

Das Beste aus dem „Borreliose-verschwiegene-Epidemie“-Blog in 2013



Warum es wahrscheinlich nie einen Human-Borreliose-Impfstoff geben wird ...

Neue Erkenntnisse über Borrelien könnten zu einer ganz neuen Strategie führen, Infektionen zu reduzieren

Nach einer Studie, veröffentlicht im *Journal der American Society for Microbiology*, reagiert das Immunsystem der Weißfußmaus, einem in den USA weitverbreiteten Wirtstier für *Borrelia burgdorferi*, ganz unterschiedlich auf die verschiedenen Borreliienstämme. Diese Erkenntnis könnte den Forschern helfen, das Immunsystem der Tiere zu optimieren, um eine Borreliose-Infektion zu verhindern. Ein Impfstoff, der diese Mäuse vor Borrelien schützt, könnte die Verbreitung der Infektionskrankheit von der Maus auf den Menschen deutlich einschränken.

“Es gibt keinen Human-Impfstoff und es wird wahrscheinlich auch nie einen geben”, sagt Alan Barbour, führender Autor der Studie. “Wir konzentrieren uns auf die Verringerung des Risikos. Ein Weg ist dabei die Behandlung der Tiere, die diese Krankheit in sich tragen. Die Tollwut ist ein gutes Beispiel, wie man das erreichen kann”, meint Barbour. “Man legt einen Impfstoffköder aus und reduziert damit die Tollwutrate der wildlebenden Tiere, was wiederum die Krankheitsrate bei Haustieren und Menschen signifikant verringert.”

Borreliose verursacht medizinische Kosten im Milliarden-Dollar-Bereich

Mindestens 25.000 Borreliose-Fälle werden jährlich in den USA gemeldet und die geschätzten medizinischen Kosten rangieren im Milliarden-Dollar-Bereich. Doch obwohl diese Infektionskrankheit immer bedeutsamer wird, weiß man wenig über die Evolution und Ökologie des verursachenden Bakteriums.

Barbour und seine Kollegen versuchen zu verstehen, warum es bei wildlebenden Tieren mehr als 15 verschiedene Borreliienstämme gibt. Am häufigsten findet sich bei der Weißfußmaus *Borrelia burgdorferi*, doch anders als bei Menschen und Labormäusen erkrankt die Weißfußmaus nicht. Die Borrelien teilen und vermehren sich in der Maus und wenn eine Zecke die Maus sticht, saugt sie die Bakterien mit ihrer Blutmahlzeit ein.

Von Mäusen und Menschen ...

Im Labor (Universität Kalifornien, Irvine) setzten die Wissenschaftler Weißfußmäuse verschiedenen Borreliienstämmen aus und verfolgten die Infektionsentwicklung. Alle *Bb*-Stämme infizierten die Mäuse, doch einige der Stämme entwickelten sich in verschiedenem Mausgewebe sehr dicht, während andere Stämme das nicht taten.

Barbour führt dies auf das Mäuse-Immunsystem zurück. Je stärker die Immunreaktion der Maus ausfalle, desto weniger Bakterien fände man im Mäusegewebe und vice versa. Die Stämme, die in großer Dichte wachsen, sind die Stämme, die am häufigsten in der Natur anzutreffen sind. Als die Wissenschaftler die Immunreaktionen intensiver untersuchten, stellten sie fest, dass die Mäuse ganz unterschiedlich auf die verschiedenen Borrelienproteine reagierten, das wiederum könnte auch eine Erklärung für die unterschiedlichen Borrelienstämme in der Natur sein, meinen die Autoren.

Wenn man mehr über die Reaktionen der Weißfußmaus auf die verschiedenen Borrelienstämme und immungenetischen Proteine weiß, würde das den Impfstoffentwicklern helfen, die am besten geeigneten Proteine für einen Impfstoff auszusuchen. Der beste Kandidat für einen Mäuse-Impfstoff wird etwas sein, was in allen Borrelienstämmen enthalten ist, erklärt Barbour.

Borreliose-Mäuse-Impfstoff, aber keinen für Menschen

Wenn es erstmal einen Mäuse-Impfstoff gibt, muss er an immunisierten Mäusen mit ausgewählten Borrelienstämmen getestet werden. Barbour: "Wenn wir fünf finden, die repräsentativ sind, wäre das ein Vorteil."

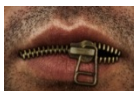
Die Studie, so Barbour, werde die Grundlage für weitere Studien zum Verständnis der Infektion bei Mäusen bilden, während wir einen Impfstoff entwickeln.

Recherchiert und übersetzt von B. Jürschik-Busbach ©

Alle Artikel dieses Blogs können gerne zu nicht-kommerziellen Zwecken unter Angabe der Quelle/Autorin und dem Original-Link verbreitet werden.

Quellen: http://www.eurekalert.org/pub_releases/2012-12/asfm-wss112912.php
<http://mbio.asm.org/content/3/6/e00434-12>

Borreliose: Mythen, Verschwörungen, Manipulationen? Neue Serie – Teil 1



Borrelien und Plum Island – eine abstruse Verschwörungstheorie?

Manche glauben, Borreliose sei eine Infektion, die als biologische Waffe während oder nach dem zweiten Weltkrieg vom deutschen Forscher Traub experimentell entwickelt wurde. Es werden sogar Vermutungen ausgesprochen, dass Borrelien nicht „natürlichen Ursprungs seien“. Auf mancher Website werden sie als „scharfe Waffen“ bezeichnet und das soll erklären, warum sich Borrelien so gut tarnen können.

Nachzulesen u. a. [in einem Artikel](#) des Magazins [Nexus](#), das sich auch mit Themen wie UFOs, Unerklärlichem und eben Verschwörungstheorien beschäftigt. Demnach sollen Borrelien als „Waffen“ in einem Biowaffenlabor auf [Plum Island](#) entwickelt worden sein, von wo aus es die Krankheitserreger per Vogelflug und durch schwimmende Rehe bis ans Festland zum kleinen Örtchen Lyme schafften.

Michael C. Carroll – "Lab 257"

Insbesondere zwei Protagonisten haben die Borrelien-Biowaffen-Theorie immer wieder befeuert. Zum einen der US-Autor Michael C. Carroll, der 2004 mit seinem Buch „[Lab 257](#)“ viele Fragen aufwirft. Zum anderen jemand, der seit 2006 unter dem Pseudonym Elena Cook eine entsprechende Website und einen Blog betreibt – Thema: Lyme Disease is a warfare issue.

Carroll und Cook werfen viele Fragen auf. Doch liefern sie auch Antworten?

Bevor wir uns den Aussagen und Antworten widmen, möchte ich noch kurz die Intention dieser kleinen Reihe erklären: Seit 2011 werde ich regelmäßig per E-Mail oder Telefon-Mailbox gefragt, was an der Sache "Borrelien als Biowaffen" und "Plum Island" eigentlich dran sei? Anstelle von zeitaufwändigen Einzelantworten, möchte ich versuchen, diese Fragen/Themen mithilfe eines in mehrere Häppchen aufgeteilten Online-Artikels so aufzubereiten, dass Sie sich hoffentlich selbst ein Bild machen können.

Die Illuminaten, Aliens ... Verschwörungstheorien gibt es viele

Was glauben Sie, wie kommt es überhaupt zu Verschwörungstheorien? Egal, ob Illuminaten, Aliens oder Borrelien, die vermeintlich als „scharfe Waffen“ von Nazis in einem Labor kultiviert wurden – es gibt unzählige Konspirationstheorien zu allen möglichen Themen. Ist die Neigung zu Verschwörungstheorien vielleicht eine paranoide Art der Welterklärung? Sollen diese Theorien vor allem helfen, das Unbegreifliche zu erklären? Sollen sie Komplexität reduzieren? Spiegeln sie nur das eigene Misstrauen gegenüber Entwicklungen wieder, die man nicht verstehen, nicht nachvollziehen kann? Und wie entstehen überhaupt Verschwörungstheorien?

Wie entstehen Verschwörungstheorien?

Vereinfacht gesagt, entsteht eine Verschwörungstheorie zunächst häufig aus dem dumpfen Verdacht heraus, der eigenen Gruppe drohe Unheil durch eine andere Gruppe. Aus der Psychologie weiß man: Menschen beurteilen das, was ihnen vertraut und bekannt ist positiver als das, was sie nicht kennen. Außerdem verallgemeinern wir gerne. Was wir nicht kennen, wird nicht nur negativer beurteilt, sondern auch mit [Stereotypen](#) belegt, à la „Deutsche sind fleißig und pünktlich“. Das ist sozusagen der psychologische Nährboden für die Empfänglichkeit von Verschwörungstheorien.

Was versteht man unter einer Verschwörung?

Unter einer Verschwörung versteht man beispielsweise ein heimliches Bündnis mehrerer Personen, um einen Plan auszuführen. Je nach Zweck kann man unterschiedliche Arten der Verschwörung ausmachen: verbotene Kartelle, kriminelle Vereinigungen und Staatsstreiche u.v.a.

„Lab 257“

Kommen wir zum Buch „Lab 257“. Carroll schreibt unter anderem: „Die Frage, die Experten bis heute nicht beantworten können ist die: Warum tauchte die Erkrankung (Borreliose) plötzlich in Old Lyme, Connecticut, im Sommer 1975 auf?“

Könnte man nicht genauso gut fragen, warum brach ausgerechnet 1892 die Cholera in Hamburg aus? Warum in Hamburg? Und warum 1892? Oder warum kamen in Uganda über 200 Menschen durch zwei Ebola-Epidemien in den Jahren 2000 und 2007 ums Leben? Warum ausgerechnet im Jahr 2000 und 2007? Und warum in Uganda?

Diese Art der Fragestellung zieht sich als wiederkehrendes Muster durch Carrolls und Cooks Ausführungen. Offenbar soll mit solchen Fragen suggeriert werden, dass etwas nicht mit rechten Dingen zugeht bzw. zugegangen ist.

Wer zu Verschwörungstheorien neigt, wirft gerne Fragen auf, die sich meistens tatsächlich oder vermeintlich jeder Nachprüfbarkeit entziehen. Es werden unbeweisbare Konstruktionen aufgebaut. Und das Fehlen von Beweisen für die vermeintliche Verschwörung, zeigt Anhängern derselben erst recht, wie sehr es sich offenbar wirklich um eine Verschwörung handeln muss.

Immer wieder dreht sich bei Carroll und seinen Anhängern alles um den ominösen Traub, den wir uns in der nächsten Folge näher ansehen werden. Hat er für die Sowjets an Viren als Biowaffen geforscht? War

er Labor-Chef auf einer deutschen "Biowaffen-Insel"? War er tatsächlich einer der Gründer der Labore auf Plum Island? Wir werden sehen ...

B. Jürschik-Busbach © Alle Artikel dieses Blogs können gerne zu nicht-kommerziellen Zwecken unter Angabe der Quelle/Autorin und dem Original-Link verbreitet werden.

Borreliose: Mythen, Verschwörungen, Manipulationen? Teil 2

Manche glauben, Borreliose sei eine Infektion, die als biologische Waffe während oder nach dem zweiten Weltkrieg vom deutschen Laborchef Traub experimentell entwickelt wurde – siehe [Teil 1](#). Hat der ominöse Laborleiter Traub für die Sowjets an Viren als Biowaffen geforscht? War er Labor-Chef auf einer deutschen "Biowaffen-Insel"? War er tatsächlich einer der Gründer der Labore auf Plum Island?

Dr. Traub und Borrelien?

Der Veterinär und Virologe Traub arbeitete von 1938 bis 1942 an der Universität Gießen und von 1942 bis 1948 an der Reichsforschungs-anstalt für Viruskrankheiten der Tiere auf der Insel Riems; Nachfolger ist heute das Friedrich-Löffler Institut. Diese Forschungsanstalt wurde von Professor Waldmann geleitet, der nach Blome und Conti direkt dem Reichsführer-SS Heinrich Himmler unterstellt war. Traub und sein Kollege Nagel arbeiteten zeitweise an biologischer Kriegsführung. In den 30iger Jahren studierte Traub übrigens mit einem Stipendium am Rockefeller Institute for Medical Research und war zusammen mit seiner Frau Mitglied beim [German American Bund](#).

Carroll schreibt, Traub sei direkt Himmler unterstellt gewesen. Das ist nicht korrekt, wenn man Historikern glauben mag. Tatsächlich lief die Befehlskette von Himmler zum Reichsgesundheitsführer Conti, zu Blome, zu Waldmann und dann erst zu Traub. Historiker rücken daher Blome in den Fokus, was die Biowaffenarbeit für Himmler betraf, wie es auch in einem interessanten SPIEGEL-Artikel nachzulesen ist.

Die Errichtung der [Bundesforschungsanstalt für Viruskrankheiten der Tiere \(BFAV\)](#) in Tübingen wurde 1952 beschlossen, nachdem die ehemalige Reichsforschungsanstalt auf der Insel Riems nach der Teilung Deutschlands der Bundesrepublik nicht mehr zur Verfügung stand. Aktueller Anlass für den Beschluss war der ungewöhnlich heftige Seuchenzug der Maul- und Klauenseuche (MKS) in den Jahren 1950 und 1952, der der landwirtschaftlichen Tierhaltung schwere Verluste zugefügt hatte. Traub, der von der Insel Riems kam und zu jener Zeit gerade in den USA arbeitete, wurde mit dem Aufbau und der Leitung der Forschungsanstalt beauftragt, deren Aufgaben nicht auf die MKS-Forschung beschränkt, sondern vorausschauend auf andere virusbedingte Tierkrankheiten ausgedehnt wurden. Dass die Wahl des Standortes auf Tübingen fiel, lag nicht zuletzt daran, dass dort bereits das Max-Planck-Institut für Virusforschung ansässig war.

1949 hatten die Engländer Traub in die USA gebracht, wo er von 1949 bis 1953 am Naval Medical Research Institute in Bethesda, Maryland arbeitete, der führenden medizinischen Einrichtung der US-Marine. Zwischenzeitlich soll Traub aufgefordert worden sein, sich mit US-Wissenschaftlern aus Fort Detrick zu treffen, wo man seit 1943 an biologischen Waffen forschte. Man hatte ihn dorthin eingeladen, weil er als renommierter Virologe die Forscher dort zu Tierkrankheiten im Hinblick auf biologische Kriegsführung beraten sollte.

Traub berichtete über seine Arbeit auf Riems und bei den Sowjets – er hatte dort unter anderem auch über das Rinderpest-Virus geforscht. 1951 veröffentlicht Traub einen Bericht über die Newcastle Virus-Krankheit bei Hühnern und im Blut von Säugetieren. Kurze Zeit später veröffentlicht er mit Worth I. Capps eine Arbeit über die Maul- und Klauenseuche (MKS). Von 1951 bis 1952 war er zudem UN-Experte für MKS in Kolumbien, im Iran und später in der Türkei.

5 Punkte zum Thema "Dr. Traub":

- 1) In [Nazi-Deutschland war man vorrangig mit der Maul- und Klauenseuche](#) beschäftigt, nicht mit Spirochäten.
- 2) Traub war Virologe, Veterinär und ein führender Experte für Maul- und Klauenseuche, Rinderpest und Newcastle Disease. Traub war definitiv kein Experte für bakterielle Erkrankungen bzw. für Spirochäten!
- 3) 1958 bot man Traub eine führende Position auf Plum Island an, die er jedoch ablehnte.
- 4) Traub kehrte 1953 nach Deutschland zurück und wurde 1955 Präsident der Bundesforschungsanstalt für Viruskrankheiten der Tiere und ab 1956 Honorarprofessor der Universität Tübingen. Die Aktivitäten und Versuche auf Plum Island, die von der [USDA](#) ausgingen, begannen erst 1954. Zu einer Zeit, in der Traub gar nicht mehr in den USA weilte.
- 5) Carroll schreibt, Traub habe mindestens drei Mal Plum Island in den 50er Jahren „besucht“. Ja natürlich, warum auch nicht? Traub hat, wie viele Wissenschaftler, mehrfach Kollegen und Forscher an anderen Wirkungsstätten im In- und Ausland zwecks Informationsaustausch besucht.

Woran wurde auf Plum Island geforscht? Gab es B-Waffen-Versuche mit Zecken? Was hat es mit der Unit 731 auf sich? Soviel sei verraten: Ja, es gab Versuche mit Zecken als B-Waffe ... Mehr darüber in der nächsten Folge.

B. Jürschik-Busbach ©

Alle Artikel dieses Blogs können gerne zu nicht-kommerziellen Zwecken unter Angabe der Quelle/Autorin und dem Original-Link verbreitet werden.

Borreliose: Mythen, Verschwörungen, Manipulationen? Teil 3

Manche glauben, Borreliose sei eine Infektion, die als biologische Waffe während oder nach dem zweiten Weltkrieg vom deutschen Laborchef Traub experimentell entwickelt wurde. Des Weiteren wird die Theorie verbreitet, Borrelien seien als "Bio-Waffen" in einem Biowaffenlabor auf [Plum Island](#) entwickelt worden. Wurde dort mit Zecken experimentiert?

Fakt ist: In Fort Terry auf Plum Island hatte man von 1944 bis 1946 mit Brucellose als Biowaffe gearbeitet. Nach dem Krieg, wurde in Pine Bluff und auf Fort Detrick weiter „geforscht“. Ab 1949 arbeitete man auf Plum Island an der Maul- und Klauenseuche (MKS), an Rinderpest, am Newcastle Disease Virus, am Afrikanischen Schweinefieber sowie an der Pest und an Malaria bei Vögeln. Der Wissenschaftler Traub selbst war Spezialist für MKS, Rinderpest und die Newcastle Krankheit.

B-Waffen-Experimente mit Zecken als Vektoren?

B-Waffen-Experimente mit Zecken? Ja, die gab es! In Fort Detrick! Auf Plum Island sind sie dagegen nicht zweifelsfrei nachgewiesen. Fort Detrick ist in den 1950er Jahren der viel spannendere Kandidat für diese Experimente.

Traub besuchte übrigens auch die Kollegen in Fort Detrick, ohne dass man daraus eine Geschichte stricken kann à la "Traub habe dort zu Zecken als Vektoren beraten". Nein, die Wissenschaftler in Fort Detrick hatten viel mehr Fragen zu Viren als B-Waffe und dazu konnte Traub als Virologe eben etwas beitragen.

Die Abteilung „Entomologische Waffen“

Es war im Jahr 1942 als US-Präsident Roosevelt und Kriegsminister Stimson das Amerikanische Biowaffenprogramm ins Leben riefen – Hauptquartier wurde Fort Detrick, das sich schließlich zu einer Riesenanlage mit 245 Gebäuden und einem 60 Millionen Dollar Budget, entwickelte, einschließlich einer Abteilung „[Entomologische Waffen](#)“, die massenhaft Fliegen, Läuse und Mücken als Vektoren produzierte. Die Britische Biowaffenanlage bei Porton Down experimentierte ebenfalls mit Insekten als Vektoren, auch wenn man sich dort ansonsten auf die Produktion von Anthrax konzentrierte.

In Fort Detrick arbeiteten Japaner aus der berüchtigten Unit 731 mit verschiedenen Vektoren, einschließlich Läuse, Fliegen, Mücken, Zecken, Flöhe, Spinnen und Käfer und man experimentierte mit verschiedenen Krankheiten – von der Cholera bis zur Meningitis. Um 1950 soll man auf Fort Detrick mindestens drei Insekten-Vektoren-Biowaffen in petto gehabt haben. Einige wurde später in Utah, auf den Dugway Proving Grounds getestet und im Korea-Krieg eingesetzt.

Tausende Open-Air-Tests mit chemischen und biologischen Stoffen?

Im September 1994 veröffentlichte das US General Accounting Office einen Bericht, in dem man zugab, über Jahrzehnte hinweg verschiedene chemische und biologische Stoffe getestet zu haben. Von 1951 bis 1969 wurden hunderte, vielleicht sogar tausende Open-Air-Tests mit Bakterien und Viren durchgeführt, die Krankheiten bei Menschen, Tieren und Pflanzen verursachen. Bis heute ist nicht bekannt, wie viele Menschen in der Umgebung von Dugway den potenziell schädlichen Erregern der Open-Air-Tests ausgesetzt gewesen waren. Doch nirgendwo ist von Lyme-Borreliose bzw. Borrelien die Rede.

Damit nicht genug: Intensiv testete man verschiedene [Herbizide](#), bis man schließlich fünf standardisierte einsatzbereit hatte. Eines davon gelangte zu tragischer Berühmtheit: Agent Orange, das die USA im Vietnamkrieg einsetzte. In seiner Reinform hatte man das Gift ausgiebig in Fort Detrick getestet. Im Januar 1965 setzten die US-Streitkräfte es erstmals im Rahmen der Operation „Ranch Hand“ ein; man wollte den Vietcong die Tarnung im dichten Dschungel und ihre Nahrungsversorgung erschweren. Großflächig wurde Agent Orange von Flugzeugen und Hubschraubern versprüht. Da Agent Orange mit dem Giftstoff 2,3,7,8-Tetrachlordibenzodioxin (TCDD, bekannt als „Seveso-Gift/Dioxin“) verunreinigt war, erkrankten in der Folge viele hunderttausend Bewohner der betroffenen Gebiete und bis zu zweihunderttausend US-Soldaten. Bis heute führt Agent Orange zu irreversiblen Gesundheitsschäden in der vietnamesischen Bevölkerung. Das Vietnamesische Rote Kreuz gab 2002 an, etwa 1 Million Vietnamesen litten noch an den Spätfolgen, wie Fehlbildungen, Krebs und Immunschwächen. Viele vietnamesische Neugeborene kommen auch drei Generationen nach dem Einsatz von Agent Orange noch mit schweren Fehlbildungen zur Welt.

Agent Orange

Nach neuesten Forschungen versprühte die US-Armee während des Vietnamkrieges 80 Millionen Liter toxischer Chemikalien. Weil der vietnamesischen Regierung das Geld für großflächige Bodenversiegelungen fehlt, ist das Gift auch 30 Jahre nach Kriegsende noch im Nahrungskreislauf. Eine Gruppe vietnamesischer Opfer hat gegen die amerikanischen Hersteller Klage eingereicht, die jedoch im März 2005 abgewiesen wurde. Nach Ansicht des Richters war der Einsatz von Agent Orange keine [chemische Kriegsführung](#) und deshalb kein Verstoß gegen internationales Recht.

Doch zurück zu Traub, zu Versuchen in Nazi-Deutschland und der Frage, macht es überhaupt Sinn, Borrelien als B-Waffe zu nutzen?

De facto war Nazi-Deutschland nur marginal mit biologischen Waffen beschäftigt. Erst 1940 wurde eine Forschungseinheit unter Leitung des Bakteriologen Kliewe eingesetzt. Die aber beschäftigten sich mit Anthrax und dem Pest-Erreger, nicht mit Zecken und Spirochäten. Das macht auch Sinn, wenn man sich

ansieht, wie z. B. die US-Seuchenbehörde Centers for Disease Control and Prevention biologische Kampfstoffe unterteilen, nämlich nach Verfügbarkeit, Sterblichkeitsrate, Ansteckungsgefahr und Behandlungsmöglichkeit.

Fortsetzung folgt ...

B. Jürschik-Busbach © 2012

Alle Artikel dieses Blogs können gerne zu nicht-kommerziellen Zwecken unter Angabe der Quelle/Autorin und dem Original-Link verbreitet werden.

Borreliose: Mythen, Verschwörungen, Manipulationen? Teil 4

Manche glauben, Borreliose sei eine Infektion, die als biologische Waffe während oder nach dem zweiten Weltkrieg vom deutschen Laborchef Traub experimentell entwickelt wurde – siehe [Teil 1](#) und [Teil 2](#). Des Weiteren wird immer wieder verbreitet, Borrelien seien als “Bio-Waffen“ in einem Biowaffenlabor auf [Plum Island](#) entwickelt worden und viele fragen sich, wurde dort mit Zecken experimentiert? Antworten gibt es unter anderem in [Teil 3](#). Festzuhalten ist: In Nazi-Deutschland beschäftigte man sich vorrangig mit Anthrax und dem Pest-Erreger als B-Waffen, nicht mit Zecken und Spirochäten.

Kommen wir zu der spannenden Frage, macht es überhaupt Sinn, Borrelien als B-Waffe zu nutzen?

Die US-Seuchenbehörde Centers for Disease Control and Prevention unterteilt biologische Kampfstoffe nach Verfügbarkeit, Sterblichkeitsrate, Ansteckungsgefahr und Behandlungsmöglichkeit bzw. nach Kategorie A, B und C.

Zur **Kategorie A** zählen Erkrankungen die ein Problem für die Sicherheit von Staaten darstellen, leicht verbreitet beziehungsweise übertragen werden können und eine hohe Sterblichkeitsrate besitzen. Zu diesen Erkrankungen zählen Pocken, Pest und Milzbrand wie auch die Vergiftung mit Botulinumtoxin und die hämorrhagischen Fieber. Zu diesen Krankheiten gehört also nicht die Lyme-Borreliose.

Erreger der **Kategorie B** sind relativ leicht zu verbreiten, haben eine mittlere Letalitätsrate und können leicht eingedämmt bzw. überwacht werden. [Coxiella burnetii](#) (Q-Fieber), [Brucellen](#) oder [Burkholderia mallei](#) ([Rotz](#)) zählen zu dieser Gruppe. Borrelien sind nicht leicht zu verbreiten und weisen wohl kaum eine “mittlere Letalitätsrate“ auf.

Zur **Kategorie C** gehören entweder Kampfstoffe die sehr leicht verfügbar sind bzw. leicht erworben werden können, jedoch eine geringe Letalitätsrate besitzen oder Erreger, die zwar über eine hohe Letalitätsrate verfügen, sich jedoch entweder schwer übertragen lassen oder kaum verfügbar sind. Aber auch Erreger, die zwar gefährlich sind, jedoch einfach behandelt werden können. Unter diese Kategorie fallen beispielsweise das [Gelbfieber-Virus](#) oder multiresistente [Mycobacterien](#) ([Tuberkulose](#)).

1942 wurde in Deutschland jegliche biologische Offensivforschung verboten und man widmete sich stattdessen der defensiven Biowaffenforschung. Unter Blome wurde die „[Arbeitsgemeinschaft Blitzableiter](#)“ gegründet, um Abwehrmaßnahmen gegen Biowaffen zu entwickeln. Darüber hinaus war Blome ab 1942 auch für den Aufbau des Zentralinstituts für Krebsforschung in Nesselstedt bei Posen verantwortlich, das neben der Krebsforschung von Beginn an auch für Arbeiten zu Biowaffen vorgesehen war, wie bei Wikipedia nachzulesen ist. Die zur Abwehr von Biowaffen vorgesehenen oft noch unreifen Impfstoffe wurden häufig an KZ-Häftlingen getestet. Hinter Hitlers Rücken wurde auch für die offensive B-Kriegsführung geforscht. Denn für gegebenenfalls erforderliche Abwehrmaßnahmen mussten die Erreger auch erzeugt und getestet werden. Insbesondere Heinrich Himmler war ein großer Befürworter der B-

Waffen. So unterstützte er zum Beispiel einen Vorschlag Kliewes, Lebensmittel, die ungekocht gegessen werden, gezielt mit Bakterien zu verseuchen.

Versuche mit Zecken – die Einheit 731

Als letzte Großmacht starteten die USA ihr Biowaffenprogramm im Zweiten Weltkrieg. Erst 1941 beauftragte der damalige US-Kriegsminister, die National Academy of Sciences damit, an der Abwehr biologischer Waffen zu forschen. Doch dieses Unternehmen war viel zu klein für ernsthafte biologische Waffenforschung. Nach dem Angriff auf Pearl Harbor wurde daher das Kriegsministerium damit beauftragt, biologische Waffen zu entwickeln.

1943 stellte Amerika erstmals Botulinumtoxin, Milzbranderreger und Brucellen her, mehrere weitere Erreger wurden auf ihre Tauglichkeit als B-Waffe überprüft und bei Kriegsende ließ man sich „den Spaß“ bereits 60 Millionen US-Dollar kosten. Auch hier: Von Borrelien ist nichts zu lesen und zu finden.

1946 machte das amerikanische Kriegsministerium es offiziell, ja, man forsche an der Entwicklung von Biowaffen. Den Militärs waren Aufzeichnungen des Leiters der japanischen Einheit 731, Shirō Ishii, in die Hände gefallen – sie wurden zur Forschungsgrundlage.

Diese Einheit 731 kann einen wirklich das Fürchten lehren. Die Japaner experimentierten an lebenden Menschen, töteten ungerührt tausende von koreanischen und chinesischen Zivilisten, sowie amerikanische, britische und sowjetische Kriegsgefangene.

Nicht die USA, nicht Deutschland, sondern das japanische Kaiserreich war weit fortgeschritten was Experimente und die Entwicklung von Biowaffen betraf. 1932 hatte man in Japan die berüchtigte Einheit 731 gegründet, die von Anfang an Experimente an lebenden Menschen durchführte. Allein von der Einheit 731 wurden etwa 3500 Menschen meistens bei Vivisektionen und vollem Bewusstsein getötet. Regelmäßig testete die japanische Armee ihre Kampfstoffe außerhalb der Labore. Flugzeuge warfen pestinfizierte Fliegen über Ningbo im östlichen China ab und über Changde (Zentralchina) – später wurde dort prompt über Pestausbrüche berichtet.

Damit nicht genug. Japanische Truppen ließen cholera- und typhusverseuchte Kulturen in Quellen und Teichen fallen, blöd nur, dass davon auch die eigenen Soldaten erkrankten, die in den verseuchten Gebieten kämpften. Der US-Historiker Harris schätzt, dass mehr als 200.000 Chinesen bei den japanischen „Feldversuchen“ ums Leben kamen. Am Ende des Kriegs ließen die Japaner auch die pestinfizierten Tiere frei, was zu mehr als 30.000 Toten in der Harbin-Gegend führte. 1941 ließen die Japaner 3000 chinesische Kriegsgefangene frei, zuvor hatte man sie sorgfältig mit Typhus infiziert, was in der chinesischen Bevölkerung eine Epidemie auslöste.

Der Name *Einheit 731* wird heute stellvertretend für das gesamte Programm der japanischen Armee zur Herstellung biologischer Waffen verwendet, obwohl die Einheit nicht der einzige japanische Verband war, der biologische Waffen entwickelte.

Im Rahmen einer Vergeltungsaktion rückten Truppen der Einheit 731 in chinesische Provinzen ein und verseuchten das Trinkwasser mit Milzbrandregenern, dieser Erreger wurde auch über den Städten abgeworfen und über Wohngebieten versprüht. Mehr als 250.000 Menschen sollen so den Tod gefunden haben. Später setzten die Japaner noch Cholera, Typhus, die Pest und Ruhr ein.

Wir wollen hier nicht weiter in die Tiefe gehen, nur soviel wird sicher klar: Pest-infizierte Flöhe, Cholera, Typhus, Anthrax, Milzbrand – das waren die Erreger bzw. Krankheiten, mit denen man sich im Rahmen der B-Waffen beschäftigte. Spirochäten? Bislang Fehlanzeige! Fortsetzung folgt ...

Borreliose: Mythen, Verschwörungen, Manipulationen? Teil 5

In [Teil 1](#) und [Teil 2](#) dieser Serie sind wir der Frage nachgegangen, ob Borreliose eine Infektion ist, die als biologische Waffe während oder nach dem zweiten Weltkrieg vom deutschen Laborchef Traub experimentell entwickelt worden ist. In [Teil 3](#) suchen wir Antworten auf die Frage, ob man auf der US-Insel Plum Island mit Zecken und Borrelien experimentierte. In [Teil 4](#) kann man nachlesen, wer sich im Rahmen der B-Waffen-Forschung tatsächlich mit Zecken beschäftigt hat und ob es überhaupt Sinn macht, Borrelien als B-Waffe einzusetzen.

Heute kommen wir noch einmal auf amerikanische B-Waffen-Aktivitäten und auf den "Lab 257"-Autor Carroll zurück, sowie auf "Elena Cook" und ihrer Website "Lyme is a biowarfare issue".

Die US-Biowaffen-Aktivitäten

1950 wurde das US-Biowaffenforschungszentrum Fort Detrick weiter ausgebaut und eine weitere Forschungsanlage in Pine Bluff errichtet. Insbesondere der Koreakrieg beförderte die Biowaffenforschung der USA. Während des Vietnamkrieges im Jahre 1965 diskutierten die Amerikaner über den Einsatz von Pockenviren, da die eigenen Truppen geschützt waren. Doch aus Angst vor einem Gegenschlag wurde dieser Vorschlag abgelehnt. Auch während der Kubakrise, 1962, planten die Amerikaner eine Mischung verschiedener Erreger aus Flugzeugen über kubanischen Städten abzuwerfen. Der Plan wurde jedoch nie umgesetzt. 1965 wurde das Budget für B-Waffenforschung konstant verringert, bis 1969 der damalige Präsident Richard Nixon das B-Waffenprogramm ganz auflöste. Aufgrund dieser Erklärung wurden sämtliche B-Waffen, zumindest offiziell, vom Militär vernichtet. Die Forschungszentren wurden entweder umfunktioniert oder geschlossen. Die Vernichtung der Bestände soll bis 1972 gedauert haben. Kurz darauf trat die [Biowaffenkonvention](#) in Kraft.

Biowaffen – notwendig oder gefährliches Übel?

Wer grundsätzlich Biowaffenforschung für brandgefährlich hält, sei daran erinnert, dass sogenannte defensive B-Waffen-Forschung auch dem Schutz dient. Wie will man wirksame Schutzmaßnahmen (z. B. Impfungen) für die Bevölkerung entwickeln, wenn man keine Kenntnisse über potenzielle, biologische „Waffen“ besitzt? Platt gesagt: Wie will man die Bevölkerung vor Bazillen schützen, wenn man keine Ahnung von Bazillen hat? Wie will man sich defensiv gegen Bazillen verteidigen, wenn man nicht auch um die Einsatzmöglichkeiten dieser biologischen Kampfstoffe weiß? Das ist wohl die andere Seite der Medaille „Biowaffen-Forschung“.

Biowaffen-„Schutzforschung“ liefert fast automatisch offensives Know-how, unabhängig davon, ob dies beabsichtigt ist oder nicht. Unter dem Deckmantel der völkerrechtlich erlaubten „Schutzforschung“ können so natürlich auch verbotene offensive Forschungsarbeiten durchgeführt werden. Beiläufig soll in diesem Zusammenhang erwähnt werden, dass 1925 ein führender deutscher Bakteriologe, Geheimrat Otto, auf einer Konferenz der Sanitätsinspektion über *„Die Verwendung von Krankheitskeimen als Kampfmittel im Kriege“*, meinte, Pockenerreger seien theoretisch sicher eine sehr geeignete Waffe, sie seien aber *„für die experimentelle Erzeugung von Massenerkrankungen ungeeignet, [...] weil wir gegen sie in der Schutzimpfung ein ausgezeichnetes Abwehrmittel besitzen“*. Inzwischen sind aber die Pocken weltweit ausgerottet, und nur noch einige militärische Kontingente werden dagegen immunisiert. Deshalb schätzen Experten, dass heutzutage die Folgen einer Verbreitung der Pocken katastrophal wären.

Kommen wir noch einmal auf Carrolls Mutmaßungen und sein Buch "Lab 257" zurück ...

Für viele Aussagen bleibt Carroll leider Nachweise schuldig. Es werden Suggestivfragen gestellt, es werden Zusammenhänge vermutet, für die keine Belege zu finden sind und es wird im Übermaß der Konjunktiv bemüht ... – könnte, hätte, würde.

Hier mal ein ganz "typischer Carroll": Er schreibt, zwischen 1964 und 1965 sei in US-Bundesstaaten das MKS-Virus per Außenversuch versprüht worden, um herauszufinden, wieviele MKS-Viren man benötigt, um die Nahrungsversorgung zu zerstören. Traub, so raunt Carroll, *könnte* diese Tests überwacht haben. Als Leser ist man geneigt zu sagen: "Yes, so what?" Traub war schließlich Experte für die Maul- und Klauenseuche. Warum sollte er solche Tests nicht überwacht haben?

Carroll gibt in seinem Buch auch ein Interview mit Dr. Burgdorfer wieder. Leider schreibt Carroll immer „Wally“ Burgdorfer, statt „Willy“, aber wir wollen nicht kleinlich sein. Burgdorfer wird von Carroll so zitiert: „Die große Frage ist, woher stammen die Zecken?“ Burgdorfer, so Carroll, glaube, dass importiertes Rehwild aus Europa die Zeckenspezies einschließlich der Borrelien nach Amerika brachte, wo sie sich stark vermehrten. Dann fragt Carroll Burgdorfer, ob er eine Verbindung zwischen Borreliose und Plum Island sehe. Burgdorfer: „Das anzusprechen könnte eine Menge Probleme beschieren. (...) Sie müssten eine Entwicklung in den 1960ern und 1970ern aufzeigen und das scheint unmöglich zu sein.“

Carroll kommentiert: "Es sei denn, man hat die Zeckenspezies auf Plum Island kultiviert und sie unwissentlich an Tieren oder Menschen saugen lassen und damit Borrelia-Spirochäten wachsen lassen." Anschließend räumt Carroll ein, Burgdorfer sei nicht bereit, diese Verbindung (zwischen Borreliose und Plum Island) zu bestätigen.

Auch das will man gerne glauben, Burgdorfer scheint zu wissen, was er tut und sagt. Doch Carroll gibt sich nicht geschlagen und fragt wieder bei Burgdorfer nach. Schließlich antwortet dieser: "Plum Island zeigt, dass es Sicherheitslücken bei der biologischen Sicherheit gibt. Auch wenn Plum Island die höchste Sicherheitsstufe (Anmerkung: 4) besitzt, bedeutet es nicht, dass es sicher ist."

Was sagt das aus? Nicht viel, oder? Diese Sätze Burgdorfers beschreiben ein allgemeines Sicherheitsrisiko, wie es sie für jedes Biowaffenlabor gibt. Carroll konstruiert und vermutet und lässt Belege vermissen; was er allerdings wirklich aufzeigen kann, ist die schockierende Nachlässigkeit im Hinblick auf die Laborsicherheit auf Plum Island.

Aus der Carroll-Mischung von unbelegten Behauptungen, Suggestivfragen und Konjunktiven einen wie auch immer gearteten Verdacht zu konstruieren, erst auf Plum Island seien Borrelien als Biowaffe herangezüchtet worden und seitdem gäbe es Lyme-Borreliose in den USA ist de facto eine überaus steile These.

Was hat es dagegen mit Untersuchungen von Luft et al. auf sich, die feststellen, dass nur vier Borrelienkclone die systemische Infektion auslösen, während 16 Borrelienstämme lediglich eine Wanderröte verursachen? Gerade diese vier stark pathogenen Stämme hätten sich in Europa und den USA am stärksten vermehrt, schreiben die Forscher. Wäre das nicht eine Erklärung für die stete Zunahme an Borreliose-Infektionen, auch in den USA?

Carroll zitiert im Weiteren „eine Quelle“, die in den 1950ern auf Plum Island gearbeitet haben soll: „Sie nannten ihn den Nazi-Wissenschaftler, als sie 1951 kamen und sie brachten diese Zecken mit und ich sah ein Foto, auf dem waren Tierhändler. Sie zeigen auf Plum Island, wo sie die Zecken freiließen.“ Zecken, die aus Flugzeugen auf das Land herabregnen sollten? Carroll bleibt vage und fragt: „1990 gab es am östlichen Ende von Long Island die höchste Inzidenz für Lyme-Borreliose im ganzen Land. Doch warum?“

Würde man in Deutschland Untersuchungen zur Inzidenz der Lyme-Borreliose durchführen und Bayern hätte beispielsweise den Borreliose-Spitzenplatz, würde ein typischer Carroll-Satz wohl so lauten: Im Jahr xy gab es die höchste Borreliose-Inzidenz in Bayern. Doch warum?

Carroll weiter: „Was in Old Lyme 1975 geschah, war der Ausbruch einer unbekanntes Krankheit, die sich auf ein genau definiertes Gebiet erstreckte und 39 Kinder sowie 11 Erwachsene infizierte. Es war eine bescheidene Epidemie (...).“ In den späten 1940ern hätten Wissenschaftler *Borrelia burgdorferi* in Zecken isoliert, die auf den nahegelegenen Shelter Island und Long Island lebten, schreibt er. Und das sei für ihn ein Beweis, dass diese Entdeckung genau mit der Einreise von Traub nach Amerika zusammenfällt. An dieser Stelle musste ich mich zwingen, weiter zu lesen. Ganz ehrlich.

Plum Island und Lyme-Borreliose?

Da nützt es auch nichts, dass der frühere Plum Island Direktor, Dr. Jerry Callis, die Verbindung zwischen Plum Island und Lyme-Borreliose als absurd bezeichnet, weil es Borreliose bereits vorher in Europa gab. „Auf Plum Island wurde mit Zecken experimentiert, sagt er, doch niemals außerhalb der Labore. Wir hatten eine Zeckenkolonie, um zu sehen, wie viele Generationen sie überleben, bis diese Kolonie aufgelöst wurde.“

Des Weiteren kursieren Behauptungen im Internet wie: „Von Plum Island haben sich die Borrelien seither rasch in den USA ausgebreitet. Über die Army kamen sie nach Europa. Es ist davon auszugehen, dass sich die genetisch veränderten Stämme mit den heimischen verbunden haben“:

<http://www.caduceum.de/69.html> Dann könnte die Eismumie Ötzi wohl von Glück sagen, dass sie offenbar nur mit dem heimischen Borrelienstamm infiziert war.

<http://ngm.nationalgeographic.com/2011/11/iceman-autopsy/hall-text>

Im Verlauf des Buchs geht es bei Carroll noch munter um Anthrax, um das afrikanische Schweinefieber-Virus, um das Westnil-Virus und darum, dass die kubanische Regierung die USA beschuldigte, nach Ausbrüchen von Infektionskrankheiten zwischen 1964 und 1997 zehn Biowaffen-Angriffe auf Kuba durchgeführt zu haben.

Fazit

Gegenüber Associated Press (AP) muss Carroll in einem Interview einräumen, dass er keinen Beweis für seine Konstruktionen und Thesen hat. „Jedes Nachforschen sollte die Punkte miteinander verbinden“, sagt er gegenüber AP. Doch seitdem tun es ihm leider viele nach:

<https://sites.google.com/site/jerryleonard999/home>

Carrolls Suggestivfragen, die fragwürdigen „Verbindungen“, mit denen er die „Punkte“ zu verbinden sucht, flankiert von mangelnden Nachweisen hinterlässt leider nicht nur bei Associated Press einen schalen Nachgeschmack. In der nächsten Folge beschäftigen wir uns mit Elena Cooks Website „Lyme Disease is a biowarfare issue“. Was meint sie herausgefunden zu haben? Warum glaubt sie so vehement an Borreliose als biologische Kriegswaffe?

B. Jürschik-Busbach ©

Alle Artikel dieses Blogs können gerne zu nicht-kommerziellen Zwecken unter Angabe der Quelle/Autorin und dem Original-Link verbreitet werden.

Borreliose: Mythen, Verschwörungen, Manipulationen? Letzter Teil der Serie

In [Teil 3](#) suchten wir Antworten auf die Frage, ob man auf der US-Insel Plum Island mit Zecken und Borrelien experimentierte. In [Teil 4](#) kann man nachlesen, wer sich im Rahmen der B-Waffen-Forschung wirklich mit Zecken beschäftigt hat und ob es Sinn macht, Borrelien als B-Waffe einzusetzen. Zu Beginn, in [Teil 1](#) und [Teil 2](#) dieser Serie sind wir der Frage nachgegangen, ob Borreliose eine Infektion ist, die als biologische Waffe während oder nach dem zweiten Weltkrieg vom deutschen Laborchef Traub experimentell entwickelt worden ist. In [Teil 5](#) sind wir im Einzelnen auf Aussagen des Autors Carroll in seinem Buch "Lab 257" eingegangen.

Zum Schluss wollen wir uns kurz mit Elena Cook beschäftigen, die – basierend auf Carrolls "Lab 257" seit 2006 eine Website und einen Blog betreibt: "Lyme is a biowarfare issue".

Eines vorab: Elena Cook wurde zwischenzeitlich mit der Diagnose „wahnhafte Störung“ in eine psychiatrische Anstalt eingewiesen. Der einweisende Psychiater, Dr. M. Ranger, soll nach Aussagen von Elena Cook folgende Gründe für die Einweisung genannt haben:

Mrs. Cook widerspreche den Ansichten führender britischer Borreliose-Experten, wie z. B. Dr. Susan O'Connell.

Mrs. Cook glaube, dass Borreliose mit Biowaffenforschung zu tun hat.

Mrs. Cook, glaube, dass ihr Computer vom US-Militär gehackt wurde.

Mrs. Cook behauptet, ihre Kinder seien von den Borreliose-Experten aus Yale per Pseudonym im Internet bedroht worden.

Mrs. Cook widerspricht. Sie sagt, alle ILADS-Anhänger würden den britischen Borreliose-Experten ebenfalls widersprechen.

Mrs. Cook bietet der Psychiaterin „Beweise“ für die Biowaffenforschung in Form des Buchs „Lab 257“ von Michael Carroll an.

Mrs. Cook bietet der Psychiaterin Kopien der Firewall-Logs an, um zu zeigen, dass ihr Computer unter dubiosen IP-Adressen, die, so Mrs. Cook „zur US-Militärmaschinerie gehören“, mehrfach attackiert wurde.

Mrs. Cook schickt der Psychiaterin nach eigener Aussage unzählige Papiere, die ihre Theorie belegen sollen, doch die Psychiaterin zeige sich hartnäckig uninteressiert, schreibt Cook, und man habe ihr auch nicht glauben wollen, dass ihre Kinder im Internet bedroht worden seien. Cook glaubt, dass Dr. McSweegan aus dem Steere-Lager sie und ihre Kinder unter falschem Namen bedroht habe.

Was glauben Sie, ist Mrs. Cook einfach nur Opfer einer etwas paranoiden Welterklärung geworden? Festzuhalten ist, Mrs. Cook kann genauso wenig wie Carroll Beweise für ihre Behauptungen anführen. Ihr werden Wahnvorstellungen diagnostiziert, was sie wiederum als "Beweis" für die Verschwörung gegen sie wertet. Ein kaum zu durchbrechender Kreislauf.

Mein persönliches Fazit nach der Lektüre von Carrolls "Lab 257" ist ernüchternd. Carroll lässt Beweise und Belege für seine Behauptungen und Annahmen vermissen.

Es ist nicht nachgewiesen, ob und wie auf Plum Island mit Borrelien experimentiert wurde. Ja, auf Plum Island wurden Zecken-Kolonien gehalten, neben Fliegen, Flöhen und anderen Vektoren. Und ja, man experimentierte dort mit der in den USA weit verbreiteten Schildzeckenart [Amblyomma americanum](#). Diese Zecken gehören nicht zu den typischen Borreliose-Überträgern, sie können jedoch Ehrlichien,

Tularämie und die Spirochäte *Borrelia lonestari* übertragen, was zur [STARI-Infektion](#) führen kann. Die STARI-Symptome werden als mild und erkältungsähnlich beschrieben. Erschöpfung, Muskelschmerzen und Kopfschmerzen sollen charakteristisch sein. Es gibt Nachweise, dass der Speichel von *Amblyomma americanum* sogar *Borrelia burgdorferi* schneller inaktiviert als [Ixodes scapularis](#).

Wenn es auf Plum Island Versuche mit *Amblyomma americanum* gegeben hat, dann wäre Tularämie im Hinblick auf Biowaffen der wahrscheinlichere Kandidat

Francisella tularensis ist ein unbewegliches, kleines, aber hochansteckendes Bakterium. Es wurde schon 1919 vom Briten Edward Francis als Auslöser der Tularämie, besser bekannt als "Hasenpest", identifiziert. In den dreißiger Jahren zeugten große Epidemien in Europa und der Sowjetunion von der Gefährlichkeit dieses Bakteriums. Biochemisch und epidemiologisch wird zwischen zwei Erregerstämmen unterschieden: dem hochansteckenden Typ A (*Francisella tularensis* biovar *tularensis*) und dem etwas weniger aggressiven Typ B (*Francisella tularensis* biovar *palaeartica*). Das Bakterium ist sehr langlebig und widerstandsfähig. *Francisella tularensis* kann im Wasser bis zu drei Monaten, in feuchter Erde bis zu einem Monat überleben. Das natürliche Reservoir sind neben dem Wasser und dem Boden kleine Säugetiere wie Hasen, Ratten oder Eichhörnchen. Die Ansteckung der kleinen Säuger erfolgt entweder über kontaminierte Erde und Wasser oder einfach über blutsaugende Parasiten wie eben Zecken. Die Tularämie gehört zum "dreckigen Dutzend" gefährlicher biologischer Waffen. Zwar lässt sich der Tularämie-Erreger relativ gut mit Antibiotika behandeln, aber sowohl die USA als auch die UdSSR haben zu Zeiten des Kalten Krieges nachweislich Stämme hergestellt, die gegen die meisten Antibiotika resistent sind. Die US-Seuchenbehörde CDC stuft die Wahrscheinlichkeit eines terroristischen Anschlags mit *Francisella tularensis* in die Kategorie A ein, also ist ein Angriff mit Tularämie nicht auszuschließen. Das Versprühen von 50 kg eines Tularämie-Aerosols würde in einer Stadt mit fünf Millionen Einwohnern vermutlich zu ca. 250.000 Krankheitsfällen und etwa 20.000 Toten führen. Ein solches Szenario wäre also verheerend für jede Großstadt weltweit.

Wir wissen, Lyme Borreliose ist kein Spaß. Die Beeinträchtigungen ziehen sich bei vielen Patienten über Jahre und Jahrzehnte hin, während der Staat und die Bevölkerung so weiter macht, als ob nichts sei. Glauben Sie, Borreliose sei eine geeignete Biowaffe? Ich nicht. Unter Effizienzgesichtspunkten gibt es definitiv andere, geeignetere Erreger, die man einsetzen könnte.

**Um es also mit Shakespeare zu sagen: Much ado about nothing; viel Lärm um nichts.
Und daher hier noch:**

Acht nicht ernst gemeinte goldene Regeln zu Verschwörungstheorien 😊

1. Wird über ein Thema öffentlich nicht gesprochen, dann wird das Thema von einer Verschwörung verschwiegen.
2. Um eine Verschwörung zu beweisen, genügen Behauptungen und Zirkelschlüsse.
3. Wenn Beweise fehlen, ist das nur Ausdruck einer gelungenen Unterdrückung von Beweisen und zeigt, wie mächtig die Verschwörer wirklich sind.
4. Die Einzigen, die an keiner Verschwörung beteiligt sind und die als Einzige die Wahrheit kennen, sind die Verschwörungstheoretiker.
5. Wer eine Verschwörung bestreitet, ist entweder selbst Mitglied der Verschwörung, oder ihr Opfer.
6. Wenn es mehrere Verschwörungstheorien gibt, dann ist die unwahrscheinlichste die wahrscheinlichste – alles Andere wäre ja zu einfach und zu leicht zu durchschauen.

7. Den Aussagen von Wissenschaftlern, Politikern und Militärangehörigen darf man grundsätzlich nie glauben, denn die sind immer an Verschwörungen beteiligt.

8. Wenn die Medien nicht über eine Verschwörung berichten, zeigt das, dass die Medien ebenfalls von den Verschwörern kontrolliert werden.

Sie merken schon, ebenso wie etliche Andere, die sich mit dem Thema beschäftigt haben – ich halte rein gar nichts von Verschwörungstheorien rund um Borrelien, Biowaffen und Plum Island. Ich hoffe jedoch, mit dieser kleinen Serie endlich dem Wunsch und den vielen Fragen meiner Leser/-innen ausreichend nachgekommen zu sein.

Nachtrag: Biowaffen und die Rolle des Epidemic Intelligence Service (EIS) der CDC

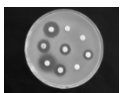
In den 1950er Jahren, die USA befinden sich im Koreakrieg, wird der Epidemic Intelligence Service (EIS) der CDC ins Leben gerufen. Diese quasimilitärische Einheit von Infektionsexperten sollte offensive Biowaffen entwickeln. Dr. Langmuir gründete dieses Ausbildungsprogramm – Auslöser war der Ausbruch hämorrhagischen Fiebers, das 3000 UN-Soldaten in Korea tötete und die Unsicherheit, ob es sich dabei um einen Angriff mit Biowaffen handelte. Die EIS-Rekruten erwarben militärische Ehren und selbst heute zeigen sich manche gerne in Uniform mit Militärrangabzeichen. Viel spannender als Plum Island ist die Rolle, die EIS-Officers im Hinblick auf Lyme Borreliose spielen.

Als Polly Murray ihren berühmten Anruf im Gesundheitsministerium von Connecticut machte, interessierte man sich zunächst nicht dafür. Erst Wochen später erhält sie einen unerwarteten Anruf vom EIS-Officer Dr. David Snyderman. Snyderman, ein Anthrax-Experte, kontaktiert seinen EIS-Kollegen Dr. Allen Steere, der in der Rheumatologie von Yale arbeitet. Polly Murray schreibt, dass sie bei ihrem Termin in Yale sehr erstaunt ist, nicht den Arzt zu treffen, der ihr angekündigt worden war, sondern stattdessen Dr. Steere. Sein "Kumpel" aus EIS-Zeiten, Snyderman, hatte ihn wohl auf den Fall angesetzt. Aber das ist wieder eine ganz andere Geschichte und wäre eine neue, kleine Serie wert.

B. Jürschik-Busbach © 2012

Alle Artikel dieses Blogs können gerne zu nicht-kommerziellen Zwecken unter Angabe der Quelle/Autorin und dem Original-Link verbreitet werden.

Chronische Borreliose? Die Tricks der Bakterien – eine Erklärung, warum Borrelien überleben?



Schläferzellen – das Geheimnis der unbesiegbaren Bakterien?

Unsere Antibiotika versagen zunehmend. Bakterien entwickeln Resistenzen gegen nahezu alle unsere genutzten Antibiotika. Sie verändern ihre DNA und können so Medikamente aus ihren Zellen pumpen, oder sie bilden Enzyme, die die Antibiotika zerstören. Sie entwickeln einen Tarn-Modus und entsprechen nicht mehr den Molekülen, auf die die Antibiotika zielen.

Das ist die Standard-Geschichte, wie Mikroben die Wirkung von Antibiotika vereiteln und – sie ist unvollständig. Einige Bakterien können dem Antibiotikumangriff auch ohne besondere Abwehrkräfte überleben. Sie senken einfach ihre Köpfe.

Bakterien können Antibiotika tolerieren

Alle unsere Antibiotika wurden entwickelt, um Bakterien, die sich aktiv teilen zu töten, so als ob sich ein Schraubenschlüssel in einer Maschine verklemmt und herumschwirrt. Sobald die Maschine stillsteht, kommt auch der Schraubenschlüssel zur Ruhe. Indem sie sich einen Schlafzustand versetzen oder nur noch sehr langsam wachsen, können sie selbst hohen Dosen an Antibiotika widerstehen. Sie sind nicht im klassischen Sinn "resistent", sondern können Antibiotika "tolerieren". Und später, wenn diese Schläferzellen wieder "wach werden", starten sie eine neue Welle der Infektion, wie Rasen, der sich immer wieder nach dem Mähen erholt und wächst.

Was sind Persister?

Diese Bakterien werden als Persister bezeichnet. Alles, was sie tun ist überleben, überdauern. Persister sind nicht eine bestimmte Art von Bakterien – sie sind eher wie eine vorübergehende Besetzung. Sie bilden ein Stadium, in das Mikroben wechseln, wenn sie durch Antibiotika bedroht werden. Ihre Fähigkeit zu überleben und sich zu erholen, ist eine Erklärung, warum viele Infektionen wie Tuberkulose (und Borreliose?), so lange therapiert werden müssen.

Aber auch diese Geschichte ist noch zu einfach. Yuichi Wakamoto und Neeraj Dhar von der Eidgenössischen Technischen Hochschule (Schweiz) haben die lange gehegte Vermutung, dass Persister nicht wachsen oder nur sehr langsam wachsen untersucht. Sie untersuchten das *Mycobacterium smegmatis*, ein Verwandter des Tuberkuloseerregers. Sie stellten das Gegenteil fest: Persister wachsen und teilen sich, doch sie sterben mit der gleichen Ratio ab, so dass sie die Illusion hervorrufen, eine statische Population zu sein.

Dynamische Persistenz – Bakterien wachsen trotz Antibiotika weiter

Die beiden Wissenschaftler beschreiben diese Strategie als "dynamische Persistenz", und es ist eine ganz neue. Es soll nicht bedeuten, dass alle Persister sich so verhalten, aber es zeigt, wie wenig wir über das geheime Leben der Bakterien wissen. "Es ist ein echter Fortschritt", sagt Bruce Levin von der Emory University. "Es zeigt, wie wenig wir über Antibiotika wissen und wie sie Bakterien töten."

Wakamotos und Dhars Trumpfkarte ist eine Technik namens [Mikrofluidik](#), die die Mikroben entlang kleiner Pfade lenkt und es Wissenschaftlern ermöglicht, sie einzeln zu verfolgen.

Das Duo setzte seine Mikroben *Isoniazid*, einem Anti-Tuberkulose-Medikament aus, das Bakterien am Aufbau ihrer Außenhülle hindert. *Isoniazid* tötet fast 90 Prozent der Bakterien. Der Rest sind Persister, aber – entgegen den Erwartungen, wuchsen die Persister trotz des Antibiotikangriffs weiter. Langsam wachsende Zellen überdauern höchstwahrscheinlich genauso wie schnell wachsende.

Die Geburten- und Sterberaten dieser Bakterien sind so fein austariert, dass es vordergründig zunächst aussieht, als ob die Population gleich bleibt. Nur Wakamotos und Dhars Mikrofluidik-Technik offenbart den verborgenen Zyklus von Leben und Tod.

Wie Persister überleben

Die Persister überleben, weil *Isoniazid* Bakterien benötigt, die ihre eigenen Todesurteile unterzeichnen. Es wird erst dann wirksam, wenn es von einem wichtigen bakteriellen Enzym namens *KatG* verarbeitet wird. Aber *KatG* existiert nicht immer. Bakterien produzieren dieses Enzym nur in zufälligen Zeitabschnitten und es ist das Timing dieser Zufallsimpulse, das entscheidet, ob sie *Isoniazid* überleben. Wenn das Medikament ein Bakterium im richtigen Zeitfenster erwischt, also wenn es gerade *KatG* produziert, kann das Antibiotikum die Zelle töten. Wenn das Medikament auf die Bakterien trifft, während sie gerade kein Enzym bilden, bleibt das Bakterium unbeeindruckt und unbeeinträchtigt. Es überlebt – und zwar locker.

Das alles hat weitreichende Implikationen. Auch wenn Persister nicht klassisch "resistent" werden, so erhöhen sie dennoch die Wahrscheinlichkeit, dass sich eine Resistenz entwickeln wird. Durch ihre lange Überlebenszeit, verlängern sie eine Infektion deutlich und geben jeder neuen Bakteriengeneration viel Zeit, um sich an die Antibiotika anzupassen. In Wakamotos und Dhars Szenario ist die Gefahr sogar noch größer. Wenn die Zellen *während* einer Antibiotika-Attacke statt *danach* wachsen, dann ist der Druck auf die Bakterien noch größer, Resistenzen zu entwickeln. Nicht alle Persister müssen sich in dieser Weise verhalten. Kim Lewis von der Northeastern University, einer der führenden Wissenschaftler in diesem Bereich, ist nicht sicher, ob Wakamotos und Dhars Zellen überhaupt Persister genannt werden sollten. "Ein wichtiges Merkmal von Persistern ist, dass diese Zellen viele Medikamente, nahezu alle, tolerieren", sagt er. Sie tun dies auf vielfältige Weise. "Dynamisch-resistente Zellen wäre ein besserer Begriff", meint Lewis. In gewisser Weise mag das ein semantisches Argument sein; die Persister-Forschung ist voll von semantischen Argumenten. Diese Zellen werden auch tolerante, latente, gleichgültige, ruhende und nicht-teilungsfähige Zellen genannt, alle Bezeichnungen mit leicht unterschiedlicher Konnotation. Vielleicht liegt das auch daran, dass Persister selbst so variabel sind. Wie Levin sagt: "Das Papier der beiden Forscher unterstützt meine Vorurteile, dass Persistenz nicht ein einziges Phänomen ist, sondern viele verschiedene Phänomene beinhaltet." Das passt zu den Ergebnissen der genetischen Untersuchungen. Sie können praktisch jedes einzelne Gen in Bakterien wie *E. coli* ausschalten und die resultierenden Mutanten bilden immer noch Persister. Es gibt viele Möglichkeiten Persister zu produzieren, eine Tatsache, die zweifellos zum Erfolg dieser bakteriellen Strategie beiträgt und die es schwierig macht, das zu erforschen.

Übersetzt von B. Jürschik-Busbach. © 2012

Alle Artikel dieses Blogs können gerne zu nicht-kommerziellen Zwecken unter Angabe der Quelle/Autorin und dem Original-Link verbreitet werden.

Quelle: <http://phenomena.nationalgeographic.com/2013/01/03/sleeper-cells-the-secret-lives-of-invincible-bacteria/>

Borreliose – neuer, sehr sehenswerter Youtube-Film!



Immer wieder ist zu lesen: Borreliose, die bakterielle Infektion, die meistens durch Zeckenstiche verursacht wird, sei mit einer zwei- bis dreiwöchigen antibiotischen Therapie zu heilen. So steht es in medizinischen Lehrbüchern und so liest und hört man es in den Medien. Leider hält sich die Realität nicht an Lehrbuchmeinungen und Veröffentlichungen.

Die Fakten sehen anders aus: Borreliose verläuft häufig schwerwiegend und chronisch, wie im Fall von Moni E. Und Moni ist kein Einzelfall.

Bitte guckt Euch dieses YouTube-Video an, verbreitet den Link und liked ihn (geht nur mit einem Youtube-Account).

Die mutige Moni und die Filmemacher haben es wirklich verdient!

<http://youtu.be/YjhSnt07VQA>

Dank des Klimawandels erkranken immer mehr Menschen an Borreliose! Jedes Jahr infizieren sich in Deutschland, je nach Datenlage, zwischen 214.000 und über 800.000 Menschen neu mit dem Krankheitserreger *Borrelia burgdorferi*. Bereits jedes 14. Kind in Deutschland ist nach Angaben des Robert Koch-Instituts mit Borrelien infiziert.

Borrelien sind übrigens eng verwandt mit dem Syphilis-Erreger. Für viele Patienten beginnt mit der oft unbemerkt gebliebenen Infektion ein langer Leidensweg, der nicht selten zur Erwerbsunfähigkeit und Frühverrentung führt.

Die Infektion wird auch als „großer Imitator“ bezeichnet, weil ihr diffuses, wechselndes Krankheitsbild Fehldiagnosen wie Multiple Sklerose, Rheuma, Arthritis, Fibromalgie-Syndrom, somatoforme Störung und viele mehr verursacht.

DIE FAKTEN:

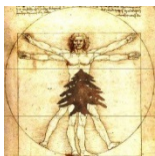
Mehr als 30 Jahre nach Entdeckung des Erregers gibt es immer noch keinen schützenden Impfstoff.

Mehr als 30 Jahre nach Entdeckung des Erregers gibt es immer noch keine zuverlässige, standardisierte Diagnostik.

Mehr als 30 Jahre nach Entdeckung des Erregers gibt es immer noch keine sicher heilende Therapie.

Das ist einfach nur beschämend!

Borreliose: Überlegungen zu künftigen Leitlinien von Dr. Fallon, Columbia University



In dem sehr lesenswerten Blog [Lymepolicywonk](http://Lymepolicywonk.com) von Lymedisease.org, schildert Dr. Fallon seine Überlegungen für künftige Borreliose-Leitlinien, die ich hier mal kurz übersetzen und zusammenfassen möchte:

Eines der frustrierenden Dinge bei der Lyme-Borreliose ist die Art, wie die IDSA den [“Stand der Wissenschaft”](#) betonen und behaupten, die Forschung zur chronischen Borreliose sei ein abgeschlossener Fall, wir benötigten keine weitere Forschung, “bestimmte” Studien hätten gezeigt, dass die Borreliosetherapie nicht wirkt. Punkt. Aus. Diese Übertreibung hat verheerende Folgen für Patienten, denn so werden die Türen für die künftige Forschung geschlossen und Patienten ohne Behandlungsmöglichkeiten zurückgelassen.

Wissenschaftler achten für gewöhnlich darauf, beim neuesten Stand der Wissenschaft nichts zu übertreiben. Diese Sache ist inzwischen bei einigen wissenschaftlichen Organisationen auf der Ebene ethischer Prinzipien angekommen. Die Amerikanische Chemische Gesellschaft stellt fest: “Öffentliche Kommentare zu wissenschaftlichen Dingen sollten mit Sorgfalt erfolgen, ohne grundlose, übertriebene oder verfrühte Aussagen.” (Moghissi et al. 2010). Doch bei Borreliose ist der Unterschied zwischen den Studienergebnissen (die die Wissenschaft reflektieren) und den Schlüssen, die daraus gezogen werden (die Meinungen enthalten), riesengroß, sie spiegeln Standpunkte und die Kontroverse wider.

Vier NIH-Studien zeigten unterschiedliche Ergebnisse, ob eine verlängerte antibiotische Therapie hilfreich ist. Diese konfliktträchtigen Ergebnisse spiegeln den entstehenden Stand der Wissenschaft/Forschung wider. Wir können daraus nicht folgern, dass wiederholte antibiotische Behandlungen bei Borreliose unwirksam sind, noch können wir annehmen, dass sie auf stabile Weise wirksam sind. Was wir folgern können: 60 % der Patienten mit schwerer Fatigue (Erschöpfung) geht es mit wiederholter, antibiotischer

Therapie besser. Wir wissen das, weil diese Ergebnisse sowohl in der Krupp-Studie, als auch in der Fallon Studie bestätigt wurden.

Wenn wir schließlich die Ergebnisse der NIH-Studien in Empfehlungen "übersetzen", sollten wir abwägen, ob der Nutzen einer Therapie die Risiken überwiegt und das wiederum hängt von den individuellen Umständen des Patienten ab. Das eigene klinische Urteil und der Patient dürfen nicht außer Acht gelassen werden. Dr. Sackett, der "Vater" der evidenzbasierten Medizin: "In der klinischen Praxis der evidenzbasierten Medizin bedeutet dies die Integration individueller klinischer Expertise mit der besten, verfügbaren, externen Evidenz aus systematischer Forschung; sie schließt auch die **Patientenpräferenz** mit ein."

Hallo? Die Patientenpräferenz! Sehr richtig! Man sollte Borreliosepatienten die Wahl lassen, ob sie wiederholt antibiotisch behandelt werden wollen, oder nicht.

B. Jürschik-Busbach © 2012

Alle Artikel dieses Blogs können gerne zu nicht-kommerziellen Zwecken unter Angabe der Quelle/Autorin und dem Original-Link verbreitet werden.

Quelle: http://lymedisease.org/news/lyme_disease_views/lymepolicywonk-dr-fallon%E2%80%99s-suggestions-for-future-guidelines.html

Zeckenstiche und hoher Cholesterinspiegel = Humane granulozytäre Anaplasiose?



Menschen mit einem hohen Cholesterinspiegel könnten anfälliger für die [humane granulozytäre Anaplasiose](#) (HGA) sein, die von Zecken übertragen wird. Darauf deutet eine neue Studie hin. Wissenschaftler konnten bei Mäusen, die mit dem Bakterium *Anaplasma phagocytophilum*, infiziert waren und genetisch für hohe Cholesterinspiegel prädisponiert sind, feststellen, dass ihre Bakterienlast 10 Mal so hoch war, als in Mäusen, die nicht derart vorbelastet sind. Diese Ergebnisse bestätigen die Vermutung der Forscher, dass das Überleben von *A. phagocytophilum* von den Cholesterinvorräten abhängt.

B. Jürschik-Busbach © 2012

Alle Artikel dieses Blogs können gerne zu nicht-kommerziellen Zwecken unter Angabe der Quelle/Autorin und dem Original-Link verbreitet werden.

Quelle: <http://researchnews.osu.edu/archive/tickchol.htm>

Borreliose – Unterschiede bei den Geschlechtern



Frauen mit Borreliose zeigen mehr klinische Symptome als Männer. [Serokonversion](#) nach der Therapie ist ebenfalls weniger wahrscheinlich, heißt es in einer prospektiven Studie mit 77 Patienten.

Die 37 weiblichen Patienten der Studie berichteten viel häufiger über unzählige Symptome als die 40 Männer. Signifikant mehr Frauen litten unter Muskel- und Gelenkschmerzen, Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Herzstolpern, Übelkeit, Erbrechen, Ängste, Taubheit und Sehstörungen während mindestens einem von sechs vorgeplanten Studie-Terminen mit einem Arzt. Offenbar reagieren Männer und Frauen unterschiedlich auf *Borrelia burgdorferi*. Eine Hypothese: Es könnte eine immunologische Variation bei der Antwort auf *Bb* in Frage kommen. Die Studienpatienten litten unter frühem, unbehandeltem *Erythema migrans* und klinisch bestätigter Lyme-Borreliose. Beim ersten der sechs Kontakte wurden sie gemäß den CDC-Kriterien getestet. Alle Patienten wurden mit einer dreiwöchigen Gabe von Doxycyclin behandelt und danach zwei Jahre lang beobachtet.

Die Ergebnisse zeigen, dass es Bedarf an geschlechtsspezifischer Forschung über die unterschiedliche Wirkung von Borreliose auf Männer und Frauen gibt. Solche Unterschiede werden auch bei anderen Infektionen beobachtet, doch sie wurden bei Borreliose im Frühstadium nicht gründlich untersucht, schreiben die Autoren.

B. Jürschik-Busbach © 2012

Alle Artikel dieses Blogs können gerne zu nicht-kommerziellen Zwecken unter Angabe der Quelle/Autorin und dem Original-Link verbreitet werden.

Quelle: <http://www.internalmedicineneeds.com/news/infectious-diseases/single-article/lyme-disease-presents-differently-in-men-and-women/1bf48578d5.html>

Borreliose: IDSA-Leitlinienautoren und NRZ-Leiter äußern sich zum "Borreliose-Krieg"



Unter der Überschrift: "Lyme-Borreliose: Die Herausforderung, korrekt zu sein" nehmen die IDSA-Leitlinienautoren Wormser, Klempner, aber auch Dr. Fingerle (NRZ) Bezug auf den Artikel von Kullberg et al., der im niederländischen *Journal of Medicine* veröffentlicht wurde: [Tired of Lyme wars](#). Dabei stützen sie sich argumentativ überwiegend auf die Klempner-Studien.

Übersetzung ohne Gewähr: B. Jürschik-Busbach © Maßgebend ist das Original:

<http://www.njmonline.nl/getpdf.php?t=a&id=10000790>

Wormser, Fingerle & Co. schreiben u. a.: Dieser Leitartikel von Kullberg et al. werde als ein Appell zu Ausgewogenheit und Vernunft angesichts des "Kriegs" gegen diese Infektionskrankheit präsentiert. Dabei stehe der Leitartikel aber im Gegensatz zu einem Übersichtsartikel (Lyme Borreliose), der in der gleichen Ausgabe veröffentlicht wurde und der Revisionen der Dutch CBO Behandlungsleitlinien vorausnimmt, die in Verbindung mit niederländischen Borreliose-Patientengruppen entwickelt wurden und 2011 veröffentlicht werden sollten.

Und weiter: Wir alle sind uns mit Kullberg et al. einig, dass das Feld durch eine sachliche und abwägende Berücksichtigung der Evidenz gut bedient wäre und dass Ärzte ihren Patienten aufmerksam zuhören und dass sie rationale Schlüsse, basierend auf Evidenz, ziehen sollten, um dann die angemessene Behandlung zu empfehlen. Leider enthält der Artikel einige Aussagen, die diesen Standards nicht entsprechen. Kullberg et al. verwenden irreführende Dualitäten, um ihre Argumente zu untermauern. Der zweite Satz gibt den Ton an: "ob persistierende Erschöpfung, kognitive Dysfunktion, und Schmerzen im Bewegungsapparat "richtige Krankheiten" sind und mit einer persistierenden Infektion zusammenhängen". Eine solche Aussage stellt zwei unterschiedliche Konzepte nebeneinander. Patienten

mit solchen Beschwerden haben eine klinisch relevante Störung, und sie müssen geeignet behandelt werden. Jedoch leidet an einem oder mehreren solcher Symptome ein beträchtlicher Anteil der erwachsenen Bevölkerung (> 20%), die bei der überwiegenden Mehrheit nicht auf Basis einer chronischen Infektion erklärt werden können. Das wird durch viele Studien zur Ätiologie des CFS gezeigt. Die Nachweise zeigen auch, dass eine persistierende Infektion nicht die Erklärung für vergleichbare, subjektive Symptome bei Patienten ist, die zuvor mit Lyme-Borreliose diagnostiziert und behandelt wurden.

Kullberg et al. machen auch Aussagen, die falsch sind. Sie behaupten, es sei wenig über den Therapieerfolg bei Patienten mit verspäteter Diagnose oder verspäteter Behandlung gegen *Bbsl* bekannt.

Allerdings werden die meisten Patienten mit Lyme-Arthritis verzögert diagnostiziert, da die durchschnittliche Zeit vom Beginn der Infektion mit *B. burgdorferi sensu stricto* bis zur Entwicklung der späten klinischen Manifestation sechs Monate beträgt. Dennoch das durchschnittliche Ergebnis der Antibiotikabehandlung in der Regel sehr gut und sehr gut verstanden, wie es umfassend in vielen klinische Berichten dokumentiert ist; die meisten davon wurden in den Leitlinien zur Lyme Borreliose (2006) der IDSA zusammengefasst.

Natürlich kann kein Medikament, einschließlich Antibiotika, die entstandenen Gewebeschäden in den Gelenken, Nerven und der Haut rückgängig machen. Eine frühe statt verzögerte Behandlung ist vermutlich wünschenswert, so wie es der Erfolg in der Prävention der Lyme-Arthritis bei Patienten mit *Erythema migrans* zeigt, der häufigsten Manifestation der frühen Lyme-Borreliose, die mit Antibiotika behandelt wird.

Kullberg et al. behaupten, es sei nicht bekannt, ob eine länger währende antibiotische Behandlung von Patienten mit ungeklärten Symptomen nach der Borreliose-Standard-Therapie vorteilhaft sei. Dies ist in Nordamerika nicht der Fall, da die veröffentlichten Ergebnisse von vier NIH-geförderten placebokontrollierten Therapiestudien entweder keinen Nutzen oder wenn überhaupt, nur einen bescheidenen Vorteil zeigten. Jeder mögliche Nutzen wird von den Risiken überwogen. Auch wenn die Borrelienspezies in Europa vielfältiger sind als in Nordamerika, ist nicht zu erwarten, dass diese Schlussfolgerungen in Europa, anders als vorgeschlagen ausfallen, wie die Ergebnisse einer finnischen Studie über eine verlängerte Antibiotika-Therapie zeigen.

Kullberg et al. übergehen die Ergebnisse der Klempner-Studien, in denen die Therapie mit 30 Tagen parenteralem Ceftriaxon (2 g/Tag), gefolgt von weiteren 60 Tagen oral verabreichtem Doxycyclin (200 mg/Tag) keinen Nutzen brachte (verglichen mit Placebo). Um diese wichtigen Erkenntnisse "wegzuerklären", behaupten Kullberg et al., die Studien seien vorzeitig eingestellt worden und man habe es versäumt, über den primären Erfolgspunkt zu berichten. Beide Behauptungen sind falsch. Die Studien endeten aufgrund der Empfehlungen einer unabhängigen Data and Safety Monitoring Kommission, **nach einer geplanten Zwischenauswertung** der ersten 107 aufgenommenen Patienten, im Hinblick darauf, dass es höchst unwahrscheinlich sei (<5%), dass ein signifikanter Unterschied in der Behandlungswirksamkeit zwischen den Gruppen beobachtet werden würde, wenn man die geplanten 260 Patienten vollständig rekrutieren würde.

In der Veröffentlichung ihrer Ergebnisse erklären Klempner et al. explizit: "Der primäre klinische Endpunkt war der Anteil der Patienten, deren Zustand folgendermaßen kategorisiert wurde: verbessert, unverändert, und schlechter auf der Grundlage der zusammengefassten Ergebnisse für die mentalen und physischen Komponenten des SF-36 bei 180 Tagen. Patienten, die von der Studie zurücktraten, wurden als "verschlechterter Gesundheitsstatus" kategorisiert. So war es speziell die Intent-to-treat-Analyse, die keine signifikanten Unterschiede beim primären Endpunkt in der verlängerten Nachbehandlung bei den Gruppen zeigte, die ein Placebo erhielten.

Ferner, im Einklang mit diesen Ergebnissen und vielleicht ebenso wichtig: Klempner et al. fanden – basierend auf über 700 Proben von 129 Patienten (Kultur und PCR-Assays) bei Patienten mit persistierenden Symptomen keinerlei Hinweise auf eine persistente *B. burgdorferi sensu stricto*-Infektion.

Sie fanden auch keinen Nachweis einer *Ixodes scapularis*-übertragenen Co-Infektion mit *Anaplasma phagocytophilum* oder *Babesia microti*, die die Symptomatik hätte erklären können.

Kullberg et al. erwähnen diese Erkenntnisse nicht in ihrem Leitartikel, obwohl sie betonen, wie wichtig es sei, angemessene Versuche zu untrnehmen, um einen Rückfall oder eine persistierende Infektion auszuschließen. Kullberg et al. vermuten, dass serologische Tests zum Nachweis von Antikörpern gegen *B. burgdorferi sensu lato* suboptimal seien und weisen auf einen kürzlich in den Niederlanden erschienenen Artikel hin, der inkonsistente Ergebnisse zwischen den verschiedenen getesteten Assays zeigt. Leider weist diese Studie eine Reihe von potenziell erheblichen methodischen Bedenken auf, nicht zuletzt die, dass die Patientengruppe schlecht definiert wurde, worauf bereits andere Wissenschaftler in den Niederlanden hinwiesen.

Wenn jedoch die Anmerkungen und Schlussfolgerungen von Kullberg et al. in Bezug auf serologische Tests als Unterstützung für den Bedarf korrekter Validierung von diagnostischen Tests, bevor sie in der Routine-Patientenversorgung angewendet werden, ausgelegt wird, stimmen wir völlig überein. Die Verwendung entsprechend validierter Tests in Verbindung mit Überlegungen von Pre- und Post-Test-Wahrscheinlichkeiten ist in der serologischen Diagnostik der meisten klinischen Manifestationen der Lyme-Borreliose, wenn es nicht um ein *Erythema migrans* geht, extrem wichtig – sowohl in den Vereinigten Staaten als auch in Europa. Schließlich bezeichnen Kullberg et al. die Verwendung des Begriffs “Post-Lyme-Krankheitssyndrom” als hinterlistig; eine ungewöhnliche, wenn nicht sogar unangemessene Wortwahl für einen Leitartikel in einer medizinischen Zeitschrift.

Für den Begriff “Post-Lyme-Borreliose-Syndrom” gibt es eine veröffentlichte Definition, die in der medizinischen Literatur und in internationalen Leitlinien weit verbreitet ist. Generell wird damit ein bestimmter medizinischer Zustand beschrieben, ohne irgendwelche Annahmen über die dabei beteiligten Mechanismen. Im Gegensatz dazu muss der undefinierte Begriff “chronische Lyme-Borreliose” eindeutig von wohldefinierten späten Manifestationen der Lyme-Borreliose wie Acrodermatitis oder späte Neuroborreliose unterschieden werden. Er hat auch ganz unterschiedliche Bedeutung für verschiedene Menschen und basiert auf der Annahme einer persistenten Infektion, für die es keine gültigen, wissenschaftlichen Beweise in dieser Patientengruppe gibt.

Die Definition eines Post-Lyme-Syndroms wurde entwickelt, um einen Rahmen für zukünftige Forschung zu schaffen und die diagnostische Unklarheit in Studienpopulationen zu reduzieren.

Der Nachweis, dass man an einem gewissen Punkt unter einer *B. burgdorferi*-Infektion leidet/ gelitten hat, ist eine **absolute** Voraussetzung für diese Fall-Definition. Solch ein inhärent sinnvoller Standard ist etwas ganz Anderes als der, der für “chronische Lyme-Borreliose” von vielen im Gesundheitswesen verwendet wird, die mit diesem Begriff argumentieren. Tatsächlich werden in den Vereinigten Staaten die Mehrzahl der Patienten mit unbestimmten Antibiotika-Therapien auf “Chronische Lyme-Borreliose” behandelt, die gar keinen gültigen Nachweis auf eine *B. burgdorferi sensu stricto*-Infektion haben. Lyme-Borreliose-Aktivistinnen in den Vereinigten Staaten haben ein Problem mit dem Begriff “Post-Lyme-Syndrom”, weil sie glauben, es vermittelt die Botschaft, dass keine aktive Infektion die anhaltenden Beschwerden erklärt. Tatsächlich ist es jedoch der mikrobiologische und klinische Nachweis, den Klempner et al. zusammengestellt haben und der durch Ermittler bestätigt wurde, und nicht der Begriff per se, der solche Schlussfolgerungen gewährleistet.

B. Jürschik-Busbach © 2012

Alle Artikel dieses Blogs können gerne zu nicht-kommerziellen Zwecken unter Angabe der Quelle/Autorin und dem Original-Link verbreitet werden.

Chronische Borreliose? Warum Pharmafirmen selten neue Antibiotika entwickeln

Es gibt vornehmlich zwei Gründe, warum kaum noch neue Antibiotika in der Pipeline der Pharmakonzerne zu finden sind:

Erstens:

Wenn ein Antibiotikum nur gegen ein bestimmtes Bakterium hilft, benötigen es nur wenige Menschen während der Patentzeit. Ist ein Antibiotikum jedoch ein „Breitband-Antibiotikum“, soll heißen, es wirkt gegen eine ganze Reihe von bakteriellen Erregern, verkürzt auch dieser Umstand die kommerzielle Zeitspanne, da diese Antibiotika schnell Resistenzen hervorrufen.

Antibiotika sollen vor allem eine akute Infektion heilen, nicht eine chronische lindern. Das bedeutet, Patienten benötigen sie nur für eine kurze Zeit, während der Akutphase ihrer Infektion. Vergleichen Sie das mal mit Medikamenten, die über Jahre hinweg genommen werden müssen, wie z. B. bei zu hohem Cholesterin oder bei Asthma. Antibiotika schwächen das Investment der Pharmaproduzenten!

Zweitens:

Die nächste Herausforderung liegt in der Natur der Bakterien, die auf gewisse Art ihre kollektive Intelligenz nutzen. Jede Menge unabhängig mutierender Bakterien testen Anpassungsvarianten an die Probleme der Bakteriengruppe, z. B. wie können wir Antibiotika überleben? Die Bakterien, die für solche Probleme Lösungen finden, überleben und geben dieses „Wissen“ weiter. Soll heißen: Wenn z. B. die Veränderung des bakteriellen Proteins, an das normalerweise das Antibiotikum angedockt hätte, das Bakterium überleben lässt – Bingo! So ist es viel schwieriger geworden, Antibiotika zu entwickeln, die diese veränderten Keime noch vernichten können.

Wenn man die beiden Probleme (das ökonomische und das wissenschaftliche) zusammenführt, ist das Ergebnis ein Desaster für die Entwicklung neuer Wirkstoffe. Die Aussichten sind so entmutigend, dass kaum noch eine Firma versucht, neue Antibiotika zu entwickeln.

Wie könnte eine Lösung aussehen?

Pharmafirmen könnten ihre Forschungsteams zeitlich limitiert für „Antibiotika-Projekte“ zusammenlegen. Oder der Staat fördert jene Pharmafirmen, entsprechend ihres Beitrags zum Wohl der Patienten. Jene, die Medikamente „erfinden“, die Patienten xy mehr gesunde Lebensjahre verschaffen, sollen proportional mehr Förderung erhalten, als andere. Je niedriger die Kosten für diese lebensrettenden Medikamente sind, umso mehr Menschen könnten sie nutzen. Je mehr Leben diese Medikamente retten, umso größer müsste die finanzielle Belohnung für solche Firmen ausfallen. In Kanada schlug man vor, für 20 Millionen Dollar pro Jahr die Zusammenarbeit verschiedener Firmenlaborteams zu fördern, damit sie neue Antibiotika entwickeln.

Wie wird man künftig moderne Medizin praktizieren wollen, ohne wirksame Antibiotika?

Übersetzung B. Jürschik-Busbach ©

Alle Artikel dieses Blogs können gerne zu nicht-kommerziellen Zwecken unter Angabe der Quelle/Autorin und dem Original-Link verbreitet werden.

Quelle: <http://www.nytimes.com/2012/12/10/opinion/teaming-up-to-make-new-antibiotics.html>

Borreliose: Leitlinienautor sorgt sich um den Einfluss der Politik ...



Nachdem im US-Bundesstaat Connecticut drei Gesetzesvorlagen für mehr Leitlinien zur Diagnose und Behandlung von Lyme-Borreliose eingereicht wurden, äußert sich Dr. Eugene Shapiro, einer der IDSA-Leitlinienautoren skeptisch. Der von Versicherungskonzernen bezahlte "Berater", befürchtet einen zu starken Einfluss der Politik auf die Leitlinien.

Das ist recht bemerkenswert, denn der gute Mann hatte 2006 ganz sicher keinerlei Befürchtungen, dass seine Honorare von großen Krankenversicherungskonzernen wie Metropolitan Life Insurance ("Borreliose ist keine chronische Erkrankung!") Einfluss auf seine Leitlinienautorenschaft haben könnten. Auch seine finanziellen Verbindungen zu den Pharmariesen Merck und Sanofi-Aventis beeinflussen Dr. Shapiro sicher in keiner Weise, gell?!

Bei der Gesetzesinitiative, so einer der Senatoren, gehe es darum, eine Vielzahl an Experten zusammen zu bringen, um über diese Erkrankung zu diskutieren. Man glaube, chronische Borreliose sei ein Problem und die Gesundheitsexperten sollten dies häufiger in Betracht ziehen.

B. Jürschik-Busbach © 2013

Alle Artikel dieses Blogs können gerne zu nicht-kommerziellen Zwecken unter Angabe der Quelle/Autorin und dem Original-Link verbreitet werden.

Quelle: http://articles.courant.com/2013-02-08/health/hc-lyme-legislation-20130208_1_lyme-disease-infectious-diseases-society-eugene-shapiro

Plötzlicher Hörverlust durch Lyme-Borreliose



In einem retrospektiven Fallbericht und einer systematischen Literatursuche bei Pubmed und Embase wird der Fall einer Patientin beschrieben, die einen plötzlichen sensoneuronalen Hörverlust erlitten hat, nachdem sie eine Gesichtslähmung in Verbindung mit Lyme-Borreliose entwickelte (LB wurde durch einen positiven Immunoblot nachgewiesen).

Sie wurde (erfolgreich?) mit Ceftriaxon behandelt; die Gesichtslähmung verschwand, doch der Hörverlust blieb. Eine systematische Literaturrecherche ergab vier relevante Artikel mit bestätigter positiver LB-Serologie, in denen eine aktive Borreliose als Ursache für den Hörverlust in Betracht gezogen wird.

Schlussfolgerung: Die medizinische Literatur bringt einen plötzlichen sensoneuronalen Hörverlust mit einer Borrelioseninfektion in Verbindung, was bei serologischen Tests auf LB bei Patienten mit plötzlich auftretender Taubheit berücksichtigt werden sollte.

B. Jürschik-Busbach © 2013

Alle Artikel dieses Blogs können gerne zu nicht-kommerziellen Zwecken unter Angabe der Quelle/Autorin und dem Original-Link verbreitet werden.

Quelle: http://journals.lww.com/otology-neurotology/Abstract/publishahead/Lyme_Disease_Associated_With_Sudden_Sensorineural.98361.aspx

Dr. Hopf-Seidel kommentierte:

Unter einer 6-wöchigen Azithromycintherapie ohne die dazwischen notwendigen 3-4 tägigen Einnahmepausen hat eine 17-Jährige einen völligen beidseitigen Hörverlust erlitten, der auch nach Ende der Antibiose noch für Wochen anhielt. Die antibiotische Behandlung mit diesem Makrolid war wegen einer aktiven Borreliose durchgeführt worden. Danach kam es zwar zu einer völligen Erholung des Hörvermögens, aber diese medikamentöse Nebenwirkung hatte die junge Frau aber in die Psychiatrie gebracht unter der Verdachtsdiagnose " psychogene Hörstörung", ohne dass die aktive Borreliose oder die im Beipackzettel beschriebene seltene NW Hörverlust bei Azithromycintherapie beachtet worden wäre. Da aber die Borreliose allein schon Hörminderungen bis zum Hörsturz und Tinnitus verursachen kann, ist Vorsicht mit Azithromycin geboten, das deshalb immer nur mit mehrtägigen Pausen eingenommen werden sollte.

IDSA-Leitlinien zur Borreliose – gültig bis zum Sankt Nimmerleinstag?

Am 2. Februar 2013 stellten die beiden Senatoren Blumenthal und Gillibrand eine Anfrage an das National Guidelines Clearinghouse, vergleichbar mit der [AWMF](#) in Deutschland, mit der Bitte, die veralteten IDSA-Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der Lyme-Borreliose zu entfernen.

Fast 30.000 Menschen haben bereits die Petition zur Entfernung der IDSA-Borreliose-Leitlinien unterzeichnet

Der Brief der beiden Senatoren folgt einer Initiative diverser Kongressabgeordneter, die bereits ähnliche Bedenken und Forderungen formuliert hatten. Über 26.000 Menschen haben inzwischen die Petition zur Entfernung der IDSA-Leitlinien unterzeichnet. Wer es noch nicht getan hat, hier gehts zur Petition: <http://www.lymedisease.org/petitionscrip/index.php>

Die Richtlinien des National Clearinghouse sehen vor, dass Leitlinien alle 5 Jahre aktualisiert werden müssen, um sicherzustellen, dass sie den aktuellen Stand der Wissenschaft widerspiegeln bzw. an diesen angepasst werden.

Neun Jahre alte Leitlinien zur Borreliose sollen den aktuellen Stand der Wissenschaft widerspiegeln?

Die IDSA-Leitlinien stammen aus dem Jahr 2006 und sie sollen bis 2015 im National Clearinghouse gelistet bleiben. Die IDSA argumentiert, die kartellrechtlichen Ermittlungen im Jahr 2009 hätten eine Überprüfung nötig gemacht, die 2010 erfolgt sei. 2010 hatten die von der IDSA selektierten, und daher alles andere als unabhängigen Mitglieder der Überprüfungscommission befunden, die 2006 Leitlinien müssten nicht geändert werden. Die Bewertung und Überprüfung verlief nicht, wie üblich, in einem offenen und transparenten Prozess, unter Einbeziehung der Patientenvertreter; auch die 25 empfohlenen Änderungen an den Richtlinien wurden vom 2010 eingesetzten Prüfungskomitee nicht umgesetzt. De facto bedeutet dieses Vorgehen bislang, dass im speziellen Fall der Borreliose-Leitlinien nun Leitlinien von 2006 bis 2015 nahezu unverändert gelten dürfen. Immer schneller wachsendes medizinisches Wissen? Eine kaum noch überschaubare Publikationsflut? Wo, die IDSA-Borreliose Leitlinien bleiben in Stein gemeißelt und vermutlich gültig bis zum Sankt Nimmerleinstag. Noch Fragen?

B. Jürschik-Busbach © 2012

Alle Artikel dieses Blogs können gerne zu nicht-kommerziellen Zwecken unter Angabe der Quelle/Autorin und dem Original-Link verbreitet werden.

Quelle: <http://lymedisease.org/news/lymepolicywonk/lymepolicywonk-senators-request-removal-of-idsa-lyme-guidelines-from-national-guidelines-clearinghouse.html>

Können Borrelien Sarkoidose verursachen?

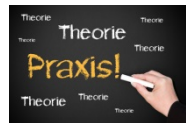


Borrelia burgdorferi-Antikörper wurde im Blut von 33 Patienten gefunden, die klinisch und pathologisch bestätigt an [Sarkoidose](#) leiden. Die Ergebnisse zeigten, dass 81,8 % der Patienten positiv auf Bb-Antikörper waren. Zusätzlich wurde ein Bb-Stamm aus dem Blut eines Patienten isoliert. 15 Patienten erhielten 2g/Tag Ceftriaxon oder 12 Mio. U Penicillin pro Tag. Die Antikörper-Titer der Patienten verringerten sich bis fast zum Normalstand. Wir schließen, schreiben die Wissenschaftler, dass eine *Borrelia burgdorferi*-Infektion die Ursache für Sarkoidose sein könnte bzw. dass Sarkoidose eine spezifische Art von Lyme-Borreliose darstellen könnte.

Das ist insofern interessant, als man die Ursache für Sarkoidose bislang nicht kennt. Im [DocCheck Lexikon](#) wird eine "autoimmune Ursache" vermutet. Immerhin verweist man darauf, dass in den USA nun klinische Studien mit Antibiotika laufen (Minocyclin und Clindamycin) – soviel zum Thema "autoimmun"!

[Chin Med J \(Engl\). 1992 Jul;105\(7\):560-3. Borrelia burgdorferi infection may be the cause of sarcoidosis. Hua B, Li QD, Wang FM, Ai CX, Luo WC. Quelle: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1333393>](#)

Borreliose: Längere Behandlung zeigt bessere Ergebnisse



Die englische Organisation Lyme Disease Action veröffentlichte unlängst die Zusammenfassung einer retrospektiven Studie aus Glasgow: "[Management of suspected Lyme borreliosis: experience from an outpatient antibiotic therapy service.](#)" White B, Seaton RA, Evans TJ. QJM 2013; 106:133–38.

Die Studie befasst sich mit den Erfahrungen, die in einer Klinik für Infektionskrankheiten in Glasgow mit ambulanten Patienten und der ambulant durchgeführten, parenteralen antibiotischen Behandlung (in Form von intravenösem Ceftriaxon) bei vermuteter oder nachgewiesener Borreliose gemacht wurden.

Retrospektiv wurden alle Patienten mit Verdacht auf Borreliose und ambulant erfolgter intravenöser Ceftriaxon-Therapie überprüft, die in Glasgow von Januar 2000 bis Juni 2011 behandelt worden waren. Beachtet wurden die Therapie-Ergebnisse, die Angemessenheit gegenwärtiger Leitlinien, wenn sie in der "Realität" angewendet werden und Aufzeichnungen über Nebenwirkungen der Therapien. 91,7 % der ambulanten Patienten verabreichten sich nach Schulung selbst die Medikamente durch einen peripheren oder zentralvenösen Zugang.

Ergebnisse

76 Patienten wurden identifiziert und für 72 Patienten standen Aufzeichnungen zur Verfügung, von denen 79% im Jahr 2007 behandelt wurden.

Die Klinik beschäftigt sich mit Überweisungen von 7 der 14 Scottish Health Boards in einer "hoch endemischen Region."

68% der Überweisungen kamen vom Greater Glasgow & Clyde Health Board.

Das mittlere Alter lag bei 42 Jahre (Skala: 15 bis 89 Jahre). 56% der Patienten waren weiblich.

39% der Patienten wurden von Hausarztpraxen überwiesen; 38% von Neurologen.

Die Mehrheit der Patienten wies einen positiven oder grenzwertigen Serologie-Befund auf, 18% der Patienten waren seronegativ.

76% waren potenziell Zecken oder Risikofaktoren für Lyme-Borreliose (LB) ausgesetzt und 39% erinnerten sich an einen oder mehrere Zeckenbisse. 19% hatten "keine Erinnerung an einen Zeckenbiss und kein erkennbares Risiko für LB.

Verdachtsdiagnosen bei Überweisung:

Neuroborreliose 60%

chronische Lyme-Borreliose 17%

Lyme Arthritis 15%

frühe Lyme-Borreliose 4%

Lyme-Borreliose mit Herzbeteiligung 3%

Uveitis 1%

Häufige Symptome:

Nervenwurzelschmerzen und periphere sensorische Probleme 47%

Fatigue 44%

Gelenkschmerzen 26%

Kopfschmerzen 15%

Muskelschwäche 13%

Siebter Gesichtsnerv/Gesichtslähmung 10%

Kognitive Probleme 10%

Muskelschmerzen 8%

Hörverlust/ Tinnitus 7%

Entzündliche Arthritis 7%.

Im Allgemeinen: "Es wird über ein breites Spektrum von Symptomen berichtet und mehrere Symptome gleichzeitig sind häufig."

Eine Wanderröte, ein *Erythema migrans* wiesen nur 4% der Patienten auf; unspezifische Hautreaktionen ebenfalls 4%.

49% der Patienten wurden nach den Leitlinien behandelt und 50% nicht. Bei Patienten, die nicht nach Leitlinien behandelt wurden, waren auch jene eingeschlossen ...

- deren Serologie negativ war

- die wiederholt intravenöse Therapien erhielten

- (32%), die orale Antibiotika nach der intravenösen Therapie erhielten (Median 3 Wochen (Spanne: 1-8 Wochen)).

Die mittlere Dauer der Ceftriaxon-Therapie betrug 21 Tage (Spanne: 1-43 Tage).

Das mittlere Follow-up betrug 4 Wochen nach Beendigung der Behandlung (Spanne: 0-204 Wochen).

Deutliche Verbesserung wurde bei 28% der Patienten beobachtet; bescheidene/leichte oder vorübergehende Besserung bei 33% und keine Besserung bei 36%. Die Autoren kombinierten die letztgenannten Gruppen in ihrer Analyse.

Die Autoren kommentieren, dass das Ansprechen auf die Behandlung, je nach serologischem Status und je nach Einhaltung der veröffentlichten Leitlinien widersprüchliche Ergebnisse zeigt.

61% der Befragten mit positiver Serologie, die eine längere Therapie erhielten, zeigten deutliche Verbesserung, ebenso 23% der Befragten mit negativer Serologie.

Schlechte Ergebnisse wurde bei Patienten mit positiver Serologie beobachtet, bei denen die Leitlinien eine orale Behandlung empfehlen (9% deutliche Verbesserung), und jene, die eine intravenöse Therapie nach Leitlinien (23% deutliche Verbesserung) erhielten.

Überraschend war die hohe Rate der Nebenwirkungen, insbesondere der Neutropenie (18%) *(reduzierte Anzahl von Neutrophilen, die eine Art von weißen Blutkörperchen sind), Leberwerte (11%), Durchfall (6%), nur ein Fall aufgrund *C. difficile*, Infektion (4%) bei einem Patienten Absetzen infolge schwerer Sepsis. Weniger häufig waren Hautausschlag (4%), allergische Reaktion (3%), Kopfschmerzen, Müdigkeit, Übelkeit, Mundsoor, Gürtelrose und Dyspepsie (alle 1%).

Die Autoren schließen, dass die Behandlung eine individuelle Entscheidung des Arztes und des Patienten bleiben sollte, basierend auf einer offenen Prä-Therapie-Besprechung und der Abwägung der Risiken und Chancen.

Übersetzt und zusammengefasst: B. Jürschik-Busbach © 2013

Alle Artikel dieses Blogs können gerne zu nicht-kommerziellen Zwecken unter Angabe der Quelle/Autorin und dem Original-Link verbreitet werden.

Quelle: <http://www.lymediseaseaction.org.uk/latest-news/longer-treatment-better-outcome/>

Borreliose: Die Embers-Affenstudie und ihr Einfluss auf die IDSA-Leitlinien



Die [Studie von Embers et al.](#) zeigt, dass *Borrelia burgdorferi* (Bb) in Affen nach einer antibiotischen Therapie persistiert. Die Embers-Studie ist die jüngste in einer Reihe von Studien, die zeigen, dass die Borrelien-Infektion in Tiermodellen trotz antibiotischer Therapie persistiert.

Die Studie zeigt auch, dass der C6-Antikörpertest falsch-negative Ergebnisse bei allen behandelten Tieren und bei mehr als der Hälfte der Unbehandelten liefert.

Die Embersstudie widerspricht den IDSA-Leitlinien in vielen Punkten. Hier geht's zur Auflistung der einzelnen Punkte: [Die Embersstudie und ihr Einfluss auf die IDSA Leitlinien](#)

B. Jürschik-Busbach © 2013

Alle Artikel dieses Blogs können gerne zu nicht-kommerziellen Zwecken unter Angabe der Quelle/Autorin und dem Original-Link verbreitet werden.

Borreliose und Medizintourismus – Auf, nach Indien?



Der US-Sender CNN berichtet über den Medizintourismus. Insbesondere Patienten aus der westlichen Welt sehen sich mit teils horrenden Kosten konfrontiert. Immer mehr Malade zieht es darum in die Ferne.

CNN stellt u. a. den Fall Amy Scher, 33, vor. Sie konnte in den USA niemanden finden, der ihre Lyme-Borreliose und die dadurch entstandenen Nerven- und Muskelschädigungen, die Gehirnläsionen und den nahezu permanenten Schmerzzustand durch eine Stammzelltherapie behandeln wollte. Gegen den Rat ihres US-Arzt (‘‘er dachte, es würde mich umbringen’’), und zunächst auch gegen ihre eigenen Bedenken, reiste sie zwischen 2007 und 2010 drei Mal nach Neu-Delhi, um das kontrovers diskutierte und noch experimentelle embryonale Stammzelltherapieprogramm zu absolvieren.

Heute, sagt sie, sei sie vollständig von allen Auswirkungen ihrer autoimmunen Krankheit geheilt. ‘‘Ich stimmte zu, ein Versuchskaninchen zu sein, weil mir diese Therapie das größte Heilungspotenzial bot’’, so Scher. Im Laufe der Therapie sparte sie 60.000 US-Dollar – zum Vergleich: Eine Stammzelltherapie im Northwestern Memorial in Chicago kann 90.000 US-Dollar kosten. In Indien zahlte Scher für ihr Therapieprogramm 30.000 US-Dollar, einschließlich Unterkunft und Verpflegung.

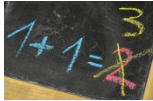
Mehr Infos zum Thema Borreliose und Stammzelltherapie in Indien: <http://www.verschwiegene-epidemie.de/tag/stammzelltherapie/>

Übersetzt: B. Jürschik-Busbach © 2013

Alle Artikel dieses Blogs können gerne zu nicht-kommerziellen Zwecken unter Angabe der Quelle/Autorin und dem Original-Link verbreitet werden.

Quelle: <http://travel.cnn.com/cheapest-facelifts-world-786941>

Borreliose: Leitlinien fehlerhaft? Interessante, neue biostatistische Analyse aus den USA



Die Bio-Statistikerin Allison DeLong unterzog jene Studien einer erneuten statistische Überprüfung, die immer wieder als "Beweis" herangezogen werden, um zu zeigen, dass eine erneute antibiotische Behandlung der chronischen Borreliose zwecklos sei. Diese Schlussfolgerung lässt die statistische Analyse allerdings fraglich erscheinen.

Fragwürdige Schlussfolgerungen und Missverständnisse haben zu medizinischen Leitlinien geführt, in denen sich gegen eine antibiotische Nachbehandlung ausgesprochen wird und Versicherungen decken eine Nachbehandlung ebenfalls nicht ab. Sorgfältiges Lesen der Studien und Daten zeige, dass nichts bewiesen wird, schreiben die Autoren der statistischen Analyse.

Borreliose Studien und falsche Schlussfolgerungen

Die meisten Ärzte behandeln Lyme-Borreliose mit Antibiotika nur für maximal zwei bis vier Wochen; bestehen die Symptome fort, wird in medizinischen Leitlinien empfohlen, nicht mehr antibiotisch nachzubehandeln. Diese Empfehlung sollte mit Vorsicht betrachtet werden. Eine neue veröffentlichte statistische Überprüfung der vier Studien, auf denen diese Leitlinien basieren, zeigt, dass diese hinsichtlich Studiendesign, Analyse und Interpretation Mängel aufweisen, was die Stärke des Nachweises (der Evidenz) "gegen eine erneute antibiotische Therapie" mehr als fraglich macht.

Alle vier US-Borreliose Studien beweisen nicht, dass eine antibiotische Nachbehandlung nicht effektiv ist

Allison DeLong, Biostatistikerin an der Brown University, Center for Statistical Sciences, und führende Autorin der Studie, die am 19. August 2012 online in *Contemporary Clinical Trials* veröffentlicht wurde, schreibt, die vier Studien beweisen nicht, dass eine Nachbehandlung nicht wirkt. Die fragwürdige Interpretation hat jedoch dazu geführt, dass Ärzte die Behandlung nicht fortführen und dass Versicherungen die Erstattung solcher Behandlungskosten verweigern.

Ein Mangel an Evidenz sollte nicht dazu führen, dass die Behandlung verweigert wird, wenn die Studien gravierende Mängel aufweisen

"Das Ziel der Arbeit ist es, zu klären, was tatsächlich aus diesen klinischen Studien geschlossen werden kann; was gesagt werden kann und was nicht", sagt DeLong. "Ein Mangel an Evidenz sollte nicht dazu führen, dass die Behandlung verweigert wird, wenn die Studien gravierende Mängel aufweisen."

Die Beweise in den Studien sind häufig nicht eindeutig, fanden sie und drei Co-Autoren heraus. Zwei Studien weisen sogar einige statistisch signifikante Vorteile für eine antibiotische Therapie auf.

Bereits seit mehr als einem Jahrzehnt beschäftigt sich DeLong mit dem Thema Borreliose-Nachbehandlung. Einer ihrer Freunde schien von einer erneuten Therapie zu profitieren. Ihr Freund musste die Behandlung aus eigener Tasche bezahlen. Statistiker nennen dies "n von 1", etwas, dass man in der Medizin eine Anekdote nennt, ein nicht überprüfbarer "Einzelfall". Doch dieses Beispiel verfolgte DeLong, weil immer mehr Menschen, insbesondere Journalisten sich fragten, ob eine Nachbehandlung wirklich unwirksam sei.

2009 und 2010 beschlossen DeLong und ihre Kollegen sich die Sache unter strengen statistischen Kriterien anzusehen. Zunächst suchten sie in der medizinischen Literatur nach jeder randomisierten klinischen

Studie, die einen Nachweis über die Wirksamkeit antibiotischer Behandlung bei Lyme-Borreliose aufwies. Die sorgfältige Überprüfung von mehr als 100 Studien führten letztendlich zu den vier Studien, auf die sich die Infectious Diseases Society of America (IDSA) und die American Academy of Neurology stützen.

Die einflussreichsten Studien wurden von Klempner et al. 2001 im *New England Journal of Medicine* veröffentlicht. In den multizentrischen Studien waren Patienten mit chronischer Borreliose eingeschrieben (mit positiven oder negativen serologischen Ergebnissen auf Immunglobulin G, einem Antikörper, das auf eine aktive Infektion hinweisen könnte.) In jeder der IgG-positiven und -negativen Gruppen, Patienten erhielten entweder intravenös Antibiotika, gefolgt von oral verabreichten Antibiotika oder intravenösem Placebo, gefolgt von oralen Placebos. Ihre Symptome wurden anhand eines Lebensqualität-Fragebogens (SF 36 genannt) "gemessen".

Die Klempner-Studien beweisen nichts?

Obwohl Klempner et al. keinen signifikanten Vorteil für eine Nachbehandlung fanden, zeigen Erkenntnisse aus weiteren SF-36-Studien bei chronischen Erkrankungen, dass man bei der Klempner Studie nach unrealistisch großen Unterschieden suchte. **Siehe hierzu auch:** <http://www.verschwiegene-epidemie.de/2012/11/borreliose-studien-die-unterschiede-machen-den-unterschied/>

"So, wie die Versuche entworfen waren, verlangte man deutlich größere Behandlungseffekte als die minimalen, klinisch jedoch wichtigen Unterschiede (MCID), die bei anderen chronischen Erkrankungen identifiziert werden. Das wiederum deutet darauf hin, dass die Stichproben unzureichend waren und die Versuche sehr wahrscheinlich zu gering durchgeführt wurden, um die wahren zugrundeliegenden MCIDs entdecken zu können", schreiben DeLong und ihre Co-Autoren in dem Fachblatt.

Klempners Statistiken zeigen, dass die Behandlung möglicherweise wirksam oder unwirksam gewesen ist, angesichts der Bandbreite eines statistischen Maßes, das als Konfidenzintervall bekannt ist, sagt DeLong.

Die Krupp Studie zeigt einen signifikanten Nutzen einer antibiotischen Nachbehandlung

In einer anderen der vier Studien, die von Krupp et al. durchgeführt wurden, fanden die Forscher einen signifikanten Nutzen der Nachbehandlung bei der schweren Erschöpfung, doch die Autoren zählten dieses Ergebnis aus Versehen nicht mit. Die Autoren der Studie waren besorgt, dass ihre Probanden bemerken würden, dass sie eine wirkliche Behandlung erhielten, anstelle der Placebos und dass dadurch die Ergebnisse verdorben würden. Das Ausmaß der Erschöpfung ist subjektiv und könnte durch diese Erkenntnis beeinflusst werden. Aber DeLong stellt fest, dass die Personen wahrscheinlich gar nichts bemerkt haben, aus folgendem Grund: Wenn die Mitglieder jeder Gruppe eine blind-optimistische 7 zu 10 Chance haben, zu glauben, dass sie echte Medizin erhalten, dann würden die Menschen, 7 zu 10 mal richtig liegen und die Menschen, die das Placebo erhielten hätten nur 3 von 10 Mal recht. Die Menschen, die das Medikament erhalten, sehen so aus, als hätten sie ihren Status erkannt, aber in Wirklichkeit konnten sie nur eine glückliche, optimistische Vermutung haben.

Während die Krupp-Studie ausreichend stark war, um einen signifikanten Vorteil bei Erschöpfung zu messen, war sie zu schwach, um die beiden anderen Behandlungseffekte zu messen, die berücksichtigt wurden: Verbesserung der kognitiven Verarbeitung und Beseitigung eines potenziellen Borreliose-Biomarkers, sagt DeLong.

Die letzte der vier Studien, die von Fallon et al., verfügt nur über eine sehr kleine Stichprobe. Man fand Hinweise auf einige Vorteile der Nachbehandlung, aber nichts definitiv Positives oder Negatives.

Letztlich, so DeLong, wird der beste Beweis, um eine antibiotische Nachbehandlung zu stützen oder zu widerlegen, kommen, wenn Wissenschaftler einen definitiven Test für eine aktive Borreliose-Erkrankung

entwickeln. In der Zwischenzeit ist es möglich, dass Patienten mit chronischer Borreliose eine anhaltende Infektion in sich tragen, die mit Antibiotika behandelt werden könnte.

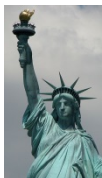
“Die Interpretation der Studien geht zu weit”, sagt sie. “Man kann nicht sagen, dass die Studien gezeigt haben, dass eine Nachbehandlung nicht nützlich ist. Man kann dann nicht zur der Schlussfolgerung kommen, dass dies zeige, dass es keine persistierende Infektion ist.”

Übersetzt: B. Jürschik-Busbach © 2013

Alle Artikel dieses Blogs können gerne zu nicht-kommerziellen Zwecken unter Angabe der Quelle/Autorin und dem Original-Link verbreitet werden.

Quelle: <http://news.brown.edu/pressreleases/2012/08/lyme>

Borreliose? Die CDC ergänzt eine neue Krankheitskategorie: “Wahrscheinliche-Spätborreliose”



Im [BMC Infect Dis. 2012;12\(173\)](#) berichten [Aucott et al.](#) über “wahrscheinliche Spätborreliose”. Diese Bezeichnung hat die US-Seuchenbehörde CDC als neue Kategorie für Patienten hinzugefügt, die serologisch positiv sind und von Ärzten mit Lyme-Borreliose diagnostiziert werden, obwohl “objektive Symptome” fehlen.

Kurz zur Erinnerung: Man unterscheidet in der Medizin “*subjektive* und *objektive* Symptome”:

Subjektive Symptome sind die vom Patienten selbst geklagten Krankheitszeichen.

Objektive Symptome sind die vom Untersucher festgestellten oder festgehaltenen [pathologischen](#) Einzelbefunde oder die von einer dritten Person (z. B. Angehörigen) berichteten Angaben zur Krankheit. In diesem Sinne wird z. B. auch zwischen [Eigenanamnese](#) und [Fremdanamnese](#) unterschieden.

Aucott et al. präsentieren eine retrospektive Fallstudie mit 13 unbehandelten Borreliosepatienten, die länger als 12 Wochen unter persistierenden Symptomen leiden. Aucott et al. schlagen vor, diese Patienten mit der Bezeichnung “wahrscheinliche Spätborreliose” zu belegen.

Die Schlussfolgerungen von Aucott et al.: Wir schlagen vor, dass Patienten mit wahrscheinlicher Spätborreliose dieselben Kennzeichen aufweisen, wie bestätigte Spätborreliose-Patienten und Patienten mit Post-Lyme-Syndrom. Mediziner sollten diese jüngste Kategorie (wahrscheinliche Spätborreliose) der CDC-Falldefinitionen berücksichtigen, wenn es sich um Patienten handelt, bei denen eine Fehldiagnose vorliegen könnte oder eine nicht-adäquate Behandlung der Früh-Borreliose. Weitere Studien sind erforderlich, um späte Manifestationen von Lyme-Borreliose zu beschreiben und den Behandlungserfolg in dieser Population zu quantifizieren. Aucott et al. schreiben weiter: “Patienten mit wahrscheinlicher Spätborreliose oder jene unbehandelten Patienten mit positiver IgG-Serologie auf Lyme-Borreliose oder anderweitig unerklärlichen Symptomen repräsentieren eine interessante Patientengruppe, die in der modernen Borreliose-Literatur bislang nicht klinisch charakterisiert wurde. Dieser Artikel bietet eine Beschreibung für solche Patienten an, im Kontext eines erweiterten Spektrums von später und chronischer Borreliose bei Patienten.

Quelle: *Probable Late Lyme Disease* – [Medscape](#) (Achtung, man muss bei Medscape angemeldet sein, um den Artikel lesen zu können). Vielen Dank für den Hinweis an Peter R.! 😊

Übersetzt: B. Jürschik-Busbach © 2013

Alle Artikel dieses Blogs können gerne zu nicht-kommerziellen Zwecken unter Angabe der Quelle/Autorin und dem Original-Link verbreitet werden.

Borreliose: Weltweiter Protest – Wie alles begonnen hat ...

Begonnen hat alles mit der Initiative der Schwedin Charlotte Therese Björnström. Ende Oktober 2012 beschloss man in Dänemark, Schweden und Norwegen via Facebook alle Betroffenen zu einem weltweiten Protest aufzurufen.

Weltweit sind Millionen Menschen vom unzureichenden Krankheitsmanagement der Lyme-Borreliose betroffen

In jedem Land, in dem es Borreliose gibt, leiden die Patienten aufgrund der unzureichenden Diagnostik und der häufig eklatanten Untertherapie. Schnell wurde klar, dass der Protest nicht nur innerhalb der skandinavischen Grenzen verlaufen kann, sondern möglichst alle Länder umfassen sollte. Am 31. Oktober 2012 ging die Hauptprotestseite online.

Borreliose: Von der Graswurzelbewegung zum weltweiten Protest?

Aus Charlottes erster zarter Graswurzelbewegung wurde inzwischen eine weltweit-koordinierte Planung und Organisation. Lisa Hilton (USA) und Karen Smith (Australien) sprangen Charlotte bei der Koordinierung zur Seite. Es wurde eine geschlossene Facebookgruppe gegründet, in der die Repräsentanten der einzelnen Länder ihre Ideen und Pläne abstimmten. Zuerst musste ein Datum gefunden werden, das für alle Länder gut funktioniert. Das war nicht ganz einfach. Schließlich einigte man sich auf einen Werktag (10. Mai) und auf einen Wochenendtag (11. Mai).

Borreliose – weltweiter Protest: Was wollen die Patienten?

Patienten weltweit möchten, dass anerkannt wird, dass Lyme-Borreliose und andere zeckenübertragene Infektionen (Babesiose, Bartonellose, Rickettsiose u. v. a.) ernstzunehmende Infektionen sind, die manchmal sogar tödlich verlaufen können.

Patienten weltweit erwarten, dass endlich auch das Gefahrenpotenzial dieser Infektionen durch Bluttransfusionen erkannt und ernstgenommen wird. Siehe hierzu auch: <http://www.verschwiegene-epidemie.de/2012/09/babesien-suchtests-usa-furchten-weitere-blutkonservenverseuchung/>

<http://www.verschwiegene-epidemie.de/2011/11/zeckenstich-babesiose-und-blutkonserven-knochenmarkspende-und-andere-gefahren/>

Patienten möchten, dass diese Infektionen überall meldepflichtig werden, um eine Vorstellung über die Verbreitung und Inzidenz und die damit verbundene sozio-ökonomische Last zu entwickeln.

Die Patienten möchten, dass Mitarbeiter des Gesundheitswesens in der Lage sind, Borreliose korrekt zu diagnostizieren, gerade weil Borreliose immer noch eine klinische Diagnose ist, da die serologischen Tests unzuverlässig und limitiert sind.

Die [diagnostischen Kriterien der US-Behörde CDC](#) sind nur für epidemiologische Zwecke gedacht und für die klinische Diagnose ungeeignet. Das hindert die jeweiligen, nationalen medizinischen Gesellschaften aber seit Jahren nicht, diese ungeeigneten Kriterien für die klinische Diagnostik zu empfehlen. Wehe, der Patient passt mit seinen Symptomen nicht in das limitierte Raster der Kriterien/Fallbeispiele ... kein Erythema migrans? Keine Lyme-Arthritis? Keine akute Neuroborreliose?

Den Fachgesellschaften zur Erinnerung: Epidemiologische Kriterien dienen der Standardisierung und haben mit den individuellen Beschwerden der Borreliose-Patienten, die in die Arztpraxen strömen nichts zu tun. Ist eigentlich ganz einfach, oder?

Patienten weltweit möchten, dass Lyme-Borreliose immer dann in Betracht gezogen wird, wenn die Patienten schon länger an Beschwerden unbestimmter Ursache leiden. Ganz besonders gilt dies für Symptome, die der [ALS](#), [MS](#), [Alzheimer](#), [Parkinson](#) oder [Sarkoidose](#) zugeordnet werden.

Patienten weltweit möchten, dass man im Gesundheitswesen Borreliose und andere zeckenübertragene Infektionen wirksam behandelt. Das gilt für die Früh- und Spätphase. Wichtig: die Therapie muss für die Patienten finanzierbar sein. Wenn sich Kassenärzte aus der Borreliosetherapie, insbesondere Borreliose-Spätphase verabschieden, weil diese Patienten praxisgefährdend sind, läuft offenbar etwas ganz gewaltig schief.

Patienten möchten nicht länger nach veralteten Leitlinien behandelt werden. Die US-Gesellschaft IDSA muss dringend ihre überalterten Leitlinien auf den neuesten wissenschaftlichen Stand bringen und sollte auch die Leitlinien der [ILADS](#) und der [DBG](#) berücksichtigen.

Patienten weltweit fordern, dass Borreliose weiterhin erforscht wird. Es gibt noch viel zu viele offene Fragen. Therapie-Langzeitstudien wären dringend notwendig. Der [Workshop beim RKI](#) zeigte erschreckend deutlich, dass der Forschungsbedarf über die Borreliose in nahezu allen Forschungsbereichen sehr hoch und der Wissensstand sehr gering ist. Auch wenn einige TV-Doku-Filmer den ahnungslosen Zuschauern etwas Anderes suggerieren.

B. Jürschik-Busbach © 2013

Alle Artikel dieses Blogs können gerne zu nicht-kommerziellen Zwecken unter Angabe der Quelle/Autorin und dem Original-Link verbreitet werden.

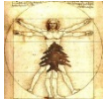
Borreliose – Neue Beiträge auf Borreliose Nachrichten



Zahlreiche Medien-Beiträge kreisen gerade im Frühjahr um die Lyme-Borreliose. Auf Borreliose-Nachrichten findet man eine Zusammenstellung der wichtigsten Punkte zur Kontroverse - übersichtlich und allgemein verständlich: <http://www.borreliose-nachrichten.de/kontroverse-borreliose-2/>

Auch zum Thema Meldepflicht findet man dort eine Übersicht über grundlegende Voraussetzungen zur Einführung einer Borreliose-Meldepflicht: <http://www.borreliose-nachrichten.de/fragen-zur-borreliose-meldepflicht/>

Borreliose – unnötige Konfliktlinien durch medizinjournalistischen Fundamentalismus?



Wenn man die jüngst wiederholten TV-Dokus sieht und diverse Berichte in den Medien zum Thema Borreliose liest, könnte man auf den Gedanken kommen, dass das Thema Lyme-Borreliose offenbar ein beliebter Tummelplatz für Medizinfundamentalisten ist.

Borreliose: Fundamentalisten schaffen unnötige und schädliche Konfliktlinien

Fundamentalisten sehen ihre inhaltlichen Grundlagen (*Fundament*, lat. *fundamentum* = *Unterbau, Grund*) als einzig wahr an. Fundamentalisten polarisieren und setzen ihre Überzeugungen absolut. Damit schaffen Fundamentalisten, die beispielsweise Wissenschaftsjournalisten oder Mediziner von Beruf sind, Konfliktlinien, die die Welt nicht braucht und die allen Beteiligten nur schaden.

Der natürliche Feind eines Medizin-Fundamentalisten ist Pluralität; das Umfeld, in dem Fundamentalisten gedeihen heißt Ideologie

Vehement kämpfen Fundamentalisten um die ideologische Orientierung und um Kontrolle der Deutungshoheit. Mit ihrer limitierten und dualistischen Weltsicht wähnen sie sich im Besitz der einzigen Wahrheit; tapfer treten sie gegen jene Andersdenkenden an, gegen jene, die anzweifeln, dass es angesichts vieler offener Fragen zur Borreliose bislang die "einzige Wahrheit" geben kann. Dabei scheint den Anhängern eines medizinischen Fundamentalismus nahezu jedes Mittel recht zu sein. Andersdenkende werden diskreditiert, ihre Aussagen werden unterdrückt oder in falsches Licht gestellt.

Diese Mediziner und Medizinjournalisten haben wohl vergessen, dass die medizinische Entwicklung immer wieder zeigt und gezeigt hat, dass das, was gestern noch als wahr und bewiesen galt, morgen bereits überholt sein kann. Sie leiden unter dem [Sammelweis-Reflex](#) und glauben, Terrain gewonnen zu haben; dabei manövrieren sie sich in eine Ecke, aus der sie in einigen Jahren vermutlich nur schwer wieder ohne Gesichtsverlust herauskommen werden. Wer gegen medizinische Dogmen bei der Lyme-Borreliose verstößt, wird von diesen Fundamentalisten als "Quacksalber" gebrandmarkt, so wie man eben mit Ketzern in einer fundamentalistischen Religion umspringt. Wer es wagt, den Finger auf die Wunde fehlender Evidenzen, mangelnder Forschung und der zu vielen offenen Fragen zu legen, wird unbarmherzig öffentlich mithilfe willfähriger Medien gezeißelt. Medien, die diese Fundamentalisten auch noch mit unseren Gebühren bezahlen.

Sollte man nicht meinen, dass in der Medizin für Dogmen kein Platz ist? Sollte die Wissenschaft nicht eher vom Zweifel geleitet werden, denn von Gewissheit? Und heißt es nicht: Zunächst nicht schaden? Schaden kann in vielen Formen daher kommen – eine davon ist ein Medizinjournalismus, der schamlos alle Möglichkeiten nutzt, um die eigene Ideologie und limitierte Weltsicht zu verbreiten.

Jedes Problem durchläuft drei Phasen:

In der ersten wird es lächerlich gemacht

In der zweiten wird es bekämpft

In der dritten gilt es als selbstverständlich – und als immer schon gewusst.

Arthur Schopenhauer

B. Jürschik-Busbach © 2013

Alle Artikel dieses Blogs können gerne zu nicht-kommerziellen Zwecken unter Angabe der Quelle/Autorin und dem Original-Link verbreitet werden.

Im Licht des weltweiten Borreliose-Protests ... ein Gastbeitrag

Im Licht des weltweiten Lyme-Borreliose-Protests

Ein Beitrag von Alice Hulscher, Niederlande, Autorin von [“Die Mauern von Jericho, Teil 1 und Teil 2“](#).
Fortsetzung mit Teil 3 von [“Die Mauern von Jericho“](#) folgt!

Diejenigen die meinen, dass wir uns in einer zivilisierten Welt befinden, werden sich getäuscht fühlen in Bezug auf die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Lyme-Borreliose, Neuroborreliose und eventuellen Co-Infektionen.

Wenn die Problematik der erwachsenen Borreliose-Patienten schon kaum zu beschreiben ist, grenzt die Situation von Kindern in einigen Fällen an das Unfassbare.

In den letzten Jahren bin ich vielen Eltern von Kindern mit Lyme-Borreliose/Neuroborreliose begegnet. Diese Kinder waren oder sind körperlich sehr krank. Einige sind von Lähmungen und Krampfanfällen betroffen und manche sogar von schwerer körperlicher Behinderung.

In fast allen Fällen wurde die Vermutung der Eltern auf Borreliose von den Ärzten entweder angezweifelt oder abgelehnt. Ausnahmslos wurden bei allen schlussendlich die Borrelien im Blut und eventuellen begleitenden Co-Infektionen nachgewiesen. Trotz Gegenwart eines *Erythema Migrans* oder eines bestätigenden Bluttests, nach einer nicht ausreichenden Behandlung, gar keiner Behandlung, sogar nach Fehldiagnose des *Erythema Migrans* wurde diesen Eltern nicht geglaubt.

Genau wie meinem Mann und mir nicht geglaubt wurde, als wir die Vermutung hatten, dass unser Sohn an Borreliose leiden könnte und wir ihn auf darauf und auf Co-Infektionen untersucht haben wollten, da unser Kind neben vielen anderen Symptomen auch immer schlechter sah und wir die behandelnden Ärzte auf die Möglichkeit hinwiesen, dass Borreliose auch zur Erblindung führen kann.

Ich erinnere mich an den Kinderarzt und Infektiologen einer großen Universitätsklinik, der, ohne unseren Sohn jemals gesehen zu haben, geschweige denn, ihn je getestet zu haben, zu der Diagnose kam, dass er sicherlich keine Borreliose hatte. Sein Chef wusste es während einer telefonischen Beratung noch bunter zu sagen: „Ich sehe keine Borreliose. Ich sehe sehr bestimmt keine Borreliose.“ Das ist richtig, Borreliose sieht man nicht, auf Borreliose soll man untersuchen! Meinte dieser Mediziner auch hellsehend zu sein?

Das Elend der Eltern und ihrer Kinder ist himmelschreiend. Diese Kinder sind körperlich krank, sehr krank. Wiederholt verweigern sich Ärzte nachzuforschen, lachen die Probleme weg, oder meinen, bei Rest- oder anhaltenden Beschwerden, dass ausreichend behandelt wurde, oder lassen Lumbalpunktionen durchführen und behaupten bei einem negativen Ergebnis, dass von Borreliose nicht die Rede sein kann. Allerdings gibt es internationale Studien, die zeigen, dass der Liquor durchaus negativ sein kann bei einer Neuroborreliose. Also keine Borreliose oder chronische Neuroborreliose?

Durch Mangel an Wissen, an wissenschaftlicher Forschung, zu kurze oder falsche medikamentöse Behandlung, oder gar keiner Behandlung, wird in den meisten Fällen eine “somatoforme Störung” diagnostiziert, wenn körperliche Symptome anhalten oder sich verschlimmern.

Eine Diagnose, die lediglich auf inadäquaten Tests basiert und die traurige Erkenntnis, dass viele Ärzte sich mit dem Spätstadium der Borreliose kaum auskennen und Behandlungsrichtlinien folgen, die noch nicht einmal auf dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft sind.

Diese Kinder werden oft zwangseingewiesen in Universitätskliniken, in psychiatrische- oder Reha-Zentren, ohne gerichtliche Entscheidung. Mit dem einzigen Ergebnis einer dramatischen Verschlechterung ihrer Gesundheit. Zusätzlich werden Eltern oft der Kindesmisshandlung beschuldigt, ohne jeglichen Beweis. Sie

würden die Krankheit ihres Kindes, an denen ihr Kind angeblich gar nicht leidet, aufrechterhalten, sagen diese „Experten“, weil die Eltern angeblich auf eine körperliche Ursache bestehen. Kontaktverbote werden den Eltern vom Gericht oder den jeweiligen Instanzen auferlegt. Das Recht der Wahl sich für eine andere medizinische Behandlung zu entscheiden, wird Eltern und Kind genommen. Wobei man öfters Kindern, ab dem zwölften Lebensjahr nicht zutraut, sich selbständig bezüglich ihrer medizinischen Behandlung zu äußern und zu entscheiden. Das ist eine Verletzung der universellen Rechte des Kindes, die mit Füßen getreten wird! Es sind Äußerungen der Misshandlung, verübt durch die diese Institutionen, Mediziner und eventuell noch unterstützt durch eine gerichtliche Entscheidung.

In einigen Fällen meint der Richter aufgrund der Ratschläge von „Fachärzten“ sogar bestimmen zu können, wie lange die schlussendliche Behandlung dauern soll. Abgesehen von der Tatsache, dass ein Richter gar keine medizinischen Aussagen machen darf, muss man zu Recht fragen, was dies für eine Rechtsprechung ist? Wessen Interessen werden durch eine solche Rechtsprechung gedient? Auf jeden Fall sind es nicht die, die der Gesundheit und dem Wohl des Kindes dienen. Ebenfalls werden damit auch die Fehldiagnosen der Mediziner und der Missbrauch innerhalb dieser oft akademischen Institute gedeckt.

Jeder vernünftige Mensch kann zu keiner anderen Schlussfolgerung kommen, als dass in diesen Fällen der Richter unbewusst einen aktiven Beitrag zur Kindesmisshandlung liefert, wodurch die Gesundheit des Kindes noch mehr geschädigt wird.

Durch die Lücken in der wissenschaftlichen Forschung bezüglich des dritten Stadiums der Borreliose als auch der chronischen Borreliose und der chronischen Neuroborreliose, durch das fehlende Abklären von vorhandenen Co-Infektionen (die eine Borreliose und Neuroborreliose erheblich negativ beeinträchtigen) sowie durch unzureichende Borreliose-Tests, sind diese Kinder der Willkür von Behandlung und Misshandlung ausgeliefert.

Sie mögen denken: Das passiert ja nicht in Europa. Ich kann Ihnen versichern, dass dies sehr wohl der Fall ist. Die Beispiele in diesem Artikel sind zusammengefasst aus den Niederlanden, den skandinavischen Ländern, Deutschland, Belgien, England und Frankreich.

Es ist davon auszugehen, dass diese Art von Auswüchse weltweit stattfindet. Mehrmals hörte ich zu meinem Entsetzen die Geschichten von Eltern, deren Kinder unter entsetzlichen Bedingungen litten oder immer noch leiden.

Isolation, Fixierung, nicht verschaffen von Essen (Kind hatte Lähmungen in den Armen und konnte nicht selbständig essen), Liegenlassen im Urin oder Stuhl (das Kind konnte nicht mehr selbständig auf die Toilette gehen weil seine Beine gelähmt waren), zwangsmäßige Verabreichung von Psychopharmaka, stundenlang auf den Boden Liegenlassen eines Kindes mit zerebralen Anfällen durch Borreliose – das alles unter dem Deckmantel, dass dieses Kind von selbst mit diesem Verhalten aufhören würde.

Selbst wenn es eine psychische Erkrankung betrifft, ist es kriminell so mit Patienten umzugehen! Und das alles innerhalb der Mauern der meisten universitären Institutionen! Diese Kinder wissen besser als jeder andere, was es heißt, täglich mit Schmerzen zu leben und von Ärzten nicht verstanden zu werden. Kinder bekommen gesagt, dass nichts falsch mit ihnen ist, dass sie keine Schmerzen haben, dass sich alles nur in ihren Köpfen abspiele. Einige sind neben ihrer körperlichen Krankheit daher auch psychisch geschädigt worden. Wie viele Kinder sollen noch das gleiche Schicksal und die körperlichen Leiden wie unser Sohn durchmachen, bevor sie schließlich eine „richtige“ ärztliche Behandlung bekommen?

Wie lange meinen Ärzten, Psychiater und andere Instanzen, Eltern der Kindesmisshandlung anzuklagen, während die Eltern nichts anderes tun, als für die Gesundheit und die Behandlung ihres Kindes zu kämpfen? Wie lange sollen Familien durch falsche Anschuldigungen und unzureichendes medizinisches Wissen zerstört werden?

Chronische Lyme–Borreliose und Neuroborreliose haben viele Gesichter, auch bei Kindern! Lyme–Borreliose oder chronische Lyme-Neuroborreliose sind Multisystemerkrankungen. Daraus ergibt sich ein breites Spektrum an Symptomen wie Taubheit, Krämpfe, Zittern, zerebrale Krampfanfälle, Blindheit, Lähmungen, kognitive Probleme, Schwäche und Lähmung in den Armen oder Beinen, Gelenkschmerzen, Tinnitus, starke Kopfschmerzen, steifer Nacken, Blasenschwäche, Bauchschmerzen und so weiter. Die Liste ist lang und abwechslungsreich. Viele Fragen müssen beantwortet werden. Viele Wissenschaftler sollten sich in den kommenden Jahren den Kopf zerbrechen. Nur so macht die Wissenschaft Schritte nach vorne, nur so können Patienten besser und schneller diagnostiziert und behandelt werden. Nur so können Schäden bei Kindern und ihren Eltern verhindert werden. Mit Sicherheit wird noch viel Forschung auf dem Gebiet der Borreliose/Neuroborreliose benötigt.

Mit Sicherheit müssen neue Tests entwickelt werden, die sowohl in der frühen Phase wie auch in der späten Phase der Erkrankung zuverlässige Ergebnisse wiedergeben und es sollte in der Zukunft Standard werden, auch nach begleitenden Co-Infektionen zu untersuchen. Aber ... der bisherige Mangel darf für keinen Arzt, Psychiater, für keine Krankenschwester und kein Gericht ein Freibrief sein, sich so gegenüber Kindern und ihren Eltern zu benehmen.

Die unmenschlichen Bedingungen, denen Kinder und deren Eltern ausgeliefert sind, sind weit entfernt von jeder medizinischen, ethischen und moralischen Sinnhaftigkeit und sind ein Verbrechen gegen die Menschlichkeit in einen Weltteil, wo die Menschenrechte und die Rechte des Kindes großgeschrieben werden.

© Alice Hulscher

Chronische Borreliose – erschütternder Kampf einer Mutter um ihren Sohn – Teil 2

Vor einigen Tagen habe ich Auszüge der erschütternden Geschichte der Familie Hulscher aus den Niederlanden – mit ihrem Einverständnis – veröffentlicht. Wie versprochen folgt nun Teil 2 des Dramas um Joshua. Der Text ist von Alice Hulscher und ich bewundere sie für ihre guten Deutschkenntnisse. Ich hätte einen solchen Bericht nie und nimmer auf Niederländisch zu Papier bringen können. Wer den 1. Teil der Geschichte nicht kennt – [hier](#) ist er.

Chronische Borreliose – Münchhausen-by-proxy-Stellvertreter-Syndrom?

Die Mauern von Jericho – Teil 2

November 2008, weil wir in den Niederlanden kein Gehör finden, fliehen wir mit unserem sehr kranken Kind nach Deutschland. Dort findet aufgrund von klinischen- und Laboruntersuchungen die Diagnose statt: Neuroborreliose im chronischen Stadium mit verschiedenen Zeckenbiss-Co-Infektionen. Unsere deutschen Ärzte sind entsetzt über die niederländische Verhaltensweise.

Endlich kann die Behandlung beginnen. Als wir heimkehren kurz vor Weihnachten liegt hinter der Haustür ein Umschlag vom Niederländischen Arzt, dass man uns gemeldet hat beim Allgemeinen Meldepunkt Kindesmisshandlung.

Die Diagnose aus Deutschland war jedoch bereits bekannt in den Niederlanden. Vor Ende des Jahres sitzt die Vertrauensärztin vom Meldepunkt schon bei uns zu Hause.

Unser Sohn reagierte gut auf eine orale Antibiotika-Behandlung, langsam wurde er körperlich mehr belastbar und konnte häufiger zur Schule gehen. Nach drei Monaten wird die Behandlung abgesetzt. Ein paar Wochen danach sind wir wieder am Anfang, mein Sohn kam nach Absetzen der Behandlung langsam wieder zum alten Leiden zurück. Die Laborwerte für *Borrelia* waren noch nie so hoch, es ging unserem Kind entsprechend schlecht.

Der Kinderarzt der deutschen Klinik ist in der Zwischenzeit weggezogen, weshalb er dort die

empfohlenen Infusionen nicht bekam, weil ohne Kinderarzt keine Behandlung stattfinden darf. Wir mussten einen neuen Arzt finden.

Dies brauchte trotz aller Bemühungen zu lang. Schließlich fanden wir einen neuen Arzt. Wegen Komplikationen während der Behandlung mit den Infusionen, riet uns der Arzt für die Behandlung zurück in ein Krankenhaus in den Niederlanden zu gehen. Dort wollte man noch weitere Untersuchungen machen. Ohne unser Wissen, wurde das AMK von Anfang an in die Angelegenheit miteinbezogen. Basierend auf dem negativen Befund der Lumbalpunktion hieß es: Keine Lyme/Neuroborreliose. Man weigerte sich unseren deutschen Arzt weiter zu kontaktieren. Wir werden unter Druck gesetzt und eine Rehabilitation wird begonnen. Ich bringe unseren Sohn jeden Morgen dorthin. Nach zehn Tagen werden seine Schmerzen unerträglich. Ich sage ihm, dass wir alles tun müssen, um zu zeigen, dass wir zusammenarbeiten. "Ich tue nichts anderes Mama", sagte er weinend vor Schmerzen, "Ja, mein Schatz ich sehe und weiß es", sage ich ihm, "aber wir haben keine Wahl." Dem Physiotherapeuten erzähle ich wie es meinen Sohn ergeht. Der Mann erklärt mir, dass es einen psychischen Grund hat. Meine Frage, ob er weiß wie die Diagnose aus Deutschland lautet, lässt ihn zum Schluss kommen, dass wir besser aufhören sollten mit der Physiotherapie. Zwei Tage danach, wird mir vom Kinder-Infektiologen verhüllt zu verstehen gegeben, dass ich schuldig bin an der Zerstörung der Rehabilitation. Von einem Professor für Kinderpsychologie wird uns – nachdem wir uns die Hand geschüttelt haben – gesagt, dass wir "schlechte Eltern sind." Uns wird gesagt, dass unser Sohn körperlich gesund sei und dass er sehen kann. Wir brachten zwei Gesichtsfeld-Untersuchungen aus Deutschland mit, die ergaben, dass etwas falsch ist mit seinen Augen. Durch erneute Gesichtsfeld-Untersuchungen, (6 Untersuchungen, davon 4 in den Niederlanden) über den Zeitraum von einem Jahr wurde sichtbar, dass tatsächlich etwas nicht stimmt. Die sechs Gesichtsfeld-Studien zeigen genau die gleichen Mängel. Die AMK teilt jedoch die Meinung des behandelnden Arztes, dass unser Sohn zwingend aufgenommen werden sollte und es unerwünscht ist, dass er Kontakt mit seinen Eltern hat, da die Erwartung ist, dass die Behandlung Erfolg haben wird mit einer Trennung von seinen Eltern.

Weiter steht in einem Bericht der AMK, dass mit Sicherheit festgestellt werden kann, dass er eine Antibiotika-Behandlung erhalten hätte für eine Erkrankung (Lyme-Borreliose) die er nicht habe. Jetzt schreiben wir Dezember 2010. Unser Kind ist seit mehr als einem Jahr im Rollstuhl, es ist auf einem Auge blind (seit 2 Jahren) und das andere hat nachweisbare Schäden. Immer wieder haben wir den niederländischen Ärzten deutlich gemacht, dass Lyme/Neuroborreliose dazu führen kann – man hörte nicht auf uns. Unser Sohn hat Tag und Nacht schreckliche Gesichtsschmerzen und Schmerzen oben auf dem Kopf, unerträgliche Kopfschmerzen, steifer Nacken, Tremoren (Zittern) in den Armen und Beinen und verliert zeitweise das Bewusstsein. Er hat stechende Schmerzen in den Gelenken und entlang der Wirbelsäule und manchmal schreckliche Schmerzen unter seinen Füßen sowie Ein- und Durchschlafprobleme wegen der Schmerzen; er ist chronisch ermüdet.

Ein Gang zum Gericht ist unvermeidlich. Unser Kind wird unter die Betreuung eines Vormundes gestellt. Der Richter stellt fest, dass er auch psychisch untersucht werden sollte – nach einer zweigleisigen Politik (d. h. sowohl somatische als auch psychiatrische Untersuchung). Der uns unbekannte und unabhängige Kinder-Psychiater in einem niederländischen Krankenhaus, den wir aufsuchten und wo unser Sohn mehrmals hin ging für umfangreiche Untersuchungen, konnte keine Konversions- oder andere psychische Störungen feststellen, aber er empfahl weitere Untersuchungen durch einen Arzt mit Kenntnissen der Lyme/Neuroborreliose. Noch bevor die Untersuchung fertig war und auf dem Papier stand, erklärte die AMK bereits, dass dieser Psychiater wahrscheinlich nicht breit genug untersuchte. Unser Sohn sollte in eines der beiden Krankenhäuser, die die Existenz der Lyme-Borreliose bestreiten, aufs Neue psychologisch diagnostiziert werden. Unser Sohn hat mittlerweile wieder eine Krankenhaus-Aufnahme hinter sich. Feststellung des Neurologen, "Ihr Kind ist lange genug gegen Lyme-Borreliose behandelt worden, ihr Kind hat neurologische Probleme, die ich nicht verstehe." Schlussfolgerung: eine funktionelle Störung. Rat: Rehabilitation, "aber dann müssen Sie als Eltern schriftlich erklären, dass Ihr Kind körperlich gesund ist und Sie dürfen nie mehr über Lyme-Borreliose sprechen, das müssen Sie vergessen. Wenn nicht, dann hört die medizinische Versorgung hier auf". Dieser Arzt verweigert den Kontakt mit seinem deutschen Kollegen (Internist/Neurologe), der langjährige Erfahrung in der Behandlung von chronischen

Borreliosepatienten hat, noch nimmt er Kontakt auf mit dem Kenntnis-Zentrum in Nijmegen, weil, behauptet der Arzt: "Ich bleibe bei meiner Meinung. So hat es keinen Sinn."

Gehen wir zurück zum Titel "die Mauern von Jericho". Wir haben unserem Sohn zwei Namen gegeben, Joshua Chaim. Joshua ist ein biblischer Name, und wer hätte jemals gedacht, dass wir zu Dritt so kämpfen müssen, um die Mauern schließlich fallen zu lassen. Eines Tages bittet Joshua Gott, die Sonne und den Mond gleichzeitig still stehen zu lassen, damit er seinen Streit im Licht führen kann. Ich, als seine Mutter mag nicht länger im Stillen für die Behandlung unseres Sohnes kämpfen. Das Tageslicht darf peinlich klar machen wie es steht. Nicht nur zum Wohle unseres Kindes, sondern im Interesse aller Kinder mit chronischer Lyme-Neuroborreliose, jetzt und in der Zukunft.

Chaim bedeutet Leben. Und leben will er, mit seinem Blick gerichtet auf die Zukunft. Ohne seine Fähigkeiten und Kraft, trotz allem nicht aufzugeben, bin ich mir nicht sicher, ob wir Eltern es bis hierhin geschafft hätten.

© Alice Hulscher

Nachtrag: Wer möchte, kann die Geschichte gerne kommentieren. Wer hat Ähnliches erlebt oder bei Anderen gesehen? Ist dies ein tragischer Einzelfall oder hat der Wahnsinn Methode? Siehe auch: [Der Fall der Familie Heller!](#)

Im Licht des weltweiten Borreliose-Protests ... Die Mauern von Jericho – Teil 3 – ein Gastbeitrag

Die Mauern von Jericho, Teil III. Ein Beitrag von Alice Hulscher, Niederlande, Autorin von "[Die Mauern von Jericho, Teil 1](#) und [Teil 2](#)".

Während eines Urlaubs auf der griechischen Insel Kos, wurde der damals 10 Jahre alte Joshua im Jahr 2007 von einer Zecke gestochen. Es entwickelte sich ein *Erythema Migrans* und er wurde schwer krank.

Zuerst grippeähnliche Symptome, nachher entwickelten sich schwere Kopf- und Gesichtsschmerzen, steifer Nacken, sehr schlechtes Sehen, parkinsonähnliches Zittern, Gelenk- und Muskelschmerzen, gelähmte Beine und zerebrale Anfälle.

Niederländische Ärzte nahmen ihn nicht ernst. Unvollständige, schlechte oder gar keine Untersuchungen waren der Auftakt einer Verschlechterung der gesundheitlichen Situation unseres Sohnes. Es wurde von Anfang an von einer psychischen Störung ausgegangen. Diese Annahme beruhte auf fehlenden Kenntnissen über Lyme-Borreliose und Neuroborreliose.

Dies wurde verstärkt durch falsche Anschuldigungen der Kindesmisshandlung, das unter Aufsichtstellen von Joshua durch die Jugendfürsorge, das Verbot, unser Kind im Ausland einer angemessenen medizinischen Behandlung zu unterziehen und das Kleinmachen und Verunglimpfen von auf Borreliose spezialisierten Ärzten.

Dass unser Kind an psychischen Problemen (Konversions-Störung) und nicht an Lyme-Borreliose leidet, war eine Glaubensstruktur und Annahme der niederländischen Ärzte, während die den Körper schwächenden Symptome unseren Joshua zunehmend in einer Abwärtsspirale gefangen nahmen.

Kindesmisshandlung

Wir Eltern wurden bei der Meldestelle für Kindesmisshandlung angeklagt, weil wir Joshua gründlich auf Borreliose untersucht haben wollten und wir die Diagnose eines psychiatrischen Ursprungs in Frage

stellten. Später wurde Joshua unter Vormundschaft gestellt. Es folgte ein langer Weg voll von Ohnmacht, Trauer, Wut und ein endlos langer Kampf gegen Windmühlen.

Als Eltern sahen wir unser Kind jeden Tag unter den Auswirkungen der Lyme-Borreliose und Neuroborreliose leiden. Als Mutter schreibe ich diese Geschichte im Wissen, dass viele Eltern mit ähnlichen Sorgen und immensen Problemen kämpfen. Es ist damit zu rechnen, dass mehr und mehr Eltern mit den chronischen problematischen Folgen zu kämpfen haben, die mit einem einfachen Zeckenstich begannen. Aus Erfahrung weiß ich wie schockierend es ist bei der Justiz angezeigt zu werden, weil das Kind die Schule versäumt hat und zusätzlich nach einer gewissen Zeit wegen Kindesmisshandlung angeklagt zu werden und ein Kind zu haben, das unter Aufsicht eines Vormundes gestellt wird, der das Kind vor uns Eltern schützen soll.

Münchhausen-By-Proxy Syndrom

Wir machen unser Kind nicht krank. Nein, wir reden ihm keine Krankheit ein. Wir Eltern leiden nicht unter dem von Münchhausen By Proxy Syndrom (MSBP), dessen wir beschuldigt wurden. Eine psychiatrische Untersuchung hat das widerlegt. Doch unser Kind ist seit dem Zeckenstich nie mehr gesund geworden.

In einer Gerichtsverhandlung 2011 bekam Joshua endlich ein positives Urteil und die Vormundschaft wurde beendet. Doch die Jugendfürsorge ging ins Berufungsverfahren.

Oktober 2012 waren es fünf Jahre, dass unser Sohn nach einem Zeckenstich kränker und kränker wurde.

“Herr Doktor, es ist verwerflich, wenn Sie als Arzt keine adäquaten Untersuchungen durchführen und wissenschaftliche Literatur in Bezug auf Neuro-Borreliose und Liquor nicht ernst nehmen; auch nicht, nachdem Sie von einem ausländischen und auf Borreliose spezialisierten Kollegen informiert wurden und Sie seine Expertise als nicht seriös beiseitelegen, wenn Sie keinen Kontakt mit ihm aufnehmen und behaupten, dass er und seine deutschen Kollegen zu “den Alternativen” gehören.

Ebenso ist es unmoralisch, dass Sie als Arzt erst die Meldestelle für Kindesmisshandlung über Ihre Schlussfolgerungen informieren, bevor Sie die negativen Befunde uns Eltern präsentieren. Sie wussten, dass damit Druck und Drohungen gegenüber uns Eltern gesteigert würden, wenn wir uns nicht Ihrer Meinung anschließen. Es war Ihnen bewusst, dass die Meldestelle mit Ihren Befunden Maßnahmen gegen Kind und Eltern einleiten würde. Sie haben uns Eltern dadurch mit dem Rücken an die Wand gestellt. Ist das vereinbar mit dem Eid des Hippokrates, Herr Doktor? Welche Wahl lassen Sie den Eltern? Haben Sie eine Ahnung wie sich das anfühlt?

Während unser Kind, dank Ihres Zutuns, in Folge einer Myelitis eine Querschnittlähmung erlitt und keine Zehe mehr bewegen konnte, litt es auch an Enzephalitis. Unser Kind kam im Jahr 2009 mit dem Rollstuhl in Ihre Sprechstunde, ein Kind das dramatisch in allen Facetten seines jungen Lebens eingeschränkt war. In den ersten zwei Wochen der stationären Aufnahme stand 24 Stunden am Tag eine Kamera in seinem Zimmer, um Joshua und – wie wir erst später realisierten – auch uns Eltern zu filmen. Sehr geschickt, nicht wahr, dass die Mutter so mal aus dem Nichts beschuldigt wird, vom Münchhausen-By-Proxi (MBP) befallen zu sein, eine extreme Form der Kindesmisshandlung, meist durch Mütter begangen. Und das ohne jeglichen Beweis.

Was nun, als man dies nach zwei Wochen Filmen immer noch nicht beweisen kann? Ja, was dann? Ach ja, dann schieben Sie dem Kind zusätzlich auch noch etwas in die Schuhe. Dann kleben Sie doch einfach ein Etikett “Psychische Störung” darauf. Der Psychiater konnte nach einem Zwei-Stunden-Gespräch nichts dergleichen feststellen, aber Sie machen einfach weiter und zwingen das Kind zu Rehabilitationsmaßnahmen.

Sie lassen das Kind sich jeden Tag im Schwimmbad quälen, auch wenn sich seine Beine nicht bewegen lassen, es an Schmerzen fast krepitiert und mit aller Kraft versucht, sich mit seinen Armen über Wasser zu halten. Wie war das, als der Physiotherapeut das Kind fragte, warum es immer noch denkt, dass es an Borreliose leide? Und als Joshua dann antwortet, dass dies in Deutschland durch eine Blutuntersuchung festgestellt wurde, ist die Antwort des Physiotherapeuten, dass man das aber hier in den Niederlanden nicht feststellen konnte. Dann lässt der Physiotherapeut das Kind auch noch Ballspiele machen. Der Junge schafft es sogar, durchgehend alle Ziele zu treffen.

Wissen Sie, weshalb? Weil dieses Kind mit seiner Mutter geübt hat, um nicht gegen den nächsten Baum, Laternenpfahl oder Türrahmen zu knallen. Weil es viel geübt hat, um nicht neben die Toilette oder auf seine Schuhe zu pinkeln. Weil es nach endlosem Üben endlich ein Glas greifen konnte, ohne dass das Glas umfällt und der Inhalt zu Boden geht. Weil es mit seiner Mutter viel mit dem Ball geübt hat, um nur mit einem Auge, das andere ist bereits blind, seinen Weg zu finden und das nur mit 20 Prozent Sehkraft. Und weil unser Sohn so gut trifft mit dem Ball, bekommt er freudig gesagt, dass er doch gut sehen könne und seine Augen bestens in Ordnung seien.

Ach ja, es ist nämlich die Mutter, die ihrem Sohn mit ihren Schauermärchen eine solche Krankheit einredet, die er gar nicht hat. Das sind diese Mütter, die damit die Aufmerksamkeit der Ärzte auf sich ziehen wollen, weil sie ja am liebsten Medizin studiert hätten.

Wenn der Rehabilitationsversuch fehlschlägt, wird die Ursache des Misslingens der Mutter in die Schuhe geschoben, weil sie auf einer Krankheit besteht, die ihr Kind gar nicht hat. Dann schlagen Sie einfach vor, das Kind von seinen Eltern zu trennen. Das Kind soll vor seiner kranken Mutter geschützt werden und auch vor dem Vater, der die Mutter offensichtlich in ihrem krankmachenden Verhalten unterstützt. "Vertrauen Sie mir noch?", war eine oft gestellte Frage an uns als Eltern.

Was meinen Sie Herr Doktor, was hätten wir darauf antworten sollen in einer Situation, wo es weit und breit keine anderen Ärzte gab, zu denen wir hätten gehen können, weil sich die Meldestelle für Kindesmisshandlung stets drohend im Hintergrund befand?

Ahnen Sie, wie oft ich übel vom Elend aus Ihrer Klinik spät am Abend nach Hause kam und wie schlecht es mir ging, von all dem Elend, dass ich in Ihrem Krankenhaus erfahren musste?

Wie oft bin ich nachts mit Joshuas Hund durch die verlassen Straßen von Amsterdam gelaufen, heulend, von Machtlosigkeit und immensen Schmerzen überwältigt, weil mein Kind nicht die medizinische Hilfe bekam, die es so dringend nötig hatte.

Wissen Sie wie es sich anfühlt, wenn man jeden Tag durch das Krankenhaus läuft und den Blicken ihrer Kollegen und des Personals ausgeliefert ist, die tief überzeugt sind, dass dort die von Münchhausen-By-Proxi-Mutter vorbei geht, die ihren Sohn misshandelt? Haben Sie überhaupt eine Ahnung, wie stark man sein muss, um das jeden Tag wieder aufs Neue durchstehen zu können? Wissen Sie, wie es sich anfühlt, wenn man zum ersten Termin bei einem Professor in der Kinderpsychologie erscheint, nicht einmal begrüßt wird und er einem sofort zu verstehen gibt, dass man eine schlechte Mutter ist? Wie würde es sich für Sie anfühlen, wenn Ihnen eine solche "Luxus- Behandlung" in einem der niederländischen Top-Krankenhäuser zuteil würde, Herr Doktor!

Während eines unserer ersten Treffen sagten Sie mir, dass ich wahrscheinlich mehr über Lyme-Borreliose wüsste und mehr darüber gelesen hätte, als Sie es je getan haben. Diese Antwort ließ mich das Schlimmste befürchten. Und Sie haben diese Feststellung doppelt und dreifach bewiesen. Hut ab! Haben Sie überhaupt eine Ahnung, welche Auswirkung Ihre verkehrten Annahmen und Diagnosen verursacht haben und wie viel Schaden dies bis zum heutigen Tag erzeugt hat?

Die einzige Ausnahme bildete nur der Kinderpsychiater, der nach ausführlicher Untersuchung bei unserem Kind keine Konversionsstörung und keinerlei psychische Erkrankung feststellen konnte. Er alleine hatte den Mut gehabt, seine Meinung gegen den Strom aller vorangegangenen Diagnosen zu vertreten. Doch in den gesamten Niederlanden fanden wir kaum einen Arzt, der sich objektiv mit den Beschwerden unseres Sohnes auseinandersetzen wollte. Unser Kind wurde mit zerebralen Anfällen nicht mal mehr mit dem Krankenwagen von zu Hause abgeholt. Unfähige inkompetente Eltern?

Nein, es sind die unfähigen inkompetenten Ärzte, die dem Leben unseres Kindes ernsthaft geschadet haben und von denen wir noch täglich die sauren Früchte ernten. Es hatten sich Mauern aufgerichtet, die wir nicht mehr einreißen konnten. Unser Sohn erlitt Tag und Nacht schreckliche Schmerzen. Eines Nachts, als er wieder mal ziellos mit seinem Rollstuhl durchs Haus fuhr, weil er nicht wusste, wohin mit all seinen Schmerzen, fragte ich ihn: "Wie schaffst du es bloß, das alles zu ertragen?" "Mama", sagte er, und sah mich nachdenklich an: "Weißt du noch den Moment, als wir zusammen mit dem Doktor im Behandlungszimmer saßen und er zwischen den Zeilen dir die Schuld gab, dass die Rehabilitation schief ging?"

"Ja, an diesen Moment erinnere ich mich noch sehr gut, Josh", antwortete ich. "Und weißt du noch, als ich ihn fragte, warum er so auf seinem Hocker saß, drehend, stotternd und nervös mit seinen Händen fummelte und ich ihn dann fragte, ob er noch immer hinter seiner Diagnose stehe"? "Ja Josh, wie soll ich diese Frage aus deinem Mund jemals vergessen können." Joshua: "Naja, damals dachte ich, der wird mir wohl nicht helfen. Ich muss dafür sorgen, dass ich noch härter zu mir selbst werde, um diese schrecklichen Schmerzen aushalten zu können." Nach diesem Bekenntnis konnte ich ihn nur in meine Arme schließen. Mein Herz verkrampfte sich, weil ich weiter zuschauen musste, wie tapfer mein kranker Sohn weiter kämpfte.

Mai 2011, als Joshua nicht mehr unter Aufsicht der Jugendfürsorge stand und mit Zustimmung des Richters behandelt werden durfte, hielt die Jugendfürsorge es für notwendig, in Berufung zu gehen. Nach dem Gespräch mit unserem Anwalt, schrieb Joshua unter anderem an das Gericht:

Ein kurzes Zitat: „*Sehr geehrte Herren Richter, wie Sie bereits wissen, heiße ich Joshua. Kürzlich hat die Jugendfürsorge Berufung eingelegt und behauptet, dass ich auf Grund des Einflusses und unter dem Druck meiner Eltern keine eigenen Entscheidungen bezüglich meiner Krankheit treffen kann. Ich finde das sozusagen idiotisch und sehr beleidigend und stimme dem nicht im Geringsten zu. Ich kann auch nicht nachvollziehen, wie die beiden Vormunde (er bekam 2 Vormunde zugewiesen wegen des hohen Schwierigkeitsgrads) überhaupt auf diese Idee gekommen sind.*

Der Brief endet mit: Um es auf den Punkt zu bringen: Ich will durch Dr. B behandelt werden! Und nein, ich werde weder mental noch körperlich gezwungen, behandelt zu werden, was die Vormunde Ihnen wahrscheinlich schmackhaft machen wollen. Schade, dass ich nicht da sein kann, um „es denen zu zeigen“. Ich empfehle der Jugendfürsorge, nie mehr solche „paper pushing bureaucratic idiots“ (Papier produzierende Büro-Idioten) anzustellen. Es tut mir leid, dass durch die englischen Ausdrücke der Brief schwieriger zu lesen ist. Um diese menschliche Tragödie zu beenden, hoffe ich dass Sie zu meiner Gunsten urteilen. Man hat mich schon lange genug immer kranker werden lassen“. Ende Zitat.

(Joshua hatte zum Glück blind tippen gelernt, bevor er krank wurde. Ich durfte nur die Schreibfehler korrigieren, weil er durch seine Erblindung nicht lesen kann).

Die Mauern brechen zusammen

Das Gericht sprach letztendlich zum zweiten Mal "recht" zu Joshuas Gunsten. Nach all den unglaublich schweren Jahren, in den wir Drei bloßgestellt wurden, unter unwahrscheinlich großen Druck von Ärzten, Jugendamt und Jugendfürsorge standen, ist trotz allem noch Platz übrig für ein tiefes Gefühl von Dankbarkeit. Dankbarkeit für die Kraft, die wir Drei hatten, um diesen endlosen Kampf durchzustehen. Aber vor allem Dankbarkeit für Joshuas deutsche Ärzte.

Vor 15 Jahren habe ich meinen Sohn das Leben geschenkt, ein fröhliches, offenes, heiteres, kluges und selbstbewusstes Kind. Durch eine Zecke verlor er ab seinem zehnten Lebensjahr einen Großteil seiner Lebenskraft und seiner unbesorgten Jugend. Seine deutschen Ärzte geben ihm seine Lebenskraft zurück. Durch sorgfältige, wohl überlegte und kenntnisreiche Behandlung kehrt Joshua nun wieder langsam ins Leben zurück. Ein riesiger Unterschied zu den niederländischen Ärzten, die ihn total im Stich ließen und uns, den Eltern, die Schuld daran gaben.

Noch einmal wollte uns der zuletzt konsultierte Neurologe zwingen, zu unterschreiben, dass unser Sohn körperlich gesund sei, damit er in einem Reha-Institut untergebracht werden könne. Dieser Neurologe meinte, es sei schwer, Joshua in einer Einrichtung unterzubringen, weil: "Welche Reha-Institution möchte ein "solches Kind haben"?"

Neun Monate wohnte ich mit Joshua in Deutschland, die Länge einer voll ausgetragenen Schwangerschaft. Äußerst langsam ging es voran. Durch das Wissen und die Kompetenz des Internisten/Neurologen und eines Kinderarztes konnte er nach vielen Monaten die so notwendig gesehene Infusionsbehandlung vertragen. Die chronischen Entzündungen wurden und werden langfristig mit Antibiotika behandelt, wodurch er ab Dezember 2011 seinen großen Zeh minimal bewegen konnte. Das heftige Zittern (Tremor), die zerebralen Anfälle und wiederkehrende Gesichtslähmung verschwanden endgültig. Welcher Schaden langfristig bestehen bleibt, ist noch nicht abzusehen.

Joshua ist wieder zu Hause in Amsterdam. Er hat noch einen langen Weg vor sich und er bekommt noch jeden Tag Infusionen. Wir sind dankbar mit unserer neuen Hausärztin. Zwei ihrer Vorgänger schwammen auf der negativen Welle. Sie jedoch denkt mit und hält Kontakt zu dem deutschen Arzt. Wir fahren noch stets alle sechs Wochen für eine gründliche neurologische Untersuchung nach Deutschland.

Niemals habe ich mehr Stolz empfunden, als am 4. Mai 2012, dem Nationalen Totengedenktage. Sehr mühsam lief Joshua an meiner Seite zu dem Denkmal an der Apolloallee, um dort Blumen nieder zu legen und den Ansprachen zuzuhören, sowie wie wir das jedes Jahr taten, bis er krank wurde. Das Gefühl von "wieder neben ihm" anstatt hinter ihm und seinem Rollstuhl zu laufen, war ein unbeschreibliches Glücksgefühl.

Joshua fehlt von den Hüften abwärts bis zu seinen Zehen noch jegliches Gefühl. Laufen ist für ihn jetzt Top-Sport treiben. Aber wir sind auch noch nicht am Ende der Behandlung. Auf dem Heimweg schlang er seine Arme um mich und sagte: "So, mein kleiner Zwerg, jetzt bin ich echt grösser als du." Am Muttertag fiel Joshua ein, dass er diesen Tag völlig vergessen hat. Er stand vor mir, schloss seine Arme um meine Hüften und hob mich ein paar Zentimeter vom Boden hoch. "So", sagte er zufrieden und ließ mich wieder herunter. "Du hast mich all die Jahre auf deinem Rücken getragen weil ich gelähmt war, jetzt bin ich in der Lage, dich zu tragen." Gibt es ein schöneres Muttertaggeschenk als die Geste und diese Worte?

Die Mauern von Jericho sind endlich gefallen. Es soll keiner auf die Idee kommen, sie jemals wieder aufzurichten.

©Alice Hulscher

Die Mauern von Jericho Teil 1, 2 und 3 sind Teil eines Buchs, das von der Mutter von Joshua geschrieben wird und als Denkmal für ihren Sohn und alle anderen Kinder mit Lyme-Borreliose gewidmet ist, damit sich diese Geschichte niemals wiederholt.

Alle Rechte vorbehalten. Es darf von diesem Werk – auch wenn nur bestimmte Absätze gebraucht – nur mit ausdrücklicher Genehmigung des Autors wiedergegeben werden.

Borreliose – weltweite Protesttage. OnLyme-Aktion.org gibt Patienten eine Stimme



Das noch junge [Aktionsbündnis gegen zeckenübertragene Infektionen Deutschland e. V.](#), [“OnLyme-Aktion.org”](#) hat sich zum Ziel gesetzt, durch öffentlichkeitswirksame Aktionen die Aufmerksamkeit auf die Borreliose-Thematik zu lenken.

Ende Januar 2013 starteten sie mit dem [“offenen Brief” an den Bundesgesundheitsminister](#), der bislang über 5000 Mitunterzeichner gefunden hat. Die Übergabe ist für Freitag, den 10. Mai, im Rahmen der weltweiten Borreliose-Proteste geplant. Am nächsten Tag, Samstag, 11. Mai, ist eine [Protestdemonstration plus Abschlusskundgebung vor dem Brandenburger Tor](#) vorbereitet worden. Weitere Aktionspläne werden bereits geschmiedet.

Im Rahmen der weltweiten Borreliose-Proteste können all jene, die nicht nach Berlin reisen können an den Borreliose-Brief-Tagen teilnehmen. Näheres hier:

Patienten, die an Borreliose und Co-Infektionen leiden eine Stimme zu geben, sie sichtbar und hörbar werden zu lassen – das ist für OnLyme-Aktion.org keine leere Phrase, sondern offenbar Programm. Weiter so!

Borreliose – Problemlösung durch konsequente Realitätsverweigerung?



Lassen sich Probleme bei der Borreliose durch konsequente Realitätsverweigerung lösen? In Deutschland und in anderen Ländern scheint man sich dieser Annahme hinzugeben. Anstatt Langzeitstudien zur häufigsten vektor-übertragenen bakteriellen Infektion auf den Weg zu bringen, wundert man sich, dass es [Borreliose-Patienten weltweit auf die Straße treibt](#).

In der Süddeutschen stand es zu lesen: Bei der Borreliose fehle es an allem, was medizinisch notwendig ist. Wohl wahr. Standardisierte, zuverlässige Diagnostik? Fehlanzeige, siehe: <http://news.doccheck.com/de/7598/lyme-borreliose-würfelspiele-mit-elisa/?profession=arzt&context=taxonomy>

Standardisierte, zuverlässig heilende Therapie? Ebenfalls Fehlanzeige. Es lässt sich noch nicht einmal nachweisen, ob jemand sicher von seinen Borrelien befreit und geheilt wurde. Erstaunlich, nicht wahr?

Noch erstaunlicher mutet das Vokabular an, mit dem inzwischen die medizinisch kontrovers diskutierte späte Borreliose bedacht wird. Da ist immer wieder von “Krieg” die Rede. Ein “Krieg”, der jedoch nicht gegen die Zeckenplage geführt wird, oder gegen die Krankheitserreger. Mitnichten. Aufgrund der unzureichenden Studienlage ist ein Meinungs”krieg” entbrannt. Kann Borreliose chronisch werden? Der Eine meint ja, der Andere glaubt nein. Siehe auch: <http://bcove.me/el63opv/>

Die Wissenschaft hatte mehr als 30 Jahre Zeit, um entscheidende Fragen zur Lyme-Borreliose zu klären

Mehr als 30 Jahre ist es nun her, dass der Erreger der Borreliose entdeckt wurde. Mehr als 30 Jahre hatte die Wissenschaft Zeit, um entscheidende Fragen zu klären. Zeit genug, sollte man meinen, um leidenden Patienten und behandelnden Ärzten zum notwendigen und vor allem ergebnisoffenen Erkenntnisgewinn zu verhelfen. Aber auch hier Fehlanzeige. Die Forschungsmittel fließen und flossen in die Erforschung der Frühphase, nicht der Spätphase einer Borreliose. Und – viele Beteiligte scheinen lieber ihren Interessen zu folgen und so mancher Interessenskonflikt wird dabei wohl verheimlicht. Das Geschäft mit [Impfstoffen](#) und Diagnostika winkt, siehe auch: <http://onlyme-aktion.org/die-leitlinienautoren-der-leitlinie-neuroborreliose-teil-v/>

Wird es auf diese Weise je zu einer S3-Leitlinie kommen? Worauf wird sie basieren, angesichts fehlender neuer Erkenntnisse und Studien, angesichts möglicher Interessenskonflikte und drohendem Bias?

Das Experiment mit der spannenden Ausgangshypothese *“Lassen sich Probleme durch konsequente Realitätsverweigerung lösen?”* wird wohl weiter geführt ...

B. Jürschik-Busbach © 2013

Alle Artikel dieses Blogs können gerne zu nicht-kommerziellen Zwecken unter Angabe der Quelle/Autorin und dem Original-Link verbreitet werden.

Dr. Hopf-Seidel – neue Behandlungsstrategien bei Lyme-Borreliose

Die Borreliose-Expertin, Dr. med. Hopf-Seidel (Website: <http://www.dr-hopf-seidel.de/>) hat am 17. Mai 2013 einen Vortrag über neue Behandlungsstrategien bei der Lyme-Borreliose gehalten. Weitere Infos und die Vortragsfolien findet man hier: http://www.dr-hopf-seidel.de/mediapool/87/874128/data/Vortrag_TU_Muenchen_17-5-2013.pdf

Borreliose: Der Druck im Kessel steigt ...



Der [Boston Globe](#) berichtet, dass “Lyme-Experte” Allen C. Steere, ein Verfechter des “Es-gibt-keine-chronische-Borreliose-Mantras”, während eines Vortrags an der Boston University von einem Zuhörer mit dem Ruf: “Meine Schwester starb und Sie haben ihr Blut an Ihren Händen!” gestört wurde.

Nahezu 40 Jahre, nachdem Steere die vermeintliche Arthritis im US-Städtchen Lyme untersuchte, zeigt diese Störung den zunehmenden Ärger der US-Patienten, die inzwischen im Hinblick auf die Borreliose-Antworten des medizinischen Establishments sehr unzufrieden und misstrauisch geworden sind.

Während die Lyme-Borreliose weltweit zuzunehmen scheint, zeigt die erbittert geführte Debatte, wie unterschiedlich Patienten und Vertreter des medizinischen Establishments auf wissenschaftliche Unsicherheiten reagieren.

Inzwischen werden diese Wissenschaftler und Mediziner von Borreliose-Betroffenen links und rechts überholt. Behandelnde Ärzte, die hunderte von Borreliosepatienten therapiert haben, gründeten ihre eigene medizinische Organisation und halten wissenschaftliche Konferenzen ab, während die Patienten versuchen, Politiker davon zu überzeugen, dass sie [Gesetze zum Schutz der Ärzte erlassen müssen, um ihnen auch eine Langzeittherapie](#) der Borreliose zu ermöglichen und um Versicherungskonzerne zur

Erstattung der Kosten zu zwingen. Siehe:

<http://chrissmith.house.gov/news/documentsingle.aspx?DocumentID=252549>

<http://www.nbcwashington.com/news/health/Task-Force-Takes-Lyme-Disease-Fight-to-Loudoun-County-124824524.html>

Zurzeit ist eine derartige Gesetzesvorlage auch in Massachusetts eingebracht worden, siehe auch: [Lyme-Borreliose in Massachusetts, eine öffentliche Gesundheitskrise](#). Auch dem US-Kongress liegt jetzt eine [Gesetzesinitiative](#) vor, die verstärkte staatliche Anstrengungen fordert (Prävention, Information, Therapie und Forschung zu Lyme-Borreliose und anderen zeckenübertragenen Krankheiten). Und der unermüdliche Generalstaatsanwalt Blumenthal trägt das Thema [Lyme-Borreliose in den US-Senat](#). Gleichzeitig fordert eine [Petition](#) den US-Kongress auf, die CDC, IDSA und ALDF zu untersuchen. Die Produzenten der preisgekrönten Dokumentation "[Under our Skin](#)" hatten im Rahmen des Informationsfreiheitsgesetzes Anfragen zu möglichen Interessenskonflikten der CDC-Angestellten gestellt. Diese Anfragen wurden [erst viele Jahre später](#) beantwortet. Siehe

auch: <http://www.poughkeepsiejournal.com/interactive/article/20130517/watchdog/305160051/print-lyme-ties-bind>

Auch die [Patientenorganisationen machen zunehmend Druck](#) und [fordern die Entfernung der überholten IDSA-Leitlinien](#) – fast 28.000 Menschen haben diese Petition bislang mitgezeichnet. Nicht zuletzt kulminierte der zunehmende Unmut der Betroffenen auch in [weltweiten Protestaktionen](#). Massachusetts, Rhode Island, New Hampshire und Connecticut haben bereits Gesetze verabschiedet, um Ärzte vor Disziplinarmaßnahmen der Ärztekammern zu schützen, wenn sie ihre Borreliosepatienten einer längeren antibiotischen Therapie unterziehen. Es sieht ganz danach aus, dass die Betroffenen politisch an Boden gewinnen, oder?

B. Jürschik-Busbach © 2013

Alle Artikel dieses Blogs können gerne zu nicht-kommerziellen Zwecken unter Angabe der Quelle/Autorin und dem Original-Link verbreitet werden.

Chronische Borreliose: Ist sie real? Was E-Mail-Veröffentlichungen verraten ...

“Ich werde Euch alle vermissen – Euch Wissenschaftler”, sagte Phillip Baker, Borreliose-Chef der CDC, “aber nicht die Borreliose-Beklopften.”

Diese Aussage, dokumentiert in einer [E-Mail, die nun im Rahmen des Informationsfreiheitsgesetzes an die Öffentlichkeit drang](#), fasst zusammen, worüber sich Ärzte und Wissenschaftler, die sich gegen die offizielle “Lyme-Borreliose-Politik” wenden, aufregen.

Die medizinische Kontroverse über Lyme-Borreliose (LB) läuft immer auf eine Frage zu: Kann Borreliose chronisch werden?

Auf der einen Seite die Graswurzelbewegung von Patientenvertretern sowie Patienten, die sagen, sie seien chronisch an LB erkrankt und behandelnde Ärzte, die den Behandlungsempfehlungen der IDSA Paroli bieten, unter ihnen offenbar jene, die Baker mit dem Begriff “Borreliose-Bekloppte” belegt.

Auf der anderen Seite stehen prominente Borreliose-Wissenschaftler, die die Behandlungsempfehlungen geschrieben haben und die den Begriff “Chronische LB” zurückweisen. Sie werden durch die Macht und das Geld der [NIH](#) und [CDC](#) gestützt. NIH- und CDC-Vertreter bestehen darauf, die IDSA-Leitlinien nur deshalb zu befürworten, weil sie ausschließlich auf Borreliose-Wissenschaft basieren.

Doch die Durchsicht der Regierungsmails zeigt eher, dass durch eine Kombination aus "hinter den Kulissen-Manövern" und langjährigen Beziehungen zwischen Wissenschaftsgruppierungen und Regierungsoffiziellen Schlachten gewonnen und Gedanken beeinflusst wurden.

E-Mails aus einer Schlüsselepoche der Borreliose-Strategie zeigen wie Regierungsbeamte gegen Gesetze kämpfen, die die staatliche Antwort auf LB – chronisch und anderweitig – neu ausgerichtet hätte, u. a. hätte man die Wissenschaftler dabei unterstützt, eine Strategie gegen chronische LB zu entwickeln.

Beamte warben einen Schlüssel-Wissenschaftler an, um LB-Tests zu erforschen, die auch zur Beilegung der Frage "chronisch oder nicht?" beitragen sollten; dieser Wissenschaftler war Mitinhaber eines Testvermarktungsunternehmens; er erhielt später Millionen Dollar an Forschungsstipendien. In einem anderen Fall wurde ein Beamter der CDC ausgewählt, um eine prestigeträchtige Quellenangabe zu einem Artikel über "chronische LB" von einem Leiter einer Forschungsgruppe zu verbreiten, der erhebliche Mittel von der CDC erhalten hatte.

Die oberste US-Gesundheitsbehörde CDC und die NIH verteidigen die Arbeitsbeziehungen, die sie zu diversen Wissenschaftlern unterhalten; sie seien in jeder Hinsicht gut für die öffentliche Gesundheit. "Die CDC, NIH und IDSA haben ein gemeinsames Ziel: Patienten zu schützen und evidenzbasierte Medizin zu unterstützen", das sagt Charles "Ben" Beard, der Chef der für vektor-übertragene Infektionen der CDC. "Dieses Ziel beinhaltet auch die Zusammenarbeit mit Nichtregierungsorganisationen (NGOs), heißt es in einem ähnlichen Statement der NIH.

Das Problem ist nicht, dass die Regierungsbehörden mit Wissenschaftlern zusammenarbeiten; das Problem ist, wenn die Zusammenarbeit mit ihnen so eng wird, dass andere Ideen und Forschungsergebnisse von der "scientific in-crowd" (in etwa: wissenschaftliche Schicki-Micki-Gesellschaft) unterdrückt und zur Seite geschoben werden, sagen Experten.

"Diese medizinischen Gesellschaften werden meistens von Personen geführt, die eine Menge Verbindungen zu ihren Kollegen bei den CDC haben", sagt Robert Higgs ([Independent Institute in Oakland](#)), der wissenschaftliche Arbeiten (peer-reviewed) veröffentlicht. Diese Gemengelage ist nicht "intrinsisch unethisch", aber sie hat das Potenzial für unethisches Handeln."

Ethische Regeln halten fest, dass Staatsbedienstete bei privaten Gruppen keine Behandlungen begünstigen dürfen und an offizieller Stelle verneint man auch jede Form von Bevorzugung. Doch die Therapie-Empfehlungen der IDSA werden seit 2005 auf der Website der CDC gelistet; die der ILADS nicht.

Fortsetzung folgt.

B. Jürschik-Busbach © 2013

Alle Artikel dieses Blogs können gerne zu nicht-kommerziellen Zwecken unter Angabe der Quelle/Autorin und dem Original-Link verbreitet werden.

Borreliose: Warum bleiben die IDSA-Leitlinien nach 7 Jahren unüberprüft?



US-Senator Blumenthal und drei Vertreter des US-Repräsentantenhauses fragen, warum 7 Jahre alte medizinische Borreliose-Leitlinien nicht überprüft und überarbeitet werden, gemäß den Regeln, die alle 5 Jahre die Überarbeitung medizinischer Leitlinien vorsehen.

Am 17. Mai 2013 schrieben die Politiker, dass die IDSA-Borreliose-Leitlinien keinem gründlichen Review-

Prozess unterzogen wurden, bevor sie erneut 2010 im National Guidelines Clearinghouse veröffentlicht wurden.

Ein Sprecher der IDSA sagt, die Leitlinien würden den Standards entsprechen, denn sie seien 2009 im Rahmen der Antitrust-Aktion von Blumenthal überprüft worden. Es bleibt (leider) spannend ...

B. Jürschik-Busbach © 2013

Alle Artikel dieses Blogs können gerne zu nicht-kommerziellen Zwecken unter Angabe der Quelle/Autorin und dem Original-Link verbreitet werden.

Quelle: <http://www.poughkeepsiejournal.com/article/20130609/NEWS01/306090066/Lawmakers-question-Lyme-treatment-guidelines>

Neue Zeckenart auf dem Vormarsch – Gesundheitsbehörden im Tiefschlaf?



Wissenschaftler des in Hannover ansässigen Landesgesundheitsamtes Niedersachsen (NLGA) sind besorgt: [Die Forscher haben mit der Auwaldzecke im Harz eine neue Zeckenart entdeckt, die bisher in Niedersachsen nicht vorkam](#). Auch die von Zecken übertragene Frühsommer-Meningo-Enzephalitis (FSME) rücke immer näher an Hannover heran, heißt es.

Und weiter: „In Hannover finden wir Zecken auch im Stadtgebiet“, sagt Masyar Monazahian vom Landesgesundheitsamt. „Eine Studie hat sogar gezeigt, dass die Menschen am häufigsten im eigenen Garten gestochen werden.“

Die Auwaldzecke ist eine aus dem Mittelmeerraum über Süd- und Ostdeutschland eingewanderte Buntzeckenart, die normalerweise trockenere Gebiete als der gemeine Holzbock bevorzugt. Offenbar gilt „normalerweise“ aber nicht mehr. Die Auwaldzecke kann Krankheiten wie [Hasenpest](#), [Rickettsien](#), [Babesien](#) und auch [Anaplasma-Bakterien](#) (Ehrlichien) übertragen. Der besorgte Bürger fragt sich somit: Wie sieht es eigentlich mit dem Vorkommen von Rickettsien, Babesien, Ehrlichien, Bartonellen etc. in Deutschland aus?

Die bemerkenswerte Antwort hat das Robert Koch-Institut für uns: <https://fragdenstaat.de/anfrage/rki-epidem-studien-zur-inzidenzpravalenz-von-zecken-ubertragener-erreger-wie-babesien-bartonellen-ehrlichien-etc/#nachricht-9905>

B. Jürschik-Busbach © 2013

Alle Artikel dieses Blogs können gerne zu nicht-kommerziellen Zwecken unter Angabe der Quelle/Autorin und dem Original-Link verbreitet werden.

Chronische Borreliose: Ist sie real? Was E-Mail-Veröffentlichungen verraten ... Teil 4

In [Teil 1](#) war u. a. zu lesen: „Ich werde Euch alle vermissen – Euch Wissenschaftler“, sagte Phillip Baker, Borreliose-Chef bei den CDC, „aber nicht die Borreliose-Bekloppten.“ Hier geht es zu [Teil 2](#) und [Teil 3](#).

Dokumente zeigen, dass die [Mikrobiologin Barbara Johnson](#) von den CDC (die in der IDSA-Anhörung eine wichtige Rolle spielte) 2002 und 2003 an Gary Wormser Mails schickte. Wormser fragt bei den CDC

mehrmals nach Forschungsgeldern und Johnson bestätigt ihm, dass er die Fördermittel sehr bald erhalten werde. Wormser war klinischer Studienleiter bei einer 311.000 Dollar Borreliose-„Forschung“ der CDC in jenem Jahr, die wiederum Teil einer 1,5 Millionen Dollar schweren „Forschungsförderung“ seit 2001 war, wie Unterlagen zeigen.

Ein CDC-Sprecher: „Dr. Johnson trug ihre Expertise im Hinblick auf labordiagnostische Tests zu Artikeln bei und spielte die größte Rolle unter den CDC-Wissenschaftlern.“ CDC-Beamte waren regelmäßig Co-Autoren bei Borreliose-Artikeln und natürlich jene Wissenschaftler um Wormser, die immer wieder mit CDC-Mitteln gefördert wurden. Empfehlungen, wer eine Förderung erhalten sollte, seien von einem unabhängigen Forschungsgremium ausgesprochen worden, lässt die CDC verlauten.

Lässt sich ein Irrtum zugeben, wenn man bereits viel Geld und Energie hineingesteckt hat?

2007 versuchte der Borreliose-Programm-Direktor, Phil Baker, LB-Leitlinien, die der Auffassung der NIH widersprechen von der staatlichen Website des [National Guidelines Clearinghouse \(NGC\)](#) entfernen zu lassen. Und das, obwohl diese Leitlinien seinerzeit von der US-Gesellschaft für Infektionskrankheiten anerkannt worden waren. In seiner Mail an den Administrator der NGC-Website schreibt Baker: „Die Leitlinien stimmen nicht mit den Ergebnissen der NIH-Studien überein, die zeigen, dass eine verlängerte Antibiotikatherapie nicht wirkt.“

[Ben Beard von den CDC](#) (Chef der Abteilung „Bakterielle Erkrankungen“ im Bereich Vektor-übertragene Erkrankungen und nationaler CDC-Koordinator für die Programme Lyme-Borreliose, Pest und Tularämie) lässt das offenbar keine Ruhe. Er äußert Bedenken über zentrale Aussagen in den anderen Leitlinien. „Die Anwendung experimenteller Therapien, die nicht geprüft und potenziell lebensbedrohlich sind und der übermäßige Gebrauch von Antibiotika sind beide gefährlich und führen zu antimikrobiellen Resistenzen“, schreibt er.

Gegenüber Patientenvereinigungen äußert sich Ben Beard übrigens anders. Er spricht davon, dass die CDC vorrangig die Borreliose-Prävention im Blick habe. Nichtsdestotrotz sollten Patienten Zugang zu Therapien erhalten, die ihre Gesundheit wieder herstellen. Behandlungsoptionen sollen offen sein, während die Wissenschaft sich weiter entwickelt. Die NIH schreiben schlussendlich, Bakers Vorschlag (Entfernung der Leitlinien, die eine längere antibiotische Therapie favorisieren) sei angemessen. **Fortsetzung folgt.**

B. Jürschik-Busbach © 2013

Alle Artikel dieses Blogs können gerne zu nicht-kommerziellen Zwecken unter Angabe der Quelle/Autorin und dem Original-Link verbreitet werden.

Chronische Borreliose: Ist sie real? Was E-Mail-Veröffentlichungen verraten ... Teil 3

In [Teil 1](#) ist u. a. zu lesen: „Ich werde Euch alle vermissen – Euch Wissenschaftler“, sagt Phillip Baker, Borreliose-Chef der CDC, „aber nicht die Borreliose-Bekloppten.“ Eine Aussage, dokumentiert in einer [E-Mail, die nun im Rahmen des Informationsfreiheitsgesetzes an die Öffentlichkeit drang und](#) die leider den traurigen Stand der Dinge zusammenfasst. Sie zeigt, welchen immensen Ressentiments all jene ausgesetzt sind, die es wagen, sich gegen den medizinischen Mainstream zu stellen. Weitere Ausführungen folgten in [Teil 2](#).

2008 befand der Generalstaatsanwalt von Connecticut, Richard Blumenthal (inzwischen Senator), dass im Borreliose-Leitliniengremium der IDSA viele Interessenskonflikte eine Rolle spielen (Diagnostik-Tests, Patente und Berater-Verträge mit Versicherungskonzernen) und dort alleine deswegen bereits eine verzerrte Sicht (Bias) auf die Existenz einer chronischen Borreliose besteht.

Die IDSA stellt dies in Abrede und betont immer wieder ihre “unabhängige Überarbeitung”, was zur Beibehaltung der Leitlinien 2009 führte. **Siehe dazu auch:** [Warum bleiben die IDSA-Leitlinien seit 7 Jahren unüberprüft?](#) Zu beachten ist, dass sich jede Seite gegenseitig bezichtigt, Kapital aus der Borreliose zu schlagen. Behandelnde Ärzte werden beschuldigt, aus ihren verzweifelten Patienten Kapital zu schlagen, was diese wiederum verneinen, während die Leitlinien-Autoren über Patente, Testkits etc. ihre pekuniären “Borreliose-Interessen” verfolgen.

Hinter den Kulissen arbeitete der verantwortliche NIH-Programmdirektor für Borreliose, Baker, kräftig daran, ein Gesetz zu verhindern, dass 2005 mehr Geld für die Borreliose-Forschung und eine spezielle Projektgruppe für Lyme Borreliose (LB) etabliert hätte.

In einer E-Mail vom 4. November, bietet er dem Leitlinienvorsitzenden Dr. Gary Wormser an, er könne ihm wichtige Hinweise geben, die für ihn wertvoll sein werden, wenn es darum geht, das Gesetz zu verhindern. In einer E-Mail bezeichnet Wormser das Gesetz als “einen Weg, um die Verfechter einer chronischen Lyme-Borreliose in eine übermächtige (sic!) Position zu bringen.”

In einer Antwort an ein Journal, schreibt Baker, das Gesetz würde nur das kopieren, was die NIH schon lange tun und seine Beziehungen zu Wissenschaftlern im Dunstkreis von Wormser verteidigt er: “Das dürfte kaum zu Kollisionen führen, wie manche glauben.”

2007 luden Baker und Barbara Johnson (Chefin der Molekularbiologie für vektorübertragene Infektionen bei den CDC) zu einer Konferenz, um die LB-Forschungsprioritäten für die LB-Tests festzulegen. Erbeten und erwünscht waren zu dieser Konferenz nur enge Kollegen des IDSA-Borreliose-Leitlinienautors Raymond Dattwyler. Dattwyler, als Mit-Organisator der von der Regierung bezahlten Konferenz, hatte 2001 ein Unternehmen gegründet, das LB-Tests vermarkten sollte; Unterlagen zeigen, dass sein Unternehmen seit 2007 3,5 Millionen US-Dollar an Forschungsstipendien für LB-Tests erhielt.

Die Gemengelage kann man auch so zusammenfassen: Einige Wissenschaftler aus dem Elfenbeinturm gründen Firmen, die unzuverlässige Tests auf Lyme-Borreliose vermarkten (siehe auch: <http://www.bmj.com/content/335/7628/1008.1?tab=responses>). Sie sagen, LB kann nicht chronisch werden und jene, die behaupten, LB könne sich zu einer chronischen Krankheit entwickeln, gefährden die Gesellschaft. Diese Universitätsjungs bekommen Millionen US-Dollar staatliche Forschungsförderung. Sie bringen eine medizinische Gesellschaft (die IDSA) dazu, ihre Tests und Vorgehensweise (ELISA/Westernblot) zu legitimieren, in dem die IDSA das zweistufige Vorgehen als State-of-the-art darstellt, anerkannt von Tausenden Medizinern. Der Staat, der bereits viel Geld in diese “Test-Forschung” gesteckt hat, lässt diese Tests und Vorgehensweise in allen führenden medizinischen Fachjournals verbreiten und als “evidenzbasiert” darstellen.

Diese Vorgehensweise wurde laut Barbara Johnson vor Jahrzehnten an sage und schreibe 26 Personen getestet. So geht “evidenzbasiert”, Stupid! Wissenschaft muss nicht auf Wissenschaft basieren – manchmal basiert sie vielleicht schlicht darauf, wer wen kennt und nicht darauf, was man weiß. Brisant wird es, wenn diese Personen Schlüsselpositionen in Regierungsbehörden inne haben.

Diese Menschen sorgen dafür, dass die Elfenbeinturmforscher weiterhin Geld für ihre Borreliose-Forschung erhalten, dass sie ihre Tests weiterhin vermarkten können (ein ansehnlicher Markt – jedes Jahr werden in den USA Millionen Menschen auf LB getestet!) und Nonprofit-Organisationen wie die IDSA diesen Missstand perpetuieren – auch die nächste Mediziner-Generation wird entsprechend “aus- und fortgebildet”. Wer ein paar Tausend US-Dollar ausgeben kann, findet übrigens [hier](#) detaillierte Analysen zum internationalen LB-Markt. **Fortsetzung folgt.**

B. Jürschik-Busbach © 2013

Alle Artikel dieses Blogs können gerne zu nicht-kommerziellen Zwecken unter Angabe der Quelle/Autorin und dem Original-Link verbreitet werden.

Chronische Borreliose: Ist sie real? Was E-Mail-Veröffentlichungen verraten ... Teil 2

In [Teil 1](#) ist u. a. zu lesen: "Ich werde Euch alle vermissen – Euch Wissenschaftler", sagte Phillip Baker, Borreliose-Chef bei den CDC, "aber nicht die Borreliose-Bekloppten." Eine Aussage, dokumentiert in [einer E-Mail](#), die nun im Rahmen des Informationsfreiheitsgesetzes an die Öffentlichkeit drang. Sie spiegelt den leider traurigen Stand der Dinge wider und zeigt, welchen immensen Ressentiments all jene ausgesetzt sind, die es wagen, sich gegen den medizinischen Mainstream zu stellen.

Die CDC befürwortet die Sicht, dass die Lyme-Borreliose (LB) einfach zu diagnostizieren und zu heilen sei, verursacht von einem Bakterium, das nach einer kurzzeitigen Gabe von Antibiotika im Organismus des Kranken nicht überleben könne. Gleichzeitig dauern Symptome bei einigen Menschen an – bei den CDC behauptet und glaubt man, dies habe mit einer aktiven Borreliose-Infektion nichts zu tun. Ärzte, die Borreliose-Patienten behandeln, widersprechen dieser Sicht. Sie halten die Tests für schlecht, finden es fraglich, dass eine 28-tägige Antibiotika-Therapie immer ausreichend sei und glauben, dass manche Patienten an einer persistierenden Infektion leiden: Chronische LB, ermöglicht durch das Überleben des Erregers, weil er sich an die Therapien anpassen könne. Die Forderungen dieser Mediziner nach einer Überarbeitung der Borreliose-Strategie bleiben ungehört, trotz einer wachsenden Anzahl wissenschaftlicher Artikel, die diese Annahmen stützen.

Pat Smith von der [LDA](#): "Die CDC-Argumentation kann kaum für eine evidenzbasierte Medizin sprechen, sie ist selektiv und fadenscheinig, weil Entscheidungen über die Patientenversorgung auch die Perspektive der behandelnden Ärzte und den Input von Patienten umfassen müssen."

Die Dokumente von 2005 bis 2007 zeigen das Gegenteil: Ärzte, die sich auf die Behandlung von Borreliose-Patienten spezialisiert haben, wurden bei der Leitlinien-Überarbeitung 2006 nicht hinzugezogen, aber sehr wohl Staatsbeamte. Und obwohl man 1200 Seiten an Dokumenten schwärzte, zeigen die E-Mails die Stärke der Verbindung zwischen Staatsbediensteten, die die LB-Politik betreiben und das Forschungsbudget überwachen und den Wissenschaftlern der IDSA, deren Leitlinien die Versorgung der Borreliose-Patienten in den USA und indirekt auch weltweit diktieren.

Zwei CDC-Beamte waren ursprünglich für die 2006er Leitlinien-Kommission benannt; sie wurden wieder zurückgezogen, weil ihre "Beiträge das Verfassen (der Leitlinien) nicht begünstigen würde". Nichtsdestotrotz erhielten sie die Entwürfe der geänderten Leitlinien und wurden – zusammen mit anderen – um ihren Input gebeten. Einer von ihnen wurde zum Berater für die Anerkennung der Leitlinien benannt. Die CDC sagt, die Teilnahme ihrer Angestellten an der Leitlinien-Überarbeitung sei angemessen gewesen.

Fortsetzung folgt.

B. Jürschik-Busbach © 2013

Alle Artikel dieses Blogs können gerne zu nicht-kommerziellen Zwecken unter Angabe der Quelle/Autorin und dem Original-Link verbreitet werden.

Borreliose oder wie knackt man eigentlich Biofilme?



Nachdem bereits mehrfach darüber berichtet wurde, dass [Borrelien Biofilme bilden](#) können, was – Hallo [IDSA](#), [DGN](#) und [DDG](#)! – eine persistierende (sic!) Infektion verursacht, soll das Thema aufgrund von Nachfragen gerne noch ein wenig vertieft werden.

Dass die Bedeutung von Biofilmen bis heute medizinisch unterschätzt wird, ist mehr als erstaunlich, denn Biofilme waren eine der ersten Untersuchungsobjekte früherer Mikrobiologen.

Erste Biofilm-Forschung bereits im 17. Jahrhundert

Der Naturforscher [Antoni van Leeuwenhoek](#) kratzte sich 1683 seinen Zahnbelag von den Zähnen und untersuchte ihn mithilfe eines Mikroskops. Die Bakterien, die er sah, nannte er “animalculi”; es war wohl der erste bekannte und untersuchte Biofilm. Zuvor hatte er bereits Protozoen und Bakterien in Wasser und im menschlichen Speichel nachgewiesen, was ihm Hohn und Spott seitens der [Royal Society](#) eintrug. Wir sehen, im Bereich der Wissenschaft haben sich die Reaktionen auf neue Erkenntnisse über die Jahrhunderte kaum geändert.

Erstaunlich ist, dass man erst in den 1970ern erkannte, dass es diese bakteriellen Biomassen in nahezu jeder Umgebung gibt. Um 1990 begannen Wissenschaftler eine erste Idee von der Komplexität dieser Bakterien-Gemeinschaften zu entwickeln. Warum erst so spät? Der Mikrobiologe, Professor [Robert Kolter](#): “Biofilme zu untersuchen, ist zunächst vor allem eine radikale Abkehr früherer Arbeiten.” Wer möchte schon neue Wege gehen, wenn die bekannten so bequem und ausgetreten sind?

Nomaden versus Siedler?

Wie die meisten Mikrobiologen wurde Kolter in der Tradition von Robert Koch und Louis Pasteur ausgebildet, die sich jedoch noch mit Bakterien “nomaden” beschäftigten. Sie untersuchten einzelne frei umherziehende Bakterien (planktonische Bakterien) und keine Bakteriensiedlungen. Kolter: “Das hat die moderne Mikrobiologie weit nach vorne gebracht, doch es hat sie auch von einer organismischen Sicht auf die Bakterien abgelenkt. Wir dachten, mit reinen planktonische Kulturen zu arbeiten, ist die einzige Art zu arbeiten. Doch in der Natur leben Bakterien nicht so; tatsächlich leben sie in gemischten, Oberflächengemeinden.”

Obwohl sich die Forschung an Biofilmen inzwischen rege entwickelt, konzentriert man sich immer noch hauptsächlich auf “externe Biofilme” oder auf solche, die auf Oberflächen in der Natur vorkommen. Biofilme können Rohre verstopfen, Lebensmittel verderben und Implantate infizieren. Siehe auch z. B.: [http://www.wissenschaft-aktuell.de/artikel/Wie Bakterien gefaehrliche Biofilme auf kuenstlichen Herzklappen bilden1771015588027.html](http://www.wissenschaft-aktuell.de/artikel/Wie_Bakterien_gefaehrliche_Biofilme_auf_kuenstlichen_Herzklappen_bilden1771015588027.html)

“Interne Biofilme” dagegen scheinen bislang kaum näher untersucht worden zu sein, obwohl sie für bis zu 80 % aller chronischen oder “auto-immunen” Krankheiten verantwortlich sein sollen. Die Gründe sind verständlich: Es ist schwierig mit heterogenen Biofilmen zu arbeiten; verglichen mit homogenen planktonischen Erregern. Schwierige Labortechniken schrecken ab.

Einige Unentwegte haben sich in den vergangenen Jahren dennoch immer wieder daran gemacht. In kürzester Zeit stellte sich heraus, dass unzählige Krankheiten durch die Dauerbesiedelung von Erregern verursacht werden. Übrigens können nicht nur Bakterien Biofilme bilden, sondern auch Viren, Pilze und andere Erreger!

Obwohl Biofilme in der Natur allgegenwärtig sind, wird ihre klinische Bedeutung in der Medizin beharrlich unterschätzt.

Da ein großer Teil des anfänglichen mikrobiologischen Instrumentariums im Zuge großer [Seuchen](#) entwickelt wurde, geschah dies mit Schwerpunkt auf die frei schwebenden (planktonischen), sich schnell teilenden Bakterien, die für akute Infektionen (siehe [Henle-Koch-Postulate](#)) verantwortlich sind. Die hier geforderte Isolation und [Reinkultur](#) im Labor führt allerdings zu beträchtlichem Genverlust der Bakterien unter herkömmlichen Laborbedingungen und schließlich zum Verlust der Fähigkeit zur Biofilmbildung. Deswegen und aufgrund der Ruhephasen entziehen sich Biofilme häufig neben dem Nachweis durch konventionelle Verfahren der [Mikroorganismenkultur](#) auch der eingehenderen Untersuchung.

Moderne Techniken zur Visualisierung, Lokalisierung und Identifizierung von Biofilm-Organismen mittels Fluoreszenzmikroskopie haben inzwischen zu einem besseren Verständnis der Biofilme beigetragen. Im Zuge der Biofilmbildung kommt es in der Existenzphase, koordiniert durch das [Quorum sensing](#), zum Ablösen größerer Bakterienansammlungen. Dadurch entsteht eine Quelle für Keime, die zu chronischen und wiederkehrenden [Infektionen](#) von Patienten ([Bakteriämie](#)) und unter Umständen bis hin zur häufig tödlichen [Sepsis](#) führen.

Biofilme werden mit einer ganzen Reihe von Infektionen in Verbindung gebracht. Beispiele hierfür sind: Wundinfektionen, bakterielle [Endokarditis](#), [Parodontitis](#), [Urethritis](#), [Prostatitis](#), [Zahnkaries](#), Periimplantitis, [chronische Mittelohrentzündung](#) bei Kindern und LYME-BORRELIOSE! Auch etwa die Hälfte der [nosokomialen Infektionen](#) sind auf chirurgische Implantate mit Biofilmbesiedelung zurückzuführen. Das sind keine guten Nachrichten, weil die Bekämpfung dieser Infektionen aufgrund der häufig anzutreffenden [Antibiotikum-Resistenz](#) (das Krankenhaus als Trainingscenter!) der Bakterien im Biofilm (u. a. durch verstärkten horizontalen Gentransfer, Bildung von „Persistern“ und hoher Diversität) in vielen Fällen sehr schwierig ist.

Warum kommen die Symptome einer Lyme-Borreliose immer wieder zurück?

Wenn man den Ausführungen des Biofilm-Pioniers Costerton folgt, kann man mit den üblichen Antibiotika-Dosierungen, die gegen planktonische Erreger verwendet werden, nichts ausrichten. Der Biofilm wird durch solche Dosen nicht eliminiert. Es sieht daher bei Biofilm-Erkrankungen so aus, als ob die Krankheit immer wieder käme. De facto kommt sie aber nicht immer wieder; sie ist in Wahrheit nie weg gewesen. Der Biofilm siedelt ungerührt vor sich hin und schickt nach wie vor immer wieder neue Abspaltungen (Shedding) auf die Reise durch unseren Körper, was erneut Symptome auslöst – ein bekannter Kreislauf.

Was “knackt” Biofilme?

Laut [Costerton](#) ist beispielsweise Hitze sehr wirksam; Hitze und Oxydantien können das Schutzschild der Polysaccharide durchbrechen und auflösen. Wasserstoffperoxyd ist sehr effektiv – leider kaum innerlich anzuwenden. Kälte wiederum hat keinen Effekt auf Biofilme.

Costerton und sein Team haben sich oft gefragt, warum eine chronische Infektion nicht selbstheilend verläuft. Vor diesem Hintergrund beschäftigten sie sich u. a. auch mit der Mukoviszidose (Cystische Fibrose). Die Lunge der meisten von dieser vererbten Stoffwechsel-Erkrankung betroffenen Erwachsenen weist eine chronische Besiedelung mit dem Bakterium *Pseudomonas aeruginosa* (neben etlichen anderen) auf, was häufig zu einer Verschlechterung der Lungensituation führt.

Einige der Bakterien, z. B. *Pseudomonas aeruginosa*, bilden zusammen mit dem zähen Schleim einen [Biofilm](#) in der Lunge der Erkrankten. Durch den zähen Schleim finden die Bakterien einen idealen Nährboden vor, in dem sie sich regelrecht verschanzen und für Antibiotika nur schwer zugänglich sind. Hier werden hochdosierte Antibiotika-Gaben meist intravenös und in dreimonatigen Abständen über eine

Dauer von 14 Tagen verabreicht. Eine leider nicht sehr nachhaltige Strategie. Antibiotika, die die Kommunikation der Bakterien untereinander stören, wären hilfreich. Gelänge es, die Informationsmoleküle zu kappen, wäre bei den Siedlern und Multiresistenzlern schnell Schluss mit lustig – ihnen würde buchstäblich der Schleim unter den Füßen weggezogen. Erste Ansätze sind womöglich Furanone und andere Signal-Störer?!

Wie bringt man die Bakterien zum Schweigen?

<http://www.uzh.ch/news/articles/2006/2041.html>

<http://www.transkript.de/nachrichten/wissenschaft/2012-01/72-mio-euro-fuer-biofilm-inhibitor.html>

http://www.eurekalert.org/pub_releases/2004-12/uons-nwi120704.php

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2764226/>

<http://www.hagalil.com/archiv/2005/06/bakterien.htm>

Costerton et al. untersuchten die IgG und fanden Immunkomplexe bzw. Antikörper, die mehrere Antigene binden. Dennoch konnten die Antikörper dem Biofilm nichts anhaben und zirkulierende Immunkomplexe richten enormen Schaden an. Diese Patienten wurden, so Costerton, schließlich mit Cortison (Prednison) behandelt. In weiteren Versuchen konnte gezeigt werden, dass Biofilme sowohl Antibiotika, als auch Antikörpern und [Phagozyten](#) widerstehen. Die [Leukozyten](#) (weiße Blutkörperchen) drehen förmlich durch, weil sie merken, dass da fremde Erreger sind, die sie erledigen sollten, aber sie können nicht zu ihnen vordringen. Die Schleimschicht der Polysaccharide verhindert das wirkungsvoll.

Nichts von dem, was bei planktonischen Bakterien funktioniert, gelingt bei Biofilm-Erregern. Als nächstes, so Costerton, feuern die weißen Blutkörperchen wahllos Enzyme in das Gewebe. Das juckt den Biofilm auch nicht, aber das umliegende Gewebe wird davon zerstört. Ein biofilm-befallenes künstliches Hüftgelenk lockert sich daher in Windeseile, weil das umgebende Gewebe sehr rasch zerstört wird. Darum unterdrückt man bei Kindern mit Mukoviszidose das Immunsystem. Die Entzündungen geraten ansonsten völlig außer Kontrolle, so Costerton.

Die US-Behörde CDC schreibt, dass mindestens 65 Prozent aller infektiösen Probleme, die Ärzte zu Gesicht bekommen, Biofilm-Infektionen sind. Biofilm-Infektionen gab es schon immer, allerdings waren zunächst die akuten Infektionen wie Diphtherie oder Scharlach von Belang. Gegen sie konnte man erfolgreich mit Antibiotika und Impfungen ankommen. Menschen mit chronischen Infektionen, meint Costerton, lebten einfach nicht lange genug, um diese Infektionen ins Blickfeld zu rücken. Mit einer akuten Infektion überlebte man oder nach ein paar Tagen war die Sache gelaufen. Heute überleben auch viele Menschen mit einer chronischen Infektion. Costerton schreibt, Plaque auf den Zähnen hatten die Menschen schon immer, dennoch habe sich die Art der Bakterien bzw. die Bakterienstämme verändert. Durch Antibiotika waren die Bakterien gezwungen, ihre Überlebensstrategien anzupassen. Gleiches gilt auch für [Bakteriophagen](#); Viren, die von Bakterien leben, auch dagegen hilft es, nicht als planktonischer Einzelgänger durch den Organismus zu wandern und von Phagen gefressen zu werden. Biofilm-Bildung ist einfach eine Überlebensstrategie.

Anfang der 1990er waren es Ingenieure, die sich mit Biofilm-Bildung befassten – nicht Mediziner und auch keine Mikrobiologen. Korrosion und Beläge auf Metall waren Probleme, für die eine Lösung gefunden werden sollte. Es gelang. In einer perfekten aeroben Umgebung herrscht dennoch in einem dünnen Biofilm eine total-anaerobe Schleim-Atmosphäre. Das erklärte auch etwas, worüber sich Costerton immer gewundert hat. Wenn sie Hautbiopsien nahmen, fanden sie 80 Prozent Anaerobier. Ein Antibiotikum gegen aerobe Erreger wäre in dem Fall meist zum Scheitern verurteilt. Jeder Biofilm ist ein Mix aus Bakterien, die in jedem, wirklich jedem physischen Zustand wachsen können, schreibt er.

Wir bauen uns einen Biofilm

Bakterien gelangen auf eine Oberfläche/ins Gewebe und verändern sich genetisch. Sie beginnen damit, den "Schleim" zu bilden, errichten Türme und "Kanäle". Aus dieser Masse besteht zu 85 % die schützende

Matrix, 15 % sind Zellen. Die Türme werden immer höher. In Versuchen hat man herausgefunden, dass Biofilme elastisch wie Gummi sind und sich anpassen können. Je härter der Druck ist, je mehr man diese Filme mechanisch zerstören will, desto stärker passt sich dieser Film an, bis er schließlich so hart wie Plaque werden kann, der kaum noch zu entfernen ist. Es wurden auch Versuche mit UV-Licht und Ozon gemacht. Ozon ließ den Biofilm erst richtig aufblühen und UV-Licht konnte nichts ausrichten. Immerhin: Elektrische Impulse erwiesen sich bei Biofilmen im Wasser als wirksam.

Gibt es einen Biofilm-Phänotyp?

Dann untersuchte man *Pseudomonas aeruginosa*. Die planktonischen Vertreter dieser Gattung waren völlig anders aufgebaut als die Biofilm-Vertreter dieser Gattung. Nicht ein einziges Protein war vergleichbar. Die These: Es gibt einen Biofilm-Phänotyp. Alle Bakterien verfügen über die gleichen Gene in ihrer DNA, aber sie exprimieren verschiedene, je nach Situation. Der Biofilm-Phänotyp ist völlig anders als die planktonische Zelle. Man hat es mit einer fantastischen genetischen Veränderung zu tun, fast wie ein völlig anderer Organismus. Proteine in ihrer Zellwand verändern sich, Proteine in ihren Membranen verändern sich und sie alle sind spektakulär resistent.

Costerton: Penicillin funktionierte nicht, weil es keine penicillin-bindenden Proteine gibt; Streptomycin wirkte nicht, weil die [Ribosomen](#) alle unterschiedlich waren. Costerton meint, es müssten gezielt Antibiotika entwickelt werden, die gegen Biofilme wirken. Man hat mit Pheromonen und Ratten, die an Mukoviszidose leiden experimentiert und festgestellt: Es gibt ein Master-Signal zur Biofilmbildung.

Eine weitere Feststellung, die Costerton nach seinen Untersuchungen machte und uns nicht begeistern wird: Biofilme mit gram-negativen Organismen (Borrelien sind gram-negativ!) stoßen kontinuierlich [Ektotoxine](#) aus, die den Organismus zusätzlich schädigen. Niemand hat gesagt, dass es leicht wird ...

Weitere Infos/Quellen: <http://bio-alive.com/lectures/microbiology.htm>
http://bacteriality.com/2008/05/26/biofilm/#footnote_27_190

B. Jürschik-Busbach © 2013

Alle Artikel dieses Blogs können gerne zu nicht-kommerziellen Zwecken unter Angabe der Quelle/Autorin und dem Original-Link verbreitet werden.

Borreliose: US-Behörde räumt plötzlich ein, dass es 10 Mal mehr Infizierte jährlich gibt, als gemeldet ...



+ Breaking News + Breaking News + Breaking News

Borreliose ist selten ("hard to catch") – so lautete seit Jahren unverdrossen die Meldung der obersten US-Gesundheitsbehörde CDC. Bislang ging man dort von circa 30.000 neu an Borreliose Erkrankten pro Jahr aus.

Und jetzt? Donnerlüttchen – die neuen CDC-Zahlen gehen davon aus, dass in den USA pro Jahr tatsächlich 10 Mal mehr Menschen an Lyme-Borreliose erkranken: 300.000!

Diese neue Schätzung entspreche auch den Studienergebnissen, die seit den 1990ern veröffentlicht werden, so die CDC. Die reale Anzahl der Borreliose-Erkrankten pro Jahr sei zwischen 3- bis 12-fach höher als die gemeldete.

[Paul Mead](#), der Chef-Epidemiologe des Borrelioseprogramms der CDC: “Wir wissen, dass die routinemäßige Überwachung uns nur ein Teil des Bildes vermittelt und dass die wahre Anzahl der Erkrankungen sehr viel höher ist.”

Und Achtung: “Diese neue vorläufige Schätzung bestätigt, dass Lyme-Borreliose ein gewaltiges Gesundheitsproblem in den Vereinigten Staaten darstellt und dass es einen dringenden Bedarf an Prävention gibt.”

Huch! Das klingt deutlich anders als bislang verlautbart. Doch bald kündigt sich ja auch der neue Borreliose-Impfstoff an... Nachtigall, hör ick Dir trapsen?

😊 **Danke Frank für Deinen Hinweis! *Daumen hoch!***

B. Jürschik-Busbach © 2013

Alle Artikel dieses Blogs können gerne zu nicht-kommerziellen Zwecken unter Angabe der Quelle/Autorin und dem Original-Link verbreitet werden.

Borreliose und Biofilme. Das nächste Kapitel in dieser verhängnisvollen Affäre

...



Bereits mehrfach ist in diesem Blog das Thema “Borrelia burgdorferi und Biofilme” behandelt worden, siehe auch: <http://www.verschwiegene-epidemie.de/tag/biofilm/>

In einem Gastbeitrag in einem US-Blog von lymedisease.org beschreibt der Pathologe [Dr. Alan MacDonald](#) u.a. die Hindernisse, die zu überwinden waren, bis sein Artikel über neue Erkenntnisse zum Thema Borrelien und Biofilme endlich veröffentlicht wurde.

Bereits im Film “Under our skin” beschrieb Dr. MacDonald “die aufregende Zukunft der Borrelien-Biofilme” als das nächste “große Ding”. Bereits während der Dreharbeiten, schreibt MacDonald, habe er den Nachweis über biofilmbildende Borrelien in den Händen gehalten, doch es musste noch ein wissenschaftlicher Artikel darüber veröffentlicht werden.

Ein wichtiger Meilenstein war schließlich die lang erwartete Veröffentlichung des Artikels “[In Vitro Biofilms of Borrelia burgdorferi](#)”, im November 2012 in PLOS ONE.

Sechs Jahre hatte es gedauert, um diesen Artikel veröffentlicht zu bekommen. Als besonders beschwerlich, so MacDonald, erwiesen sich die Überarbeitungen, zu denen wir aufgefordert wurden. Sprachlich durfte kein Hinweis auf die Signifikanz von Borrelien-Biofilmen für die Humanmedizin, für Erkrankungen beim Menschen und insbesondere für Lyme-Borreliose enthalten sein. Wir wurden auch aufgefordert, jeden Hinweis zu eliminieren, der auf unsere Einstellung zur adäquaten Behandlung von Lyme-Borreliose und verwandte Borrelien-Infektionen hindeuten könnte, schreibt der Pathologe.

Keiner der drei Reviewer war IDSA-ausgerichtet. Alle Reviewer waren, soweit wir das sagen können, europäische Mikrobiologen, mit spezieller Kenntnis und Erfahrung zum Thema Biofilm-Biologie von Mikroben (keine Borrelien!).

Das heikle Problem bei Biofilmen ist, dass infektiöse Biofilme immer (!) einen Marker für eine chronische Infektion darstellen.

Wenn man Borrelien-Biofilme akademisch nun durch die Sapi-Veröffentlichung respektieren würde, lieferte man auch die konzeptionelle Verbindung (durch mikroskopische Strukturen) und den Umsturz aller Vorbehalte zur Unmöglichkeit einer chronischen Borreliose als bestätigte [Entität](#).

Chronische Lyme-Borreliose war zu der Zeit und ist 2013 immer noch eine umstrittene Sache.

Wir stellen Fragen, schreibt MacDonald. "Gibt es Borrelien-Biofilme in lebenden Organismen oder sind Borrelien-Biofilme nur eine Merkwürdigkeit in Reagenzgläsern?"

Zwei Wochen nach der PLOS ONE-Veröffentlichung des Sapi-Artikels, verkündete die Sapi-Gruppe, ja, man habe Borrelien-Biofilme in einer humanen Hautbiopsie eines europäischen Borreliose-Patienten (kutane Borreliose) festgestellt.

Die Sapi-Gruppe untersuchte auch Zeckendärme, um zu sehen, ob es dort Borrelien-Biofilme in lebenden Zecken gibt. Auch diese Arbeit führte zu einer Änderung des Denkmodells.

MacDonald verkündete, dass die Ablagerungen beim [Morbus Alzheimer](#) Biofilme bilden. Das sei so chronisch und mit der Erkrankung verbunden und krankheitsproduzierend im menschlichen Körper, wie es sich ein Biofilm-Experte nur wünschen könne.

Wie greifen wir Biofilme an und eliminieren sie? Weitere schwierige Fragen ...

Biofilme, so MacDonald, sind Gemeinschaften, eine Art Festung, mit der jede Attacke überlebt werden kann, einschließlich intravenös verabreichter hochdosierter antibiotischer Langzeitbehandlungen. Die antibiotische Therapie sei damit nicht das Allheilmittel, um die Biofilme einer Mikrobe zu eliminieren.

Bevor Dr. Bill Costerton 2012 an Bauchspeicheldrüsenkrebs starb, gab er ein [Interview](#), in dem er viele Dinge in Bezug auf Biofilme diskutierte. Costerton ist Autor vieler peer-reviewed Artikel über Biofilme verschiedenster Mikroben.

Eine der Ideen, die er vorstellte, war das Konzept der Ultraschallenergie, die – korrekt im Reagenzglas angewendet – Biofilme "aufbricht" und sie für die antibiotische Therapie angreifbar macht.

Das ist nicht nur eine ungefähre neue Richtung, schreibt MacDonald; Costerton hat uns damit eine achtspurige Autobahn gebaut.

Nachtrag: Im [Lancet Infectious Disease Journal 2013;13\(8\):719-724](#) wird ein Manuskript diskutiert, in dem es um den Zusammenhang zwischen Krebs und dem Bakterium [Streptococcus gallolyticus](#) geht. *Strep Gallolyticus* bildet Biofilme, die in hohem Maße mit den Oberflächen bösartiger Tumore im menschlichen Dickdarm assoziiert sind. Einige dieser *Strep gallo*-Biofilm-Gemeinschaften machen sich auf in die Blutbahn, wo sie unter anderem die menschlichen Herzklappen infizieren und eine bakterielle [Endokarditis](#) vom *Strep gallo*-Typ auslösen (früher: *Strep bovis* endocarditis).

Die Endokarditis ist und war schon immer eine Biofilm-Infektion der menschlichen Herzklappen.

Biofilm-Infektionen sind immer chronische Infektionen.

B. Jürschik-Busbach © 2013

Alle Artikel dieses Blogs können gerne zu nicht-kommerziellen Zwecken unter Angabe der Quelle/Autorin und dem Original-Link verbreitet werden.

Nachtrag für alle, die das Interview mit dem Biofilm-Experten (englisch) nicht verstehen können:

Etwa 80% aller Infektionen weltweit sollen durch Biofilme bedingt sein – also durch bakterielle Kolonien, die sich von der planktonischen Lebensweise phänotypisch und funktionell radikal unterscheiden.

Der Zusammenschluss von Bakterien in einem Biofilm macht sie resistent gegen ungünstige äussere Einflüsse. „Wir finden Biofilme in den heißen Schwefelquellen des Yellowstone-Nationalparks ebenso wie in den Gletschern der Antarktis“, illustriert Prof. Dr. A. Trampuz, von der Universitätsklinik Lausanne über Epidemiologie, Pathogenese, Diagnostik und Therapie des Biofilms. Biofilme haben mehrere Charakteristika: Sie besitzen ein primitives endokrines Kommunikationssystem und eine primitive Zirkulation. Die Bakterien im Biofilm exprimieren einen anderen Phänotyp als planktonische Bakterien und befinden sich – abhängig von ihrer Lokalisation im Biofilm – in unterschiedlichen metabolischen Zuständen. Sogenannte Persister-Zellen können in einem sporeartigen Zustand überleben und später unter günstigeren Bedingungen neue Biofilme ausbilden.

„Diese metabolische Inaktivität ist aber ein großes Problem für uns, denn die meisten Antibiotika, die wir heute haben, wirken auf metabolisch aktive, nicht aber auf metabolisch inaktive Bakterien“, betont Trampuz. „Bei der Diagnostik und Behandlung von Biofilm-Infektionen ist unbedingt ein interdisziplinäres Vorgehen zu wählen, da nur die Kombination von mikrobiologischer, klinisch-infektiologischer und chirurgischer Expertise zum Ziel führt“, fordert Trampuz.

Diagnose:

„Das Problem ist ja, dass unsere Diagnostik meist zu spät kommt, weil ein Biofilm in der Regel erst diagnostizierbar wird, wenn er reif ist und beginnt, Bakterien nach außen abzugeben“, erklärt der Infektiologe.“

Therapie:

Was die Wahl des Antibiotikums betrifft, räumt Trampuz mit weiteren Irrtümern auf: „Die Einteilung in bakterizide und bakteriostatische Antibiotika, wie wir sie alle kennen, gilt nur für planktonische Bakterien. Für den Biofilm sind alle heute bekannten Antibiotika, mit zwei Ausnahmen, nur bakteriostatisch wirksam. Diese beiden Ausnahmen sind Rifampicin, das vor allem gegen Staphylokokken wirkt, und Ciprofloxacin gegen gramnegative Erreger.“

Die Erklärung für den Sonderstatus von Rifampicin liegt in seinem Wirkmechanismus: Im Gegensatz zu anderen Antibiotika wirkt Rifampicin auf die Proteinsynthese der Bakterien und damit auch auf weniger aktive Erreger. Zudem zeigt es in vitro niedrige minimale MHK- und MBK-Werte. „Eine Kombinationstherapie dient im Fall von Rifampicin nicht so sehr der Steigerung der Effizienz gegen grampositive Biofilme per se, sondern vielmehr der Verhinderung von Resistenzentwicklungen gegen Rifampicin“, erklärt Trampuz. In Tiermodellen wurden die höchsten Heilungsraten von MRSA-Biofilmen – nämlich 100% bei 0% Rifampicin-Resistenzen – mit einer Kombination von Rifampicin mit hoch dosiertem Daptomycin erzielt, während mit Daptomycin allein keinerlei Wirkung gegen den MRSA-Biofilm zu erzielen war. Mit Rifampicin alleine betrug die Heilungsrate 33%, die Resistenzrate 25%. [2] „Rifampicin als Biofilm-Antibiotikum muss also immer in Kombination mit einem zweiten Antibiotikum gegeben werden“, sagt Trampuz.

Weitere Infos auch hier: http://www.wundheilung.net/News/2005/Biofilm_Wundheilung.pdf

Bei Implantaten arbeitet man bereits mit Ultraschall, um Biofilme “zu knacken”:

<http://www.bactosonic.com/bedeutungundwirkprinzipersonikation/index.html>

Chronische Borreliose: Ist sie real? Was E-Mail-Veröffentlichungen verraten ... Teil 6

“Ich werde Euch alle vermissen – Euch Wissenschaftler“, sagte Phillip Baker, Borreliose-Chef der CDC, “aber nicht die Borreliose-Bekloppten.“ Eine Aussage, dokumentiert in einer [E-Mail, die nun im Rahmen des Informationsfreiheitsgesetzes an die Öffentlichkeit drang](#), die leider den traurigen Stand der Dinge zusammenfasst. Diese kleine Serie, die zeigt, welchen immensen Ressentiments all jene ausgesetzt sind, die es wagen, sich gegen den medizinischen Mainstream zu stellen, wird mit diesem letzten Teil nun beendet. Hier finden Sie die anderen Teile der Serie: [1](#), [2](#), [3](#), [4](#), und [5](#).

Die E-Mails, die inzwischen öffentlich wurden, zeigen, wie hart Wissenschaftler um die staatliche Förderung kämpfen. Sie zeigen aber auch ihre unterschiedlichen Wertvorstellungen. [Ed McSweegan](#), einst bei den NIH für das Borreliose-Programm verantwortlich und der Untätigkeit bezichtigt, nennt den Kampf um die angemessene Diagnose und Therapie der Borreliose "Krieg". Im Februar 2007 schreibt er u. a.: "... einen Krieg um bewusst falsche Informationen. Es wird Zeit, zurück zu schießen."

[Durland Fish](#), IDSA-Autor (Yale), schreibt im Oktober 2007: "Diese Schlacht kann nicht an einer wissenschaftlichen Front gewonnen werden. Wir benötigen eine sozialpolitische Offensive, aber wir sind in der Minderzahl und wir sind geschlagen."

2006 bittet Phil Baker Mrs. Johnson zu einem Treffen, in dem "sehr schwierige und umstrittene Dinge" besprochen werden müssen. "Wir können das nicht tun, wenn jemand von der ILADS dabei sein würde." In einer Antwort auf eine Frage in einem Journal, sagt Baker, die Leitlinien der "Lyme Society", die 2009 auslaufen und nicht mehr zur Veröffentlichung überprüft würden, seien fehlerhaft, weil sie es versäumen, chronische LB zu definieren oder eine Evidenz nachzuweisen, dass eine antibiotische Langzeittherapie wirke. Er wurde auch gefragt, ob Ärzte mit signifikanten Behandlungserfahrungen zu dem Treffen eingeladen würden. Antwort: "Nur Einzelne mit gut dokumentierter Erfahrung und Publikationen (peer-reviewed) zur Entwicklung diagnostischer Methoden und/oder Bewertung ihrer Stärken und Limitationen werden zur Teilnahme eingeladen." "Ich habe keine Zweifel, dass wir die richtigen Personen eingeladen haben."

[Bakers](#) Allianz mit der IDSA hielt auch nach seiner Pensionierung (2007) von den NIH an. Im Mai 2008 wurde er zum Vorstandsvorsitzenden der ALDF ernannt, einer Non-profit-Organisation, in der vier von sieben Vorstandsmitgliedern IDSA-Leitlinienautoren sind.

Auf der Website der ALDF ist auch eine Beschreibung der Konferenz über Borreliose-Tests von 2007 zu finden. Die Wissenschaftler seien sich einig gewesen, dass die Standard-Borreliose-Tests (ELISA, Westernblot) grundsätzlich sehr gut funktionieren. Leider entspricht diese Aussage definitiv nicht den Erfahrungen, die viele Borreliose-Ärzte und ihre Patienten mit diesen Tests machen.

"Es ist nur eine relativ kleine Gruppe, die das alles kontrolliert", sagt Dr. Cameron, Ex-Präsident der ILADS. "Dieses System erhält den Löwenanteil der Forschungsmittel, die zu den immergleichen Wissenschaftlern kanalisiert werden, die dann die Evidenz aufwerten."

Cameron und andere Borreliose-Ärzte hatten 2009 auf eine [Überprüfung der IDSA-Borreliose-Leitlinien](#) gehofft und auf ein Überdenken der IDSA-Sicht im Hinblick auf chronische Borreliose und auf eine Berechtigung für eine längere, meistens orale, antibiotische Therapie. Diese Hoffnung wurde auch durch die Blumenthal-Initiative geweckt (siehe auch: <http://www.verschwigene-epidemie.de/2011/10/borreliose-neue-hoffnung-fur-borreliose-patienten/>) Stattdessen jedoch stellte die IDSA eine Kommission zusammen, die die Leitlinien größtenteils bekräftigte.

ILADS wird ihre Leitlinien für Lyme-Borreliose überarbeiten. Ein neues Gesetz wurde dem Kongress vorgestellt. Es sieht den Einsatz einer Projektgruppe für eine Borreliose-Strategie vor, ähnlich wie jenes Gesetz, gegen das Baker kämpfte. Insgesamt steigt der Druck im Kessel, siehe auch: <http://www.verschwigene-epidemie.de/2013/06/borreliose-der-druck-im-kessel-steigt/>

Die CDC-Leitlinien sind Teil des Problems", sagen Mitglieder des Repräsentantenhauses wie Chris Gibson und andere. Regelmäßig werde er am Arm gepackt und man sagt ihm, was für eine Geißel Lyme-Borreliose für das Gesundheitswesen sei. "Das", so Gibson, "ist die Realität."

B. Jürschik-Busbach © 2013

Alle Artikel dieses Blogs können gerne zu nicht-kommerziellen Zwecken unter Angabe der Quelle/Autorin und dem Original-Link verbreitet werden.

Chronische Borreliose: Ist sie real? Was E-Mail-Veröffentlichungen verraten ... Teil 5

“Ich werde Euch alle vermissen – Euch Wissenschaftler”, sagte Phillip Baker, Borreliose-Chef der CDC, “aber nicht die Borreliose-Bekloppten.” Eine Aussage, dokumentiert in einer [E-Mail, die nun im Rahmen des Informationsfreiheitsgesetzes an die Öffentlichkeit drang](#), die leider den traurigen Stand der Dinge zusammenfasst. Diese kleine Serie, die zeigt, welchen immensen Ressentiments all jene ausgesetzt sind, die es wagen, sich gegen den medizinischen Mainstream zu stellen, wird mit diesem Teil (5) und dem letzten Teil (6, nächste Woche) zu Ende geführt. Hier finden Sie die Teile [1](#), [2](#), [3](#) und [4](#) der Serie:

Barbara Johnson und der CDC-Offizielle Paul Mead gehörten zu einer Gruppe von Forschern, die die Lyme-Borreliose-Strategie am New York Medical College planten. Monate, nachdem sich die Arbeitsgruppe getroffen hat, in der u. a. “eine kritische Abschätzung zur chronischen Lyme-Borreliose” ein Agendapunkt war, veröffentlichten die Mitglieder dieser Arbeitsgruppe einen Artikel im *New England Journal of Medicine*, in dem sie die Existenz einer chronisch-werdenden LB in Frage stellen. Ein Frontalangriff auf andere Sichtweisen.

Barbara Johnson von den CDC, war eine der Autoren (obwohl sie sich mit technischen Aspekten der Borreliose-Labordiagnostik und nicht mit der Behandlung beschäftigt hatte). Die CDC förderte die IDSA-Leitlinien von Wormser & Co. und veröffentlichte einen Link auf ihrer Website, die von Tausenden niedergelassener Ärzte angeklickt und somit öffentlich bestätigt wurde. Die Anerkennung und Parteinahme der CDC beinhaltet einen wichtigen Aspekt: Die CDC versorgt(e) diese Leitlinienautoren mit Forschungsfördermitteln. Gruppen, die die CDC-geförderte Behandlung der Lyme-Borreliose in Frage stellen, einschließlich der [ILADS](#)-Mitglieder, die [LDA](#) und andere Gruppen, fühlen sich zu Recht in der Debatte über die Behandlung der Lyme-Borreliose (LB) an den Rand gedrängt, auch durch ein System, das nur eine Seite favorisiert. Wir haben mit der IDSA eine medizinische Gesellschaft, in der Regierungsbeamte Teil der IDSA-Gremien sind und die relativ einseitig die IDSA-Sichtweisen unterstützen. Mit veröffentlichten Artikeln in führenden medizinischen Journalen wird die Sicht der IDSA-Autoren durch die größte US-Gesundheitsbehörde einseitig favorisiert, obwohl die Zahl der Behandlungsstudien sehr klein ist und die Wissenschaft fortschreitet.

In der Zwischenzeit haben etliche neuere Tier-Studien gezeigt, dass Borrelien antibiotischer Therapie widerstehen können, was eigentlich die Aufmerksamkeit auf die Frage “kann LB chronisch werden?” lenken sollte. Auch die statistische Validität der häufig von der IDSA zitierten Behandlungsstudien ist inzwischen analysiert und fraglich geworden.

Ein prominenter Borreliose-Wissenschaftler: “Wie viele Studien haben wir für koronare Erkrankungen und Cholesterin in den letzten 30 Jahren? Tausende. Für Borreliose haben wir fünf!”

Der Wissenschaftler möchte weder mit der einen noch mit der anderen Seite der Kontroverse identifiziert werden und wie andere auch, sagt er, mit alternativen Theorien sei es schwierig, an staatliche Forschungsförderung zu kommen.

Das kann man wohl sagen. Yale University und das New York Medical College, 8 von 14 Borreliose-Leitlinienautoren stammen von dort, erhielten erste und zweite Plätze bei Forschungspreisen, erhielten (kombiniert) 34 Millionen US-Dollar Forschungsstipendien seit 1997, wie staatliche Unterlagen zeigen. Allein Biopeptides Inc., die Firma, die von IDSA-Autor Dattwyler gegründet wurde, erhielt mehr als 5 Millionen Dollar. **Fortsetzung folgt.**

B. Jürschik-Busbach © 2013

Alle Artikel dieses Blogs können gerne zu nicht-kommerziellen Zwecken unter Angabe der Quelle/Autorin und dem Original-Link verbreitet werden.

Borreliose: Brief eines Arztes an seine chronisch kranken Patienten



In einem Blogbeitrag schreibt ein Arzt eine Art offenen Brief an seine chronisch kranken Patienten. Seine Gedanken sind es wert, wiedergegeben zu werden. Hier ein Auszug:

Liebe Patienten,

Sie haben es sehr schwer, schwerer als die meisten Menschen verstehen können. Nachdem ich seit 16 Jahren Ihre Geschichten gehört, die Müdigkeit in Ihren Augen gesehen und Ihnen zugehört habe, wie Sie versuchen, das Unbeschreibliche zu beschreiben, komme ich zu dem Ergebnis, dass auch ich nicht nachvollziehen kann, wie Ihr Leben aussieht.

Wie beantworten Sie die Frage "Wie geht es Ihnen?", wenn man vergessen hat, wie sich "normal" anfühlt? Wie gehen Sie mit jenen Menschen um, die denken, dass Sie Ihre Schmerzen, Ihre Gefühle und Ihre Erschöpfung übertreiben? (...)

Es gibt etwas, das Sie vermutlich nicht wissen. Es mag nicht wichtig erscheinen, aber glauben Sie mir, es ist wichtig. Sie ängstigen Ärzte!

Dabei spreche ich nicht über Ängste vor Krankheit, Schmerzen und Tod. Ich spreche auch nicht über die Ängste von Ärzten vor den Grenzen ihres Wissens. Ich spreche über Ihr Verständnis für ein Faktum, das Ärzte verbergen: Wir sind normale, fehlerbare Menschen, die zufällig Ärzte geworden sind. Wir sind nicht besonders. Tatsächlich sind viele von uns unsicher, wir möchten von anderen hören, dass es ihnen besser geht. Wir möchten Krankheiten heilen, Leben retten, wir möchten die richtige Person am richtigen Platz zur rechten Zeit sein.

Aber chronische, nicht-heilbare Krankheiten stehen uns im Weg. Ihnen geht es nicht besser und das frustriert uns. Viele von uns lässt das böse auf Sie werden. Wir möchten nicht Problemen ins Gesicht sehen, die wir nicht lösen können, weil sie uns unsere Grenzen zeigen. Wir wollen ein Wunder und Sie verweigern uns diese Option.

Das ist die Sichtweise, wenn Sie uns aufsuchen – Ihre Sicht ist völlig anders. Sie sehen uns immer enttäuscht werden. Sie sehen uns, wenn wir aufgeben möchten. Wenn wir uns um Sie kümmern, müssen wir die Vorstellung alles unter Kontrolle und Macht über die Krankheit zu haben, aufgeben. Wir werden ärgerlich, unsicher und möchten lieber mit den Patienten weitermachen, denen wir helfen können, die wir retten oder zumindest beeindrucken können. Sie sind der Fels, der zeigt, wie leicht ein Schiff daran zerschellen kann. Ihre Sicht auf Ärzte ist wirklich sehr unterschiedlich.

Hinzu kommt noch, dass Sie etwas besitzen, was normalerweise unser Bereich ist: Wissen. Sie wissen mehr über Ihre Krankheit als die meisten von uns. Ihre MS, Ihre rheumatoide Arthritis (...) ist etwas, was uns nicht regelmäßig begegnet. Es ist etwas, das die meisten von uns zu vermeiden suchen. Sie besitzen ein tiefes Verständnis über etwas, das die meisten Ärzte nicht besitzen. Selbst Ärzte, die auf Ihre Krankheit spezialisiert sind, können diese Art Wissen nicht teilen, das man nur durch das Leben mit der Krankheit gewinnen kann. Das ist wie das Wissen der Eltern über ihr Kind versus das eines Kinderarztes; letztere mögen ein breites Wissen haben, aber Sie verfügen über jene Wissenstiefe, die kein Arzt jemals haben kann.

Wenn Sie nun einem Arzt begegnen, insbesondere einem, den Sie nie zuvor gesehen haben, begegnen Sie ihm mit einem Wissen über Ihre Krankheit, das er nicht hat und einem Wissen über die Grenzen seines Wissens, die nur wenige Patienten haben. Verstehen Sie jetzt, warum Sie Ärzte ängstigen? Es ist nicht Ihr Fehler, dass es so ist, aber diesen Umstand zu ignorieren, limitiert die Hilfe, die sie von diesem Arzt erhalten können. (...)

Lassen Sie mich so frech sein und Ihnen einige Ratschläge für den Umgang mit Ärzten geben:

- Seien Sie nicht bestimmend. Sie müssen für sich sprechen, aber vergessen Sie nicht, dass Ärzte es gewohnt sind, die Kontrolle über alles zu haben. Alle anderen Patienten kommen mit Respekt in die Praxis; Sie dagegen zerstören die Halbgott-in-Weiß-Illusion. Die wenigsten Ärzte goutieren diese Realität von Anfang an. Ihr Ziel muss es sein, mit Ihrem Arzt eine Partnerschaft des Vertrauens aufzubauen. Am Anfang zu bestimmend aufzutreten, könnte diese Chancen zunichte machen.

- Zeigen Sie Respekt. Ich schreibe das vorsichtig, denn es gibt Ärzte, die Patienten nicht mit Respekt behandeln, besonders nicht jene wie Sie, mit chronischen Krankheiten. Diese Ärzte sollten sie meiden. Die meisten von uns sind aber nicht so. Wir möchten Menschen wirklich helfen und versuchen sie gut zu behandeln. Aber wir haben sehr hart gearbeitet, um unsere Position zu erreichen. So wie Sie behandelt werden möchten, so behandeln Sie bitte auch uns.

- Legen Sie Ihre Eier nur in wenige Körbe. Suchen Sie sich einen guten Hausarzt und einige Spezialisten. Erwarten Sie nicht von einem neuen Arzt, dass er alles schnell findet. Ich habe Jahre mit wiederholten Besuchen gebraucht, bis ich meine chronisch-kranken Patienten verstand. Die beste Versorgung gibt es, wenn der Arzt den Patienten versteht und umgekehrt. Das braucht Zeit.

- Nutzen Sie die Notaufnahme nur, wenn Sie sie unbedingt brauchen. Die Ärzte dort werden mit Ihnen zu kämpfen haben. Sie können Ihre Schmerzen nicht lindern und werden ganz sicher nicht versuchen, Sie zu verstehen. Das ist nicht ihr Job. Sie haben in ihrer Ausbildung gelernt, Probleme schnell zu lösen und dann den nächsten Notfall-Patienten zu behandeln. Chronische Erkrankungen zu behandeln ist nicht ihr Job. Das gilt auch für alle anderen Ärzte, die Sie nur kurz sehen; sie werden versuchen, mit Ihnen so schnell wie möglich fertig zu werden.

- Meiden Sie keine Ärzte. Eines der frustrierendsten Dinge sind Patienten, die nach langer Zeit mit einer langen Liste an Problemen zu mir kommen. So kann ich nicht arbeiten und ich denke, die meisten Ärzte auch nicht. Jeder Besuch sollte erstmal nur mit wenigen Problemen zur gleichen Zeit zu tun haben. Sonst häufen sich die Fehler. Es ist okay, eine Liste mit den Beschwerden anzulegen, aber erwarten Sie nicht, dass man mit allen Beschwerden sofort umgehen kann. Eine solche Liste hilft mir jedoch, die Beschwerden in ihrer Bedeutung einzuordnen.

- Geben Sie sich nicht mit Dummköpfen ab. Zumindest nicht, wenn Sie noch andere Möglichkeiten haben. Suchen Sie so lange, bis Sie den richtigen Arzt gefunden haben. Einige sind für chronische Erkrankungen ungeeignet, während andere durchaus eine längere Arzt-Patientenbeziehung schätzen. Sie müssen sich nicht mit Ärzten abgeben, die Ihnen nicht zuhören oder Ihre Probleme verniedlichen.

- Vergeben Sie uns. Manchmal vergesse ich Wichtiges aus dem Leben meiner Patienten. Manchmal weiß ich nicht, dass Sie eine OP hinter sich haben oder dass Ihre Schwester auch bei mir war. Manchmal vermeide ich den Kontakt mit Leuten, weil ich meine Grenzen nicht sehen will. Seien Sie geduldig mit mir – ich weiß meistens, wenn ich etwas falsch gemacht habe und wenn Sie mich gut kennen, wissen Sie, dass Sie mich auch daran erinnern können.

Mit freundlichen Grüßen, Ihr

Dr. Rob

B. Jürschik-Busbach © 2013 Alle Artikel dieses Blogs können gerne zu nicht-kommerziellen Zwecken unter Angabe der Quelle/Autorin und dem Original-Link verbreitet werden.

Quelle: <http://more-distractable.org/2010/07/14/a-letter-to-patients-with-chronic-disease/>

Borreliose: Nach der Wahl, ist vor der Wahl!



Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr antwortete nicht auf einen [offenen Brief des gemeinnützigen Aktionsbündnisses OnLyme-Aktion.org](#) zur schlechten Versorgungslage von Borreliose-Patienten. Der Brief hatte immerhin mehr als 7000 Mitunterzeichner gefunden. Er reagierte auch nicht auf die [bundesweit erste Protest-Demonstration](#) der Betroffenen.

Inzwischen, nach der Bundestagswahl, wissen wir, wie es ihm und seiner Partei ergangen ist.

Erfreut liest man nun, dass die gesundheitspolitische Sprecherin der Grünen in Landtag eine Kleine Anfrage an die Landesregierung gestellt hat. Sie stellt fest: „Borreliose ist eine facettenreiche Erkrankung mit verschiedensten Symptomen. Die Landesregierung verkennt jedoch die Komplexität der Krankheit (...).“ Sie fordert: Besonders wichtig ist es, auch in Thüringen auf Borreliose spezialisierte Arztpraxen einzurichten, die nach den Leitlinien der Deutschen Borreliose Gesellschaft arbeiten. Siehe hier: http://www.dtoday.de/regionen/mein-today/parteien_artikel,-Borreliose-ernst-nehmen-arid,287007.html

Vielen Dank, Frau Siegesmund! Und an alle Politiker: Nach der Wahl ist vor der Wahl!

Nachtrag: Thomas schickte mir noch folgende Info: Anfrage von der CDU Mainz: <http://www.cdu-mainz-bingen.com/?Anfragen> und [hier die Antwort des Gesundheitsministeriums auf die Anfrage der CDU-Landtagsfraktion](#). Die konkrete Zahl für Rheinland-Pfalz findet sich am Ende des Artikels!

Danke, Thomas! 😊

Borreliose – Nahezu 4 Millionen US-Amerikaner betroffen?



Eigentlich kann es einem nur noch schwindelig werden, betrachtet man die Zahlen, die teilweise nur in Halbsätzen erwähnt werden. So auch kürzlich im [Poughkeepsie Journal](#).

Erstaunlich: Die Mehrzahl der krankbleibenden Borreliosepatienten wird von ihren Ärzten länger als von der IDSA empfohlen mit Antibiotika behandelt. Ärzte scheinen sich im Zweifel nicht auf die umstrittenen IDSA-Leitlinien verlassen zu wollen, schreibt das US-Journal aufgrund der ihnen vorliegenden Daten. Stell Dir vor, es gibt eine Leitlinie und keiner beachtet sie ... Die Studie, die aus drei öffentlichen Umfragen (2009, 2010, 2012) und einer separaten Analyse von Versicherungsrechnungen und Labortests besteht, zeigt weitere Borreliose-„Trends“, die bislang nicht öffentlich erwähnt wurden: Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass nahezu 4 Millionen US-Bürger von Lyme-Borreliose betroffen sind oder waren.

Des Weiteren wurden in einer Studie 36 Prozent der Patienten länger als 8 Wochen mit Antibiotika behandelt und 20 Prozent 5 bis 8 Wochen lang, d. h. 56 Prozent der Patienten werden länger als von der IDSA empfohlen behandelt. 5 Prozent erhielten überhaupt keine Therapie. Kinder im Alter von 5 bis 9 Jahren mussten am häufigsten aufgrund einer Lyme-Borreliose stationär aufgenommen werden.

B. Jürschik-Busbach © 2013

Alle Artikel dieses Blogs können gerne zu nicht-kommerziellen Zwecken unter Angabe der Quelle/Autorin und dem Original-Link verbreitet werden.

Borreliose – das Kunststück, die Diskussion um Jahre zurück zu werfen ...



Versucht die IDSA den Diskurs rund um die Lyme-Borreliose wieder um Jahre zurück zu drehen? Dieser Eindruck liegt nahe, liest man beispielsweise, was [Phillip Baker](#), für 10 Jahre Lyme-Borreliose-Programmleiter der NIH und nun Direktor der [American Lyme Disease Foundation \(ALDF\)](#) propagiert. Die auf den ersten Blick wie eine Patientenorganisation aussehende ALDF entpuppt sich bei näherem Hinsehen als eine Ansammlung von Mitgliedern des IDSA-Leitlinien-Gremiums und einiger Geschäftsleute. Cave!

Baker: "In einer Zeit, in der Fehlinformationen über Lyme-Borreliose wild wuchern, bin ich stolz, im Interesse der öffentlichen Gesundheit, der ALDF vorzustehen."

Er veröffentlichte einen Artikel im *American Journal of Medicine*, in dem er sich über die unbegründeten Aussagen zu "chronischer Borreliose" von einigen Aktivisten beklagt, die die Ergebnisse des medizinischen Mainstreams in Frage stellen. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0002934312008753>
Eine Veröffentlichung, die auch durch die deutsche Fachpresse geistert, siehe: <http://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/infektionskrankheiten/zecken/article/830274/fehldiagnose-neun-haeufigsten-irrtuemer-lyme-borreliose.html>

Wer ist Dr. Phil Baker?

Dr. Phil Baker überwachte vor seinem Ruhestand die klinischen Studien der [NIH](#) zur Lyme-Borreliose, u. a. die Klempner-Studie und die Embers-Studie. Klempners Schlussfolgerung: Chronische Borreliose gibt es nicht und eine verlängerte antibiotische Therapie ist unwirksam. Diese Studie wurde 2004 veröffentlicht. **Siehe dazu:** <http://www.verschwiegene-epidemie.de/2012/08/borreliose-fatale-fehler-in-der-klempner-studie-neue-analyse-veroeffentlicht/>

Embers kommt zu dem Schluss, dass eine persistierende Infektion, die einer anti-infektiven Behandlung widerstehen kann, möglich ist. Diese Studie wurde fast 10 Jahre später veröffentlicht. In der Zwischenzeit nutzte die IDSA die Klempner-Studie um Patienten die Therapie einer chronifizierten Borreliose unmöglich zu machen. Niemand erwähnte, dass die Embers Studie noch ausstand, obwohl sie speziell als Begleitstudie zur Klempner-Studie entworfen worden war.

Siehe auch: <http://www.verschwiegene-epidemie.de/2013/02/borreliose-die-embers-affenstudie-und-ihr-einfluss-auf-die-idsa-leitlinien/>

Dr. Baker erwähnte mit keinem Wort, dass die Embers-Studie noch ausstand. Kein Wort darüber, dass man den Schlussfolgerungen aus der Klempner-Studie mit Vorsicht begegnen sollte (Klempner = IDSA-Leitlinienautor). Stattdessen wurde Baker nicht müde, den Menschen zu erzählen, es gebe keine Notwendigkeit für weitere (NIH)-Studien zur Borreliose. Wissenschaftlich sei das Thema Chronische Borreliose abgearbeitet.

Siehe auch: [Chronic Lyme disease: in defense of the scientific enterprise](#)

Wissenschaftlich ist das Wissen zum Thema (chronische) Lyme-Borreliose unsicher – das ist Fakt. Salopp gesagt: Nichts Genaues weiß man. Doch der Schaden, den Baker und Konsorten angerichtet haben, ist immens.

Baker konnte es auch nicht lassen, Ärzte, die sich auf die Diagnose und Behandlung der Lyme-Borreliose spezialisieren, zu attackieren. Immer wieder verweist er auf die Falldefinitionen der CDC für die Diagnostik. Doch diese dienen nur epidemiologischen Zwecken. Die CDC selbst schreibt auf ihrer Website, dass die [CDC-Falldefinitionen nicht für die klinische Diagnose geeignet](#) sind. Des Weiteren heißt es bei den CDC, dass die Brauchbarkeit öffentlicher epidemiologischer Gesundheitsdaten davon abhängt, wie einfach und standardisiert diese erhoben werden. Das hat definitiv nichts mit der individuellen Diagnosestellung beim behandelnden Arzt zu tun. Siehe auch: <http://www.cdc.gov/lyme/faq/index.html#casedef>

Baker und die IDSA-Leitlinienautoren empfehlen wider besseren Wissens eine ungeeignete diagnostische Vorgehensweise. Darüber hinaus empfiehlt Baker patentierte, kommerzielle Labortests, die es auf eine Sensivität von nur 46% bringen und offenbar auch in Bezug auf das Geschlecht bias-verzerrt sind. Siehe auch: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20869632?dopt=Abstract>

Bakers Veröffentlichung im *American Journal of Medicine* befeuert erneut die Diskussion über angeblich "falsche Vorstellungen" zur Lyme-Borreliose und führt zu nichts. Much ado about nothing, Mr. Baker – viel Lärm um nichts!

B. Jürschik-Busbach © 2013

Alle Artikel dieses Blogs können gerne zu nicht-kommerziellen Zwecken unter Angabe der Quelle/Autorin und dem Original-Link verbreitet werden.

Der Blog "Die verschwiegene Epidemie" zieht um!



Tja, wie das so ist, wenn die Leitungen marode und die Fenster undicht werden ... aus technischen Gründen haben wir beschlossen, einen Teil unserer Blog-Inhalte einzupacken und in einen Neubau umzuziehen. Das Blog-Leben tobt ab heute im neuen Zuhause!

Die neue Adresse lautet: www.borreliose-verschwiegene-epidemie.de

Und wie das so ist, wir konnten uns von den lieb gewordenen Schätzchen, sprich: Artikeln und Kommentaren einfach nicht trennen und so bleibt dieser Blog mit allen Inhalten erhalten und kann nach wie vor durchstöbert werden.

Neue Blog-Artikel findet man jedoch ab jetzt nur noch im neuen Blog! www.borreliose-verschwiegene-epidemie.de

Das gilt auch für die [neue Serie: Borreliose: Die weltweite Suche nach Antworten](#). Sie wird im neuen Blog fortgesetzt. Wir freuen uns über weiterhin regen Besuch, viele Kommentare und vor allem über viele Likes (der neue Blog fängt diesbezüglich ja wieder bei Null an).

Vielen Dank an alle treuen Blog-LeserInnen! 😊

Borreliose: Die weltweite Suche nach Antworten – neue Serie



Die [Huffington Post hat in einer bemerkenswerten Serie](#) die weltweite Suche nach Antworten zur Lyme-Borreliose im fortgeschrittenen Stadium beleuchtet. Angesichts der [erst kürzlich “offiziell” eingeräumten zehnfach höheren Zahl, der jährlich Neu-Erkrankten in den USA](#) ist es erstaunlich, dass kaum Forschungsmittel bereitgestellt werden und es auch nur wenige Forschungsprojekte gibt, um zeckenübertragene Infektionen, insbesondere Borreliose, besser zu verstehen und wirksame Therapien zu entwickeln.

Ähnlich wie anfangs bei der Syphilis-Diskussion können sich die Fachleute nicht darauf einigen, ob es eine chronische Borreliose gibt, oder nicht. Fakt ist: Etliche Borreliosepatienten leiden auch nach der Standard-Therapie jahrelang unter schwerwiegenden Gesundheitsproblemen. Ganz wie zu Beginn der HIV/AIDS-Ausbreitung in den frühen 1980ern, gibt es bei der Borreliose einige wenige Mediziner und Wissenschaftler, die sich einem besseren Verständnis der Borrelien-Infektion widmen.

Lyme-Borreliose, Anaplasmosen, Ehrlichiose, Babesiose, Bartonellose, Tularämie und andere – sie alle sind anerkannte zeckenübertragene Krankheiten. Borreliose breitet sich weltweit immer stärker aus. Betroffene u. a. aus Australien, Brasilien, Kanada, Kroatien, Dänemark, Finnland, Frankreich, Griechenland, Ungarn, Island, Russland, Rumänien, Polen, Südafrika, Spanien, Italien, Großbritannien, den Niederlanden, den USA, der Schweiz und nicht zuletzt [Deutschland taten sich im Mai 2013 zusammen, um auf die großen Probleme rund um zeckenübertragene Infektionen aufmerksam zu machen.](#)

Die Serie zeigt, dass zeckenübertragene Infektionen nach Expertenmeinung zu den kompliziertesten wissenschaftlichen Herausforderungen weltweit gehören. Lösungen sind schwer zu finden, da das Bakterium schwierig zu diagnostizieren und zu behandeln ist, weil ein komplexer, multi-disziplinärer Ansatz erforderlich ist.

Globale Erwärmung und erweiterte Zecken-Biotop sind u. a. Gründe für die weltweit steigende Inzidenz. Doch in vielen Ländern sind weder die Gesundheitsbehörden, noch die Ärzte ausreichend über zeckenübertragene Infektionen informiert. Und selbst wenn Ärzte informiert sind ... es gibt weltweit nationale medizinische Leitlinien, die sehr umstritten sind. Die Patienten leiden weiter.

Die Krise, in der sich die Diagnostik und Therapie zeckenübertragener Infektionen befindet, wird häufig mit der AIDS-Krise in den 80ern verglichen. Um Lösungen für ein Problem zu entwickeln, muss den Verantwortlichen in den betroffenen Ländern erst einmal bewusst sein, dass man es hier mit einem großen Problem für die Gesundheit der Bevölkerung zu tun hat und dass es zur Bewältigung stärkere Forschungsanstrengungen bedarf. Während das HIV/AIDS-Problem in den 80ern vor allem durch die Botschaften betroffener Prominenter und durch Straßenproteste kommuniziert wurde, sind es heute die sozialen Medien, die auf das Problem aufmerksam machen.

Weit über eine Milliarde Menschen tummeln sich weltweit im Internet und in sozialen Netzwerken. Glauben die Autoren umstrittener Leitlinien ernsthaft, dass sie sich den bis heute offen gebliebenen Fragen verweigern können? Siehe auch: [Der Druck im Kessel steigt!](#)

Auf der Suche nach Antworten hat die *Huffington Post*-Autorin, C.M. Rubin, Fachleute aus verschiedenen Ländern interviewt. **Für alle, deren Englisch ein bißchen eingerostet ist, werde ich die Huffington-Artikel hier in einer kleinen Serie zusammenfassen. Wir beginnen in Kürze mit Norwegen.**

B. Jürschik-Busbach © 2013

Alle Artikel dieses Blogs können gerne zu nicht-kommerziellen Zwecken unter Angabe der Quelle/Autorin und dem Original-Link verbreitet werden.

Borreliose und Antibiotika – Standortbestimmung und quo vadis?



Wenn ein Forscher, dessen Ruhm auf der Entdeckung einer lebensrettenden Substanz beruht, vor dem übermäßigen Einsatz eben dieses Stoffes warnt, muss etwas Besonderes dahinterstecken. Zum Beispiel die Erkenntnis, dass man sonst auf ein großes Problem zusteuern werde. 1945 warnte der Bakteriologe Alexander Fleming in einem Zeitungsinterview vor dem übermäßigen Einsatz von Penicillin. Damit wollte er die Entwicklung von Resistenzen verlangsamen. 1928 hatte Fleming das Antibiotikum selbst entdeckt.

Etliche Erreger entgehen inzwischen zunehmend der Wirkung von Antibiotika. Wissenschaftler haben Sorge, dass es bald keinen Nachschub mehr an diesen Medikamenten geben könnte, die vielen Patienten das Leben retten. Schuld ist vor allem die Tiermast – immerhin setzt kein anderes Land in Europa auch nur annähernd so viel Antibiotika in der Tiermast ein, wie Deutschland.

Absurdistan: Jedes Masthuhn erhält Antibiotika – schwerkranke Borreliose-Patienten häufig nicht

1734 Tonnen Antibiotika wurden Tieren in Deutschland im vergangenen Jahr verabreicht. Damit ist die Bundesrepublik mit großem Abstand Spitzenreiter in Europa, Frankreich folgt mit etwas mehr als 1000 Tonnen auf Platz zwei vor den Niederlanden mit 514 Tonnen ([Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit](#)). Das alles führt zu der völlig absurden Situation, dass in Deutschland nahezu jedes Masthuhn Antibiotika erhält, schwerkranken Borreliose-Patienten in der Spätphase diese jedoch aufgrund mangelnder Kenntnisse und Bias-verzerrter Leitlinien vorenthalten werden.

Antibiotika haben sich seit der Einführung von Penicillin in den 1940er Jahren zu einem der Grundpfeiler der modernen Medizin entwickelt. Sie sind die Grundlage der Behandlung bakterieller Infektionen bei Menschen und Tieren. Man stelle sich nur einmal vor, wie Operationen und schwerwiegende Infektionen ohne wirksame Antibiotika verliefen. Siehe auch ergänzend [„Irrglauben bei Antibiotika“](#).

Allerdings wird die erfolgreiche Behandlung bakterieller Infektionen aus zwei Gründen immer schwieriger: Zum einen gibt es [immer mehr Antibiotika-resistente Erreger](#), sowohl in der Human- als auch in der Veterinärmedizin, zum anderen hat die Zahl der Neuentwicklungen von Antibiotika seit den 1970er Jahren kontinuierlich abgenommen. Es gibt so gut wie [keine neuen Wirkstoffklassen mehr](#) und [Pharmafirmen forschen nicht gerade emsig auf diesem für sie wenig profitablen Gebiet](#).

Forscher fordern mehr Anstrengungen – auch von der Pharmaindustrie

Heute sind Flemings Befürchtungen längst Wirklichkeit geworden – und die Aufrufe zu einem anderen Umgang mit diesen Medikamenten eindringlicher. So bereitet nicht mehr nur die Unempfindlichkeit vieler Mikroben gegenüber den Arzneien Sorgen, sondern auch die Tatsache, dass heute nur noch sehr selten gelingt, wofür Fleming berühmt geworden ist: neue keimtötende Stoffe zu entdecken. Daher sollten in der Entwicklung neuer Antibiotika andere Wege ausprobiert und die Zulassungsbedingungen vereinfacht werden. Das fordern die Nationale Akademie der Wissenschaften (Leopoldina) und die Hamburger Akademie der Wissenschaften in einer gemeinsamen Stellungnahme: <http://www.biotechnologie.de/BIO/Redaktion/PDF/de/Veranstaltungen/stellungnahme-akademien,property=pdf,bereich=bio,sprache=de,rwb=true.pdf>

Seit über 20 Jahren besteht eine große und vorerst andauernde Diskrepanz zwischen dem Bedarf an neuen Antibiotika und der Verfügbarkeit neuer Substanzen. Parallel dazu hat sich die Pharmaindustrie aus der Antibiotika-Forschung weitestgehend zurückgezogen. Der Rückzug vieler Unternehmen aus der

Erforschung und Entwicklung von Antibiotika erfolgte meist aus betriebswirtschaftlichen Gründen. Die Rentabilität von Investitionen in die Entwicklung von Antibiotika ist aufgrund hoher Kosten – die durchschnittlichen Entwicklungskosten für ein Medikament liegen bei etwa 1 Milliarde US-Dollar –, unsicherer Ertragsaussichten und hoher regulatorischer Hürden nur gering oder nicht mehr gegeben. Mit der Entwicklung von symptomlindernden Medikamenten bei chronischen Erkrankungen lassen sich, bedingt durch die lange Verabreichungsdauer und den steigenden Bedarf in einer alternden Gesellschaft, deutlich höhere Renditen erzielen als mit kurzzeitig kurativen Antibiotika.

Hinzu kommt, dass es aus Unternehmenssicht sinnvoller ist, ein Breitbandantibiotikum zu entwickeln; aus medizinischer Sicht wäre ein auf einen spezifischen Erreger zugeschnittenes Antibiotikum jedoch besser, was wiederum die Renditeaussichten schmälert. Empfehlungen, den Einsatz von Antibiotika insgesamt stärker einzuschränken, führen mit Sicherheit auch nicht zu erhöhten Anstrengungen der Pharmafirmen.

Borreliose und Antibiotika – quo vadis?

Der Kieler Biochemiker Professor Jens-Michael Schröder ist auf der Suche nach neuartigen Antibiotika, gegen die Krankheitserreger keine Resistenz entwickeln. Die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) bewilligte ihm dafür nun ein [Reinhart Koselleck-Projekt](#) und unterstützt seine Arbeit in den kommenden fünf Jahren mit 1,25 Millionen Euro. Die Gutachter sahen Schröders Vorhaben als so spannend an, dass schon die Überprüfung der Idee an sich als lohnenswert eingestuft wurde – ganz zu schweigen vom Erfolgsfall, in dem die gewonnenen Erkenntnisse medizinisch sehr bedeutsam wären. “Der Antrag enthält drei originelle Hypothesen”, erläutert Schröder, “die ‘Nano-Nadeln’, ‘Trojanische Pferde’ und neue Antibiotika.”

Um diese Ansätze zu verstehen, sind die Strategien wichtig, mit denen Bakterien Resistenzen gegen herkömmliche Antibiotika ausbilden. Einige Krankheitserreger deaktivieren die Antibiotika durch Stoffwechselprozesse, andere entledigen sich ihrer schnellstmöglich durch ‘Herauspumpen’ oder nehmen sie gleich gar nicht mehr auf. Um diese Methoden zu unterlaufen, hat sich Schröder verschiedene Ansätze überlegt. So könnten sich Haut-Eiweiße durch Kontakt mit gefährlichen Bakterien in neuen, größeren Einheiten zusammenlagern, die mikroskopisch kleinen Nadeln gleichen. Diese ‘Nano-Nadeln’ würden die Krankheitserreger dann im Prinzip erstechen. Neben diesem mechanischen Ansatz verfolgt der Biochemiker auch eine an das Modell ‘Trojanisches Pferd’ angelehnte Methode. Bei dieser Art der Bekämpfung von Krankheitserregern würden die Bakterien von der Haut abgesonderte Stoffe nichts ahnend aufnehmen, die sich erst dann in Antibiotika umwandeln und sie so von innen töten. Als Drittes folgt Schröder der Spur, dass die (Schleim-)Haut auf ihrer Oberfläche in Sekreten, Schleim und Schweiß besondere Antibiotika bereitzustellen scheint, die in den Bakterien eine Schwachstelle treffen und damit eine Resistenzbildung unmöglich machen.

Siehe auch:

Überhaupt scheint es sinnvoll zu sein, ausgetretene Pfade zu verlassen. Heidelberger Wissenschaftler haben entschlüsselt, [wie und warum sich Bakterien selbst zerstören](#). Durch selbstproduziertes Gift reagieren die Erreger unter bestimmten Stressbedingungen mit Selbstmord. Die Wissenschaftler haben jetzt die Funktionsweise des Giftes aufgeklärt, das für diesen sogenannten programmierten Zelltod verantwortlich ist. Es löst die Umwandlung von Bestandteilen der Zellmembran in tödliche Substanzen aus. Dadurch platzen die Bakterien beim Versuch, sich zu teilen. Medikamente, die diese Wirkstoffe nutzen, könnten zu einer neuen Klasse von Antibiotika avancieren, sagen die Forscher.

Wird es einen Rückfall in eine Situation geben, die bis zur Einführung des Penizillins in den 1940er Jahren herrschte? Diese Drohung steht zumindest im Raum.

Mehr Forschung mit Naturstoffen geplant

Die Ärzte brauchen neue Substanzklassen, die den Bakterien auf andere Weise als bislang schaden. "More of the same" ("Mehr vom Gleichen") hilft nicht weiter. Doch lediglich vier der zwischen 2000 und Oktober 2012 in den USA und Europa zugelassenen Substanzen basieren auf neuen Antibiotika-Klassen, und diese helfen nur gegen grampositive Erreger.

Doch was tun im Kampf gegen die widerspenstigen Keime? Mehr als zwei Drittel aller Antibiotika werden aus Naturstoffen entwickelt oder sind selbst Naturstoffe. Die Forschung sollte vermehrt in diesem Bereich erfolgen. Und welche Eigenschaften beim Wirt der Bakterien – also bei Menschen oder Tieren – spielen eine Rolle für die Resistenzen?

Ein anderer Ansatz sind [Nanopartikel gegen bakterielle Infektionen](#).

Was auch immer unternommen wird – es ist allerhöchste Zeit! Wenn wir alle Pech haben, schätzen Experten, wird es ein Zeitfenster von 10 Jahren geben, in dem es für Patienten sehr sehr düster aussehen wird. 10 Jahre, das wird die Zeit sein zwischen der Entdeckung neuer Wege und Wirkstoffklassen und der Zulassung. Wollen wir hoffen, dass David Livermore vom Antibiotika-Resistenz-Monitoring Labor London, England falsch liegt. Er sagt: „Es ist naiv zu glauben, dass wir gewinnen können ...“

B. Jürschik-Busbach © 2013

Alle Artikel dieses Blogs können gerne zu nicht-kommerziellen Zwecken unter Angabe der Quelle/Autorin und dem Original-Link verbreitet werden.

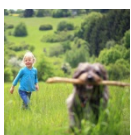
Weitere Quellen:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1438422113000635>

<http://insidestorey.blogspot.de/2013/09/stephen-buhner-against-drug-resistant.html>

http://www.prometheusbooks.com/index.php?main_page=product_info&cPath=57_187&products_id=1932&zenid=s9k3q6bc5f5iq5unhldmcpol85

Borreliose: Drei Todesfälle in den USA



Einer der Toten wurde in einem Auto gefunden, das von der Straße abgekommen war. Zwei andere brachen ohne Vorwarnung zusammen und starben. Alle drei könnten durch eine Infektion gestorben sein, die dafür bekannt ist, dass sie schwer und langwierig ist, jedoch normalerweise nicht als tödlich gilt: Lyme-Borreliose (LB).

Die Centers for Disease Control and Prevention (CDC) berichtete am Donnerstag über die Fälle von drei Menschen, die buchstäblich tot umfielen, aufgrund einer Herzinfektion, die als Lyme-Karditis bekannt ist. Die zwei Männer und eine Frau waren jung, im Alter zwischen 26 bis 38; sie waren nicht gegen ihre LB behandelt worden - niemand hatte einen Verdacht auf diese Infektion, bis ein scharfsinniger Pathologe das Herzgewebe für eine mögliche Transplantation vorbereitete und bemerkte, dass etwas nicht stimmte. Der erste Fall war einer jener unerklärlichen Todesfälle, bei denen ein junger, scheinbar gesunder Mensch plötzlich an einer Herzerkrankung stirbt. "Im November 2012 wurde ein Mann aus Massachusetts gefunden, nachdem sein Auto von der Straße abgekommen war. Traumatische Verletzungen wurden nicht gefunden wurde", berichtet das CDC-Team. Im zweiten Fall hatte ein Patient Schmerzen in der Brust, brach zusammen und starb zu Hause im letzten Juli. Dieser Patient litt an einem

ungewöhnlichen Herzproblem namens Wolff-Parkinson-White-Syndrom, doch niemand vermutete, dass noch etwas anderes an seinem Herztod beteiligt gewesen sein könnte. Im gleichen Monat starb plötzlich ein junger Mensch: "Der Patient klagte 7 bis 10 Tage vor seinem Tod über eine episodische Atemnot und Angstgefühle. Der Patient lebte auf einem bewaldeten Grundstück und war häufig Zecken ausgesetzt; des gab keine bekannte Vorgeschichte einer kardiovaskulären Erkrankung", schrieben die Experten in ihrem Bericht, den die CDC in ihrem wöchentlichen Report über Erkrankungen und Todesfälle veröffentlichte.

Alle drei waren Organspender. Ein Pathologe des Cryolife Labors in Kennesaw, Georgia, bemerkte etwas Ungewöhnliches, als er die Herzklappe eines der Opfer prüfte. "Er bemerkte, dass die Histopathologie ähnlich war, wie das, was er bei einer Lyme-Karditis gesehen hatte", sagt Dr. Joe Forrester, ein CDC-Epidemiologe in Ft. Collins, Colorado.

Das Ft. Collins-Labor kontrollierte das Blut, die CDC in Atlanta überprüften das Gewebe und fanden die charakteristischen *Borrelia burgdorferi*-Bakterien. "Wir begann mit der Untersuchung", sagte Forrester. Das Todesopfer aus Massachusetts könnte unter Borreliose-Symptomen gelitten haben. "Interviews mit nächsten Angehörigen ergaben, dass der Patient zwei Wochen vor seinem Tod über eine unspezifische Erkrankung mit Unwohlsein und Muskel- und Gelenkschmerzen geklagt hatte. Der Patient lebte allein mit einem Hund, der häufig Zecken hatte", heißt es im Bericht.

Es seien nur vier weitere Todesfälle durch Lyme-Borreliose gemeldet worden, sagt die CDC - zwei in Europa und zwei in den Vereinigten Staaten. "Pathologen sollten beachten, dass Lyme-Karditis eine Ursache des plötzlichen Herztodes sein kann", rät die CDC. [Es werden laut CDC jährlich 30.000 Neuerkrankungen gemeldet, doch die Inzidenzen für LB umfassen wahrscheinlich 300.000 Menschen pro Jahr.](#)

Quelle: <http://www.nbcnews.com/health/three-die-suddenly-rare-lyme-disease-complication-2D11733669>

Zusammenfassung und Übersetzung: B. Jürschik-Busbach © 2013

Alle Artikel dieses Blogs können gerne zu nicht-kommerziellen Zwecken unter Angabe der Quelle/Autorin und dem Original-Link verbreitet werden.

Borreliose: Neue Ergebnisse könnten neue Behandlungsstrategien ermöglichen



Die bakteriellen Krankheitserreger der Spirochätenfamilie, die Lyme-Borreliose und Syphilis verursachen, sind sehr invasiv. Spirochäten können in das zentrale Nervensystem eindringen. In der Ausgabe des *Biophysical Journal* vom 19. Nov. 2013 geben Forscher neue Einblicke in die Art und Weise, wie Spirochäten Gewebegrenzungen überwinden und ins Gewebe eindringen. Diese Erkenntnisse könnten helfen neue Behandlungsstrategien zu entwickeln.

"Wir gehören zu einer der wenigen Gruppen, die versuchen, die physikalischen Wechselwirkungen mit der Umwelt zu verstehen, die Spirochäten zu solch' erfolgreichen Krankheitserregern machen", sagt Senior-Autor Dr. Charles Wolgemuth von der Universität von Arizona in Tucson. "Wir haben bisher sehr wenig darüber gewusst, wie diese Bakterien sich durch und in unsere Organe, unser Gewebe und das zentrale Nervensystem bewegen, aber unsere Arbeit wirft ein Licht auf diese Prozesse und könnte die Grundlage für neuartige Therapeutika bilden, die genau auf diese Fähigkeit des Bakteriums zielen."

Dr. Wolgemuth und sein Team fanden, in Zusammenarbeit mit Dr. Justin Radolf von der University of

Connecticut Health Center, dass die Schwimmggeschwindigkeit der Bakterien sich mit Erhöhung der Viskosität ihrer äußeren Umgebung verringert, obwohl ihre "Motoren", die Flagellen intrazellulär sind. Das Team verwendete mathematische Modelle, um festzustellen, wie diese Flagellenmotoren die wellenförmigen Bakterien durch viskose Flüssigkeiten vorwärtstreiben. Schließlich passten sie ihre simulierten Daten den experimentellen Daten an, um zu zeigen, wie sich externe Kräfte auf die Bewegung der Borreliose- und Syphilis-Spirochäten auswirken.

Die Forscher zeigten auch, dass beide Spirochäten-Typen (Syphilis - *Treponema pallidum* und Lyme-Borreliose - *Borrelia burgdorferi*) auf Änderungen in der Viskosität in einer ähnlichen Weise reagieren und durch das gleiche biophysikalische Modell erklärt werden können.

"Da Syphilis-Bakterien nicht im Labor kultiviert werden können, zeigen unsere Ergebnisse, dass die Daten aus der Untersuchung der Lyme-Borreliose-Bakterien abgeleitet werden können und auch höchst informativ für das Syphilis-Bakterium sind; sie können als "Surrogat" für sie verwendet werden", sagt Dr. Wolgemuth.

Quelle: *Biophysical Journal* Castellano et al. "Viscous Dynamics of Lyme Disease and Syphilis Spirochetes Reveal Flagellar Torque and Drag" http://www.eurekalert.org/pub_releases/2013-11/cp-nfc111113.php#

Zusammenfassung und Übersetzung: B. Jürschik-Busbach © 2013

Alle Artikel dieses Blogs können gerne zu nicht-kommerziellen Zwecken unter Angabe der Quelle/Autorin und dem Original-Link verbreitet werden.

Borreliose: Die weltweite Suche nach Antworten, Österreich



Die [Huffington Post](#) hat in einer bemerkenswerten Serie die weltweite Suche nach Antworten zur Lyme-Borreliose im fortgeschrittenen Stadium beleuchtet und dabei Fachleute aus verschiedenen Ländern interviewt. Hier eine Zusammenfassung des englischen Artikels über [Frankreich \(Folge 5\)](#), [Deutschland \(Folge 4\)](#) die [Niederlande \(Folge 3\)](#), über [Norwegen \(Folge 2\)](#) und [die Einleitung zur Serie](#).

Heute das Interview mit der Ärztin Elke Schäfer, sie betreibt eine Praxis in Graz, Österreich, und behandelt eine wachsende Zahl von Lyme- Patienten aus allen Teilen des Landes.

"Grundsätzlich sollte in den Leitlinien stehen, solange der Patient weiterhin an Symptomen leidet, sollte er behandelt werden, wie bei einer chronischen Erkrankung. Jeder Borreliose-Patient ist anders, weil verschiedene Co-Infektionen beteiligt sind und die Schäden, die sie verursacht haben könnten, unterschiedlich sind."

Elke Schäfer

Die Gefahren, die von zeckenübertragenen Infektionskrankheiten ausgehen, einschließlich des Eingeständnisses, [dass insbesondere die Lyme-Borreliose eine der häufigsten und am schnellsten wachsenden Krankheiten ist, wurde inzwischen auch in den USA eingeräumt](#).

Wie hoch ist die jährliche Inzidenz der Lyme-Borreliose in Österreich?

Es gibt keine offizielle Quelle für die Lyme-Borreliose-Inzidenz in Österreich. Einige Experten sagen, es gibt nur 200 bis 500 Fälle pro Jahr. Allerdings ist die Lyme-Borreliose (LB) in Österreich nicht meldepflichtig. Das große Problem in Österreich ist die Wanderröte als Kriterium für die Diagnose. Man findet die

Wanderröte nur bei 30-50% der neu infizierten Patienten. Daher diagnostizieren nur wenige Ärzte hier die Borreliose richtig. Die Gesundheitsbehörden sagen den Patienten, sie sollen auf eine Rötung achten, doch wir wissen auch, dass die Wanderröte ohne Behandlung wieder verschwindet. Es gibt somit eine Reihe von infizierten Patienten, die unbehandelt bleiben. Die Standard-Antibiotika-Behandlung für LB in Österreich ist 10 - 14 Tage mit Doxycyclin oder 21 Tage mit Penicillin. So steigt die Anzahl der chronischen Lyme Fälle von Jahr zu Jahr.

Es gibt auch keine Studien über andere durch Zecken übertragene Krankheiten hier in Österreich. Zecken sind Vektoren für viele andere Infektionserreger - zum Beispiel, Bartonellen, Babesien, Ehrlichien und Rickettsien, um nur einige zu nennen. LB-Patienten mit chronischen Symptomen leiden häufig unter Herpes (Simplex, VZV, EBV, HHV-6), Chlamydien-Infektionen, Mycoplasmen und Bornavirus-Infektionen. Die große Zahl von Co-Infektionen macht die Behandlung dieser Patienten so schwierig. Patienten mit Co-Infektionen müssen viel länger und mit mehr Know-how behandelt werden, um wieder gesund werden zu können.

Basierend auf Ihren eigenen Erfahrungen, wie groß ist das Problem mit Co-Infektionen? Welche Co-Infektionen sind am häufigsten zu finden?

100 % der Patienten mit anhaltenden Beschwerden haben Co-Infektionen. Ich habe nur ein paar Patienten mit klassischer Lyme-Borreliose. Ich finde Co-Infektionen mit Chlamydia pneumoniae und EBV-Reaktivierungen - das sind Patienten, die unter chronischem Erschöpfungssyndrom leiden. Dann gibt es VZV, eine sehr häufige Infektion, in der Regel haben die Patienten neurologische Symptome mit Kopfschmerzen, Polyneuropathie, Dysästhesie und HHV6-Infektionen. Diesen Patienten ist häufig zu Unrecht eine MS diagnostiziert worden. Schließlich werden auch Candida/Aspergillus und Cryptococcus-Infektionen häufig gefunden. Sie verursachen Atemnot, verbunden mit Müdigkeit, Kopfschmerzen und Fieber.

Glauben Sie, es gibt in Österreich einen zuverlässigen Test für Lyme-Borreliose? Gibt es andere Tests, die in der Entwicklung sind?

Die gesetzliche Krankenversicherung zahlt nur für den Elisa-Test, und wenn dieser positiv ist, für einen Immunoblot. Aber das ist ein großes Problem. Der ELISA-Test hat eine geringe Sensitivität und Spezifität - nur 30% -40% der infizierten Patienten werden positiv getestet.

Der zweite Test, der Immunoblot, erhöht die Rate auf etwa 60-70%. Die meisten Ärzte nutzen noch nicht einmal den Elisa-Test, weil sie nicht an Lyme-Borreliose denken. Bei einigen Patienten mit neurologischen Symptomen wird die Liquorpunktion verwendet. Aber für die akuten Fälle fällt er zu 99% negativ aus. Die Patienten werden dann mit MS, ALS oder anderen Krankheiten falsch diagnostiziert.

Wenn LB-Patienten neurologische Symptome entwickeln, ist die Rückenmarksflüssigkeit in den meisten Fällen normal, weil die Bakterien im fortgeschrittenen Stadium intrazellulär und auch im Gehirn (in der Rückenmarksflüssigkeit) nicht mehr nachweisbar sind.

Andere Tests, die die Anzahl der Diagnosen erhöhen sind LTT, CD 57 oder eine PCR aus einer Hautbiopsie. Diese Tests werden nur von einer Handvoll Ärzte hier verwendet. Ich selbst schicke das Blut meiner Patienten nach Deutschland (Augsburg), wenn wir mit den ersten beiden Tests nichts finden. Dunkelfeld-Mikroskopie ist auch eine Alternative, aber das muss von jemandem durchgeführt werden, der viel Erfahrung hat, und es gibt nur wenige Ärzte, die das beherrschen. Ich wüsste von keinem Test, der sich gegenwärtig in der Entwicklung befindet.

"Die Behandlung der Lyme-Borreliose bedeutet nicht nur über eine gute Kombination von Antibiotika zu verfügen. Die Patienten müssen auch ihr Leben und ihre Ernährungsgewohnheiten ändern und ihr Immunsystem stärken."

Elke Schäfer

Glauben Sie, dass die Ärzte in Österreich die Krankheitssymptome angemessen behandeln?

Jeder Arzt kann lernen, wie man die hartnäckige LB behandelt. Leider gibt es nur die alten Leitlinien der IDSA, gemäß denen nach 4 Therapie-Wochen die Krankheit verschwunden sei. Viele Ärzte glauben das. Die Patienten werden dann nur noch symptomatisch gegen Schmerzen, Rheuma, neurologische und psychiatrische Symptome behandelt. Manchmal werden Patienten mit Symptomen von 3-5 spezialisierten Ärzten behandelt, aber es geht ihnen nicht besser, weil die Ursache des Problems nicht angegangen wird. Ich glaube nicht, dass die meisten Ärzte genug Zeit haben, um sich weiter über LB fortzubilden und andere haben eine eingefahrene Meinung dazu.

Wäre es Ihrer Erfahrung nach eine Lösung, die Leitlinien für diese Krankheit zu ändern?

Die empfohlene Standardbehandlung für Lyme-Borreliose sind 10 Tage mit Tetracyclin-Antibiotika. In den meisten Fällen wird nicht einmal ein Follow-up-Bluttest nach dieser Behandlung gemacht. Dies müsste auf eine Behandlung von 4 Wochen und eine Blutuntersuchung des Patienten nach 3 Monaten geändert werden.

Auch die Leitlinien für die akute Borreliose sollten geändert werden. Grundsätzlich sollten die Leitlinien aussagen, solange der Patient unter anhaltenden Symptomen leidet, sollte man behandeln, als würde man eine chronische Krankheit therapieren. Jeder LB-Patient ist aufgrund der verschiedenen Co-Infektionen und der Schäden, den sie beim Patienten verursachen, unterschiedlich.

Das andere Problem ist, dass die Existenz einer persistierenden LB von Ärzten, Behörden und Versicherungen akzeptiert werden muss.

"Ärzte müssten darin geschult werden, wie man LB und Co-Infektionen diagnostiziert und behandelt."
Elke Schäfer

Was ist chronische Lyme-Borreliose für Sie?

LB hat mein ganzes Leben verändert. Ich litt an dieser Krankheit. Ich weiß nicht genau, wann es angefangen hat, aber als ich 18 war, hatte ich eine Kniegelenksinfektion, die als Überlastung diagnostiziert wurde. Ich hatte begonnen, Medizin zu studieren und ich war auch eine ambitionierte Reiterin. Ich litt unter Kopf- und Rückenschmerzen und musste jeden Tag Schmerzmittel nehmen, um studieren und reiten zu können.

Dann wurde ich gegen Hepatitis B geimpft und danach explodierte meine Krankheit. Ich erhielt keine Hilfe und keine Diagnose. Schließlich riet mir der Tierarzt auf LB zu untersuchen. Die ersten Tests waren alle negativ, aber ich las so viel, wie ich lesen konnte und fand eine gute wirksame Therapie. Ich glaubte, dass ich eine Krankheit behandelte, an der ich bereits seit 3 oder 4 Jahren litt. Als sich meine Gesundheit besserte, begann ich, anderen LB-Patienten zu helfen. Seit 2009 habe ich eine Praxis hier in Graz. Menschen aus dem ganzen Land kommen zu mir. Die Behandlung der Lyme-Borreliose bedeutet nicht nur über eine gute Kombination von Antibiotika zu verfügen. Die Patienten müssen auch ihr Leben und ihre Ernährungsgewohnheiten ändern und ihr Immunsystem stärken, das durch Umweltgifte, Schwermetallbelastungen, Mangelernährung usw. geschädigt sein kann. Ich persönlich denke, dass die Stabilisierung des Magen-Darm-Trakts und die Veränderung der Ernährungsgewohnheiten der Weg zum Erfolg bei der Behandlung der persistierenden LB ist.

Welche Präventionsmethoden werden derzeit in Österreich eingesetzt?

Derzeit gibt es keine Vorbeugung gegen die LB in Österreich. Die allgemeine Empfehlung lautet weiße Kleidung zu tragen und Zeckenabwehrmittel zu nutzen. Das schützt aber nicht vor einem Zeckenstich. Die Information über LB für das öffentliche Bewusstsein müsste viel breiter und detaillierter sein. Baxter will eine neue Impfung testen. Meiner Meinung nach wird dies eine große Katastrophe werden. In den USA gibt es weniger Bakterienstämme als hier in Europa. Aus diesem Grund glaube ich nicht, dass die Impfung funktionieren wird und die Menschen könnten noch kränker werden, vor allem wenn sie bereits Borrelien in sich haben. Darüber hinaus gibt es keine Immunität für LB. Dies bedeutet, dass jede Person, die LB hatte und behandelt wurde mit jedem neuen Zeckenstich erneut an LB erkranken kann. Sobald ein Patient gegen LB geimpft wurde, werden Ärzte und Patienten nicht mehr an die Diagnose einer LB denken, weil

der Patient ja dagegen geimpft wurde. So wird das ein Teufelskreis.

Was glauben Sie müsste getan werden, um Fortschritte zu erzielen?

Die Information der Ärzte und der breiten Öffentlichkeit darüber, dass LB keine normale Infektion ist, die binnen weniger Tage geheilt werden kann, ist vermutlich das Wichtigste. LB ist eine multisystemische Krankheit mit einem breiten Symptomspektrum. Ärzte müssen fortgebildet werden, wie man LB und Co-Infektionen diagnostiziert und behandelt. Für die Patienten ist es sehr wichtig, dass persistierende LB von der Regierung und den Versicherungen akzeptiert wird. Ohne Versicherung können die Patienten sich die Behandlung nicht leisten, das heißt, sie können nicht arbeiten und verlieren häufig ihre Arbeitsplätze.

Übersetzung B. Jürschik-Busbach © 2013

Alle Artikel dieses Blogs können gerne zu nicht-kommerziellen Zwecken unter Angabe der Quelle/Autorin und dem Original-Link verbreitet werden.

Quelle: http://www.huffingtonpost.com/c-m-rubin/the-global-search-for-edu_b_3876682.html

In den nächsten Folgen werden wir uns noch mit Borreliose in Kanada, Australien und Finnland beschäftigen.

Borreliose: Die weltweite Suche nach Antworten, Frankreich



Die [Huffington Post hat in einer bemerkenswerten Serie](#) die weltweite Suche nach Antworten zur Lyme-Borreliose im fortgeschrittenen Stadium beleuchtet und dabei Fachleute aus verschiedenen Ländern interviewt. Hier eine Zusammenfassung des englischen Artikels über [Deutschland \(Folge 4\)](#) die [Niederlande \(Folge 3\)](#), über [Norwegen \(Folge 2\)](#) und [die Einleitung zur Serie](#).

"Chronische Lyme-Borreliose gibt es aufgrund der Persistenz von Borrelien im Gewebe - ebenso wahrscheinlich wird sie auch durch andere Mikroorganismen, die für Co-Infektionen verantwortlich sind, verursacht."

Dr. Christian Perronne

Die Gefahren, die von Zecken übertragenen Infektionskrankheiten ausgeht, einschließlich des Eingeständnisses, [dass insbesondere die Lyme-Borreliose eine der häufigsten und am schnellsten wachsenden Krankheit ist, wurde inzwischen auch in den USA eingeräumt.](#)

Werfen wir einen Blick auf die Situation in Frankreich. Dr. Christian Perronne ist Professor für Infektions- und Tropenkrankheiten an der Medizinischen Fakultät Paris - Ile de France-Ouest, Universität Versailles-St Quentin, Frankreich. Er ist Chef der Abteilung für Medizin an der Universitätsklinik Raymond Poincaré in Garches (Hauts-de-Seine) und ist Präsident der Kommission für übertragbare Krankheiten des Hohen Rats für Public Health. Chantal Perrin ist der Produzent des mit Spannung erwarteten neuen Dokumentarfilms über die globale Epidemie Lyme-Borreliose, der im Oktober 2013 (von Frankreich Channel 5 co-produziert) ausgestrahlt wurde. Judith Albertat ist Präsidentin der Vereinigung Lyme Sans Frontières.

Wie hoch ist die jährliche Inzidenz der Lyme-Borreliose in Frankreich?

Christian: Die Inzidenz der Lyme-Borreliose in Frankreich ist offiziell rund 9 pro 100.000 Einwohner. sie in einigen Regionen wie dem Elsass, in der Nähe von Deutschland, höher. Diese Häufigkeit wird wahrscheinlich sehr unterschätzt. Wir haben keine verlässlichen Statistiken über andere durch Zecken übertragene Krankheiten.

"Die Regierungen in der ganzen Welt müssten multidisziplinäre Treffen organisieren, in denen Wissenschaftler, Ärzte, Biologen, Tierärzte und Patienten-Organisationen miteinander sprechen und über neue Erkenntnisse zugunsten der Opfer informieren."

Judith Albertat

Die CDC hat vor kurzem angekündigt, dass es in den USA 300.000 neue Borreliosefälle pro Jahr gibt - 10 Mal mehr Fälle als bisher angenommen wurde. Glauben Sie, es ist für die französischen Behörden an der Zeit ähnliche Studien über die Borreliose-Inzidenz in Frankreich zu initiieren?

Judith: Es ist höchste Zeit, dass französische Behörden lebensnahe Studien durchführen. Wissenschaft allein ist nicht ausreichend, um das Rätsel der Lyme-Borreliose zu erklären und zu lösen. Wir müssen unsere Gedanken der Realität öffnen, unser Verhalten ändern und akzeptieren, dass wir in die Irre geführt wurden. Es ist Zeit für einen tiefgreifenden Wandel in der Art und Weise, wie die Regierung die Studien zur Lyme-Borreliose handhabt.

Sie haben die Situation in Frankreich für Ihren Dokumentarfilm untersucht. Wie sehen Sie die Situation in Frankreich?

Chantal: Die Situation in Frankreich ist einer der schlimmsten. Die meisten Ärzte kennen entweder die Lyme-Borreliose nicht oder leugnen ihre Existenz. Die Behörden ordnen strenge Leitlinien an, von den IDSA-Leitlinien kopiert. Es wird gegen Ärzte oder Biologen geklagt, die diese Leitlinien ignorieren, um Patienten zu helfen. Die chronische Lyme-Borreliose wird nicht anerkannt. Es gibt überhaupt keine Informationen für Angehörige der Gesundheitsberufe und keinerlei Prävention. Auch in Wäldern und Forsten, die für infizierte Zecken bekannt sind, gibt es keine Informationen für die Öffentlichkeit. Als ich mit der Erforschung der Borreliose begann, war ich überrascht, wie oft das Wort Leugnen mit Lyme-Borreliose verbunden ist. Wie kann eine Krankheit verleugnet werden?

Welche Schwerpunkte verfolgt Lyme Sans Frontières?

Judith: Unsere Organisation wurde im März 2012 gegründet. Wir kämpfen mit allen rechtlichen Mitteln gegen die Verleugnung der Lyme-Borreliose. Dazu gehören nicht nur die Organisation von Demonstrationen und das Aufrütteln und Treffen mit den Gesundheitsbehörden und den Regierungsministern, sondern auch Hilfe für jede Person, die von der Lyme-Krankheit betroffen ist, einschließlich verfolgter Ärzte und Patienten, die in unerträglichen Situationen zurück gelassen werden.

"Der wichtigste Punkt für die Forschung ist der Mangel an Finanzierung. In den meisten Ländern werden Forschungsprojekte, die nicht mit der "offiziellen Version" der Lyme-Borreliose durch die IDSA konform gehen systematisch abgelehnt."

Dr. Christian Perronne

Gibt es einen zuverlässigen Test für Lyme-Borreliose in Frankreich? Sind Ihnen neue Entwicklungen bekannt?

Christian: Die Tests in Frankreich sind die gleichen wie in den USA. Das französische Nationale Referenzzentrum folgt den IDSA-Leitlinien im Gefolge der EUCALB. Diese serologischen Tests sind nicht empfindlich genug, um alle Fälle zu erkennen. Ich glaube, die Entwicklung zuverlässiger diagnostischer Werkzeuge für die Lyme-Borreliose sollte eine globale Priorität sein.

Glauben Sie, dass Ärzte in Frankreich die Symptome, die durch diese Krankheit ausgelöst werden adäquat behandeln?

Christian: Ärzte in Frankreich können diese Krankheit nicht adäquat handhaben, da es keine verlässlichen Tests für die Diagnose und keine Follow-ups gibt. Aus wissenschaftlichen Publikationen bei Tieren und Menschen wissen wir, dass Borrelien im Gewebe persistieren können, trotz mehrmonatiger geeigneter Antibiotika-Behandlungen.

Was tun "gute Ärzte"?

Chantal: Sie behandeln ihre Patienten nach ILADS-Methoden und riskieren Strafen. Die Sozialversicherung

nutzt die (IDSA)-Leitlinien, obwohl diese nur Empfehlungen und nicht Gesetze sind. Gute Ärzte sind völlig überlastet und riskieren ihre eigene Gesundheit, um der Nachfrage gerecht zu werden.

Einige Patienten reisen nach Deutschland oder in die USA, um die richtige Behandlung zu erhalten. Es gibt nicht viele Ärzte in Frankreich, die sich mit Borreliose auskennen und man muss wirklich Glück haben, richtig diagnostiziert zu werden. **Letzte Woche wurde ein 9-jähriges Kind mit einem riesigen schmerzhaften *Erythema migrans* (das offensichtlichste Symptom), Fieber und einem Zeckenstich zu zwei der wichtigsten Krankenhäuser in Paris gebracht. Es verbrachte mehr als eine Woche dort in einem alarmierenden Zustand, und wurde dann mit der Diagnose "Sonnenbrand" nach Hause geschickt.** Das Kind wurde wieder ins Krankenhaus gebracht, weil es ihm immer noch schlecht ging. Erst nach einigen Tagen diagnostizierte man Borreliose. Man gab dem Kind fünf Tage lang Antibiotika und schickte es wieder nach Hause. Das entspricht noch nicht einmal den erwähnten Leitlinien. Die Leitlinien empfehlen 3 Wochen. Die meisten Ärzte hier wissen nichts oder Falsches über Lyme-Borreliose. Beispielsweise denken sie, Borreliosesympptome seien Gelenkschmerzen.

"Als ich mit der Erforschung der Borreliose begann, war ich überrascht, wie oft das Wort Leugnen mit Lyme-Borreliose verbunden ist. Wie kann eine Krankheit verleugnet werden?" Chantal Perrin

Was glauben Ärzte, die sich mit Borreliose nicht auskennen, woran ihre Patienten leiden?

Chantal: Sie schicken Patienten zu einem Psychotherapeuten oder sie verschreiben Schmerzmittel. Sie haben auch keine Ahnung, was Co-Infektionen sind.

Hier in Frankreich können Menschen keinen PCR-Test erhalten; aber für den Hund kann man ihn bekommen. Einige Tierkliniken helfen den Borreliose-Ärzten und erledigen die PCR -Tests (DNA) für die menschlichen Patienten (nicht offiziell natürlich).

Was bedeutet chronische Lyme-Borreliose für Sie?

Christian: Chronische Borreliose gibt es aufgrund der Persistenz von Borrelien im Gewebe, aber wahrscheinlich auch durch andere Mikroorganismen, die für Co-Infektionen verantwortlich sind. Die Anzeichen und Symptome können den gesamten Bereich der verschiedenen medizinischen Fachrichtungen abdecken. Lyme-Borreliose ist jetzt, nach der Syphilis, der große Imitator. Es gibt wahrscheinlich noch andere Faktoren für die Entwicklung von chronischen Krankheiten wie genetische, immunologische, umweltbezogene, Stress, etc.

Welcher zusätzlichen Forschung sollten Wissenschaftler auf der ganzen Welt Vorrang geben, um die Herausforderungen einer Suche nach einem Heilmittel für Lyme-Borreliose zu bewältigen?

Christian: Der wichtigste Punkt für die Forschung ist der Mangel an Finanzierung. In den meisten Ländern werden Forschungsprojekte, die nicht mit der "offiziellen Version" von Lyme-Borreliose der IDSA konform gehen systematisch abgelehnt. Die Forschung sollte sich auf neue Diagnose-Instrumente konzentrieren und nicht nur auf die Serologie. Forschung sollte auch die Co-Infektionen beinhalten. Neue therapeutische Protokolle sollten gemäß der Erfahrung von vielen Ärzten in der Welt entwickelt werden, die den Zustand ihrer Patienten mit chronischer Lyme-Borreliose lindern konnten.

Wie können wir die notwendige Forschung für zeckenübertragene Erkrankungen beschleunigen?

Judith: Die Regierungen auf der ganzen Welt müssen multidisziplinäre Treffen organisieren, bei denen Wissenschaftler, Ärzte, Biologen, Tierärzte und Patienten-Organisationen miteinander sprechen und über neue Erkenntnisse zugunsten der Opfer informieren. So würde die Realität mit der Wissenschaft zusammentreffen, um lebensnahe Therapien voranzutreiben. Beschleunigte Forschung geht einher mit Zuhören und mit der Begegnung mit Menschen, die umfangreiches Wissen über diese Krankheit haben, aber das haben die Wissenschaftler noch nicht gehört.

Welche Präventionsmethoden nutzt man gegenwärtig in Frankreich? Vom Präventionsstandpunkt aus betrachtet: Was müsste noch getan werden? Ist ein Impfstoff machbar?

Christian: Ein guter Bericht über Prävention in Frankreich wurde von der Haut Conseil de Santé Publique

(HCSP) geschrieben. Es ist im Internet (auf Französisch) zu finden, aber nur wenige Menschen wissen das.

Ein Impfstoff ist wohl möglich, würde aber nur mit einem Stamm arbeiten. (...) Ich weiß, dass Pharma-Unternehmen versuchen neue Impfstoffe zu entwickeln.

B. Jürschik-Busbach © 2013

Alle Artikel dieses Blogs können gerne zu nicht-kommerziellen Zwecken unter Angabe der Quelle/Autorin und dem Original-Link verbreitet werden.

Quelle: http://www.huffingtonpost.com/c-m-rubin/the-global-search-for-edu_b_3876682.html

In den nächsten Folgen werden wir uns noch mit Borreliose in Kanada, Australien und Finnland beschäftigen.

Chronische Borreliose: Neues US-Gesetz weckt Hoffnung



Wir unterbrechen kurzzeitig [die Serie zu der weltweiten Suche nach Antworten auf die häufig durch Zecken übertragene bakterielle Infektionskrankheit Lyme-Borreliose](#), um mal wieder eine hoffnungsvoll stimmende Nachricht zu verbreiten.

Eine langwierige Lyme-Borreliose (LB) wird häufig mit Antibiotika behandelt, dabei ist die zeitliche Länge der Behandlung umstritten, was sich auch in der kürzlich erfolgten Verabschiedung eines Gesetzes im US-Staat Virginia widerspiegelt.

Die Standard-Behandlung für Lyme-Borreliose sind oral oder intravenös verabreichte Antibiotika bis zu 28 Tage. Viele LB-Patienten und einige Ärzte, die die Patienten im fortgeschrittenen LB-Stadium behandeln, befürworten jedoch längere Behandlungsschemata.

Im Juli 2013 wurde im US-Bundesstaat Virginia ein Gesetz (House Bill 1933) verabschiedet. Ärzte sind nun gehalten, ihren Patienten folgende Informationen zu geben:

Ärzte müssen ihren Patienten erklären, dass der Standard-Borreliose-Bluttest in den ersten Wochen unwirksam ist (führt zu mehr als 60 Prozent falsch-negativer Ergebnisse, laut einer Studie der Johns Hopkins-Universität).

Ärzte müssen Patienten dahingehend beraten, dass sie sich erneut testen und/oder behandeln lassen, wenn ihre Symptome nach einem negativen Testergebnis persistieren.

"Dieses Borreliose-Patienten-Gesetz durchzubekommen, war die härteste juristische Schlacht, die ich je gefochten habe", sagte Susan Green, Anwältin, LB-Patienten-Fürsprecherin und selbst Patientin.

Drei Jahre lang reiste sie von Bundesstaat zu Bundesstaat, einschließlich Maryland, um ihren Fall den Politikern vorzustellen. Die Mitglieder der staatlichen medizinischen Gesellschaften argumentierten, das Gesetz sei ein Eingriff in die Art und Weise, wie sie Medizin praktizierten.

Patienten und Borreliose-Experten beklagen, dass viele Ärzte sich weigern, eine LB zu diagnostizieren, gleichwohl räumten die Centers for Disease Control (CDC) ein, dass Borreliose die am schnellsten wachsende zeckenübertragene Krankheit in den USA sei.

Warum gibt es Widerstand gegen eine Borreliose-Diagnose? Advokatin Green meint, es sei in erster Linie ein Missverständnis, das sich aus zwei Problemen speise: "Leider sind die Ausbildung und die Sensibilisierung über Borreliose, gerade auch im medizinischen Bereich, beklagenswert dürftig, verglichen mit der Häufigkeit der Krankheit. Und das zweite Problem bestehe darin, dass vielen Ärzten nicht klar ist, dass die Tests, die sie bestellen, sehr limitiert sind."

Das zweistufige Testsystem der CDC (ELISA/Westernblot) ist ausdrücklich nur für epidemiologische Zwecke gedacht, nicht als Grundlage für eine Diagnose beim behandelnden Arzt bzw. als Grundlage, ob Patienten eine Therapie erhalten, oder nicht. Und das, so Green, stünde auch ausdrücklich auf der CDC-Website.

Hinzu komme, dass die IDSA (Infectious Diseases Society of America) behauptet, es gebe keine chronifizierte Lyme-Borreliose. Sie erstellten Leitlinien, mit denen behandelnden Ärzten vermittelt werde, dass jede Borreliose nach spätestens 28 Tagen Antibiotika geheilt sei. Green: "Sie haben sehr sehr viele Mitglieder und eine enorme Lobbykraft. Ihren Leitlinien vertrauen die behandelnden Ärzte." Dr. Anusha Belani, Spezialistin für Infektionskrankheiten, folgt den Leitlinien der wissenschaftlichen und evidenzbasierten Forschung. Eine längere antibiotische Behandlung, sagt sie, erhöhe die Gefahr der Antibiotikaresistenz. Nach der Behandlung könne es sein, dass Patienten Symptome zurück behalten.

Rob Cloutier wurde längere Zeit von seinem New Yorker Arzt mit Antibiotika behandelt. Dieser Arzt wurde wg. "übermäßigen Verschreibens von Antibiotika" von der Ärztekammer überprüft.

"Mein Arzt hat sehr detailliert und gewissenhaft den Therapieverlauf beschrieben. Alles, was die Ärztekammer tat, war, ihn monatelang vom Praktizieren abzuhalten, indem sie immer wieder die IDSA-Leitlinien zitierten und behaupteten, er würde zu viele Antibiotika verschreiben", sagt Cloutier.

Ken Poindexter aus Myersville erkrankte. Es dauerte 15 Jahre bis er schließlich die Ursache seines Leidens diagnostiziert bekam. Borreliose. Doch die Versicherung weigerte sich für weitere Antibiotika, insbesondere für Rocephin, zu zahlen. Poindexter konnte die Kosten für die Medikamente nicht aufbringen. Erst nach einer MRT, die eine lebensgefährliche Infektion des Warzenfortsatzknochens hinter dem Ohr dokumentierte, bezahlte die Versicherung die Rocephin-Therapie. Jetzt hieß die Diagnose auch nicht mehr Lyme-Borreliose, sondern Entzündung der *Pars mastoidea*.

Uneinigkeit

"Borreliose ist keine einfache Krankheit. Sie ist ein immunschwächendes Syndrom, das durch multiple, nebeneinander bestehende Infektionen verursacht wird und persistieren kann", sagt Dr. Joseph Jemsek, Spezialist für Infektionskrankheiten. Bekannt wurde er für seine bahnbrechenden Arbeiten zur AIDS-Therapie. Inzwischen behandelt Jemsek vor allem Borreliosepatienten, von denen einige aus der ganzen Welt und aus weit entfernten US-Bundesstaaten nach Washington, DC, in seine Praxis kommen.

"Ich würde sagen, dass *Borrelia burgdorferi*, das primäre Bakterium (das Lyme-Borreliose verursacht), einer der genetisch hochbegabten Organismen auf der Erde ist. Es kann in verschiedenen Wirten (Menschen und Tiere) existieren und entkommen. Es überlebt unter Bedingungen, die gewöhnliche Bakterien nicht überleben können. Es gibt 272 Zitate in medizinischen Fachzeitschriften, die auf persistierende Borreliose verweisen", ergänzt Jemsek.

Die Auswirkungen können individuell verheerend sein

"Das Immunsystem kann die Bakterien eine Zeitlang kontrollieren, doch typischerweise gibt es einen Wendepunkt, z. B. längere schwere Stressbelastung, ein Trauma für den Körper (z. B. Geburt). Wenn Patienten diesen Wendepunkt erreichen, wird aus dem langsamen Abrutschen an der Klippe der freie Fall. Wie die Körper reagieren, hängt von der Stärke des Immunsystems ab", erläutert Jemsek.

Herausforderungen bei der Behandlung

Die Behandlung der Borreliose ist ein Balanceakt und kann lange Zeit in Anspruch nehmen. Eine der

großen Herausforderung sind auch Probleme, die durch die Therapie selbst verursacht werden.

"Es ist eine heikle Situation. Wir wissen, dass es eine angeborene Toxizität bei dieser Krankheit gibt, die Entzündungen verursacht. Und wir wissen, dass diese Entzündungsreaktion verstärkt wird, wenn wir die Bakterien töten. Dabei können Nervenzellen entweder unangemessen hoch- oder heruntergefahren werden, was komplizierte Symptome erzeugt. So gibt es Höhen und Tiefen, und wir versuchen in ausgewogener Weise damit umzugehen und die Reaktionen zu minimieren", sagt Jemsek .

Selbst wenn es zu einem Gleichgewicht kommt, sprechen Borreliose behandelnde Ärzte nicht über eine Heilung bei fortgeschrittener Borreliose. Studien zeigen, dass Bakterien ihre eigene DNA mit der des Wirts verknüpfen, was bedeutet, dass das Bakterien-Erbgut im Körper des Wirts bleibt.

"Mehrere Studien haben gezeigt, dass auch nach einer angemessenen Antibiotika-Therapie, die die überwiegende Zahl der infizierten Organismen beseitigt hat, die Bakterien in einen Ruhestatus fallen, um vielleicht später wieder reaktiviert zu werden."

"Unser Immunsystem hat deutliche Schwierigkeiten mit der Kontrolle dieser Infektion. Aber eine zunehmende Erholung kann durch eine geschickte Vorgehensweise erreicht werden, einschließlich Antibiotika, soweit sie erforderlich sind, um eine immunologische Kontrolle zu bekommen. Ich würde sagen, die meisten Leute, die wir sehen, zeigen signifikante Verbesserungen und viele erholen sich erstaunlich gut."

Einige Ärzte möchten nicht mehr die traditionellen Antworten geben, behandeln aber immer noch nicht auf Borreliose.

Green: "Diese Ärzte möchten die IDSA-Leitlinien nicht überschreiten; sie fürchten die Aufseher in der Ärzteschaft. Es gibt eindeutig Ärzte, die von den Ärztekammern für die häufige Verschreibung von Antibiotika aussortiert wurden."

Borreliose ist auch ein "Versicherungsleiden"

Auch wenn Ärzte chronische Borreliose behandeln, können Versicherungsgesellschaften die Erstattung der Kosten verweigern. "Versicherungen folgen traditionell den IDSA-Leitlinien. Sie nutzen diese Leitlinien zur Rechtfertigung für ihre limitierte Therapiekosten-Deckung", berichtet Green.

Unterdessen veröffentlichten die CDC einen Bericht im August 2013, in dem es heißt, ihre letzten Berechnungen von 30.000 neuen Borreliose-Fällen pro Jahr seien wohl falsch. Nun schätzen die CDC, es gebe 300.000 neue Fälle pro Jahr in den USA. Diese Zahl basiert allerdings nur auf 13 Bundesstaaten. Viele Ärzte in den übrigen Bundesstaaten untersuchen erst gar nicht auf Borreliose, da sie glauben, in ihrem Bundesstaat gebe es gar keine Borreliose.

Einige Gesundheitsämter bestehen darauf, dass es in ihrer Region gar keine Borreliose gebe

Green: "In Florida gab es einen Zeitungsartikel, in dem behauptet wird, die Zugvögel würden die Krankheit verbreiten, weil Zecken Vögel bissen, aber keine Menschen. In North Carolina behauptet man, Zecken beißen nur Tiere, keine Menschen."

Doch Fortschritt ist möglich, glaubt Green. Aus ganz Virginia kamen die Menschen, um für das neue Gesetz zu plädieren. Green: "Wir hatten Leute in Rollstühlen. Wir brachten kranke Kinder, die mit ihren IV-Ports kamen. Sie alle erzählten ihre Geschichten. Vor zwei Jahren, als wir zu den Delegierten gingen, wollte keiner über Borreliose sprechen. In diesem Jahr standen sie auf und weinten."

Mit jedem Mal, wenn ein Politiker, ein Prominenter oder eine andere Person mit einer Stimme und Präsenz in der Öffentlichkeit erkrankt, wird die Borreliose mehr Aufmerksamkeit erhalten.

"Wir haben einen langen Weg zu gehen, aber wir werden langsam alle überzeugen, dass Borreliose überall ist, und wir aktiv danach schauen müssen", so Green.

Gemäß den CDC gehört Maryland zu den Top-13 Bundesstaaten für Borreliose-Prävalenz.

B. Jürschik-Busbach © 2013

Alle Artikel dieses Blogs können gerne zu nicht-kommerziellen Zwecken unter Angabe der Quelle/Autorin und dem Original-Link verbreitet werden.

Quelle: http://www.fredericknewspost.com/news/health/diseases/article_e34d235f-08b0-5363-b90a-04fe2ff01c57.html

Borreliose: Die weltweite Suche nach Antworten, Deutschland



Eines der ersten Projekte sollte die Verbesserung der Sensitivität der Borreliose-Tests für chronische Borreliose-Patienten weltweit sein. Über eine 1 Million Euro hat die Europäische Union für die Entwicklung eines hochempfindlichen, noch laufenden Lab-on-a-Chip-Projekts ausgegeben." Dr. Armin Schwarzbach

Die [Huffington Post hat in einer bemerkenswerten Serie](#) die weltweite Suche nach Antworten zur Lyme-Borreliose im fortgeschrittenen Stadium beleuchtet und dabei Fachleute aus verschiedenen Ländern interviewt. Hier eine Zusammenfassung des englischen Artikels über die [Niederlande \(Folge 3\)](#), [über Norwegen \(Folge 2\)](#) und [die Einleitung zur Serie](#).

Die Gefahren, die von Zecken übertragenen Infektionskrankheiten ausgehen, einschließlich des Eingeständnisses, [dass insbesondere die Lyme-Borreliose eine der häufigsten und am schnellsten wachsenden Krankheiten ist, wurde inzwischen auch in den USA eingeräumt](#).

In diesem Teil der Serie wird ein Blick auf zeckenübertragene Krankheiten in Deutschland geworfen. Zu Wort kommen die ILADS-Mitglieder, Dr. Carsten Nicolaus und Dr. Armin Schwarzbach von der [BCA-Klinik](#) in Augsburg. (Carsten = Medical -und Executive Director der BCA-Klinik und Spezialist für zeckenübertragene Krankheiten, insbesondere Lyme-Borreliose. Armin ist ein Spezialist in der Labormedizin des BCA/ Infectolab und internationaler Experte des Chief Medical Officer's Clinical Advisory Committee über Lyme-Borreliose in Australien (CACLD) und Mitglied der neuen Arbeitsgruppe für die Lyme-Krankheit der Haut Conseil de la Santé Publique, Paris, der Deutschen Borreliose-Gesellschaft und der Schweizerischen Vereinigung für zeckenübertragene Krankheiten.

"Mehr als 90 % der Patienten unserer Klinik leiden unter Co-Infektionen." - Dr. Carsten Nicolaus

Wie hoch ist die jährliche Inzidenz der Lyme-Borreliose in Deutschland?

Armin: Der "offizielle" Zahl des IDSA-orientierten Nationalen Referenzzentrums in München lautet: 60.000 - 100.000 pro Jahr in Deutschland. Die geschätzte Zahl in Deutschland nur für die Wanderröte (EM) lag 2008 bei 753.000. Aber wir wissen, dass, aufgrund mehrerer Subspezies, insbesondere *B. burgdorferi garinii*, nicht jeder frisch infizierte Patient in Deutschland eine Wanderröte entwickelt. Daher kann man von einer doppelt so hohen Anzahl von Borreliose-Infektionen in Deutschland ausgehen: 1.500.000 frisch infizierte Borrelien-Patienten jedes Jahr.

Carsten: Im "Epidemiologischen Bulletin" vom 10. April 2012 berichtete das Robert Koch-Institut eine

Inzidenz zwischen 111 und 260 Fällen pro 100.000 Einwohner in zwei bevölkerungsbasierten, prospektiven Kohortenstudien.

Im März 2013 wurden folgende Zahlen veröffentlicht: Aktuelle Erkenntnisse lassen darauf schließen, dass nach einem Zeckenstich 1,5% - 6% aller betroffenen Menschen eine Infektion auftritt (einschließlich klinisch unauffälliger Fälle), und dass sich bei 0,3 - 1,4 % eine manifeste Krankheit etabliert.

„Wir, als eine Minderheit der Ärzte, die sich mit Lyme-Borreliose auskennen, wissen durch spezielle Labortestergebnisse, dass nahezu alle Patienten noch Borrelien-Aktivität in ihrem Blut haben. Eine Situation, die sich nach weiterer antibiotischer Strategie, insbesondere gegen Co-Infektionen, verbessert.“

- Dr. Armin Schwarzbach

Können Sie etwas zur jährlichen Inzidenz anderer durch Zecken übertragener Krankheiten sagen, die in Deutschland endemisch sind?

Carsten: Über 90 % der Patienten, die wir in unserer Klinik sehen, leiden unter Co-Infektionen. Sehr häufig sind Infektionen wie Ehrlichia/Anaplasma (ca. 30 %), Bartonella (ca. 30 - 40%), Rickettsia (ca. 3 - 4 %); zunehmend tritt auch eine Babesia-Infektion als Protozoen-Co-Infektion auf. Der wichtigste Vektor in Deutschland ist die Zecke *Ixodes ricinus*. Allerdings gibt es auch eine wachsende Zahl von lokalen Populationen von *Dermacentor reticularis*-Zecken, die aus der Balkan-Region in den letzten Jahren eingewandert sind und überwiegend Babesieninfektionen verursachen. Zusätzlich zu den Co-Infektionen, die direkt durch einen Zeckenbiss übertragen werden, beobachten wir eine Menge anderer Co-Infektionen wie Chlamydien und Mykoplasma pneumonia, Yersinia und eine Vielzahl viraler Infektionen wie EBV, Coxsackie, CMV und HSV .

In den letzten Jahren traten auch regelmäßig durch Zecken übertragene Enzephalitis-Fälle auf - insgesamt etwa 250 Fälle pro Jahr.

Armin: Es gab in der Vergangenheit keine Studien über die Häufigkeit anderer von Zecken übertragener Krankheiten und ist auch keine Studie in Deutschland vom [NRZ](#) geplant. Dennoch wissen wir, dass etwa 6-8 % aller Zecken in Deutschland auch Vektoren für Bartonella, Ehrlichia/Anaplasma, Babesia oder Rickettsia in endemischen Regionen sind. Bei Patienten mit chronischer Lyme-Borreliose und bei Patienten mit rheumatoider Arthritis oder Fibromyalgie sind rund 30 % sind mit Ehrlichia/Anaplasma und einige von ihnen auch mit Rickettsia und Bartonella-Co-Infektionen belastet. Die Babesiose scheint eine weitere endemische Infektion zu sein, die besonders durch die Zeckengattung der Dermacentor Zecke übertragen wird.

Kommen Patienten mit Lyme-Borreliose und anderen zeckenübertragenen Infektionen auch aus anderen Teilen der Welt zur Behandlung nach Deutschland? Wie ernst ist das Problem?

Armin: Vor 12 Jahren begann ich mit Patienten aus Deutschland, in dem Glauben, dass es sich vor allem um eine endemische Infektion im südlichen Teil Deutschlands und in Österreich handelt. Heutzutage diagnostizieren wir Patienten mit genau den gleichen Symptomen und entsprechenden Laborwerten aus fast allen Ländern der Welt, darunter Norwegen, Dänemark, Finnland, Schweden, Russland, Belgien, Frankreich, Niederlande, Italien, Spanien, Portugal, Griechenland, Zypern, Rumänien, Bulgarien, Slowenien, Ungarn, England, Irland, Schottland, und auch aus Australien, Singapur, Dubai, China, Südafrika, Neuseeland und andere. Je mehr man sich mit zeckenübertragenen Krankheiten in den Ländern beschäftigt, desto mehr werden Sie finden, obwohl einige der Co-Infektionen in einigen Ländern besonders endemisch zu sein scheinen. Meine Eindrücke sind, dass Lyme-Borreliose epidemisch ist und die Co- Infektionen endemisch sind.

Glücklicherweise hat die Zahl der Ärzte, die Lyme-Borreliose und ihre Co-Infektionen ernst nehmen in den letzten Jahren stark zugenommen.“ Dr. Carsten Nicolaus

Gibt es einen zuverlässigen Test für Lyme-Borreliose in Deutschland? Sind Ihnen neue Entwicklungen

bekannt?

Carston: Neben den klassischen serologischen Tests wie ELISA und Western Blot stehen weitere Tests wie PCR zur Verfügung. Darüber hinaus bieten viele Labore sogenannte zelluläre Tests wie den Lymphozyten Transformationstest (LTT) oder der Elispot LTT und den CD-57-Test an. Diese Testverfahren können bessere Informationen über den chronischen Verlauf der Krankheit und den aktuellen Grad der Aktivität der Infektion liefern.

Ein europäisches Forschungsprojekt versucht derzeit eine neue Test-Technologie zu entwickeln, in Form eines "Biochips" - siehe: www.hylisens.eu. Jedoch ist diese Technik noch nicht in der Routine-Labordiagnostik angekommen.

Wir brauchen einen zuverlässigeren Test für Lyme-Borreliose und andere zeckenübertragene Krankheiten. Sollte dies die wissenschaftliche Priorität für Lyme-Borreliose weltweit sein?

Armin: Eines der ersten Projekte sollte die Verbesserung der Sensitivität der Tests für chronische Borreliose weltweit sein. Viele Ärzte glauben an die durch IDSA-Kriterien behaupteten fast 100 % ELISA-Sensitivität. Doch neuere Studien zeigen, dass die Sensitivität bei 30-40% liegt. So werden 60-70% der Borreliose-Patienten durch Tests, statt durch die klinische Symptomatik falsch diagnostiziert. Aus diesem Grund hat die Europäische Union mehr als 1 Million Euro für die Entwicklung eines hochempfindlichen Chip-Projekts zur Verfügung gestellt (www.hylisens.eu). In diesem Projekt wurden neue Borreliantigene geklont, um die Sensitivität des Tests deutlich verbessern. Dennoch wird es 3-5 Jahre dauern, bis diese Ziele erreicht werden.

"Wir legen sehr viel Wert auf die Verhinderung von Zecken- und anderen Insektenstichen, durch Repellents, das Tragen der richtigen Kleidung, Informationen über die Expositionsrisiken und über die Symptome von frischen und chronischen Infektionen. Aber es muss weltweit mehr getan werden."
- Dr. Armin Schwarzbach

Glauben Sie, dass Ärzte in Deutschland die Symptome, die durch diese Krankheit ausgelöst werden adäquat behandeln?

Armin: Ja, sie können es, aber sie tun es nicht, weil sie aufgrund der alten Leitlinien der Neurologen, Dermatologen und Rheumatologen in die Irre geführt werden. All diese "Leitlinien" sind nur Empfehlungen, die auf schwachen Evidenzen beruhen. Die Ärzte wissen das nicht und glauben der Ansicht, dass es keine chronische Borreliose gebe.

Wir, als eine Minderheit der Ärzte, die sich mit Lyme-Borreliose auskennen, wissen durch spezielle Labortestergebnisse, dass nahezu alle Patienten noch Borreli-Aktivität in ihrem Blut haben. Eine Situation, die sich nach weiterer antibiotischer Strategie, insbesondere gegen Co-Infektionen, verbessert. Korrespondierend hierzu bessern sich die klinischen Symptome durch längere antibiotische Therapien bei vielen Patienten mit ungeklärten Syndromen wie Rheumatoide Arthritis, Fibromyalgie, Parkinson, Demenz, CFS, ME, Arthritis, CTS, Autismus, Multiple Sklerose und Autoimmunerkrankungen wie Hashimoto. Es gibt wirklich kein hohes Risiko, wenn man Patienten langfristig mit Antibiotika behandelt, vorausgesetzt man kontrolliert das Organsystem und substituiert die Darmflora. Der Hauptfehler liegt darin, dass man Patienten mit einer frischen Borreliose nach der kurzen 1 - 2-wöchigen Antibiotikatherapie nicht länger beobachtet. Viele von ihnen werden ohn weitere Verlaufsbeobachtung ernsthaft krank nach dieser Therapie. In Deutschland dauert es etwa 3-5 Jahre bis eine chronische Lyme-Borreliose diagnostiziert wird. Die Patienten laufen von Arzt zu Arzt, treffen aber auf keinen auf chronische Borreliose spezialisierten Arzt. Das verursacht sehr hohe sozioökonomische Kosten für nicht-diagnostizierte chronische Borreliose-Patienten oder co-infizierte Patienten.

Carston: Die Mehrheit der deutschen Ärzte behandeln Borreliose-Patienten nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (Deutsche Gesellschaft für Neurologie) oder der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie. Diese Richtlinien basieren auf den IDSA-Richtlinien. Leider werden viele Patienten, die an chronischen zeckenübertragenen Krankheiten leiden untertherapiert.

Glücklicherweise hat die Zahl der Ärzte, die Lyme-Borreliose und ihre Co-Infektionen ernst nehmen in den letzten Jahren zugenommen. Diese Ärzte sind in der "[Deutschen Borreliose Gesellschaft](#)" (Deutscher Verband für Lyme-Borreliose) organisiert. Die DBG gibt ihre eigenen Leitlinien heraus, die im Wesentlichen auf den ILADS-Leitlinien beruhen.

Insgesamt ist es für deutsche Ärzte wesentlich einfacher Borreliose-Patienten zu behandeln. Jeder Arzt ist unabhängig. Man hat eine lebenslange Befugnis, den Arztberuf auszuüben, die nur sehr schwer zu entziehen ist. Davon profitiert die Behandlung der Borreliose-Patienten.

Welche Präventionsmethoden nutzt man gegenwärtig in Deutschland? Vom Präventionsstandpunkt aus betrachtet: Was müsste noch getan werden? Ist ein Impfstoff machbar?

Armin: Die Impfung könnte eine gute Sache sein, aber es wird eine passive Immunisierung sein und niemand weiß, welchen Antikörper-Titer man benötigt und ob in welchen Zeiträumen man die Impfung wiederholen/steigern muss. Daher wird es noch 5 - 10 Jahre dauern, bis wir eine Borreliose-Impfung haben werden.

Wir legen sehr viel Wert auf die Prävention/Verhinderung von Zecken- und anderen Insektenstichen durch Repellents, das Tragen der richtigen Kleidung, durch Informationen über die Expositionsrisiken und über die Symptome von frischen und chronischen Infektionen. Aber es muss noch mehr getan werden, um weltweit das Bewusstsein für die Risiken von Zeckenstichen bekannt zu machen, gerade in Ländern, in denen sich die Bevölkerung der Risiken nicht bewusst ist, wie z. B. Irland. Wir alle wissen, dass es nicht zu 100%ige Prävention geben kann, aber wenn Sie wissen, dass eine Sommergrippe ein mögliches Zeichen für eine frische Borreliose-Infektion sein kann, dann würde das bereits vielen Patienten und Ärzten helfen.

Übersetzung B. Jürschik-Busbach © 2013

Alle Artikel dieses Blogs können gerne zu nicht-kommerziellen Zwecken unter Angabe der Quelle/Autorin und dem Original-Link verbreitet werden.

In den nächsten Folgen werden wir uns noch mit Borreliose in Frankreich, Kanada, Australien und Finnland beschäftigen.

Borreliose: Die weltweite Suche nach Antworten, Niederlande



"Wenn chronische oder persistierende Borreliose existiert, werden wir mehr als Antibiotika für die Behandlung brauchen. Anti-entzündliche Komponenten oder eine Anti-Zytokin-Behandlung wären Optionen."

Dr. Leo Joosten, Niederlande

Die [Huffington Post hat in einer bemerkenswerten Serie](#) die weltweite Suche nach Antworten zur Lyme-Borreliose im fortgeschrittenen Stadium beleuchtet und dabei Fachleute aus verschiedenen Ländern interviewt. [Hier eine Zusammenfassung des englischen Artikels über Norwegen \(Folge 2\)](#) und [die Einleitung zur Serie](#).

Die Gefahren, die von Zecken übertragene Infektionskrankheiten ausgehen, einschließlich des Eingeständnisses, [dass insbesondere die Lyme-Borreliose eine der häufigsten und am schnellsten wachsenden Krankheiten ist, wurde inzwischen auch in den USA eingeräumt](#).

Die Herausforderungen, vor denen die Gesundheitsbehörden weltweit stehen, sind groß. Das fängt mit der Optimierung der gemeldeten Inzidenzen an, umfasst bessere Informations- und

Präventionsstrategien, und hört noch lange nicht bei den verstärkten Forschungsanstrengungen auf, die zur Entwicklung zuverlässiger Diagnose-Möglichkeiten und besserer Behandlungen dringend notwendig sind. Im Gegensatz zu den USA, hatten die Niederlande seit 2006 rund 17.000 Fälle pro Jahr bei einer Bevölkerung, die gerade mal 6 Prozent der USA entspricht. Inzidenzen, die noch stärker an den US-Inzidenzzahlen zweifeln lassen.

Tick tack, tick tack - die Uhr tickt und jeden Tag scheint ein anderer Experte zuzustimmen, dass die globale Erwärmung das "Zecken-Problem" beschleunigt.

In dieser Folge kommen Experten aus den Niederlanden zu Wort. Dr. Leo Joosten von der Radboud Universität war jahrelang an der Borreliose-Forschung beteiligt.

"Ich denke, dass es eine persistierende Lyme-Borreliose gibt und dass es Patienten gibt, die aufgrund eines aktiven Immunsystems unter klinischen Symptomen leiden. Wie viele das sind, ist noch nicht klar."
Dr. Leo Joosten

Wie hoch ist die jährliche Inzidenz der Lyme-Borreliose in den Niederlanden und in Europa insgesamt?
In den Niederlanden haben wir 1,2 Millionen Zeckenstiche pro Jahr und rund 17.000 *Erythema migrans* (EM) pro Jahr, die klassische Wanderröte, die Zahlen steigen von Jahr zu Jahr (Daten aus dem Jahr 2006).

Das sind damit über 100 Fälle von Lyme-Borreliose pro 100.000 Einwohner im Jahr 2006. Es gab 85.000 Borreliose-Fälle in Europa im Jahr 2006. Wir gehen davon aus, dass die Inzidenz der Lyme-Borreliose zunehmen wird, allein aufgrund der Tatsache, dass die Anzahl der Zecken und die Infektionsrate von Zecken in den letzten Jahren stark zugenommen hat; nur der Prozentsatz ist nicht bekannt.

Welche anderen durch Zecken übertragene Krankheiten sind in den Niederlanden neben Lyme-Borreliose endemisch? Ist *Borrelia miyamotoi* ein Thema?

Es gibt einige Fälle von Babesien und Bartonellen, die bekannt sind, aber in der Regel sind sie wohl kein Problem in den Niederlanden. Soweit ich weiß, gibt es noch keine Meldung über *B. miyamotoi* in den Niederlanden.

Glauben Sie, dass die Meldepflicht über die Häufigkeit der zeckenübertragenen Krankheiten (insbesondere Borreliose) zufriedenstellend ist, oder glauben Sie, es müsste in den Niederlanden verbessert werden? Falls ja, was glauben Sie, müsste getan werden?

Die Meldungen von Zeckenstichen und der Anzahl infizierter Personen ist in den Niederlanden organisiert. Das niederländische Zentrum für öffentliche Gesundheit (das RIVM) überwacht die Anzahl der Zeckenstiche und die Inzidenz der Lyme-Borreliose. In einer Kooperation mit der Universität Wageningen entwickelte das RIVM ein Programm (siehe [Website: Tekenradar.nl](http://www.tekenradar.nl)), mit dem der Einzelne Zecken einsenden und auf eine Borrelien-Infektion untersuchen lassen kann. Im Allgemeinen ist die Berichterstattung über die Inzidenz der Lyme-Borreliose in den Niederlanden zufriedenstellend.

Glauben Sie, dass die chronische Lyme-Borreliose existiert oder dass es eine falsche Bezeichnung für andere Krankheiten ist, die durch Borreliose ausgelöst wird?

Ich denke, dass es eine persistierende Lyme-Borreliose gibt und dass Patienten mit einem aktiven Immunsystem unter klinischen Symptomen leiden. Wie viele das sind, ist noch nicht klar, aber ich denke, es ist nur eine Minderheit der Borreliose-Patienten. Wir glauben, dass das Immunsystem noch aktiviert ist, wenn man längere Zeit lebenden Borrelien oder Borrelien-Antigenen ausgesetzt ist. Die pro-entzündlichen Mediatoren die durch Immunzellen produziert werden, wie z. B. IL-1, könnten bei einer Borreliose die Ursache für anhaltende klinische Symptome sein.

"Mein Fokus liegt auf der Erreger-Wirt-Interaktion: wie Borrelien vom Wirt erkannt werden und warum manche Menschen Lyme-Borreliose entwickeln, während einige dies nicht tun. Welche Gene sind für eine optimale Immunabwehrreaktion nötig, um den Erreger abzutöten?"

Dr. Leo Joosten

Welche Lösungen, die derzeit verfolgt werden, werden Ihrer Meinung nach, die meisten Versprechen für die Diagnose von Lyme-Borreliose auf einem hohen Zuverlässigkeitsniveau halten können? Welche Tests, die gegenwärtig für die Öffentlichkeit zur Verfügung stehen, außer dem Westernblot, bieten bessere Sicherheit/Zuverlässigkeit?

Im Moment gibt es zellular-basierte Tests auf dem Markt, wie LTT, Elispot und Spirofind. Diese Tests geben uns Aufschluss über die zelluläre Immunantwort gegen Borrelien-Antigenen. Es scheint, dass diese Tests in Zukunft, abgesehen von serologischen Tests, verwendet werden können.

Wenn Sie an chronische Lyme-Borreliose glauben, was sind Ihrer Meinung nach die effektivsten Wege, um Borreliose zu behandeln?

Wenn chronische oder persistierende Borreliose existiert, brauchen wir mehr als Antibiotika für die Behandlung. Anti-inflammatorische Komponenten oder Anti-Cytokin-Behandlung wären Optionen.

Welche Tests sind derzeit verfügbar oder werden entwickelt, von denen Sie glauben, dass sie zuverlässig Krankheiten identifizieren können, die durch Borreliose ausgelöst werden?

Ich denke, die neuen zellular-basierten Assays, wie Spirofind, werden künftig hilfreich bei der Identifizierung von Lyme-Borreliose sein.

Was ist der Schwerpunkt Ihrer Forschung und in welcher Beziehung steht er zu den Herausforderungen der Identifizierung und Heilung von Lyme-Borreliose und Krankheiten, die durch Borreliose ausgelöst werden?

Mein Fokus liegt auf der Erreger-Wirt-Interaktion: Wie werden Borrelien vom Wirt erkannt und warum manche entwickeln manche Menschen Lyme-Borreliose, während einige dies nicht tun. Welche Gene sind für eine optimale Immunabwehrreaktion nötig, um den Erreger zu töten? Mit diesem Wissen könnten wir neue diagnostische Möglichkeiten für Borreliose entwickeln und vielleicht bessere Angriffspunkte für die Behandlung. Abgesehen davon untersuchen wir neuartige Wege bei den Abwehrmechanismen des Wirts, um Biomarker für die Früherkennung von disseminierter Lyme-Borreliose zu identifizieren. Das Endziel ist es, Anti-Zytokin-Angriffspunkte für Patienten mit persistierender Borreliose zu erforschen. Wir denken, dass Anti-IL-1 eine wirksame Therapie für diese Patienten sein könnte.

Übersetzung B. Jürschik-Busbach © 2013

Alle Artikel dieses Blogs können gerne zu nicht-kommerziellen Zwecken unter Angabe der Quelle/Autorin und dem Original-Link verbreitet werden.

In den nächsten Folgen werden wir uns noch mit Borreliose in Frankreich, Kanada, Deutschland, Australien und Finnland beschäftigen.

[Borreliose - die weltweite Suche nach Antworten, Norwegen](#)



Die [Huffington Post hat in einer bemerkenswerten Serie](#) die weltweite Suche nach Antworten zur Lyme-Borreliose im fortgeschrittenen Stadium beleuchtet und dabei Fachleute aus verschiedenen Ländern interviewt. Hier eine Zusammenfassung des englischen Artikels über Norwegen:

Zwei Biologen der Universität Oslo (M. Laane, I. Mysterud) haben eine Methode entwickelt, um Borrelien in den Blutproben der Patienten zu identifizieren, die chronisch krank sind.

"Unsere Methode basiert auf Blut-Mikroskopie. Bakterien werden durch optische Veränderungen wie Brechungsindex, dem Anschwellen und der Ausbreitung von Zellen sichtbar. Das führt zu aufgeblähten Strukturen, deutlich über der optischen Auflösungskapazität bei Lichtmikroskopen."

Die Experimente der norwegischen Biologen zeigen, dass nahezu alle Borrelien sich innerhalb von nur einer Stunde in Zysten verwandeln können und dass Antibiotika sie dann nicht mehr zerstören können.

Für 2014 ist ein größeres Forschungsprojekt basierend auf ihren Mikroskopie-Techniken geplant. Nachfolgend die Aussagen einiger Borreliose-Fachleute.

Wie hoch ist die jährliche Inzidenz der Lyme-Borreliose in Norwegen?

Dr. Alina Ehret: Offizielle Quellen aus "Folkehelseinstitut" zeigen eine unterschiedliche jährliche Inzidenz zwischen 255 und 346. Die reale Inzidenz ist viel höher.

Veronica und Bjorn: Offiziell ist die Zahl knapp über 300, aber auch die Beamten geben zu, dass die Statistiken nicht die tatsächliche Zahl der Fälle aufzeigt. In Anbetracht der Zahlen im benachbarten Schweden mit rund 10.000 Neuerkrankungen pro Jahr, dürfte die Inzidenz für Norwegen bei mindestens 5000 pro Jahr liegen.

Es ist eine schockierende Tatsache, dass Katzen und Hunde besser auf Lyme-Borreliose (LB) getestet werden als Menschen. Eine weitere faszinierende Tatsache ist, dass LB weit mehr Schafe tötet als wilde Tiere wie Wölfe. Warum behaupten Ärzte immer noch LB sei nicht schädlich?

Bjorn Overbye: "Mein Rat an die Ärzte - nehmt die Sache ernst. Es ist nicht so einfach, wie es gesagt wird, dass LB eine simple Infektion sei und dass die übliche Zweistufen-Diagnostik ausreichend ist und alles, was man brauche, sei eine antibiotische Therapie über wenige Wochen."

Würden Sie zur jährlichen Inzidenz anderer, durch Zecken übertragener Krankheiten, die in Norwegen endemisch sind einen Kommentar abgeben?

Dr. Alina Ehret: Tick-Meningoenzephalitis hatte eine Inzidenz von 10-13 in den letzten 4 Jahren und 7 im Jahr 2012.

Veronica und Björn: Es scheint, dass über Krankheiten wie Babesiose, Ehrlichiose und Bartonellose überhaupt nicht berichtet wird.

Haben Sie einen zuverlässigen Test für Lyme-Borreliose in Norwegen? Wenn nicht, ist Ihres Wissens nach ein diagnostischer Test in der Entwicklung?

Veronica und Björn: Nein Der ELISA-Test zeigt deutlich unter-erfasste Zahlen - mindestens 50 % der Getesteten leiden an LB, doch diese haben erst im zweiten Test (Westernblot) positive Ergebnisse. Der ELISA ist häufig falsch-negativ.

Dr. Alina Thordarson: Die üblichen Tests sind ELISA, Immunoblot und Westernblot-Tests, deren Sensitivität zwischen 40 und 60 Prozent liegt. Eine Lumbalpunktion erfolgt bei Verdacht auf Neuroborreliose. PCR aus einer Hautbiopsie hat eine sehr hohe Empfindlichkeit, wird jedoch nicht häufig verwendet. PCR aus Gelenkflüssigkeit wird sehr selten verwendet. Die am häufigsten verwendeten Tests haben keine hohe Sensitivität oder Spezifität. Soweit ich weiß, gibt es im Moment keine Tests oder die Entwicklung von Tests im öffentlichen System.

Ivar Mysterud: Wir denken, dass unsere Methode und unser Ansatz zum breiten Einsatz kommen könnte. Jedes Labor, in dem ein erfahrener Mikrobiologe arbeitet, könnte solche Mikroben in Blutproben nachweisen.

Was bedeutet Chronische Borreliose für Sie?

Veronica und Bjorn: Würde ein Patient in der Frühphase der Infektion mit einem genauen Test diagnostizieren, würde er auch sehr wahrscheinlich frühzeitig behandelt. Viele Patienten werden aber nicht früh genug getestet und geraten so in das chronische Stadium. Je länger es dauert, bis ein Patient behandelt wird, desto mehr Behandlungsjahre wird er vor sich haben.

Drs. Mysterud und Laane: Wie unterscheidet sich Ihr Test-Ansatz und Ihre Ergebnisse von den veröffentlichten Forschungsergebnissen über Blutanalysen bei Borrelien?

Unsere Methode unterscheidet sich im Hinblick auf Einfachheit und niedrige Kosten. Der Bedarf an einfachen und schnellen Methoden ist immens, da DNA-oder immunologische Methoden unglücklicherweise häufig fehlschlagen bzw. unerwartete technische Probleme bereiten.

Könnte Ihr Ansatz der Blutanalyse weithin verwendet werden, um Borrelien bei Patienten zu erkennen? Wenn ja, wie könnte dies in den Labors an verschiedenen Orten umgesetzt werden?

Mysterud und Laane: Die Basis ist der direkte Nachweis von Bakterien im Blut, die Einfachheit und Effizienz des Tests sowie die niedrigen Kosten. Bezüglich Patienten mit "Chronischer Borreliose" und der Identifizierung von Spirochäten in Blutproben, kann man diese in der Praxis in drei Gruppen einteilen: 1) Spirochäten aus der Zahnwurzel bei Personen mit schweren Infektionen im Kiefer, 2) Syphilis oder 3) Bakterien der Borrelia-Gruppe. Eine Laborantin mit etwas praktischer Erfahrung sollte in der Lage sein, diese drei Möglichkeiten zu unterscheiden. Ferner sind die Symptome der betroffenen Patienten in der Regel charakteristisch.

Glauben Sie, dass Ärzte in Norwegen die von Borreliose ausgelösten Symptome adäquat behandeln?

Veronica und Bjorn: Solange Ärzte ihre Köpfe in den Sand stecken und alte, traditionelle Tests und Behandlungen verteidigen, werden sie dem Ziel, den Patienten zu helfen, keinen einzigen Zentimeter näherkommen. Wir brauchen Ärzte, die bereit sind, in einer strukturierten Art und Weise, zu versuchen, Behandlungen zu finden, die hilfreich sind, und wir persönlich glauben, die richtige Behandlung wird eine individuelle sein.

Dr. Alina Ehret: Es gibt nicht viele Ärzte in Norwegen, die Borreliose adäquat erkennen behandeln.

Dr. Bjorn Overbye: Ich bin ein richtiger "hard-core" schulärztlich orientierter Arzt, wenn es um Diagnosen geht. Allerdings unterscheide ich mich in einem Punkt: Ich habe mindestens 2000 Stunden mit Untersuchungen zur Lyme-Borreliose verbracht. Die meisten Ärzte haben dies nicht getan und sie tun auch nicht, was sie versprechen, nämlich, dass sie ihre Patienten ernst nehmen. Ich habe Blut mit allen herkömmlichen Methoden getestet und ich habe auch Stunden mit klinischer Analyse verbracht. Mein Rat an andere Ärzte lautet: Nehmt die Sache ernst! Die Technologie ist da, das Wissen ist da. Zögert nicht, zu lernen und etwas zu tun. Es ist nicht so einfach, wie immer gesagt wird, dass Borreliose eine simple Infektion sei, und dass die zweistufige (ELISA und Blot) Diagnose ausreichend ist und dass ein paar Antibiotika alles ist, was man braucht.

Welche Forschung sollten Wissenschaftler auf der ganzen Welt vorrangig betreiben, um die Herausforderungen zu bewältigen, mit denen die Öffentlichkeit bei dieser Krankheit konfrontiert ist?

Veronica und Björn: Wir brauchen Wissenschaftler, die über ihre eigenen Tellerränder hinaus sehen, um bessere Test- und Behandlungsmöglichkeiten (einschließlich individueller Therapien) zu entwickeln und um alte Behandlungen und Leitlinien zu analysieren.

Der Bio-Ingenieur Oystein Brorson war der Erste, der entdeckte, dass Borrelien Zystformen bilden und aus sich aus dieser Form wieder in mobile, einfache Mikroben zurückverwandeln können. Nach Brorson bedeutet dies, dass die Borreliose neu bewertet werden müsste. Die traditionellen Antibiotika wirken nicht auf diese Zysten.

Alina Ehret: "Die Forschung sollte sich auf bessere und zuverlässigere Tests fokussieren und auf die Untersuchung der Verbindung zwischen neurologischen degenerativen und entzündlichen Erkrankungen wie ALS, MS, Parkinson, Alzheimer sowie Fibromyalgie und chronische Erschöpfung."

Dr. Bjorn Overbye: Ich bin tief beeindruckt von dem Genie der Professoren Lynn Margulis und James Lovelock und deren Ergebnissen des "lebenden, denkenden Planeten". Der Mensch ist ein Produkt der Natur. Was mit der Natur geschieht, passiert auch mit uns. Verschmutzte unausgewogene Natur bedeutet verseuchte, unausgewogene Menschen. Zweitens ist die Ultra-Dunkelfeld-Mikroskopie (UDFM) eine sehr fortgeschrittene Wissenschaft, die vernachlässigt wurde. Derzeit arbeite ich mit anderen zusammen daran, der Welt Dr. Bela Bozsik aus Budapest bewusst zu machen, die erfolgreich 120.000 Borreliose-Patienten mittels Serologie und UDFM diagnostiziert hat. Drittens können Antibiotika nicht halbherzig verabreicht werden. Sie müssen den ganzen Weg gehen, genug, um Bakterien abzutöten, aber auch mit der Ernährung, Mineralien, Vitamine, Enzymen, Fettsäuren, den richtigen Probiotika und pflanzlichen Arzneimittel ergänzen. Sie müssen den ganzen Menschen zu behandeln. Ich habe professionelle Naturheilkundler aus China, Deutschland und Schweden getroffen und besuchte eine top-modernes Krankenhaus in Korea, wo Naturheilkundler Hand in Hand mit der moderner Pharmazie arbeiten und Wunder möglich machen. Die Koreaner haben mich ausgelacht, als ich ihnen vom geringen Status der Kräutermedizin im Westen erzählte. Schließlich darf man auch nie den Geist, das Mentale vernachlässigen. Um mich zu heilen, waren mentale Methoden eine enorme Hilfe. Dein Verstand ist in der Lage Kunststücke wie die Stärkung des Immunsystems zu vollbringen. Unterschätzen Sie niemals die mentalen Kräfte bei einer Heilung. Auch Borrelien können mit einem gut abgestimmten Immunsystem beeinflusst werden.

Warum ist es so wichtig für zecken-übertragene Erkrankungen weltweit ein Bewusstsein zu schaffen?

Veronica und Björn: Die Patienten sind in der Lage, unschöne Geschichten von Fehldiagnosen, falschen Behandlungen und erfolgreichen Behandlungen zu teilen. Um auf diesem unsicheren Terrain erfolgreich sein zu können, müssen wir diese Dinge immer wieder ansprechen und auch Politiker mit diesem Fehlverhalten konfrontieren. Fähigkeiten, Wissen und Know-how sollten wir über Ländergrenzen hinweg miteinander teilen, um neue Chancen zu erkennen und mögliche Behandlungen zu finden.

Weiterführende Links: <http://www.verschwiegene-epidemie.de/2012/10/borreliose-norwegischer-forschungsrat-gibt-zu-wir-wissen-zu-wenig/>

Norwegische Ärzte, die Borreliose-Patienten behandeln, werden inzwischen ähnlich attackiert, wie es in den USA und in Deutschland passiert

Die Patienten glauben, dass der norwegische Gesundheitsminister Aavitsland persönliche Motive habe; viele Jahre war er hauptverantwortlich für die Borreliose-Forschung in Norwegen. Inzwischen wurde dem Borreliose-Spezialisten, Dr. Rolf Luneng, die Approbation entzogen. Der norwegische Gesundheitsminister zeichnet dafür mit verantwortlich. Einer der bekanntesten Patienten, Lars Monsen, übt scharfe Kritik an diesem Vorfall: <http://www.tv2.no/nyheter/innenriks/helse/borreliasyke-raser-mot-ekshelsetopp-4128410.html>

Lars Monsen schildert auf seiner Facebook-Seite, dass man bei ihm Lyme-Borreliose und Babesiose festgestellt habe; seitdem bekam er von seinem behandelnden Arzt Dr. Luneng Antibiotika. Er schreibt: "Das vergangene Jahr war ein Kampf, um gesund zu werden. Das größte Hindernis auf diesem Weg ist das norwegische Gesundheitssystem." Mit dem Argument, sein Arzt, Dr. Luneng, habe unnötig lange und gefährliche Antibiotika-Therapien durchgeführt, wurde dem Borreliose-Experten die Approbation entzogen. Damit bleibt nicht nur Monsen ohne kausale Therapie zurück, mit ihm sind es viele hunderte Borreliosepatienten in Norwegen.

Monsen schreibt, man schicke mit dieser Vorgehensweise die Patienten zurück in die Hölle, mit unglaublichen Schmerzen und im schlimmsten Fall begingen sie Selbstmord.

Er selbst sei durch die Behandlung im norwegischen Lyme-Borreliose Center von seinen schlimmsten Schmerzen befreit worden. In Norwegen weiß man wenig über zeckenübertragene Krankheiten, weil die norwegischen Gesundheitsbehörden über Jahre geschlafen und diese Infektionen nicht näher untersucht haben. Er beklagt, dass man die meisten Patienten mit einem negativen ELISA von Arzt zu Arzt, von Abteilung zu Abteilung schickt, weil man sich auf diesen unzuverlässigen Test verlässt. Viele Patienten landen schließlich in einer Schmerzhölle, im Rollstuhl oder Pflegebett - unfähig, die Hand zu heben, auf die Toilette zu gehen oder zu sprechen. Das Schlimmste: Sie werden als Hypochonder beschimpft, die angeblich psychische Probleme hätten. Ärzte und Gesundheitsbehörden glauben, dass ELISA/Westernblots gute Tests auf Borreliose seien. Warum, so Mosen, habe die Labordiagnostik überhaupt soviel Einfluss auf die Diagnose, die bei Borreliose eigentlich eine klinische sein sollte?

Ihm habe eine längere, antibiotische Behandlung enorm geholfen. Eine Behandlung, die über ein Jahr dauerte und nicht drei Wochen.

Borreliose-Patienten lasse man krank bleiben, auch wenn man sieht, dass eine längere, antibiotische Behandlung ihnen hilft. Geht es den Patienten wieder schlechter, erhalten sie keine Anti-Infektiva mehr, mit dem Argument, das sei für ihr Immunsystem zu gefährlich. Gleichzeitig seien norwegische Soldaten gezwungen, ein ganzes Jahr täglich das Antibiotikum Doxycyclin zu nehmen, um etwaige Infektionen in Afghanistan zu verhindern.

Die gleiche Tablette verweigere man Patienten mit einer ernstzunehmenden Infektion. Und nun - zu allem Überfluss, entzieht man dem norwegischen Borreliose-Spezialisten die Approbation, was die Schließung des Norwegischen Borreliose Zentrums zur Folge hat.

Zu Beginn meiner Erkrankung fragte ich mich, schreibt Mosen, warum der Gesundheitsminister Aavitsland sich wiederholt gegen längere, antibiotische Therapien und gegen den Arzt Luneng wandte. Dieser Gesundheitsminister, den ich persönlich nie getroffen habe, diagnostizierte mich aus der Ferne über eine Zeitung, in der er öffentlich behauptete, er sei sicher, dass ich nicht unter Borreliose leide. Wie kann man solche Menschen ernst nehmen?

Dieser Minister ist seit vielen Jahren Manager der norwegischen Infektionskontrolle und hätte für die weitere Erforschung zeckenübertragener Infektionen sorgen sollen. Doch es geschah nichts. Gar nichts! Angesichts der explodierenden Borreliose-Infektionen in Norwegen scheint bei ihm wohl Angst aufzukommen. Er vergrößert den Druck, verspottet die Patienten und sorgt dafür, dass engagierte Ärzte ihre Zulassung verlieren.

Lars Mosen sieht sich gezwungen, eine Behandlung außerhalb des norwegischen Gesundheitssystems zu suchen. Wenn die Regierung nicht bald Maßnahmen gegen zeckenübertragene Infektionen ergreife, werden sich die Krankheiten weiter ausbreiten und er prognostiziert, dass sie das norwegische Gesundheitssystem sprengen werden. Mit neuen Diagnosemethoden wird man irgendwann sagen müssen "... eine überraschend hohe Zahl von Norwegern erkrankt jährlich neu an Lyme-Borreliose ..." Und was ist mit den babesien- und bartonellenverseuchten Blutkonserven? Was ist mit den Schwangeren, die ahnungslos zeckenübertragene Krankheitserreger auf ihre Föten übertragen? Ein furchtbares Geschenk zum Lebensanfang. Dann leben diese Menschen jahrelang mit den Erregern, bis die Krankheit irgendwann ausbricht und die Hölle beginnt.

Wie lange wollen die Gesundheitsbehörden noch wegschauen? Luneng sollte schnellstens seine Approbation zurück erhalten. Er sollte eine führende Rolle in der Forschung bekommen und die Regierung sollte ihn finanziell unterstützen. **Quelle:** <http://bodonu.no/smertehelvete-og-selv-mord-gir-de-blaffen-i/>

Übersetzung B. Jürschik-Busbach © 2013

Alle Artikel dieses Blogs können gerne zu nicht-kommerziellen Zwecken unter Angabe der Quelle/Autorin und dem Original-Link verbreitet werden.