen, werden weder im Artikel noch in den LL DDG erwähnt. Aufgrund zahlreicher Publikationen, insbesondere bei Anwendung moderner Testverfahren ist die **diag-**

nostische Wertigkeit des LTT bei der Lyme-Borreliose nicht zu bestreiten.

In den LL DDG wird der LTT bei LB als nicht abschließend evaluierte diagnostische Technik beschrieben. Diese Aussage ist unzutreffend und durch die vorliegende Literatur widerlegt. Erwähnt sei in diesem Zusammenhang, dass auch die serologische Untersuchung in ihrer diagnostischen Wertigkeit keinesfalls evaluiert ist. In den LL DDG wird die diagnostische Wertigkeit im Wesentlichen im Zusammenhang mit der Seronegativität bei der Lyme-Borreliose (insbesondere) des Spätstadiums diskutiert. Unbestrit-

ten ist jedoch die Tatsache, dass die Literatur zahlreiche Studien enthält, die bei der Lyme-Borreliose im Spätstadium Seronegativität belegen. Bei dem aktuellen Disput über die diagnostische Wertigkeit des LTT wird von den Befürwortern ins Feld geführt, dass es sich bei einem pathologischen LTT lediglich um ein weiteres Indiz (nicht Beweis) für eine bestehende Lyme-Borreliose handelt.

Literaturverzeichnis

W. Berghoff, Lyme-Borreliose, Berghoff Verlag 2016.

Woher kommt Quecksilber im Blut?

Welche Erklärung gibt es dafür, dass einige Patienten erhöhte Quecksilberspiegel im EDTA-Blut zeigen, obwohl sie kein Amalgam im Mund haben und auch keinen Fisch essen? Da Quecksilber keine physiologische Funktion hat, gilt grundsätzlich „je weniger desto besser“. Auch bei geringen Gesamt-Quecksilberspiegeln im Blut ist eine Beeinträchtigung des Spurenelementhaushaltes und der endogenen antioxidativen Kapazität nicht auszuschließen.

Erhöhte Spiegel bis etwa 5 µg/L sind noch als leichte Belastungen anzusehen. Für die Einschätzung ihrer Schädlichkeit ist die Belastungsdauer besonders wichtig. Handelt es sich um eine gelegentliche Exposition – zufällig zum Zeitpunkt der Blutuntersuchung – oder resul-

tiert der Messwert aus einer permanent vorhandenen Quelle? Diese Unterscheidung erfordert neben einer möglichen Kontrolle des Quecksilberwertes (nach etwa drei bis vier Monaten) eine Abklärung der individuellen Essgewohnheiten. Neben Fisch, Muscheln und Meeresfrüchten können auch zahlreiche weitere Lebensmittel mit Quecksilber belastet sein.

Eine Studie aus dem Jahr 2014 zeigte zum Beispiel, dass der Quecksilbergehalt in **Gemüse** im Durchschnitt ein Drittel des Gehaltes in **Fisch** beträgt, **Geflügel** und anderes Fleisch sogar 70 bis 80 Prozent. Der Belastungsgrad der Agrarprodukte hängt dabei von der Umweltbelastung ab. **Obst** und **Gemüsesäfte** sowie **Weine** können in Einzelfällen sogar hohe Quecksilbermengen enthalten, vor allem wenn sie in der Nähe von Fernverkehrsstraßen, Müllverbrennungsanlagen oder Kohlekraftwerken wachsen.

Früchte können auch durch quecksilberhaltige **Spritzmittel** belastet sein, vor allem auch bei **importier-**



ten Früchten. Die unmittelbare inhalative Belastung aus Abgasen, Kaminen oder auch über **Tonerstäube** stellen weitere mögliche Belastungsquellen dar. Eine weitere Ursache geringer aber konstanter Quecksilberspiegel kann auch der Austausch zwischen Gewebe und Blut sein. Die Quecksilberquelle stellt in diesem Fall der Gewebespeicherpool aus früherer Exposition dar. Diese „Quelle“ wäre nur durch eine Chelattherapie (Ausleitung) langsam abzubauen – s. S. 7.

Quelle: Institut für Medizinische Diagnostik (IMD, Berlin)



MRT von freier Bewegung

Die meisten Borreliose-Patienten klagen bereits in der Anfangsphase der Infektion über Nackensteife und Schmerzen im Schulter-Nacken-Bereich. Auf den schnellen Blick und unter Zeitnot wird dann häufig ein HWS – ein Hals-Wirbel-Syndrom daraus, dem allerdings mit Fango, Massage und Krankengymnastik nicht beizukommen ist, wenn die Beschwerden von der Lyme-Borreliose stammen. Zur Differenzialdiagnose wird dann eine MRT-Aufnahme angefordert; auch dabei lautet der Befund – nicht selten – auf degeneratives Geschehen, unabhängig davon, wie alt der Patient ist und wann die Beschwerden auftraten.

Nicht neu, aber noch selten ist das sogenannte Upright-MRT (Aufrecht-Magnet-Resonanz-Tomografie), das sich von den konventionellen Tun-

nelsystemen und offenen Systemen unterscheidet. Das Wesentliche ist, dass diese Untersuchung aufrecht und damit unter natürlicher Gewichtsbelastung durchgeführt werden kann. Viele krankhafte Veränderungen der Wirbelsäule lassen sich erst im Stehen oder Sitzen nachweisen, wenn das Körpergewicht auf den Bandscheiben lastet. Durch die Belastungen werden die Bandscheiben stärker komprimiert; sie können sich deutlicher verformen und dadurch den Nervenkanal einengen.

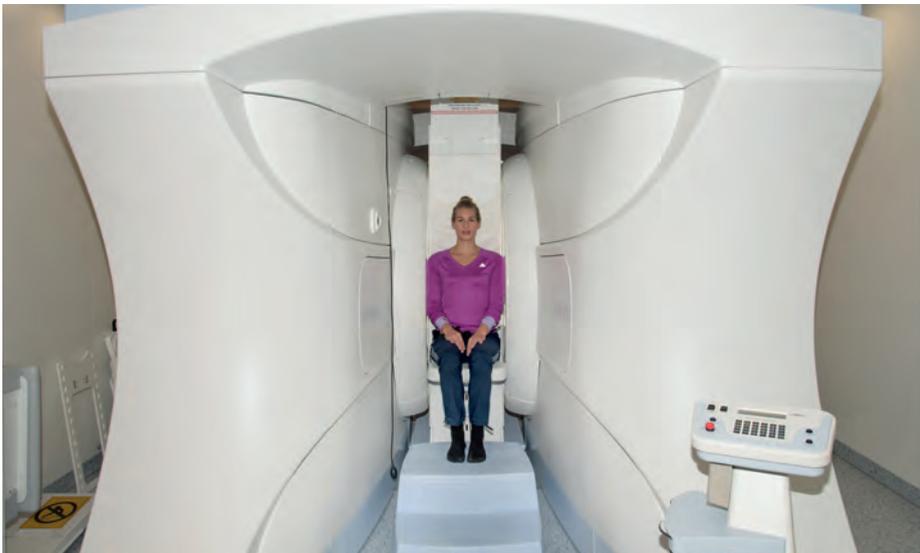
Es sind auch sämtliche Funktionshaltungen zu untersuchen. So können Patienten genau in der Haltung untersucht werden, in der Beschwerden auftreten. Nur so lassen sich die Veränderungen von Kapselstrukturen sichtbar machen. Dies gilt auch für Knie- und Hüftgelenke, die unter



Körpergewicht anders oder überhaupt erst schmerzen, als wenn der Patient ruhig auf dem Rücken liegt.

Die Upright-MRT-Technik gibt es seit 2006. Geräte stehen in **Köln, München, Hannover, Hamburg und Freiburg**. In der Regel sind dies Privatpraxen. Aber auch **Kassenpatienten** haben die Chance auf Kostenübernahme (1200 bis 1300 Euro), **wenn der einweisende Arzt die Notwendigkeit begründet**.

Die Unterscheidung zum Beispiel über Borreliose-bedingte Schmerzen, Degeneration oder andere Ursachen lässt sich zwar bedingt aber insofern befinden, in dem krankhafte Veränderungen beschrieben werden können. Die Erfahrung mit Borreliosepatienten wird mit „immer mal wieder“ beschrieben. ■



Impressum

Borreliose Wissen Nr. 35
April 2017

Herausgeber: Borreliose und FSME Bund Deutschland e.V., Patientenorganisation Bundesverband, Kirchstraße 27, 64839 Münster (v.i.S.d.P) www.borreliose-bund.de

Redaktion: Redaktionsbüro Fischer + Siegmund, Postfach 4150, 64351 Reinheim, Tel. 06162-2205, Fax 06162-1666, E-Mail: ute-fischer@fischer-siegmund.de, www.fischer-siegmund.de

Redaktionsbeirat: Albert Bensing, Eleonore Bensing, Günther Binnewies, Karin Brenner, Dr. Astrid Breinlinger, Andreas Brunner, Bea

Dencker, Dirk Oppenkowski, Bernhard Siegmund, Werner Vogt.

Grafik Design: WerbeWerkstatt, Silke Kretzschmar, Kaiserslautern. Druck: Dreier-Druck, Reinheim.

Die Inhalte dieser Zeitschrift sind nach bestem Wissen bei Ärzten, Wissenschaftlern, Gesundheitsexperten 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, auch auf Webseiten, ist nicht gestattet. Ausnahmen regelt auf Anfrage der Borreliose und FSME Bund Deutschland e.V.

Preis: 8,50 Euro inkl. 7% MwSt.

Mitglieder und Förderer erhalten das Magazin kostenlos.

Wir bitten, die Herstellung des Magazins durch Spenden zu sichern. Diese Spenden sind steuerlich abzugsfähig. Spendenkonto: Hamburger Sparkasse, IBAN DE53 2005 0550 1275 123345, BIC HASPDEHHXXX, Vereins-Register Darmstadt 82436, Steuer-Nr. 08 250 5437-K01

Schwermetalle loswerden mit Chelattherapie

Der menschliche Körper ist zwar mit seinem Stoffwechsel darauf eingestellt, sich von Metallen wie Zink, Eisen und Kupfer zu entgiften. Werden diese Entgiftungsmöglichkeiten aber durch zu hohe Metalllast überfordert oder ist die Entgiftungsfähigkeit beim individuellen Patienten nur schwach ausgeprägt, kann es zu chronischen Vergiftungen kommen. Derartige Überlastungen können unter anderem zu Symptomen wie bei Multiple Sklerose, Demenz, Chronisches Erschöpfungssyndrom, Depression, Konzentrationsstörungen, Schweißausbrüche und anderes führen.

Chelatbildner* sind Substanzen, die in der Lage sind, Metalle einzufangen, an sich zu binden und über Stuhlgang und Urin aus dem Körper zu leiten. Sie werden mittels mehrerer Infusionen jeweils über ein bis zwei Stunden in die Armvene gegeben. Voraussetzung ist eine gute Nierenfunktion. Weil auf dem gleichen Weg auch Vitalstoffe wie Mineralstoffe und Spurenelemente „weggefangan“ werden, müssen diese während der Behandlung wieder zugeführt werden.

*EDTA (Ethylendiamintetraessigsäure), DMSA (Dimercaptobernsteinsäure), DMPS (Dimercaptopropansulfonsäure)



Chelattherapie gehört zu den alternativen Heilmethoden und wird nicht von jeder Krankenkasse erstattet, jedoch von der Bergischen Krankenkasse, von DAK, HEK, IKK Südwest, KKH und Securvita.

Wichtig ist, die Belastungsursachen aufzuspüren, zu reduzieren und bestenfalls zu beseitigen. Schwermetalle dringen über aktives und passives Rauchen und Abgase in die Lunge. Zahnverfüllungen und Implantate durch Amalgam sind die wohl häufigste Quelle.

Auch durch Verzehr von belasteten Nahrungsmitteln und Trinkwasser wird zum Beispiel Quecksilber aufgenommen und reichert sich im Laufe des Lebens im Körper an. Bestimmte Berufe bedingen den Umgang mit Schwermetallen. Je älter der Mensch ist, umso höher ist die Konzentration von Schwermetallen.

Schwermetallen kann man nicht entkommen. Trotzdem funktionieren bei dem einen Menschen die Entgiftungsmechanismen, bei einem anderen nicht – s. Seite 5.

Lemtrada initiiert neuen Entzündungs-Modus

Das Multiple-Sklerose (MS)-Medikament Alemtuzumap, unter dem Handelsnamen Lemtrada verordnet, kann schwere, unberechenbare Nebenwirkungen auslösen. Dies beschrieb ein Team der Klinik für Neurologie der Ruhr-Universität Bochum im Katholischen Klinikum Bochum. Bereits in der Zulassungsstudie war bekannt, dass ein Viertel der behandelten Patienten meist

leichte Nebenwirkungen zeigte. Im Rahmen von sogenannten sekundären Autoimmunprozessen richten sich die Immunzellen gegen körpereigene Zellen, vorwiegend in der Schilddrüse; auch Niere oder Blutplättchen können betroffen sein.

Die Studie berichtet von zwei Patienten, deren Symptome sich sechs Monate nach der Therapie deutlich verschlechtert hatten. Mit kernspin-

tomatischen Untersuchungen entdeckten die Forscher eine Art neuen Entzündungsmodus im Gehirn.

Quelle: aerzteblatt.de

Am 22. Februar 2017 lobte Prof. Sebastian Rauer dieses Medikament anlässlich einer MS-Fortbildungsveranstaltung im Klinikum Oberesslingen.

Behandlungsfehler

Alleine in Hessen hat sich die Zahl des Verdachts auf Behandlungsfehler um 30 Prozent gegenüber dem Vorjahr erhöht. Das verlautbarte die Techniker Krankenkasse (TK) mit dem Hinweis, dass dies kein Indiz für Verschlechterung der ärztlichen Versorgung sei, sondern die TK ihren Versicherten Hilfsangebote versprach, sie bei einem derartigen Verdacht zu unterstützen. Zwar bestätigte sich bei der Überprüfung nur jeder dritte gemeldete Fall, aber es werde eine große Dunkelziffer vermutet.

TK-Experte Christian Soltau rät,

zeitnah ein Gedächtnisprotokoll des Behandlungsablaufs und der involvierten Ärzte und Pfleger zu erstellen. Die Erfolgchancen seien umso besser, je genauer der Krankheitsverlauf dokumentiert werde. Denn es ist in den meisten Fällen der Versicherte, der beweisen muss, dass Ärzte oder Pfleger schuldhaft gegen die anerkannten Regeln von Wissenschaft und ärztlicher Praxis verstoßen haben. Die TK unterstützt ihre Versicherten mit einer Beratungshotline (Telefon 040 - 4606612140), einem Online-Lotsen (www.tk.de,

Webcode 132622) und einer Beratungsbroschüre (Webcode 821320). Sollte sich der Verdacht erhärten, kann die Krankenkasse medizinische Gutachten erstellen lassen. Diese sind für die Versicherten in der Regel kostenfrei und können von ihnen auch für Schadenersatz-Verhandlungen mit dem Arzt, dem Krankenhaus, der zuständigen Haftpflichtversicherung oder vor Gericht genutzt werden. Beschreitet die TK den Klageweg, übernimmt sie für die Versicherten die Vorreiterrolle im gerichtlichen Verfahren.



Wenn Antibiotika bei Lyme-Arthritis nicht helfen

Lyme-Borreliose geht bei einem Teil der Infizierten mit Gelenksbeschwerden einher. Wenn die Symptome während einer aktiven Infektion auftreten, ist die Therapie mit einem Antibiotikum häufig wirkungsvoll. Dies ist anders, wenn die sogenannte „Lyme Arthritis“ nach Abklingen der Infektion fortbesteht oder sich sogar erst dann entwickelt. Ursächlich ist dann eine Autoimmunreaktion, die auf einer Kreuzreaktion gegen Borrelienantigene beruht. Antibiotika sind in diesem Fall wirkungslos.

Eine aktuelle Veröffentlichung unterstreicht die Bedeutung dieser Unterscheidung für die klinische Pra-

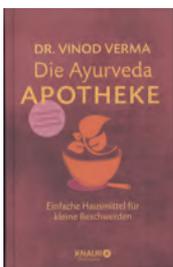
xis (Arvikar et al., *Arthritis Rheumatology*, 16. September 2016 Online-Vorabpublikation). Die Studie umfasste 30 Arthritis-Patienten, davon 15 mit rheumatoider Arthritis, 13 mit Psoriasisarthritis sowie zwei mit Spondyloarthritis. Die rheumatischen Beschwerden waren im Mittel vier Monate nach Abklingen der Lyme-Borreliose aufgetreten. Alle Patienten hatten daraufhin erneute, **wirkungslose Antibiotika-Therapien** erhalten. Eine Umstellung auf entzündungshemmende Antirheumatika verbesserte bei allen Patienten das klinische Bild.

Vor dem Hintergrund dieser bereits seit längerem bekannten therapeu-

tischen Bedeutung ist es wichtig, bei Borreliose-Patienten mit Gelenksbeschwerden autoimmun-bedingte Pathogenesen zu erkennen. Labordiagnostisch liefert hier die Bestimmung der Autoantikörper (RF-Klassen, CCP- und MCVAak) sowie die hochauflösende HLA-Typisierung die wichtigsten Hinweise (Analysen 124, 288- 290, Schein Spezielle Immunologie). Detaillierte Informationen zur HLA-Diagnostik bei der so genannten „Therapie-refraktären Lyme-Disease“ finden sich auf der Homepage www.imd-berlin.de

Quelle: Institut für Medizinische Diagnostik, Berlin

Ayurveda aus der eigenen Küche



Wer sich schon immer mal von der ayurvedischen Lehre der Gesundheit verwöhnen lassen wollte, ohne extra nach Indien fahren zu müssen, für den ist dieses Büchlein die Anleitung für einen Schnupperkurs zu Hause. Schon die Definition weckt Hoffnung und Zuversicht: Es gilt, den natürlichen Zustand der Gesundheit durch angemessene Ernährung und Übungen wiederherzustellen. Freilich macht das mit Tamtam und Klingeling, mit Ölguss und

vierhändiger Massage mehr Spaß. Aber man muss erst einmal wissen, was Ayurveda ist, um sich darin fallen zu lassen. Und das geht durchaus in der eigenen Küche.

Dies ist ein ayurvedisches Buch der Hausmittel mit Lösungen für Alltagsbeschwerden wie Morgensteifigkeit, ruheloser Schlaf, Erschöpfung, starkes Schwitzen, Kältegefühl, Niedergeschlagenheit, Nackenschmerz, Unduldsamkeit und geringe Ausdauer, um nur einige zu nennen. Es geht dabei um Reinigung, Entgiftung, Beruhigung und Verdauungsbalance. Es werden 135 Heilmittel beschrieben, die alle aus Küchenzutaten

bestehen wie Knoblauch, Ingwer, Kreuzkümmel, Kardamom, Fenchelsamen, Muskatnuss, Basilikumblätter oder Gewürznelken. Als Werkzeug benötigt man lediglich einen Mörser oder eine Kaffeemühle zum Zerkleinern von Gewürzen und eine Reibe, wie sie in jedem Haushalt steht. Schon die Aufmachung dieses handlichen Büchleins mit viel Rosa und dunkelroter Schrift weckt Lust und Zuversicht auf wohliges Guttun.

Die Ayurveda Apotheke

Einfache Hausmittel für kleine Beschwerden
Dr. Vinod Verma
Verlag Knauer Menssana, 188 Seiten, 16,99 €
ISBN 978-3-426-65798-0

Borreliose und Hashimoto

Schon vor zehn Jahren berichtete die Selbsthilfegruppe Weiden, dass auffallend viele Gruppenmitglieder neben der Lyme-Borreliose auch die Diagnose Hashimoto erhalten hätten. Seit dem erzählen viele Ratsuchende in der Hotline, dass sie unter anderem auch Schilddrüsenprobleme hätten und sind bass erstaunt, wenn man gezielt nach Hashimoto fragt.

Die Hashimoto-Thyreoiditis, 1921 zum ersten Mal von dem japanischen Arzt Hakuro Hashimoto beschrieben, ist eine Autoimmunerkrankung, bei der es zur Zerstörung der Schilddrüse kommt. Sie beginnt meist mit einer allmählichen Vergrößerung der Schilddrüse, die oft von den Patienten selbst als Verdickung am Hals gefunden wird. Sie kann von Heiserkeit und Atembeschwerden begleitet werden. Steht der Zerstörungsprozess noch am Anfang, kompensiert der Körper und bildet Hormone, damit der Hormonspiegel im Normbereich bleibt. Es können aber bereits erste Symptome einer Hypothyreose (Schilddrüsenunterfunktion) auftauchen.

Äußerliche Zeichen: Haarausfall, Erschöpfung, Ängstlichkeit, ständiges Frieren, fahle Haut, Nebel im Gehirn, Schmerzen und Taubheit in den Armen, Gewichtszunahme, Depression, Verstopfung. **Es erkranken überwiegend Frauen.**

Außer durch Jodüberschuss können Immunzellen auch in Folge viraler und **bakterieller (!!!)** Infektionswege zur Schilddrüse gelockt werden. Diese befallen entweder die Schilddrüsenzellen und müssen beseitigt werden oder sie sehen ihnen ähnlich und es kommt zur sogenannten „molekularen Mimikry“. Als molekulare Mimikry wird die Theorie bezeichnet, dass Bakterienzellen oder andere mikrobielle Auslöser so ähnlich aussehen, wie

die Zellen, die zu unserer Physiologie gehören. Das Immunsystem geht versehentlich dagegen vor; so entstehen **Autoimmunprozesse.**

Trevor Marshall (der das Marshal Protocol zur Behandlung einer Lyme-Borreliose entwickelte) meint, dass die Auslöser dieses Autoimmunprozesses nicht nur ein Bakterien- oder Virustyp sei, sondern ein ganzer Reigen aus vorhandenen Erregern. Die fand er im Speichel von Hashimoto-Patientinnen, unter anderem **Helicobakter pylori** (Auslöser von Magengeschwüren und Magenkrebs), **Borrelia burgdorferi** und **Yersinia enterocolitica**, eine häufige Co-Infektion bei Borreliose. Bei Hashimoto-Patienten wurden 14 Mal häufiger Yersinia-Antikörper festgestellt, als bei Menschen, die nicht an Hashimoto erkrankt sind. Auf Yersinien wird bei Hashimoto nicht automatisch untersucht; dazu sind umfangreiche Stuhluntersuchungen zielführender. Für Borrelien als Auslöser glaubt die Autorin allerdings an Bluttests. Ein Irrtum, den wir nur in dieser Besprechung auflösen können. **Es reagieren mehr Menschen seropositiv auf Borrelien, als sich letztlich wirklich eine Borreliose entwickelt hat. Umgekehrt wird bei vielen Borreliosepatienten als Zusatzbelastung eine Infektion mit Yersinien entdeckt.**

Bei Hashimoto sind außer Borrelia burgdorferi aber auch weitere Erreger bekannt, unter anderem Brucella, Candida albicans, Chlamydien, Coxiella, Pilze, Hepatitis B, Mycobacterium tuberculosis, Mycoplasmen, Neisseria, das Parvovirus, Staphylococcus aureus, Streptococcus, Treponema palladium sowie bestimmte Viren. Das Buch berichtet von einem Behandlungsplan mit gepulster Antibiotikagabe (Doxycyclin), wonach es Hashimoto-Patienten besser ginge. Das Buch differen-



Hashimoto im Griff

Izabella Wentz
Vak Verlag, Kirchzarten
360 Seiten, 19,99 Euro
ISBN 978-3-8673-1166-3

ziert jedoch nicht, in wiefern es den Patienten besser ging. Gingen eventuell ihre Borreliose-Beschwerden zurück, was sie als besseres Wohlbefinden empfanden? Oder kamen die im Doxycyclin enthaltenen Zusatzstoffe zur Geltung, die insgesamt schmerzlindernd und den Geist aufhellend wirken?

Das Buch „Hashimoto im Griff“ ist nicht druckfrisch, sondern die deutsche Übersetzung stammt aus Herbst 2015. Irgendwie führte es wohl innerhalb der Patientenliteratur ein Schattenleben, dass wir es erst jetzt entdeckten. Die Autorin Izabella Wentz hat Pharmazie studiert, ihre universitäre Ausbildung mit dem amerikanischen Berufsdoktorat abgeschlossen und arbeitet als klinische Pharmazeutin. Sie erkrankte 2009 selbst an Hashimoto und schildert nun in ihrem Buch, wie sich der Teufelskreis dieser Autoimmunerkrankung erfolgreich durchbrechen lässt. Sie hat ihren Hashimoto im Griff mit Nahrungsmittelumstellung, Auslassdiäten, Elimination bestimmter Nahrungsmittel, Entgiftungsmethoden. Damit, so die Autorin, lasse sich ein Hashimoto zum Stillstand bringen. Einen Versuch ist es sicher wert.

Borreliose – Zähne – Kiefer –

Verhängnisvolles Zusammenwirken mit scheinbar unerklärlichen Folgen

Liebe Leserinnen und Leser, in der Regel versuchen wir, medizinische Zusammenhänge so laienverständlich wie möglich zu erklären. Beim Thema Borreliose und Zähne mussten wir Vieles lernen, um es zu begreifen und für Sie begreifbar zu formulieren. Das Thema ist auf den ersten Blick unglaublich und zudem zu komplex, um es wie eine Patientenerzählung zu konsumieren. Sie werden Vieles noch ein Mal und noch ein Mal lesen müssen, um es nachvollziehen zu können. Wir wollten den Wis-

sensstoff aber auch so darstellen, dass sich Ihr behandelnder Arzt nicht unterfordert fühlt, sondern in Ihrem Sinne handelt und empfiehlt, wenn er die Notwendigkeit erkennt, Sie zu einem guten Zahnarzt zu schicken.

Viele Beschwerden, die scheinbar nichts mit den Zähnen zu tun haben, können trotzdem durch bakterielle Entzündungen im Zahnbett und im darunter liegenden Kiefer ausgelöst sein, auch wenn es ganz woanders weh tut. Das ist

die wichtigste Botschaft dieser Seiten, die in enger Zusammenarbeit mit Dr. med. Dr.med.dent. Herbert Rixecker entstanden. Sie wurden wie in Borreliose Wissen Nr. 34 erneut von der Barmer gefördert. Nur so bleiben wir in der Lage, unseren Informationsauftrag uneingeschränkt und frei von Werbung weiterverfolgen zu können. Wir danken im Namen aller Leserinnen und Leser und empfehlen uns Nachahmern.

Ute Fischer

Diagnose und Therapie der Lyme-Borreliose in der Zahnarztpraxis

Von Herbert Rixecker und Ute Fischer



Schon seit der Antike ist bekannt, dass ein toter Zahn zu erheblichen Beeinträchtigungen der allgemeinen Gesundheit führen kann. Schulmedizinische Krankheitsbilder wie zum Beispiel eine Endokarditis (Entzündung der Herzinnenhaut) oder die primär chronische Polyarthritiden lassen sich oftmals auf einen toten Zahn oder auf eine Entzündung im Zahn-Kiefer-Bereich zurückführen.

Kieferspezialisten bezeichnen es als dentogenes Herdgeschehen und meinen damit, dass ein entzündlicher Zahn oder eine Kieferostitis (Zersetzung des Kieferknochens) eine Fernwirkung auf andere Extremitäten initiieren. So können skeletale Symptome wie Schulter-, Hüft- oder Knieschmerzen erst dann verschwinden, wenn der Zahn gezogen oder die entzündlich veränderte Kieferregion behandelt wurden. Es gibt nicht wenige und beeindruckende Beispiele, dass es bei - als chronisch krank bezeichneten Schmerzpatienten - zu einer auffallenden, schlagartig schnellen Verbesserung der Beschwerden kam, nachdem tote Zähne entfernt und Kieferentzündungen ausgeräumt und behandelt wurden.

Die Zusammenhänge zwischen Borreliose und Entzündungen im Kieferbereich sind nicht neu, aber auch nicht etabliert in der Schulmedizin. Anlässlich der Jahrestagung 2016 der Deutschen Borreliose-Gesellschaft referierte der Saarländische Mund-, Kiefer- und Gesicht-

schirurg, gleichzeitig Humanmediziner, Dr. med. Dr. dent. Herbert Rixecker über multiorganische Auswirkungen bei gleichzeitigem Befall von Borrelien und anderen Spirochäten im Zahn- und Kieferbereich.

Bereits 2014 publizierte Rixecker seine Befunde bei nachweislich mit Borrelien infizierten Patienten und deren auffällige Verbesserung der vorliegenden Allgemeinbeschwerden nach der Entfernung toter Zähne oder Ausräumung von Kieferentzündungen. Der Borreliose-Erreger *Borrelia burgdorferi* nistet sich in seinen zystischen oder L-Formen im interstitiellen (Gewebsnischen) Bindegewebe ein und kann von dort aus jederzeit bei reduzierter Abwehrlage des Immunsystems wieder regenerieren. Es entwickelt sich dann wieder eine Spirochäte. Die Erkrankung beginnt von Neuem.

Wird die Borreliose antibiotisch behandelt, wechseln die Erreger ihre Form in eine gegen das Antibiotikum resistente Form und ziehen sich in Räume zurück, wo sie für das Antibiotikum nicht erreichbar sind.

Bei immunhistochemischen Untersuchungen von Gewebe an wurzelto-ten, entfernten Zähnen von Borreliose-Patienten zeigten sich spezifische Reaktionsmuster, wie sie nur bei Borrelien vorkommen können.

Circa 98 Prozent der an Borreliose erkrankten Patienten weisen zusätzliche, begleitende Infektionen auf, zum Beispiel Chlamydien, Mykoplasmen, Ehrlichien und eine ganze Reihe anderer Keime. Bei allen Patienten lagen deutliche laborchemische Hinweise auf eine Borreliose mit unterschiedlichen begleitenden Mischkeimen vor. Dies führt dazu, dass das bisher übliche antibiotische Monotherapie-Konzept zunehmend verlassen wird und eine Kombinations-Antibiose über einen längeren Zeitraum angesetzt werden muss. Da es sich bei den von Rixecker diagnostizierten Borreliose-Fällen meist um schon länger bestehende Infektionen handelte und hier bereits mehrfache Therapieansätze mit Antibiotika durchgeführt worden waren, wurde in diesen Fällen das Therapieschema geändert. Es besteht aus zwei Komponenten:

- Kieferchirurgische Sanierung der entzündlichen Veränderungen der Zähne und des Kiefers; gemeint ist damit die Entfernung wurzeltoter Zähne und die chirurgische Sanierung von Kieferentzündungen.
- Behandlung mit einem Biophotonengerät, wobei entsprechend des von der Herstellerfirma angegebenen Schemas in zehn jeweils einstündigen Therapiesitzungen entsprechende Hautareale mit 880 Nanometer Wellenlänge und 9,88 Herz-Frequenz bestrahlt wurden. Den jeweiligen Keimen entsprechende Nosoden wurden mittels eines, an das Gerät angeschlossenen Transducers eingeschwungen. Das muss man sich so vorstellen, dass die den Nosoden entsprechenden Informationen in Strahlung umgewandelt und mit

dem Photonengerät auf das Störfeld gerichtet werden. Parallel erfolgt die gründliche medikamentöse Entgiftung des Patienten sowohl oral als auch intravenös mit Glutathion und Froxim-Toxaprevent.

Um einen ersten Eindruck von der Wirksamkeit dieses Therapieschemas zu erlangen, wurde eine kleine Pilotstudie angefertigt. Eingeschlossen wurden 21 Patienten, die noch nie antibiotisch behandelt wurden: 16 Frauen und fünf Männer. Das Durchschnittsalter betrug 51,4 Jahre. Der mittlere Beobachtungszeitraum lag bei 13,6 Monaten. An ärztlichen Diagnosen waren bekannt:

- Rheumatoide Arthritis, Polyarthritis, Polyarthrose
- Gedächtnis- und Wortfindungsstörungen
- Rückenbeschwerden unklarer Genese
- Fibromyalgie
- Herzrhythmusstörungen
- Schwindel
- Sehstörung
- Kopfschmerzen
- Colitis ulcerosa (Entzündung der Darmschleimhaut)
- Glomerulonephritis (beidseitige Nierenentzündung)
- Chronische Zystitis (Blasenentzündung)

Kieferchirurgische Diagnosen

waren:

- Zähne mit und ohne Beherdung an der Wurzelspitze
- Verlagerte Zähne mit und ohne Zystenbildung
- Kieferzysten
- Chronische Kieferentzündung (Ostitis) bei Zustand nach in der Vergangenheit liegender Zahnentfernung
- Dentogene Sinusitis (Kieferhöhlenentzündung)

Eine zusätzliche antibiotische Therapie erfolgte nicht.

Sowohl vor und nach der Therapie wurde ein für Borreliose-Patienten

entwickelter **Fragebogen** des Laborarztes Armin Schwarzbach (Armin-Labs) mit 27 Symptomen zur Borreliose und den begleitenden Infektionen ausgewertet. Im Vergleich konnte nach der Therapie ein Rückgang der Symptome von 84,7 Prozent beobachtet werden. Oftmals wurde beobachtet, dass es schon nach der primären kieferchirurgischen Sanierung zu einer deutlichen Beschwerdeverbesserung kam,

Laborchemisch konnte leider nur in wenigen Fällen eine Kontrolle der entsprechenden Parameter, die vor der Behandlung erhoben wurden, durchgeführt werden. Dies wurde bei den meisten Kassenpatienten aus Kostengründen unterlassen, weil es sich um eine privatärztliche Leistung gehandelt hätte. In einer weiter geplanten größeren Studie wird als laborchemischer Parameter die Bestimmung der CD3-/ CD57-Zellen vor und nach der Therapie einfließen. Es liegen Hinweise vor, dass es nach der Behandlung zu einem Anstieg der durch die Infektion verminderten Killerzellen kommt.

Fazit

Nach den vorliegenden Ergebnissen scheint die kieferchirurgische Sanierung von entzündlichen Herden im Zahn-Kiefer-Bereich ein entscheidender Faktor zur Verbesserung der Ergebnisse zu sein; möglicherweise in Kombination der Borreliose-Behandlung mit Biophotonen.

Dr. med. Dr. med.dent Herbert Rixecker Studium Humanmedizin und Zahnheilkunde. Ausbildung zum Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgen. Postgraduale Ausbildung auf den Gebieten Chiropraxis, Orthopädie, Osteopathie, Craniosacrale Therapie, Akupunktur, Kiefergelenkchirurgie, Implantologie. Gründer des e.i.c. Europäischen Instituts für Kopf-, Gesichtsschmerz und Kiefergelenk-erkrankungen.

Die Sache mit der Zahnprothese

Kieferentzündung mit Bartonellen-Infektion bei dialysepflichtigem Patienten

Eine Fallstudie von Herbert Rixecker

Die Zahnheilkunde kann eine wichtige Schnittstelle sein, wenn es um die ursächliche Klärung vieler Beschwerden geht. Hinlänglich bekannt ist die Beeinflussung von Schmerzen am Bewegungsapparat, sobald die Kiefergelenksfunktion, die räumlichen Verhältnisse beim Zusammenbiss und die Passgenauigkeit von Zahnersatz überprüft wird. Dass aber auch lokale Entzündungen im Kiefer-Zahn-Bereich und vor allem versteckte Infektionen eine Herdfunktion haben können, die körperliche Beschwerden regelrecht befeuert, legt der schon im Oktober 2015 beschriebene Fall beeindruckend dar.



■ April 2015

Der 77 Jahre alte Patient stellt sich erstmals vor. Sein Anliegen ist ein zahnärztliches: Er beklagt den mangelhaften Sitz seiner neu angefertigten Unterkieferprothese. Er berichtet, dass eine ungeklärte Infektion die **Zerstörung beider Nieren** herbeigeführt habe. Unmittelbar vor seiner Vorstellung in der Zahnarztpraxis hatte er einen stationären Aufenthalt zur Abklärung erhöhter Entzündungsparameter in einem nahe gelegenen Klinikum absolviert. Der CRP-Wert war auf 12,4 mg/dl erhöht. (Normwert > 1 mg/dl). Seine weißen Blutkörperchen waren auf 16.200/µl erhöht. (Normwerte 4.000 bis 10.000 µl). Trotz massiver, allerdings unspezifischer intravenöser

Antibiose hatte sich sein Zustand nicht verbessert.

Er wird drei Mal in der Woche dialysiert. Wie er berichtet, war es ihm in letzter Zeit immer schlechter gegangen; er sei **müde, unkonzentriert, litte unter Nachtschweiß und multiplen Gelenksbeschwerden**. Der behandelnde Nierenspezialist klärte den Patienten darüber auf, dass es sich dabei wohl um Symptome einer Infektion im Rahmen der Nierenerkrankung handele und dass, da die durchgeführte stationäre Antibiose nicht zum Erfolg geführt hätte, wahrscheinlich an diesem Befund wenig zu ändern sei.

■ Zahnärztlicher Befund

Bei der Inspektion des Mundraumes zeigte sich eine neu angefertigte

Prothese im Unterkiefer. Es handelte sich um eine sogenannte Sub-Totalprothese mit Teleskop-Kronen (herausnehmbare Befestigungen) an den Zähnen 47 und 36.

Der Zahn 36 war drittgradig gelockert und drohte bei jedem Herausnehmen der Prothese darin stecken zu bleiben, was erhebliche Schmerzen verursachte. Aus der Tasche dieses Zahns entleerte sich purtrides (faulriechendes) Sekret. Massiv druckschmerzhafte Lymphknotenpakete im Unterkiefer – links mehr als rechts – konnten getastet werden.

Wegen der nicht sitzenden neuen Prothese war der Patient bereits von seiner Krankenkasse bei einem Gutachter vorstellig geworden, der die Neuanfertigung der Prothese empfohlen hatte, da er von einer mangelnden Passform der vorhandenen

oben rechts								oben links							
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
48	T47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	T36	37	38

Teleskope ausgegangen war.

Auf Röntgenaufnahmen zeigte sich an der Nervenwurzel von Zahn 36 eine Osteolyse (Knochenauflösung) im Sinne einer Kieferzyste. Zahn 47 hatte eine Wurzelspitzenentzündung (apikale Paradontalspaltverbreiterung an der mesialen Wurzel). Die Entzündung an Zahn 36 musste schon wesentlich länger bestanden haben, da um die Kieferzyste bereits eine reaktive Osteosklerose (nicht stabile Knochenvermehrung und -verhärtung) vorlag.

Therapieverlauf

Wir haben uns entschieden, die Zähne 47 und 36 in einem dialysefreien Intervall zu entfernen. Desgleichen wurden die entzündlichen Bereiche um die Zähne 36 und 47 kürettiert (ausgeschabt) und saniert. Im Bereich 36 wurde eine circa kirschgroße Zyste entfernt. Daran schloss sich eine längerfristige offene Nachbehandlung an; die Wunden wurden offen gehalten, damit die Entzündung aus dem Kiefer „herauskommen“ konnte. Eine parallele Antibiose erfolgte nicht, weil dies wegen der Dialysepflichtigkeit nach Hinzuziehung des Nierenarztes zu problematisch hätte werden können.

Mai/ Juni 2015

Die Wundheilung war regelrecht. Die Kontrolle der Entzündungswerte zeigte eine kontinuierliche Verbesserung. Bereits am 19. Mai waren die Leukozyten auf 8.300 μ l gesunken. Das CRP lag bei 1,03 mg/dl. Am 8. Juni blieben die Leukozyten bei 8.300 μ l, das CRP war gesunken auf 0,47 mg/dl.

Es kam zur raschen Rückbildung der allgemein entzündlichen Erscheinungen. Der Patient verlor die Nachtschweißattacken, und ein großer Teil seiner Gelenkbeschwerden besserte sich kontinuierlich. Ihm wurde des Weiteren empfohlen,

eine spezifische bakteriologische Blutuntersuchung durchführen zu lassen.

Wir beobachten häufig im Rahmen einer solchen Kieferinfektion Allgemeininfektionen, die bei der routinemäßigen Untersuchung nicht festgestellt werden, so zum Beispiel Lyme-Borreliose, die sich aber im Kieferbereich manifestieren können.

Die Untersuchungen wurden von Arminlabs in Augsburg durchgeführt. Im Rahmen der Infektserologie ergaben sich keine Anhaltspunkte für eine Infektion mit *Borrelia burgdorferi*, *Ehrlichien*, *Chlamydia pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae* und *Toxoplasmose*. Der IgG-Antikörpertest auf *Chlamydia trachomatis* war mit 1:64 grenzwertig. Aber es zeigte sich ein IgG-Antikörpertest von 1:256 (Normalwert <1:64) auf *Bartonella henselae*.

Bartonella henselae: Erreger der Katzenkratzkrankheit (KKK). Bartonellen werden durch Kratzverletzungen von Katzen übertragen. Katzen sind nur Überträger, erkranken also selbst nicht.

Die CD 57-Zellen lagen ihm Normbereich, so dass von einer alten Borreliose und Chlamydiose nicht wirklich ausgegangen werden kann.

Weiterer Verlauf

Bei der letztmaligen Untersuchung am 23. Juni 2015 lagen völlig reizlose intraorale (Mundinnenraum) Verhältnisse vor. Wie bereits erwähnt, wäre der Patient bei einer antibiotischen Therapie der Bartonellose aus der Sicht des Nierenarztes einem erheblichen Risiko ausgesetzt. Deshalb entschieden wir uns, neben der zahnärztlichen Sanierung eine konsequente Entgiftung durchzuführen. In diesem Fall mit zwei Mal wöchentlich 600 mg intravenös Glutathion und zwei Mal täglich eine Tablette Froximmun-Toxapre-

vent. (Die Wirkung dieses Medikaments beruht auf der besonderen Eigenschaft, schädliche Stoffe bereits im Verdauungstrakt zu binden. Die Leber als wichtigstes Entgiftungsorgan kann so wirksam entlastet werden.)

Des Weiteren erfolgte zwei Mal wöchentlich eine Photonentherapie, das sind sogenannte Lichtquanten, ein für unsere Augen unsichtbarer Bestandteil des Sonnenlichts. Diese Methode hat sich auch im Rahmen von zum Beispiel Borrelien-Infektionen in zahlreichen Fällen erfolgreich bewährt. Nach anfänglicher geringer Herxheimer-Reaktion tolerierte der Patient diese Behandlung sehr gut.

Juli 2015

Da die Unterkieferprothese zwischenzeitlich natürlich nicht mehr hielt, wurde eine Implantation von drei Keramikimplantaten im Frontzahnbereich der Region 44 bis 34 durchgeführt. Hiermit wurde die Prothese wieder stabilisiert. Eine Applikation von metallischen Implantaten empfiehlt sich bei der zu Grunde liegenden infektiologischen Problematik nicht.

August 2015

Letztmalig stellte sich der Patient mit völlig reizlosen Verhältnissen vor. Die Lymphknoten unterhalb des Unterkiefers waren beidseits abgeschwollen. Alle Entzündungsparameter lagen im Normbereich – es gab sogar eine geringfügige Verbesserung der Kreatininwerte, Parameter für die Nierenfunktion. Die Dialyse war unproblematisch. Die Müdigkeit hatte sich ebenfalls verbessert. Fast alle Gelenkbeschwerden waren verschwunden bis auf Probleme, die mit einer Hüftgelenkarthrose links zusammen hängen und vorher schon bestanden und nicht im Zusammenhang mit der entzündlichen Problematik stehen.

Zusammenfassung und Beurteilung

Im vorliegenden Fall handelte es sich am wahrscheinlichsten um eine Exazerbation (Verschlimmerung) einer Bartonelleninfektion, die trotz stationärer antibiotischer Therapie nicht beherrscht werden konnte. Eine chirurgische Sanierung von umfangreichen Zahnherden und die Photonentherapie der zu Grunde liegenden Bartonelleninfektion führten zur Beschwerdefreiheit des Patienten.

Zu diskutieren wäre die Frage, ob die mit einer Bartonelleninfektion einhergehende Mikroangiopathie (Erkrankung der kleinen Blutgefäße) für die Niereninsuffizienz verantwortlich zu machen sein könnte.

Fazit

Der dargestellte Fall zeigt, wie sehr zahnmedizinische Belange auch für den allgemeinmedizinischen Bereich relevant sein können.

Eine genaue Betrachtung der Beschwerden und eine einfache Infektserologie mit entsprechend fachgerechter Behandlung des gefundenen Entzündungsherds im Kiefer und der Bartonellose führten im vorliegenden Fall nicht nur zur Behebung des eigentlichen zahnmedizinischen Problems (Prothesenhalt), sondern in der Folge auch zu einer massiven Verbesserung des Allgemeinzustands des Patienten. Und das, obwohl von anderer Seite angeblich bereits alle Möglichkeiten der konventionellen medizinischen Herangehensweise ausgeschöpft worden waren und der Patient mit einem vermeintlich unabänderli-

chen „Schicksal“ konfrontiert war.

Da wir heute wissen, dass zahlreiche chronische Beschwerden bis hin zu psychiatrischen Symptomen zu einem nicht unbeträchtlichen Prozentsatz auf latenten Entzündungen und Infektionen beruhen können, lohnt sich eine entsprechende Überprüfung immer – in jeder Praxis.

Da der Kieferknochen jedoch einer wesentlich stärkeren Perfusion (Durchblutung) unterlegen ist als andere Knochen im Körper, finden Erreger hier ein geeignetes Reservoir. Wir Zahnärzte sollten unser Augenmerk in Bezug auf chronisch entzündliche und infektiöse Herde besonders schärfen, um Patienten auch mit nicht-zahnmedizinischen Beschwerden weiterhelfen zu können.

Der Autor, Dr. med. Dr. med. dent. Herbert Rixecker, praktiziert in Saarlouis.

Zahnstörfelder: Ursache für angebliche Multiple Sklerose

Bericht einer Frisörin: „1998 ging es mir sehr schlecht: Ich konnte kaum noch richtig gehen und auch nichts mehr mit den Händen halten: Ich war chronisch müde und ich hatte Funktionsstörungen, ich konnte weder laufen noch eine Bürste halten, mir fiel alles aus der Hand. Es war eine richtig körperliche Schwäche, beim Gehen fielen zum Beispiel die Beine ab und zu aus, so dass andere

Ärzte dachten es würde auf Multiple Sklerose (MS) hinauslaufen. 1997 ging es mir so schlecht, dass ich bei fünf verschiedenen Ärzten Hilfe suchte. Auch bei mehreren Professoren stand der Verdacht auf MS im Raum. Niemand konnte mir helfen und die haben immer nur meine Muskelwerte untersucht und immer tauchte dieses Wort „MS“ auf und wenn es mir schlechter ging sollte ich wieder kommen. Nach dem bei mir die Zahnsanierung durchgeführt wurde, fühlte ich mich bereits acht bis 14 Tage später wesentlich besser. Mir ging es so gut, dass ich sagen muss, dass ich mich auf den nächsten Operationstermin bereits freute. Ich fühle mich jetzt sehr wohl und bin wieder

voll arbeitsfähig. Ich war allerdings 1997 ein ganzes Jahr arbeitsunfähig. Ich war selbständig, hatte einen eigenen Friseurladen, konnte allerdings handwerklich selbst nicht mehr arbeiten. Nach dem die Sanierung abgeschlossen war, habe ich relativ schnell meine volle Arbeitskraft zurückerhalten.“

War das nun eine echte Multiple Sklerose (MS) oder nicht? Die Symptome waren jedenfalls die gleichen. Deshalb mussten die Ärzte die Diagnose MS in den Raum stellen. Sie mögen perfekte Spezialisten sein, aber bei dieser Patientin wurde die chronisch entzündliche Belastung durch die Zahnstörfelder als Auslöser der Beschwerden verkannt.

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Umwelt-Medizin.



Warum Labordiagnostik in der Zahnmedizin?

Chronisch entzündliche Erkrankungen nehmen in Mitteleuropa einen immer höheren Stellenwert ein. Die Zahlen von Patienten mit Allergien, Diabetes, Rheuma, Magen-, Darm- und Schilddrüsenerkrankungen, Osteoporose, Herz-Kreislaufkrankungen aber auch Parodontitis nehmen zu. Im Gegensatz zur akuten Entzündung, mit der ein Organismus auf krankmachende Eindringlinge wie Bakterien, Viren oder Pilze reagiert, ist die chronische Entzündung so gut wie immer Folge einer gestörten **Immuntoleranz**. Ein gesundes Immunsystem ist in der Lage, von außen einwirkende Triggerfaktoren zu tolerieren und eine Entzündung dem Ausmaß der tatsächlichen Bedrohung anzupassen. Bei der Mehrzahl der chronischen Entzündungserkrankungen handelte es sich aber um eine andauernde **Überreaktion des Immunsystems** auf zumeist harmlose Triggerfaktoren, gemeint sind damit Auslöser und Verstärker einer Körperreaktion.

Die für die Zahnmedizin relevanten Triggerfaktoren sind **Bakterien** (zum Beispiel Borrelien und andere Spirochäten), aber auch **Metalle**, **Kunststoffe**, **Titan**, **Mercaptane und Thioether**, hochgiftige Eiweißzerfallsprodukte. Es gelingt nie, sämtliches zerfallenes Eiweiß aus einem Zahn zu entfernen. Selbst wenn der gesamte Zahn entfernt ist, belasten diese Stoffe den Kiefer und das Zahnumfeld. Der Körper muss diese Gifte ständig abbauen und verkraften. **Je mehr tote (auch Wurzel behandelte) Zähne man im Mund hat, desto gravierender ist die Blockade körpereigener Energie.**

Es ist für Zahnärzte wichtig zu erfahren, wenn bei Patienten chronisch entzündliche Erkrankungen bestehen. Denn dies weist auf eine gestörte Immuntoleranz hin. Das ist bedeutsam, weil der Zahnmediziner

Pathomechanismen chronisch entzündlicher Erkrankungen

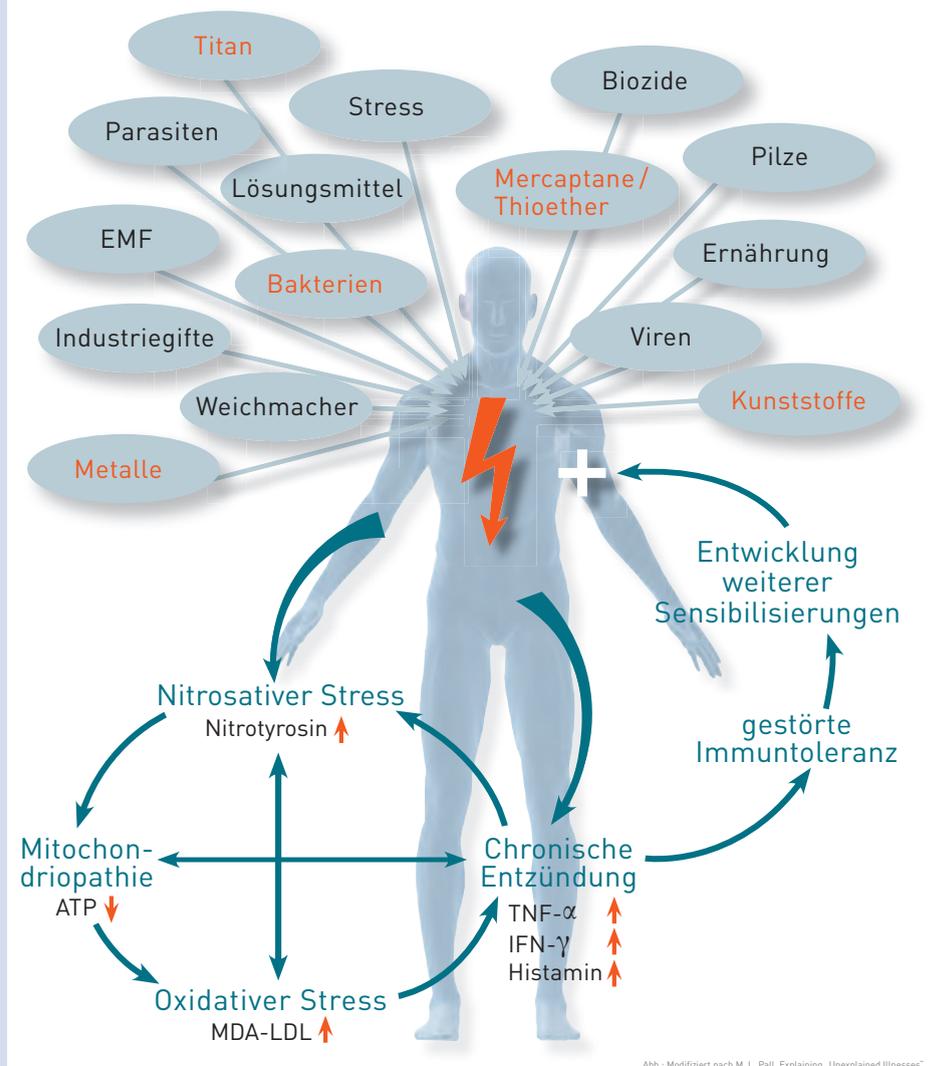


Abb.: Modifiziert nach M. L. Pall, Explaining „Unexplained Illnesses“

dem Patienten zusätzlich Fremdmaterialien in den Körper einbringt, die dauerhaft – 24 Stunden am Tag, sieben Tage die Woche – einwirken. Mit diesem Wissen kommt der präventiven Diagnostik besondere Bedeutung zu. Dies betrifft auch Erkrankungen wie Parodontitis (Entzündung durch bakterielle Plaque) und Periimplantitis, eine fortgeschrittene Entzündung des Zahnfleisches nach einem implantologischen Eingriff, die sich bis in die Tiefe zum Kieferknochen ausbreiten kann.

Aus der Borreliose-Beratung ist bekannt, dass sich Beschwerden speziell nach Eingriffen an den Zähnen verändern und verstärken. Es reicht

also nicht aus, das Thema Zahnsanierung auf die Entfernung von Amalgam zu beschränken und zu hoffen, dass nun alles gut werde. Bei einem Verdacht auf Überempfindlichkeiten gegen Zahnersatzmaterialien wäre es empfehlenswert, wenn der Zahnarzt eng mit einem Labor zusammenarbeitet, das bestehende Hypersensitivitäten untersuchen kann, bevor der Zahnersatz eingebracht wird. Neue Testverfahren und Marker erlauben es, gezielter auszuwählen, gegebenenfalls zu behandeln und den Behandlungserfolg zu kontrollieren.

Quellen: www.imd-berlin.de

Was ist eine chronische Kieferostitis (CKO)?

Dabei handelt es sich um Veränderungen im Kieferknochen, die sich über Jahre und Jahrzehnte ausbreiten können. Es lösen sich knöcherne Strukturen auf; es bilden sich Hohlräume im Kieferknochen und fettig degeneriertes erweichtes Gewebe. Klassische Entzündungszeichen wie Schmerz, Schwellung und Eiterbildung können fehlen.

Chronische Kieferostitis (CKO) kann alle Formen von körperlichen Beschwerden hervorrufen. Als Störfeld fördert sie entzündliche, degenerative und allergisierende Systemerkrankungen. Bei jeder therapieresistenten Erkrankung sollte eine Untersuchung auf eine verborgene CKO unternommen werden. Die Adresse dafür ist der Zahnarzt. Die Beseitigung dieses Störfeldes kann die unterschiedlichsten Beschwerden zum Verschwinden bringen, unter anderem Migräne, Konzentrationsstörungen, Rheuma und Gli-



derschmerzen, vegetative Dystonie und Bluthochdruck, Antriebslosigkeit, Rückenschmerzen, Gesichtsschmerzen, Schulter-Arm-Syndrome und Gehstörungen.

Die Entwicklung einer chronischen Kieferostitis hat unterschiedli-

che, auch vermeidbare Ursachen: unter anderem mangelhafte Mundpflege, Fehlernährung, mangelnde Wundversorgung nach Zahnentfernungen, Schwermetallbelastungen und (sich auch daraus ergebende) Immunschwäche.

Gelenkentzündungen durch Zahn-Bakterien

Mundgesundheit wirkt sich auf den Allgemeinzustand des gesamten Körpers aus.

Eine neue Studie der Johns Hopkins University in Baltimore verdeutlichte, dass Bakterien nicht nur Parodontose auslösen, sondern zugleich am Risiko auf Entstehung einer Arthritis (chronische Gelenk-

entzündung) beteiligt sind. Es ging in dieser Studie mit 196 Arthritispatienten zwar vornehmlich um das Bakterium *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*. Studienleiter Felipe Andrade zieht aber in Betracht, dass noch andere Bakterien im Körper die Entwicklung einer Autoimmunerkrankung wie Arthritis bewirken können.

Das Bakterium begünstigt die Bildung von citrullinierten Proteinen im Körper. Citrullinierte Proteine sind an der Entstehung einer rheumatoi-

den Arthritis beteiligt. Die Citrullinierung ist ein normaler Vorgang, bei dem Proteine ihre Eigenschaften verändern und anschließend vom Immunsystem als fremd angesehen werden. Dieses bildet darauf hin Antikörper, welche das Gewebe angreifen. Die Forscher hoffen, mit diesen Erkenntnissen der Lösung, Arthritis zu bekämpfen, ein Stück näher gekommen zu sein. Eine ordentliche Zahnhygiene und regelmäßige Arztbesuche mit professionellen Zahnreinigungen können eine Infektion durch *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* verhindern. Siehe auch Seite 23.

Quelle: zwo-online.info



Was ist ganzheitliche Zahnmedizin?

Der Unterschied zwischen ganzheitlicher und klassischer Zahnmedizin liegt darin, dass die ganzheitliche versucht, alle Fernwirkungen und Querverbindungen der Zahn- und Körpergesundheit zu berücksichtigen. Bei der klassischen Zahnmedizin stehen nur die Zähne im Fokus des Behandlers. Immer mehr Zahnärzte betrachten jedoch die ganzheitliche Orientierung als wertvolle Ergänzung. Dies kann man jedoch nicht grundsätzlich bei jedem Zahnarzt erwarten.

Dabei ist das Prinzip dahinter absolut unkompliziert – denn die ganzheitliche Zahnheilkunde bietet dem Patienten schlichtweg nur eine stärker an ihn angepasste Behand-



lung, bei der einerseits naturheilkundliche Methoden und andererseits klassische Zahnmedizin aufeinandertreffen. Hintergrund ist aus medizinischer Sicht folgender: Die Zähne stehen in direkter Verbindung mit allen Organen und umgekehrt. Viele chronische oder akute Erkrankungen können auf Störungen an den Zähnen und/oder dem Kiefer zurückgeführt werden, wodurch jedoch der gesamte Körper in Mitleidenschaft gezogen werden kann. Aus diesem Grund wird der Organismus bei der ganzheitlichen Zahnmedizin vollständig miteinbezogen.

Quelle: Paracelsus Magazin

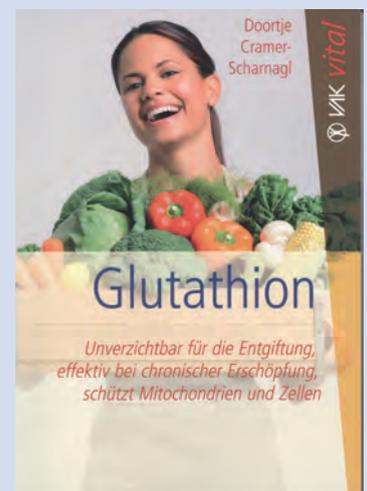
Mögliche Ursachen für Erkrankungen des Kieferknochens

- Infektion über die Zahnwurzel
- Chronische Zahntaschen-Entzündung
- Parodontose
- Fehlgeschlagene Wurzelbehandlung
- Kortisontherapien
- Chemotherapien
- Hormontherapien
- Biphosphonattherapien
- Bestrahlungstherapien
- Überhitzung des Kieferknochens bei chirurgischen Eingriffen
- Sichelzellanämie: erbliche Erkrankung der roten Blutkörperchen
- Schwangerschaft
- Osteoporose
- Blutgerinnungsstörung
- Starkes Rauchen
- Alkoholismus

Was ist Glutathion?

Glutathion ist ein Eiweiß, das in unserem Körper wichtige Aufgaben erfüllt. Der Glutathion-Stoffwechsel ist zusammen mit anderen Stoffen Teil eines komplexen und auch genialen Systems, das unsere Gesundheit schützt und erhält. Es fördert die Entgiftung, unterstützt das Immunsystem, reguliert Entzündungen, schützt vor freien Radikalen und stärkt die Mitochondrien, die Kraftwerke der Zellen. Umwelteinflüsse und Alterungsprozesse können unser Glutathion-System beeinträchtigen, so dass der Körper sich nicht ausreichend vor zellschädigenden „freien Radikalen“ schützen kann. Das setzt Kettenreaktionen in Gang, die gesundheitliche Probleme zur Folge haben können, unter anderem Arteriosklerose, Rheuma, Herz-Kreislauf-Krankheiten, Tinnitus, Diabetes, Krebs, grauen Star sowie degenerative Nervenerkrankungen wie Parkinson und Alzheimer. Glutathion-Mangel kann sich auch zeigen in Energieverlust, Chronisches Müdigkeits-Syndrom; auch das Burn-Out-Syndrom wird damit in Verbindung gebracht.

Die Gabe von Glutathion kann medikamentöse Therapien unterstützen und Nebenwirkungen lindern. Studien haben gezeigt, dass es sinnvoll sein könnte, den Glutathion-Spiegel bereits vor operativen Eingriffen anzuheben, weil damit die Folgen des Eingriffs besser verkraftet und die Erholungsphase verkürzt werden. Literatur: Glutathion, Doortje Cramer-Scharnagl, 92 Seiten, Verlag VAK Vital, ISBN 978-3-86731-135-9, 7,95 €



Die Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde

als Schlüsseldisziplin in der Therapie der Borreliose und ihrer begleitenden Infektionen

Aus dem Vortrag von Dr. med. Dr. med. Herbert Rixecker 2016 in Erfurt

Vorausgegangen waren wissenschaftliche Erkenntnisse aus den USA und Kanada. Der Pathologe Alan McDonald, heute Yale-Universität New Haven (circa 50 Kilometer von Old-Lyme entfernt), publizierte bereits 1986, dass er *Borrelia burgdorferi* im Gehirn von zwei dementen Patienten gefunden habe. Die Wissenschaftlerin Judith Miklossy war eine der ersten, die einen Zusammenhang zwischen Alzheimer und dentogenen (von Zahn ausgehend) Spirochäten herstellte. Sie konnten intrathekal (im Nervenwasser) nachgewiesen werden.

Eine neue Studie aus dem Jahr 2016 des amerikanischen Dermatologen Herbert Allen, Drexels Department of Dermatology, Philadelphia, zeigt, dass sich bei chirurgischen Eingriffen im Mund Plaques aus Biofilmen lösen können, die dann über die Blutbahn und geschwächter Blut-Hirn-Schranke ins Gehirn gelangen und sich dort manifestieren. Das Immunsystem versucht zwar, diese Biofilme zu zerstören. Das gelingt ihm aber nur teilweise, was eine Autoimmunreaktion in der Umgebung dieser Biofilme auslöst. Daraus können sich wiederum Plaques bilden, die zu einer Hirnzellschädigung führen. Unterstützend ist hier ein persönliches Gespräch mit Professor Per Lokken, so berichtete Rixecker von einem kürzlichen Treffen in Helsinki; er habe bereits 1992 als Ordinarius für konservierende Zahnheilkunde in Aachen *Borrelia*-Spirochäten im Umfeld von wurzelgefüllten Zähnen gefunden.

Kieferentzündungen – ein schleicher Prozess



In der heutigen Zahnmedizin gewinnt das Thema Kieferentzündung zunehmend an Bedeutung. Die Fachzeitschrift „Parodontologie Nachrichten“ berichtete im vergangene Jahr über Anzeichen von fettigen Degeneratio-

nen des Kiefers, die erst bei chirurgischen Eingriffen offensichtlich werden. Es waren regelrechte Fetttagen auf dem frisch austretenden Wundsekret sichtbar. Im Röntgen waren sie nicht zu erkennen.



Eine histologische Aufarbeitung dieses Präparates zeigt sogenannte Lipozyt-Nekrosen (LZN), Zeichen der Degeneration jener Fettzellen. Im weiteren Verlauf kommt es zu einem Zell-Gewebserfall (Detritus/ DET).

In diesem herausoperierten Fettgewebe wurden im



Institut für Medizinische Diagnostik, Berlin-Potsdam, Zytokine gefunden, unter anderem Rantes (CCL5), ein Zytokin mit proinflammatorischer (entzündungsfördernder) Wirkung.

Er aktiviert die Freisetzung von Histaminen aus basophilen und eosinophilen Granulozyten. Erhöhte Ranteswerte finden sich auch bei Brustkrebs, bei rheumatischen Erkrankungen, bei der Alzheimer'schen Erkrankung, beim Hodgkin-Lymphom (Lymphdrüsenkrebs) und bei den fettigen Degenerationen im Bereich von Zahnherden. Hier ist der Wert unter Umständen um das 35-Fache erhöht.

Rantes ist ein Lockstoff für Monozyten* und Memory-T-Helferzellen** und Eosinophile.***

Was ist ein dentogener Herd?

Es sind dies Kieferareale, welche nach Zahnextraktionen nicht ausheilen, zum Beispiel chronische Kieferentzündung, Kieferzysten, verlagerte Zähne mit und ohne Zystenbildung häufiges Beispiel beim Weisheitszahn und die Region um Zahnimplantaten. Hier ergibt sich gerade in letzter Zeit eine lebhaft Diskussions bei der Wahl des Implantationsmaterials. Bei Titan wissen wir, dass sich an der Oberfläche Titandioxyd bilden kann, was für eine verminderte lokale Resistenz verantwortlich gemacht wird. Dies findet sich bei Keramik nicht. Auffällig bei der Implantation mit Keramikimplantaten ist die gute Einheilung.



Das Röntgenbild kann trügerisch sein. Auf der linken Seite liegt der dentogene Herd – winziges weißliches Gewebe – zwischen den Zahnwurzeln. Die Röntgendiagnostik würde das nicht bemerken, weil die Knochenläsion durch die Überlagerung beider Wurzeln nicht erkannt werden kann. Die winzige Entzündung an der Wurzelspitze des rechten Zahnes ließe sich röntgenologisch nur sehr unscharf und unspezifisch darstellen.

Ein weiterer dentogener Herd ist die sogenannte dentogene Sinusitis; das ist eine Entzündung der Kieferhöhle, die durch eine Entzündung im Bereich der Zähne oder des Kieferknochens hervorgerufen wird.

* **Monozyten** machen drei bis sieben Prozent der weißen Blutkörperchen (Leukozyten) aus. Sie wandern nach einiger Zeit im Blut in das Gewebe und wandeln sich dort zu Makrophagen um, zu „Fresszellen.“ Sie machen Bakterien oder Gewebetrümmer unschädlich, indem sie sie „fressen“, in der Fachsprache „phagozytieren“ genannt.

** **Memory-T-Helferzellen** mobilisieren das Immunsystem, vor allem merken sie sich, wenn eine Infektion erneut aufflammt.

*** **Eosinophile** Granulozyten sind eine bestimmte Form von weißen Blutkörperchen. Sie sind wichtig für die Abwehr von Infektionen mit Würmern und Parasiten

Stichwort NICO

Ein Sonderfall ist die Neuralgie Induzierende Cavitätenbildende Osteomyelitis (NICO). Dabei handelt es sich um die Auflösung knöcherner Strukturen bei gleichzeitiger Bildung von fettig degeneriertem, nekrotischen Gewebe und kleinsten, radiologisch nicht sichtbaren Hohlräumen im Kieferknochen. Sie sind meist nur im Computer-Tomogramm (CT) darstellbar. NICO findet sich in dem distalen Bereich des Kiefers, also dort, wo kein Zahn mehr angelegt ist; hinter dem Weisheitszahn. In vielen Fällen kann eine solche Läsion über Jahre unbemerkt bleiben, Dem Patienten bereitet sie nicht unbedingt lokale Beschwerden. Erstaunlich ist jedoch, wie damit zusammenhängenden Schulterbeschwerden oder andere skelettale Beschwerden verschwinden, wenn diese Läsion saniert wird.



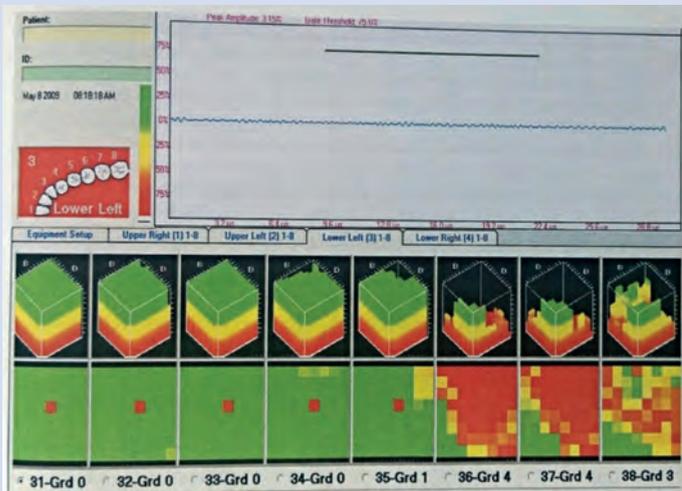
Die Bezeichnung NICO kann irreführend sein, da sie besagt, dass immer ein Schmerzzentrum im Bereich des Kiefers vorliegen müsse. Nach Rixeckers Erfahrungen aber sind häufig diese Läsionen nicht schmerzhaft. Sie bestehen schon seit Jahren und waren für den Patienten nicht spürbar. Dennoch haben sie eine Fernwirkung, die erst dann auffällig wird, wenn man den Herd saniert und die positive Fernwirkung der dann fehlenden lokalen Kieferentzündung deutlich wird.

Die Bezeichnung „Distomolare Systemerkrankung“ (DMS) ist wohl hilfreicher. Als Distomolar bezeichnet man eine Art Kiefer-Überproduktion hinter der ausgebildeten Zahnreihe, wo gar keine Zähne vorgesehen sind. (So etwas gibt es auch an Händen, wo unterschwellig der Ansatz für einen sechsten Finger gebildet ist und der bei Schmerzen operativ entfernt wird). Aus dem Distomolar müssen nicht unbedingt, aber können neuralgiforme Beschwerden auftreten, das sind Schmerzen im Kiefer- und Gesichtsbereich wie bei grippalen Infekten.

Mitglieder werden individuell beraten.



Häufig sind diese Distomolaren Systemerkrankungen (DMS) ausgeprägter als man denkt. Auf dem Bild sieht man einen Herd im rechten Unterkiefer, der sich deutlich im Bereich des Kieferwinkels in den von der Zahnbogenmitte abgewandten Teil der Zähne entwickelt. Die Kürette (chirurgisches Zahnarzt-Instrument) liegt in diesem Bereich, der in der Computertomografie als dunkle Fläche zu sehen ist.



CAVITAT ist ein computergestütztes Ultraschall-Diagnosegerät, das die verschiedenen Phasen einer Kieferentzündung (Ostitis) farblich unterscheidet und sichtbar machen kann. Es zeigt Vorstadien der chronischen Kiefer-Ostitis, abgestorbene und fettig degenerierte Kieferknochen und Cavitationen, hohlräumartige Veränderungen des Kieferknochens. Anmerkung der Redaktion: Siehe auch Borreliose Wissen Nr. 21.

Grün: Gesunde und feste Knochen- und Zahnstrukturen

Gelb: Vorstufe einer chronischen Kieferentzündung

Orange: osteonekrotische Areale, abgestorbene und fettig degenerierte Kieferknochen

Rot: Hohlräume im Kieferknochen mit Bakterien und Toxinen

Das Cavitat-Gerät in dieser Form wird nicht mehr hergestellt. Ein Nachfolgegerät ist angekündigt. Diagnostische bildgebende Hilfe verspricht die Aufnahme des Kieferraums mittels einer Wärmebildkamera, auch Thermografie genannt. Damit lassen sich auch winzige

Entzündungsherde sichtbar machen, die sich noch gar nicht durch Schmerz lokalisieren ließen.

■ Sekundenphänomen nach Huneke

Die Neuraltherapie nach (Ferdinand und Walter) Huneke wurde bereits 1936 beschrieben. Ziel war die Selbstheilung des Organismus über das vegetative Nervensystem mittels Injektionen eines kurz wirkenden Lokalanästhetikums. Das Wirkprinzip ist wie bei der Akupunktur zwar nicht geklärt und doch führt die Stimulation von Triggerpunkten zu einer Unterdrückung der Erregungsübertragung und damit zur Reduktion von Schmerzen. Ferdinand Huneke konnte nachweisen, dass durch eine Injektion Impletol an möglichen Zahnherden skelettale Beschwerden fast augenblicklich verschwanden.

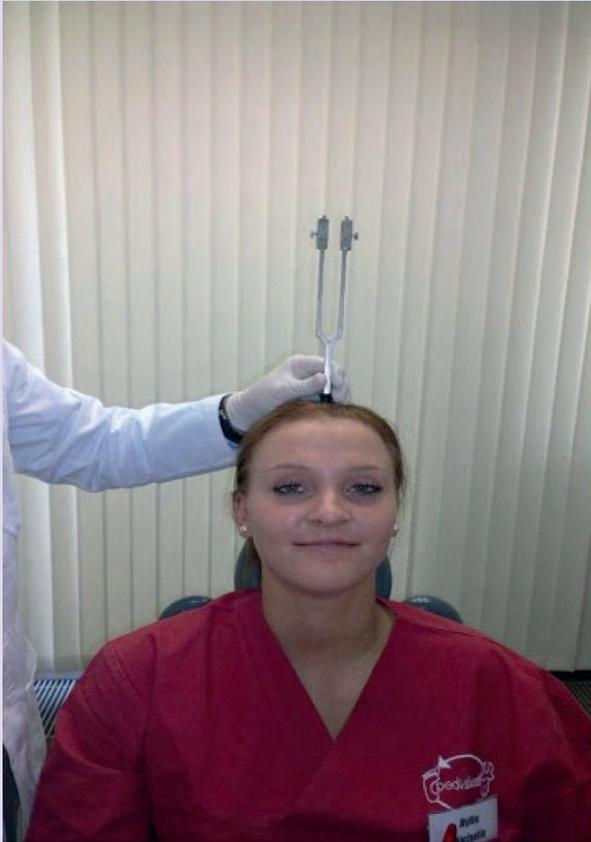
Auch Rixecker spritzt bei Verdacht auf einen dentogenen Herd etwas Lokalanästhetikum in diesen Bereich. Innerhalb von maximal zwei Minuten verbessert sich daraufhin die Beweglichkeit des schmerzenden Körperteils, im Bild 21 zu sehen. Der Effekt hält so lange an, wie das Lokalanästhetikum wirksam ist. Bei der Patientin lag eine chronische Entzündung nach Zahnextraktion (Region 36) vor circa 10 Jahren vor.



■ Weber-Rinne-Versuch

Eine andere Methode, die aus der HN=-Heilkunde kommt, ist der sogenannte Weber-Rinne-Versuch, Hierbei wird eine Stimmgabel auf die Mitte des Schädels

gesetzt und die Unterschiedlichkeit der knöchernen Schallleitung geprüft. Bei einer vorliegenden NICO verschlechtert sich die knöcherne Schallleitung auf der Schädelseite des Befundes.



Der Oro Tox Test ®

Bei Patienten herrscht häufig große Unsicherheit, ob wurzelbehandelte Zähne im Mund gelassen oder gezogen werden müssen. Hier kann der Oro Tox Test hilfreich sein, mögliche Zahnherde bei wurzelbehandelten Zähnen aufzufinden. Im Bereich jenes wurzelbehandelten Zahnes kann es durch die in den Seitenkanälchen befindlichen Keimen zur Bildung von schwefelhaltigen Substanzen kommen, zum Beispiel Schwefelwasserstoff oder Methyl-Mercaptan. Letzteres wird als krebsauslösend eingestuft. Diese Substanzen reichern sich im Sulcusfluid (Flüssigkeiten in der Zahnfleischtasche) an. Sie können mit einer Papierspitze aufgesaugt, entnommen und mit einem Reaktionstest auf bakteriellen Befall getestet werden.

CD 57-Zellen

In einer Reihenuntersuchung zwischen Januar 2015 und Mai 2016 wurden von 71 Patienten mit Borreliose und vorliegenden Zahnherden die CD 57-Zellen bestimmt. Nach Definition des Standardwertes zwischen 100 und 360 lag der Mittelwert bei diesen Patienten bei 107. Daraus lässt sich schließen, dass bei vorliegenden

entzündlichen Veränderungen des Kiefers auch eine Erniedrigung der CD 57-Zellen vorliegt.

Fallbeispiele einer Distomolaren-Systemerkrankung (DMS)



Es handelt sich um einen 54-jährigen Patienten, der eine Läsion im Bereich des rechten Oberkiefers im Sinne einer DMS zeigt. Er ist seit etwa drei Jahren beim Zahnarzt in Behandlung, weil sich immer wieder Druckstellen im Bereich seiner Prothese auftraten. Er klagte allgemeinärztlich über massive Beschwerden im Bereich der Schulter beidseits, vor allem rechtsbetont. Es hatte auch Beschwerden am rechten Ileosakralgelenk (Nähe Kreuzbein) und am rechten Knie. Er ist von Beruf Lastkraftwagenfahrer. Mehrere Therapien (Physiotherapie, Orthopädische Therapie und anderes) hatten nicht zum Erfolg geführt, so dass der Patient nach langjährigem Verfahren als berufsunfähig bezeichnet wurde.



Er wurde am Zahn 19 operiert. Das Bild zeigt direkt nach Eröffnung der Schleimhaut die Läsion im Bereich des Kieferknochens Regio 19. Man sieht bereits die fettige Degeneration.

Ausschließlich Mitglieder erhalten den brandaktuellen Newsletter.



Dieses Bild zeigt das Ausmaß der Läsion. Dieser Knochendefekt wurde über einen Zeitraum von sechs Wochen offen nachbehandelt. Die Beschwerden des Patienten verbesserten sich dramatisch. Er arbeitet zwischenzeitlich wieder in seinem Beruf, allerdings nicht in Deutschland. Seit der Sanierung dieses Herdes kann er seine Gelenke wieder normal bewegen und ist rehabilitiert.



Die Patientin klagte über seit Jahren bestehende Trigemini-Neuralgie, eine äußerst schmerzhafteste Form des Gesichtsschmerzes als Reizungszustand des fünften Hirnnervens (Nervus trigeminus). Bekannt war die Infektion mit *Borrelia burgdorferi*, *Chlamydia pneumoniae* und Herpes Zoster. Zahnärztlich lag eine Dentitis difficilis im Bereich 28, 38 (oben und unten links) und 48 (rechts unten) vor, also ein Durchbrechen der Weisheitszähne auf beiden Seiten, wobei der überzählige 48 sich bereits in Knochenauflösung befand.

Mehrere vorangegangene Wurzelbehandlungen hatten nichts gebracht. Die Patientin klagte weiterhin über unklare Schmerzen im rechten Unterkiefer. Häufig berichten Patienten in diesem Zusammenhang auch über Schmerzen eines Zahns weiter vorne in der Zahnreihe. Es handelt sich dann aber meistens um eine Empfindung des Gesichtsnervs und hat mit den Zähnen weiter vorne nichts zu tun.

Der Weisheitszahn 48 wurde entfernt. Das folgende Bild zeigt in der Tiefe der Knochenhöhle einen Ast des Trigemini-nervs. Nach Behandlung der Kieferentzündung waren die Gesichtsschmerzen der Patientin völlig verschwunden. Wichtig bei der Sanierung von Kieferentzündungen ist eine offene Nachbehandlung. In die-



sem Fall erfolgte eine Streifendrainage der Wunde über vier bis sechs Wochen, wobei die Streifen pro Woche zwei Mal gewechselt wurden.

■ Stichwort Parodontitis marginalis

Sie trägt einen wesentlichen Anteil an der Bildung von dentogenen Herden. Dabei handelt es sich um die Entzündung des gesamten Zahnhalteapparates von den oberen zahnhalbsfernen Bereichen über das Zahnbett mit Zahnfleisch und Zahnwurzelhaut. Dies führt zur Bildung einer krankhaften Zahnfleischtasche und tiefe Knochentaschen im Zahnfach. Die Ursache sind fast immer Zahnbeläge. In diesen Hohlräumen kommt es zu heftigen Entzündungen, die mit der Zeit Herd-Charakter entwickeln.

Es gehört zum normalen Lehrstoff eines Humanmediziners, dass er im Fach Innere Medizin lernt, dass ein toter Zahn Erkrankungen wie hier beschrieben auslösen kann und dass die Entfernung des toten Zahns eine Verbesserung der auch entfernt liegenden Organfunktion bewirken kann. Es zeigt sich damit eine Notwendigkeit, Patienten mit chronischen infektiösen Erkrankungen wie zum Beispiel Lyme-Borreliose einer peinlich genauen zahnärztlichen Diagnostik und auch Therapie zuzuführen.

■ Fazit

Die regelmäßige kieferchirurgische Sanierung beim Lyme-Patienten sollte zum Standard-Repertoire in der Behandlung werden.

Küssen verboten?

Böser Bube: *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*

Circa 50 Milliarden Bakterien in rund 700 verschiedenen Bakterienarten tummeln sich in unserer Mundhöhle. Die bekanntesten sind Streptokokken, die Kohlehydrate aus der Nahrung in Milchsäure umbauen, die dann unsere Zähne angreift. Dieser Vorgang erzeugt Karies. Ein besonders böser Bube ist das Bakterium *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*. Es gilt als Auslöser von Zahnfleischentzündungen und Entzündungen des Zahnhalteapparats und damit als **Türöffner und Wegbereiter für bakterielle Angriffe auf alle Organe, alle Gelenke und den gesamten Körper**. *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* stammt nicht aus der eigenen Mundflora, sondern wird von „außen“, durch Küssen, Löffel oder Schnuller Ablecken aber auch durch das gemeinsame Benutzen von Bestecken, Gläsern und Zahnbürsten übertragen. Eine ordentliche Zahnhygiene und regelmäßige Arztbesuche mit professionellen Zahnreinigungen können eine Infektion durch *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* verhindern.

Es kommt jedoch nicht zwangsläufig zu einer Zahnfleischentzündung, aber Bakterien sammeln sich in der Plaque. Bei unzureichender Mundpflege arbeiten sich die Bakterien voran und es entstehen Zahnfleischtaschen, in denen sich sämtliche

Bakterien, auch Borrelien, verbünden und die Strukturen des Zahnhalteapparats angreifen. Dieser Vorgang beschränkt sich meist nicht nur auf einen Zahn, sondern kann an verschiedenen Stellen im Mundraum auftreten.

Die Behandlung beginnt mit der Entfernung der Zahnbeläge und deren Ausscheidungen. Dabei werden alle Bakterien entfernt, auch *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, um ein weiteres Fortschreiten der Bakterien zu verhindern. Befindet sich die Parodontitis noch im Anfangsstadium, kann dies auch zuhause, mit dem gründlichen, täglichen Zähneputzen erledigt werden. In den meisten Fällen empfiehlt sich jedoch eine professionelle Zahnreinigung beim Zahnarzt. Auch vorhandene Zahntaschen werden entfernt, da diese als Sammelbecken viele Erreger enthalten. Von Mundspülungen auf **Chlorhexidinbasis** – vielfach im Internet empfohlen – raten Kieferspezialisten ab. Sie stören das Gleichgewicht der Mischflora im Mund und erreichen die Zahnfleischtaschen sowieso nicht. Hingegen sei wahrscheinlicher, dass man durch diese Grundeliminierung von Bakterien den natürlichen Schutz vor Pilzen zerstört.

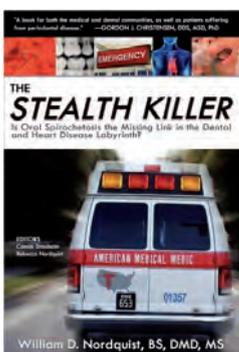
Ist diese Behandlung erfolgreich abgeschlossen, werden die geschä-

digten Zähne oder auch die abgebaute Knochensubstanz behandelt, um die beste Versorgung für das Gebiss zu gewährleisten. Besonders wenn Knochensubstanz in Mitleidschaft gezogen wurde, ist eine komplette Wiederherstellung der Ausgangssituation meist jedoch nicht möglich. Unterstützend kann bei einer Parodontitis-Therapie ein Antibiotikum angewendet werden. Möchte man gegen *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* vorgehen, reicht meist das Entfernen der Plaque nicht aus, sodass Amoxicillin als Breitbandantibiotikum ergänzend verabreicht wird. Die Gabe von Metronidazol, Clindamycin oder Tetracyclin bringt nichts; dagegen ist *Aggregatibacter actinomycetemcomitans* resistent.

Quelle: Zwo-online.info

Bakterien wie auch Pilze, die den Mundraum besiedeln, sind kein Problem, wenn die Keime sich an einer übermäßigen Vermehrung gegenseitig hindern und damit keinen Schaden anrichten können. Bakterien und Pilze im Mund dienen als Schutz vor Keimen, die eine weitaus größere Gefahr darstellen können, die aber auf Grund der flächendeckenden Besiedelung durch Standardkeime keinen Platz auf der Mundschleimhaut finden.

Heimliche Mörder?



Dr. William Nordquist schrieb dazu das Buch „The Steath Killer“, (Amazon: 25,95 \$) übersetzt „Der „heimliche Mörder“, gemeint ist damit, dass er die gleichen Spirochäten im Herzgewebe von an Herzinfarkt verstorbenen Patienten gefunden

habe, die sich auch in deren Zahnfleischtaschen befanden. Dies spricht für die Wahrscheinlichkeit eines Zusammenhangs zwischen tiefen Knochenaschen mit chronischer Entzündung und entsprechenden Herzerkran-

kungen. Er sieht auch den Zusammenhang mit Depression und kognitiven Problemen. Siehe dazu auch Newsletter Nr. 20/ Januar 2017. Weitere Information und Videos in Englisch finden sich unter Youtube William D. Nordquist.

Noma – die unbekannte Krankheit

2002 rätselten Zahnärzte in ihrer Verbandszeitschrift über eine Erkrankung der Mundschleimhaut, die Weich- und Knochenteile des Gesichtes zerfrisst. Obwohl sich bereits im „Handboek der Chirurgen Amsterdam aus dem Jahr 1620 Beschreibungen und Zeichnungen befanden, wurde diese Erkrankung in Deutschland erstmals 1828 als „Wasserkrebs der Kinder“ beschrieben. Es existiert die Zeichnung eines 17-jährigen hellhäutigen Mädchens aus 1860, die in der Medizin- und Pharmaziehistorischen Sammlung der Christian-Albrechts-Universität Kiel aufbewahrt ist. Der Grund für diese Verunstaltung sollte mangelnde Mundhygiene und ein schlecht wirksames Immunsystem gewesen sein.

Was passiert bei Noma? Ausgehend von einer Zahnfleischentzündung vergrößert sich der Krankheitsherd flächig auf die Mundschleimhaut und frisst sich als Entzündung durch Wange und im fortgeschrittenen Stadium in Kiefer- und Gesichtsknochen. Bereits 1964 wurden die Erreger als (spindelartige) Fusispirochäten beschrieben. Wie heute in einer Arbeit aus 2002



Noma – vorher

nachzulesen ist, fand man auch **schraubenförmige Borrelien**, die aber nicht weiter untersucht wurden. **„Die Anzucht von Borrelien wurde nicht vorgenommen. Sie ließen sich aber regelmäßig mikroskopisch im Biopsat nachweisen.“**

Obwohl heute bei Wikipedia behauptet wird, dass Noma „in der Regel Kinder in Entwicklungsländern“ befällt, sind auch Beispiele in Europa bekannt. Auch unter den Mitgliedern des BFBF befinden sich wenigstens zwei Menschen mit Borreliose-Hintergrund, die schon seit Jahrzehnten von Arzt zu Arzt laufen, im Laufe dieser Erkrankung aber verarmten und mutlos wurden und heute am Existenzminimum leben. **„Ich verliere mein Gesicht“, klagt eine früher in der Borreliose-Selbsthilfe tätige Frau.** Hilfe findet sie nicht. Privatärzte kann sie sich nicht leisten.

Auffallenderweise finden sich in der Literatur Beschreibungen, dass Noma vor allem bei sozial schwachen bis vollkommen verarmten Familien vorkommen soll. Als Risikofaktoren werden 1999 Wohnverhältnisse mit engem räumlichen Kontakt zu Haustieren angesehen. Das alles lässt einem mit Borreliose Vertrauten die Alarmsglocken klingen. Doch was tun, wenn sich niemand damit befassen möchte, solange die Krankheit ins Reich der unterentwickelten Länder geschoben wird?

Die Folgen einer Noma sind nicht nur Entstellungen, sondern soziale Isolation und Einsamkeit, Aussichtslosigkeit und Mutlosigkeit, dem Verfall des Gesichtes nicht Einhalt gebieten zu können. 2002 behaupteten zwei medizinische Autoren, dass man Noma mit lokalantiseptischen Maßnahmen und einer systematischen Antibiotikatherapie leicht heilen könne.

Quellen: Zahnmedizin Nr. 4. 2002, Wikipedia.



Noma – nachher

Seit 2005 gibt es die NOMA-HILFE-SCHWEIZ. Sie unterstützt alle präventiven, operativen und pflegerischen Maßnahmen im Bereich der Noma-Bekämpfung ohne geografische Grenzen. Der Verein betreibt Mittelbeschaffung zu Gunsten von konkreten Projekten zur Prävention und Behandlung. **Spenden willkommen: www.noma-hilfe.ch.**

Noma ist in vielen afrikanischen Ländern epidemisch. Es erkranken gemäß Schätzungen der WHO (Weltgesundheitsorganisation) jährlich gegen 100.000 Kinder an Noma. Die Sterberate beträgt 80 Prozent. Die Krankheit existiert nicht im Bewusstsein der breiten Öffentlichkeit. Dies unter anderem auch, weil Noma nach wie vor dämonisiert wird. Häufig werden deshalb betroffene Kinder vor Fremden oder gar vor der eigenen Dorfbevölkerung versteckt.

Wie weise ist die Wissenschaft?

Eine ernst zu nehmende Glosse von Ute Fischer

Der Anspruch der Wissenschaftlichkeit ist ein wichtiges Begehren bei der Erstellung von Leitlinien. Wie aktuell Wissenschaft dabei gehandhabt wird, ist manchmal erschreckend. Da taucht im Leitlinientext über die Häufigkeit und das Symptomenspektrum von persistierenden Beschwerden nach antibiotischer Behandlung der Begriff „**kürzlich**“; er gaukelt den Anwendern – immerhin behandelnde Ärzte und Gutachter – vor, hier handele es sich um eine aktuelle Untersuchung. Weit gefehlt. Damit ist ein Zeitraum von **1986 bis 2014** gemeint. Über die Häufigkeit der Lyme-Borreliose wird mangels Meldepflicht und deutschen Untersuchungen noch immer eine schwedische Studie aus **1995** zitiert. Die letzte als „wissenschaftlich“ zitierbare Studie zum Erythema migrans stammt aus **1999**. Weil man damals nur Patienten mit Erythema migrans untersuchte, stammt aus dieser Zeit die Behauptung, dass 89 Prozent der Patienten eine Wanderröte ausbilden.

Prof. Michael Freitag, bildet als Hochschullehrer Medizinstudenten an der Uni Oldenburg aus. Wie groß, reichhaltig und praxisbezogen das Erfahrungspotenzial dieses noch sehr jungen Mannes mit Borreliosepatienten ist, ist fraglich. Er ist Teilnehmer jener, die Borreliose betreffende Leitlinien-Konferenz. Er rügt unter anderem den Titel der vorliegenden



Michael Freitag

Zeitschrift *Borreliose Wissen* (BW). Er sei „de facto irreführend und habe mit Wissenschaft

wenig zu tun“. Das sitzt erst einmal. Doch wenn man bei uns blättert, ist sehr gut zu erkennen, dass „Wissenschaft“ in BW sich nicht selbst behauptet, sondern nur zitiert wird; und zwar von Wissenschaftlern, die sich nicht immer einig sind. Dass die Redaktion dieses „Wissen“ und auch „Zweifel-Wissen“ den Lesern zugänglich macht, sieht sie als Verpflichtung.

Die Erheiterten und die Empörten

Dazu eine wahre Anekdote aus der Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung (FAS) vom 1. Februar 2017. Zwei Wissenschaftler erlaubten sich einen Scherz und reichten bei der Zeitschrift „Heilpädagogik“ einen Beitrag mit angeblichen Datensätzen über ein erfundenes sonderpädagogisches Förderprogramm ein. Er wurde gedruckt. Das alsbald eingeschickte Bekenner schreiben zerlegte Deutschlands Sonderpädagogik in zwei Lager: die Erheiterten und die Empörten. Zitat FAS: „**Es scheint auszureichen, von den in Mode stehenden Codewörtern und Methoden einfach nur reichlich Gebrauch zu machen.** Während noch vor zwanzig Jahren in den Geisteswissenschaften das postmoderne Kauderwelsch hoch im Kurs stand, sind es im Zeitalter der empirischen Bildungsforschung Zahlen, Tabellen und stochastisches Vokabular.“

Zurück zum wissenschaftlichen Anspruch des Michael Freitag. Dazu ein Zitat von Mathias Brodtkorb, von 2011 bis 2016 Kultusminister von Mecklenburg-Vorpommern, Verfasser des FAS-Berichts: „**Wenn die Wissenschaft die unbedingte Wahrheitssuche für sich reklamiert, kann sie damit vor ihren eigenen**

Toren nicht halt machen. Eine wissenschaftliche Disziplin, die zwar beansprucht, die Welt da draußen nach Herzenslust zu beurteilen und zu kritisieren, aber nicht bereit ist, eben diese Maßstäbe der Kritik auch für sich selbst gelten zu lassen, wird zur bloßen Ideologie.“

Ist Medizin Wissenschaft?

Das glauben die Einen. Die aus dem Medizinbetrieb halten sich für Wissenschaftler. Doch nicht nur der verstorbene Bundesärztekammerpräsident Jörg-Dietrich Hoppe bezeichnete die Medizin nicht als Wissenschaft, sondern explizit als Kunsthandwerk.

Drastischer beschrieb der britische Arzt, Schriftsteller und engagierter Tierversuchsgegner **Vernon Cole-**



man die Medizin als den „**größten, unverschämtesten und lebensgefährlichsten Bluff in der Geschichte der Menschheit.** Die Wahrheit sei, dass die Schulmedizin nichts weiter als Mittler zwischen Pharma-Industrie und Patient sei.“ Hierzu verweisen wir auf *Borreliose Wissen* Nr. 34.

Zurück zum Begriff „Wissen“. Der Duden erklärt den Begriff Wissen mit Synonymen wie: sich auskennen, etwas beherrschen, Bescheid wissen, beschlagen sein, Einblick haben, im Bilde sein, Kenntnis und Durchblick haben. Das alles will und erzeugt „Borreliose Wissen“. Seine Leser wissen mehr über Borreliose.

Betteln um einen Platz im RSA

Mit Fehldiagnosen der Borreliose Geld gemacht

Wie eine Bombe platzte das Interview des Vorstands der Techniker Krankenkasse (TK) Jens Baas in die Vorweihnachtszeit, als er in einem Interview mit der Frankfurter Allgemeinen Sonntagszeitung einräumte, dass Ärzte von Krankenkassen aufgefordert wurden, ihre Diagnosen so umzucodieren, damit sie in den **Morbi-RSA** (Morbiditäts-Risikostrukturausgleich) passen. Der wurde 2008 geschaffen, um Gesetzliche Krankenversicherungen (GKV) mit in Alter und Gesundheitszustand unterschiedlichen Versicherten mit unterschiedlichen Krankheitsrisiken einen Ausgleich zu schaffen. Dazu werden jedes Jahr die 80 aufwändigsten und kostenrelevantesten Krankheiten in eine Liste geschrieben. Codiert ein Arzt eine dieser Krankheiten, kriegen er und die abrechnende Krankenkasse einen Zuschuss aus dem Gesundheitsfonds, der vom Staat und von den Krankenkassen befüllt wird. 2016 wurden so **14 Milliarden Euro** ausgezahlt. 2017 sind **14,5 Milliarden Euro** im Topf.

Baas räumte im Interview ein, dass die Ärzte regelrecht zu einem Upgrading ihrer Diagnosen aufgefordert worden waren. Das Bundesversicherungsamt (BVA), das die Rangliste der Krankheiten Jahr für Jahr festlegt, vertraut auf seinen wissenschaftlichen Beirat, der aus 16.000 möglichen Codes erst 368 Krankheiten erfasst und die Auswahl dann auf 80 reduziert. (Wir berichteten im Newsletter Nr. 19). Die Kriterien für die Rangfolge lauten:

- schwerwiegender oder chronischer Verlauf (gemessen an Krankenhausaufenthalten oder Diagnosen im Zeitverlauf)

- durchschnittliche Leistungsausgaben je Versicherter, die die durchschnittlichen Leistungsausgaben aller Versicherten um mindestens 50 Prozent übersteigen

- die Bedeutung des Versorgungsgeschehens an den Kosten und der Anzahl der betroffenen Personen

BVA-Präsident Frank Plate kommentierte unsere Überlegungen zur Unterversorgung der Lyme-Borreliose so, wie es auch im Verständnis der BFBD liegt:

- Für Kostenträger (zum Beispiel Krankenkassen, Berufsgenossenschaften) bestehe eine **generelle Leistungspflicht**.

- Die Schlussfolgerung, Ärzte würden verführt, Diagnosen upzugraden und Borreliose-Patienten nicht auf Borreliose zu behandeln, lasse sich (trotz öffentlichem Geständnis der TK) nicht ziehen. **Darüber hinaus wäre ein solches Vorgehen rechtlich nicht zulässig.**

- Die ordentliche Kodierung von Diagnosen und die dazugehörige Therapie seien berufsständisch und gesetzlich **ärztliche Pflicht**.

Parallel hatten wir den an das Bundesversicherungsamt (BVA) adressierten Brief gleichlautend auch an den Gesundheitsökonom **Prof. Jürgen Wasem**, Uni Duisburg-Essen geschickt sowie an die Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium **Annette Widmann-Mauz**, die bereits seit 2011 von uns mit dem Thema Lyme-Borreliose kontaktiert ist. Letztere entledigte sich nach zweieinhalb Monaten der Verantwortung, in dem sie eine Kopie vom BVA-Schreiben schickte: Wasem antworte überhaupt nicht.

Der BFBD schrieb auch an **Ulrike Elsner**, Vorstandsvorsitzende des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek) und involviert in der Findung der 80 RSA-Krankheiten. Wir wiesen explizit auf die im RSA enthaltenen Fehldiagnosen und Fehlcodierungen einer Lyme-Borreliose hin. Es sind

- **Chronischer Schmerz (27)**
- **Neuropathien (37)**
- **Multiple Sklerose (33)**
- **Depression (26)**
- **Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (29)**
- **Herzinsuffizienz (47)**

Warum wäre es erstrebenswert, mit Lyme-Borreliose im RSA zu landen? Dann wären Borreliose-Patienten endlich Patienten, die Ärzte gerne in ihrem Wartezimmer sitzen haben. Und auch die Krankenkassen wären kooperativer, weil sie für dafür einen Nachschlag aus dem Gesundheitsfonds erhielten. Wunschenken? Strohalm?

Bis Redaktionsschluss gab es noch keine neue RSA-Liste für 2017, aber politische Absichtserklärungen und den Erlass des Bundesministeriums für Gesundheit vom 13. Dezember 2016 an den Wissenschaftlichen Beirat, bis 30. September 2017 ein Sondergutachten über die Wirkungen des Morbi-RSA unter Berücksichtigung der bisher vorliegenden RSA-Ausgleiche zu erstellen sowie die Folgen relevanter Vorschläge zur Veränderung des Morbi-RSA empirisch abzuschätzen. Wenn man nun weiß, dass am 24. September 2017 Bundestagswahl ist, darf sich der geschätzte Leser ausrechnen, dass dies voraussichtlich **ein Gutachten für die Tonne** ist.

Bakterien als Medizin der Zukunft

Es war mucksmäuschenstill, als Dr. Anne Katharina Zschocke 2016 in der Wetzlarer Stadthalle über die Wunderwelt der Bakterien in unserem Leben und lange, lange vor unserem Leben sprach und die relevanten Zeiträume mittels eines Meterbandes augenscheinlich darstellte. Nur an diesem letzten Fitzelchen des Maßbandes spielte sich unser Leben ab, während Bakterien die ersten 99 Prozent beherrschten und unsere Erde für uns bereiteten. Es mag für die meisten Menschen befremdlich anmuten, dass diese Kleinstlebewesen, die wir doch ständig versuchen, mit Antibiotika abzuschießen, Krankheiten kurieren und Probleme lösen können, die wir zumeist auch noch selbst aufbauen.

In Wahrheit gibt es ohne Bakterien keine Gesundheit. Unverträglichkeiten, Entzündungen, Depressionen und vieles andere werden heute auf Störungen und Disbalancen zwischen den Bakterien und dem menschlichen Körper zurückgeführt. Durch Wiederherstellen ihres subtilen Zusammenspiels lassen sich viele Krankheiten heilen. Dazu ist es wichtig, das Mikrobiom wahrzunehmen. Es ist der Überbegriff für alle Mikroorganismen im Körper des Menschen, zugleich ein mehrschich-

tig ineinander verwobenes System und auch noch ein dynamischer Prozess, in dem neben Bakterien auch Viren, Pilze und Parasiten eingebunden sind.

Selbst als Laie kann man sich vorstellen, dass eindringende Borrelien diesen dynamischen Prozess irritieren. Ist der Mensch krank, ist unweigerlich das Mikrobiom daran beteiligt, meistens bereits bevor körperliche Symptome auftreten. In der Regel geht der Erkrankung irgendeine Unausgewogenheit voraus, die die Toleranzgrenze des Individuums überschreitet, sei es physisch-stofflicher, sozialer oder tiefergehenden Natur. Können die vorhandenen Bakterien diese Toleranzüberschreitung nicht ausreichend kompensieren, kommt es zu Regulationsversuchen, die den Körper überfordern. **Dies tritt dann als Krankheit in Erscheinung.** Für eine Rückkehr in die Toleranzbreite, innerhalb der das Gleichgewicht im Organismus sich wieder selbst regulieren kann, benötigt ein ernsthaft kranker Mensch Unterstützung. Diese kann mit einer **Mikrobiom-Therapie** gegeben werden. Sie ist kein Ersatz für bewährte Medizin, sondern ihre Erweiterung.

Eine spezielle Mikrobiom-Diagnostik braucht spezielle Analysen.

Aber in welcher Verfassung ein Mikrobiom ist, kann man leichter und selbst an seinen spürbaren Befindlichkeiten ablesen.

- Haut: Rötung, Knötchen, Bläschen, Schuppen, Risse mit und ohne Juckreiz oder Brennen
- Mund: Auflagerungen, Bläschen, Geschwüre, Mundgeruch, schlechter Geschmack
- Innere Organe: Entzündungen, Schmerzen
- Atemwege: Schmerzen, Husten, Schleimbildung
- Darm: Ausmaß und Geruch abgehender Darmgase. Gesunde Gase sind geruchlos. Stuhl ist im Normalfall von fester geschmeidiger Konsistenz und fällt ab, ohne dass Toilettenpapier benötigt wird.
- Geschlechtsorgane: Ausfluss, Juckreiz, Schmerzen, Hauterscheinungen

Natürlich heilen mit Bakterien

Dr. Anne Katharina Zschocke
AT-Verlag, 2016
296 Seiten, 24,95 Euro
ISBN 978-3-030800-902-3



Dicke Kinder durch Infektionen

Nicht Antibiotika, sondern Infektionen erhöhen das Risiko, dass ein Kind an Fettleibigkeit erkrankt. Der häufige Antibiotika-Einsatz in der Pädiatrie geriet in den letzten Jahren in die Kritik. Der Vorwurf lautete, dass Antibiotika die Entwicklung der Darmflora nachhaltig stören würden. Dies verändere später die Vorverdauung der Nahrungsmittel durch die Darmbakterien, was über eine gesteigerte Resorption die Entwicklung der Adipositas fördere. So die ursprüngliche

Annahme. Die Analyse eines großen US-Versicherers aus einer Studie mit 260.000 Kindern, die zwischen 1997 und 2013 geboren wurden, kommt nun zu einem anderen Ergebnis. Das Team De-Kun-Li vom Forschungszentrum von Kaiser permanente in Oakland hatte erwartet, dass Kinder, die im ersten Lebensjahr häufig antibiotisch behandelt wurden, später häufiger übergewichtig oder fettleibig wurden. Dies war nicht der Fall. Vielmehr fand Li einen Zusammenhang zwischen

unbehandelten Infektionen und einer späten Fettleibigkeit. Jede unbehandelte Infektion im ersten Lebensjahr erhöhe das Fettleibigkeits-Risiko um 25 Prozent. Je häufiger die Kinder erkrankt waren und keine Antibiotika erhielten, desto größer war das Risiko auf spätere Gewichtsprobleme. Eine Analyse von Zwillingen aus der Kohorte bestätigt diese Ergebnisse.

Quelle: aerzteblatt.de

Jubiläum in Augsburg

Zehn Jahre nach Gründung der ersten Borreliose-Spezialklinik in Europa lud das BCA (Borreliose-Centrum-Augsburg) am 19. Oktober letzten Jahres zur Jubiläumsfeier ein. Mehr als 150 Gäste verfolgten den spannenden Rückblick von Dr. Carsten Nicolaus, der aus seinem Erfahrungsschatz mit über 25.000 Patienten berichtete. Sie kommen aus Deutschland und aller Herren Länder. Nicolaus: „Viele Patienten haben einen langen Leidensweg und eine große Zahl an auf reinen Einzelsymptomen basierenden Diagnosen und Fehldiagnosen hinter sich.“ Vermisst wurde Armin Schwarzbach, langjähriger Laborleiter und Kämpfer über neun Jahre. Er betreibt nun sein eige-

nes Labor, ist jedoch aus dem Werdegang des BCA nicht nur gedanklich nicht auszublenden.

Das BCA kooperiert heute mit einem Team von fünf Ärzten mit Therapiezentren, Krankenhäusern und Ärzten in verschiedenen Län-

dern, die nach den Leitlinien der ILADS (International Lyme and Associated Diseases Society) arbeiten. **Auf Geschenke und Blumen hatte man zu Gunsten des BFBS verzichtet, der sich über 1.250 Euro Spenden freuen durfte.**

Auch der französische Infektiologe Prof. Christian Perronne (links), streitbarer Sachverständiger in Fernsehdokumentationen in Frankreich, Luxemburg und Belgien, machte Dr. Carsten Nicolaus anlässlich des BCA-Jubiläums in Augsburg seine Aufwartung.



Lyme-Borreliose in meldepflichtigen Bundesländern

Bundesland	EW. Mio	2014	2015	2016	Zuwachs 2016 in %	Fälle pro Mio EW
Brandenburg*	2,5	1419	1196	1764	47	705
Mecklenburg-Vorpommern**	1,6	791	784	993	43	620
Rheinland-Pfalz	4,0	985	1076	1471	36	367
Saarland	0,9	193	166	197	18	218
Sachsen	4,0	1361	1338	2088	56	522
Sachsen-Anhalt	2,2	385	362	505	39	229
Thüringen	2,1	393	334	573	71	272
Berlin	3,5	635	627	900	43	257

Bayern bis Redaktionsschluss keine Meldezahlen geliefert.

* Brandenburg hat mehr als drei Mal so viele Borreliose-Fälle wie das an Einwohnern vergleichbar große Sachsen-Anhalt. Es existiert die Borreliose-SHG Oberhavel.

** Mecklenburg-Vorpommern weist mehr als doppelt so viele Borreliosefälle pro Million Einwohner als Berlin auf, obwohl Berlin mehr als doppelt so viele Einwohner hat. Es existiert keine einzige Borreliose-SHG.

Warten auf ein Wunder

Wüsste man nicht, dass Eckart von Hirschhausen tatsächlich Arzt ist, würde man sein neues dickes, dickes Buch schnell weglegen. Auf den ersten Blick scheinen es Erzählungen aus seinem Leben zu sein, aber im Grunde versucht er über diese persönliche Schiene dem Leser eine Menge Anleitung zu vermitteln, wie man sich selbst aus dem Sumpf des Unwohlseins zieht. Und plötzlich wünscht man sich, er wäre unser Arzt; denn er argumentiert nicht als Weißkittel, sondern als Patient, häufig als Leidender, der am Medizinbetrieb nicht gerade verzweifelt, aber dennoch stark an ihm hadert. Bei aller Sympathie für sanfte Medizin, schreibt er auch über die harten Seiten der Medizin, über Steve Jobs zum Beispiel, der Gründer von Apple, der bei seiner Diagnose Bauchspeicheldrüsenkrebs alle Empfehlungen der Schulmedizin in den Wind schlug und sich der Alternativmedizin hingab. Als Jobs nach acht Monaten doch operiert werden wollte, war er nicht mehr zu retten. Diese Entscheidung, schrieb er in seiner Autobiografie, habe er bitter bereut.

Hirschhausen lernte in London „bedside-manners“, Benimmregeln



Hirschhausen: „Egal ob Heiler, Heilpraktiker oder approbierte Ärzte behandeln, es kann Schaden entstehen, und zwar nicht nur durch das, was gemacht wird, sondern auch durch das, was nicht gemacht wird!“

am Krankenbett. Auch das ein Indiz, warum das Feld der sprechenden und zuhörenden Medizin bei Heilpraktikern und Alternativmedizinern gelandet ist, wie sich das Medizinsystem von den Bedürfnissen der Patienten entfernt hat und finanzielle Anreize in der Arztpraxis und im Krankenhaus Vorrang haben. Dass eher ein Herzkatheder gesetzt wird, statt verstehen zu wollen, was Menschen wirklich auf dem Herzen haben.

Das Buch ist zwar in Kapitel unterteilt, ist aber trotzdem nicht selektiv zu lesen, weil überall zwischen Vitamin C und Medikamentenstudien

etwas aus dem Medizinbetrieb erklärt und aufgelöst wird, was bis dahin für den Patienten ein unverständliches Geheimnis war. Ja, damit kann man sicher gesünder werden, wenn man nach 490 Seiten begreift, wie wir von der Pharma- und von der Lebensmittelindustrie, von Politikern und vom Gesundheitswesen benutzt und manipuliert werden; auch dass wir unkritisch auf unseren Erfahrungen wider besseren Wissens beharren. Aus Bequemlichkeit. Mit dieser Erkenntnis könnten wir die erwarteten Wunder vermutlich selbst in Gang bringen.

Leseprobe von Seite 297

Ein Mann stürzt in den Bergen einen Abhang hinunter. Aber er hat Glück und bleibt an einem dünnen Ast hängen. Unter ihm der Abgrund, über ihm nur ein kleines Stück Himmel. Der Ast ist dünn, und seine Kräfte lassen nach. Er ruft: „Ist dort oben jemand?“ Und tatsächlich teilen sich die Wolken, und eine Stimme spricht: „Ich bin es, der Herr. Lass die Wurzel los, und ich werde dich retten.“ Der Mann überlegt kurz und ruft dann: „Ist noch jemand anderes da oben?“

Wunder wirken Wunder

Wie Medizin und Magie uns heilen
Eckart von Hirschhausen
Verlag Rowohlt, 2016, 19,95 Euro
ISBN 978-3-4980-9187-3

Medizinische Begutachtung

Die redaktionelle Mitverfolgung des BFBD von Ansprüchen von Borreliosepatienten hauptsächlich an Versicherungen aber auch wegen Schadensersatzansprüchen gegen Ärzte und Kliniken offenbart, dass häufig weder der einzelne Patient noch sein Rechtsberater die Feinheiten der Allgemeinen Grundlagen der medizinischen Begutachtung kennen. Insofern können sie auch nicht die Schwächen und Fehlleistungen von Gutachtern diagnostizieren und entlarven. Als einfachstes Nachschlagewerk dient hier die **AWMF-Leitlinie 094/ 001** (Stand 07/2013/ Internet), die auf 45 Seiten explizit beschreibt, worauf bei einem Gutachten Wert zu legen ist. Verstößt das Gutachten gegen diese Grundlagen, so sind dies **Anlässe und Gründe, ein Gutachten abzulehnen**.

Bedenklich für die Erarbeitung dieser Grundlagen ist, dass daran ausschließlich ärztliche Fachgesellschaften beteiligt waren, im Speziellen die Lyme-Borreliose betreffend sind dies

- Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin (DGNB)
- Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)
- Deutsche Gesellschaft für Neurologie (DGN)
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM)
- Gesellschaft für Neuropsychologie (GNP)

Wissenswert ist auch, dass es sich bei jener Leitlinie um die Klassifikation S2k handelt, also um Empfehlungen ohne Angabe von Evidenz und Empfehlungsgraden, weil keine systematische Aufbereitung der Evidenz zu Grunde liegt. (Evidenz: empirisch erbrachter Nachweis).

Hier lediglich ein paar Aspekte, die sich der zu Begutachtende ins Gedächtnis rufen möge, bevor er zu einer Begutachtung geht und wenn er sein Gutachten zu lesen bekommt.

- Der beauftragte Gutachter muss das **Gutachten grundsätzlich selbst erstellen und verantworten**. Wenn er sich der Mitarbeit einer anderen Person bedient, ist der Umfang dieser Vertretungstätigkeit im Gutachten anzugeben. Es geht nicht, dass ein Assistenzarzt die Untersuchungen macht und Herr Professor nur mal Guten Tag wünscht und unterschreibt.
- Der Gutachter muss selbst entscheiden, ob er über die notwendige medizinisch/sozialmedizinische **Fach- und Sachkompetenz** verfügt. Aber auch der zu Begutachtende kann im Vorfeld die Kompetenz des beauftragten Gutachters prüfen und ihn gegebenenfalls mit sachlicher Begründung ablehnen. Der BFBD ist seinen Mitgliedern dabei behilflich.
- Es ist dem Gutachter nicht gestattet, ohne Erlaubnis der Gerichts und des zu Begutachtenden weitere Gutachter hinzuziehen, die ihm überlassenen Akten zu diesem Zweck **an Dritte weiterzuleiten**, um den Gutachtensfall zu diskutieren. Gab es alles schon und wurde erfolgreich abgewiesen.
- Zufällige Wahrnehmungen, heimliche Beobachtungen am zu Begutachteten, die als Ausdruck übertriebenen Misstrauens gegenüber dem Gutachter ins Gutachten einfließen könnten, sind zu unterlassen.

Die Interaktion zwischen Gutachter und zu Begutachtenden ist oft schwieriger als die übliche Arzt-Patienten-Kommunikation. Ablehnende und unfreundliche Haltung



können den zu Begutachtenden zu Verdeutlichungstendenzen verleiten, die dann fälschlich als Aggravation oder Simulation gedeutet werden. Eigenes Krankheitserleben, weltanschauliche Überzeugungen und Tagesform des Gutachters müssen unterlassen werden, weil sie zu Fehlbeurteilungen führen können. **Notieren**.

Ob der zu Begutachtende die Anwesenheit eines Dritten bei der gutachtlichen Untersuchung verlangen kann, wird von den Gerichten unterschiedlich beurteilt.

Strafgerichte lehnen das in der Regel ab. Zivil- und Verwaltungsgerichte sind da zurückhaltender und beschränken dies auf Ausnahmefälle. Sozialgerichte bejahen das **Anwesenheitsrecht einer Begleitperson** für den zu Begutachtenden, wobei der Dritte nur anwesend sein, nicht aber die Begutachtung stören darf. Er darf aber mitschreiben, was er miterlebt. Es könnten Aufzeichnungen werden, die zur Ablehnung eines Gutachtens führen können. Einen Gutachter, der sich massiv sträubt, einen Beobachter und – speziell bei Gedächtnisstörungen – als erinnerlichen Helfer zuzulassen, sollte man ablehnen.

Hilfreich in jener Leitlinie können auch sein, die **Empfehlungen für die Begutachtung von Berufskrankheiten**.

FSME-Impfung

FSME-Experten, wer auch immer dazu zu rechnen sei, schlagen Alarm, teilt der von Pharma initialisierte Pressedienst Univadis mit. Die Zahl der FSME-Fälle habe sich von 2015 auf 2016 von 219 auf 342 erhöht. Impfstoffhersteller Pfizer rührte die Werbetrommel bereits im Februar. Das Robert Koch-Institut rührt fleißig mit. Wie immer. Nichts gegen

FSME-Impfung. Wer in einem Risikogebiet lebt und sich dort im Freien aufhält, tut gut daran, sich impfen zu lassen. Wissen muss man aber auch, dass es nicht nötig ist, die von Pfizer empfohlenen Impfrhythmen einzuhalten. **Nachgeimpft werden muss nur, wenn man keine Antikörper mehr gegen FSME hat.** Dies lässt sich durch einen Bluttest feststellen,

den man allerdings selbst bezahlen muss. Nicht selten sind auch nach sechs bis acht Jahren noch Antikörper vorhanden, die vor einer Infektion schützen. Immerhin ist jede Impfung ein Eingriff ins Immunsystem und sollte nur dann erfolgen, wenn Bedarf besteht.

Schwäbische Zeckenkartographie

Seit mehr als 20 Jahren ist bekannt, dass in der Region um Augsburg Zecken leben, die den Erreger für Lyme-Borreliose übertragen können. Die BCA-Clinic in Augsburg arbeitet schon seit 2015 an einer Zeckenkartierung in und um Augsburg. Dazu untersuchte sie genau definierte Grünflächen im Stadtgebiet nach Zeckenbefall, Art, Entwicklungsstufe und Infektiosität.

Es wurden 177 gefundene Zecken nach Fundortbedingungen, Außentemperatur, Luftfeuchtigkeit dokumentiert und untersucht. Alle in Augsburg eingesammelten Zecken gehörten zur einheimischen Spezies „Gemeiner Holzbock“ (*Ixodes ricinus*). 71 Prozent waren Larven, 11 Prozent Nymphen, 18 Prozent adulte Tiere.

Mittels DNA-Isolierung, PCR, Elektrophorese wurden alle Zecken auf eine vorliegende Infektion mit den in Deutschland am meisten verbreiteten Borrelioseerregern *Borrelia burgdorferi*, *Borrelia afzelii* und *Borrelia garinii* getestet. Von den getesteten Tieren waren insgesamt 71 (46 Prozent) männlich und 96 (54 Prozent) weiblich. Da nur weibliche adulte Tiere und Nymphen den Borreliose-Erreger auf den Menschen übertragen können, war die Auswer-

tung dieser Zecken-Gruppen von besonderem Interesse für die Forscher des BCA-research-Labors. Die Bilanz zeigt vergleichsweise hohe Werte: Von den adulten Weibchen und Nymphen waren 35 Prozent borrelien-positiv.

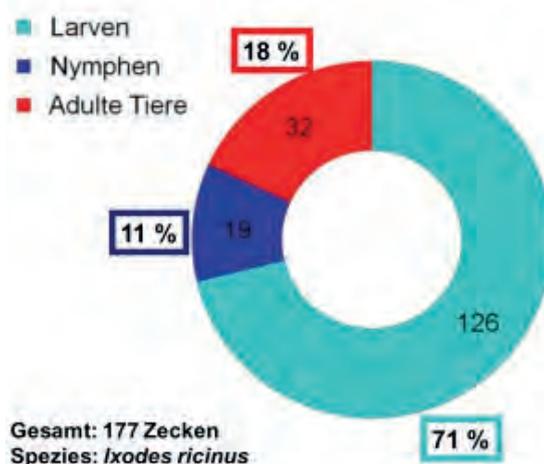
■ Zecken einschicken

Um die Zeckenlandkarte Schwaben zu vervollständigen, wurde 2016 ein Appell an die Bevölkerung ausgesendet, selbst Zecken zu suchen und einzuschicken. Von 340 von Hund, Katze und Mensch abgesammelten Zecken wurden 115 ausgesucht, die eine möglichst weite regionale Abdeckung gewährleisteten. Sie stammten überwiegend von Wald-rändern und aus hohem Gras. 17,9 Prozent waren *Borrelia* positiv, überwiegend mit *B. garinii* und *B. afzelii*. Dieses Ergebnis liegt in der Mitte der Prävalenzangaben für Gesamtdeutschland des Robert Koch-Instituts (5 bis 35 Prozent).

Eine erste Studie auf Golfplätzen der Region ergab ein Übertragungspotenzial von 35 Prozent. Nach weiteren

Untersuchungen ist jedoch damit zu rechnen, dass **jede fünfte Zecke**, die ausreichend lang am Wirt (Mensch, Hund, Katze) saugt, voraussichtlich *Borrelia*-Bakterien überträgt.

Das BCA möchte seine Zecken-Kartographierung fortsetzen und bittet die Bevölkerung nicht nur in und um Augsburg, sondern überall in Deutschland aufgefundene Zecken tot oder lebendig, aber halbwegs vollständig, einzuschicken. Dazu soll sie mit einem Klebestreifen im Kuvert fixiert werden. Ein Formular für Angaben zum Fundort und frankierte Rückumschläge sind zum Download auf der BCA-Website <http://www.bca-clinic.de> hinterlegt.



Eigentlich unwürdig für Frontal 21



Wer dieses ZDF-Format jeden Dienstag um 21.00 Uhr regelmäßig sieht, wunderte sich hoffentlich im vergangenen November, dass es plötzlich um das „Geschäft mit der Borreliose“ gehen sollte. Der Ursprung dieses Themas stammt vermutlich mal wieder aus den nur scheinbar unergründlichen Attackengebern, für die Borreliosepatienten nichts anderes sind, als eine Verschiebemasse, um teure Medikamente für angebliche Fehldiagnosen zu vertreiben. Ein paar dänische Journalisten tarnten sich als Borreliosepatienten und ließen ihr (oder wessen Blut auch immer) in Deutschland untersuchen. Die Diagnose „Borreliose“ benutzten sie dann, um jenes Labor und eine bekannte Borreliose-Praxis in die Pfanne hauen zu wollen,

nach dem Motto: „Die sehen in allem nur Borreliose, um Geld zu verdienen“.

Frontal 21 sprang auf diesen Zug auf und suchte nach Beweisen. Leider erwies sich der recherchierende Redakteur (entweder Anfänger, auf alle Fälle nicht mehr in der Redaktionscrew zu finden) als Dünnbrettbolcher. Unter anderem landete er auch bei der BFBD-Vorsitzenden und versuchte mit hartnäckigen Suggestivfragen negative Aussagen über jenes Labor und jene Arztpraxis herauszulocken, die seine These bestätigen sollten. Nach ergebnislosem Abzug fand er ein Opfer in Leipzig, das gegenüber dem BFBD kundtat, dass es vom Frontal-Redakteur bedrängt worden sei, sich Blut für eine Untersuchung abnehmen zu

lassen; auch noch bei einem Arzt, der noch nie mit Borreliose in Erscheinung getreten war.

Unsere Proteste gegenüber der Frontal-Redaktion waren wohl glaubwürdig. Was als Sendebericht letztlich herauskam, war zu vergleichen mit dem Sprung des Tigers, der als Bettvorleger landet: eines der üblichen Filmchen über Lyme-Borreliose. Das eigentliche Potenzial unseres immerwährenden Themas verpuffte. Meldepflicht. Fehldiagnosen. Pharmaindustrie. Unfallversicherungen. Leitlinien von Fachgesellschaften, die am Pharmatropf hängen. Ein Skandal war zwar gewünscht, aber bitte nach den Vorgaben des Frontal-Redakteurs. Die Redaktionsleiterin Ilka Brecht hatte das rechtzeitig identifiziert.

Hoffentlich versichert

„Wahnsinnig geworden?“, brüllte Direktor Markquardt, wer zum Teufel hat diesen Borreliose-Fall reguliert?“ Controller Schmidke zuckte mit den Schultern: „War eindeutig, dokumentierte Wanderröte, Liquor positiv. Auch der Gutachter hat sich gedrückt.“ Markquardt donnerte seine Faust auf den Schreibtisch.

„Wir brauchen keinen Präzedenzfall, verdammt!“

Schmidke: „Aber das Jahr lief doch gut für die Allianz, 6,9 Milliarden Euro Nettogewinn.“ Marquardt explodierte: „Wenn sich das rumspricht, kommen sie alle, die blöden Borreliosepatienten.“

Euer Borrelius



BORRELIUS SPEKULIERT

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

Hilfe zur Selbsthilfe

Seit Mai 2007 existiert, neben zahlreichen regionalen Borreliose-Beratungen, ein Borreliose-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. Es besteht die Planung, auf eine kostenlose 0800-Nummer auszuweichen; jedoch muss dafür ein zuverlässiger Sponsor gefunden werden.

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.

Hotline: ☎ **0180 – 5006935** (€ 0,14/Min. aus dem deutschen Festnetz, max. € 0,42/Min. aus dem Mobilnetz)

Montag
10.00 bis 12.30 Uhr



Brigitte Binnewies
Leiterin der Borreliose
Patienten-Initiative
Heidenheim

Dienstag
10.00 bis 12.30 Uhr



Klaus Gesell
Borreliose-SHG
Augsburg

Mittwoch
10.00 bis 12.30 Uhr



Eleonore Bensing
Leiterin SHG Bremen

Donnerstag
10.00 bis 12.30 Uhr



Günther Binnewies
Buchautor, Berater der
Patienten-Initiative
Heidenheim

Freitagabend
18.00 bis 20.00 Uhr



Ute Fischer
Buchautorin
Wissenschaftsjournalistin

Freitagabend
18.00 bis 20.00 Uhr



Jochen Werner
Borreliose Patienten-
Initiative Heidenheim

*Bitte beachten Sie:

Beratungszeiten können sich ändern. Manchmal tauschen die Berater untereinander. An gesetzlichen Feiertagen ruht die Beratung.

**Berater – vertretungsweise
an einzelnen Tagen – für die Hotline gesucht
Liste wird monatlich erstellt.**

Selbsthilfe ist keine Dienstleistung, sondern Gemeinschaftsarbeit

Von Ute Fischer

Die Nationale Kontaktstelle für Selbsthilfe (NAKOS) fragte im vergangenen Jahr nach Erfahrungen zum Thema Generationenwechsel. Für die Borreliose-Selbsthilfe geht es jedoch nicht um Generationen, sondern verstärkt um den Wandel der Mediennutzung und ein Aufkommen sogenannter Nehmerqualitäten, selbst von Menschen, die verzweifelt nach Information für ihre Beschwerden suchen. Hier ist der Abdruck aus NAKOSINFO 115, Dezember 2016.

Generationenwechsel? Ich denke, das ist zu kurz gesprochen. Es geht in der Selbsthilfearbeit nicht nur um eine nachfolgende Altersgruppe, sondern um einen generellen Wandel von Zeitgeist und Technologie, um Informationsflut und Kulturverarmung. Im Falle der Lyme-Borreliose, eine durch Zecken ausgelöste bakterielle Infektion, ist eine Tendenz sichtbar, die sich vermutlich auch bei anderen Selbsthilfe-Bedarfen vollzieht: **Der Nutzungswandel vom persönlichen Gespräch hin zum Konsumieren der Neuen Medien, Zuhause, im kostenlosen Download, zu jeder Tages- und Nachtzeit. Er verarmt die Landschaft der Selbsthilfe. Er entwertet ehrenamtliches Engagement.** Statt körperlichem Zusammentreffen, Rücksichtnahme auf andere Betroffene, vorbereitendem Fokussieren auf das Wesentliche versuchen Ratsuchende, ihre Antworten und auch Fragen aus Foren und Webseiten einzusammeln. Sie wissen zwar nicht, wer sich da als Antwortgeber betätigt, ob tatsächlich ein Betroffener mit ähnlichen Fragen oder irgendein Wichtigtuer mit Profilneurose oder aber auch Spezialisten eines Pharmaunternehmens; aber das

ist ja so bequem. Man muss selbst nur Fragen stellen und bekommt Antworten, ohne sich vom Sofa erheben zu müssen, ohne das Leid anderer zu ertragen, **ohne Danke sagen zu müssen.** Mit einem Click ist man wieder weg, ohne Verantwortung, ohne Folgen, ohne Nachhall. Nehmerqualitäten nennt sich das neudeutsch.

Noch in den 1990er Jahren multiplizierten sich unsere Selbsthilfegruppen stetig. Informationen gab es nur da. Das Internet lag für Otto Normalverbraucher in weiter Ferne. Medizinische Artikel und Studien wurden kopiert, ausgetauscht und verteilt. Telefonisch rief man sich zusammen, wenn jemand etwas über einen Vortrag erfuhr; Fahrgemeinschaften verabredeten sich. Heute kann ich sagen, dass diese Generation ausstirbt. Die Gruppen werden kleiner; teilweise lohnt es sich nicht, den Raum zum Treffen aufzuschließen. **Die nächste Generation meint, alles digital managen zu können. Statt zur Gruppe zu kommen, ruft man eine Hotline an, man schickt seine Fragen als E-Mail und drückt sich Webseiten aus.** Im Falle der Lyme-Borreliose nimmt diese Tendenz eine enttäuschende Richtung an.



Schon lange regt sich Unwillen bei den Engagierten. Sie fühlen sich benutzt, ohne selbst von der Gruppe partizipieren zu können. Besucher erwarten Vorträge und Patentrezepte. Mögliche Nachfolger drücken sich vor der vermeintlichen Verantwortung, alle Fragen von Ratsuchenden beantworten und dem Anspruchsdenken genügen zu müssen. Die Ur-Idee der Selbsthilfe, dass man sich gegenseitig hilft, wird verloren gehen, wenn die Gruppenleitung dies nicht auf sanfte Weise einfordert und die Gruppenbesucher motiviert, dass Selbsthilfe keine Dienstleistung ist, sondern Gemeinschaftsarbeit. Wer dies beherzigt und sich auf die Gesprächskultur zurückbesinnt – so etwas kann man auch in Kursen wieder lernen – dient sicher als nachahmenswertes Vorbild für die nachfolgende Generation.

Wer macht was im BFBD

Ute Fischer*

Vorsitzende



Gesundheitspolitik
Pressesprecherin
Reinheim
Tel. 06162-911 986
E-Mail: ute.fischer@borreliose-bund.de

Werner Vogt*

Stellvertretender
Vorsitzender



Mitgliederentwicklung
Rottenburg a.N.
E-Mail: werner.vogt@borreliose-bund.de

Dirk Oppenkowski*

Schatzmeister



Friedrichsdorf/ Taunus
E-Mail: schatzmeister@borreliose-bund.de

Albert Bensing

ehemaliger Schatzmeister



Vorstandsmitglied seit 2005
Bremen
E-Mail: albert.bensing@borreliose-bund.de

Karin Brenner

Vorstandsmitglied



Selbstheilungskräfte
Augsburg
E-Mail: karin.brenner@borreliose-bund.de

Bea Dencker

Vorstandsmitglied



Ombudsfrau für ältere
Borreliosepatienten
Hamburg
E-Mail: seniorenb@borreliose-bund.de

Geschäftsführung Jutta Hecker

Geschäftsführerin, Rechtsanwältin, Schaltstelle zwischen Vorstand, Mitgliedern, Förderern und Außendarstellung



Postfach 1205,
64834 Münster in Hessen
Tel. 06071-497 397,
Fax 06071-497 398
E-Mail: info@borreliose-bund.de

Servicestelle Claudia Siegmund

Servicestelle für Mitglieder, Selbsthilfegruppen, KITAs, Sportvereine, Schulen, Referenten, Versand der Magazine und Info-Materialien.



BFBD Servicestelle,
Tel. 06078-50 399 41
Fax 06078-50 399 43
E-Mail: service@borreliose-bund.de

Hotline-Koordinierung



Eleonore Bensing
SHG Bremen

Mitmacher gesucht

Wer möchte sich in die Arbeit unserer Patientenorganisation einbringen? Mitdenker, Querdenker, Macher, Talente sind willkommen. Wir alle haben so angefangen. Es tut selber gut, sich für andere einzusetzen. Aufgaben gibt es genug; auch von Zuhause aus. Wir arbeiten harmonisch, höflich und respektvoll zusammen. Sie sollten zu uns passen. Nehmen Sie einfach Kontakt zu uns auf. Wir sind alle auf Empfang eingestellt.

**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, Privatpersonen und Berufstätige nicht rund um die Uhr erreichbar. Siehe auch die Hotline Seite 50.

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

Patientenorganisation Bundesverband
E-Mail: info@borreliose-bund.de
Web: www.borreliose-bund.de

Telefonische Beratung:

montags, dienstags, mittwochs, donnerstags von 10 bis 12.30 Uhr

Abendberatung am Freitag von 18 bis 20.00 Uhr

Tel.: 0180-5006935

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


WOLFENBÜTTEL

Tel.: 0179 3651797
Borreliose SHG Wolfenbüttel
Kontakttelefon

Postleitzahl-Gebiet 4

ESSEN

Borreliose SHG
Tel.: 0208 88378570 (Mo.-Mi.)
Frauke Würschem
Tel.: 0201 492738 (Do.-Sa.)
Nora Morawitz

OSNABRÜCK

Tel.: 0541 501-8017
SHG Borreliose-Osnabrück
Heidi Röber
Brigitte Schwier
E-Mail: borreliose-shg-os@t-online.de
www.Borreliose-shg-os.de

RHEINE

Borreliose SHG Rheine
Thomas Grothues
keine telefonische Beratung
E-Mail: borrelioserheine@googlemail.com

Postleitzahl-Gebiet 5

AACHEN

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

**BERGISCH
GLADBACH /
LEVERKUSEN /
RHEINBERG**

Tel.: 0214 86499830 (AB)
Borreliose SHG Rheinberg
Georg Heydelmann
E-Mail: LYMEKGLEV@gmx.de
Beratung abends und am Wochenende

DÜREN

Tel.: 02421 941420
Cornelia Kenke

**OVERBERG / GUM-
MERSBACH**

Borreliose SHG Oberberg
Michael Radermacher
Kontakt über die Servicestelle des BFBD e. V.

TRIER/ HOCHWALD

Tel. 06871 5431
Borreliose SHG
Claudia Blees
E-Mail: borreliose.shg.th@gmail.com

Postleitzahl-Gebiet 6
DARMSTADT

Tel.: 0177-3563337
Borreliose SHG
Klaus Acker
E-Mail: klaus.acker@gmx.de
Siehe auch Darmstadt-Dieburg

**DARMSTADT-
DIEBURG**

Tel.: 06071-8269783
Cornelia Semmel
E-Mail: conny.semmel@gmx.de

EDESHEIM

SHG Borreliose Edesheim
Tel.: 06341 31225
Dr. Hilmar Rohde
E-Mail: h.h.g.rohde@web.de

HEIDELBERG

Kontakt über die Servicestelle BFBD

HOMBURG

Borreliose und umweltbedingte Multisystemerkrankungen
Anette Lucks-Baus
Internet: <https://sites.google.com/view/borreliose-umwelterkrankungen/startseite>

RHEIN/NECKAR

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

SCHLÜCHTERN

Die SHG ruht derzeit. Kontakt über Servicestelle BFBD

TRIER-SAAR

Tel.: 06871-5431
Borreliose-SHG
Claudia Blees
E-Mail: claudiablees@live.de

Postleitzahl-Gebiet 7

FREIBURG

Hier gründet sich eine neue SHG.
Interessenten wenden sich bitte an den BFBD

Tel. 07666 949141
Borreliose-Beratung
Herr Helfert
Mi. 10.00 bis 12.00 Uhr

KARLSRUHE

Tel.: 0162 895 1327
Borreliose-Forum

**RASTATT / BADEN-
BADEN / MURGTAL**

Tel.: 07225-985 722
Jürgen Sauer

**SINGEN / RADOLF-
ZELL / KONSTANZ**

Tel.: 07731 – 921333
Fax: 07731 – 921334
Wolfgang Fendrich
E-Mail: famfendrich@web.de

ORTENAU

Borreliose SHG Ortenau
Martin Rösch
Tel.: 07835 549455
E-Mail: Borreliose-SHG-Ortenau@t-online.de
Marliese Freischlad
Tel.: 07821 30844
E-Mail: freischlad-em@t-online.de

**REMS-MURR / WIN-
NENDEN / STUTT-
GART**

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

REUTLINGEN

Tel.: 07666 949141
Beratung Samstag
von 17.00 bis 18.00 Uhr

**ROTTWEIL-
SCHWARZWALD-
BAAR**

Selbsthilfegruppe für Zeckenkranke
Tel.: 07403 91054
Christine Muscheler-Frohne
78658 Zimmern ob Rottweil
Tel.: 07402 9109533
Alexander E.
Web: www.shg-zecken-rw.de

Postleitzahl-Gebiet 8

ALLGÄU

Siehe Kempten

AUGSBURG

Borreliose SHG
Tel.: 0821 9075665
Klaus Gesell
Beratung: werktags 9.00 – 12.00 Uhr
Borreliose-Treff
Tel.: 0821 593985
Karin Brenner

FÜSSEN

Die SHG hat sich aufgelöst.
Beratung weiterhin unter
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

KEMPTEN

Tel.: 0831 9606091 (Kontaktstelle für SHG Kempten)
Borreliose SHG Allgäu
E-Mail: borreliose-shg-allgaeu@t-online.de

LINDAU

Tel.: 08382 23490
Dr. phil. Marion Rothärmel

MÜNCHEN

Neugründung einer SHG in Vorbereitung
Interessenten wenden sich bitte an den BFBD

RAUBLING

Borreliose SHG
Kontakt über Servicestelle BFBD

TRAUNSTEIN

Erster Versuch gescheitert.
Die SHG gründet sich neu.
Kontakt Tel.: 08642 597670

Postleitzahl-Gebiet 9

AMBERG

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

ANSBACH

Tel.: 0911 338213
BSHG Franken
Rosemarie Lange

BAD KISSINGEN

Borreliose SHG
Tel. 09708 60203
Barbara Bauer
Tel. 09708 7056497
Erika Schumann

Postleitzahl-Gebiet 1

BERLIN

Tel.: 030-55101235 (AB)
Kristina Weschke
E-Mail: zeckeninfo@gmx.de

POTSDAM

Tel.: 0331 24370571
Mobil: 0176-70460705
Konrad Winkler
E-Mail: info@borreliose-shg-potsdam.de

Postleitzahl-Gebiet 2

AUKRUG

Tel.: 04873 843
Borreliose Beratung
Beratung werktags 12.00 bis 13.00 Uhr

BREMEN

Tel. + Fax : 0421-385658
Borreliose SHG Bremen
und umzu
Eleonore Bensing
E-Mail: e-a.bensing@t-online.de

CELLE

Tel.: 05149 186168
Borreliose-SHG im Landkreis Celle
Ingrid Sallubier
E-Mail: ingrid.sallubier@web.de
www.borrellia.de

HAMBURG

Borreliose SHG Hamburg
Kontakt über Servicestelle BFBD

LÜNEBURG

Tel.: 05852 958493
Mo. u. Die. 19.00 bis 21.00 Uhr
Annemarie Best

**OLDENBURG/
OSTFRIESLAND**

Kontakt über Servicestelle BFBD

SCHLESWIG

über KIBIS
Tel.: 04335 921048
Kathrin Grimm

Postleitzahl-Gebiet 3

BAD AROLSEN

Tel.: 05691 2164
SHG Bad Arolsen
Irene Voget-Schmiz

**BAD MÜNDER / HA-
MELN**

Tel.: 0177 7454896 oder
05042 81377
Borreliose SHG Bad Münder/Hamel
Michael Eisenberg
siehe auch Hannover

DILLENBURG

Tel.: 02771 6186
BSHG Mittelhessen
Irmtraud Hartmann

HANNOVER

Tel.: 0177 7454896
Borreliose SHG Hannover
Michael Eisenberg
E-Mail: MichaelEisenberg@borreliose-shg-hannover.de
Web: www.borreliose-shg-hannover.de

KORBACH

Tel.: 05691 2164
SHG Korbach
Irene Voget-Schmiz

**OST-WESTFALEN-
LIPPE**

Tel. 05202 5921
Fax 05202 993487
Borreliose Beratung
Gisela Becker

SCHÖFFENGRUND

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

WARBURG

Tel. 05641 1012
Borreliose SHG
Edeltraud Andree
E-Mail: p-andree@t-online.de

BURGHANN

Tel.: 09183 8061
Chronische Borreliose SHG Schwarz-
achtal
E-Mail: borreliose-gruppe@t-online.de

COBURG

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

DEGGENDORF

Tel. 09904 8114180
Borreliose SHG Landkreis Deggendorf
Gisela Renner

EBERN

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

ERFURT

Tel.: 03643 4920494
Borreliose SHG Erfurt
Karola Jessing
E-Mail: shg.borreliose.erfurt@gmail.com
Web: www.borreliose-erfurt.de

HILDBURGHAUSEN

Tel.: 036873-20818 u. 0170-7152036
Borreliosegruppe Landkreis Hildburg-
hausen
Dietmar Krell

NÜRNBERG

Tel.: 0911 8002554
BSHG Franken
Michaela Deininger

REGENSBURG

siehe Amberg

STRAUBING / LANDSHUT

Tel.: 09421 – 9297740
Borreliose SHG Straubing/Landshut
Sonja Würkner
E-Mail: s.wuerkner@gmx.de

WEIDEN

Tel.: 09605 3044
Borreliose SHG
Maria Kellermann

Ombudsfrau/ Ombudsmann

Es passiert nicht oft, aber im Laufe von 22 Jahren immer mal, dass ein Mitglied mit Entscheidungen des Vorstands nicht einverstanden ist oder sich „irgendwo“ beschweren will.

Dafür wird eine neutrale Stelle außerhalb von Vorstands und Geschäftsführung gesucht. Dieser „Jemand“ soll Vermittler, notfalls Schlichter sein, damit vorgebeugt und verhindert wird, dass Porzellan zerschlagen wird, das sich nur schlecht wieder kitten lässt. Dieser „Jemand“ muss auch nicht unbedingt Mitglied im BFBD, aber trotzdem mit der Materie Verein oder Selbsthilfe vertraut sein. Das Ganze wäre ein besonderes Ehrenamt; entstehende Kosten können vergütet werden.

Statt Geburtstagsgeschenken an den BFBD denken.

Natürlich mit Spendenquittung.
Wir reden niemandem nach dem Mund. Deshalb sind wir auf freiwillige Spenden angewiesen.

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.
Weitervermittlung zur Borreliose SHG
Dresden
E-Mail: helithi@aol.com

LEIPZIG

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

RUDOLSTADT

Tel.: 0171-9130633
Borreliose SHG Rudolstadt
Renate Unger-Hartmann
E-Mail: borreliose-shg-rudolstadt@web.de

NETZWERK SELBSTHILFE SACHSEN

Borreliose, FSME und bakterielle Er-
krankungen e. V.
Dipl.-Ing. Jürgen Haubold
Tel.: 03724 – 85 53 55
E-Mail: borreliose-coinfektion@gmx.de
Web: www.borreliose-sachsen.net

ZITTAU

Tel.: 03583 704108
VdK-Selbsthilfegruppe Borreliose
Gudrun Strehle

Borreliose-SHG im Entstehen:

**Berchtesgaden,
Mecklenburg-Vorpommern,
Traunstein/ Chiemsee.**

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

ALTHÜTTE

Kontakt: Annemarie
Christoph
Tel.: 07183 41201
E-Mail: annemarie.c@web.de

DRESDEN

Tel.: 0351 4901803
Borreliose Beratung
Friedemann Weidner
GÖTTINGEN
Tel.: 0551 62419
Marlies Pfütze
HALLE / WESTFALEN
Borreliose SHG Halle/
Westf.

Kontakt über Borreli-
ose und FSME Bund
Deutschland e.V.

HEILBRONN

Tel.: 07135 3049266 oder
0178 2711989
Borreliose SHG Heil-
bronn
Lutz Sannemann
E-Mail: borreliose-heil-
bronn@web.de

HOCHSAUERLAND

Tel.: 02971 86050
Monika Schulte
JENA
Borreliose SHG Jena
Tel.: 03641 393193
Sabine Klaus
Tel.: 03641 371308
Helene M. Gärtner
KAARST
Tel. 02131 514602
Borreliose-Beratung
Corry Welker
KUSEL
SHG Kusel
Tel.: 06383 927506
Petra Bonin
E-Mail: bonin.petra@gmx.de

MÜNSTER

SHG Münster
Gabi Neuhaus
Tel: 02501 - 9640510
E-Mail: g.m.neuhaus@web.de

OBERHAVEL

Borreliose SHG Ober-
havel
Tel.: 03301-537160
Fax: 03301-202 69 33
PADERBORN
Web: www.borreliose-
paderborn.de
SÄCHSISCHE SCHWEIZ
- OSTERZGEBIRGE
Tel.: 035056 32343
Borreliose SHG
Astrid Zimmermann
E-Mail: asti-z@web.de
SCHÖNEBECK
Tel. 03928 843790
Borreliose-Beratung
Frank-Michael Galuhn
E-Mail: frami-galuhn@t-
online.de
WOLFSBURG
Tel.: 05361 775535
Renate Kiesel-Arndt
E-Mail: kiesel-arndt@
gmx.de
Tel.: 05371 15660
Martin Rosenkranz
E-Mail: mam.rosen-
kranz@gmx.de

Weitere Borreliose-Beratungen:

Bad Sobernheim, Bad Wildbad, Bautzen, Bensheim, Bonn, Eschwege, Haldesleben, Holzgerlingen, Horka, Jagsttal, Kassel, Königslutter, Ravensburg, Satteldorf, Seesen, Zwickau.

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: www.borreliosisi.net

FRANKREICH

 Lyme Sans Frontières
E-Mail: contact@associationlymesans-
frontieres.com
www.associationlymesansfrontieres.com

LUXEMBOURG

 Association Luxembourgeoise
Borréliose de Lyme asbl
Sofia Araujo
www.ALBL.lu
E-Mail: info@albl.lu

NIEDERLANDE

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

ÖSTERREICH/ KÄRNTEN

 Annette Kohlmayr Tel. 0664-1420376
Werner Obmann Tel. 0699-12139696
E-Mail: info@borreliose-hilfe.at

POLEN

 Lymepoland
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 Zeckenranke Schweiz
Tel.: 0041(0)76 3942558
E-Mail: info@zeckenliga.ch
Web: www.zeckenliga.ch

SLOWAKEI

 Ambulanz für
Lyme-Borreliose
Web: www.borelioza.sk
 Drustvo Bolnikov
Z Borelioza
Web: www.borelioza.si

SLOWENIEN

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

TSCHECHIEN

Beraterseminare 2017

Die erstmals in 2016 regional veranstalteten, von der Barmer geförderten Beraterseminare in Bonn, Offenburg und Leipzig wurden von 33 (auch angehende) Beraterinnen und Beratern besucht und für nützlich befunden. Eine Zusammenfassung und Nachlese befindet sich auf der BFBD-Homepage unter Aktuelles. Deshalb sind 2017 weitere Seminare geplant in **Hessen, Bayern und Niedersachsen**. Vorgesehen ist wiederum je eine Fragerunde an einen Arzt und an einen Ausbilder der Telefonseelsorge. Termine und Orte stehen noch nicht fest, sie orientieren sich auch am Standort und Interesse der Einzelnen, die teilnehmen wollen. Anmeldungen nehmen wir jetzt schon entgegen. Diese Seminare sind nicht ausschließlich für BFBD-Mitglieder gedacht, sondern



für jeden, der Borreliosepatienten bereits berät oder beraten möchte. Es entstehen keine Kosten. Auf Antrag werden auch Reisekosten übernom-

men. Das Projekt wurde erneut bei der Barmer als Förderprojekt angemeldet.

Mitgliederversammlung 2017

Sonntag, den 30. April im Hotel Ebertor in Boppard am Rhein.

Beginn: 10.00 Uhr, Registrierung ab 8.30 Uhr

Mitglieder erhalten eine persönliche Einladung, mit Brief-Abstimmungsunterlagen. Bitte denken Sie auch an den Vortrag „Psychosomatische Störungen verstehen“, der am Nachmittag des Vortags ebenfalls im Hotel Ebertor stattfindet. Siehe Seite 39. Die Techniker Krankenkasse bewilligte uns Fördermittel, um angemessen dafür werben zu können. Es ist damit zu rechnen, dass viele Menschen (auch ohne Borreliose) den Vortrag besuchen wollen und dass es eng werden kann.

Da an diesem Wochenende nicht nur das Fest „Mittelrheinischer Weinfrühling“ in Boppard stattfindet, sondern der nachfolgende 1. Mai ein langes Wochenende ermöglicht, sollten Übernachtungen so bald wie möglich reserviert werden. Hotel Ebertor, Tel. 06742-8070, Fax 06742-807100, E-Mail: info@ebertor.de. Das Hotel ist in jedem Fall behilflich, für jeden eine Übernachtung zu finden. Siehe auch Aktivenrat am 30. April ab 13.30 Uhr, Seite 39.

BORRELIOSE
UND
FSME BUND
DEUTSCHLAND



PATIENTENORGANISATION BUNDESVERBAND



Psychosomatische Störungen verstehen

Vortrag von Hanne Seemann am Samstag, den 29. April 2017 in Boppard

Viele Borreliosepatienten erhalten die Diagnose „Psychosomatische Störung“ oder Ähnliches, bevor eine Lyme-Borreliose diagnostiziert wird oder wenn Beschwerden trotz einer antibiotischen Behandlung anhalten. Ausführliche Beschreibung in Borreliose Wissen Nr. 34. Hanne Seemann: Psychosomatische Störungen sind immer ein Hinweis, dass mit dem Lebensweg, den einer gerade nimmt, etwas nicht stimmt.“ Werden solche Beschwerden mit Medikamenten unterdrückt, wird sich der Körper etwas



Drastischeres einfallen lassen, um auf sich aufmerksam zu machen. Ein spannendes Geschehen. Es ist dem BFBD gelungen, die Diplom-Psychologin und Hypnotherapeutin für einen Vortrag nach Boppard einzuladen. Weil diese Diagnose nicht nur die Lyme-Borreliose betrifft, sondern viele, viele andere Beschwerden unklarer Ursache, beantragten wir bei der Techniker Krankenkasse die Kostenübernahme für Raum, Werbung und Honorar für



einen Vortragsnachmittag zu übernehmen, zu dem auch Nichtmitglieder ins Hotel Ebertor eingeladen sind.

Brisant – der BFBD-Newsletter

In Monaten, in denen kein BORRELILOSE WISSEN erscheint, wird seit Dezember 2015 der BFBD-Newsletter verschickt. Es handelt sich um zwei Seiten DIN A4 mit wichtigen Mitteilungen und Ereignissen, die nicht bis zum nächsten Heft warten können. In der Regel erscheint er alle drei Wochen, manchmal häufiger. Bei Redaktionsschluss war es im Laufe

von 14 Monaten die Nr. 23. Da er vom Aktivenrat 2015 kostenneutral gewünscht wurde, wird er per E-Mail versandt. Mitglieder, die keine Internetadresse haben, erhalten ihn gegen Portoersatz (mit 70 Cent frankierter Briefumschlag) auch ausgedruckt von der Servicestelle zugeschickt. Wichtig: Der Newsletter geht automatisch nur an Mitglieder.



Aktivenrat am 30. April 2017 in Boppard

Der Aktivenrat ist seit 2004 der enge Kreis von Mitgliedern, die aktiv mitbestimmen wollen, welche Aufgaben Vorstand und Verein in Angriff nehmen sollen. Es ergeht dazu keine gesonderte Einladung, es wird jedoch wegen der Räumlichkeit

und einem Imbiss um Anmeldung gebeten. Spontan-Erscheiner werden nicht abgewiesen. Angesprochen ist jedes Mitglied, auch Neumitglieder, die mehr über die Aufgaben und Ressourcen des BFBD erfahren wollen. Mitarbeit ist keine Pflicht. Der Akti-

venrat ist ein besonderes Recht der Mitglieder. Er findet nach einer Pause im Anschluss an die Mitgliederversammlung am Sonntag, den 30. April im Hotel Ebertor in Boppard statt. Zeitplanung: circa 13.30 bis 17.00 Uhr.

Vorstandsarbeit – ein spannendes Miteinander

Die Amtszeit des am 28. März 2015 gewählten Vorstands (siehe Seite 35) endet satzungsgemäß mit der Mitgliederversammlung im Frühjahr 2018. Die Satzung sieht bis zu sieben Vorstandsmitglieder vor; derzeit sind es nur sechs. Es spricht nichts dagegen, dass der jetzige Vorstand wieder kandidiert, auch als Zeichen der guten, respektvollen Zusammenarbeit. Die Vorsitzende – das stand bereits 2015 fest - wird nicht mehr kandidieren.

Die Mitgliederversammlung beauftragt den Vorstand, die Belange der Patientenorganisation zum Vorteil der Mitglieder, des Vereins und der von Borreliose und FSME Betroffenen zu vertreten. Er fasst Beschlüsse in Vorstandssitzungen, die von dem oder der Vorsitzenden mittels Tagesordnung angekündigt werden. Um Reise- und Übernachtungskosten zu sparen fanden die Vorstandssitzungen im Jahr 2016, außer am 8. April anlässlich der Mitgliederversammlung in Wetzlar, als drei Telefonkonferenzen statt. Auch darüber wurden Protokolle geführt. Erörterungen und Diskussionen wurden auch per E-Mail erstellt. Beschlüsse können auch schriftlich gefasst werden. Sie werden in der nächstfolgenden Vorstandssitzung ratifiziert. Einzelheiten erläutert die Satzung unter §13 auf 1 ½ Seiten.

Die für den Verein ehrenamtlich Tätigen haften gegenüber dem Verein und den Mitgliedern nur bei Schäden, die durch Vorsatz und grobe Fahrlässigkeit verursacht

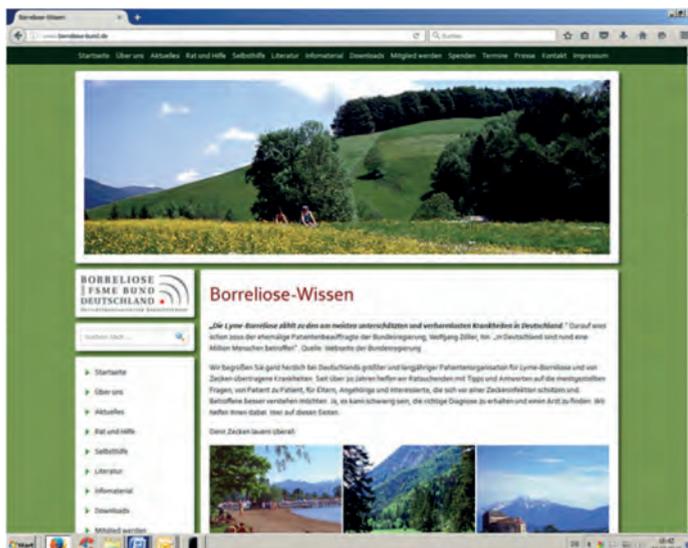
werden. Es existiert eine **Vermögensschadens-Haftpflichtversicherung** und eine **Dienstreiseversicherung**.

Für den Vorstand kann jeder kandidieren, der wenigstens ein Jahr Mitglied ist. Vorschläge und Kandidaturen können bis acht Wochen vor dem Wahltermin beim Vorstand eingereicht werden. Die Vorstandsmitglieder üben ihr Amt in der Regel ehrenamtlich aus. Für Aufgaben, die über die Vorstandsarbeit hinausgehen, kann eine Vergütung beschlossen werden. Ausgaben und Aufwendungen werden gemäß der, von der Mitgliederversammlung beschlossenen, Beitrags- und Kostenordnung erstattet.

Vorstandsarbeit im BFBD ist eine spannende Aufgabe, weil man jederzeit eingebunden und deshalb auf dem Laufenden ist, was sich in Sachen Borreliose und Co. in Deutschland, teils auch in Europa, ereignet und aktiv mitwirken kann. Es geht dabei nicht unbedingt um Fachwissen über Borreliose, sondern um gesunden Menschenverstand und die Bereitschaft, sich über den eigenen Tellerrand hinaus auch für Betroffene zu engagieren, die mental und körperlich nicht dazu in der Lage sind. **Die Stärkeren müssen für die Schwächeren tätig werden.** Das ist eine beglückende Aufgabe, die dem eigenen Leben Sinn und Genugtuung gibt und Lebensqualität fördert.

www.borreliose-bund.de

Aktueller Stand der Adressen von Selbsthilfegruppen, Veranstaltungstermine, Downloads, Antworten auf viele Fragen rund um Zecken, Mitgliedsantrag, Bestellformular für Zeitschriften, Satzung und Informationen zum Verein.



www.facebook.com/Borreliose und FSME Bund Deutschland e.V.

Infodienst für schnelle Informationen, Hinweise, Veranstaltungen, TV-Sendungen, Berichterstattung anderer Medien. Für Jedermann/ Jedefrau. Man muss dazu nicht bei Facebook angemeldet sein. Einfach mal probieren.



Unter schützenden Händen

Der Borreliose und FSME Bund Deutschland e.V. wird seit vielen Jahren im Rahmen der Selbsthilfeförderung gemäß § 20h SGB V gefördert.

Im Jahr 2016 erhielten wir von der „GKV-Gemeinschaftsförderung Selbsthilfe auf Bundesebene“ pauschale Mittel in Höhe von 14.000 Euro. Darüber hinaus erhielten wir auf dem Wege der „Kassenindividuellen Förderung“ Fördermittel für konkrete Projekte. Dies war im Jahr 2016 ein Zuschuss zum Themenheft „Borreliose und die Psyche“, zum Nachdruck neuer Flyer sowie für drei regionale Beraterseminare von der **Barmer**. Die **KKH** förderte die Herstellung eines neuen Flyers sowie zwei Aufklärungsveranstaltungen im Berchtesgadener Land und in Niederbayern. Die **Techniker Krankenkasse** förderte eine Aufklärungsveranstaltung über „Darmbakterien als Schlüssel zur Gesundheit“ in Wetzlar. Auch für 2017 wurden Fördermittel beantragt, die bei Redaktionsschluss noch in der Entscheidungsphase standen. Sie werden jedoch aktuell in der Homepage veröffentlicht.

Wir bedanken zusätzlich für die Bezuschussung der Druckkosten dieser Ausgabe bei

- BCA-Clinic, Augsburg
- Consileon Business Consultancy GmbH, Karlsruhe
- Institut für Medizinische Diagnostik (IMD), Berlin-Potsdam
- Die Firma Friedrich Eberth Arzneimittel, Ursensollen, spendierte uns einen nagelneuen Drucker für die Servicestelle

Auch allen Privatpersonen, die uns mit kleinen und größeren Spenden Anerkennung und Motivation zollen, sei hier herzlich gedankt. Im Einzelfall bedanken wir uns je nach Spendenhöhe mit Buchgeschenken oder mit einem Brief und guten Worten.

Mitglieder wissen mehr

Sie lesen und hören von Ärzten und Behandlern, die Borreliose ernst nehmen. Sie erfahren neue, andere Möglichkeiten, die Borreliose zu besiegen oder im Schach zu halten. Sie sind auf dem Laufenden, was sich im Sozialrecht und der Gesetzgebung bundesweit und in ihrem Bundesland ändert. Sie ernten Zitate und Schlussfolgerungen, die sie argumentativ beim Arzt und in Widerspruchsverfahren bei Krankenkassen und Unfallversicherungen, beim Anwalt und vor Gericht verwenden können.

■ Mitglieder haben entscheidende Vorteile

- Sie werden individuell beraten.
- Auf Wunsch werden sie zurück gerufen und können ihre Fragen und Überlegungen diskutieren.
- Sie erhalten zwei Mal im Jahr die Zeitschrift BORRELIOSE WISSEN kostenlos und portofrei zugesandt und erfahren so das Neueste über Diagnostik, Therapie, Forschung, Gesundheitspolitik, Patientenerfahrung und Selbsthilfe.
- Sie erhalten in „heftfreien“ Monaten den Newsletter über aktuelle Ereignisse und Erfahrungen.
- Wir helfen und beraten bei der Suche nach Ärzten, Gutachtern und Anwälten.
- Mitglieder haben Anrecht auf ein kostenloses Erst-Gespräch beim VdK-Sozialverband.

Werden Sie Mitglied.

Ihre Mitgliedschaft stärkt unser Auftreten und unsere Kompetenz bei Gesundheitspolitikern und Medien. Es muss mehr passieren. Nicht erst morgen. Bald.

Wir kämpfen auch für Sie.

BORRELIOSE
UND
FSME BUND
DEUTSCHLAND



PATIENTENORGANISATION BUNDESVERBAND



*Ausnahmsweise mal mit Zähnen:
Plüsch-Zecke als Tisch-Dekoration beim
BCA-Jubiläum*

Aktuelle Magazine des BFBD



Borreliose Wissen **aktuell**

Nr. 23

Schwerpunktthema: Fehldiagnosen

Aus dem Inhalt:

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



Borreliose Wissen **aktuell**

Nr. 26

Schwerpunktthema: Depressionsfälle

Aus dem Inhalt:

- Depression durch Borreliose?
- Was keine Depression ist
- Depressionsmodelle
- Depression durch Entzündung
- Ein Kind versinkt in Depression
- Berufskrankheit Borreliose



Borreliose Wissen **aktuell**

Nr. 28

Schwerpunktthema: Schlaf

Aus dem Inhalt:

- Ehrlichose
- Antikörper-Suche
- Immunkompetenz
- Biologische Medizin
- Skandale in Hamburg, NRW, Bayern



Borreliose Wissen **aktuell**

Nr. 30

Schwerpunktthema: Herz

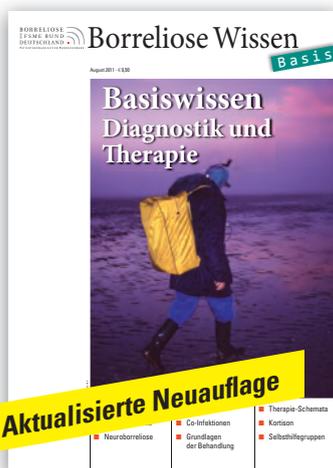
Aus dem Inhalt:

- Herzbeteiligungen
- Karditis/ Perikarditis
- Verdacht auf Psyche
- Hirninfarkt durch Borreliose
- Chronische Beinschmerzen
- Leukämie war Borreliose
- Unklares Fieber
- TCM-Studie an Borreliose-Patienten
- Borreliose – noch nach acht Jahren

Borreliose Wissen **aktuell** Nr. 29

Neuroborreliose

Nur noch wenige Restbestände. Danach kostenloser Download in unserer Homepage www.borreliose-bund.de



Borreliose Wissen **Basis**

Diagnostik und Therapie

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

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



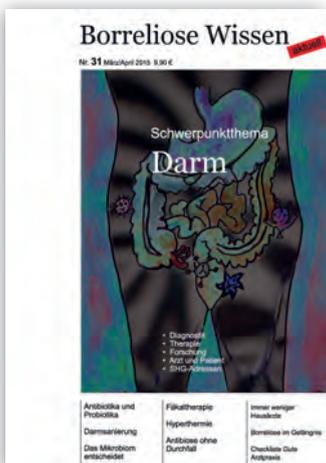
Borreliose Wissen **Kinder**

Schwerpunktthema: Kinder mit Borreliose

- Aus dem Inhalt:
- Symptome bei Kindern
 - Schwangerschaft
 - Stillzeit
 - Depression oder Borreliose
 - Sexuelle Übertragbarkeit
 - Haustiere
 - Schicksale mit gutem Ausgang
 - Jugendliche
 - Lyme-Karditis
 - Autoaggression
 - Anorexie

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

Bestellen: Tel. 06078 50 399 41



Borreliose Wissen **aktuell**

Nr. 31

Schwerpunktthema: Darm

Aus dem Inhalt:

- Antibiotika – Probiotika
- Den Darm schützen
- Darmsanierung
- Das Mikrobiom pflegen
- Fäkaltherapie
- Gefahr durch Bluttransfusionen
- Borreliose im Gefängnis



Borreliose Wissen **aktuell**

Nr. 32

Schwerpunktthema: Selbstheilungskräfte

Aus dem Inhalt:

- Neue Wege zur Heilung
- Selbstheilungskräfte wecken
- Selbstheilung verhindern?
- Hier irren die Gutachter
- Tinnitus selbst heilen
- Meditation für jedermann
- Psychische Störungen überdiagnostiziert



Borreliose Wissen **aktuell**

Nr. 33

Schwerpunktthema: Autoimmunerkrankungen

Aus dem Inhalt:

- Neuroborreliose oder MS?
- Was uns krank werden lässt
- Gluten, Quecksilber, Pestizide
- Schwermetalle ausleiten
- Entzündungen stoppen
- Das toxische Zuhause
- Gutachter als Richter



Borreliose Wissen **aktuell**

Nr. 33

Schwerpunktthema: Borreliose und die Psyche

Aus dem Inhalt:

- Helfen Antidepressiva?
- Psychische Beteiligung bekannt
- Psychosomatische Störung
- Alternativen zu Psychopharmaka
- Schweine-, Hundespulwurm
- Ein Neurologe packt aus
- Ärztemanipulation

Jetzt schon bestellen:

Borreliose Wissen **aktuell** Nr. 36 (Oktober 2017)

Das **Schwerpunktthema** wird, sobald es definitiv feststeht, in der **Homepage** angekündigt.

Restposten **früherer Borreliose Wissen** zum ermäßigten Preis
siehe letzte Seite

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

LITERATUR-BESTELLCOUPON

Stück	Stück	Stück	Stück	Stück	Stück	Stück	Stück	Stück	Stück	Stück	Stück
BW Basis	BW Kinder	BW Nr. 23	BW Nr. 26	BW Nr. 28	BW Nr. 29	BW Nr. 30	BW Nr. 31	BW Nr. 32	BW Nr. 33	BW Nr. 34	BW Nr. 35
Diagnostik + Therapie 9,50 €* je Stück	kostenlos	7,50 €* je Stück	9,50 €* je Stück	9,90 €* je Stück	9,50 €* je Stück	9,50 €* je Stück	8,50 €* je Stück	8,50 €* je Stück			

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

Borreliose und FSME Bund Deutschland e.V.
Postfach 1205

64834 Münster

Ich bestelle Literatur (Mitgliedsantrag umseitig)

Vorname

Name

Straße

PLZ/Ort

Datum

Unterschrift

