



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

Schwerpunktthema

Depressionsfälle

Foto: B. Siegmund

- Frauen und Psychopharmaka
- Depressionen und Sport

- Depressionsmodelle
- Gefahr aus den Tropen
- Der erste Schutzengel
- Bestrafte Innovationen

- Lockstoff für Zecken
- Berufskrankheit
- Wissens-
unterschlagung



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

Ein Jahr des Grummelns geht ins letzte Quartal. War es am Ende eines der berühmten sieben fetten Jahre, denen nun die mageren folgen? Oder ist es das letzte der sieben mageren, dem nun mit Paukenschlag die fetten folgen?

Kein Tag vergeht ohne Murren und ohne Protest. Im Frühjahr blieben Zugreisende hängen, weil die Lokomotivführer streikten. Tausende von Fluggästen strandeten, weil die Flugbegleiter protestierten. Jetzt drohen die 150.000 niedergelassenen Ärzte mit Praxis-Verweigerung, weil sie statt der geforderten 3,5 Milliarden Euro „nur“ 270 Millionen Euro mehr erhalten. Ursprünglich wollten die Kassen deren Honorar sogar um 2,2 Milliarden Euro kürzen. Da musste es knallen.

Auch bei der Borreliose vollzog sich ein Hauen und Stechen nicht geräuschlos.

Vom Hinschmeißen und Aufstehen

Auftakt bildete das unsägliche Filmmachwerk des SWR, von dem sich tausende Borreliose-Patienten einen Aufmerksamkeitsschub in der Ärzteschaft erhofften. Ernüchternd mussten sie zur Kenntnis nehmen, dass sich ein öffentlich-rechtlicher Sender – von ihren Gebühren finanziert – einspannen ließ, gegen Borreliose-Patienten und ihre Behandler mobil zu machen.

Für den BFBD war besonders schmerzlich, dass ein Vorstandsmitglied für seine Teilnahme an diesem schädlichen Film, Geld entgegen genommen hat. Siehe auch Seite 48.

Im neuen Vorstand grummelte es heftig, obwohl vier von fünf auch schon im alten Vorstand respektvoll und harmonisch zusammen gearbeitet hatten. Drei Vorstandsmitglieder entledigten sich der Verantwortung durch Rücktritt. Und auch die neue Geschäftsführerin, mit reichlich Vorschusslorbeeren bedacht, warf die Aufgabe beim ersten Zwist hin. Ein halbes Jahr Einarbeitung für die Katz.

Hinschmeißen und Streiken sind sehr billige Aktionen, unter der immer die Falschen zu leiden haben. Bahnfahrern und Flugreisenden entstehen nur finanzielle und zeitliche Einbußen. Bei Patienten hingegen verstärken sich Leid, Schmerzen und Hoffnungslosigkeit. Gerade eine Patientenorganisation muss zusammen halten. Auch in ihr kann es grummeln und knallen. Wir sind schließlich alle Menschen, noch dazu beladen mit Borreliose. Aber nach einem reinigenden Gewitter muss man wieder aufstehen und weitermachen. Siehe Seite 53.

Apropos Protest: Im Mai gingen einige Borreliose-Patienten in London auf die Straße, im September einige Franzosen. Auch von einigen deutschen Patienten erfolgte der Ruf nach einem Sternmarsch nach Berlin. Nur: Wer ist gesundheitlich und beruflich wirklich in der Lage, mitzumarschieren?

DIAGNOSTIK

- Laborschließung in Straßburg 3
- DEGS und das RKI lassen warten 3
- Früherkennung aus dem Atem 4
- Chronische Borreliose austesten 4

THERAPIE

- Frauen und Psychopharmaka 5
- 20 Suizide pro Tag weniger 5

SCHWERPUNKT DEPRESSIONSFÄLLE

- Neue Wege in die Depression 6
- Erlernte Hilflosigkeit 10
- Depressionen mit Sport bekämpfen? 11
- Was ist Major Depression? 12
- Einsamkeit macht depressiv“ 12
- Depression 13
- Was eine Depression ist und was keine Depression ist 18
- 3 Fragen an Prof. Hegerl 27
- Depression à la Bundesärztekammer 27

FORSCHUNG

- IDO1-Enzym 28
- Krebs als Folge einer Infektion 28
- Weihrauch stoppt Entzündungen 28
- ILADS in Klagenfurt 29
- Deutsche und die Zeckengefahr 29
- Infektionsgefahr aus den Tropen 30
- Sexuell übertragbare Krankheiten 30

GESUNDHEITSPOLITIK

- Saarland (2) ■ Bremen (2) 31
- Baden-Württemberg (5) 31
- Bayern (6) ■ Nordrhein-Westfalen (4) 32
- E-Card – Dauerspeicher für Fehldiagnosen 33
- Ein Schutzengel namens Martin Neumeyer 33
- Borreliosepatienten protestieren in London 34
- Ich schicke Sie mal zu meinem Kollegen! 34
- Zum Beispiel ein Förster 35
- Borreliose spekuliert 35

ARZT UND PATIENT

- Borreliose Leitlinien – 36
- Der Semmelweis-Reflex und die Borreliose 37
- Schweini und die Probleme 40
- BÄK gesteht, dass sie keine Antworten hat 41
- Zum Tode von Dr. med. Dietrich Rosin 42
- Zum Tode von Herrn Prof. Dr. med. Rüdiger von Baehr 43

PRÄVENTION

- Zecken anlocken und töten 44
- Ultraschall gegen Schmerzen und Borrelien 44
- Neue Zeckenschule für Kinder 44

PATIENTENRECHT • URTEILE • GUTACHTEN

- Neue „dramatische“ Zeiten 45
- Berufskrankheit nach 17 Jahren abgewürgt 46
- Patientenrechtegesetz noch 2012? 47
- Impressum 47

MEDIEN

- Unterschlagung von Wissen 48
- Gute TV-Berichterstattung 51
- Borreliose-Aufklärung im Wartezimmer 51
- Vernetzungen 52
- Virtuelles Streicheln 52

BFBD

- Büchertipps 53
- Borrelioseforum 55
- Selbsthilfegruppen 57
- Aktuelle Magazine des BFBD 58
- Mitgliedsantrag 60

Laborschließung in Straßburg

Die französischen Borreliose-Patienten gehen auf die Barrikaden. Ausgerechnet das Straßburger „Laboratoire Schaller“, das seit Jahren über Lyme-Borreliose forscht, wurde auf amtlichen Beschluss geschlossen. Die Inhaberin Vivian Schaller muss sich wegen unerlaubter Analysen vor Gericht verantworten.

Hintergrund ist der gleiche Unsinn, mit dem die deutschen Kassenärztlichen Vereinigungen ihre Mitglieder gängeln. Nur wenn der Elisa positiv sei, dürfe ein Blot gemacht werden.

Schaller hatte in ihrem Labor jedoch grundsätzlich beide Tests gleichzeitig angewendet. Sie wollte damit möglichst sichere Diagnosen gewährleisten. Nach ihren Beobachtungen – sie erstellt rund 15.000 Analysen pro Jahr – träte die diagnosesichere Wanderröte nur in 20 Prozent der Fälle auf. Spontan gründete sich der Patientenverein „Lyme ohne Grenzen“. Seine Mitglieder prangern die Verharmlosung der Borreliose in Frankreich an. Nur 5.000 Infektionen pro Jahr seien unglaublich gegenüber



900.000 Fällen in Deutschland. Wie in Deutschland mauert auch in Frankreich das Gesundheitsministerium. Mehr unter Gesundheitspolitik. ■

DEGS und das RKI lassen warten

Die 2011 abgeschlossene Studie zur „Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS) ist noch nicht ausgewertet. Erste Ergebnisse werden für Sommer 2013 angekündigt. Dafür wurden 7.500 Erwachsene in 180 Orten zwischen November 2008 und

Dezember 2011 körperlich untersucht. Interessant für die gesundheitspolitische Strategie des BFBD ist die Auswertung, wie viel Prozent der untersuchten Bundesbürger Antikörper gegen Borrelien aufweisen. Auch wenn diese Werte keine wirklichen

ROBERT KOCH INSTITUT



Beweise für die Häufigkeit der Erkrankung, nicht einmal für die Häufigkeit der Infektion darstellen werden, harrt der BFBD in angespannter Erwartung. ■

Borreliose Wissen Basis

Neu im August 2012

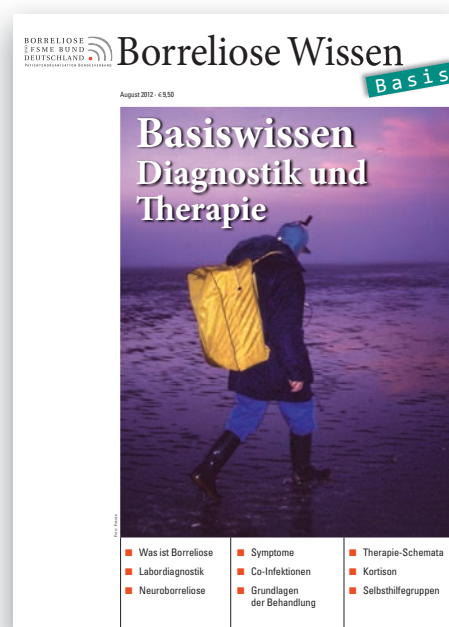
Die 64-seitige Fachzeitschrift für Patienten und Ärzte ist die logische Fortführung der einstigen Hefte 16/2007 (Therapie) und Nr. 17/2008 (Diagnostik), die sehr schnell ausverkauft waren. Auch das in 2011 aktualisierte Basis-Heft war nach einem Jahr bis auf wenige Exemplare geschrumpft. Weil sich ständig etwas ändert, nicht unbedingt verbessert, aber Wissen hinzukommt, aktualisierten verschiedene Autoren ihre Beiträge.

Im August war die neue Auflage fertig. Sie sieht auf dem Titel aus wie die Auflage 2011 (Wattbriefträger), ist jedoch am aktuellen Erscheinungsdatum zu erkennen.

Aktualisiert wurden unter anderem:

- Borreliosezahlen im Wandel der Zeit
- Wann ist eine Borreliose eine Neuroborreliose (Martina Lorenz)
- Symptomatik und Therapie der Frühborreliose und das Symptomspektrum der chronisch-persistierenden Borreliose (Petra Hopf-Seidel)
- Therapieschemata für akute, chronische, persistierende Lyme-Borreliose

Bestellbar mit Bestellcoupon auf der vorletzten Seite, telefonisch über die Geschäftsstelle 06162-969443, per E-Mail info@borreliose-bund.de oder über die Homepage www.borreliose-bund.de.



Preis 9,50 € zuzüglich 2,00 € Versandkosten, Mitglieder (bitte signalisieren) versandkostenfrei.

Früherkennung aus dem Atem

Analog zu Urin und Blut enthält auch der Atem Stoffwechselprodukte in winzigen Spuren.

Beispiele sind bekannt, wo Hunde in der Lage waren, Krebspatienten zu erschnüffeln.

Die Gruppe „Computational Systems Biology“ an der Universität des Saarlandes entwickelt unter Leitung von Jan Baumbach spezielle Compu-

ter-Algorithmen zur Stützung von Diagnosen wie Krebs und verschiedene Infektionen. Ziel ist es, aus den gemessenen Stoffwechselprodukten Muster zu finden, die wie ein Fingerabdruck am Tatort die Krankheit im Körper entlarven können. Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD) ließen sich, so Baumbach, schon sehr genau identifizieren. Die

Antwort, ob es bereits Studien zum Thema Borrelien-Infektion in der Ausatemluft gebe, blieb der Wissenschaftler noch schuldig.

Er wolle sich aber schlau machen. Immerhin war das Saarland das erste der alten Bundesländer, das sich zu einer Meldepflicht für Borreliose entschloss. ■

Chronische Borreliose austesten

Erstmals auf der Tagung der Borreliose-Gesellschaft in Schweinfurt vorgestellt, behauptet der US-Diagnostik-Hersteller Boulder, Colorado, sein Spirofind-Test könne zwischen einer aktiven und ausgeheilten Infektion

unterscheiden. Er frage die Berührung des Immunsystems mit dem Borrelia-Organismus in quantitativer Weise ab. Weil eine solche Immunreaktion auf Kontakt mit dem Erreger im Immunsystem für längere Zeit abrufbar sei,

wäre dieser Test besonders zur Erkennung von chronischer Borreliose geeignet. Boulder Diagnostics baut derzeit einen Standort für europaweite Labortätigkeit in Mellrichstadt auf. Wir werden weiter berichten.

Antibiotikabehandelte Säuglinge

Wenn Kinder im Alter von bis zu sechs Monaten mit Antibiotika behandelt werden, seien sie in den Jahren der Kindheit einem größeren Risiko ausgesetzt, fettleibig zu wer-

den, zeigte eine neue US-Studie mit 10.000 Kindern. (doi:10.1038/iJo.2012.132) Antibiotika könnten die bakterielle Magenflora wesentlich beeinflussen, die eine wichtige Rolle

dabei spiele, wie der menschliche Körper Nahrungsmittel aufnehme. ■

Quelle: Ärzteblatt.de

aerzteblatt.de

Was kann ich als Mitglied verbessern?

Jedes Mitglied mehr verdeutlicht die Not der Borreliose-Patienten in Deutschland.

Jedes Mitglied mehr bringt uns einer Standardisierung der Labortests näher.

Jedes Mitglied mehr mahnt Politiker und Ärzte.

Jedes Mitglied zählt

- in der Politik
- in der Ärzteschaft
- in den Medien
- bei den Förderkrankenkassen

Mitgliedsbeitrag 24 Euro bei weniger als 900 Euro Einkommen.

Nur je 30 Euro Mitgliedsbeitrag für Partner mit gleicher Adresse

Werden Sie Mitglied.

Antidepressiva verschlechtern Spermienqualität

Anbieter von Serotonin-Wiederaufnahme-Inhibitoren (SSR) sollen künftig in ihren Beipackzetteln auf die Beeinträchtigung der Spermien-

qualität hinweisen, fordert das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM). Betroffen seien Medikamente mit den Wirk-

stoffen Citalopram, Escitalopram, Fluoxetin, Fluvoxamin, Paroxetin und Sertralin. ■

Quelle: Deutsches Ärzteblatt.

Frauen bekommen auffällig viele Psychopharmaka



Gerd Glaeske

„Viele psychisch wirkende Mittel zeigen einen deutlich höheren Anteil bei Frauen“; zu diesem Ergebnis kommt der Arzneimittel-Experte Gerd Glaeske in seinem jährlichen Arzneimittelreport. „Frauen werden eher mit psychisch bedingten Krankheiten und Belastungen assoziiert, Männer mit somatisch bedingten Erkrankungen“

Der größte Unterschied bei der Arzneimittelversorgung liegt im Bereich der die Psyche beeinflussenden Arzneimittel: Frauen erhalten zwei- bis dreimal häufiger Antidepressiva, Tranquilizer oder Schlafmittel verordnet. Viele dieser Mittel enthalten potenziell inadäquate Wirkstoffe für ältere Menschen. Frauen, so Glaeske, bekämen deutlich mehr dieser inadäquaten Mittel verordnet. Sie seien auch deutlich häufiger durch jene Medikation gefährdet als Männer, was der Arzt bei der Auswahl der Medikamente berücksichtigen sollte. Auch wenn es noch keine Studien zu Verstoffwechselungsprozessen gäbe, sei bekannt, dass Männer und Frauen unter-

schiedlich auf Medikamente reagieren.

Beispiel Lyrica: Das häufig Borreliose-Patienten verordnete Medikament (Wirkstoff Pregabalin) wird in der Behandlung von neuropathischen Schmerzen, bei Epilepsie und bei generalisierten Angststörungen eingesetzt. Gerd Glaeske fragt, wie es sein könne, dass Medikamente im Verbrauch noch immer ganz vorne (216 Mio. €) rangieren, obwohl seit Langem eine kritische Diskussion über deren Wirkweise im Gange sei. Zitat Glaeske: „Pharmareferenten überzeugen offenbar mehr als die publizierte Evidenz!“ ■

Quelle: Barmer Arzneimittelreport 2012

20 Suizide pro Tag weniger

Die Stiftung Deutsche Depressionshilfe (SDD) bezweifelt die eklatante Zunahme an Depressionen. Sie nahm damit Bezug auf den AOK-Fehlzeitenreport August 2012, der als Ursache für die angebliche Häufigkeitszunahme die erhöhten Anforderungen an Flexibilität und Erreichbarkeit in der Modernen Arbeitswelt postuliert.

Die Stiftung kommentierte: „Hinter der Zunahme in den Statistiken dürfte jedoch eher die sehr wünschenswerte Entwicklung stehen, dass sich mehr Erkrankte professio-

nelle Hilfe holen, Ärzte Depressionen besser erkennen und behandeln und Depressionen auch Depressionen genannt und nicht hinter weniger negativ besetzten Ausweichdiagnosen wie chronischer Rückenschmerz, Tinnitus, Fibromyalgie, Kopfschmerz, Chronic Fatigue versteckt werden.“

Quelle: Ärzteblatt.de

Kommentar der Redaktion: In der Aufzählung der Ausweichdiagnosen fehlt wie immer die Borreliose. Aus

aerzteblatt.de

Versehen. Oder Absicht? Eigentlich ist es ja umgekehrt: Die Depression ist die bequeme Ausweichdiagnose für Borreliose, was der BfBD der Stiftung schon häufig unter die Nase gerieben hat. Angeblich, so die Stiftung, nähmen sich pro Tag rund 20 Menschen weniger das Leben als noch vor 30 Jahren. Grund: Bessere Betreuung. Aber das kommentierten wir schon öfter: 190 Milliarden Dollar Antidepressiva pro Jahr. ■

Neue Wege in die Depression

Von Petra Hopf-Seidel



Leiden Sie unter Ein- und Durchschlafstörungen, an morgendlichem Früherwachen (meist um 5.00 Uhr) oder einer Erschöpfung und Antriebsstörung am Tage, sodass die alltäglich zu bewältigenden Aufgaben wie ein Berg vor Ihnen liegen? Sind Sie oft grundlos traurig, gereizt oder stimmungslabil? Ziehen Sie sich aus Ihren üblichen sozialen Kontakten, von Sport und Hobbys zurück?

Dann ist es gut möglich, dass Sie gerade eine depressive Verstimmung durchmachen, die oft saisonal gebunden auftritt zum Beispiel immer im Herbst (sogenannt SAD = saisonal auftretende Depression, seasonal affective disorder). Oder Sie haben gerade eine schwierige familiäre Zeit, einen Todesfall zu verkraften oder anhaltenden Stress im Beruf. Dies alles sind schon lange bekannte Auslöser und Risikofaktoren für eine depressive Phase. Weniger bekannt, aber sicher genauso häufig ist eine chronisch-systemische Entzündung als Grund einer depressiven Veränderung, worüber aber sehr viel weniger bekannt ist. Diese Form der Depression kann eine Vielzahl verschiedener Auslöser haben, über die

ich deshalb im Folgenden etwas ausführlicher berichten möchte.

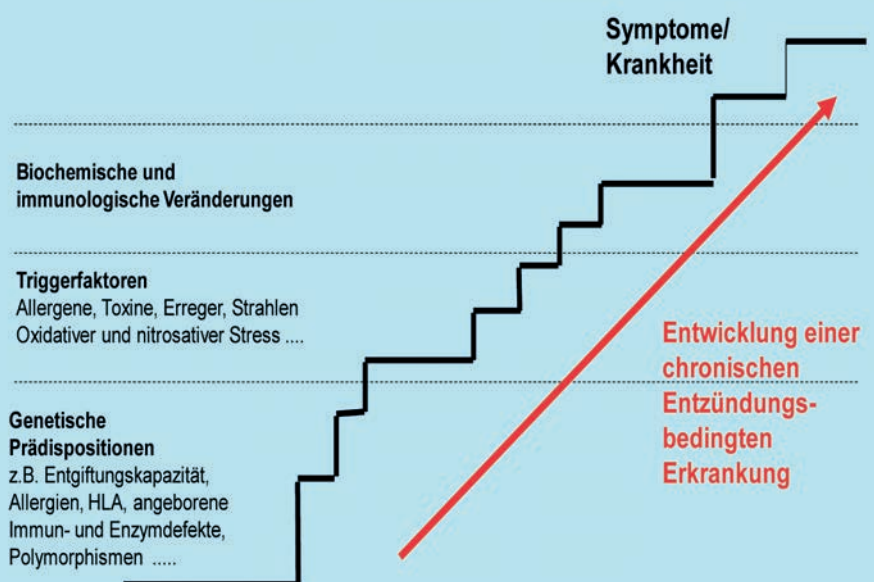
Eine der häufigsten Ursachen ist eine Infektion mit intrazellulären Erregern wie den Borrelien, Chlamydien, Rickettsien oder Yersinien oder aber mit extrazellulären Bakterien wie den Streptokokken. Da sich das Immunsystem (IS) eines Infizierten ständig mit diesen Keimen auseinandersetzen muss, entstehen sogenannte Zytokine, die eine erste Abwehrreaktion des Körpers darstellen. Die dabei wichtigsten Zytokine sind das **TNF alpha** und das **Interferon gamma (IFN gamma)**, beide zur sogenannten Th 1-Antwort gehörend. Sie verursachen das, was man unter anderem von der Frühphase einer Virusgrippe kennt, nämlich Kopf- und Gliederschmerzen, Muskelschmerzen, Müdigkeit und Erschöpfung und oft auch Fieber. Auch die gereizte oder „verschnupfte“ Stimmung eines Grippekranken

kennt man ja gut, was ebenfalls eine direkte Folge eines TNF alpha-Anstieges darstellt, wie wir im Folgenden noch näher sehen werden.

Aber nicht nur Erreger können eine derartige Zytokinproduktion auslösen, sondern auch sehr viele andere Faktoren unseres modernen Lebens, die zunächst auch erst einmal unverdächtig erscheinen und deshalb lange nicht erkannt werden. Dazu zählen vor allem die Schwermetalle aus Zahnmaterialien wie Quecksilber, Silber, Zinn (alle im Amalgam enthalten) sowie Cadmium, Palladium und Gold. Ebenso gibt es aber auch Unverträglichkeiten für Methylmetacrylate, die „Klebstoffe“ der Zahnmedizin. Aber auch metallene Piercingmaterialien, Schrauben und Implantate (nach Operationen) oder Tatoofarbstoffe können vom IS „bekämpft“ werden. Umweltchemikalien wie Pestizide oder Holzschutzmittel, Schimmelpilzbefall an feuch-

Institut für Medizinische Diagnostik

Die „Karriereleiter“ des chronisch kranken Patienten



Grafik 1

Quelle: Dr. Volker von Baehr, IMD Berlin

ten Wänden oder auch nur unerkannte Zahnherde können ebenso eine derartige chronische Entzündungsreaktion unterhalten. Erst in den letzten Jahren wurde auch der Elektromog als Quelle einer chronischen Entzündungsreaktion neu erkannt (siehe Grafik 1).

■ Welche diagnostischen Möglichkeiten gibt es, eine chronisch-systemische Entzündung zu erkennen?

Da diese Form der Entzündung nicht so leicht zu entdecken ist wie zum Beispiel eine „normale“ lokale Entzündung eines Fingers an seiner Rötung, dem Schmerz und einer Schwellung und da auch die üblichen Laborwerte einer Entzündung wie Erhöhung von CRP, Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit (BKS) oder Leucocytenzahl meist normal ausfallen, müssen andere Laborparameter zur „Enttarnung“ einer chronisch-systemischen Entzündung herange-

zogen werden.

Dazu zählen in erster Linie die schon erwähnten Zytokine TNF alpha und IFN gamma, aber auch Interleukin 1 (IL 1) und auch das ECP als Akut-Phase-Protein, die alle zusammen oder auch nur einzelne davon meist bei einer chronisch-systemischen Entzündung erhöht sind.

Daneben gibt es aber noch weitere Parameter, die in der Regel auffällig sind. Dazu zählt der **intrazelluläre ATP- und Glutathionwert aus Heparinblut**, der in der Regel deutlich erniedrigt ist, wie auch die erhöhten Werte von **Citrullin und Nitrophenylelessigsäure**, die aus dem Morgenurin gewonnen werden (die sogenannten Nitrostressparameter). Das Wissen über die Wichtigkeit dieser Laborwerte für das Erkennen einer bestehenden chronisch-systemischen Entzündung beruht auf den Forschungen des amerikanischen Biochemikers Prof. Martin Pall (www.martinpall.info).

Da bei dieser Entzündungsform oft

auch die Muskulatur mitreagiert in Form von lang anhaltenden Muskelschmerzen nach nur geringer Belastung, sind auch die Muskelenzyme **CK und LDH** meistens erhöht, was jeder Kassenarzt in seinem Hauslabor bestimmen lassen kann, da dies billige Routine-Laborwerte sind. Weniger bekannt und auch teurer zu bestimmen sind das **Tryptophan und das Serotonin**, die meist beide bei einer chronisch-entzündlichen Reaktion **erniedrigt** gefunden werden und die letztlich verantwortlich sind für die **depressive Verstimmung** des Betroffenen. Wie das zustande kommt, ist inzwischen aufgeklärt und soll im Folgenden erklärt werden. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass bei all diesen nachweisbaren Veränderungen das sogenannte Routinelabor wie Leberwerte, Blutbild, Kreatinin und CRP, um nur einige zu nennen, völlig unauffällig ist und der Patient deshalb für (labor)gesund erklärt wird.

Dass aber eine länger anhaltende





TNF alpha – und IL 1- Stimulierung noch viele weitere Veränderungen im Stoffwechsel eines Organismus' anstoßen und auch unterhalten kann, zeigt das oben zu sehende Übersichtsschema.

■ Wie entsteht eine depressive Verstimmung bei einer chronisch-systemischen Entzündung?

Das durch die verschiedensten Auslöser (siehe Schaubild Seite 9) stimulierte **TNF alpha und IL 1** führt seinerseits zu einer **Enzymaktivierung** der Indolamin-2,3-Dioxygenase oder kürzer der **IDO**. Durch die Aktivierung der **IDO** wird zunächst Tryptophan verbraucht, das dadurch nicht mehr für die Serotoninsynthese zur Verfügung steht. Stattdessen wird vermehrt das Kynurenin gebildet, das sowohl neurotoxisch als auch depressionsfördernd wirkt. Da aber gleichzeitig wegen des Tryptophanmangels auch das Serotonin viel weniger gebildet werden kann, kommt es sehr schnell zu einem Serotoninmangel mit all seinen Symptomen wie Schlafstörungen, Libidoverlust, Appetit- und Gewichtsveränderung und vor allem auch zu einer depressiven Verstimmung. In so einer Stoffwechselsituation darf **nicht unkritisch Tryptophan**

gegeben werden, da dies – **bei aktivierter IDO !** – den Serotoninmangel nur intensivieren würde, weil die **Kynureninbildung sich verstärken** würde. Der schon bestehende fatale Regelkreis würde sich nur immer weiter aufschaukeln. Deshalb ist es so wichtig, vor einer Selbstmedikation mit Tryptophan, das ja nicht verschreibungspflichtig ist, bei niedrigen Tryptophanwerten auch **vorher immer die IDO erst zu**

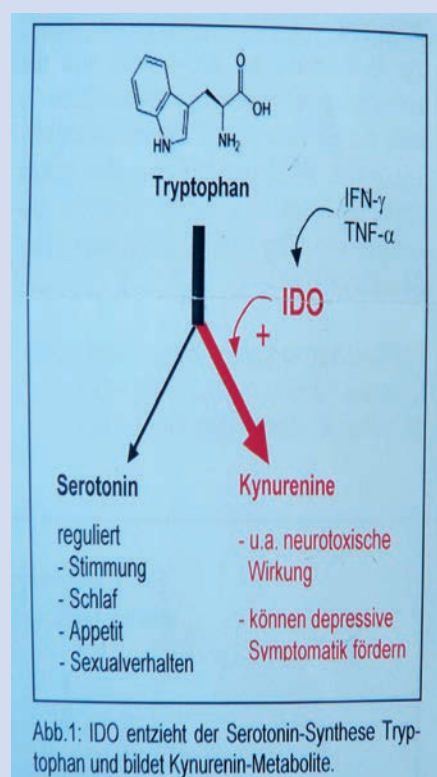


Abb.1: IDO entzieht der Serotonin-Synthese Tryptophan und bildet Kynurenin-Metabolite.

Quelle: Institut für medizinische Diagnostik (IMD) Berlin

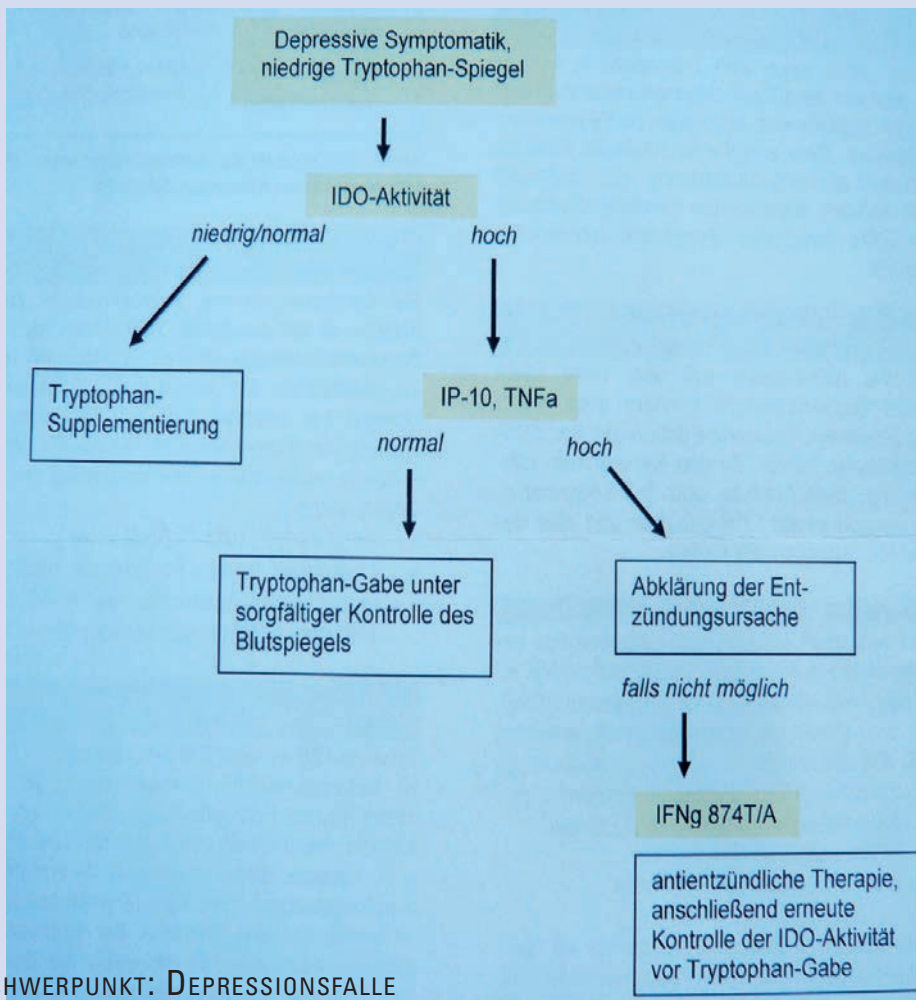
bestimmen, um diesen Fehler nicht zu begehen.

Unterbrochen werden kann dieser Entzündungskreislauf nur durch die Behandlung und/oder Beseitigung der auslösenden Ursachen, deren Aufdeckung deshalb so wichtig ist. Erst wenn die entzündlichen Reize wegfallen, kann sich das normale Gleichgewicht zwischen den sog. Th 1-Zytokinen (IL 1, TNF alpha) und den TH 2-Zytokinen (z.B. IL 4, IL 10, IL 17) wieder herstellen.

■ Wie kann man eine chronisch-systemische Entzündung kausal behandeln?

Als erstes sollte man versuchen, die Entzündungsursache aufzuspüren. Dazu gehört eine ausführliche Anamnese mit der Suche nach dem Beginn der depressiven Verstimmungen und der Schmerzsymptomatik. Wurden neue Zahnmaterialien eingesetzt? Kam es zu einer Durchfallperiode (zum Beispiel bei Yersinieninfektion), zu längerem trockenem Husten (zum Beispiel bei Chlamydia pneumoniae-Infektion) oder zu einer Wanderröte nach Zeckenstich (zum Beispiel nach Borrelieninfektion)? Bestehen hartnäckige, oft nur diffuse Gesichts- und Kieferschmerzen (zum Beispiel bei unerkannten Eiter (= Streptokokken)Herden in Kiefercysten oder Zahnwurzelgranulomen)? Besteht eine Umweltbelastung in Form von Schimmelpilzen, einem Elektromog oder einer Exposition gegenüber Holzschutzmitteln (Lindan), Pestiziden und vielem anderen mehr.

Die individuelle Belastung und Unverträglichkeit kann man dann in einem Lymphocytentransformationstest (LTT) im Sinne einer Typ IV-Sensibilisierung auf Schwermetalle oder auch auf die Erreger nachweisen. Die Behandlung besteht in einer Ausleitetherapie mit entweder Chelatbildnern wie DMPS oder DMSA oder aber mit Zeolithen zur Bindung



SCHWERPUNKT: DEPRESSIONSFALLE

Quelle: Institut für medizinische Diagnostik (IMD) Berlin

der Toxine im Magen-Darmtrakt (zum Beispiel mit Ferulith, Toxosorb, Montilo HE). Ebenso geeignet sind dafür Algen (Chlorella) und Coles-tyramin, die aber beide für diesen Zweck etwas weniger effektiv als Zeo-lithe zu sein scheinen.

Den Erfolg der Ausleitemaßnahmen kann man dann am abnehmenden LTT- Wert der jeweiligen Noxe/ des Erregers ablesen. Bei Zahnmaterialien ist natürlich Vorbedingung die Entfernung der allergisierenden Substanz und Ersatz mit einem dieses Individuum nicht allergisierenden Zahnersatzstoffes (immer vorher im Basophilengranulationstest = BDT

auf Verträglichkeit testen!).

Bei erniedrigtem Serotoninwert kann immer durch Antidepressiva vom SSRI-Typ (zum Beispiel Sertra-
lin) oder auch durch die älteren tricy-
clischen Antidepressiva (zum Bei-
spiel Amitryptilin, Amioxid) eine
Verbesserung des zur Verfügung ste-
henden Serotonins erreicht werden
und damit auch eine klinische Ver-
besserung der depressiven Verstim-
mung. Bestehen überwiegend Schlaf-
störungen, kann dies auch mit Tryp-
tophan (zum Beispiel 5-HTP, Kalma)
erreicht werden, aber nur, wenn die
IDO nicht aktiviert ist (wie vorher
beschrieben).

Erniedrigte Glutathionwerte lassen sich oral (zum Beispiel mit reduziertem Glutathion) oder intravenös (zum Beispiel durch Tationil, Ridutox) substituieren und verbessern dadurch die Energiesituation.

Symptomatisch können die Muskelschmerzen behandelt werden mit Tolperison (Mydocalm) oder Flupirtin (zum Beispiel Katadolon S long) sowie mit D-Ribose, einem Zucker, der überwiegend in die Muskulatur übergeht und die Energiebilanz verbessert. Die Gelenkschmerzen können natürlich ebenso symptomatisch mit NSAR (Diclofenac, Ibuprofen und Ähnlichem) behandelt werden wie die Schmerzen mit Analgetica (Tramadol, Novaminsulfon, ASS, Paracetamol und Ähnlichem), um das aktuelle Schmerzgeschehen unter Kontrolle zu bekommen.

Dabei darf jedoch nie vergessen werden, nach den eigentlichen Ursachen der chronisch-systemischen Entzündung zu suchen, denn nur mit deren Kenntnis kann eine kausale Therapie erfolgen und damit auch eine Normalisierung des „aus dem Ruder gelaufenen“ Regelkreises. Diese diffizile und oft langwierige Detektivarbeit erfordert vom Arzt wie Patienten viel Geduld, Engagement und auch Geld, da viele der genannten Untersuchungen von der gesetzlichen Krankenkasse nicht bezahlt werden. Trotzdem lohnt sich der Aufwand, denn nach einer gezielten und regelgerecht durchgeführten Therapie gehören Schmerzen und Depressionen der Vergangenheit an.

Dr. Petra Hopf-Seidel ist Nervenärztin, Allgemeinmedizinerin, Mitglied im Deutschen Berufsverband der Umweltmediziner und der Deutschen Borreliose-Gesellschaft

Werden Sie Mitglied.

Zusammen erreichen wir mehr als nur einzeln.

Beitragsermäßigung für Minderverdiener.

BORRELIOSE
UND FSME BUND
DEUTSCHLAND



Erlernte Hilflosigkeit

Wie ich auf Grund einer lang andauernden Borreliose depressiv wurde

Von Claudia Lietha



Als ich 1994 mit 15 Jahren ganz plötzlich schwer erkrankte und nach mehrmonatiger Leidenszeit die Diagnose „Borreliose im zweiten Stadium“ gestellt bekomme, bin ich erst mal erleichtert und rechne damit, dass dieses Übel nach der empfohlenen kurzen Antibiotika-Behandlung rasch wieder vorbei sein wird. Doch weit gefehlt. Bis ich eine adäquate Behandlung meiner Borreliose erhalte, wieder gesund werde und ein normales Leben führen kann, vergehen weitere 16 Jahre. Eine lange Zeit also, die nicht nur gravierende körperliche, sondern auch psychische Folgen nach sich ziehen wird.

Zusammengefasst kann ich sagen: Es sind unzählige belastende, sich kumulierende Erlebnisse während der Krankheit, die schließlich zu Depressionen führen. Als gravierende psychische Belastung empfinde ich bestimmt die ersten Klinikaufenthalte 1994 und 1995 sowie die Tatsache, schwerstkrank und in

lebensbedrohlichem Zustand mir selber überlassen zu bleiben. Traumatische Erlebnisse also, bei denen ich mich hilf- und machtlos fühle, und die ich psychisch eigentlich kaum verarbeiten kann. Die während Jahren sich ständig wiederholende Erfahrung, dass ich von meiner Umwelt weder Verständnis noch Hilfe bekomme, löst in mir zudem die Überzeugung aus, dass ich erstens nichts tun kann und zweitens keine Unterstützung erwarten darf. Eine Überzeugung, die geradezu förderlich ist, um Depressionen zu entwickeln.

Als ich 1998 auf Grund meines unveränderlich schlechten Gesundheitszustandes definitiv die Schule abbrechen muss und erfahre, dass ich keine Invalidenrente erhalte, wird mir zum ersten Mal deutlich bewusst, dass ich anscheinend weder gesund werden, noch eine Ausbildung machen, noch arbeiten, noch Hilfe bekommen kann. Ich bin sowohl in der Behandlung der Borreliose als auch in allen anderen Aspekten meines Lebens auf mich alleine gestellt. Das ist der Zeitpunkt, an dem ich immer häufiger in depressive Zustände falle, die einerseits durch enorme körperliche und psychische Überlastung, andererseits durch Resignation und Perspektivenlosigkeit entstehen. Und diese depressiven Zustände begleiten mich von da an während Jahren. Das ist in einer gewissen Weise auch verständlich, hören die extremen Belastungen ja nicht auf. Unter enormen Anstrengungen schaffe ich es viele Jahre später doch noch, die Matura (Abitur) abzuschließen und

zu studieren.

Verschiedene, scheinbar nicht änderbare Umstände und psychologische Konditionierungen lassen mich über lange Zeit in einer depressiven Resignation verharren. Es ist ein „Kampf gegen Windmühlen“, den ich jahrelang führe – welche Anstrengungen ich auch unternehme, es bringt schließlich doch nichts, da ich immer und immer wieder feststellen muss, dass es für Borreliosebetroffene einfach keine Unterstützungsmöglichkeiten gibt. Diese Erkenntnis lässt mich mit der Zeit zwangsläufig resignieren, ich werde depressiv und bin nicht mehr fähig, angemessen zu reagieren und zu handeln. Ich entwickle sozusagen durch die schwere Borreliose und die daraus resultierenden Folgen das psychologische Phänomen der „**Erlernten Hilflosigkeit**“, ein Modell, das die Entstehung von Depressionen auf Grund wiederholter Hilf- und Machtlosigkeit erklärt.

Die Wende folgt erst, als bei mir eine „**Posttraumatische Belastungsstörung**“ festgestellt wird, die auch mit Depressionen als Symptom einhergeht. Ich beginne, die Krankheitsergebnisse mit fachlicher Hilfe aufzuarbeiten. Die psychologische Unterstützung durch eine Fachperson löst langsam den „Schock“, mit dem ich seit Jahren lebe, und ich bin erstmals dazu in der Lage, für mich selber einzustehen. Von da an ändere ich Schritt für Schritt meine Lebensweise, verringere mein Arbeitspensum, mache regelmässig Entspannungsübungen und nutze Wellness-Anwendungen, um körperlich und psychisch regenerieren zu können.

Als ich kurz darauf einen Arzt finde, der meine chronische Borreliose mit einer mehrmonatigen Intensiv-Antibiotikatherapie sowie Komplementärtherapien nach neuesten medizinischen Erkenntnissen behandelt und ich anschliessend sogar wieder gesund werde, gehen weitere Türen auf. Durch die wiederhergestellte Gesundheit ist ein völlig

anderes, lebenswertes Leben wieder möglich. Positive private und berufliche Erlebnisse stellen sich ein, ich schaffe es sogar, nach vielen Jahren meinen größten Kindheitstraum zu verwirklichen und beginne, als Autorin zu arbeiten. Ein gutes Leben ohne körperliche Beschwerden und ohne Depressionen ist wieder Realität geworden. ■

Die Autorin studierte Philosophie, Kunstgeschichte und Psychologie in Basel. Sie lebt in der Schweiz und schrieb das hochprämierte Kinderbuch „Snip“. Ihr neuestes Buch: „Borreliose – ich hab noch tausend Träume“ beschreibt die Bewältigung dieser Krankheit von Kindesbeinen an; es erscheint im Februar 2013.

Depressionen mit Sport bekämpfen?

Das Experiment ging schief. Melanie Chalder von der Universität Bristol, Großbritannien träumte mit ihren Mitarbeiterin davon, dass man Menschen mit sogenannten Major-Depressionen (eine ernsthafte und durch bestehende Selbstmordgefährdung zu bezeichnende Erkrankung) durch Sport stabilisieren könnte. Dazu wurden 142 Teilnehmer über acht Monate mit individuellen Sportprogrammen beschäftigt. Tatsächlich konnten die meisten Patienten für ein Sport- und Bewegungsprogramm motiviert werden. Und auch im ers-

ten Jahr nach dem Ende der Studie blieben sie wesentlich aktiver als die 148 Patienten, die als Kontrollgruppe ohne Sport weiterlebten. Trotz der guten Rahmenbedingungen mussten Chalder und Mitarbeiter jedoch das Scheitern ihrer Studie einräumen. Beide Gruppen waren danach weiterhin wegen neuer Episoden einer Depression in Behandlung.

Die Studie schließt nicht aus, dass sportliche Aktivität im Einzelfall eine antidepressive Wirkung entfaltet, meint Chalder. Vielleicht hätte man einen stärkeren Effekt erzielt, wenn

der Grad der Aktivität nicht so niedrig gehalten worden wäre. Es gebe auch Berichte, wonach Patienten mit Major-Depression beim Laufen ein starkes Glücksgefühl durch die Ausschüttung von Endorphinen erleben. Zu bedenken sei auch, dass sich unsportliche Depressive häufig in Isolation zurückziehen, was dann mit ungesunder Lebensweise mit Alkohol, Nikotin und hyperkalorischer Ernährung verbunden sei, die wiederum das kardiovaskuläre Risikoprofil der Patienten verschlechtern. ■

Quelle: rme/aerzteblatt.de



Was ist Major Depression?

Das Wort Depression wird heutzutage schnell in den Mund genommen.

Die meisten Patienten und auch Mediziner deuten traurige, melancholische oder lustlose Verstimmungen als depressive Phasen. Im medizi-

nischen Sinne ist Depression jedoch eine ernsthafte lebensbedrohliche Erkrankung, weil sie häufig mit Selbstmordgefährdung einhergeht.

Die sogenannte Major Depression, eine besonders schwere Form der

Depression, ist häufig anlagebedingt. Auch sie wird durch Stress wie Angst und Überlastung verstärkt, kommt aber nicht aus heiterem Himmel, wie bei einer bakteriellen Infektion. ■

„Soziale Benachteiligung und Einsamkeit machen depressiv“

Kluge Sätze aus dem Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI) in Berlin. Unter dem Monitor „Versorgungsatlas“ beleuchtet das ZI die Versorgungsstruktur in Deutschland. So erhielten zum Beispiel im Jahr 2007 rund zehn Prozent aller erwachsenen Patienten in Deutschland die Diagnose Depression. Frauen seien doppelt so häufig betroffen wie Männer. Dabei zeigten sich ausgeprägte regionale Unterschiede. Während eine Depression auf Rügen nur bei jedem zwanzigsten Patienten dokumentiert sei, wäre in **Landshut** fast jeder fünfte Patient betroffen. Das macht stutzig. Ist es nicht gerade jene bayerische Stadt, aus der die meisten Klagen wegen Borreliose-Verharmlosung kommen? War es nicht sogar jene Stadt, in der vor einigen Jahren die dortige Kreisärzteschaft eine Pressemitteilung über einen Vortrag von Prof. Peter Herzer verfälscht hatte, so dass Borreliose in der örtlichen Tageszeitung als Modekrankheit bezeichnet wurde?

Gemäß der aktuellen Analyse der Versorgungsatlas-Experten träten Depressionen häufiger in Regionen mit einem höheren Anteil an sozial schlechter gestellten oder alleinlebenden Menschen auf. Darüber hinaus komme es auf die Versorgungsstruktur an: Die Anzahl niedergelassener

Psychiater, Nervenärzte und Psychotherapeuten in der Region wirke sich auf Entdeckung und Dokumentation einer Depression aus. Die Versorgung von Menschen mit depressiven Störungen, so das ZI, sei deshalb eine wichtige Aufgabe für jedes Gesundheitssystem. „Aus diesem Grund ist es für uns von großer Bedeutung, die Gründe für die ausgeprägten regionalen Unterschiede zu verstehen“, sagt Dr. Dominik von Stillfried, ZI-Geschäftsführer. „Besonders gefährdete Regionen lassen sich anhand der regionalen Rahmenbedingungen wie Wohlstandsniveau und Sozialstruktur erkennen. Bei gegebener Gefährdungslage interessiert uns aber auch die Rolle der Versorgungsstruktur. Die Vermutung liegt nahe, dass in Regionen mit einer zu geringen

Anzahl an psychiatrischen, nervenärztlichen und psychotherapeutischen Behandlungsplätzen eine Depression seltener dokumentiert wird, weil nur wenige betroffene Patienten mitbehandelt werden können.“

Zusatz der Redaktion: Depression ist eine Krankheit, die im Gesundheitssystems verankert ist. Diesen Krankheiten gilt die besondere finanzielle Zuwendung des Bundes an Ärzte und Krankenkassen. Da lohnt es sich, eine Diagnose nachträglich auf Depression zu erweitern oder umzuändern. Borreliose-Patienten hilft das freilich nichts. Oder vielleicht dieser ZI-Kernsatz: Als „Begleiterkrankung“ chronischer Krankheiten kann eine Depression die Behandlungsergebnisse deutlich verschlechtern. ■



Foto: Fischer

Depression –

ein Symptom chronisch entzündlicher Erkrankungen

■ Einleitung

Unter dem Begriff Depression wird eine ganze Zahl von Schwankungen des Befindens wie allgemeines Unwohlsein, Abgespanntheit, Erschöpfung, Mattigkeit, Schwäche, innere Unruhe, Unbehagen, Verzagtsein, Kummer, Gram, Furcht, Angst, Gereiztheit, Ärger, Zorn, Wut, Neid, Eifersucht, Missgestimmtheit, Verzweiflung und insbesondere Niedergeschlagenheit zusammengefasst. Es handelt sich um einen häufig vorkommenden Beschwerdekomples mit einer Lebenszeitprävalenz von 14 bis 20 Prozent (Kessler 2002, 2003). Das Syndrom wird bislang den psychischen Störungen zugeordnet und in der Psychiatrie als Diagnose verwendet. Der Begriff Depression leitet sich von *deprimere* (lat.) ab und bedeutet herunter- oder niederdrücken.

Depression weist bei den Betroffenen eine große individuelle Variabilität auf (Boland 2002). Es wird die unipolare, bei 20 bis 30 Prozent auftretende depressive Symptomatik ohne manische Manifestationen von bipolaren (manisch depressiven) Erkrankungen unterschieden. Die Rezidivrate ist hoch. Sie liegt bei uni-

polar Depressiven im Jahresverlauf bei 80 Prozent (Keller, Boland 1998). Die Morbidität ist für eine Reihe weiterer Erkrankungen im Vergleich zu nicht depressiven Personen erhöht (Tab.1). Die Mortalitätsrate ist bei den assoziierten Krankheiten in Verbindung mit depressiver Symptomatik doppelt so hoch (Penninx 1999, Pasic 2003).

■ Klassifizierung der Depression

Medizinhistorisch wurden psychogene, endogene und somatogene Depressionen neben einer phänomenologischen Klassifikation der Depression unterschieden (Faust 1994). Die aktuelle Klassifizierung der Depression im ICD 10 und DSM IV differenziert manische Episoden, bipolare Störung, depressive Episoden, rezidivierende depressive Störung, anhaltende affektive Störungen, sonstige affektive Störungen, andere affektive Störungen, Anpassungsstörung, postpartale Depression und organisch affektive Störung (WHO: International Classification of Diseases and related Health Problems; ICD 10). Beiden Klassifizierungen liegen empirisch gewonnene Kriterien zu Grunde. Es handelt sich jeweils um eine bestimmte Anzahl und Schwere von Symptomen, die über eine gewisse Zeit andauern müssen und nicht durch andere Erkrankungen und Umstände erklärbar sind. Es stellt sich allerdings die Frage, was sind „andere Umstände“ und wie genau werden diese „anderen Umstände“ abgeklärt. Gerade hier zeigt sich im praktischen Alltag in der Regel, dass ein Symptomprofil voreilig der Depression zugeordnet

Von Kurt E. Müller



wird und dass ab diesem Zeitpunkt die differenzialdiagnostische Exploration möglicher Ursachen der depressiven Symptomatik unterbleibt. Die Depression im psychiatrischen Sinn ist eine Ausschlussdiagnose.

■ Genetische Faktoren der Depression

Die Bedeutung des serotonergen Systems für die Entwicklung depressiver Symptomatik ist unbestritten. Seine Funktionsweise unterliegt vielfältiger genetischer Variabilität, so dass bereits hierdurch das Risiko, eine depressive Symptomatik zu entwickeln, bei den Menschen unterschiedlich ausgeprägt ist. Serotonin ist ein Neurotransmitter des Zentralen ontogenetischen Nervensystems (ZNS) und des Darmtraktes. Im ZNS wird es in den Raphe-Kernen des Hirnstammes gebildet. Das zentrale Serotoninsystem gehört phylogenetisch und zu den ältesten neuromo-



dulatorischen Systemen (Hegerl 2006). Zudem ist Serotonin ein peripheres Hormon, das vor allem in den chromaffinen Zellen des Verdauungstraktes sezerniert wird. Ausgang für die Serotoninproduktion ist in beiden Fällen die essentielle Aminosäure L-Tryptophan. Der erste Schritt wird durch Tryptophan-Hydroxylase (TPH) geregelt, ein Enzym, das im Corpus pineale in drei- bis sechsfach höherer Konzentration als im Kortex vorkommt (Studnitz 2005). Es existieren zwei Isoformen TPH1 und TPH2, die eine Sequenzidentität von 71 Prozent aufweisen. Die Funktionsvariation von TPH2 ist mit einem höheren Risiko verbunden, an Depression zu erkranken.

Bisher konnten 15 Serotonin-Rezeptoren identifiziert werden, über die das serotonerge System in Wechselwirkung mit anderen neuromodulatorischen Systemen steht. Es ergibt sich eine vielfältige Kombination unterschiedlicher Rezeptortypen, die teilweise nur prä- und/ oder postsynaptisch vorkommen (Jacobs 2000). In Untersuchungen strukturell relativ ähnlicher Rezeptorsysteme (Dopamin D2-Rezeptoren) konnte gezeigt werden, dass deren Funktion durch chronische Einwirkung von Umwelttoxinen wesentlich beeinträchtigt werden kann (Müller 1996).

Der zur Familie der Monoamintransporter gehörende Serotonintransporter (SERT) ist ein integrales Membranprotein. Es befördert Serotonin Natrium abhängig aus dem synaptischen Spalt in das präsynaptische Neuron. Mit dem Transport durch SERT wird die Wirkung von Serotonin beendet. **Störungen von SERT werden bei Depressionen, Alkoholismus, Bluthochdruck und sozialen Phobien assoziiert gefunden** (Ozaki 2003, Ueno 2003). An dieser Stelle greifen die inzwischen therapeutisch am häufigsten genutzten Serotonin Wiederaufnahmehemmer (SSRI) an.

Cytochrom P450 2D6 (CYP2D6)

hat unter anderem die physiologische wichtige Funktion der Regeneration von Serotonin aus 5-Methoxytryptamin und besitzt damit einen antidepressiven Effekt. Es gibt vier unterschiedliche Grade der Enzymaktivität, so dass die Leistung bei der Regeneration von Serotonin individuell verschieden ist. Es werden poor (PM) intermediate (IM), extensive (EM) und ultrarapid metabolizer (UM) unterschieden. Die Prävalenz der einzelnen Phänotypen ist unterschiedlich (Tab. 1). Da dieses Enzym zugleich entscheidend für die Verstoffwechslung der in der Psychiatrie überwiegend eingesetzten Serotonin Wiederaufnahmehemmer (SSRI) ist, ist die Wirkung dieser Medikamente individuell außerordentlich variabel und das Nebenwirkungsrisiko hoch. Eine Anpassung an die individuell adäquate Dosis erfolgt in der Regel nicht (Tab. 2). Neben der Gruppe der SSRI ist das Enzym an der Verstoffwechslung von circa 50 Prozent aller verwendeten pharmazeutischen Substanzen beteiligt, so dass ein außerordentlich hohes Interaktionsrisiko besteht (Llerna 1993, Ingelman-Sundberg 2004). Wechselwirkungen sind auch beim Gebrauch von Antibiotika bei der Behandlung der Borreliose zu beachten.

In jüngster Zeit wurde die Bedeutung der **Mitogen Activated Protein Kinase 1 (MAP-K1)** für die Manifes-

tation von Depression erkannt. Sie ist ein Mitogen Kinase Protein 1 und unterliegt deren genetischen Regulation (MKP 1-Gen). **Die Euphorie hinsichtlich seiner Bedeutung wird sich aus der Sicht des Autors in der nächsten Zeit wieder legen.** Es wird sich zeigen, dass es sich um einen der zahlreichen genetischen Faktoren handelt, die depressive Symptomatik begünstigen können und es sich nicht um den Faktor handelt, der sie fördert, wie es bei der Präsentation der Forschungsergebnisse gegenüber der Öffentlichkeit zum Ausdruck gebracht wurde. Eine Übersicht der derzeit bekannten relevanten genetischen Faktoren ist dargestellt (Tab. 3).

■ Neurobiologische und immunologische Pathomechanismen der Depression

Es ist zwischenzeitlich auch in der psychiatrischen Literatur (Maes 1992, 2010, van West 1999, Schwarz 2009) unbestritten, **dass chronische Entzündungen entscheidende Faktoren sind, Depression auszulösen.** Die bei chronisch entzündlichen Erkrankungen wie der Borreliose in der Regel erhöht freigesetzten proinflammatorischen Zytokine Interferon- γ (IFN- γ) und/oder Tumornekrosefaktor- α (TNF- α) spielen hierbei eine entscheidende Rolle. Beide proinflammatorischen Zyto-



Foto: Fischer

kine lösen die Aktivierung der Indolamin-2,3-Dioxygenase (IDO) aus, was zu einer Verarmung an Serotonin führte, da in der Folge bis zu 99 Prozent Kynurenin aus L-Tryptophan gebildet wird (Schwarz 2010, Müller 2010). Mit dieser Änderung des Serotonin-Stoffwechsels ist praktisch immer die Entwicklung depressiver Symptomatik verbunden (Abb. 1).

Es ist inzwischen ein Leichtes, die chronische Expression proentzündlicher Zytokine zu untersuchen. Würde dieser Weg ergänzend zur Borreliose-Diagnostik durch Kultur, PCR, Serologie und/oder Lymphozytentransformationstest (LTT) gewählt, um wenigstens die Präsenz chronischer Entzündung zu dokumentieren, wäre damit wenigstens der Zusammenhang des Symptoms Depression mit einem entzündlichen Prozess zu belegen und der Patient vor der voreiligen Zuordnung seiner Symptome zu einer psychiatrisch bedingten Erkrankung bewahrt.

Weiter ist das proinflammatorische Zytokin Interleukin-1 β (IL-1 β) von Bedeutung, das bei chronischen Infektionen ebenfalls im peripheren Blut erhöht gefunden werden kann. Es spielt eine komplexe immunregulatorische Rolle. Wenn es bei entzündlichen Prozessen in der Peripherie produziert wird, ist es selbst nicht in der Lage, die Blut-Hirnschranke zu passieren. Es induziert allerdings Signale des Nervus sympathicus, die anders als das Zytokin selbst die Blut-Hirnschranke umgehen und im ZNS die Produktion von IL-1 β auslösen (Straub 2006). Auf diese Weise kommt es zu einem Transfer der Inflammation in das ZNS mit einer Symptomatik, die einer Neuroborreliose entsprechen kann. Da hierzu ein Erregerbefall des Gehirns nicht Voraussetzung ist, ist in diesen Fällen die **Lumbalpunktion immer unauffällig, was zur Ablehnung der Diagnose Neuroborreliose** beziehungsweise des Zusammenhangs der Symptomatik mit einer Borreliose führt. Es ist zu diskutieren, ob bereits dann von einer Neuroborreliose auszuge-

hen ist, wenn die durch eine Borreliose ausgelöste entzündliche Reaktion außerhalb des ZNS Entzündungsprozesse in das ZNS transferiert. Der Erregerbefall des Gehirns ist also keine zwingende Voraussetzung für die Symptomatik des ZNS. Die in der Regel erfolgende Zuordnung zu einer psychosomatischen oder somatoformen Störung beziehungsweise einer Depression ist in diesen Fällen trotz unauffälliger Lumbalpunktion nicht gerechtfertigt. **Bereits die simple Untersuchung proinflammatorischer Zytokine wäre eine einfache Möglichkeit, diesen Trugschluss zu vermeiden.**

■ Entzündung und Energiehaushalt

In jüngster Zeit konnte gezeigt werden, dass die chronische Aktivierung des Immunsystems zu einem erheblichen und andauernden Energieverbrauch führt (Straub 2010). 25 bis 30 Prozent des täglichen Energieaufkommens wird bei der Aktivierung des Immunsystems insbesondere während der Nacht verbraucht, die dadurch ihre erholende Funktion verliert und als Regenerationszeit ausfällt. **Die Folge ist, dass die Patienten morgens bereits erschöpft aufwachen und die Leistung für den gesamten Tag gemindert ist.** Dabei verbraucht insbesondere der aktivierte Lymphozyt Energie, also die Zelle, die auch im LTT als reagierende Zelle untersucht wird.

Adenosintriphosphat (ATP) ist der wesentliche Träger von Energie und wird in der Atmungskette in den Mitochondrien produziert (Littarru 1994, Rassow 2008). Chronische Inflammation führt immer auch zu einem verstärkten ATP-Verbrauch, der mit der Entwicklung des **chronischen Erschöpfungssyndroms (CFS)** in enger Verbindung steht (Myhill 2010). Das häufig durch Serotonin- und ATP-Mangel geprägte Krankheitsbild löst bei den so betroffenen Patienten kompensierende

Stressreaktionen aus, da sie nur auf diese Weise noch in der Lage sind, den Tag zu bewältigen. Eine adäquate Stresskompensation ist allerdings wiederum nur ATP-abhängig möglich, da das hierzu benötigte S-Adenosylmethionin (SAME) von diesem Energieträger abhängig gebildet wird (Rassow 2008). Es ergibt sich die fatale Situation, dass zur besseren Stresskompensation ATP und SAME dringend benötigt werden und **dass genau dieser notwendige Mechanismus nicht mehr funktioniert.** Da bei der Bildung des zur Stresskompensation erforderliche S-Adenosylmethionin ATP vollständig dephosphoryliert wird (Rassow 2008), ergibt sich hieraus eine fatale Eskalation der Krankheitsentwicklung, die durch den sich in dieser Situation in der Regel entwickelnden sozialen und iatrogenen Stress noch ganz wesentlich verstärkt wird. Dieses Risiko ist bei Patienten mit einer reduzierten Aktivität der Catechol-O-Methyltransferase (COMT; heterozygot Val158Met, homozygot Met158Met) besonders hoch, da die verlangsamte Katabolisierung der Katecholamine, insbesondere die von Noradrenalin, einen hohen Energieverbrauch und einen hohen Bedarf an Mikronährstoffen bedingen (Müller 2007, 2011). Gleichzeitig werden die TH2-Zellen aktiviert und mit ihnen die Interleukin-10 (IL-10) Expression gesteigert (Schauenstein 2006, Müller 2010). Damit ist eine Hemmung der Abwehrleistung der TH1-Zellen verbunden, wodurch der chronische Verlauf der Borreliose begünstigt wird.

■ Die Bedeutung des Stickstoffmonoxids (NO)

NO hat bei Infektionskrankheiten regulatorische Aufgaben und erfüllt die Funktion eines Zytokins, obwohl es strukturell nicht dazu zu zählen ist. Es kommt im Organismus als endothelialer (eNO), induzierbarer (iNO), mitochondrialer (mNO) und neuro-

naler Transmitter (nNO) vor. Bei allen parasitären, viralen und bakteriellen Infekten wird es verstärkt synthetisiert. Es hat die vordringliche Aufgabe, die Zellatmung der Erreger aber auch der von ihnen befallenen Körperzellen zu hemmen (Bredt 1994, Beckmann 1996). Die Expression proinflammatorischer Zytokine infolge der Infektion löst die NO-Bildung aus. Die Bildung freier Sauerstoffradikale (ROS) steigt in der Folge an, die ihrerseits NF- κ B aktivieren und so einen sich perpetuierenden Inflamationsprozess auslösen. Unter den freien Radikalen ist das aus NO durch Reaktion mit Superoxid ($O^{\cdot-}$) gebildete Peroxinitrit ($ONOO^{\cdot-}$) das aggressivste (Pall 2007, Hill 2010). Es blockiert die Bildung von ATP und löst schon hierdurch **Müdigkeit, schnelle Erschöpfbarkeit und langsame Erholbarkeit** aus. Die Aktivierung des N-Methyl-D-Aspartat- (NMDA-) und Vanilloid-Rezeptors ist mit der **Entwicklung erhöhter Chemikaliensensitivität** verbunden (Pall 2007, Hill 2010), die bei Patienten mit Borreliose im Stadium III häufig angetroffen wird. Es wird auch hierdurch der L-Tryptophan-Serotonin-Melatonin-Stoffwechsel beeinträchtigt, was ebenfalls zu **Niedergeschlagenheit, Erschöpfung und Müdigkeit verbunden mit Schlafstörungen** führt. Da auch der Melatoninstoffwechsel beeinträchtigt wird, sind die Patienten blass und bleiben es auch bei Sonnenlichtexposition (Pall 2010, Müller 2010).

■ Blick über die Schulter

Die früheren Konzepte der Behandlung von Tuberkuloseerkrankten sind beispielhaft, wie eine Strategie der Therapie einer chronischen Infektionskrankheit gestaltet werden sollte, wenn einfach zu praktizierende zuverlässige kurative Verfahren nicht zur Verfügung stehen. Es wurde für Tuberkulosekranke ein adäquates Behandlungsumfeld (öko-

logisch konzipierte Kliniken, lichtdurchflutete Räume, große Balkone, breite Türen der Krankenzimmer zu den Balkonen, abgeschirmte Ruhezonen, gute Möglichkeiten des Aufenthalts in unbelasteter Natur) verbunden mit sozialer Sicherheit und Vermeidung sozialer und iatrogener Kränkung beziehungsweise Stigmatisierung geschaffen. Allen Beteiligten war klar, dass eine erfolgreiche Therapie nur unter adäquaten Rahmenbedingungen möglich ist. **Hiervon sind die Konzepte für an Borreliose erkrankte und andere an chronische Multisystemkrankheit (CMI: chronic multisystem illness) leidenden Menschen weit entfernt.**

Es wird psychosozialer Stress durch Nicht-Anerkennung der Krankheitszusammenhänge durch Ärzte-, medizinisches Personal sowie durch Kranken- und Rentenversicherungen und die mangelnde Aufmerksamkeit der Gesellschaft für die Probleme und Sorgen dieser Patienten ausgelöst, die in **zynischen Darstellungen der Problematik in den Medien** gipfelt. Kraft zehrende Auseinandersetzungen mit den Institutionen und letztendlich den Sozialgerichten sind die Folge und so gut wie immer erfolglos. Diese psychischen und psychosozialen Stressoren tragen neben den besonderen Eigenschaften des Erregers und der individuellen Funktion des Neuroendokrinoimmunsystems (NEIS) ganz wesentlich zur **Chronifizierung der Borreliose** bei. Sie erhöhen die Kosten und fördern die Psychiatisierung der erkrankten Menschen zusätzlich. **Die Ärzteschaft stellt sich der Frage, inwieweit sie durch iatrogene Kränkung von Patienten hierbei einen wesentlichen Beitrag leistet, nicht.**

■ Resümee

Bei chronisch verlaufender Borreliose und den mit ihr häufig einhergehenden Co-Infektionen ist chronische Entzündung die Regel und nicht die Ausnahme. Damit sind immer

Störungen von NEIS, des Energiehaushalts, des serotonergen Systems, der neuroendokrinen Stressachse und von metabolischen Parametern einschließlich der Aktivierung der NO/ $ONOO^{\cdot-}$ -Kaskade verbunden. Die Entwicklung von Müdigkeit, Erschöpfung, mangelhafter Ausdauer, Antriebsarmut, Lustlosigkeit und depressiver Verstimmtheit treten dadurch mit großer Wahrscheinlichkeit bei den erkrankten Personen auf. Diese, das psychische Befinden der Patienten betreffenden Symptome, sind nicht Ausdruck eines psychiatrischen Krankheitsbildes, sondern **Folgen einer chronisch entzündlichen Erkrankung**, die auf Grund ihrer immunologischen und neurobiologischen Interaktionen diese komplexe Symptomatik bedingt. Die Behandlung der Ursache der Entzündung ist zugleich die kausale Therapie dieser Beeinträchtigungen des psychischen Befindens. Alle anderen Maßnahmen haben nur symptomatische Bedeutung. Nicht wenige weisen eine hohe Komplikationsrate auf. ■

Dr. med. Kurt E. Müller
Mozartstraße 16
87435 Kempten

Literatur beim Verfasser

Arteriosklerotische Herzerkrankungen
Vaskuläre Erkrankungen des Zentralnervensystems
Pollinosis
Asthma bronchiale
Ulcus pepticum
Diabetes mellitus
Metabolisches Syndrom
Krebserkrankungen
Infektionskrankheiten

Tabelle 1: Prävalenz der CYP2D6-Polymorphismen in % der Bevölkerung.

	PM	IM	EM	UM
Antidepressiva				
Imipramin	30	75	130	180
Doxepin	35	77	120	170
Trimipramin	37	83	125	175
Paroxet	65	90	108	143
Amitriptylin	70	90	105	135

Antipsychotika

Perphenazin	30	80	130	170
Flupentixol	68	80	117	135
Haloperidol	67	90	108	126

Tabelle 2: Dosisäquivalente einer Auswahl von Antidepressiva und Antipsychotika (n. Ingelman-Sundberg 2004).

Tryptophanhydroxylase 2 (TPH2)

DOPA-Decarboxylase

Serotonintransporter

Serotoninrezeptoren

CYP2D6

Methyltetrahydrofolatreduktase (MTHFR)

Mitogen Kinase Protein 1 (MKP 1-Gen)

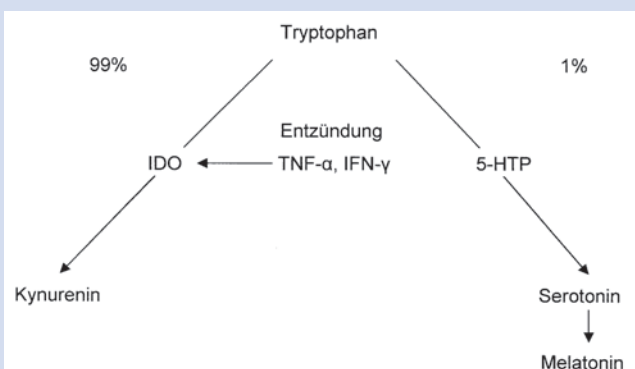
→ Mitogen Activated Protein Kinase 1 (MAP-K1)

Tabelle 3: Genetische Polymorphismen, die depressive Symptomatik begünstigen.

Abkürzungen

IDO: Indolamin-2,3-Dioxygenase

5-HTP: 5-Hydroxytryptophan



Medizinerlatein – Schwere Kost für Patienten

Liebe Leser, wir bitten um Verständnis, dass hier auch Berichte abgedruckt sind, die vorrangig von Ärzten gelesen werden sollen. Unser Glossar versucht dennoch, die wichtigsten Begriffe für den Laien verständlich zu machen.

Glossar

affektive Störung	Veränderung der Stimmungslage
chromaffin	mit Chromsalzen färbbar
Corpus pineale	Zirbeldrüse
endogen	aus inneren Ursachen entstehend
iatrogen	Krankheitsbilder, durch ärztliche Maßnahmen verursacht
Inflammation	Entzündung
Isoformen	Moleküle identischer Zusammensetzung aber unterschiedlichen Aufbaus
Katabolisierung	Abbau der Stoffe im Körper durch Stoffwechsel
Katecholamine	Hormone und Neurotransmitter
Kortex	Großhirnrinde
Kynurenin	ein Enzym
Mitochondrien	Kraftwerke der Zellen
mitogen	Die Zellteilung anregend
Morbidität	Krankheitshäufigkeit
Mortalitätsrate	Sterberate
ontogenetisch	die biologische und geschichtliche Entwicklung des Menschen betreffend
Pathomechanismen	Abläufe eines Krankheitsgeschehens
perpetuieren	dauerhaft machen, verstetigen
phylogenetisch	stammesgeschichtlich
postpartale	Stimmungskrise nach Geburten
präsynaptisch	vor der Synapse
postsynaptisch	nach der Synapse
Prävalenz	Krankheitshäufigkeit
proinflammatorisch	die Entzündung verstärkend
psychogen	Entstehung eines Krankheitsbilds durch die Psyche
Raphe-Kerne	Gruppe von Kernen des ZNS
serotonergen	Symptome, hervorgerufen durch erhöhten Serotinspiegel
sezernieren	ein Sekret absondern
somatogen	Folge einer körperlichen Grunderkrankung
Synapse	Kontaktstellen zwischen Nervenzellen
Umwelttoxinen	Schadstoffe aus der Umwelt
unipolar	Depression ohne manische Phasen
ZNS	Zentralnervensystem
Zytokin	Eiweiß, das auf die Zellen reagiert.

Mitglieder im

BORRELIOSE
UND FSME BUND
DEUTSCHLAND



wissen mehr

Was eine Depression ist und was keine Depression ist

Von Josef Giger-Bütler

Es wird heute zu schnell etwas problematisiert und pathologisiert. Jede scheinbare Abweichung, Auffälligkeit, jede Ungereimtheit und Unsicherheit wird reglementiert, kategorisiert und gewertet. Es macht den Anschein, als ob es darum ginge, alles in den Griff zu bekommen, Angst zu besiegen, Unsicherheiten und Bedrohungen zu eliminieren. Es hat etwas Magisches an sich, auch so etwas Hektisches, Ungeduldiges und mit einer Tendenz zur Uniformierung. Es hat auch zu tun mit fehlender Toleranz und fehlendem Vertrauen. Es ist wie bei den Gesetzen. Mit der Zeit können wir gar nicht mehr atmen, ist jeder Schritt vorgegeben und katalogisiert. Der Spielraum der Freiheit wird eng und der Bereich des Normalen und Natürlichen wird zunehmend kleiner. Was scheinbar nicht in die Norm passt, ist suspekt und muss eliminiert werden. Und dem zum Opfer fällt auch die Depression. Deshalb ist die Aussage „Depression ist keine Krankheit“ so wichtig. Sie bedeutet nichts anderes als: „Depressive Menschen sind so gesund und normal wie alle andern Menschen auch. Sie sind nicht anders. Sie haben wie alle andern ihre Ecken und Kanten, ihre Stärken und Schwächen.“

■ Es geht den depressiven Menschen nicht gut.

Depressives Leiden ist ein quälendes und furchtbares Leiden, aber es ist keine Krankheit. Es ist ein Leiden, das seine Auswirkungen auch über den Betroffenen hinaus hat, denn seine Familie und sein berufliches Umfeld werden genauso in Mitleidenschaft gezogen, wie auch die volkswirtschaftlichen Auswirkungen riesig sind. Das heißt aber noch lange

nicht, dass er krank ist. Wem es schlecht geht, der muss nicht automatisch krank sein. Und wer deprimiert ist, nicht automatisch depressiv. Depressives Leiden, wenn es auch keine Krankheit ist, ist so ernst zu nehmen wie eine Krankheit.

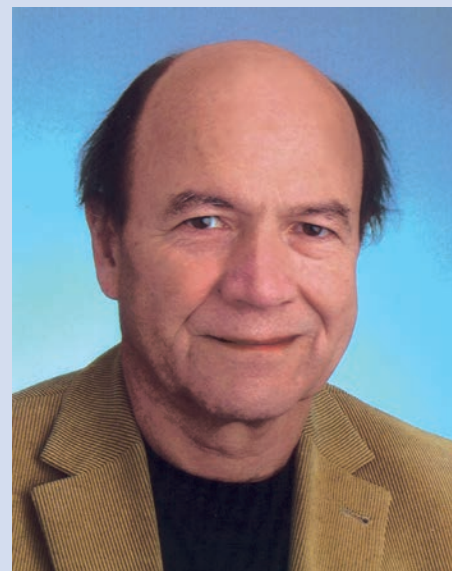
Es geht einfach nicht an, all die menschlichen Regungen, die nicht ins Bild des heutigen Menschen passen, ins Krankhafte zu verbannen – und damit auch auszugrenzen. Auch wenn das immer wieder anders propagiert wird, alles Krankhafte wird heute ghettoisiert und ausgegrenzt. Es passt nicht in die heutige Zeit, und zudem kostet es.

Wir sind Menschen und keine Maschinen, wir haben Stimmungsschwankungen, haben Hochs und Tiefs und sind nicht immer fit und in Form. Auch Zweifel und Unsicherheiten gehören zu unserem Leben. Es gibt keine Gefühlsnuancen, die zu empfinden wir nicht in der Lage sind. Es gibt keine Höhen und Tiefen der Empfindungen und keine gefühlsmäßige Intensität, die uns fremd sind. Wir reagieren auf Dunkelheit und auf schlechtes Wetter, wir trauern und leiden, verzehren uns vor Sehnsucht und sind abgrundtief enttäuscht und deprimiert. All das gehört zu unserem Leben und hat mit Depression nichts zu tun.

■ Wer viel allein und häufig traurig ist, ist noch nicht depressiv.

Der Mensch ist seiner Natur nach verletzlich, er ist in vielem gebrechlich, empfindsam und seine Haut ist nicht immer die dickste.

Wer unglücklich ist in der Liebe, unzufrieden im Beruf und wer vor



schwierigen Entscheidungen steht, muss deswegen noch nicht depressiv sein. Wer eine Grippe in sich trägt, nicht so richtig mag, keinen Bock hat auf nichts, ist froh, wenn er nicht sprechen muss und er möglichst allen Menschen aus dem Weg gehen kann. Wer belastet ist von einer Entscheidung, hat auf nichts Lust, dreht sich immer um die gleichen Probleme, sieht das Schöne nicht, ist gefangen und nicht besonders initiativ. Diese Zustände nenne ich emotionale Verstimmung. **Depression ist etwas anderes.** Hier gilt es, eine klare Grenze zu ziehen.

Auch die Länge einer emotionalen Verstimmung ist kein Indiz für eine Depression, obwohl das immer und immer wieder behauptet wird. Es wird darauf hingewiesen, dass viele Gefühle wie etwa Niedergeschlagenheit, Ängste, Verlust von Freude und Interesse, aber auch Antriebslosigkeit zwar normale Zustände seien, die alle Menschen kennen, aber nur so lange, wie eine bestimmte Dauer oder Intensität nicht überschritten wird. Warum diese Einschränkung? Und wo genau verläuft die Grenze zwi-

schen einer normalen Reaktion und einer Depression? **Wer von einer langen Krankheit müde und hoffnungslos ist, hat keine Lebensfreude mehr und nur noch einen Wunsch, in Ruhe gelassen zu werden.** Was ist denn daran depressiv? Das ist doch eine natürliche, nachvollziehbare Reaktion.

Stimmungsschwankungen, fehlende Initiative, fehlende Interessen und fehlende Zuversicht sind Zustände der Erschöpfung und nicht spezifisch für eine Depression. Freud- und Perspektivlosigkeit, Rückzug und Zweifel sind Folgen der Erschöpfung und der Überforderung und nicht primäre und typische Symptome der Depression. Auch Gefühle der Niedergeschlagenheit, Interessenlosigkeit und Stimmungsschwankungen sind normale und logische Konsequenzen bei Kraft- und Energielosigkeit und daher auch nicht depressionsspezifisch. Ich sage das sehr explizit und bewusst, weil es gerade diese Symptome sind, die auch heute noch als depressionsspezifisch gelten und dazu beitragen, dass so unendlich vieles der Depression zugeschrieben wird.

Wer müde ist und ohne Antrieb und Energie, wer nicht versteht, was mit ihm los ist, wer sich so anders fühlt als bisher, ohne zu wissen, was dahintersteckt, wer von Arzt zu Arzt geht, nicht ernst genommen oder getröstet wird, immer mehr verzweifelt, sich immer einsamer und fremder fühlt, weshalb soll so jemand depressiv sein? Über lange Zeit sich nicht gut, sich anders zu fühlen, ohne dafür Worte und Erklärungen zu haben, ist kein guter Zustand, nagt an den Kräften, am Selbstbewusstsein und an der Lebensqualität. Das ist doch normal und nicht depressiv. **Wer in seinem Leiden nicht verstanden wird, vielleicht sogar als Hypochonder oder „Psycho“ abgestempelt wird,** verzweifelt, zieht sich zurück und mag nicht mehr, obwohl er doch jeden Tag von neuem sein

Leben bewältigen muss. Aber alles wird zu viel, Zweifel plagen, Gedanken jagen und kreisen und ohne eine Antwort zu finden gehen die Tage dahin. Alles wird zu viel, nichts macht mehr Freude, **nur die Gedanken, nur die körperlichen Beschwerden sind da, drängen sich ins Bewusstsein, weil sie sich nicht abstellen lassen, weil sie da sind, real und schlimm.** Alles was vorher Freude bereite, ist fahl und leer, alles worüber man lachen konnte wird grau und trüb. So ein Leben ist kein gutes Leben, bei Gott nicht, aber das hat doch nicht mit einer Depression zu tun. Es ist so verständlich und nachvollziehbar, dass man eigentlich gar nicht auf eine Depression kommen dürfte. Aber die drängt sich auf, weil doch alles, was belastend und negativ ist, zu einer Depression gehört. Das ist die gängige Meinung und die wird nicht hinterfragt, von Laien nicht, aber auch von Fachleuten nicht. Auch die halten sich an die seit Jahren verbreiteten Ansichten, ob sie nun den betreffenden Menschen gerecht werden oder nicht. Das macht die Einsamkeit dieser Menschen noch größer und ihr Leiden noch schlimmer. Nicht mehr sprechen können, nicht ankommen und nicht verstanden werden, macht das Leben zur Hölle.

■ Es wird heute viel zu viel als Depression bezeichnet.

Depression ist ein Sammelbecken für alles, was irgendwie anders, ungewohnt oder belastet daherkommt. Wer intensiv oder länger als zwei Wochen trauert, ist depressiv, wer nicht so in Form ist, ist depressiv, wer allein und schlecht drauf ist, ist depressiv. Wer verbittert, ängstlich, lustlos und ohne Initiative ist, ist mit Bestimmtheit depressiv. Wenn alles als Depression möglich ist, wenn alles in diesen Topf geworfen wird und das nicht nur von den Laien, geht ihre Eindeutigkeit und Schärfe verloren und die wirkliche Depression wird

nicht erfasst. Die Depression wird entweder bagatellisiert oder dann pathologisiert und nur selten als das erfasst, was sie ist. Es gibt so wenig Klarheit, was eine Depression ist und wie sie entsteht. Darum ist halt dann alles irgendwie Ausdruck einer Depression und als Krankheit hat es auch seinen registrierten und legitimen Platz. Das ist praktisch, aber verheerend. Zurück bleibt etwas unbestimmt Bedrohliches und eine große Verunsicherung. Um das begriffliche Chaos etwas in den Griff zu bekommen, werden neue Formen, Unter- und Unterformen der Depression geschaffen, um nicht zu sagen, erfunden. Und alles, was man nicht kennt, nicht einordnen kann, nicht versteht, wird ebenfalls der Depression zugeordnet und mit Antidepressiva behandelt. Die nützen dann zwar nichts, aber sie sind trotzdem die richtige Therapie, auch wenn die Betroffenen noch so klar spüren, dass es ihnen zwar schlecht geht, sie aber nicht depressiv sind. **Unsicherheit und Nichtwissen werden von den Fachpersonen schlecht ertragen und da ist die Diagnose Depression sehr willkommen. Da hat man etwas in den Händen und die Therapie ist auch gleich gegeben.**

In Hunderten von Therapien hat sich mir immer wieder gezeigt und bestätigt, dass die Ursache der Depression in der frühen Kindheit der depressiven Menschen liegt, dass die depressiven Menschen dort Verhaltensweisen gelernt haben, wie wir sie bei erwachsenen Depressiven kennen. Es geht dabei um depressive



Muster, um gelernte und nicht vererbte Verhaltensweisen und es geht um eine spezielle Entwicklung, die dort ihren Anfang nimmt. Ganz überzeugt kann ich heute sagen: Depressive Menschen zeigen Verhaltensweisen oder besser gesagt Muster von Verhalten, die sie als Kinder gelernt und im Laufe der Jahre perfektioniert haben.

Entscheidend für depressives Verhalten ist allein und ausschließlich diese depressive Entwicklung, davon bin ich heute überzeugt. Mit ihr wird eine Basis geschaffen für größere Verletzlichkeit, größere Anspannung und für permanenten Stress und dauernde Belastung.

Depression ist chronischer Stress, chronische Überforderung und chronische Erschöpfung auf Grund von Einstellungen und Verhaltensweisen, die sich im Laufe der depressiven Entwicklung aufgebaut haben.

Solche Zustände bewirken Folgekosten, wie etwa die Schwächung des physischen und psychischen Abwehr- und Immunsystems. Man kann nicht ungestraft über Jahre oder Jahrzehnte Raubbau am Körper betreiben. Irgendeinmal spielt auch der Körper nicht mehr mit. Häufig sind die Auswirkungen der Depression gravierender als die Depression selbst.

Es sind diese Folgeerscheinungen, die den depressiven Menschen krank machen und nicht die Depression ist die Krankheit.

Genau das wird häufig verwechselt und nicht zuletzt daher kommt es, dass depressiv mit krank gleichgesetzt wird.

Wer sich über Jahre überfordert und erschöpft, ist gezeichnet, aber nicht krank. Sich übergehen und sich zurückstellen als Lebensstil, führen zu Zuständen extremer Erschöpfung und Überforderung, nicht aber in eine Krankheit. Die depressive Entwicklung ist der Boden und die Bedingung depressiven Handelns. Ohne die in der Kindheit gelernten

und antrainierten depressiven Verhaltens- und Denkmuster könnten Menschen gar nicht depressiv reagieren. Oder anders gesagt: Ohne die jahrelange Überforderung, ohne den chronischen Stress, in dem sie gefangen sind, ist depressives Erleben und Handeln gar nicht möglich.

Müdigkeit, Erschöpfung und Überforderung sind erst auf dem Boden einer depressiven Entwicklung Symptome einer Depression.

Das festzuhalten ist entscheidend, weil sonst jede Müdigkeit, jede Erschöpfung und die daraus resultierenden Verhaltensweisen, irrtümlicherweise – was leider immer und immer wieder geschieht – als Depression bezeichnet werden.

Heerscharen von Menschen, die auf Grund Jahre langer Erschöpfung freud- und interesselos, deprimiert, verlangsamt und schnell erschöpft durchs Leben gehen, wird das Etikett Depression angehängt.

Sie spüren zwar, dass das nicht stimmt, dass sie nicht depressiv sind, aber wie wollen sie das belegen? Sie sind diesen falschen Zuordnungen häufig wehrlos ausgeliefert. Je mehr sie sich wehren, umso bestimmter gelten sie als depressiv und zwar mit einem Touch von Überheblichkeit. Wer ist denn hier der Fachmann? Wer körperlich erschöpft ist, ohne die Ursache zu kennen oder dass diese von den Ärzten akzeptiert wird, hat neben den körperlichen Beschwerden noch an der Ohnmacht und der Verzweiflung zu tragen, den Fachleuten nicht klar machen zu können, dass sein Zustand körperlicher Art ist und es sich nicht um depressives Verhalten handelt und auch nicht um etwas Eingebildetes. Misstrauen und Unterstellungen erschweren diesen Menschen das Leben zusätzlich. Und die größte Gefahr besteht darin, dass sie am Schluss an sich selbst zu zweifeln beginnen.

Auf die Fragen, weshalb jemand depressiv reagiert oder weshalb für jemand ein Ereignis zum Auslöser

einer Depression wird, gibt es eine klare Antwort: Es sind Menschen mit einer depressiven Entwicklung, die so reagieren. Nur wer eine depressive Entwicklung durchmacht, kann depressiv werden. Und sie reagieren depressiv, weil sie immer schon depressiv waren und das jetzt für die andern nur sichtbar wird. Es ist ein Sichtbarwerden der bis dahin verborgenen Depression.

Das ist der Dreh – und Angelpunkt bei der Erfassung der Depression und das Hauptkriterium beim Entscheiden, ob jemand depressiv ist oder nicht, ob es sich um eine Depression oder zum Beispiel um ein Burnout handelt oder eine Borreliose. Das wirklich zu verstehen, gibt ein neues Verständnis für sich und sein Leiden. Sich in und aus seiner Geschichte zu verstehen heißt, sich ganzheitlicher zu verstehen und bedeutet, sein Fühlen und Reagieren einordnen zu können. Das gibt Sicherheit und nimmt Angst. Etwas, was man nachvollziehen kann, verliert an Bedrohlichkeit. Die depressive Entwicklung schafft Klarheit und Eindeutigkeit.

Nur auf dem Hintergrund der depressiven Entwicklung, nur mit dieser jahrelang gewachsenen Erschöpfung, die sich in der Kindheit auf Grund gelernter Verhaltensweisen geformt hat, sind Müdigkeit, Erschöpfung, Energielosigkeit mit all ihren Folgen Zustände, die zu einer Depression gehören.

Jede Müdigkeit, die wo anders herkommt – auch wenn man nicht sagen kann woher – hat nichts mit einer Depression zu tun, auch wenn das noch so scheinen mag und es den Ärzten noch so entgegenkommen mag.

Das heißt zum Beispiel auch:

- Ein Mensch kann nicht irgendeinmal depressiv reagieren, wenn er nicht schon latent depressiv ist. Es gibt kein depressives Reagieren aus dem Nichts heraus, quasi als Spontanreaktion.
- Nur schon bereits existierende depressive Verhaltensmuster kön-

nen sichtbar werden. Es gibt keine depressiven Verhaltensweisen, die nicht über Jahre eingeübt und automatisiert worden wären.

- Nur auf diesem Boden, nur mit so einer prägenden Vorgeschichte können innere oder äußere Erlebnisse langsam oder scheinbar unvermittelt jemanden depressiv erscheinen lassen. Aber auch plötzliche, ohne erklärbare Ursachen auftauchende depressive Stimmungen haben den gleichen Hintergrund.

Das, was so unverständlich und nicht nachvollziehbar aussieht, was so abrupt und unvermittelt auftaucht, ist das Ergebnis eines allmählich und langsam sich aufbauenden Überforderungszustandes. Also keine Hexerei, nichts Unheimliches und Bedrohliches und nicht etwas, was den einzelnen unvermittelt überfällt. Der Satz, den ich letzthin im Internet unter „depression.ch“ gelesen habe und der mir auch sonst sehr häufig begegnet: „Depression ist eine Krankheit, die jeden treffen kann“, betrachte ich als falsch und Angst machend.

■ Wie kommt es überhaupt zu einer depressiven Entwicklung, wie kann eine Depression überhaupt entstehen?

Diese Form der Formulierung ist insofern von Bedeutung, als ich davon ausgehe, dass Menschen, die depressiv sind oder geworden sind, eine ganz bestimmte Entwicklung durchgemacht haben, die ihren Ursprung in der frühen Kindheit hat. Dort werden die Weichen für späteres depressives Erleben gestellt und diese frühe Weichenstellung ist die Bedingung, dass später von einer Depression gesprochen werden kann. Depressive Menschen zeigen Verhaltensweisen oder besser gesagt Muster von Verhalten, die sie als Kinder gelernt haben. Es gilt deshalb:

- Die depressive Entwicklung ist

eine Persönlichkeitsentwicklung und eine Persönlichkeitsentwicklung ist kein pathologischer Prozess.

- Die depressive Entwicklung formt die depressive Persönlichkeit und nicht ein bestimmter Persönlichkeitstypus entwickelt depressives Verhalten.
- Und es gibt keine Depression ohne depressive Entwicklung. Die Depression ist eng mit der Lebensgeschichte der Betroffenen verknüpft.

Folgendes lässt sich aus diesen Sätzen ableiten:

Eine ganz bestimmte Entwicklung, die ihren Ursprung in der Kindheit hat, formt einen Zustand mit einem ganz bestimmten Verhalten, Fühlen und Denken, den man als Depression bezeichnet. Das heißt auch: Die Depression ist ein Jahre langer Zustand, betrifft die ganze Person und – ganz entscheidend – prägt die gesamte Persönlichkeit.

■ Mein Depressionsmodell

Es sind mittlerweile über dreißig Jahre, während denen ich psychotherapeutisch tätig bin. Im Laufe dieser Zeit hat sich für mich ein Modell der Depression und ihrer Entstehung herauskristallisiert, aus dem sich klare und erfolgreiche Schritte für einen Weg aus der Depression ableiten lassen und die auch für die Betroffenen selbst nachvollziehbar sind. Das ist für mich deshalb wichtig, weil für mich eine Theorie der Depression dann stimmig ist, wenn aus der Entstehung der Depression, schlüssig und nachvollziehbar das Denken, Fühlen und Handeln der depressiven Menschen verstanden werden kann und wenn auch Schritte zur Bewältigung der Depression logisch ableitbar sind und zwar auch für den Betroffenen selbst. Es muss klar ein Zusammenhang zwischen Entstehung und Ausstieg aufgezeigt werden können, dann stimmt für mich die Theorie. Als Beispiele seien hier

genannt:

Beispiel 1: Der depressive Mensch hat sich in der Vergangenheit in der Art, wie er lebte oder besser gesagt entsprechend seiner depressiven Muster leben musste, so viel Leid angetan und sich überfordert, sich geschwächt und geschadet, sich schlecht behandelt und übergangen, dass es jetzt nur einen Weg geben kann, wie er aus diesem Zustand der Überforderung und Erschöpfung wieder herauskommt:

1. indem er sich ins Zentrum stellt
2. für sich Thema wird
3. sich Wert und Bedeutung gibt, für sich wichtig wird und nicht zuletzt
4. indem er lernt, anständig und sorgfältig mit sich umzugehen.

Diese neue Grundhaltung und die neuen Verhaltensweisen zu verinnerlichen und Schritt für Schritt zu leben, ist der Weg und das Ziel des Ausstieges.

Beispiel 2: Depression ist Erschöpfung. Erschöpfung, Überforderung und Stress sind die Themen. Deshalb ist ein wichtiges Element beim Ausstieg, dieser Ermüdung Rechnung zu tragen, auf die Signale des Körpers zu hören, die Müdigkeit ernst zu nehmen, dem Körper Erholung zu geben und mit ihm und nicht gegen ihn zu arbeiten. Kleine Schritte machen und sich Zeit nehmen, sind die Eckpfeiler eines sorgfältigen und erfolgreichen Ausstieges. Nur mit den kleinen Schritten überfordert und schadet man sich nicht.

Beispiel 3: Der Weg in die Depression ist ein Entfernen von sich, ein sich Entfremden und ein sich Verlieren. Deshalb geht es auf dem Weg aus der Depression darum, heimisch und vertraut zu werden in sich, sich nicht zu übergehen und sich nicht zu überfordern. Es geht darum, für sich selbst und dann auch für die andern eine wichtige und verlässliche Person zu werden. Der depressive Mensch ist sich selbst Thema, um ihn geht es. Er bestimmt die Themen und das Tempo des Ausstieges.

Sich in seinem Erleben und Handeln zu verstehen, zu verstehen, weshalb sie so und nicht anders fühlen und handeln und verstehen, welche Schritte sie machen können, um zu mehr Zufriedenheit und innerer Ruhe zu kommen, nimmt den depressiven Menschen die Gefühle der Ohnmacht und des Ausgeliefertseins. Sie haben etwas in den Händen, sie können etwas für sich tun.

Wenn man so hört, worum es beim Ausstieg geht, sieht das nicht nach einer Hexerei aus. Es scheint sogar sehr einfach zu sein, um nicht zu sagen simpel. Sich mit sich beschäftigen, von sich ausgehen und für sich etwas tun, ist doch eigentlich etwas Schönes, fast schon ein Dessert. Aber für den depressiven Menschen ist das etwas vom Schwierigsten. Es beinhaltet all das, was er sich nie erlauben durfte:

- **An und für sich zu denken**
- **sich wichtig zu nehmen und**
- **sich in seinem Leben einen Platz zu geben.**

Daher hat er darin absolut keine Übung, keine Erfahrung und damit auch keine Sicherheit. Mit dem Ausstieg betritt er absolutes Neuland.

Auf Grund meiner Erfahrungen und der vielen Rückmeldungen auf meine Bücher weiß ich, dass sich sehr viele depressive Menschen mit dieser Beschreibung der Depression erstmals in ihrem Leben verstanden fühlen. Es muss unendlich erleichternd sein zu erfahren, dass man sie verstehen kann, dass es Worte für ihr Erleben gibt und dass sie nicht krank sind, doch nicht so daneben sind, wie sie befürchteten.

■ Entstehung der Depression

Die Erfahrungen der Überforderung und der Brüchigkeit, die depressive Menschen als Kinder machten, sind entscheidend für eine depressive Entwicklung: Depressive Menschen haben bei allem Bemühen der Eltern in der Kindheit die Erfahrung der Sicherheit, Geborgenheit nicht

machen können, oder nicht in dem Maß, wie sie es gebraucht hätten. Fehlende Beständigkeit und Festigkeit schafften ein Klima ständiger Unsicherheit und einer diffusen Bedrohung. Ihr Leben stand auf wackligem Boden, der ihrem Empfinden nach jederzeit einbrechen konnte. Und das, obwohl es nach Außen gar nicht so gesehen wurde. Die Erfahrung der Brüchigkeit ist deshalb so einschneidend, weil die Kinder in ihrer Schutzlosigkeit und Bedürftigkeit auf Sicherheit, Verlässlichkeit und Wärme angewiesen sind.

Die Erfahrung der Brüchigkeit im Kindesalter macht, dass diese Menschen auch im Erwachsenenalter sich nicht getragen und auf sicherem Boden fühlen. Darum ist die Traurigkeit depressiver Menschen so tief und ihre Verbundenheit mit dem Leben so gering und Angst so ein Thema.

Eltern, die überfordert und belastet sind, sei es beruflich, beziehungsmäßig, persönlich, finanziell oder gesundheitlich müssen sich mehr mit sich und ihrer Situation beschäftigen und können nicht die für die Kinder nötige Stabilität, Sicherheit und Geborgenheit vermitteln. Diese gut gemeinte Wort- und Namenlosigkeit macht die Situation für die Kinder noch unberechenbarer und bedrohlicher. Es sind meist Eltern, die ihre Kinder lieben und das Beste für sie wollen und häufig auch darunter leiden, nicht das geben zu können, was sie möchten.

Zu den Ursachen einer depressiven Weichenstellung gehören alle möglichen Familienkonstellationen oder sonstigen Umstände, die machen, dass Kinder sich zurücknehmen, nicht für sich schauen, alles mit sich ausmachen, alles tun, um nicht zu belasten oder um nicht Konflikte heraufzubeschwören. Hierher gehören sexuelle Identitätsprobleme, Homosexualität, sexuelle Übergriffe (ja nichts sagen, alles mit sich ausmachen, sich selbst beschuldigen, Angst vor Konsequenzen), traumatische

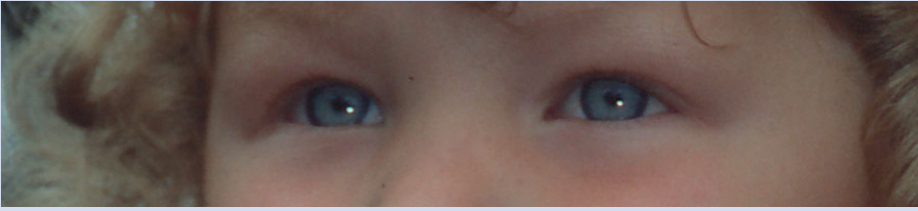
Erlebnisse, die von den Eltern nicht wahr- oder ernst genommen werden. Die Kinder getrauen sich nicht, das anzusprechen und ziehen sich immer mehr zurück und verschließen sich. Weitere Ursachen können sein: Wohnungs- und Klassenwechsel, Mobbing in der Schule (wenn die Eltern mit den Lehrern sprechen, wird alles noch schlimmer...). Eine harte, liebe-lose und fordernde Erziehung kann ebenfalls Ausgangspunkt einer depressiven Entwicklung sein.

Schweigen, Rückzug, Angst, Angst vor Konsequenzen, Einsamkeit und Überforderung sind die Themen der Kindheit und sind die Themen der Therapie.

■ Überforderte Kinder

Gewisse Kinder versuchen selbst Stabilität und Sicherheit für die Familie zu schaffen, indem sie instinktiv Verantwortung übernehmen. Sie tun das, indem sie sich anpassen, sich zurücknehmen, vermeintliche Erwartungen erfüllen, Rücksicht nehmen, um es den Eltern nicht noch schwerer zu machen. Sie sind nicht fordernd, nicht mühsam, sondern erwachsen, vernünftig, hilfsbereit, nehmen alle Stimmungen auf und spüren alle Regungen der Eltern. Sie versuchen zu vermitteln, zu schlichten und unterstützen die Mutter und hoffen so, Ruhe und Sicherheit in die Familie zu bringen.

Sie bemühen sich, machen alles bis zur Selbstaufgabe, um die Brüchigkeit und Unsicherheit der Situation aufzuheben, aber sie schaffen es nicht, weil es ihnen nicht gelingen kann. Und dieses Nicht-Schaffen setzt sich in ihnen als Grundgefühl fest, an dem auch die erwachsenen depressiven Menschen schwer zu beißen haben: „**Ich schaffe es nicht, was immer ich tue, es genügt nicht, es ist immer zu wenig, ich genüge nicht.**“ Gefühle des Ungenügens, der Verunsicherung, Angst und Einsamkeit graben sich tief in ihnen ein.



Aus Sorge um die Familie und mit der Absicht, die Familie zu stützen und den Eltern zu helfen haben die depressiven Menschen als Kinder sich Verhaltensweisen angeeignet, die sie Jahre später in die Depression führten. Es haben sich Verhaltensmuster herausgebildet, die sich bis ins Erwachsenenalter hinein weiter entwickeln, ich nenne sie depressive Muster:

- Sich nicht um sich selbst kümmern,
- sich übergehen und sich überfordern,
- sich nicht ernst nehmen,
- sich in seinem Denken nicht einbeziehen,
- sich in seinem Handeln nicht berücksichtigen,
- unsorgfältig, verantwortungslos mit sich umgehen,
- sich selbst respekt- und verständnislos behandeln.

Diese gelernten Verhaltensweisen oder Verhaltensmuster prägen sein Denken und Fühlen und sind verantwortlich, dass der depressive Mensch über seine kräftemäßigen Verhältnisse lebt, seine Grenzen wohl spürt, aber nicht respektiert und sich ein Verhalten abverlangt, das seinen Möglichkeiten nicht angepasst ist. Das Grundmuster und das Grundverhalten des depressiven Menschen ist und bleibt deshalb ein Überforderverhalten. Sich überfordern ist aber keine Krankheit, so gravierend und schmerzhaft die Auswirkungen auch sind.

■ Neue Sichtweisen

Eine solche Sichtweise kann erleichtern. Man muss sein Leben und seine Art zu leben nicht mehr verstecken, sich nicht schämen, sich nicht entschuldigen, so und nicht

anders zu sein. Man hat nicht etwas falsch gemacht oder genügt den Andern und dem Leben nicht. Man ist wie die Andern, auch wenn man sich noch so anders und nicht lebensfähig fühlt. Nach Jahren des Leidens und Nichtwissens, den Gefühlen von nicht genügen, nie gut genug zu sein, immer weniger zu sein als die Andern, ist diese Aussage eine Erleichterung und eine Erlösung.

■ Krankheit gehört zum Leben.

Bei einer Krankheit aber handelt sich um etwas, was nicht gut ist, etwas, was man so nicht stehen lassen kann. Es handelt sich um eine Abweichung von der Norm. Das hieße für die depressiven Menschen, wenn die Depression eine Krankheit wäre, dass sie nicht in der Norm sind, sie von ihr abweichen und auffallen. Sie sind mit all dem behaftet, was man psychisch kranken Menschen zuordnet: komisch, anders, nicht belastbar und unberechenbar. Das heißt auch, gezeichnet und stigmatisiert. Und wenn man psychisch krank sagt, kommt man sehr schnell in die Nähe von geisteskrank und gestört, eben geistesgestört. Und das sind die depressiven Menschen nun definitiv nicht.

Depressive Menschen sind so gesund und normal wie alle Andern Menschen auch. Sie sind nicht anders. Sie haben wie alle Andern ihre Ecken und Kanten, ihre Stärken und Schwächen.

Die depressiven Verhaltensweisen sind hoch differenzierte Anpassungsleistungen an eine brüchige, wenig Sicherheit gebende und sogar bedrohliche Familien- und Lebenssituation. Sie hatten zum Ziel, Sicherheit, Stabilität und Kontinuität zu schaffen, der Zufälligkeit, Brüchig-

keit und Bedrohung etwas Stabiles und Sicherheit Vermittelndes entgegenzusetzen. Für die Kinder war es die einzige Möglichkeit, so zu reagieren. Sie taten das für sie einzig Richtige, nämlich der Ohnmacht und dem Ausgeliefertsein zu entfliehen, auch wenn alle ihre Bemühungen letztendlich nicht zum Ziel führten.

Sich immer zurücknehmen, anpassen und alles mit sich ausmachen

- verhindert, dass depressive Menschen lernten, Sorge für sich zu tragen, auf sich und ihren Körper zu hören und sich ernst zu nehmen.
- sie lernten nicht, sich für sich einzusetzen und sich durchzusetzen. Sie lernten auch nicht, zu streiten und sich Konflikten zu stellen.
- verunmöglicht, sich ganz hinzugeben und sich in eine Beziehung einzugeben
- sich übergehen und sich zurückstellen als Lebensstil, führt zu Zuständen extremer Erschöpfung und Überforderung. Wer sich über Jahre überfordert und erschöpft, ist gezeichnet, aber nicht krank.
- Wenn Eltern den Kindern nicht das geben können, was sie brauchen, gewöhnt sich das Kind ab, etwas zu wollen. Es wird zu einem Selbstversorger, der alles mit sich selber ausmacht, ein Zug, der sich bei den erwachsenen Depressiven sehr deutlich bemerkbar macht: Nichts annehmen können und niemanden belasten. Lieber alles allein machen und ja nicht andere um Hilfe bitten müssen, auch wenn etwas zu viel ist und überfordert.

Vor allem bei Kindern depressiver Eltern spielt die Rücksichtnahme, die Angst zu verlieren, das Mitleid und die Sorge um den depressiven Elternteil eine riesige Rolle. Auch hier gibt es meist keine Worte, keine Erklärungen, was los ist, und das macht das Leben für die Kinder noch unsicherer

und bedrohlicher. Deshalb ist hier auch die Gefahr einer depressiven Entwicklung besonders groß.

Und dann gibt es die Kinder, die genauso die Situation erfassen. Statt aber ruhig zu werden, lehnen sie sich auf, sind aggressiv, bezahlen es mit schlechtem Gewissen und mit nachlassender Zuwendung und Bestätigung von Seiten der Eltern. Auch sie sind Gefährdete, genauso wie die Braven und Angepassten.

Die Überlebensstrategie der Kinder wird zu einer Überforderungsstrategie und diese wiederum zu einem immer weiter sich verfestigenden depressiven Lebensstil. Unbemerkt und unauffällig läuft dieser Prozess ab. Deshalb sehen depressive Menschen ihre Entwicklung und ihr Leben auch nicht als etwas Spezielles, Besonderes oder gar Krankes.

Entscheidend für depressives Erleben ist eine depressive Entwicklung. Und für diese depressive Entwicklung braucht es:

1. die Brüchigkeit der Lebensumstände und die Unberechenbarkeit des familiären Systems über längere Zeit. Das ist das entscheidende und
2. Es braucht diese besondere konstitutionelle Sensibilität und Verletzlichkeit der Kinder und deren Ausgerichtetsein nach Außen auf andere hin, mit dem
3. daraus resultierenden Verhalten, das ich beschrieben habe. Die Kinder lernen ein Verhalten, das ihnen ein Höchstmaß an Sicherheit verschaffen soll.

Aus dem Gesagten lässt sich jetzt auch eine umfassende Definition der Depression ableiten.

Für mich sind die Menschen depressiv, die ihr Leben lang geleitet sind,

1. das zu machen, was sie glauben machen zu müssen und was andere von ihnen erwarten und die immer auf die andern ausgerichtet sind.
2. Es sind Menschen, die sich nicht

ernst nehmen, die sich zurückstellen, sich übergehen, sich nicht spüren und sich überfordern.

3. ständig im Gefühl leben,“ zu Müssen und verpflichtet zu sein“.

Diese Menschen kommen in einen Zustand ständiger Überforderung und zunehmender Erschöpfung, den ich als Depression bezeichne.

Die Depression betrifft den ganzen Menschen und ist ein andauernder Zustand, der den Menschen überfordert und ganz in Beschlag nimmt, häufig ohne dass der Betroffene das realisiert. Zwar fühlt er sich müde, unter Druck, unfrei, zum Sich-Ständig-Gestresst-Fühlen. Zum Immer-Denken-Müssen gehören ebenso die Erfahrung, nie zur Ruhe zu kommen, innerlich immer in Bewegung zu sein, und schlimmer noch, das Gefühl, diesem Zustand ausgeliefert zu sein. Aber auf den Gedanken depressiv zu sein, käme er nicht. Für seinen Zustand hat er keine Worte und keine Erklärung. Er kennt nichts anderes und das, was er lebt, ist sein Leben – Punkt.

Depressive Menschen sind Gefangene ihrer Überforderungsmuster. Als Kinder wurden sie gelernt und eingeübt und bestimmen später bei den depressiven Menschen deren Verhalten und Denken und zwar fordernd, zwanghaft und automatisch. Sie leben in und mit diesen Überforderungsmustern – und zwar lange, bevor es für die Mitmenschen sichtbar wird. Depressive Menschen leben Jahrzehnte lang, vielfach ein ganzes Leben in diesen Mustern, kämpfen ums Überleben, vegetieren statt zu leben – mit der ständigen Angst, dass die Kraft einmal nicht mehr ausreichen könnte. Sie leiden und leben ständig am Limit, ohne dass die andern Menschen das merken und auch nicht im Entferntesten auf den Gedanken kommen, sie könnten depressiv sein. Ich spreche da von latenter oder verborgener Depression. In der latenten Depression verabschiedet der Mensch seine Energie

fast vollständig. Er funktioniert nur noch und bewegt sich energiemäßig im roten Bereich. Er bringt nur noch das existenzielle Minimum an Aktivität auf. In der Phase der Latenzdepression zeigen sich depressive Menschen nach Außen aufgestellt, ausgeglichen und voller Kraft, innerlich aber fühlen sie sich unsicher, schlecht und kraftlos. So geteilt zu leben, verbraucht immens Energie. Diese Menschen sind hochgradig depressiv. Sie leiden nicht weniger intensiv und sie sind nicht weniger depressiv als die, die offiziell als depressiv gelten. Wenn jemand in dieser Phase Suizid begeht, dann sind alle überfordert und schockiert. „Aber doch nicht der, der war doch so stark und aufgestellt.“

■ Robert Enke

In einem Artikel im Stern über den Torhüter Robert Enke schreibt Ronald Reng: Zitat, Stern, Nr. 48, 19.11.2009:

„Er (Robert Enke) war ein tapferer, starker Mensch. Und er hat die größte Kraft dafür verbraucht, sein Leiden vor uns allen zu verstecken.“

Ein Satz, der für alle depressive Menschen gilt und der in seiner ganzen Kürze die ganze Tragik depressiver Menschen zum Ausdruck bringt.

„Er (Robert Enke) glaubt, seine Depressionen vor fast allen verstecken zu müssen, und die bittere, niederschmetternde Wahrheit ist: Er hat Recht. Der Fußball toleriert keine Depressionen.“

Und nicht nur der Fußball. So traurig und so beschämend es für uns alle ist, die depressiven Menschen spüren sehr genau, warum sie alle Kräfte mobilisieren, um ihr Leiden vor uns zu verstecken. Und sie machen es sicher nicht aus Vergnügen. Sie spüren richtig. Depressive haben nicht grundlos Angst, sich zu exponieren. Es ist eine berechnete Angst, die die depressiven Menschen in sich spüren, wenn sie sich vorstellen, dass andere etwas von ihrer inneren Verfassung mitbekommen oder dass

öffentlich würde, dass sie depressiv sind. Es ist die Angst vor dem Gesichtsverlust, aber auch die Angst, zum Gespött zu werden und auf ein Kranksein reduziert zu werden. Nicht zu wissen, wie man jetzt über sie denkt, welches Bild man sich jetzt von ihnen macht und ob alles, was man sich aufgebaut hat, nicht mehr zählt, hat etwas Bedrohliches und Fürchterliches an sich. Wer, wie der depressive Mensch, in seinem ganzen Leben Werte wie Verlässlichkeit, Pflichterfüllung und Loyalität gelebt hat, will nicht plötzlich dastehen als jemand, der nicht belastbar ist, dem man nicht vertrauen und auf den man sich nicht verlassen kann. Vorher geschätzt und geachtet und jetzt misstrauisch betrachtet, argwöhnisch kontrolliert und beobachtet. Plötzlich ist man zu einem Problem geworden, mit dem die andern nicht mehr klar kommen. Und wie soll erst recht jemand, der genau spürt, dass er nicht depressiv ist, mit all dem fertig werden? Er schafft es kaum und zieht sich noch mehr zurück. Wahrscheinlich kann man damit fast nicht fertig werden. Es ist zu viel, was da vom einzelnen Menschen abverlangt wird.

Die Latenzdepression ist die häufigste Form der Depression und wird in Zukunft noch massiv zunehmen. Für mich ist deshalb die Depression ein heimliches und, weil sie sich so heimlich ausbreitet, ein unheimliches Leiden.

- Depressiv ist, um das noch einmal in aller Deutlichkeit zu sagen,
- wer nicht gelernt hat, sich um sich zu kümmern
- wer sich übergeht und überfordert
- wer sich nicht ernst nimmt
- wer unsorgfältig und verantwortungslos mit sich umgehen
- wer sich rücksichts- und verständnislos behandelt.

Erst eine solche Betrachtungsweise ermöglicht, die Depression als solche zu erfassen und andere, ihr im Erscheinungsbild ähnliche Zustände, auszuschließen.



Depressive Menschen leben kräftemäßig immer über ihre Verhältnisse, sie mobilisieren Kräfte, die gar nicht mehr da sind. Sie leben kräftemäßig auf Pump/ Kredit und bezahlen das irgendeinmal mit Zins und Zinseszinsen. Es ist nicht eine Müdigkeit, wie wir sie normalerweise kennen, wie nach einem anstrengenden Tag.

■ Es ist eine Müdigkeit, wie eine Krankheit.

Viele spüren die körperliche Müdigkeit nicht wirklich, weil sie es sich gar nicht gewohnt sind, drauf zu achten, weil sie so selbstverständlich zu ihrem Leben gehört und auch, weil sie es sich nicht erlauben können, sie sich einzugestehen. Erst wenn die Erschöpfung so groß ist, dass sie sich mit ihr beschäftigen müssen, merken sie, wie abgrundtief und scheinbar ohne Möglichkeit der Erholung diese Müdigkeit ist, wie sie diese schon Jahre lang oder lebenslang mit sich schleppen. Sie wissen gar nicht mehr, wie sich das anfühlt, ohne diese Müdigkeit zu leben.

Wer so leben muss, kann nicht Rücksicht auf sich nehmen, spürt nicht, wenn er über seine Verhältnisse lebt und sich überfordert. Wer nur auf die andern schaut, nimmt Außen alles auf und spürt, wie es dem andern geht, was dem andern wichtig

ist. **Sich selber aber kennt er nicht.** Wer sich nicht kennt, kann sich auch nicht vertrauen und kein Selbstvertrauen aufbauen. So ein Mensch ist nirgends daheim, weder in sich noch in dieser Welt. Bodenlosigkeit, fehlender Halt, fehlende Bindung ans Leben sind die Folgen davon. Wer nur die andern wichtig nimmt, kann sich selbst nicht wichtig nehmen, nicht für sich schauen und nicht zu sich Sorge tragen. Und wer nicht zu sich Sorge trägt, überfordert sich ständig und treibt Raubbau an sich und seinem Körper. Wer so leben muss, macht sich kaputt.

Der depressive Mensch lebt das, was er meint, leben zu müssen, Deshalb fühlt er sich dauernd unter Druck und verantwortlich für die andern, für alle und alles. Das ist anstrengend und macht verletzlich. Depressive Menschen sind in ihrem Verhalten und Denken sehr eingengt und unfrei. Sie sind nicht schuld, dass sie depressiv sind, dass sie es immer noch sind und nicht wissen, wie sie es anstellen sollen, dass es ihnen besser geht. Sie haben immer gemacht, was sie konnten, sie hatten keine Möglichkeit, ihr Handeln zu verstehen und damit zu verändern. Sie sind nicht schuld, also sind Selbstvorwürfe und Abwertungen falsch und deplatziert.

■ Viele depressive Menschen spüren sich nicht,

wissen nicht, was sie wollen und häufig sind sie einfach leer. Und das ist ganz schlimm, nichts zu spüren. Es ist wie nicht leben. Und sie können und getrauen sich nicht darüber zu sprechen. Das macht sie einsam und alles noch schlimmer.

Und was ganz besonders zum depressiven Menschen gehört, ich zitiere aus meinem zweiten Buch „Endlich frei“:

„dass er nicht so schnell aufgibt. Er ist es gewohnt, sich durchzubeißen und immer wieder neu aufzuraffen. Er hat eine Beharrlichkeit und Zähigkeit, ein Durchhaltevermögen und eine Belastbarkeit wie kaum ein anderer Mensch. Er ist es gewohnt einzustecken, zu leiden, sich nichts anmerken zu lassen und weiter zu funktionieren, als wenn nichts wäre. So leben die depressiven Menschen. Das ist ihr Verhängnis, aber auch ihr Kapital und damit die beste Voraussetzung und Garant für ein Gelingen des Ausstieges aus der Depression.

Sich übergehen und sich zurückstellen als Lebensstil führen zu Zuständen extremer Erschöpfung und Überforderung. Depressive Menschen spüren so viel, nehmen alles auf und das wiederum setzt sie unter Druck, etwas zu tun. Es ist wie ein Sog, gegen den sie nicht ankommen. Der Sog ist zu stark und die Angst zu groß, die aufkommt, wenn sie sich dagegen stemmen. Sie müssen so handeln, gefragt werden sie gar nicht. Es ist so, fertig. Ob die Kraft dazu reicht oder nicht. Das ist ihre Unfreiheit und ihr Gefangensein.“

Je länger die Latenzdepression dauert, umso harziger geht alles. Nichts funktioniert mehr wie früher, wo alles nebeneinander und miteinander Platz hatte, wo es keine Grenzen gab, alles möglich und alles machbar war. Das gehört immer mehr der Vergangenheit an.

Wird die Erschöpfung immer aus-



geprägter, das Gefühl vom Müssen immer belastender, dann bricht irgendeinmal alles zusammen, dann geht nichts mehr. Es ist, wie wenn ihnen der Stecker raus gezogen würde. Dann wird die Depression sichtbar, dann spreche ich von der manifesten, sichtbaren Depression. Alles, was sie sich aufgebaut haben, fällt zusammen. Das Banalste kann zum Zusammenbruch und damit zur manifesten Depression führen. „Der letzte Strohalm lässt das Kamel zusammenbrechen“, sagt ein englisches Sprichwort. Einmal ist einfach alles zu viel, auch für den stärksten Menschen. Eine Zitrone kann man auch nicht unbeschränkt auspressen. Alles, was vorher selbstverständlich war, geht nicht mehr. Die kleinsten Verrichtungen kosten unendlich Kraft, alles ist Schwerstarbeit und sie sind gelähmt von der Angst und geplagt von Schuldgefühlen. Wollen und immer wieder aufzustehen, wie sie es sich gewohnt waren, geht nicht mehr. Sie ertragen sich kaum in diesem Zustand und können ihn trotzdem nicht verändern. Jetzt sind sie, die vorher jede Hilfe ablehnten, auf fremde Hilfe angewiesen. Allein geht nichts mehr, allein schaffen sie das Leben nicht.

Bei der Latenz- und Manifestdepression handelt es sich um die gleiche Depression, um die gleichen Überforderungsmuster, die zur Erschöpfung führen – nur die Erscheinungsform ist verschieden: hier verborgen – dort offensichtlich,

hier noch Kraft zum Funktionieren – dort leer und kraftlos.

Zum Abschluss möchte ich noch einmal zwei Passagen wiederholen, die ich für sehr entscheidend halte. Sie sind besonders für diejenigen Menschen gedacht, die, obwohl sie spüren, dass sie nicht depressiv sind, nicht eindeutig dazu stehen können, weil ihnen die Argumente fehlen, um das Gespürte auch begründen zu können:

Nur auf dem Hintergrund einer depressiven Entwicklung, nur mit dieser jahrelang gewachsenen Erschöpfung, die sich in der Kindheit aufgrund gelernter Verhaltensweisen geformt hat, sind Müdigkeit, Erschöpfung, Energielosigkeit mit all ihren Folgen Zustände, die zu einer Depression gehören.

Und:

Müdigkeit, Erschöpfung und Überforderung sind erst auf dem Boden einer depressiven Entwicklung Symptome einer Depression. ■



Dr. Josef Giger-Bütler ist Psychotherapeut mit eigener Praxis in Luzern und auf Therapie und Heilung von Depressionen spezialisiert. Er ist Autor mehrerer Bestseller über Depression; das neueste: „Depression ist keine Krankheit“, Beltz-Verlag, 213 Seiten, 19,95 €, ISBN 9 783407 859402

3 Fragen an Prof. Hegerl

Eine halbe Seite wurde Herrn Prof. Dr. Ulrich Hegerl über zwei Monate reserviert, um drei Fragen zu beantworten. Der Vorstandsvorsitzende der Stiftung Deutsche Depressionshilfe, die sich angeblich der Erforschung von Depression, Hilfe für Betroffene und um die Weitergabe von Wissen widmet, blieb die Antworten schuldig auf die Fragen:



1 Halten Sie es für möglich, dass Depressionen auch vorübergehend durch bakterielle oder virale Infektionen auftreten?

2 Welche Art der Behandlung schlagen Sie dann vor? Nur ursächlich den Infekt beseitigend, nur antidepressiv, beides, sonstiges?

3 Wie sieht die Differenzialdiagnose aus bei Depressionen, ob sie infektiöse Folge sind oder seelisch-psychischer Natur?

Ziel der Stiftung ist es, einen wesentlichen Beitrag zur besseren Versorgung depressiv erkrankter Menschen und zur Reduktion der Zahl von Suizide in Deutschland zu

leisten. Forschungsförderung und Aufklärungsaktivitäten zum Thema Depression sollen dazu beitragen, Betroffenen zu einer optimalen Behandlung sowie mehr Akzeptanz in der Gesellschaft zu verhelfen. www.deutsche-depressionshilfe.de ■

Depression à la Bundesärztekammer

Diagnose mit Zwei-Fragen-Test

Gnade Gott Demjenigen, der dieses Merkblatt der Bundesärztekammer in die Hände bekommt, während er sich in einer traurigen Phase befindet. Denn „wenn Sie zwei Fragen mit Ja beantworten“, steht da, sei es ratsam, sich an einen Arzt oder Psychotherapeuten zu wenden:



1 Frage: Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?

2 Frage: Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?

Hinzu wird noch ein drittes Indiz angeboten: Antriebsmangel und Ermüdbarkeit. Nahezu im gleichen Atemzug wird auf Antidepressiva hingewiesen. (190 Milliarden Dollar jährlicher Weltumsatz müssen ja geschluckt werden, die Redaktion) Nahezu jeder, der unter chronischer Borreliose leidet, kennt diese Symptome. Ist er deshalb depressiv, weil ihn

sein Arzt nicht versteht? Ist er depressiv, weil er wegen Muskelschmerzen eine Radtour absagen muss? An keiner Stelle ist zu lesen, dass depressive Stimmungen durch virale und bakterielle Infektionen entstehen können. Wissen, das seit den 90er Jahren existiert (Thore von Uexküll und andere) wird einfach ignoriert.

Ein zweites Merkblatt aus Mai 2011

richtet sich an die Angehörigen von Depressiven. Ihnen wird geraten, dass sie „die Ausführung der Therapie ihres Lieben im Blick behalten, also etwa eine regelmäßige Einnahme der eventuell verschriebenen Medikamente oder den Besuch beim Psychotherapeuten.“ Fazit: Schluck die Pillen. Der Doktor sagt doch, Du hast keine Borreliose. ■

Bitte werden Sie Mitglied.

Mitgliedsantrag finden Sie auf Seite 60.

IDO1-Enzym

Medikament gegen Schmerz und Depression

Das Ganze ist noch eine Hypothese. Jianren Mao und Kollegen vom Massachusetts General Hospital in Boston experimentieren mit Ratten, um den Zusammenhang zwischen Depression und chronischen Schmerzen aufzuklären. Beide Krankheiten scheinen mit einer verstärkten Aktivität des Enzyms IDO1 zusammenzuhängen. Die Hemmung dieser Aktivität und weiterer Enzym-

produktion mildert zumindest bei Ratten Schmerz-, wie auch Depressions-symptome, berichteten die Forscher im Fachmagazin Journal of Clinical Investigation. Dieser Befund wird derzeit als relevant auch für Menschen eingestuft. Bei depressiven Patienten mit chronischen Schmerzen fand das Forscherteam im Blut erhöhte IDO1-Werte. Es gebe auch Hinweise, dass die IDO1-Produktion

als Reaktion auf Entzündungen ansteige. Vermutlich seien aber noch andere Hemmstoffe des Enzyms beteiligt, die bereits in anderen klinischen Studien eingesetzt werden. Ein Medikament, das die Enzymproduktion bremst, könnte hilfreich sein. Es bleibt spannend. ■

Krebs als Folge einer Infektion

Weltweit seien Viren, Bakterien und andere Keime verantwortlich für ein Sechstel aller Krebserkrankungen, meldete im Mai die Wissenschaftszeitschrift Lancet Oncology (2012;doi: 10.1016/S1470-2045(12)70137-7. Das Team um Catherine de Martel und Martyn Plummer von der International Agency für Research on Cancer (IARC) in Lyon ermittelte sogar die Risiken für einzelne Krebsarten. Unter den Krebserregern befin-

den sich auch Keime, die bei Borreliose-Patienten häufig gefunden werden: Epstein-Barr-Virus und Herpesvirus Typ 8. In wieweit Borrelien dabei eine Rolle spielen, wurde nicht erörtert, jedoch die Bezeichnung „andere Keime“ lässt viele Fragen offen. Unter dem Strich seien von den weltweit 12,5 Millionen Krebserkrankungen 2 Millionen auf Infektionen zurückzuführen. Von 7,5 Millionen Krebstodesfälle seien 1,5 Millionen Spät-

folge einer häufig vermeidbaren Infektion, unter anderem Helicobacter pylori, ein Magenkeim, der Anfang der 80er Jahre als Auslöser von Magenschleimhautentzündungen und Magenkrebs von der Ärzteschaft vehement verneint wurde. Siehe Seite 37. Die Studienautoren sind überzeugt, dass die Krebsrate durch Impfungen und den Einsatz von Antibiotika substanziell gesenkt werden könne. ■

Quelle: rme/aerzteblatt.de

Weihrauch stoppt Entzündungen

Harz aus dem Stamm des Weihrauch-Baums enthält entzündungshemmende Substanzen und ist daher Bestandteil eines Forschungsprojektes für die Therapie von Krankheiten wie Asthma, rheumatoider Arthritis oder Neurodermitis, verlautbart die Oliver Werz. Der Lehrstuhlinhaber für Pharmazeutische und Medizinische Chemie an der Friedrich-Schiller-Universität Jena geht dem Wirkmechanismus zusammen mit Partnern der Universität Saarbrücken auf die Spur. Im Focus stehen Inhaltsstoffe wie die sogenannten Boswelliasäuren, die in Entzündungsgesche-

hen verringernd eingreifen können. Damit sei nicht nur ein gezielter Einsatz in die Therapie von Entzündungskrankheiten denkbar, so Werz, Boswelliasäuren ließen auch weniger Nebenwirkungen erwarten als heute gängige Entzündungshemmer.

Das Harz lässt sich bis heute nur schwer synthetisch herstellen. Weihrauchbäume hingegen sind in ihrem Bestand stark bedroht. Mit ihrem Aussterben gehen der Medizin vielversprechende Wirkstoffe verloren. Werz: Qualitativ hochwertige Weihrauchharzextrakte seien in der Lage, entzündliche Reaktionen verschie-

denster Art zu hemmen.



Rückblick:
Der im Juli 2009 verstorbene hochrespektierte Leiter des Forums Karlsruhe, **Karlheinz Herrmann**, Selbstbetroffener und Heil-

praktiker, brachte Weihrauch als Therapeutikum bei Entzündungen mit der Ursache Borreliose bereits 2005 ins Gespräch. ■

ILADS in Klagenfurt

3. Europäischer Borreliose-Kongress

Nach London und Augsburg tagte die Lyme and Associated Diseases Society (ILADS) im Mai 2012 in Klagenfurt. Mehr als 160 Mediziner aus Amerika, Europa und Australien waren vertreten. Obwohl jährlich bis zu 70.000 Österreicher an Borreliose erkranken, ließ sich kein Vertreter aus den Landeskrankenhäusern blicken. Es gibt nur wenige Ärzte in Österreich, die sich intensiv mit der Krankheit beschäftigen.

Als einer der führenden Borreliose-Spezialisten in Österreich gilt der Klagenfurter Unfallchirurg Albin Obiltschnig. Er hatte selbst Borreliose mit schwerer Nervenbeteiligung, einem Herzstillstand und Blindheit auf einem Auge. „Ich bin das beste Beispiel“, so Obiltschnig. „Mein Zustand war sehr schlecht und ich konnte zwei Jahre lang nicht arbeiten. Wenn man die Krankheit



Dr. Albin Obiltschnig

rechtzeitig erkennt und richtig behandelt, ist sie heilbar. Je später man mit der Behandlung beginnt, desto schwieriger wird es. Aber sie ist heilbar.“

Der BFBFD kann aus seiner täglichen Beratung nur bestätigen, was Obiltschnig in Klagenfurt öffentlich sagte: „Ich glaube, die Patienten interessieren sich sehr für Borreliose und informieren sich weiter. Auf uns Ärzte kommt ein gewisser Druck zu.

Patienten fordern die besten Therapien und wollen sich nicht mehr vertrösten lassen, womöglich damit, dass man psychisch krank sei.“

Während in Österreich andere von Zecken übertragene Krankheiten wie die FSME (Frühsommer-Meningoenzephalitis) einen hohen Stellenwert in der öffentlichen Wahrnehmung einnehmen, wird die Borreliose vielfach vernachlässigt. Solches war 25 Jahre lang möglich, bis sich die angebliche Patientenorganisation „Zeckenopfer“, eine von Pharma und Ärzten dominierte Gruppe, auflöste. Der BFBFD verzeichnet eine hohe Zahl an österreichischen Mitgliedern und Bestellern seiner Zeitschriften.



Dr. Burrascano und Dr. Obiltschnig

Er war auch behilflich, dass sich am Rande des Klagenfurter ILADS-Kongresses an Borreliose-Selbsthilfe interessierte Österreicher finden konnten.

Borreliose ist in Österreich derzeit nur in Speziallabors nachweisbar. Auch hier, so Obiltschnig, sei die Forschung in anderen Ländern viel weiter. (Anmerkung der Redaktion: Mangels einer standardisierten Serologie existiert auch in Deutschland eine Trefferquote, die an Lotterie erinnert. Mehr als 30 verschiedene ELISAs mit Fehlerquoten bis und über 50 Prozent erschweren den Glauben an bessere Chancen als in Österreich.)

Der 4. Europäische ILADS-Kongress wird voraussichtlich im Mai 2013 in Brüssel stattfinden. UFi

Deutsche gehen nicht leichtfertig mit Zeckengefahr um

Das Gesundheitsmagazin „Apotheken Umschau“ beauftragte das Marktforschungsunternehmen GfK mit einer Umfrage unter 1.963 Personen ab 14 Jahren, darunter 1.537, die regelmäßig Waldspaziergänge und -wanderungen machen. Es ging um das Bewusstsein für die Infektionsgefahr durch Zecken.

71 Prozent möchte die warme Jahreszeit unbeschwert im Grünen genießen, ohne sich um das Thema Zecken kümmern zu wollen. Jeder Vierte (26,1 Prozent) vermeidet es allerdings, sich unterwegs auf eine Wiese zu setzen. Vier von zehn davon suchen sich nach dem Ausflug gründlich ab. Von ihnen bleibt jeder zweite möglichst auf breiten Hauptwegen, um sich vor Zecken zu schützen. 42,3 Prozent tragen aus diesem Grund auch in der warmen Jahreszeit lange Hosen und langärmelige Oberteile.



Infektionsgefahr aus den Tropen

Exotische Viren und bisher unbekannte Krankheitserreger ...

... kündigte die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM) in diesem Frühjahr für Europa und sogar für Deutschland an. Vor allem bei Fieber ohne erklär-bare Ursache solle auch eine Infektion durch neue Viren in Betracht gezogen werden. Erreger etwa von Chikungunya-, Pappataci- oder Westnil-Fieber könnten in den kommenden Jahren weiter nach Europa und auch nach Deutschland vordringen.

Wenn auch in Deutschland noch niemand am Krim-Kongo-Fieber erkrankt ist, entdeckten Forscher jetzt hier und auch in Holland dessen Überträger, die Schildzecken *Hyalomma* und *Rhipicephalus*, die braune Hundezecke. Die Erkrankung könne jederzeit von Südosteuropa eingeschleppt werden. Sie gehe mit Fieber und oft mit inneren Blutungen einher. Die Sterberate liege in Bulgarien bei 18 Prozent – eine Impfung gebe es nicht.

„Insgesamt ist die Zahl der neuen Viruserkrankungen in Deutschland zwar noch sehr gering“, meint DGIM-Generalsekretär Professor Dr. med. Ulrich R. Fölsch aus Kiel. Klimaerwärmung, wachsender Reiseverkehr, Tourismus und internationaler Warentransport könnten dies

jedoch rasch ändern. Zwei milde Winter lassen die Zeckenzahl explodieren.

Überträger von Viren seien oft Zecken oder Mücken. Wie stark sie sich verbreiten, hänge vom Wetter ab. Professor Dr. med. Emil C. Reisinger, Dekan der Universitätsmedizin Rostock, erläutert dies in einem aktuellen Artikel in der DMW Deutsche Medizinische Wochenschrift (Georg Thieme Verlag, Stuttgart) an der Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME): **Sie trete immer dann gehäuft auf, wenn zwei milde Winter aufeinander folgen.** Denn dann vermehren sich Hasen und Rehe, die den Zecken ebenso wie der Mensch als Wirt dienen, und mit ihnen die Zecken selbst. FSME könne Gehirn und Hirnhäute infizieren und tödlich verlaufen. Zu Borreliose nahm Reisinger jedoch keinen Bezug.

Auch Infektionen wie das Chikungunya-Fieber, das zuletzt im Großraum des Indischen Ozeans ausgebrochen sei, nähern sich Europa. Im Jahr 2007 sei es in der italienischen Emilia Romagna zum ersten Mal in der Geschichte Europas zu einem Ausbruch mit 205 Erkrankungen gekommen. Der fiebrige Infekt sei oft begleitet von Hautausschlägen und Muskelschmerzen. Der Überträger, die asia-

tische Tigermücke, sei in den Mittelmeerländern heimisch geworden, warnt Reisinger. Das Insekt gelange häufig im Auto oder Zug in entfernte Regionen. In Deutschland habe man Eier der Tigermücke erstmals entlang der Autobahn A5 bei Rastatt in Baden-Württemberg gefunden. Tigermücken übertragen auch Dengue-Fieber. Diese weltweit häufigste durch Stechmücken übertragene Viruserkrankung sei in Europa zuletzt 1927/1928 in Griechenland ausgebrochen. Auch Sindbis-Viren, Überträger des gleichnamigen Fiebers, mit Hautausschlägen und Gelenksbeschwerden, seien in Baden-Württemberg in Mücken nachgewiesen worden.

„Die Neue Grippe hat uns in den Jahren 2009/2010 vor Augen geführt, wie rasch sich neue Viren ausbreiten können“, sagt Fölsch. Wegen der unspezifischen Beschwerden wie Fieber, Kopfschmerz, Husten, Schnupfen und Schlappeheit wenden sich viele Patienten an einen Internisten. Bei der Abklärung von Fiebererkrankungen sollten Ärzte auch neue Viruserkrankungen in Betracht ziehen, so Fölsch, und im Verdachtsfall die notwendigen Tests durchführen. UFI

Sexuell übertragbare Krankheiten

Ausgerechnet das Robert Koch Institut, das Borreliose verharmlost, fordert nun eine Meldepflicht für sexuell übertragbare Krankheiten wie HIV, Syphilis und auch Gonokokken, den bakteriellen Tripper-Erreger und – man höre und staune – für Chlamydien. Vor allem Chlamydien-Infekti-

onen gehörten weltweit zu den häufigsten durch sexuellen Kontakt übertragenen Krankheiten. Auch schlage die Weltgesundheitsorganisation Alarm, dass vermehrt multiresistente Keime auftauchten und Antibiotika selbst hochdosiert an Wirkung verliere. Wir erinnern an eine

BFBD-Anfrage an die Deutsche Gesellschaft für sexuell übertragbare Krankheiten im Jahr 2009, ob man Borrelien als übertragbar erachte.

Als Antwort erhielten wir einen Link über kopulierende Schafzecken.

Quelle: Ärzteblatt.

Saarland (2)

Patienten weiterhin auf Ärztetourismus angewiesen



Im Nachhinein müssen wir uns noch entschuldigen. Anlässlich eines Gesprächs am 30. August mit Staatssekretärin Gaby Schäfer, Ministerium für Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie, überzogen wir die Anwesenden mit den üblichen Vorwürfen statt Dankbarkeit für die Einführung der Meldepflicht für Bor-

reliose zu zeigen. Doch getrieben von der Sorge, Ratsuchenden aus dem Saarland nach wie vor kaum Kassenärzte nennen zu können, die sich kompetent um Borreliose-Patienten kümmern, zogen Vorsitzender Manfred Wolff und Stellvertreterin Ute Fischer alle Register von den nicht standardisierten Antikörpertests über

das Wissensdefizit der Ärzte bis zur Kassenärztlichen Vereinigung (KV), die ebenso wie andere KVen den Blot verweigert, wenn der Elisa negativ ausfällt.

Anlass des Besuches war jedoch auch, dass die im Saarland statt gefundene Gesundheitsministerkonferenz 2012 wie in den Vorjahren das Thema Borreliose gar nicht auf der Tagesordnung hatte. Vergeblich hatte der BFBD den neuen Sozialminister Andreas Storm (einst CDU-Politiker in Darmstadt und in Sachen BFBD bereits 2006 erfolglos angebaggert) darum gebeten, was der Patientenbeauftragte der Bundesregierung bereits 2010 in die ARD-Kamera angekündigt hatte. ■



Referatsleiterin Dr. Renate Klein, Ute Fischer, Staatssekretärin Gaby Schäfer, Manfred Wolff, Prof. Dr. Barbara Gärtner, Universität des Saarlands.

Bremen (2)

Fundstelle aus dem Qualitätsbericht 2009 der Kassenärztlichen Vereinigung: 1667 Vertragsärzte, darunter 253 Internisten, keine Infektiologen.

In der Übersicht der erworbenen Zusatzweiterbildungen gähnen Null Weiterbildungen zur Infektiologie, Null zur Umweltmedizin, jedoch 14

zur Notfallmedizin, acht für Suchtmedizinische Grundversorgung und fünf für Akupunktur. ■



Baden-Württemberg (5)

Zaudern. Abwarten. Absichtserklärungen



Geduld bringt vielleicht Rosen aber noch immer keine Meldepflicht.

Mehr als ein Jahr ist vergangen, seit Sozialministerin Altpeter ankündigte, sich mit ihrer Kollegin aus Rheinland-Pfalz über die Meldepflicht zu bereden. Inzwischen ist eine weitere Gesundheitsministerkonferenz gelaufen, auf der die Damen ihre Ansichten hätten austau-

schen können. Haben sie? Bereits im November befürwortete die Mehrheit des Baden-Württembergischen Sozialausschusses eine bundesweite Meldepflicht. Doch statt im Ländle mit gutem Beispiel voran zu gehen, wie der Freistaat Bayern, verharret man in Zaudern und Abwarten. Auch die Vorsitzende des Sozialausschusses Bärbel Mielich bat erneut um

Geduld. Man wolle erst die Auswertungen aus Rheinland-Pfalz und dem Saarland abwarten. Ein so großes Land mit so vielen Borreliose-Patienten wartet auf die Ergebnisse von zwei kleinen Ländern? Ist das realistisch? Oder nur politisch? Arme Baden-Württemberger. ■

Bayern (6)

Wenig Interesse an Leitlinien

Auf Einladung des Bayerischen Hausärzteverbandes hatte der BFBF eigens zu dessen Jahresversammlung am 21. Juli in Erlangen ein Team geschickt, das den angemeldeten 600 Hausärzten die Leitlinien der Deutschen Borreliose-Gesellschaft zur Diagnose und Therapie der Lyme-Borreliose übergeben wollte. Von den mitgeführten 800 Leitlinien konnten mal gerade 150 an den Mann und die Frau gebracht werden. Der Rest der Teilnehmer hatte kein Interesse.

Und das, obwohl in 2012 die Meldepflicht in Bayern eingeführt werden soll.



Günther Schust, Satteldorf (links) und Jochen Werner, Borreliose SHI Heidenheim, standen den Ärzten Rede und Antwort über die Leitlinien der DBG.



Nordrhein-Westfalen (4)

Silberstreif



Ausgerechnet NRW, das Bundesland, das 2010 Wahllüge beging, als es sich vor der Wahl „für“ die Meldepflicht aussprach und „nach“ der Wahl dagegen, offenbarte in diesem Jahr seinen Gesundheitspolitischen Sprecher Michael Scheffler mit endlich vernünftigen Ansichten. Ja, er halte eine Meldepflicht für wichtig. So gesagt im Juli 2012. Manfred Wolff und Ute Fischer fuhren eigens für die üblichen 45 Minuten nach Düsseldorf. Sogar ein Fernsichteam vom WDR war anwesend. Doch inzwischen verwischt der Silberstreif am Horizont. Alles nur geträumt?



Wir holen die Borreliose aus der Tabuzone

Das deutsche Aufklärungsfaltblatt mit Symptomfotos, Krankheitsbeschreibung und vorbeugenden Empfehlungen ist wieder verfügbar. Kostenlos. Fordern Sie die Menge

an, die Sie glauben, sinnvoll verteilen zu können: in Apotheken, Sportvereinen, Wanderclubs, bei Ärzten usw. (Bestelladresse siehe Impressum auf Seite xx).

Unser Ziel: 5000 Mitglieder.

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

BORRELIOSE
UND FSME BUND
DEUTSCHLAND



E-Card – Dauerspeicher für Fehldiagnosen

Seit Oktober 2011 geben die gesetzlichen Krankenkassen die neue elektronische Gesundheitskarte aus, zumindest an jene Versicherten, die ein Foto eingereicht haben. Damit soll die E-Card den Missbrauch eindämmen. Eine Frankfurterin wurde von ihrer Krankenkasse regelrecht erpresst, dieses Foto einzureichen. (Quelle: Frankfurter Rundschau) Ohne E-Card würde ihr der Arzt eine Privatrechnung ausstellen und sie sei nicht mehr versichert. Das sei rechtswidrig, antworteten ihr E-Card-Gegner, die sich unter www.stoppt-die-e-card.de organisiert haben. Von dieser Homepage kann man sich einen Widerspruch-Musterbrief herunterladen und damit das Begehren der Krankenkassen abwehren.

Die Gefahr für Borreliose-Patienten besteht darin, dass auf dieser E-Card nicht nur persönliche Daten, sondern früher oder später alle Fehldiagnosen gespeichert sind.

Wer einmal aus Unkenntnis seines Arztes als depressiv oder Hypochonder diagnostiziert wurde, wird diese Diagnosen nie wieder los, selbst wenn objektive Befunde eine Borreliose bestätigen.

Auch die Ärzteschaft steht nicht hundertprozentig hinter der E-Card. Über zehn Prozent der Ärzte haben das von den Kassen finanzierte Kartenlesegerät überhaupt nicht abgefordert. Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen wies darauf hin, dass Daten im Internet nie hundertprozentig gesichert seien. Doch die Kas-

sen stehen unter Druck, bis Ende dieses Jahres wenigstens 70 Prozent ihrer Versicherten mit der E-Card ausgestattet zu haben.

Aufrechte Ärzte versichern jedoch, dass das Versicherungskärtchen so lange gelte, wie auf ihm vermerkt sei.

Außerdem könnten Kassenärzte schon jetzt ihre Leistungen als „Ersatzverfahren“ mit den Krankenkassen abrechnen, wenn zum Beispiel das Kärtchen verloren gegangen ist. Nur wer sich überhaupt nicht als Versicherter ausweisen könne, laufe Gefahr, dass der Arzt privat abrechne und man von der Kasse dann die Differenz für die Privatbehandlung nicht erstattet bekomme.

UFI

Ein Schutzengel namens Martin Neumeyer

Über zehn Jahre lang schrieb sich der BFBF die Finger wund, um Kontakte zur Bayerischen Landesregierung anzubahnen. Über zehn Jahre wurde er abgespeist mit Beschwichtigungen. Bis Martin Neu-

meyer die Sache in die Hand nahm.

Der CSU-Abgeordnete im Wahlkreis Kelheim und Integrationsbeauftragte der Bayerischen Staatsregierung erkannte die Not der Borreliose-Patienten und setzte sich ein als Vermittler zwischen der Patientenorganisation und dem Bayerischen Gesundheitsminister. Vorgänger Markus Söder wischte diese Intension noch leichtfertig vom Tisch. Doch Martin Neumeyer blieb hartnäckig und erreichte ein gemeinsames Expertentreffen mit dem neuen Gesundheitsminister Marcel Huber. Von da an ging alles ganz schnell. Sechs Wochen später schon wurde die Absicht verkündigt, man werde in Bayern die Meldepflicht für Borreliose einführen.

Borreliose-Patienten brauchen viele Schutzengel. Die Definition war schon lange da, aber keine Anwörter,

die bereit waren, sich selbstlos für Borreliose-Patienten einzubringen.

Es gibt etliche Prominente mit Borreliose, die davor zurückschrecken, sich zu ihrer Krankheit zu bekennen, obwohl sie ja nicht ansteckend ist. Traurig. Umso erfreulicher war die Reaktion von Martin Neumeyer, der keine Borreliose hat, aber Menschen kennt, die elendig darunter leiden. Das sind wahre Tugenden von Schutzengeln. Sie helfen uneigennützig. Das hat nichts mit Geld zu tun, sondern mit Beschützen, Mitdenken, Mitfliegen, Aufpassen.

Martin Neumeyer ist unser allererster Schutzengel. Es werden noch mehr Schutzengel hinzukommen. Hoffentlich eine ganze Armada. Aber Martin Neumeyer wird immer der Allererste bleiben.

UFI



Borreliosepatienten protestieren in London

Zugegeben: Die Mail, mit der diese Nachricht kam, war merkwürdig wirr. Doch die Fotos im Internet schienen ihren Inhalt zu bestätigen. Am 9. Mai 2012 waren britische Borreliose-Patienten vor das Haus Downing Street Nr. 10, Sitz des Premierministers, gezogen, um über die unhaltsamen Zustände britischer Mediziner im Umgang mit Borreliose-Patienten zu protestieren. Sie kamen in Grün, in Rollstühlen, mit Krücken und bei strömendem Regen. Initiator Darren Smith hatte den Alptraum seiner Frau Sonja zum Anlass genommen, um über Facebook zum Protest aufzurufen.

Die Geschichte von Sonja und ihren Beschwerden ist nicht neu: Verdacht auf Hirnblutung, negative Befunde und dann Verdacht auf psychosomatische Erkrankung. Es folgten Symptome wie Parkinson, Multiple Sklerose, Schlaganfall, Grippe. Sonja beschaffte sich Wissen über Lyme-Borreliose und erinnerte sich an eine Wanderröte. Der erste Antikörpertest war negativ, ein Bestätigungstest in den USA jedoch positiv.

Die UK-Ärzte höhnten jedoch über die Amerikaner. Eine private Spendenaktion ermöglichte dann eine antibiotische Therapie, unter der es Sonja etwas besser ging.

Darren und Sonja fanden noch mehr Borreliose-Patienten mit ähnlichen Geschichten und nahmen Kontakt mit einem Radiojournalisten auf. Das Interview sollte national ausgestrahlt werden. Doch der Journalist

erkrankte plötzlich an Lebensmittelvergiftung. Es wurde alles abgesagt.

Immerhin fanden sich drei Mitglieder des Parlaments bereit, die Petition der Demonstrierenden entgegenzunehmen. Sie fordern generelle Meldepflicht für Borreliose im Vereinigten Königreich, Klinikambulanzen sowie eine große Aufklärungskampagne der Regierung. ■



Ich schicke Sie mal zu meinem Kollegen!

Mit Korruption titelten einige Tageszeitungen Anfang Juni 2012, als es darum ging, dass Kassenärzte Prämien und Boni dafür erhielten, dass sie Patienten an bestimmte Kollegen und Krankenhäuser überweisen. An der Beeinflussung des Arztes sind viele beteiligt: Krankenkassen, Pharmazeutische Unternehmen, Krankenhäuser und auch der Gesetzgeber, klärte der Internetdienst www.oscar-tool.com auf. Demnach würden Fachärzte im Labor und der Radiologie klagen, dass sie nur dann ausreichend Patienten zugewiesen bekämen, wenn sie ihre Kollegen dafür bezahlen oder zumindest die Mitgliedschaft in

einem Golfclub. Kritisiert wurden auch die „Kollateralschäden“ der Ökonomisierung, wie beispielsweise die Ausweitung der medizinischen Indikation aus Gewinnerzielungsabsicht. Nicht wenig Patienten berichten, dass sie mit einem einfachen Erythema migrans erst einmal zum Neurologen geschickt wurden oder zur MRT in eine radiologische Klinik. Solche Vorfälle heizen die Stimmung nach strafrechtlicher Verurteilung bei Korruption an.

Jörg Engelhard, Kriminalhauptkommissar des Kommissariats „Medicus“ des Landeskriminalamts Berlin (LKA) sieht die Notwendigkeit, korruptes

Verhalten unter Strafe zu stellen. „Ärzte sind genauso korrupt wie andere – nicht mehr und nicht weniger. Wir dürfen es nicht zulassen, dass der Arzt durch pekuniäre Interessen primär geleitet wird, wenn er Patienten betreut.“

Der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherer (GKV) wehrt sich vehement gegen eine „Zuweisung gegen Entgelt“ und beauftragte eine Studie. Sie belegt unter anderem, dass 14 Prozent der Vertragsärzte und 24 Prozent der Krankenhäuser zugaben, dass die Zuweisung gegen Entgelt gängige Praxis sei. Die Studie zeigte, dass jün-

gere Praxen anfälliger für diese Praktiken seien. Angaben zur Höhe der unerlaubt eingenommen Prämien machte die Studie nicht. Die Selbsteinschätzung der Branche zeige, so

Gernot Kiefer, Vorstand des GKV-Spitzenverbandes, dass jeder fünfte Arzt die berufsrechtlichen Verbote nicht kenne und Zuweisungen gegen Entgelt als selbstverständlich ansehe.

Das sei ein Skandal. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung kommentierte, man solle doch Ross und Reiter nennen. ■

Zum Beispiel die Schweiz Zum Beispiel ein Förster



20 Jahre hat Alex als Förster gearbeitet. Dann verlor er alles – seinen Job, seine Gesundheit, sein Zuhause. Ein Zeckenstich nahm ihm seine Zukunft, seine berufliche und familiäre Perspektive. Mit 43 Jahren. Die Stiftung Heilsarmee Schweiz griff sein Schicksal auf, um darauf aufmerksam zu machen, dass sich hinter jedem noch so verwahrlosten Obdachlosen ein Schicksal wie Alex verstecken kann. Der Wald war sein Zuhause, bis ihn der Zeckenstich vollends aus der Bahn warf. Innerhalb kürzester Zeit war er nicht mehr in der Lage, seine Arbeit und seinen Haushalt zu bewältigen. Und so ist das nicht nur in der Schweiz.

Auch in Deutschland ringen Förster, Waldarbeiter und Landwirte mit ihren Berufsgenossen-schaften, mit Arbeitgebern und Landes-

herrschaften um Anerkennung der Borreliose als Berufskrankheit. Etliche davon sind Mitglied im Borreliose und FSME Bund Deutschland. Zwar werden Ansprüche von Lehrern, Kindergärtnerinnen und Jugendbetreuern gerne damit abgewimmelt, dass dies eine Infektion von Waldarbeitern sei. Aber jene werden genauso abgespeist, als hätten sie die Borreliose beim Kaffeetrinken im eigenen Garten erworben, wenn sie diese eine krankmachende Zecke nicht explizit ins Verbandsbuch hatten eintragen und im Labor untersuchen lassen. UFI

Austeilen und Einstecken

Schnippselriss biss sich auf die Lippen und ging wütend unter dem Tisch herum.

Verdammt. Das Geld sollte doch cash fließen. Außerdem fehlten 5000 Euro. Er brüllte ins Telefon: „Wollt ihr mich fertig machen?“ Er hörte, wie sein Gesprächspartner nach Worten rang. „Wir hatten Ärger. Der Streifen hat an der falschen Stelle Staub aufgewirbelt, vor allem beim Sender.“ Er kicherte. „Da haben sie die Leute ja kräftig eingeseift. Das brachte richtig Zoff beim Fernsehrat.“

Schnippselriss: „Und wo ist das restliche Geld? Ich hatte Auslagen.“

Die Stimme im Ohr wurde warnend. „Nicht übertreiben, mein Lieber. Der Journalistenpreis bringt ja auch ein paar Mäuse.“ Schnippselriss keuchte: „Aber wir hatten eine Vereinbarung. Und jetzt muss ich den Kram auch noch versteuern!“ „Sorry“, wurde ihm geantwortet: „Der Auftraggeber wollte nun doch einen Zahlungsbeleg.“ „Und mein Image“ wimmerte Schnippselriss. Und auch darauf erhielt er eine Antwort: „Wer austeielt muss auch einstecken können. Sie wissen doch, wie's geht.“

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.

© Baxter

Borreliose Leitlinien –

Sind sie für den Patienten eine Hilfe, oder werden sie als Kollateralschaden in Kauf genommen?

Zusammenfassung eines Vortrags von Klaus Gesell auf einem Gruppenabend der SHG Augsburg.

Kollateralschaden ist ein militärischer Fachbegriff, damit wird ein Begleitschaden beschrieben. Ein Begleitschaden bezeichnet ein Opfer, das nicht für das eigentliche Ziel gebraucht wird und dem eigentlichen Ziel auch nicht näher bringt. Also ein Opfer, das diejenigen trifft, die schuldlos dazwischen geraten sind.

Warum also so militärisch? Weil wir Kranke uns in einem Krieg befinden, einem Krieg, in dem wir – die Opfer – uns wehren müssen, gegen ein System von gnadenloser Profitgier und Intoleranz.

Die Lyme Borreliose ist eine multisystemische, bakterielle durch Spirochäten ausgelöste Infektionskrankheit. Wilhelm Burgdorfer entdeckte sie 1981 in Lyme, einem Ort in Connecticut USA.

Sie wird hauptsächlich durch infizierte Zeckenarten ausgelöst, die sich in den letzten Jahren anscheinend durch Umwelteinflüsse kräftig hoch potenzierten.

So weit, so gut, das scheint der deutschen Ärzteschaft schon noch bekannt zu sein. Die wahrscheinlich damals von den Amerikanern abgekupferten ärztlichen Leitlinien, sollen auch noch nach so vielen Jahren rechtens sein? Nein. Denn selbst diese mussten auf Druck des Staatsanwaltes von Connecticut neu definiert und umgeschrieben werden. Die Gründe dafür werden wohl keine anderen sein, als diejenigen, die wir in Deutschland leider auch noch haben.

Erfolglos schien der Kampf gegen eine mysteriöse, altmodische, patientenfeindliche, ärztliche Leitlinie zu sein, die geradezu gefällig die

Interessen von Versicherungen, Krankenkassen, Krankenhäusern und andere Nutznießer befriedigt ... bis die Deutsche Borreliose-Gesellschaft e.V. eine von niedergelassenen Ärzten gegründete Organisation, sich der Thematik annahm und die neuen Leitlinien verfasste. Diese erschienen unter dem Titel „Diagnostik und Therapie der Lyme-Borreliose“

Aber schon nähert sich der Feind in neuem Gewand. Selbst ARTE, ein ansonsten von mir geschätzter und gerne konsumierter TV-Sender wurde schwach und brachte eine erstaunlich gut inszenierte und handwerklich perfekte Sendung von Patrick Hünerfeld unter dem Titel „Zecken-Borreliose, unterschätzte Gefahr oder eingebildete Krankheit“. Zu meinem Entsetzen änderte sich meine positive Einstellung, als ich anfang zu begreifen, was mir hier von der Lobby bewusst und gesteuert vorgeführt wurde und was wir von unserem Gesundheitssystem zu erwarten haben, wenn wir uns nicht wehren. Wahrscheinlich hat der angekündigte Beitrag halb Deutschland an den Bildschirm gebracht, denn das Echo, das unser Berater-Team am nächsten Tag zu hören bekam, war unglaublich negativ von Borreliose Erkrankten aufgenommen worden. Wir wurden zugeschüttet mit Telefonaten und Mails von verzweifelten und hilflosen Kranken. Ich konnte kaum Trost spenden, denn ich selbst war sprachlos.

Das Ei des Kolumbus: Beruht auf einer Anekdote über Kolumbus, wobei dieser von seinen Gesprächs-



Klaus Gesell gehört zu den Gründungsmitgliedern des BFBD und setzt sich seit über 14 Jahren für die Beratung Betroffener ein. Schon vor Einführung des Beratungs-Ticket-systems ist er eine wichtige Anlaufadresse für Anfragen per E-Mail.

partnern verlangte, ein gekochtes Ei auf die Spitze zu stellen. Was natürlich eine unlösbare Aufgabe war. Kolumbus schlägt das Ei leicht auf den Tisch und drückt es ein. Und siehe da, das Ei blieb stehen. Eine höhere Bedeutung? Man muss auch über den Tellerrand hinaus schauen.

Der Autor des Films war dazu leider nicht fähig. ■

Werden auch Sie Mitglied.

Auch wenn Sie nicht aktiv werden möchten.
Wir kämpfen auch für Sie.

Der Semmelweis-Reflex und die Borreliose

Wie Innovationen in der Wissenschaft eher zu Bestrafung als zur Ehre führen

Von Ute Fischer

Zu allen Zeiten gab es Fehleinschätzungen und energischen Widerstand der Ärzteschaft, wenn sich Kollegen anmaßten, sie mit neuen Erkenntnissen zu konfrontieren und sie gar belehren zu wollen. Ignaz Philipp Semmelweis, der mit seiner Studie 1847 bewies, dass die Ursache für starkes Auftreten von **Kindbettfieber** auf die mangelnde Hygiene der Ärzte und Krankenschwestern zurückzuführen sei, wurde dafür geächtet, zum Privatdozenten degradiert und aus der Lehre entfernt. Zu Lebzeiten wurden seine Thesen als „spekulativer Unfug“ abgelehnt. Er starb 47jährig, an einer kleinen Verletzung im Kampf mit dem Anstaltspersonal, zwei Wochen nach seiner mysteriösen Einlieferung in eine Irrenanstalt. Diagnose: Blutvergiftung.

Auch das 1983 in Perth, Australien, von Barry Marshall und John Robin Warren gefundene **Magenbakterium Helicobacter pylori** (*H. pylori*) wurde weder von der medizinischen Forschung und erst recht nicht von den deutschen Hausärzten, Internisten und Gastroenterologen ernst genommen. Ein Bakterium solle der Auslöser von Magenschleimhaut-Entzündung und Magenkrebs sein? Nein. Geschwüre im Magen und Zwölffingerdarm seien auf Übersäuerung des Magens und auf psychische Faktoren zurückzuführen.

Als Mitte der 80er Jahre der Internist und Gastroenterologe Peter Malfertheiner, heute Uni Magdeburg, auf einer Pressekonferenz in Frankfurt erstmals über das Bakterium referierte, schien sich der Semmelweis-Reflex (Synonym für verschmähte Innovationen in der Wissenschaft,

die noch eher zur Bestrafung und Ausgrenzung führen, denn zu einem interessierten Aufhören) zu wiederholen. Unglaublich: Das Bakterium könne mit einer zweiwöchigen antibiotischen Therapie endgültig ausgerottet werden? Bis dahin galten Magenpatienten als begehrte Dauerpatienten, weil jede Behandlung und Konsultation abgerechnet werden konnte. Vor allem die Chirurgen, die zu Erlangung ihres Facharztstitels mindestens 70 Magenoperationen vorweisen mussten, gingen auf die Barrikaden. Es musste nicht mehr operiert werden.

Der mediale Aufschrei in der Fach- und Standespresse, auf Tagungen und Kongressen lief über Jahre und verstummte erst Anfang der 90er Jahre. Der Grund? Mit dem Gesundheitsstrukturgesetz wurde 1993 die Budgetierung eingeführt. Ab da waren Dauerpatienten eine Bedrohung für die Niedergelassenen. Bloß gut, dass sich dieses Problem Dank aussichtsreicher *H. pylori*-Therapie lösen ließ. Nur ein Jahr später, 1994, ordnete die WHO *H. pylori* in die Gruppe I der definierten Kanzerogene ein. Populärwissenschaftlich kümmerte sich erst 2001 die Wochenzeitung „Die Zeit“ um den Auslöser für Magenkrebs. 2005 erhielten Marshall und Warren für die Entdeckung den Nobelpreis, Malfertheiner 2006 die Ehrendoktorwürde der rumänischen Universität Turgu Mures und 2007 die der Universität Athen.

Zwei Jahre vor *H. pylori* wurde ein anderes Bakterium in den USA entdeckt: **Borrelia burgdorferi**. Der gebürtige Schweizer Willi Burgdorfer, inzwischen ein hochbetagter Herr von 87 Jahren, fand den Erreger der



Dr. Willi Burgdorfer

durch Zecken übertragenen, Infektionskrankheit Lyme-Borreliose im Darmsack von Schildzecken. Bei seinem Besuch 2010 auf einer Borreliose-Tagung im Sächsischen Tabarz konnte er seine Entrüstung nicht unterdrücken, dass es bis heute nicht gelungen sei, ein standardisiertes Diagnoseverfahren zu entwickeln. Und erst recht keine wirksame Therapie. Statt dessen eine unüberschaubare Zahl von chronisch an Borreliose Erkrankten in Deutschland, in allen Europäischen Ländern und in den USA. Die WHO veröffentlichte vor einigen Jahren die Schätzzahl von zwei Millionen allein in Deutschland. Kurze Zeit später war sie unauffindbar verschwunden.

Die Vorgeschichte der Lyme-Borreliose ist spannend wie ein Krimi und immer noch mysteriös. Ende der 60er Jahre beschäftigte die amerikanische Mutter Polly Murray in dem US-Städtchen Lyme in 15 Jahren über

30 Ärzte aller Fakultäten, weil sich keine Diagnosen für ihre vielfältigen Beschwerden und auch die ihrer Kinder stellten. Die ganze Familie schluckte regelmäßig Penicillin wie Bonbons, weil es stets half, Gelenk- und Muskelschmerzen, Fieber- und Gesichtsschwellungen, Hautläsionen, Lymphozytome und übergroße Müdigkeit vorübergehend zu überwinden. Murray ging den Ärzten als eingebildete Kranke ganz schön auf die Nerven, bis sie selbst begann, zu forschen und feststellte, dass noch mehr Menschen in Lyme von dieser Plage betroffen waren. Ursache mussten die Zecken sein, von denen es in Lyme reichlich gab. Die Entdeckung Burgdorfers schien die Erlösung.

Lyme liegt an der Ostküste in Staat Connecticut, in Rufweite des Inselchens **Plum Island**. Dort befand sich in den 50er Jahren ein Labor zur Erforschung von Viren und Bakterien zum Einsatz als Biowaffen. Der New Yorker Journalist Michael Carroll konkretisierte in seinem Buch „The Disturbing Story of the Government's Secret Plum Island Germ Laboratory“: Plum Island liefert mehr Überträger für Infektionskrankheiten als möglicherweise jeder Ort der Welt“. Auch andere Stimmen sprechen von **Plum Island als Pulverfass für Experimente an Zecken**. Ob sie absichtlich freigelassen oder von Vögeln verbreitet wurden, ruht wohl in geheimen Schubladen und Köpfen. Bekannt ist jedenfalls, dass die amerikanischen Zecken europäische Genetik aufweisen.

Nun könnte man meinen, die USA-Borreliose-Patienten säßen an der Quelle der Forschung und Europa könnte davon lernen. Dort herrscht jedoch die gleiche Uneinigkeit über Diagnostik und Therapie wie in Deutschland mit für Kassen-Patienten zum Teil extremen Konsequenzen. Ohne Budgetierung wie vor 1993 wären Borreliose-Patienten sehr begehrt bei den Niedergelassenen. Aber so?

Niemand mag Borreliose-Patienten, sagen viele Allgemeinmediziner. Sie jammern viel, kosten viel Zeit, wissen alles besser aus dem Internet und man ahnt, dass man ihnen nur bedingt oder gar nicht helfen kann. Auch Ärzte wollen gelobt werden.

1998 gründete sich in Hamburg der Borreliose Bund Deutschland, eine Patientenorganisation, die den Informationsfluss über Borreliose selbst in die Hand nehmen wollte. Erstmals gab es deutsches Informationsmaterial, das auch Patienten verstanden. Es entstanden Selbsthilfegruppen in ganz Deutschland. Auch in der **Schweiz** regte sich Aufstand der Patienten. In **Österreich** geriet die Patientenorganisation in die Fänge der Pharmaindustrie. Als diese 2011 ihre Bezuschussung unerwartet einstellte, konnte sich diese Gruppe, die nach dem Tenor ihrer Gönner eine chronische Borreliose verneinte, nur noch auflösen.

Die größte Borreliose-Patientenorganisation mit über 3000 Mitgliedern agiert in den **Niederlanden**. Ihr



gelang es mit einer Petition sich Gehör in der Tweede Kamer, hier werden Gesetze beraten und verabschiedet, zu verschaffen. Bis jetzt ist es ihnen nicht gelungen, adäquate Therapien und zuverlässige Diagnostik einfordern zu können. Vor allem das Verständnis, dass eine im Frühstadium zu mager therapierte Borreliose in ein chronisches Stadium übergehen könne, wird in Europa massiv behindert. Viele Niederländer, aber auch Patienten aus Frankreich, Belgien, Großbritannien, Skandinavien und USA lassen sich deshalb in Deutschland behandeln.

Auch deutsche Privatpatienten treffen auf mehr Kreativität und Aufmerksamkeit der Ärzte, weil die nicht wie die Niedergelassenen von

den Kassenärztlichen Vereinigungen gegängelt oder mit Regressen bedroht werden können.

US-Patienten gehen seit Jahren auf die Barrikaden gegen die **Infectious Disease Society of Amerika (IDSA)**.



Diese US-amerikanische Organisation von Ärzten und Wissenschaftlern, unter deren Einfluss auch deutsche Dermatologen und Neurologen stehen, verneint eine chronische Borreliose. Patienten, deren zweiwöchige Therapie keine Besserung brachte, werden nicht selten als psychisch krank bezeichnet und mit Antidepressiva weiterbehandelt. Ein Antidepressiva-Weltmarkt von 190 Milliarden Dollar jährlich kann sich einer Spekulation nicht entziehen. Angeblich gibt es immer mehr Depressive. Irgendjemand muss das schlucken.

2008 kam die IDSA in Verruf. Richard Blumenthal, General-Staatsanwalt des Staates Connecticut, deckte fehlerhaftes Vorgehen bei der Erstellung der Leitlinien zur Lyme-Borreliose auf. Gravierend war die Feststellung, dass IDSA-Leitlinien-Kommissare sich weigerten, eine chronische Borreliose zur Kenntnis zu nehmen. Sie ignorierten und bagatellisierten Überlegungen und Erkenntnisse abweichender medizinischer Meinungen. Zusätzlich blockierten sie die Aufnahme von Ärzten und Wissenschaftlern, die für eine chronische Borreliose plädierten. Semmelweis lässt grüßen.

Zur Untermauerung ihrer eigenen Leitlinien, ließ sich die IDSA von einer weiteren medizinischen Gesellschaft prüfen, verschwieg aber, dass in beiden Gesellschaften die gleichen Kommissionsmitglieder saßen. Zudem wurden finanzielle Verflechtungen mit Testherstellern und vor allem mit der Versicherungswirtschaft bekannt, die ausgerechnet die

IDSA-Leitlinien zur Bewertung und Abweisung von Ansprüchen heranzog.

Mit einer großen Überprüfung als US-fernsehweite Anhörung von zwei Patienten und 16 Ärzten waren außer der IDSA niemand so recht zufrieden. Nur geringfügig weichen sich Leitlinien auf, dass es wohl doch chronische oder persistierende Borreliose gebe, aber nur ganz selten. Das reichte vorläufig, um die zweifelhaften Leitlinien nicht einstampfen zu müssen, auch wenn Blumenthal schäumte. Der Endbericht seiner Überprüfung steht noch aus.

Gegenpart der wohlhabenden IDSA ist die **International Lyme and Associated Disease Society (ILADS)**. Ihr gehören Ärzte und Wissenschaftler weltweit, auch aus Deutschland an. Seit drei Jahren veranstalten sie auch europäische Kongresse. Der letzte fand gerade im Klagenfurt statt. ILADS vertritt die Meinung, dass jede Borreliose chronisch werden könne, die nicht oder im frühen Stadium zu kurz und unterdosiert behandelt wurde. Während IDSA eine Borreliose ohne Antikörper im Blut generell ausschließt, zieht ILADS auch gut dokumentierte seronegative Borreliosen in Betracht.

Speziell die beiden deutschen Leitlinien-Autoren, eine Dermatologin und ein Neurologe, zementieren ungeniert IDSA-Ansichten in ihren Handlungsempfehlungen der Kategorie (S1), die niedrigste Evidenzkategorie; nach den Kriterien der Arbeitsgemeinschaft für Wissenschaftlich-Medizinische Fachgesellschaften (AWMF) eigentlich keine Leitlinie, sondern eine Handlungsempfehlung. Bei den neun Experten der dermatologischen Leitlinie befanden sich auch ein halbstaatlicher Mikrobiologe, der überhaupt keine Patienten behandelt und zwei Naturwissenschaftler ohne Patientenkontakt. Nur sieben Experten zeichnen für die Leitlinie der Neurologen, darunter ein Neurologe aus Österreich, dem

Land, in dem die chronische Borreliose solange verneint wurde, bis sich die von Ärzten dominierte Selbsthilfegruppe Zeckenopfer 2011 nach 25 Jahren mangels weiterer Bezuschussung durch die Pharmaindustrie auflöste. Beteiligt war auch ein Schweizer Professor aus Bern. **Der Aufschrei des Schweizer Bundesamtes für Gesundheit, man habe die Zeckengefahr massiv unterschätzt, wenigstens 12.000 Schweizer seien in 2010 an Borreliose erkrankt**, drei bis vier mal mehr als vorher geschätzt, wurde von ihm ignoriert.

Das alles könnte Borreliose-Patienten in Deutschland egal sein, wenn nicht IDSA Kraft ihrer finanziellen Ressourcen und Vernetzungen dominierender auftreten könnte als ILADS und die **Deutsche Borreliose Gesellschaft (DBG)**. Diese ärztliche Fach-

Borreliose-Gesellschaft e.V.



gesellschaft, die sich jeder Einflussnahme der Pharmaindustrie verweigert und ihre Tagungen und Leitlinien aus eigenen Mitgliedsbeiträgen finanziert, etablierte sich seit 2004 zu einer Kraft, die der IDSA ins Auge sticht. Sie muss befürchten, dass ihre Glaubwürdigkeit vor Gerichten schwindet. Immer mehr chronische Fälle von Borreliose werden bekannt. Patienten und Ärzte erkennen, dass sie Jahre lang unter Fehldiagnosen falsch behandelt wurden. Patienten gehen in Foren auf die Barrikaden, weil man ihnen die Therapie verweigert, weil man sie als Hypochonder oder eingebildete Kranke stigmatisiert. **Rund 100 Borreliose-Selbsthilfegruppen** gründeten sich im Laufe der Jahre; die meisten in Bayern und Baden-Württemberg, wo es auch die meisten Zecken gibt.

Doch nach wie vor irren Patienten von Arzt zu Arzt. Die wenigsten Ärzte besitzen das Wissen über Borreliose. Sie hatten es nicht in der Ausbildung. Seit in den 60er Jahren die

Pocken besiegt waren und Antibiotika ihren Siegeszug antraten, wurden keine Infektionskrankheiten mehr gelehrt. Erst 2003 wurden sie wieder in die Lehre aufgenommen, als sich HIV und Hepatitis als neue Bedrohung ankündigten. Die Patientenorganisation, seit 2007 unter dem Namen Borreliose und FSME Bund Deutschland (BFBDD) agierend, erhält tägliche Anfragen nach imaginären Ärztelisten.

Es gibt keine. **Selbst die Ärztsuchportale der Ärztekammern und Krankenkassen sind leer.** Es gibt keinen Facharzt Borreliose. Und die Ärzte, die von Selbsthilfegruppen als Spezialisten für Borreliose identifiziert wurden, winken eher ab, als dafür auch noch Werbung zu betreiben. Der Ärztetourismus, der sich wie Völkerwanderungsströme durch Deutschland zieht, verfälscht die Ansicht der Ärztekammern, man sei für Borreliose gut fortgebildet. Fast ausnahmslos lehren die Fortbilder IDSA-Ansichten, also keine chronische Borreliose. Wer nach der Standardtherapie nicht gesunde, sei psychisch krank. Basta. Schenkelklopfend spendeten Workshop-Teilnehmer auf den letzten Internisten-Kongressen jenen Referenten Beifall, die die Beschwerden ihrer Patienten als **Internet-Borreliose** und **Borreliose-Neurose** verballhornten.

Borreliose-Patienten sind sehr aufwändige Patienten, mahnen DBG-Ärzte. Unter einer Stunde geht keine Anamnese. Vor allem muss sich der Patient vollständig entkleiden, damit versteckte Wanderröten gesichtet werden. Sie entwickeln sich nicht immer um den Stich und sind manchmal sehr dezent, so dass sie nur unter einer Wärmelampe sichtbar werden. Eine Wanderröte, die bei einer Infektion jedoch nur bei circa **50 Prozent der Patienten** entsteht, solle der Startschuss zu einer antibiotischen Therapie sein, auch ohne Laborkontrolle. Das scheint die nächste Semmelweis'sche Baustelle

zu sein. Der Nachweis von Antikörpern im Blut ist ein Beweis für eine Infektion, aber nicht für die Erkrankung. **Umgekehrt schließt ein negativer Antikörper-Befund eine Borreliose nicht aus**, sagen die Ärzte der DBG. Außerdem sind die deutschen Antikörper-Tests, von denen es rund 30 verschiedene gibt, nicht standardisiert. Man kann mit dem gleichen Blut in einem Labor hochpositiv und im nächsten absolut negativ ausfallen. Nein, sagen die IDSA-Anhänger: „Ohne Antikörper keine Borreliose“. Und das klingt wie Basta.

Als am 3. Mai dieses Jahres bei ARTE ein Film über Zecken-Borreliose lief, waren sich die im BFBD organisierten Patienten schnell im Klaren, dass dies ein Machwerk von IDSA-Einfluss sein müsse. Sie fühlten sich vom Autor, ein freier Mitarbeiter

von SWR, arglistig missbraucht. Er hatte versprochen, das Problem Borreliose in Deutschland objektiv aufarbeiten zu wollen. Das Gegenteil war der Fall. „Er hat uns etwas vorgegaukelt und dann gnadenlos in die Pfanne gehauen“, so Manfred Wolff, BFBD-Vorsitzender. **Mit mitfühlenden Worten habe er sich Vertrauen erschlichen**, er sei ja eigentlich Arzt und deshalb prädestiniert, dieses komplexe Thema dokumentieren zu können. Der ganze Film von 45 Minuten eine Abfolge von Kommentaren des Autors, der die Patienten als eingebildete Kranke, als unglaublich und kriminell darstellte, deren Behandler als Scharlatane und Quacksalber Menschen in Gefahr brächten und die Patientenorganisation als Gruppe, die Menschen eine Borreliose einrede.

Das Fazit des Autors, dessen medizinisches Fachgebiet er mit Psychiatrie angab: **Borreliose sei eine leicht zu heilende Krankheit. Die chronischen Fälle seien Einbildung.** Die DBG selbst wurde in dem Film überhaupt nicht gehört. IDSA lässt grüßen. Eine Protagonistin, ein zurückgetretenes BFBD-Vorstandsmitglied, gestand später, sie habe vom Autor einen 500-Euro-Schein für ihr Mitwirken erhalten. Die Pressestelle des SWR verlautbart hingegen, dass es solche Honorare nur im Reich der Fantasie, aber nicht bei SWR gebe. Nur: Woher kam das Geld?

Dieser Beitrag ist die Einleitung eines geplanten Buches über das „Borreliose-Komplott“ in Deutschland. ■

Schweini und die Probleme

„Der bayerische Patient“ titelte die Frankfurter Rundschau während der Europameisterschaft über Bastian Schweinsteiger und seine Spielschwächen im Viertelfinale gegen Griechenland.

Wir erinnern uns: Vor einigen Jahren geriet er wegen einer Borreliose in die Schlagzeilen. Doch weder von ihm noch von Mannschaftsarzt Müller-Wohlfahrt war je eine Antwort auf unsere Fragen zu hören, mit welcher „Wahnsinns-Therapie“ Schweinsteiger wieder zum Kicken kam. Auffmerksame Borreliose-Patienten kommen da schon ins Grübeln, wenn man liest: **„Viele bei ihm ungewohnte Fehler unterliefen ihm, den offensichtlichen Part seiner Mittelfeldrolle überließ er ganz Sami Khedira“.** Und „... er war mit Armen

und Mund effektiver als mit den Füßen“. Und „... dass er dabei viel zu selten die Energie für den von seinen Vorgesetzten geforderten Hochgeschwindigkeitsfußball aufbrachte ...“. Und „... es klang eher so, als ruhe sich Schweinsteiger einfach nur ein wenig aus, um wieder zu Kräften zu kommen“. Und „... Weil ich gern so spielen würde, wie mein Kopf es mir sagt. Aber mein Körper lässt es nicht zu“. Und „... Jeder hat gesehen, dass Schweinsteiger gegen Griechenland erheblich mehr als zwei, drei, vier Prozent fehlten.“ Und „... Umso schwieriger dürfte es für den Bundestrainer nun werden, einen nicht annähernd im Vollbesitz seiner Kräfte befindlichen Schweinsteiger weiterhin vorzuziehen.“



Die Redaktion enthält sich einer eigenen Meinung zu diesen Verlautbarungen der Sportreporter Christian Oeynhausen und Jan Christian Müller. Sie wissen nicht, was wir ahnen. ■

Wenn Sie keine Erben haben:

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

Auf Druck des Informationsfreiheitsgesetzes:

BÄK gesteht, dass sie keine Antworten hat



Von Ute Fischer

Vertrauensbildende Maßnahmen zwischen Arzt und Patient sehen anders aus.

Aus Dezember 2006 stammt die einzige positive, Hoffnung verbreitende Botschaft aus der Bundesärztekammer (BÄK). Die damalige Vizepräsidentin Cornelia Goesmann, eine in Hannover niedergelassene Neurologin, bestätigte uns die Schwierigkeit, genetische und infektiöse Ursachen gegen psychiatrische Krankheiten und ein gesamt psychosomatisches Geschehen abgrenzen zu können. Wir hätten den Brief gerne in BORRELIOSE WISSEN abgedruckt; das wurde uns verweigert. Immerhin erhielten der damalige Vorsitzende Günther Binnewies und seine Stellvertreterin im Juni 2007 eine Audienz bei der für die Weiterbildung beauftragten Dezernentin Dr. Justina Engelbrecht. Thema: Notstand der Infektiologie in Deutschland. Sie stellte in Aussicht, dass der BFBD bei der Referentenauswahl des 33. Interdisziplinären Forums 2009 mit dem Schwerpunkt Borreliose Vorschläge unterbreiten könne. Als wir uns nach dem Veranstaltungsdatum erkundigten, unterrichtete man uns erst, als dieses Forum bereits stattgefunden hatte. Protagonisten: Kaiser, Krause, Rauer, Aberer, die üblichen Verharmloser. Was mögen sich die BÄKler ins Fäustchen gelacht haben, wie sie die Patientenorganisation hereingelegt haben.

Auf unseren erst später offen dargestellten Brief an den inzwischen verstorbenen BÄK-Präsidenten Hoppe aus Mai 2010 (Borreliose Wissen Nr. 22) erhielten wir im Laufe von zwei Jahren überhaupt keine Antwort. Unsere Anfrage aus April 2011 formulierten wir unter Hinweis auf das Informationsfreiheitsgesetz. Es ver-

pflichtet nicht nur Bundesministerien, sondern auch das BÄK innerhalb von vier Wochen zum Offenlegen von Informationen, die den Bürger angehen. Dies waren die Fragen:

Welche Maßnahmen wurden von Ihnen ergriffen, die Lyme-Borreliose ins Bewusstsein folgender Fakultäten zu rücken und mit welchem Erfolg? Infektiologen, Internisten, Augenärzte, Kardiologen, Gynäkologen, Gesellschaft zur Prävention sexuell übertragbare Krankheiten, Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, Rheumatologen.

Welche Maßnahmen wurden von Ihnen ergriffen, um den Mangel der Medizin an Menschlichkeit zu beheben?

Welche Maßnahmen wurden von Ihnen ergriffen, um Diagnostik und Therapie der Lyme-Borreliose als „eine der am meisten verharmlosten Krankheiten“ zu sichern? (Anlage: Auszug der Homepage der Bundesregierung)

Welche Maßnahmen wurden von Ihnen ergriffen, um adäquate Fortbildung in Borreliose zu gewährleisten, nachdem Ihnen bekannt sein sollte, dass erstmals ab 2003 Infektiologie gelehrt wird?

Welche Maßnahmen wurden von Ihnen ergriffen, um Kassenpatienten den Zugang zu einer adäquaten Diagnostik und Therapie zu gewährleisten?

Welche Maßnahmen wurden von Ihnen ergriffen, um einen eindeutigen Marker für das Vorhandensein der Krankheit Lyme-Borreliose (nicht der Infektion) zu erlangen?

Ist Ihnen bekannt, dass der Leiter des NRZ Dr. Volker Fingerle, der von den meisten Landesärztekammern

als Fortbilder für Ärzte verpflichtet wird, weder mit Borreliose promoviert hat (wie er behauptet) noch je Patienten behandelte?

Keine Antwort. Unter Einschaltung des Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit (BDI) gab das BÄK lediglich an den BDI eine Stellungnahme ab: Sie seien keine Behörde des Bundes und unterlägen daher nicht dem Informationsfreiheitsgesetz. Das sah der BDI aber anders und bat die BÄK erneut um Beantwortung unserer Fragen. Die BÄK-Antwort erfolgte dann sehr schnell. „**Zu dem vorgelegten Fragenkatalog lägen der BÄK keine Informationen vor**“, gezeichnet: Engelbrecht. Wiederholung: Vertrauensbildende Maßnahmen zwischen Arzt und Patient sehen anders aus.

Fazit. Das Problem der Lyme-Borreliose ist zumindest seit 2006 der BÄK bekannt. Alle Anregungen und Forderungen von Patienten und ihrer Patientenorganisation wurden höchstensfalls zur Kenntnis genommen, aber in keiner Weise bearbeitet. Uninteressant.

Bei seinem Amtsantritt formulierte Präsident Montgomery stattdessen als seine Prioritäten: Vorrangig sei die Novellierung der **ärztlichen Gebührenordnung** und die Verbesserung der **materiellen Grundlagen** ärztlicher Tätigkeit. Als seine Tugenden als Präsident erklärte er der Ärztezzeitung unter anderem: Teamfähigkeit, Zukunftsorientiertheit, Fleiß und eine fundierte **ethische Grundhaltung**. Ehrenwert. Wenn davon nur ein Quäntchen auch für die Patienten abfiele. Einziger Lichtblick, ihn an die Existenz von Borreliose zu gewöhnen: Er joggt. ■

Nachruf

Zum Tode von Dr. med. Dietrich Rosin

Am 06. Juni 2012 verstarb der Bonner Neurologe, Psychiater und Psychotherapeut Dr. med. Dietrich Rosin im Alter von 66 Jahren.

Bereits Mitte der 90-er Jahre wurde Dr. Rosin bei seinen Patienten auf das Krankheitsbild der Lyme-Borreliose (LB) aufmerksam, da eine Vielzahl seiner Patienten zwar neurologisch-psychiatrische Symptome aufwies, aber auf die gängigen Therapien nicht ansprach. So wurde die interessante, aber komplexe Thematik der LB zu seiner Berufung, der er sich in den darauffolgenden Jahren mit großem Engagement widmete. 2010 war er Mitglied der Arbeitsgruppe zur Erstellung der aktuellen „Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der Lyme-Borreliose“ der DBG (Deutschen Borreliose-Gesellschaft).

Ich selbst wurde 2007 LB-Patientin von Dr. Rosin. Nach einem Zeckenstich in 2004 mit anschließender 21-tägiger Antibiose verschlechterte sich mein somatischer, psychischer und mentaler Zustand in der nachfolgenden Zeit so drastisch, dass ich drei Jahre lang nicht mehr in der Lage war, meiner Tätigkeit als Buchverlegerin nachzugehen. Nach zahlreichen erfolglosen Besuchen bei Ärzten diverser Fachrichtungen äußerte der 13. Arzt den Verdacht auf eine noch aktive LB und verwies mich an seinen

Kollegen Dr. Rosin.

Es war die verständnisvolle, zugewandte und fachlich kompetente Art von Dr. Rosin, die mich sofort für ihn einnahm. Mit Hilfe der nachfolgenden intensiven Antibiosen besserte sich mein Zustand deutlich. Ich konnte meinen Beruf wieder aufnehmen und wieder am Leben teilhaben. Seit ich 2009 meine Borreliose-SHG Bonn/Rhein-Sieg gründete, suchte ich häufig telefonisch seinen ärztlichen Rat. Stets erreichte ich ihn auch gegen 20 oder 21 Uhr noch in der Praxis.

Für seine Patienten nahm sich Dr. Rosin stets viel Zeit, hörte aufmerksam zu, sodass viele Patienten sich zum ersten Mal im Rahmen ihrer langen Borreliose-Leidensgeschichte ernst genommen fühlten. Stets war er für seine Patienten, die in den letzten Jahren nicht mehr nur aus der Region stammten, sondern aus dem ganzen Bundesgebiet kamen, auch kurzfristig telefonisch erreichbar. Es gelang ihm bei einer Vielzahl von Patienten, neurologisch-psychiatrische Fehldiagnosen aufzudecken und den Gesundheitszustand der Betroffenen erstmalig zu bessern.

Dr. Rosin kümmerte sich nicht nur intensiv um seine Patienten, sondern trug auch gerne deren Anliegen in die Öffentlichkeit: Häufig nahm er Interviewanfragen zur LB von Tageszeitungen oder Fernsehsendern an, um die Problematik der zu späten Diag-



nostik und der unzureichenden Therapie zu thematisieren.

Dr. Rosin hat sich mit großem Engagement für chronische Borreliose-Patienten eingesetzt. Einer Vielzahl von Borreliose-Patienten hat er ihr Leben zurückgeben können. Mit seiner Frau in der Praxis wollte Dr. Rosin noch weitere 10 Jahre zum Wohle seiner Patienten praktizieren. Leider ließ seine schwere Krankheit diesen Wunsch nicht mehr in Erfüllung gehen. Er hinterlässt mit seiner kompetenten, engagierten und Menschen zugewandten Art bei seinen Patienten eine große Lücke. Wir werden Dr. Rosin dankbar in Erinnerung behalten.

Unser tief empfundenes Beileid gilt seiner Ehefrau Veronika Rosin sowie seinen Angehörigen.

Dr. rer. pol. Margot Eul
Borreliose-SHG Bonn/
Rhein-Sieg

Nachruf

Zum Tode von Herrn Prof. Dr. med. Rüdiger von Baehr

Am 21. Juni 2012 verstarb Herr Prof. Dr. med. Rüdiger von Baehr. Um Ihn trauern die Mitglieder der Deutschen Borreliose-Gesellschaft (DBG) und weiterer Fachgesellschaften. Mit ihm haben alle einen kompetenten, immer aufgeschlossenen, mit den Sorgen des praktischen Alltags vertrauten, diesen Sorgen stets zugewandten Kollegen, einen wissenschaftlich engagierten Partner und mancher unter uns auch einen wichtigen, verlässlichen und geschätzten Freund verloren.

Er verstand es wie kaum ein Anderer, den Disput kontroverser fachlicher Diskussion an allen Klippen vorbei zu lenken und Konsens fähige Wege zu öffnen. Dabei strahlte er entschlossene Ruhe und Besonnenheit, verbunden mit Kompetenz und Sachlichkeit aus. Gerade die jüngsten Entwicklungen auf den Gebieten der Infektiologie, der Immunologie und Allergieforschung sowie der Umweltmedizin, denen sein besonderes Interesse in den letzten Jahren galt, zeigen, wie wichtig und unverzichtbar diese Eigenschaften waren und sind. Obwohl er scheinbar nur mit den Aufgaben der Labormedizin befasst war, verlor er die Anliegen der Patienten nie aus dem Auge und war ihnen erläuternder, informativer und zugewandter Gesprächspartner. Seine verbindende Art, die Fähigkeiten Brücken zu schlagen, dem fachlichen Gegenüber

in Sachfragen das Gesicht wahren zu lassen, die Diskussion nicht durch Machtgebaren ersetzen zu wollen, hat ihn die bedeutenden Persönlichkeit sein lassen, die er für die Mitglieder mehrerer Gesellschaften immer war und über den Tod hinaus bleiben wird. Unser tief empfundenes Beileid gilt seiner Ehefrau und seinen Angehörigen.

Geboren in Landsberg/Warthe absolvierte er das Studium der Humanmedizin in Leipzig und promovierte 1967 zum Dr. med.. Als Wissenschaftlicher Assistent blieb er an der Universitätsklinik Leipzig bis zur Facharztanerkennung für Innere Medizin 1972. Er wechselte dann als Wissenschaftlicher Assistent zum Institut für Impfstoffe der Akademie der Wissenschaften in Dessau, wo er 1978 zum Forschungsdirektor ernannt wurde. Zwei Jahre zuvor habilitierte er im Bereich medizinische Immunologie an der Universität Leipzig. 1979 erfolgte die Berufung zum Akademiestarkeprofessor, der vier Jahre später die Berufung zum Direktor des Instituts für medizinische Immunologie der Charité, Humboldt-Universität-Berlin als ordentlicher Universitätsprofessor folgte. Dieser Aufgabe ging er bis 1994 nach und ließ sich dann als Internist und wissenschaftlicher Berater von Laboratorien nieder. 2002 begann er mit dem Aufbau des Immunologischen Speziallabors am Institut für Medizinische



Diagnostik (IMD) in Berlin, dem er zu überregionaler Bedeutung verhalf. Er leitete dieses Gebiet zusammen mit seinem Sohn Dr. med. Volker von Baehr, der diesen labormedizinischen Bereich inzwischen im Sinn seines Vaters verantwortungsvoll fortführt und weiter entwickelt.

Prof. Dr. Rüdiger von Baehr wird seinen zahllosen zertifizierten Fortbildungsveranstaltungen für Ärzte, seinen eigenen Vorträgen auf vielen Kongressen und den mehr als 200 Publikationen und Buchbeiträgen keine weiteren mehr folgen lassen können. Wir werden seiner Person und seines Lebenswerks stets ehrenvoll gedenken und uns bemühen, die vor uns liegenden Aufgaben in seinem Sinn anzugehen und zu lösen.

Dr. Kurt E. Müller
1. Vorsitzender der DBG
Mozartstraße 16
87435 Kempten

Zecken anlocken und töten



Der Schweizer Umweltingenieur Thomas Hufschmid wird bald mehr verdienen als den mit 10.000 Schweizer Franken dotierten „Swiss Start-up Award“. Seine Erfindung einer Zeckenfalle

soll bereits 2013 auf den Markt kommen. Die Falle enthält Lockstoffe, die Zecken magisch anziehen. Sind sie in die Falle geraten, warten dort schon Pilze, die sich über sie herstürzen und sie töten.

Diese Zeckenfallen sind bestimmt für die Aufstellung in öffentlichen Parks aber auch in Privatgärten. Die

einfache Konstruktion sei effizient, nachhaltig, ökologisch und ökonomisch, lobt die Fachjury der Social Entrepreneurship Foundation (SEF) diese Innovation, die an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften (ZHAW) in Wädenswil entwickelt wurde. ■

Mit Ultraschall gegen Schmerzen und Borrelien

Ureigentlich wurde dieses Ultraschall-Gerät entwickelt, um Teile und menschliche Zähne (Emmi-dent) schonend und effizient zu reinigen. Doch dem Mörfelder Tüftler Dr. Bülent Emekci und seinen Mitarbeitern fallen ständig neue Anwendungsmöglichkeiten ein, die sich durch Ultraschall verstärken lassen. Das neueste Gerät – Emmi-skin – war erneut „ureigentlich“ gedacht, um Collagen-Gel tief in die Gesichtshaut eindringen zu lassen. Das Gewebe wird damit gereinigt, besser durchblutet und die Hautatmung aktiviert. Die sanften, völlig unschädlichen Luftschwingungen gelangen über die Borsten der Rundbürste ohne Rotation bis zu 1,2 Zentimeter tief in die Haut, also auch in die untersten Schichten.

Das brachte Anwenderinnen zu eigenen Experimenten. Sie berichte-



ten, dass Schmerzgel, das mit dieser Ultraschall-Bürste in gezerzten Muskeln eingebracht wird, viel schneller wirke als nur oberflächlich auf die Haut aufgebracht. Hugo R. Hosefelder, Entwickler dieses Geräts, wundert das nicht: „Unter speziellem Ult-

raschall werden Salben und Gele in kürzester Zeit in die untersten Haut- und Gewebeschichten direkt an den Entzündungsherd transportiert.“

Noch einen Schritt weiter geht die Journalistin Dagmar Westerheide. Damit lasse sich auch antibiotisches Gel rund um einen Zeckenstich viel tiefer einbringen, als wenn man es nur auf die Haut reibe. Zudem sind von Ultraschall antibakterielle Wirkungen bekannt. Man benützt derlei Geräte auch zur Behandlung von Entzündungen wie Aphten, Parodontitis und Wurzelvereiterungen.

Bei weichem Ultraschall handelt es sich um Schwingungen der Luft in einer Taktzahl von 20.000 bis 5.000.000 Schwingungen pro Sekunde; nicht zu verwechseln mit hartem Ultraschall, wie er bei Zahnstein-Reinigungen in der Zahnarztpraxis angewandt wird. UFi

Neue Zeckenschule für Kinder

Der Impfstoffhersteller Baxter entwickelte eine neue Online-Zeckenschule für Kinder im Internet, ein Projekt der Heidelberger Wissenschaftsagentur Convergo, die dafür eigens einen weitgereisten Zeckenlehrer engagierte. Das Lehrpensum findet auch nicht im Klassenzimmer statt, sondern in einer Erdkundehöhle, in der die User die Vielfalt von Zecken aus allen Kontinenten sehen. Schaurig-schön. ■



Neue „dramatische“ Zeiten

Kritische Gedanken in Zitaten aus einem Leitartikel zum Thema Ethik und Medizin, von unserem Beirat für Patientenrechte, Günther Binnewies

Die Beratung hebt sich, nach meinem Eindruck, deutlich von den früheren Zeiten ab. Die Ratsuchenden wissen mehr, sind vorbereiteter, sind auch schon vereinzelt aufgeschlossener, das eigene Recht gegenüber dem Arzt zu behaupten. Dagegen wird auf ärztlicher Seite nur noch mit Doxycyclin oder Azithromycin therapiert. Der *Stand der medizinischen Erkenntnisse* ist offensichtlich über Bord gegangen, obwohl der Begriff erst im August letzten Jahres in die Musterberufsordnung für Ärzte eingegangen ist. Ich kenne keine wissenschaftliche Literatur, die diese Behandlung als Mittel der 1. Wahl ab Stadium II vorschreibt.

Die Spätborreliose tritt vermehrt auf, ist aber bei Ärzten in der Regel nur noch ein Lächeln wert.

Die ARTE-Kampagne gegen die Deutsche Borreliose Gesellschaft und uns, hat einen ungeheuren Wirbel veranlasst. Die Folgen sind noch nicht vollständig absehbar. Die Beschuldigungen sind völlig aus der Luft gegriffen, federführend **Herr Dr. Hünnerfeld hat nichts begriffen – will nichts oder darf nichts begreifen**. Die Lobbyisten haben zur großen Keule gegriffen. Wir haben uns nichts vorzuwerfen. Wir haben unsere Hausaufgaben gemacht. Den Schaden tragen die Borreliose-Betroffenen.

„Tödliche Pauschale“ titelte die Heidenheimer Zeitung am 20.08.2012. „Noch ist es nicht gekippt, das deutsche Gesundheitswesen“ spekuliert Autor Martin Hofmann. „Organisiert wie ein Industrieunternehmen werden Krankheiten zur Ware, Ärzte zu Anbietern und Patienten zu abrechneten Fällen.“ (Zitat: Gesellschaft

für Innere Medizin) „Die Gesundheitsökonomien in Politik und Selbstverwaltung (Ärzteschaft, Funktionäre der Krankenkassen, Kliniken) haben die Macht übernommen. Doch die Erkrankungen und der Versuch, den Patienten nach den Regeln der Medizin zu helfen, spielen allenfalls eine unvermeidbare, aber keine entscheidende Rolle mehr.“

„**Der beste Patient des Praxisarztes ist derjenige, der nur alle drei Monate auftaucht.** Ist er chronisch krank ... ist das optimal. ... Der Versicherte müsste über fundierte Kenntnisse in Medizin, Sozialrecht und Marketing verfügen, um ... aus einem Arzturteil die richtigen Schlüsse zu ziehen. Nein, unser Gesundheitssystem hat nur noch eine Überlebenschance, wenn Ärzte das Patientenwohl eindeutig über Unternehmensziele stellen.“

Sämtliche Hinweise auf das **Wohl der Patienten**, von der Musterberufsordnung, der Charta für ärztliche Berufsethik (die kaum ein Arzt kennt), bis hin zum Sozialgesetzbuch V stehen nur noch auf dem Papier. Mir tun die Ärzte leid, die in einem solchen System arbeiten müssen, für so manche Patienten aber ist so ein System tödlich.

Der Gesundheitsmarkt geht nach meiner Meinung von nun an seine eigenen Wege. Ohne uns Patienten. Das liest sich, als solle man seine eigenen Ziele aufgeben. NEIN. Wir müssen uns nur vollkommen neu ausrichten. Nicht allein der BFBD, sondern **jeder einzelne Patient**. Und das meine ich sehr, sehr, sehr ernst!

Wir hörten an der letzten BFBD-Mitgliederversammlung den Vortrag von Joachim Faulstich über das Aktivieren von Selbstheilungskräften.



Das ist ein sehr steiniger Weg, aber meines Erachtens der einzig mögliche. Wir werden die Erwartungen an das Gesundheitssystem umkehren. **Selbstheilungskräfte** aktivieren. Nicht aber, wie im *Deutschen Ärzteblatt* [2012; 109(9): A-422] in *Themen der Zeit* von Gerald Hüther offeriert: „**auf die ärztliche Kunst verlassen ...**“. **Sie besteht nicht mehr.** Prof. J.-D. Hoppe, verstorbener Bundärztekammer-Präsident hinterließ seinem Kollegium die Einsicht: „**Der Arzt ist vom Künstler zum Ingenieur geworden.**“ Fordern Sie zwingend die damit verbundene Erfolgsqualität ein, sie kann absolut kein Arzt leisten. Das System ist am Ende seiner selbst.

Wir verweisen dazu auf eine **24-seitige Broschüre über Patientenrechte, kostenlos gegen mit 1,45 € frankierten C4-Umschlag. Mitglieder besitzen diese bereits.**

Berufskrankheit nach 17 Jahren abgewürgt

Ein langer Rechtsstreit wurde in diesem Sommer Kraft richterlicher Unangreifbarkeit abgewürgt. In allen Instanzen zählten weder Fakten, noch Argumente. Der Fall sollte einfach verschwinden. Damit er aber für vergleichbare Fälle auf Wiedervorlage bleibt und Anwälte für ihre Mandanten aus den Spitzfindigkeiten der Verwaltungsberufsgenossenschaft (BG) lernen können, hat sich der BFBD eingeklinkt und auch noch die letzte Instanz, die Beschwerde vor dem Bundesverfassungsgericht, mitfinanziert.

Es begann 1992 mit dem üblichen Zeckenstich in Ausübung einer beruflichen Tätigkeit.

Die vom Dermatologen diagnostizierte Wanderröte war nicht zu leugnen. Trotzdem vergingen nahezu zwei Jahre Schreiberei und Schriftsätze, bis die BG per Bescheid bestätigte: eine rezidivierende Lyme-Borreliose. (**AZ 4.5/6693 41178.5.00, Mainz, 26.07.95**) Das Krankengeld (BG-Deutsch Verletztengeld) wurde der freiwillig Versicherten ausbezahlt.

Soweit so gut. Soweit so nicht gut. 1997 kamen die Beschwerden zurück. Die erneute Arbeitsunfähigkeit wegen Borreliose lehnte die BG ab. Das müsse eine erneute oder andere Erkrankung sein; die alte sei ja behandelt worden. Um es abzukürzen: Es folgten noch viele solcher Arbeitsunfähigkeiten, deren Behandlungskosten wie auch Verletztengeldzahlungen die BG stets ablehnte. Für die Selbständige bedeutete jede Therapie Totalausfall der Einkünfte, wogegen sie sich zehn Jahre vorher überhaupt bei der BG freiwillig versichert hatte. Die Therapiekosten – darunter fünfmonatige und 14wöchige Infusions-Behandlungen – bezahlte ohne Murren die private Krankenversicherung. Mitwirken wollte sie trotzdem nicht.

■ 900 Tage arbeitsunfähig

12 Gutachten

Die Arbeitsunfähigkeitstage summierten sich bis 2007 auf knapp 900 Tage. Dass die Versicherte zu keiner Zeit Rente beantragte, auch weil es ihr von Therapie zu Therapie besser ging und sie danach stets wieder voll und überdurchschnittlich arbeitsfähig war, interessierte das Gericht nicht. In der Folge kam es zu zwölf Gutachten unter anderem von Koryphäen wie Hassler, Rakicky, von Baehr, Berghoff, aber auch die Charité, die Universitäten Marburg und Göttingen; keines der Gutachten schloss die Borreliose als Ursache der Beschwerden aus. Anfangs wurde der Pericard-Erguss als Borreliosefolge noch angezweifelt, im Laufe der Jahre galt der kausale Zusammenhang als bewiesen. Es konnte sich nur kaum jemand festlegen, ob bestimmte, längst vergangene – auch operierte – Beschwerden, nachträglich als Grund für eine Arbeitsunfähigkeit attestiert werden könnten. So blieb, trotz komplettem Ausschluss weiterer Krankheitsursachen, immer ein Restchen Zweifel der 100 Prozent Wahrscheinlichkeit, die Richter und BG forderten.

Der Eklat kam mit dem vorletzten Gutachten. Die BG hatte behauptet, eine Spezialistin für Borreliose als Gutachterin vorweisen zu können. Auch der damalige Direktor der Medizinischen Klinik II am Universitätsklinikum Frankfurt am Main rühmte sie als „anerkannte Expertin auf dem Gebiet der Borreliose“. Das war 2005. Bei Google nachzufragen, war damals wenigen Freaks vorbehalten. Man hätte von der Dame jedoch genauso wenig gefunden wie heute. Sie hat noch in keiner Publikation über Borreliose etwas veröffentlicht. Sie ist Spezialistin für Malaria. Doch Klägerin und Richter glaubten

an die gutachterliche Kompetenz. Entsprechend fiel dieses Gutachten aus. Statt Fragen des Gerichts zu beantworten, erzeugte die Dame mit Zweifeln und Selbstfragen Verwirrung und Irritation. Dass es während der mehrtägigen Begutachtung zu einem massiven Borreliose-Schub kam und der eigene Mitarbeiter eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung samt Rezept für Antibiotika ausstellte, fand im Gutachten keinen Niederschlag.

Bei der nächsten Verhandlung, nun schon vor dem Landessozialgericht, vereinbarten Klägerin und Richter einen Deal. Bei erneuter Gewährung des Paragraphen 109, wonach der Kläger den Gutachter bestimmen dürfe, willigte die Klägerin ein, sich jenem Gutachten zu beugen, egal wie es ausfalle. Sie fühlte sich damit auf der sicheren Seite, da es ihr gelungen war, einen bekannten Borreliose-Spezialisten dafür zu gewinnen. Das Gutachten bestätigte alles, worum sie seit über einem Jahrzehnt kämpfte.

Und wie entschied nun der Richter, von dem bekannt war, dass er wenige Tage nach dem Urteil in den Ruhestand gehen wolle? Er ignorierte das letzte Gutachten vollends und bezog sich nach wie vor auf das Gutachten der Malaria-Expertin. Damit war die Klage zum so und so vielen Male abgewiesen. (**AZ L3 U 204/07 Hessisches Landessozialgericht sowie S3 U 23/07 Sozialgericht Darmstadt**) Revision nicht zugelassen.

■ Bundessozialgericht

Noch einmal nahm die Klägerin, die bislang schon einige Tausend Euro für Gutachten vorgestreckt hatte, Geld in die Hand und reichte mittels Anwalt vor dem Bundessozialgericht (BSG) Nichtzulassungsbeschwerde ein. Sie wurde verworfen wie bisher alle Beschwerden in



Sachen Borreliose. Eine ganze Seite Ablehnungsbegründungen (**AZ B2 U 44/12B**) seitens des BSG sei eine enorme Ausnahme, wurde ihr von Anwalt mitgeteilt. In der Regel putze das BSG derartiges Verlangen mit drei Sätzen herunter. Die Unzulässigkeit der Beschwerde wurde lapidar mit Formfehlern beider beschäftigter Anwälte begründet. Um die Sache selbst ging es dabei nicht. Dabei handelte es sich um Anwälte mit Borreliose-Erfahrung. Danach blieb als letzte Alternative nur noch das

■ Bundesverfassungsgericht.

Eine Verfassungsbeschwerde kann nicht jeder Anwalt* erarbeiten. Dabei geht es nicht um die Inhalte der Klage, sondern ausschließlich darum, ob beim Urteil Grundrechte oder grundrechtsähnliche Rechte des Klägers verletzt wurden. Zum Beispiel

wegen des Ignorierens eines selbst angeordneten Gutachtens kann man Willkürzüge (Art 3 Abs.1 GG) einreichen. Beschwerdebefugnis kann sich auch durch fachgerichtliche Verfahrensfehler ergeben. Gerügt werden kann wegen Anspruchs auf das rechtliche Gehör, wenn also das Gericht ignoriert, was der Kläger berichtet. Die von einem Professor für Öffentli-



Bundesverfassungsgericht

ches Recht (Universität Augsburg) verfasste Beschwerde, mit der das Verfahren als Landessozialgericht zurück verwiesen werden sollte, lief über zehn Seiten. Sie wurde bereits nach 14 Tagen mit Bedenken vom Bundesverfassungsgericht quittiert und der Empfehlung, die Beschwerde mangels Aussichtslosigkeit zurück zu nehmen. **Begründung: Für Sachen wie die Gehörsrüge steht die Verfassungsbeschwerde dann nicht zur Verfügung, wenn die Angelegenheit schon beim Fachgericht – innerhalb der Nichtzulassungsbeschwerde – hätte vorgebracht werden können.** Fazit in Kurzform: Formfehler des

Anwalts für das Bundessozialgericht.

■ Ende der Fahnenstange.

* Für Rechtsberatungen dieser Art berechnen Anwälte Stundenhonorare von 250,00 bis 300,00 Euro zuzüglich 19 Prozent Mehrwertsteuer.

Biestigkeit am Rande: Der Anwalt der BG hatte sich in einer Gerichtspause vor der Klägerin gebrüstet, dass er mit fast 90 Prozent den Rekord halte für abgelehnte Ansprüche von Versicherten.

Und noch eine Scheinheiligkeit der BG: Im Mai 2012 fragte die Verwaltungs-Berufsgenossenschaft beim BFBD an, ob man Aufklärungs-Flyer über Borreliose bekommen könne. Man habe mit der Berufsgenossenschaft Bahnen fusioniert und nun wegen der Gleisarbeiter häufiger mit Borreliose zu tun. Das Angebot des BFBD, für die Versicherten-Zeitschrift Sicherheitsreport, einen aufklärenden Bericht zu verfassen, wurde nicht angenommen. „Wir sehen keine Möglichkeit, das wichtige Thema Borreliose in unserer Zeitschrift zu veröffentlichen!“ UFI

Patientenrechtegesetz noch 2012?



Zumindest avisiert der noch amtierende Patientenbeauftragte der Bundesregierung, Wolfgang Zöller, das Inkrafttreten des Pati-

entenrechtegesetzes noch in diesem Jahr. Die Anfänge dieses noch sehr zu bezweifelnden Vorhabens stammen von seiner Vorgängerin Kühn-Mengel. Das Gesetz enthalte auch Aspekte wie „einrichtungsübergreifende Fehler-

meldesysteme“, verlaublich die Bundesregierung. Bereits im Vorfeld habe der Präsident der Bundesärztekammer Frank Ulrich Montgomery die Regelungen zur Fehlervermeidung und zu Fehlermeldesystemen begrüßt. ■

Impressum

Borreliose Wissen aktuell Nr. 26
Oktober 2012

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

Redaktion: Ute Fischer (v.i.S.d.P.), Postfach 4150,
64351 Reinheim, Telefon: 06162-911985, Fax
06162-1666, E-Mail: presse@borreliosebund.de,
www.borreliose-bund.de

Redaktionsbeirat: Albert Bensing, Eleonore
Bensing, Bernhard Siegmund, Manfred Wolff.

Grafik Design: WerbeWerkstatt,
Silke Kretzschmar, Kaiserslautern

Druck: Dreier, Reinheim

Die Inhalte dieser Zeitschrift sind nach bestem Wissen bei Ärzten, Wissenschaftlern, Gesundheitsexperten und -politikern sowie Selbsthilfegruppen journalistisch recherchiert, 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 Nach-

druck sowie Kopieren auf Webseiten ist nicht gestattet. Ausnahmen regelt der Borreliose und FSME Bund Deutschland e.V.

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

Mitglieder und Förderer erhalten das Magazin kostenlos.

Wir bitten, die Herstellung des Magazins durch Spenden zu sichern. Spendenkonto: Hamburger Sparkasse BLZ 200 505 50 Konto-Nr. 1275 123345. IBAN DE53 2005 0550 1275 123345,

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

Unterschlagung von Wissen ist gezielte Falsch-Information

Ohne Antikörper keine Borreliose

Ja, der SWR war ein gutes Aushängeschild für jenen Filmautor, der dem BFBD etwas vorfaselte von wegen: „**Man muss mal einen objektiven Film über Borreliose machen**“.

Nach der ersten Ausstrahlung kam die wahre Absicht zu Tage: Ohne Antikörper hat man keine Chronische Borreliose. Basta! Die Unfallversicherungen werden Champagner geöffnet haben und die, die dazu ihr Bestes gegeben haben, auch. Nun ist der Weg wieder frei für Borreliose-Tests auf der Suche nach Antikörpern. Schon vor einigen Jahren betrugen die Ausgaben der Gesetzlichen Krankenkassen mehr als 60 Millionen pro Jahr. Die aktuellen Zahlen verweigert die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), obwohl sie nach dem Informationsfreiheitsgesetz dazu verpflichtet wäre. Sie tut's einfach nicht. Basta.

Was für eine traurige Figur. Indem der Autor Dr. Patrick Hünnerfeld faktische Aspekte unterschlug, obwohl er sie mündlich oder mit Dokumenten belegt bekam und sie in der einschlägigen Literatur bestätigt gefunden hätte, zeigte er, dass er lediglich sein persönliches Fazit oder das seiner Auftraggeber untermauern wollte, ohne nach rechts und links zu sehen. Voraussichtlich wird er dafür einen Journalistenpreis erlangen. Wir ahnen schon, von welcher Fachgesellschaft.

Er war vom Borreliose und FSME Bund Deutschland wie von der Deutschen Borreliose-Gesellschaft mit allen existierenden Pro- und Contra-Dokumenten, -Informationen und -Informationsquellen versorgt worden und ignorierte sie trotzdem.

Er blendete alles aus, was seiner persönlichen (mangels ärztlicher

Tätigkeit, nicht auf Erfahrung beruhenden) Meinung und der der Protagonisten Hofmann und Rauer widersprach, ohne Rücksicht auf wissenschaftliche Redlichkeit, auf journalistische Pflicht zur Objektivität und ohne Verantwortung für die Konsequenzen für Patienten.

■ **Das ist unärztlich.**

■ **Das ist unethisch.**

■ **Das ist unjournalistisch.**

Diese angebliche filmische Dokumentation ist keine Dokumentation, sondern eine gezielte Kampagne gegen Patienten und Diejenigen, die ihnen zu ihrem Recht und Gesundheit verhelfen wollen. Die Aneinanderreihung der Aufnahmen und ihre Kommentierung dienen nicht dem öffentlichen Informationsauftrag, sondern der Befriedigung des Autors und seiner Auftraggeber.

Es ist bedauerlich, dass die SWR-Wissenschafts-Redaktion darauf hereinfiel, dabei ihrer Verbreitungshaftung nicht gerecht wurde, sich statt einer Diskussion mit uns hinter ihrem stellvertretenden Justiziar versteckte und ihren Ruf aufs Spiel setzt. Dass der Fernsehdirektor Bernhard Nellessen seine Mannschaft verteidigen musste, ist verständlich aber nicht aufrichtig gegenüber seinen Zuschauern, vor allem bei der Summe der Unterschlagungen an Wissen.

■ Medizinisch-fachliche Einwände

Antikörper

Hofmann, Rauer und Hünnerfeld betonten mehrfach: Ohne Antikörper keine Borreliose. Dieses pauschale Fazit ist falsch. Dem Zuschauer wird vorenthalten, dass man sich auf diese



Allwissender Autor Patrick Hünnerfeld, promoviert 2001. Die Infektiologie kam aber erst 2003 in die Ausbildung der Ärzte.

Tests nicht verlassen kann. Trotz Expertenempfehlung des Robert-Koch-Workshops – 2008 und 2009 – für eine Standardisierung der Tests Sorge zu tragen, existieren bis heute keine standardisierten Antikörper-Tests. Man kann mit dem gleichen Blut in einem Labor positiv und in einem anderen negativ sein. Darauf wurde der Autor hingewiesen. Schriftlich und mündlich.

Das wissen auch die Protagonisten Hofmann, Rauer und Fingerle. Erst nach der Ausstrahlung des Films kam zu Tage, dass Sebastian Rauer Mitbegründer eines Unternehmens ist, dass unter anderem ELISAs und Immunoblots weltweit verkauft.

Fingerle selbst hat in Öffentlichkeit betont, dass die meisten Antikörper-Tests miserabel (O-Ton) seien. Sein Institut, das Nationale Referenzzentrum Borrelien, wurde schon mehr-



Prof. Dr. Sebastian Rauer

fach von Experten des RKI angehalten, auf eine Standardisierung hinzuwirken. In Anwesenheit mehrerer Zeugen (unter anderem vor seinem Dienstherrn, dem Bayerischen Landesarzt Dr. Andreas Zapf) hat er verlautbart, dass er dies unterlasse, weil er Sorge vor Schadensersatzklagen der Testhersteller habe.

■ Antikörpertests

Dem Zuschauer wird vorenthalten, dass es zwei Sorten von Antikörpertests gibt: einen sehr preiswerten ELISA mit hoher Fehlerquote und einen teureren BLOT, mit höherer Zuverlässigkeit.

Dem Zuschauer wird vorenthalten, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen ihre Mitgliedsärzte angewiesen haben, dass sie den teureren BLOT nicht machen sollen, wenn der billige ELISA negativ war. Mit dem pauschalen falschen Fazit des Autors werden Borreliose-Patienten nicht erkannt und als eingebildete Kranke abgestempelt.

Dem Zuschauer wird vorenthalten, dass der Kassenarzt sehr wohl den BLOT abrechnen kann, wenn er ihn für richtig empfindet. Der BLOT hat eine wesentlich höhere Trefferquote als der allseits praktizierte ELISA von unter 50 Prozent. Das sind Fakten aus Studien, über die der Autor schriftlich und mündlich informiert worden war. Er hat sie unterschlagen und spricht nur pauschal von Antikörper, egal, mit welcher Methode sie aufgespürt werden. Entweder will er es nicht wissen oder er weiß es und lässt die Patienten mit Absicht auflaufen, nur um Recht zu behalten.

■ Die Patienten von Heide Lore Hofmann

Hofmann ist Dermatologin. Sie bekam und bekommt nur Borreliosen zu Gesicht, die mit einer Wanderröte einhergehen. Da aber nur die Hälfte aller Infizierten eine Wanderröte ausbildet, bekommt Hofmann auch nur jene Patienten zu Gesicht

und auch nur aus München. Das haben wir dem Autor gesagt. Er unterschlägt diese Information und vermittelt die Auffassung, alle Borreliosen würden sich mit einer Wanderröte zu erkennen geben.



Prof. Dr. Heide Lore Hofmann

■ Die Selbsthilfegruppe

Die Protagonistin Hofmann lässt sich im Schmähton über „die Selbsthilfegruppe“ aus.

Es gibt nicht „die Selbsthilfegruppe“, sondern an die 100 für Borreliose in Deutschland. Aus dem Kontext geht hervor, dass damit die Patientenorganisation Borreliose und FSME Bund Deutschland gemeint sein soll. Das war eine gezielte Irreführung des Zuschauers und eine pauschale Verunglimpfung aller ehrenamtlichen Borreliose-Selbsthilfegruppen in Deutschland. Der Autor kannte den Unterschied und hat ihn nicht richtig dargestellt. Die **Verbreitungshaftung** des Senders gilt auch für Äußerungen von Interviewten.

Der Autor behauptet: „Viele dieser Menschen landen bei Ute Fischer“

Das ist falsch. Bei Ute Fischer gab und gibt es keinen Personalverkehr. Das wusste der Autor. Er war selbst anwesend. Ute Fischer war zum Zeitpunkt der Aufzeichnung Vorsitzende der Patientenorganisation und in der Homepage steht und stand ausdrücklich, dass unter ihrer Telefonnummer keine Beratung erteilt werde. Wenn Menschen bei der Patientenorganisation landen, dann über die Beratungs-Hotline, eine Service-Nummer, an der die Patientenorganisation kein Geld verdient oder weil sie einen Mitgliedsantrag ausfüllen.

■ Unterschlagung des Wissensstatus' von Ute Fischer

Der Autor unterschlägt, dass Ute Fischer Wissenschaftsjournalistin und Autorin mehrerer Bücher über Borreliose ist, zum Zeitpunkt der Filmherstellung Geschäftsführende Vorsitzende der Patientenorganisation. Im Film wird sie dargestellt als „Sprachrohr“ und „kämpferische Frau“. Damit wird sie – im Vergleich zu Hofmann – als nichtwissender Nobody dokumentiert. Zudem diskriminiert der Autor ihre angebliche Unwissenheit mit Kommentaren wie: „behauptet sie...glaubt sie ...sagt Ute Fischer“.

■ Die DBG unterhalte mehrere solcher Zentren in Deutschland

Das ist falsch. Die DBG unterhält keinerlei Zentren in Deutschland. Die Deutsche Borreliose Gesellschaft (DBG) besteht aus Mitgliedern, überwiegend niedergelassene und Privatärzte, die in ihren Praxen mehr Borreliose-Patienten zu Gesicht bekommen als Hofmann und Rauer zusammen. Das Borreliose Centrum Augsburg (BCA) als Zentrum der DBG darzustellen, ist falsch. Dr. Nicolaus ist ganz normales Mitglied der DBG und nicht im Vorstand involviert.

■ Einseitige Auswahl der Interviewpartner

Der Autor wurde von der BFBD-Vorsitzenden mit einer reichhaltigen Koordinaten-Liste von Pro- und Contra-Interview-Partnern aus Medizin, Politik und Selbsthilfe ausgestattet. Im Film werden jedoch nur zwei Ärzte interviewt, die das Fazit des Autors unterstützen. Das Interview mit Dr. Nicolaus wurde so gekürzt, dass nur ein kleiner winziger naturheilkundlicher Aspekt seiner schulmedizinischen Behandlung dokumentiert ist. Das Wissen und die

Erfahrung von andersdenkenden Ärzten wie Dr. Berghoff und anderen wurde im ARTE-Format unterschlagen, in einem SWR-Verschnitt am 10.6.2012 so gekürzt, dass Berghoff als Scharlatan dargestellt wird, der Patienten falsch behandelt.

Filmische Aufzeichnungen von Dialogen zwischen Dr. Kurt Müller, Vorsitzender der DBG und Hofmann sowie zwischen Fischer und Hofmann, die dem Zuschauer die kontäre aber trotzdem sachliche Argumentation über Borreliose hätten dokumentieren könnten, wurden unterschlagen.

■ **Der Patientenbeauftragte der Bundesregierung**

Auf der Homepage der Bundesregierung hinterließ der Patientenbeauftragte der Bundesregierung, dass er Borreliose für eine der am meisten unterschätzen und verharmlosten Krankheiten halte und dass man die Borreliose-Selbsthilfe ernst nehmen müsse. Auch das hat der Autor nicht zur Kenntnis genommen, sondern dokumentiert unter Zuspruch von Hofmann, dass die Selbsthilfe Patienten Krankheiten einredet, die sie gar nicht hätten.

■ **60.000 bis 100.000 Borreliose-Infektionen jährlich**

Diese Zahlen vom Robert Koch Institut sind seit Jahren widerlegt. Auch das haben wir dem Autor dokumentiert. Auf der Basis der Diagnose-Abrechnungen der Gesetzlichen Krankenkassen kam die Hochrechnung der Infektionen in 2009 auf knapp 800.000.

Der Druck dieser Hochrechnung als Poster, dargestellt nach Bundesländern, wurde vom Bundesgesundheitsministerium finanziell „mit Fördersiegel“ unterstützt. Selbst die neusten Zahlen der DAK, die auf 214.000 Infektionen kommt, ignoriert der Autor. Am 19.04.2012 berichtete die Ärztezeitung von einer jährlichen Neu-Erkrankungsrate

zwischen 60.000 und 750.000. Auch hier verharmlost der Autor eine Bedrohung der Bevölkerung, um seinem Protagonisten Rauer zur Seite zu springen.

■ **„Kleine Gruppe von Borreliose-Aktivisten und Ärzte“**

1400 Mitglieder in der deutschen Patientenorganisation, rund 100 Borreliose-Selbsthilfegruppen und mehr als 300 Mitglieder in der Deutschen Borreliose-Gesellschaft sind keine „kleine Gruppe“. Die mit uns kooperierende niederländische Patientenorganisation umfasst mehr als 3.000 Mitglieder. Das sind keine kleinen Gruppen. Das ist Diskriminierung. Die deutsche Patientenorganisation wird von allen Gesetzlichen Krankenkassen gewertschätzt und finanziell bei ihrer Arbeit unterstützt.

■ **Meldepflicht Borreliose**

Der Autor unterschlägt, dass es „der kleinen Gruppe von Borreliose-Aktivisten“ gelungen ist, die Bundesländer Rheinland-Pfalz, Saarland und Bayern zu überzeugen, dass eine Meldepflicht für Borreliose sinnvoll sei und dass auf der gleichen Grundlage auch Baden-Württembergs Sozialausschuss über alle Fraktionen hinweg für die Einführung einer Meldepflicht gestimmt hat.

■ **Was sind normale Leitlinien?**

Mit dieser Umschreibung diskriminiert der Autor die Leitlinien der Deutschen Borreliose-Gesellschaft. Er unterschlägt, dass an den Leitlinien der DBG fünf Mal mehr Experten mitgewirkt haben als bei den angeblich „normalen“ Leitlinien der AWMF. Der Autor unterschlägt weiter, dass sich die AWMF (Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich-Medizinischer Fachgesellschaften) bereits 2010 schriftlich geäußert hat, dass sie die „normalen“ Leitlinien als problematisch einschätzt und man die Autoren aufgefordert habe, die Pati-

enten bei der Überarbeitung miteinzubeziehen, was diese ignorierten. Dieses Schreiben besaß der Autor.

Die DBG-Experten haben tagtäglich Kontakt zu Borreliose-Patienten, was bei den AWMF-Experten nicht der Fall ist. Etliche wie Fingerle haben überhaupt keinen Patientenkontakt. Der Autor unterschlägt, dass Borreliose bei Ärzten der DBG wesentlich häufiger in deren Praxis diagnostiziert und behandelt wird als an den Unikliniken München und Freiburg, wo lediglich Fälle von Hauterscheinungen oder der angeblich seltenen Neuroborreliose vorkommen.

■ **Unterschied zwischen Neuroborreliose und Lyme-Borreliose**

Der Autor hätte den Neurologen Rauer mal fragen sollen, wie viele Borreliosen er pro Jahr zu Gesicht bekommt? Rauer sieht ausschließlich Neuroborreliosen, die ja nur eine seltene von vielen unterschiedlichen Folgen der Lyme-Borreliose seien. Auch diesen Unterschied unterschlägt der Autor. Rauer ist ein Spezialist für Neuroborreliose aber nicht für Lyme-Borreliose.

■ **Borrelianer**

Der Autor behauptet „Sie nennen sich Borrelianer“. Er betont das so, als würden sich alle Borreliose-Patienten oder zumindest die Mitglieder der Borreliose und FSME Bundes so bezeichnen. Das ist falsch. Diese Bezeichnung wurde von Einzelnen im anonymen Forum benutzt. Daraus lässt sich kein Gattungsbegriff ableiten. Außerdem: Wenn sich Bewunderer von Helmut Kohl als „Kohlianer“ bezeichnen, hat das keinen negativen Beigeschmack, wie es der Autor vermittelte.

■ **Die DBG sei im Internet sehr präsent**

Das ist falsch. Die DBG hat eine Homepage, mehr nicht. Das ist nor-

mal. Die Patientenorganisation BFBD ist wesentlich präsenter mit ihrer Homepage und ihrem Forum. Zudem gibt es zig Foren und Portale von einzelnen Patienten. Das alles hat mit der DBG nichts zu tun. Hier streut der Autor bewusst eine Falschinformation.

■ Bar-Honorare an Patienten, die sich filmen ließen?

Woher kommen die 500-Euro-Scheine, von denen der Autor vor Ort zumindest eine Dame für ihre Mitwirkung bezahlte? Sie hatte weder Text, noch war sie zum Drehort extra angereist. Sie war einfach anwesend als Patientin und ließ es zu, sich mit

einem Therapie-Gerät filmen zu lassen. Die SWR-Pressestelle verneinte eine Üblichkeit für derartige Summen und auch noch in bar. Wer log hier?

■ Anonyme Patientin, deren Text auch noch nachgesprochen werden muss

Der Autor unterschlägt die unzähligen Patienten, die nach der Behandlung im BCA gesund geworden seien. Er hatte positive Beispiel genannt bekommen. Aber es war ihm nur daran gelegen, Negativ-Beispiel zu zeigen oder wie am Beispiel einer anonymen Patientin (von Hinten,

nachgesprochener Text) selbst zu produzieren.

Wir danken verschiedenen Fachleuten aus Film, Wirtschaft und Politik, die uns bei der Einschätzung dieses Machwerks auch nach filmisch-formalen sowie journalistisch-fachlichen Einwänden geholfen haben. Interessierte erhalten die komplette Analyse per E-Mail oder gegen mit 55 Cent frankierten Briefumschlag. Das Gesamturteil ist entwürdigend für ein Werk im öffentlich-rechtlichen Fernsehen, das von Zuschauern finanziert wird. Damit sollte das Thema erledigt sein. UFi

Gute TV-Berichterstattung

HR „Alles Wissen“ 25.04.2012

Gute Darstellung über Borreliose-Beschwerden und die Studie des Zecken-Gels.

Das Gel war zwar eine Nasensalbe, diente aber zur Demonstration, wie Borrelien prophylaktisch schon in der Haut eliminiert werden sollen.

Autorin: Juliane Hipp



HR-Team mit Juliane Hipp



Autorin Barbara Ostermann mit Michael Scheffler

WDR Servicezeit 22.06. und 16.07.2012

„Der Streit der Ärzte um die Behandlungsmethoden“

Autorin: Barbara Ostermann

WDR Westpol 03.06.2012

„Warum Meldepflicht einen Sinn macht“

Autor: Stefan Servatius

Borreliose-Aufklärung im Wartezimmer

Die 2008 erstmals aufgelegte Broschüre „Zecken-Borreliose“, die Ärzte kostenlos für ihr Wartezimmer ordern können, erschien nun in dritter Auflage. **Sponsor Barmer**

GEK hatte die Druckkosten übernommen, wofür wir sehr dankbar sind. Der Verlag Crossmed, der bisher nur an Arztpraxen lieferte, bedient nun auch Selbsthilfegruppen,

die bereit sind, die attraktiven A5-Broschüren in Arztpraxen zu tragen.

Sie sind bestellbar unter www.patienten-bibliothek.de



Vernetzungen

Von Ute Fischer

Auch im Kopf des Selbsthilfebüros im Paritätischen Darmstadt steckt eine Schere, die ausschneidet, was nicht ins Konzept der Akteure passt. Da wurden zum Beispiel die Selbsthilfegruppen aufgerufen, einen Text zum Thema Vernetzungen zu schreiben.

Vernetzung gut und schön; das ist ja der Sinn einer Selbsthilfeorganisa-

tion, also sozusagen ein Weißer Schimmel. Dass es aber auch im Bereich der Selbsthilfe Beispiele gibt, wo Vernetzung geradezu abgelehnt wird, das will keiner wahrhaben. Darüber darf nichts gedruckt stehen.

Bei der Borreliose läuft einiges anders als bei anderen Krankheiten. Die Ärzte legen keinen Wert auf Weiterempfehlung, eher auf das Gegenteil: „Nehmen Sie mich bitte von Ihrer Liste.“

Und ähnlich läuft es auch mit Selbsthilfeorganisationen, deren Mitglieder so ähnliche oder nahezu identische Beschwerden beklagen, wie Borreliose-Patienten. Gemeint sind Symptome wie bei Rheuma, Multiple Sklerose, Fibromyalgie, Fatigue und Depression. Schon vor Jahren versuchte der BFBd Kontakt zu diesen Bundesorganisationen aufzunehmen und erntete nur Abfuhr. Kontakt war nicht erwünscht. Nicht einmal die Mitgliederstärke wollte man uns sagen.

Und ähnlich verlief es auch in den Anfängen der Selbsthilfegruppe Darmstadt-Dieburg. Alle Versuche, mit beschwerde-ähnlichen Gruppen ins Gespräch zu kommen, wurden barsch abgelehnt, schriftliche Anfragen gleich gar nicht beantwortet. Dahinter kann nur die Angst stecken, man wolle ihnen Mitglieder wegnehmen. Gleiches passiert auch auf Selbsthilfetagen, wo die Akteure recht dicht beieinander sind. Es ist kaum ein offenes Gespräch möglich, wie man zusammenarbeiten könnte. Noch eher kommt dann ein heimlicher Anruf einer Gruppenleiterin, die sich „persönlich“ über Borreliose informieren möchte. Traurig. Auch in der Selbsthilfe dominiert Wettbewerb. Es geht nicht immer darum, dass den Menschen geholfen wird. Wertvolle Symbiosen scheitern an Gruppenpolitik. Enttäuschend, dass sich der Paritätische dabei heraushält. ■



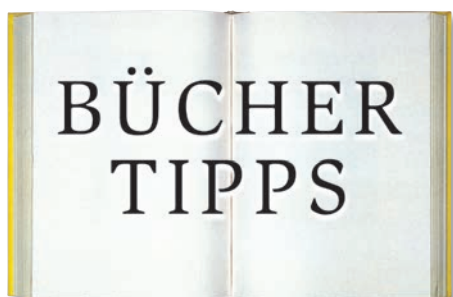
Virtuelles Streicheln

Viele Kranke suchen nur noch virtuellen Kontakt, lautete das Fazit einer Tagung der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen.

So geht es vielen der rund 75.000 Selbsthilfegruppen in Deutschland. Früher suchte man persönlichen Kontakt. Das Internet macht es möglich, dass man die langen Nächte ohne Schlaf und mit Schmerzen vor dem Monitor verbringt und sich mit Gleichbetroffenen anonym aus-

tauscht. Gerade für Neuerkrankte sei es ein großer Vorteil, dass sie sich in Foren in das Krankheitsbild einlesen können, ohne dass sie sich zu erkennen geben müssen. Sie müssen Vertrauen fassen, bevor sie Fragen stellen und mitdiskutieren. Das gilt besonders für sensible Themen. Meist bleibe es bei Internetkontakten, so Enzia Selka von der Selbsthilfeorganisation Vulvakarzinom. „Zu unseren Jahrestreffen kommen nur 50 der insgesamt 700 registrierten Frauen“. Ähnlich erging und ergeht es auch

dem BFBd. Die Zahl der regelmäßigen Forumsuser bei Mitgliederversammlungen könnte mit 10 schon zu hoch gegriffen sein. Von den über 17.000 registrierten Besuchern ist nur ein winziger Bruchteil Mitglied in der Patientenorganisation. Den regelmäßigen Forumsusern scheint es zu genügen, sich am Bildschirm austauschen und nur virtuell in den Arm genommen zu werden. ■



Wütender Mediziner

Millionenfache Fehlbehandlungen, aus Versehen und auch systematisch:

Das ist der Vorwurf, den der Autor, ein niedergelassener Allgemeinarzt aus Heidelberg, auch schon im Fernsehen der Ärzteschaft machte. Er prangert Gier und Geiz in den verschiedenen Stellen des Medizinbetriebs an, falsche finanzielle Anreize, Selbstüberschätzung der Ärzte und ein Wissenschaftssystem, das Irrtümer zementiert. Untertitel: Ein Wutbuch.



Schlechte Medizin

Gunter Frank
Verlag Knaus, München
285 Seiten, 16,99 €
ISBN 978-3-8135-0473-6

Statt Geburtstagsgeschenken an den BFB denken.

Natürlich mit Spendenquittung. Wir reden niemandem nach dem Mund. Deshalb sind wir auf freiwillige Spenden angewiesen. Einfach und sicher: Online spenden in unserer Homepage. Natürlich mit Spendenquittung.

Wir haben viele sinnvolle Projekte, die sich mit Spenden schneller umsetzen lassen.

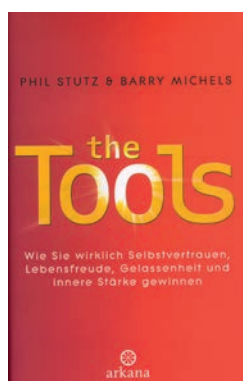
Werden Sie Mitglied.

Wir kämpfen auch für Sie.

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

Werkzeuge für innere Stärke

Die amerikanischen Psychiater und Psychotherapeuten packten sieben Werkzeuge für Erschöpfte, Wütende und Hilflose in ein Buch, die einem denkenden Menschen nicht fremd sind: Die Umpolung des Verlangens. Aktive Liebe. Innere Autorität. Das dankbare Herz. Leben und Tod. Der Glaube an höhere Kräfte. Die Vision einer neuen Welt. Diese „Tools“ stärken Willen, Selbstdisziplin, Überzeugungskraft und die Liebe zu sich selbst. Keine einfache Kost, aber frei nach Benjamin Franklin: „Was uns



schmerzt, lehrt uns“.

The Tools

Phil Stutz/ Barry Michels
Verlag Arkana, München
285 Seiten, 17,99 €
ISBN 978-3-442-34113-9

Bestmöglicher Körper

Die biologische Uhr lässt sich zurückstellen, behauptet der Autor, Facharzt und Spezialist für Prävention und Rehabilitation internistischer Erkrankungen. Der Lebensstil entscheidet über die Prognose unseres Wohlergehens bei Gesundheit und erst recht bei Krankheit. Eine erfrischende Anleitung, wie man dem Körper die bestmögliche Kondition verleiht, um von Krankheit zu genesen und die Selbstheilungskräfte nicht zu blockieren. Auch ohne Fahrrad.



Zellen fahren gerne Fahrrad

Martin Halle
Verlag Mosaik, München
205 Seiten,
19,99 €
ISBN 978-3-442-39225-4

Hier irrt die Wissenschaft

Die heutige Wissenschaft lässt keinen Meinungspluralismus zu. Das versperrt den Weg zu neuen Erkenntnissen. Der Autor beweist mit diesem Buch, dass das materialistische Weltbild nicht mehr haltbar ist, dass wenigstens zehn Dogmen der Wissenschaft längst überholt sind. Auch in der Medizin. Auch bei Infektionskrankheiten. Vom gleichen Bestseller-Autor: Das „Gedächtnis der Natur“ und „Der siebte Sinn der Tiere“. Aufregend. Spannend.



Der Wissenschaftswahn

Rupert Sheldrake
Verlag O.W. Barth, München
490 Seiten, 24,99 €
ISBN 978-3-426-29210-5

Kristinas Achterbahnfahrt

Ein ganz normales Mädchenschicksal endet fast über Nacht in der geschlossenen Kinderpsychiatrie. Selbstmörderische Zeiten brechen an mit Magersucht, Selbstverletzungen, Panikattacken und der Prognose, dauerhaft zur Pflege in einem Heim betreut werden zu müssen. Die Eltern versuchen, diese Achterbahnfahrt zwischen Leben und Tod auszubremsen. Als die Diagnose Borreliose endlich ernst genommen wird, kehrt Kristina ins Leben zurück. Sie schließt die Realschule mit Notendurchschnitt 1,3 ab und macht den Autoführerschein. Ihre Mutter hat alles

aufgeschrieben. Klage läuft.



Götter in Weiß

Anne Köppner
Wagner-Verlag Gelnhausen
390 Seiten, 18,90 €
ISBN 978-3-86279-319-8

Mitgliederversammlung 2013 und Vorstands-Neuwahl

Von Manfred Wolff

Die Wahl des neuen Vorstands im März 2012 stand unter keinem glücklichen Stern und muss, wie den Mitgliedern bekannt gegeben wurde, am 24. Februar 2013 erneut erfolgen.

Dazu ergeht gesonderte Einladung. Der jetzige Vorstand lädt schon jetzt mögliche Kandidaten ein, sich bis spätestens 30. Dezember 2012 (siehe Satzung § 14) zu melden, damit deren Bewerbungen in Wort und Bild mit der Einladung verschickt werden können. BFBD-Geschäftsstelle, Postfach 4150, 64351 Reinheim.

Vorstandsarbeit ist kein reines Repräsentationsamt, sondern beinhaltet Aufgaben und Projektbetreuung je nach Talent, Fähigkeit und Zeitvolumen. Als Lohn winken Anerkennung, Stolz und das gute Gefühl, auch einen Beitrag bei der Bewältigung der Lyme-Borreliose in Deutschland und Europa geleistet zu haben. Die vakanten Aufgabengebiete sind Verhandlungssache, sollen aber möglichst Lücken im Portfolio füllen, um unseren Vereinszweck, unsere Projekte, unser Ansehen zu

fördern, zum Beispiel

- Betreuung des Berater-Ticket-Systems
- Prävention für Kinder
- Prävention für Jugendliche
- Organisation der Leitlinien-Verbreitung
- Recherche von Gesprächspartnern in Politik und Ärztlicher Selbstverwaltung
- Wahrnehmung Politischer Termine
- Organisation von Veranstaltungen wie Aktivenrat und/oder Beraterseminar
- Organisation von Borreliose-Tagen wie Weiden (2011) und Regensburg (2012)
- Kontaktpflege zu den europäischen Partner-Organisationen

Aufwendungen und Reisekosten werden nach der Beitrags- und Kostenordnung erstattet. Besonders zeitintensive projektgebundene Aufgaben, die nicht zum Vorstandsamt gehören, können mit einer Pauschale honoriert werden.

Die wichtigsten Voraussetzungen

als Vorstandsmitglied sind Gestaltungswille, Toleranz und Respekt im Umgang mit den Vorstandsmitgliedern, Beiräten und Mitgliedern. Der Vorstand trifft sich in der Regel drei Mal im Jahr, meist in Verbindung mit Mitgliederversammlungen. Die regelmäßige Kommunikation läuft über Telefonkonferenzen.

Was auf alle Fälle für ein Vorstands- oder Beiratsamt wichtig ist, sind Durchhaltevermögen, Konfliktfähigkeit, Kompromissbereitschaft, der Wille zum Lernen und zu demokratischer Teamarbeit. Kurse und Seminare zum Erlernen und Verbessern von Fähigkeiten, die der Vorstandsarbeit dienen, werden vom Verein finanziert.

■ So sieht der derzeitige Vorstand aus:

Manfred Wolff, Vorsitzender seit März 2012, für den BFBD-Vorstand als Vorstandsmitglied tätig seit 2009 und vorrangig zuständig für die Gesundheitspolitik. Unter seinem



Manfred Wolff



Ute Fischer



Albert Bensing

Engagement gelang die Meldepflicht für Borreliose in Rheinland-Pfalz, dem Saarland und in Bayern zu initiieren. Er ist zudem Leiter der SHG Hassfurt. E-Mail: manfred.wolff@borreliose-bund.de

Ute Fischer, Stellvertretende Vorsitzende, auf dem Weg der Selbstergänzung des Vorstands berufen am 20. Juli 2012. Bis 25.03.2012 Vorsitzende, davor Stellvertretende Vorsitzende und Geschäftsführerin von 2005 an bis März 2012. E-Mail: info@borreliose-bund.de

Albert Bensing, Schatzmeister ohne Unterbrechung unter drei verschiedenen Vorsitzenden und noch mehr wechselnden Vorstandsgr-

mien seit 2007, davor Kassenprüfer. E-Mail: finanzen@borreliose-bund.de

Laut Satzung §13 besteht der Vorstand aus dem oder der Vorsitzenden, der Stellvertreterin bzw. dem Stellvertreter, der Schatzmeisterin bzw. dem Schatzmeister (vertretungsberechtigter Vorstand laut § 26 BGB) und bis zu vier weiteren Vorstandsmitgliedern, die ebenfalls ein oder mehrere Aufgabengebiete übernehmen.

■ Arbeitskreise und Beiräte

Wollten Sie sich nicht schon öfter einbringen? Wir brauchen viele Hände und Köpfe.

Wir brauchen Vordenker und Mitdenker, Controller und Moderatoren, Mediatoren und Visionäre. Dazu muss man sich nicht in den Vorstand wählen lassen.

Der Vorstand ist jedoch ermächtigt, sich selbst seine Berater berufen zu dürfen. Auch ihnen gewährt die von der Mitgliederversammlung beschlossene Beitrags- und Kostenordnung die Erstattung ihrer Auslagen.

Anfragen und Angebote richten Sie bitte an die einzelnen Vorstandsmitglieder oder an die Geschäftsstelle. ■

Das Borrelioseforum ist dicht

2008 wurde das Forum als „virtuelle Selbsthilfegruppe“ für den Service Innovation Award nominiert. Noch im Juli 2012 rühmte es sich seiner über 17.000 registrierten Besuchern und über 270.000 Diskussionsbeiträge (siehe Borreliose Wissen Basis, August 2012). Dann löste die Warnung des Providers Anfang August 2012 große Beunruhigung für die Sicherstellung der Forumsdaten aus. Daraus entwickelte sich Hysterie und eine Welle von unberechtigten Schuldzuweisungen. Als schließlich auch noch kriminelle Machenschaften erkennbar waren, unbekannte Eindringlinge, die versuchten, Forumsinhalte zu beeinflussen und

zu löschen, war diese Lawine nur noch durch Schließung des Forums zu bremsen.

Es gab mehrere Hacker-Angriffe auf die Rechner des Vorsitzenden. Identifiziert wurden Angriffe aus dem Ausland, aus USA, aus China, aber auch unerklärlich aus scheinbar eigenen Reihen. Profil-Löschungen wurden dem Vorstand unterstellt, die sich in der Dokumentation dann als selbst-gelöscht identifizierten. Um den Vorstand zu beschuldigen? Um Ärger zu erzeugen? SPAM-Mails überschwemmten die Rechner der BFBD-Vorstandsmitglieder und einzelner Forumsmitglieder.

Bei Redaktionsschluss wurde –

gegen anonymem Widerstand – versucht, die Inhalte zu sichern. Weder der langjährige zurück getretene Internetbeauftragte noch die Administratorin waren bereit, das Forum als vom BFBD losgelöste Institution weiter zu betreiben. Viele Forums-User drückten ihre Enttäuschung, Trauer und auch Wut gegenüber dem Vorstand aus. Trotzdem: Eine für viele Ratsuchende wichtige Institution war in ihrer Größe und Komplexität unbeherrschbar geworden und wurde deshalb abgeschaltet. Dazu muss man wissen, dass nur ein Bruchteil der User Mitglied im BFBD waren, der BFBD aber das Forum finanzierte. ■

Geld macht nicht glücklich, aber es hilft, Ratsuchenden einen guten Weg zu weisen. Bitte spenden Sie oder werden Sie Mitglied.

Borreliose + FSME Bund
Deutschland e.V.
Kto-Nr. 1275 123 345
Hamburger Sparkasse ·
BLZ 200 505 50

Gemeinnützigkeit neu geprüft

Alle fünf Jahre prüft das Finanzamt die Freistellung unseres Vereins von der Körperschaftssteuer und Gewerbesteuer und bestätigt damit unsere ausschließliche und steuerbegünstigte Gemeinnützigkeit. Dies erfolgte unter dem Datum vom 05.09.2012.

Dieser Bescheid erlaubt weiterhin die Ausstellung von Zuwendungsbestätigungen von Zuwendungen über 200 Euro. Für Spenden darunter genügt den Finanzämtern der jeweilige Bankauszug. ■

**Borreliose und
FSME Selbsthilfe**

Beratung · Kontakter · Selbsthilfegruppen

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

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

Beratung durch den

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

Patientenorganisation Bundesverband



Berater dieser Hotline werden regelmäßig fortgebildet
Tel. **01805-006935**

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

Montag bis Donnerstag von 10.00 bis 12.30 Uhr

Abendberatung:

Montag und Freitag von 18.00 bis 20.00 Uhr

Samstag von 16.00 bis 18.00 Uhr

Der BFBD verdient kein Geld an dieser Service-Nummer. Der einzige Vorteil besteht darin, dass diese Nummer von Berater zu Berater weitergeschaltet werden kann, ohne Weiterleitungsgebühren zu erzeugen..

Postleitzahl-Gebiet 1

BERLIN

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

BRANDENBURG

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

OBERHAVEL

Harry Kunz
keine telefonische Be-
ratung
E-Mail: Roebli@aol.com
Web: www.borreliose-
oberhavel.de

STRALSUND

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

Postleitzahl-Gebiet 2

AUKRUG

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

BREMEN

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

HAMBURG

Borreliose SHG Hamburg
Kontakt über Borreliose
und FSME Bund Deutsch-
land e.V.

HARBURG

Harburg Stadt und Land
Borreliose SHG
Tel.: 04165 80168
Kontaktstelle
Susanne Dierks
**OLDENBURG/
OSTFRIESLAND**
keine telefonische Be-
ratung
Kontakt über BEKOS
Tel.: 0441 885928

Postleitzahl-Gebiet 3

BAD AROLSEN

SHG Bad Arolsen
Tel. 05691 2164
Irene Voget-Schmiz

BAD MÜNDER / HAMELN

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

DILLENBURG

Tel.: 02771 6186
BSHG Mittelhessen
Irmtraud Hartmann

HALLE / WESTFALEN

Borreliose SHG Halle
Kontakt über Borreliose
und FSME Bund Deutsch-
land e.V.

HANNOVER

Tel.: 0177 7454896
Borreliose SHG Hannover
Michael Eisenberg
E-Mail: MichaelEisen-
berg@borreliose-shg-han-
nover.de
Web: www.borreliose-
shg-hannover.de
Beratung werktags ab
18.00 Uhr

KORBACH

SHG Korbach
Tel. 05691 2164
Irene Voget-Schmiz

OST-WESTFALEN- LIPPE

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

SCHAUMBURG

Tel. 05751 15180
Borreliose SHG Schaum-
burg
Heinrich Fitzke
E-Mail: borreliose-shg-
schaumburg@web.de

SCHLESWIG

über KIBIS
Tel.: 04335 921048
Kathrin Grimm
Tel.: 04354 471
Helga Bach

SCHÖFFENGRUND

Tel.: 06085 9879877
Fax: 06085 989933
Borreliose SHG Mittelhes-
sen
Tanja Ressel
Zum Steumel 30
35641 Schöffengrund
Tel.-Sprechzeiten: Di. - Do.
17.00 - 19.00 Uhr
E-Mail: shgmittelhessen@
aol.com

WOLFENBÜTTEL

Tel.: 0179 3651797
Borreliose SHG Wolfen-
büttel
Kontakttelefon

Postleitzahl-Gebiet 4

BOCHOLT

Info-Tele. 02850 416612
Keine Telefon-Beratung

ESSEN

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

KAARST

Tel.: 02131 514602
Borreliose Beratung
Corry Welker

OSNABRÜCK

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

RHEINE

Borreliose SHG Rheine
Thomas Grothues
keine telefonische Be-
ratung
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

BONN / RHEIN-SIEG

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

DÜREN

Tel.: 02421 941420
Cornelia Kenke

RHEINBERG

Tel. 02207 8481037 (ab
15.09.11)
Borreliose-SHG
Christa Küppers
E-Mail: borreliose.
rheinberg@t-online.de

TRIER

Tel.: 0651 5610517
Borreliose SHG Trier
Dieter Kronz

Postleitzahl-Gebiet 6

DARMSTADT

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

DARMSTADT- DIEBURG

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

EDESHEIM

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

FRANKFURT / MAIN

Tel.: 0173 6532242
Borreliose SHG Frankfurt
/ Main
Stephan Puls
E-Mail: borreliose-shg@
gmx.de

GELNHAUSEN/ SCHLÜCHTERN

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

HEIDELBERG

Kontakt über Borrelio-
se und
FSME Bund

KUSEL

SHG Kusel
Tel. 06383 927505
Petra Bonin
E-Mail: bonin.petra@
gmx.de

RHEIN/NECKAR

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

RODENBACH

Tel.: 06184-932817
Borreliose-Beratung
Heidi Poenicke

WORMS

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

Postleitzahl-Gebiet 7

ALTHÜTTE

Kontakt: Annemarie Chri-
stoph
Tel.: 07183 41201
E-Mail: annemarie.c(at)
web.de
Beratung Montag bis Frei-
tag 12.00 bis 13.00 Uhr

FREIBURG

Borreliose SHG Freiburg
Tel. 07666 949141
Kontakt: Mi. 10.00 - 12.00
Uhr
Herr Helfert

HEILBRONN

Borreliose Selbsthilfe Heil-
bronn
Tel. 0157-86531193
E-Mail: borreliose-heil-
bronn@web.de
Web: www.borreliose-
heilbronn.de/

KARLSRUHE

Tel. 0162 895 1327
Borreliose-Forum
Karl Crocoll

KONSTANZ/Hegau

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

ORTENAU

Borreliose SHG Ortenau
Gisela Nothdurft
E-Mail: borrelioseshg-
ortenau@t-online.de
Marliese Freischlad
E-Mail: freischlad-em@
t-online.de

RADOLFZELL

Tel.: 07731 926003
Fax 07731 926004
78224 Singen
E-Mail: famfendrich@
web.de

REUTLINGEN

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

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

ROTTWEIL-SCHWARZWALD-BAAR

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

TÜBINGEN

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

WINNENDEN

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

Postleitzahl-Gebiet 8**ALLGÄU**

Siehe Kempten

AUGSBURG

Tel.: 0821 9075665
Borreliose Beratung + SHG
Klaus Gesell

BAD SAULGAU

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

FÜSSEN

Tel.: 08862 774538
Borreliose-Beratung
Annette Göbel

HALLERTAU

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

HEIDENHEIM

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

KEMPTEN

Tel.: 0831 9606091
Borreliose SHG Allgäu
E-Mail: borreliose-shg-allgaeu@t-online.de

LINDAU

Tel.: 08382 23490
Dr. phil. Marion Rothärmel

MÜNCHEN

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

ULM

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

Postleitzahl-Gebiet 9**AMBERG**

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

ANSBACH

Tel.: 0911 338213
BSHG Franken
Rosemarie Lange

COBURG

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

EBERN

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

GEROLZHOFFEN

Tel.: 09382-7374
Borreliose SHG Gerolzhofen
Marianne Kraus
Beratung: werktags 19 bis 20 Uhr

HASSFURT

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

HILDBURGHAUSEN

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

KITZINGEN

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

NÜRNBERG

Tel.: 0911 8002554
BSHG Franken
Michaela Deininger

REGENSBURG

siehe Amberg

WEIDEN

Tel.: 09605 3044
Borreliose SHG
Maria Kellermann

Postleitzahl-Gebiet 0**AUE-SCHWARZENBERG**

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

CHEMNITZ

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

DRESDEN

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

LEIPZIG

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

SÄCHSISCHE SCHWEIZ/OSTERZGEBIRGE

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

VOGTLAND + BURGSTÄDT

im Netzwerk Borreliose und FSME und andere
Jürgen Haubold:
Tel.: 03724 855355

VOGTLAND/KLINGENTHAL

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

ZITTAU

Tel.: 03583 704108
VdK-Selbsthilfegruppe
Borreliose
Gudrun Strehle

Borreliose-SHG im Entstehen:

Bad Muskau, Gaggenau, Möckmühl, Norden, Oberhausen, Passau, Rudolstadt, Satteldorf, Schwerin, Würzburg. Kontakte vermittelt die BFBD-Geschäftsstelle.

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

BERLIN
Tel.: 030 7065715 + Fax
Hanna Priedemuth
E-Mail: post@borreliose-berlin.de
www.borreliose-berlin.de

HOCHSAUERLAND
Tel.: 02971 86050
Monika Schulte

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

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

WARBURG
Tel.: 05641 1012
Edeltraud Andree

ERFURT
Tel.: 0361 21674793
Michelle Otto
E-Mail: borreliose-erfurt@gmx.de

PADERBORN
Tel.: 05292 931080
Gabriele Hargersheimer

Weitere Borreliose-SHG in:
Bad Wildbad, Königslutter, Kassel, Eschwege, Jagsttal, Bautzen, Zwickau, Seesen, Haldesleben.

GÖTTINGEN
Tel.: 0551 62419
Marlies Pfütze

RAVENSBURG
Tel.: 07546 917972
Hanne Leonhardt

Kooperierende Beratungsstellen im Ausland:**DÄNEMARK**

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

**FINNLAND**

Suomen Lyme Borreliosisi
Web: borreliosisi.net

**FRANKREICH**

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

**GROSSBRITANNIEN**

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

**NIEDERLANDE**

Nederlandse Vereniging voor Lymeapatienten
Voor algemene informatie:
Tel.: 0900 2100022
Web: www.lymevereniging.nl

**POLEN**

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

**SCHWEDEN**

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

**SCHWEIZ**

Borreliose-Forum
Web: www.borreliose.ch

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

**SLOWAKEI**

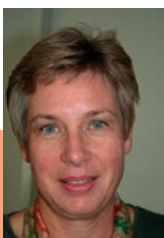
Ambulanz für Lyme-Borreliose
Web: www.borelioza.sk

**SLOWENIEN**

Društvo Bolnikov Z
Borelioza
Web: www.borelioza.si

**TSCHIECHIEN**

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



Corry Welker, SHG Kaarst, begleitet und berät Selbsthilfegruppen
Tel. 02131 514602

Sie wissen unsere Arbeit zu schätzen?

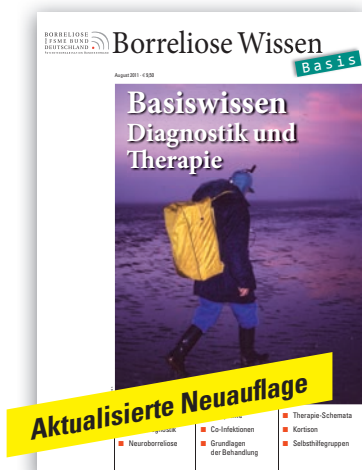
Helfen Sie uns mit einer Spende, damit unsere Aktivitäten nicht an Geld scheitern.

Sie können auch online spenden:

www.borreliose-bund.de

Natürlich mit Spendenquittung.

Aktuelle Magazine des BFBD



Borreliose Wissen **Basis** 2012 Diagnostik und Therapie

Aus dem Inhalt:

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

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



Borreliose Wissen **aktuell** Nr. 19 **Schwerpunktthema:** **Chronische Borreliose**

Aus dem Inhalt:

- Schwermetalle
- Ko-Infektionen
- Borreliose am Auge
- Orthopädische Abklärung
- Therapie
- Therapeutische Apherese
- Minocyclin + Quensyl

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



Borreliose Wissen **aktuell** Nr. 20 **Schwerpunktthemen:** **Kinder mit Borreliose, Borreliose und Demenz**

Aus dem Inhalt:

- Auge ■ Zähne
- Eine Kinderärztin berichtet
- Schwanger. Stillend.
- Alzheimer-Verdacht
- 99 Prozent Fehldiagnosen
- Virale Ko-Infektionen
- Warnung vor MMS
- Demenz-Störbilder



Borreliose Wissen **aktuell** Nr. 21 **Schwerpunktthema:** **Borreliose und Psyche**

Aus dem Inhalt:

- Schwermetalle
- Labor für Kassenpatienten
- Immun-Blockaden im Kiefer
- Neuropsychologische Aspekte
- Psychiatrische Symptome
- Organ-, Blutspende
- Prävention im Garten

Jetzt schon bestellen:

Borreliose Wissen Nr. 27 **aktuell**
Schwerpunktthema: Haut
(April 2013)

Chacco-Blue starb an Borreliose

Die Reiterwelt war geschockt. Paul Schockemöhles 14 Jahre alter Mecklenburger Hengst Chacco-Blue von Chambertin, von Züchtern geschätzt und sportlich mit Andreas Kreuzer

auf dem Weg zum Zenit seiner Karriere, starb völlig überraschend an Borreliose. Das brachte die Obduktion zu Tage. Angeblich sei die Infektion schon seit Beginn des Jahres bekannt

gewesen. Man sei der Meinung gewesen, die Krankheit im Griff zu haben.

Quelle: St. Georg.



Borreliose Wissen **aktuell**

Nr. 22

Schwerpunkthemen: Alternativen, Strohhalme, Experimente

Aus dem Inhalt:

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



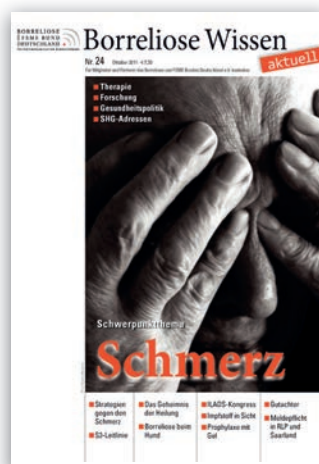
Borreliose Wissen **aktuell**

Nr. 23

Schwerpunkthema: Fehldiagnosen

Aus dem Inhalt:

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



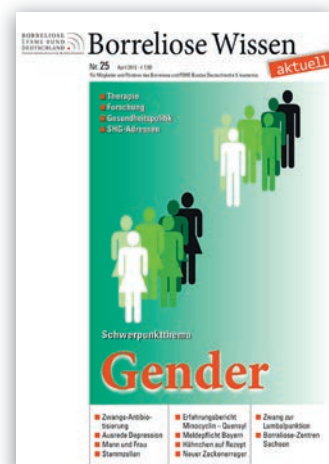
Borreliose Wissen **aktuell**

Nr. 24

Schwerpunkthema: Schmerz

Aus dem Inhalt:

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



Borreliose Wissen **aktuell**

Nr. 25

Schwerpunkthema: Gender

Aus dem Inhalt:

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

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

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

LITERATUR-BESTELLCOUPON

Stück	Stück	Stück	Stück	Stück	Stück	Stück	Stück	Stück
Borreliose Wissen Basis Diagnostik + Therapie 9,50 €* je Stück	Borreliose Wissen Nr. 19 Schwerpunkthema: Chronische Borreliose 8,50 €* je Stück	Borreliose Wissen Nr. 20 Schwerpunkthemen: Demenz, Kinder, Schwangere 7,50 €* je Stück	Borreliose Wissen Nr. 21 Schwerpunkthema: Borreliose und die Psyche 7,50 €* je Stück	Borreliose Wissen Nr. 22 Schwerpunkthema: Alternativ-, Komplementär-, Integrativmedizin 7,50 €* je Stück	Borreliose Wissen Nr. 23 Schwerpunkthema: Differenzial- und Fehldiagnosen 7,50 €* je Stück	Borreliose Wissen Nr. 24 Schwerpunkthema: Schmerz 7,50 €* je Stück	Borreliose Wissen Nr. 25 Schwerpunkthema: Gender 7,50 €* je Stück	Borreliose Wissen Nr. 26 Schwerpunkthema: Depression 7,50 €* je Stück

*zuzüglich 2 € Versandkosten – Lieferung per Post mit Rechnung

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

Ich bestelle Literatur (Mitgliedsantrag umseitig)

Vorname

Name

Straße

PLZ/Ort

Datum

Unterschrift

Mit Borreliose auf Tour de France

Pierrick Fédrigo, französischer Radrennfahrer, frohlockte auf seinem Etappensieg am 16. Juli in den Pyrenäen. Noch zwei Jahre vorher hatte er sich der 34-Jährige als Jäger in den Wäldern nördlich von Pau mit Borrelien infiziert. Wie er Reportern erzählte, sei Lyme-Borreliose nach seiner Meinung eine ziemlich unbekannte Krankheit in Frankreich. (...was die frisch gegründete franzö-

sische Patientenorganisation „Lyme ohne Grenzen“ sicher nicht bestätigen wird.) Erst ein Jahr später hätten Bluttests den Grund für seine Beschwerden und damit die Diagnose ergeben. Es habe lange Zeit gedauert, bis er sich wieder erholte und mit dem Training beginnen konnte. Mit einem Etappensieg habe er aber nicht gerechnet. ■

BORRELIOSE UND FSME BUND DEUTSCHLAND E.V.

■ Aktivenrat 2012

10./11. November
Bad Soden-Salmünster
Siehe Mitglieder-Rundschreiben vom 14. August 2012.

■ Berater-Seminar 2012

11./12. November
Bad Soden-Salmünster
Es ergeht gesonderte Einladung

■ Mitglieder-Versammlung 2013

23./24. Februar
Bad Soden-Salmünster
Es ergeht gesonderte Einladung

DEUTSCHE BORRELIOSE GESELLSCHAFT E.V.

■ Herbsttagung 2012

13./14. Oktober
Wuppertal

■ 10. Jahrestagung 2013

12. bis 14. April
Hamburg

■ 11. Jahrestagung 2014

4. bis 6. April
Jena

TERMINE

Man erkennt sich ohne große Worte

Der kleine Anstecker (7mm hoch), der überhaupt nicht nach Krankheit aussieht, vermittelt unter Borreliose-Patienten und deren Angehörigen und Sympathisanten, dass man mit einem verständnisvollen Gegenüber rechnen

kann. Das ist die Absicht. Und so hat es die Mitgliederversammlung am 13. März 2011 beschlossen. Wir zeigen (geheim) Flagge. Der rote Punkt signalisiert den wunden Punkt in unserem Leben, den „springenden“ Punkt, um über Borreli-

ose zu reden. Borreliose darf nicht totgeschwiegen werden. Interessenten erhalten den Anstecker kostenlos zugeschickt.

Entwurf: Christa Küppers



Foto: FISCHER

Werden Sie Mitglied. Wir kämpfen auch für Sie.

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

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

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

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

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

MITGLIEDSANTRAG

☐ Ich beantrage **Einzel**-Mitgliedschaft im BFBD.
Jahresbeitrag _____ (Mindestbeitrag 48 €)

☐ Ich beantrage **ermäßigte*** Einzel-Mitgliedschaft. *** Bitte Bescheid für Hartz4 oder Rente beilegen.**
Jahresbeitrag _____ (Mindestbeitrag 24 €)

☐ Wir beantragen **Partner**-Mitgliedschaft (Erwachsene mit gleicher Adresse)
Jahresbeitrag je Person _____ (Mindestbeitrag je 30 €)

Borreliose und FSME Bund Deutschland e.V.
Postfach 4150

64351 Reinheim

Vorname(n)

Name(n)

Beruf (Angabe freiwillig)

Geburtsjahrgang

Straße

PLZ/Ort

Telefon

Fax

E-Mail

Konto-Nr.

BLZ

Bank

Datum

Unterschrift

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

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