

Borreliose. Die verschwiegene Epidemie. Das Beste aus 2014

Informationen, Übersetzungen, Handreichungen und übersetzte ILADS-Leitlinien

[Borreliose: Dr. Willy Burgdorfer, Entdecker der Borreliose-Ursache, ist verstorben](#)

Zur Erinnerung an einen großartigen Wissenschaftler:

[Dr. Willy Burgdorfer löste das Rätsel um die Lyme-Borreliose](#)

Noch während der vermeintliche "Lyme-Borreliose-Experte" Alan C. Steere und sein Yale-Team in den 1980er Jahren fieberhaft nach dem „Lyme-Virus“ suchen, wird die bakterielle Ursache der Lyme-Borreliose in einer kleinen Stadt im US-Bundesstaat Montana gefunden. Der Schweizer Mikrobiologe [Dr. Willy Burgdorfer](#), angestellt beim Rocky Mountain Laboratory (RML) der National Institutes of Health (NIH), gilt als einer der Top Zecken-Experten in der Welt. 1925 in Basel geboren, hatte er schon immer ein Faible für Biologie. So beginnt er am Schweizer Tropeninstitut der Universität Basel ein Studium und promoviert in Zoologie, Parasitologie und Bakteriologie über die Übertragung des Zeckenrückfallfiebers durch Lederzecken, infiziert mit *Borrelia duttonii* Rudolf Geigy, der Gründer und erste Direktor des Schweizer Tropeninstituts, ist schon früh sein Mentor. 1948 besucht Geigy das [Rocky Mountain Laboratory \(RML\)](#) in Hamilton, Montana. Der damalige RML-Direktor verspricht ihm, für jeden seiner Studenten, die sich für die Biologie der Zecken interessieren, werde er eine Post-Doktorandenstelle freihalten. Das wird Burgdorfers Weg, er wechselt nach Montana ans RML.

Unermüdlich sezirt Burgdorfer Zecken und andere Anthropoden, identifiziert Pathogene und veröffentlicht zahlreiche Artikel und Bücher. Burgdorfer beackert ein sehr breites Forschungsfeld, das aus Rückfallfieber, Pest, Tularämie, dem Colorado Zeckenfieber, Rocky Mountain Fleckfieber sowie anderen bakteriellen und viralen Infektionen besteht.

Eher unbeabsichtigt entdeckt Burgdorfer auf der Suche nach dem Erreger des Rocky Mountain Fleckfiebers die Ursache für Lyme-Borreliose. Er sezirt hunderte von Hundezecken, doch von *R. rickettsii*, dem gesuchten Erreger, keine Spur. Nun richten sich die Augen der Forscher auf die Hirschzecke (*Ixodes scapularis*). Mehrere hundert werden an Burgdorfer geschickt, doch es bleibt dabei: Kein Hinweis auf den Rocky Mountain Fleckfieber-Erreger, auch nicht in Hirschzecken.

Zwei Zecken geben Burgdorfer jedoch Rätsel auf. Seiner üblichen Routine folgend, hatte er sie mit einem augenchirurgischen Skalpell seziert und ihre Körperflüssigkeit unter dem Mikroskop untersucht. Erstaunt sieht er genau hin. Tatsächlich: Relativ lange und unregelmäßig gewendelte Mikroorganismen, die wie schraubenförmige Bakterien aussehen, bewegen sich träge vor seinen Augen.

Anders als Alan C. Steere und seine Kollegen ist Burgdorfer mit der europäischen Literatur vertraut. Er [kennt auch die Arbeiten von Hellerström, der vermutete, dass Zecken Spirochäten übertrage](#). Elektrisiert seziert er weitere Zecken und findet in Zweidrittel von ihnen wieder Spirochäten. Im Labor macht sich Aufregung breit. Die ganze Welt sucht nach der Ursache für Lyme Disease und er glaubt, sie gerade vor sich zu sehen. „Es war nicht wirklich ein Aha-Moment“, sagt er später, „es war ein *Was um alles in der Welt ist das da in dem Abstrich?*“ [Er erinnert sich an seine früheren Arbeiten über das Rückfallfieber. „Willy, das sind Spirochäten!“, durchfährt es ihn.](#)

1983 identifiziert Burgdorfer Spirochäten auch in Schweizer Schafzecken, die mit jenen identisch sind, die er in den US-Hirschzecken fand. Wie sich herausstellt, handelt es sich bei diesen um Borrelien, um jene Spezies, die später *Borrelia garinii* und *Borrelia afzelii* genannt werden. Auch sie verursachen Borreliose. Bingo! Burgdorfer hat den schwer zu fassenden Erreger der Wanderröte in Europa und der Lyme-Krankheit in den USA entdeckt.

Während sich [Burgdorfer](#) durch alle verfügbaren Daten und Unterlagen über Spirochäten-Infektionen durch Zeckenstiche arbeitet, stößt er auch auf ältere europäische Studien. Veröffentlichungen, die Steere offenbar als irrelevant für die Lyme-Krankheit betrachtet hatte. Burgdorfer ahnt, dass die Lyme-Krankheit in Europa bereits seit mindestens hundert Jahren beschrieben wurde. Steere, oder eigentlich Scrimenti hatten somit keine „neue“ Krankheit entdeckt, sondern eine altbekannte wieder entdeckt.

Zwischen 1980 und 1981 beginnt A. C. Steere damit, mögliche Antibiotika-Therapien zu untersuchen. Er entdeckt, was viele Kollegen bereits wissen: Antibiotika helfen, meistens. 1985 veröffentlicht er einen Artikel über die Wirksamkeit von Antibiotika bei der Behandlung arthritischer Manifestationen der Lyme-Borreliose und schreibt: „Wir folgern, dass Lyme-Arthritis häufig erfolgreich mit [...] Penizillin behandelt werden kann.“ Man fragt sich, warum Steere glaubt, das Rad neu erfinden zu müssen? Bereits 1958 hatte Janson in seinem Artikel „Häufigkeit, klinisches Bild, Therapie und Ätiologie des *Erythema chronicum migrans*“, publiziert, dass 58 seiner 65 Patienten gut auf eine Behandlung mit Penizillin ansprachen. Zu diesem Zeitpunkt waren innerhalb der vergangenen 30 Jahre sowohl in den USA als auch in Europa zig Artikel veröffentlicht worden, die die Wirksamkeit der Antibiotika bei der Behandlung der Wanderröte beschrieben. 1970 hatte Scrimenti über die erfolgreiche Behandlung der Wanderröte nebst

Folgeerscheinungen mittels Bicillin berichtet. Alle Studien berichten exakt das, was Steere 1985 meinte herausfinden zu wollen: Obwohl nicht in allen Fällen wirksam, so ging es Patienten mit einer Penizillin-Therapie sehr viel besser. Und man darf sich weiter wundern. Steere erkennt nun zwar an, dass eine antibiotische Therapie hilfreich ist, doch hält er bis heute an der universellen Dauer von 10 bis maximal 31 Behandlungstagen fest. Ein Therapiezeitraum, der seiner Meinung nach in allen Stadien der Lyme-Borreliose ausreichend sei. Für ihn sind neurologische, kardiologische und arthritische Beschwerden dem Chronischen Erschöpfungssyndrom oder dem Fibromyalgie-Syndrom zuzuordnen Falls das nicht passt, sind sie „post-infektiös“ oder etwas Anderes. Jedes Problem, das nach 31 Tagen Behandlung noch existiere, sei nicht durch die Mikrobe verursacht, sondern eine autoimmune Reaktion, glaubt Steere. Wäre es nicht nahe liegend, darüber nachzudenken, dass seine antibiotische Therapie womöglich einfach nur zu kurz, zu niedrig dosiert oder mit dem falschen Antibiotikum durchgeführt wurde? Fakt ist: Viele Einwohner von Lyme bleiben dank Steere und seinen Glaubenssätzen für Jahre ohne ursächliche Therapie. Ein ethisch fragwürdiger Ansatz der seine Schatten bereits voraus wirft. Er zimmert die Bühne für eine bittere Fehde zwischen ihm und den Patienten, mit Folgen, die [Jahrzehnte später auch Patienten in Deutschland auf die Straßen treibt.](#)

B. Jürschik-Busbach © 2014

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

04 Nov 2014

[Borreliose: Naht endlich der Durchbruch?](#)



Forscher von der Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health haben einen Test entwickelt, der es erlaubt, tausende von FDA-zugelassenen Medikamenten darauf zu testen, ob sie gegen Borrelien wirken.

Die [Forscher berichten im Fachmagazin PLoS ONE](#), Ärzte und Patienten suchten verzweifelt nach neuen

Behandlungen gegen Lyme-Borreliose, die bei manchen Menschen nach ein paar Wochen antibiotischer Therapie offenbar geheilt sei, während bei anderen die Erkrankung dennoch andauert. Bis jetzt ist es sehr schwierig gewesen, in großem Maßstab zu bestimmen, welche Medikamente gegen die langwierige Infektion mit *Borrelia burgdorferi* wirken.

Studienleiter Ying Zhang, MD, PhD, Professor für Molekulare Mikrobiologie und Immunologie, und seine Kollegen zweckentfremdeten einen Test, der in der Regel für das einfache Zählen der DNA in Labor-Proben verwendet wird. Mit dem Test konnten sie quantifizieren, wie viele *Borrelia burgdorferi* nach der Gabe eines bestimmten Medikaments noch lebendig und wie viele tot sind. Die Methode färbt die lebenden Bakterien grün und die toten oder sterbenden Bakterien rot.

"Das ist besser als der derzeitige Goldstandard zur Prüfung ob Borrelien lebensfähig sind", sagt Zhang. "Dies könnte der neue Goldstandard werden."

Der aufregendste Teil der Testentwicklung, so Zhang, ist, dass sein Team bereits früher mit diesem Test eine Reihe von Antibiotika untersucht hatte, die gegen andere Infektionen zugelassen sind, aber vielversprechend für die Behandlung gegen persistierende Borrelien (Persister) seien. In einer Studie, die im Juli [in der Zeitschrift Emerging Microbes and Infection](#) veröffentlicht wurde, nutzten Zhang und seinen Kollegen den neuen Test - der sogenannte SYBR Green I / PI-Assay - bei mehreren Antibiotika, die vielversprechend sind gegen persistierende Bakterien, die gegen die aktuellen Borreliose-Antibiotika immun zu sein scheinen. Der Artikel ist der beliebteste auf der Website des Fachmagazins gewesen; Patienten Ärzte und Wissenschaftler kontaktierten Zhang, um die vielversprechendsten neu identifizierten Medikamente zu testen.

Der neue Test ermöglicht es Forschern, Tausende von Medikamenten gleichzeitig zu analysieren, weil er direkt die Lebensfähigkeit der Bakterien nach der Arzneianwendung messen kann. Er benötigt nicht jedes Mal eine Bakterienprobe. Da dieser Schritt übersprungen werden kann, ist der neue Test nicht nur genauer, sondern auch effizienter, weniger teuer und benötigt weniger Zeit, so Zhang.

Während viele Menschen mit Lyme-Borreliose (LB) nach der Standardtherapie gesunden, leidet ein großer Teil der Patienten - einige Schätzungen belaufen sich auf ca. 20 Prozent oder mehr - langfristig an Symptomen wie Müdigkeit, Schmerzen im Bewegungsapparat und Gedächtnisproblemen. Deren genaue Diagnose ist seit langem ein umstrittenes Thema in medizinischen Kreisen. Einige Ärzte glauben, dass nur sehr wenige Menschen an persistierenden LB-Symptomen leiden, das als "Borreliose-Syndrom-nach-Behandlung" (PTLDS) oder als chronische Lyme-Borreliose bekannt ist. Diese Ärzte glauben, dass die meisten Beschwerden wie Müdigkeit, Kopfschmerzen und Gedächtnisprobleme in den Wochen und Monaten nach einer LB-Diagnose nur "Schmerzen des täglichen Lebens" seien.

Zhang sagt, es sei sehr wahrscheinlich, dass diese Symptome auftreten können, weil die Standard-Behandlung mit Antibiotika nicht alle Borrelien burgdorferi vernichtet und die Persister trotz Antibiotika erhalten bleiben. Das Problem sei, dass ein Bluttest zwar helfen kann, eine Lyme-Borreliose zu bestätigen, es aber keinen definitiven Test für PTLDS gibt, da nach der Behandlung mit Antibiotika keine Bakterien kultiviert werden können und weil es gibt keine zugelassenen oder bewährte Behandlungen gebe.

Die neuen Medikamente, die durch Zhangs Assay identifiziert werden, wirken im Labor gezielt gegen diese Persister. Es bleibt die Frage, ob sie dasselbe auch "im Menschen" tun. Einige Ärzte erwägen Medikamente für den off-label use gegen persistente Borreliose-Symptome zu verschreiben, auch wenn es keine Nachweise dafür gibt, ob das funktioniert. Zhang warnt, dass man erst in Tierstudien untersuchen sollte, ob sie wirken, bevor man sie bei Borreliose-Patienten testet, weil unangemessene Antibiotikagaben Nebenwirkungen haben, auch wenn diese Medikamente klinisch zur Behandlung anderer Infektionen

zugelassen sind.

"Es gibt eine beträchtliche Anzahl von kranken Menschen, die verzweifelt nach einem Heilmittel gegen ihre Borreliose-Symptome suchen, Monate und sogar Jahre nachdem man ihnen gesagt hat, sie seien von der LB geheilt", sagt Zhang. "Die aktuellen Medikamente, die wir verwenden, sind nicht gut genug für diese hartnäckigen Fällen. Das ist der Grund, warum ich immer so viele Anrufe und E-Mails wg. unseres Tests erhalte."

Die Studie wurde von der Lyme Research Alliance und LymeDisease.org finanziert.

Übersetzt und zusammengefasst von B. Jürschik-Busbach © 2014
Übersetzung ohne Gewähr. Ausschlaggebend sind die Original-Texte.

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

30 Okt 2014

[Borreliose: Von Menschen und Tieren ...](#)



Borrelien und Erregerpersistenz - in Tierversuchen sind sie zuhauf nachgewiesen worden. Fleißig hat man bei Tieren Gewebeproben untersucht. Trotz antibiotischer Therapie fand man weiterhin Borrelien im Gewebe. Aber das sind ja nur Ergebnisse von Tierversuchen... gerne werden diese Ergebnisse mit dem Hinweis, diese Ergebnisse seien nicht auf den Menschen übertragbar, abgetan.

Wie [dieses Schaubild](#) zeigt, wurde die Persistenz der Bakterien nach der Standard-Antibiose auch beim Menschen durch Gewebebiopsien des Gehirns, der Leber, der Milz, Haut, Auge, Blase und Lymphknoten in zahlreichen veröffentlichten Fallstudien nachgewiesen. Bei vielen dieser Studien wurden Biopsien aus Gehirn, Blase, Synovialflüssigkeit, Leber, Lymphknoten, zentralen Rückenmarksflüssigkeit, Milz oder Iris entnommen; die restlichen Studien verwendeten Tests, die nicht kommerziell eingesetzt werden. Aber, das sind ja nur Ergebnisse bei Menschen ...

B. Jürschik-Busbach © 2014

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

28 Okt 2014

Borreliose: Umfrage-Ergebnisse zur Saugdauer von Zecken und Erregerübertragung



Im [Informationsportal Borreliose-Nachrichten](http://www.borreliose-nachrichten.de/saugzeit-fuer-erregeruebertragung-bei-borreliose-deutlich-kuerzer-als-erwartet) gibt es erste Ergebnisse zur Umfrage "Saugzeit bis zur Erregerübertragung": <http://www.borreliose-nachrichten.de/saugzeit-fuer-erregeruebertragung-bei-borreliose-deutlich-kuerzer-als-erwartet>.

In den nächsten Tagen erscheinen auch die Ergebnisse der englischsprachigen Umfrage.

Unbedingt mal reinschauen - es lohnt sich!

B. Jürschik-Busbach © 2014

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

22 Okt 2014

Borreliose & Co.: Die neuen ILADS Leitlinien, zusammengefasst und übersetzt



Woher wissen Ärzte eigentlich, wie man die Lyme-Borreliose und/oder zeckenübertragene Co-Infektionen am besten diagnostiziert und behandelt? Sollen Patienten eigentlich nur mit Methoden untersucht oder behandelt werden, für die ein gesicherter Nachweis der Wirksamkeit vorliegt?

Schneller als es einem als Patient lieb ist, landet man beim Thema "Leitlinien" oder eben auch "Leidlinien". Die überaus restriktiven Leitlinien zur Diagnose und Behandlung der Lyme-Borreliose aus dem Jahre 2006 (sic!) von der US-amerikanischen IDSA haben weltweit immensen Schaden angerichtet.

Siehe auch: <http://www.borreliose-verschwiegene-epidemie.de/2014/06/03/borreliose-w%C3%BCtende-patienten-vor-der-idsa-zentrale/>

und: <http://www.verschwiegene-epidemie.de/2013/07/chronische-borreliose-ist-sie-real-was-e-mail-veroeffentlichungen-verraten-teil-2/>

Unterschiede zwischen IDSA und ILADS

Ermutigend. In Deutschland sitzen die [Deutsche Borreliose Gesellschaft](#) und [Patientenorganisationen mit am Leitlinien-Konferenztisch](#).

Und hier geht es zu den Leitlinien der DBG: <http://www.borreliose-gesellschaft.de/de/Leitlinien>. Sie stehen in mehreren Sprachen zur Verfügung.

Vor kurzem sind nun die Leitlinien der ILADS veröffentlicht worden. Sie zeichnen sich durch größere Flexibilität und vor allem durch die Öffnung für Patientenpräferenzen, Stichwort: informierte, gemeinsame Entscheidungsfindung aus. Das tut not, bei einer Erkrankung mit überaus schwacher Evidenz- bzw. Studienlage. Nichts Genaues weiß man und so ist für Patienten und Ärzte nur eine Leitlinie, die flexibel ist eine hilfreiche Handreichung.

Für alle, deren Englischkenntnisse ein wenig eingerostet sind, hier nun eine Zusammenfassung und Übersetzung der ILADS-Empfehlungen 2014. Natürlich ohne Gewähr und selbstverständlich ist nur der Original-Text der ILADS maßgebend.

B. Jürschik-Busbach © 2014

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



ILADS Empfehlungen 2014 - Zusammenfassung

ILADS Leitlinien_Übersetzung dtsch_22 ok
Adobe Acrobat Dokument [652.7 KB]

[Download](#)

[0 Kommentare](#)

20 Okt 2014

Borreliose und Syphilis - Was das eine mit dem anderen zu tun hat ...



Im ihrem Artikel "[Borrelia burgdorferi and Treponema pallidum: a comparison of functional genomics, environmental adaptations, and pathogenic mechanism](#)", erschienen im *Journal of medical investigations* berichten die Autoren Stephen F. Porcella und Tom G. Schwan über die

Parallelen zwischen den krankmachenden Mechanismen des raffinierten Spirochätenbakteriums *Borrelia burgdorferi* (Erreger der Lyme-Borreliose) und ihrem etwas einfältigeren, einfacher gestrickten Cousin *Treponema pallidum* (Erreger der Syphilis), aus der gleichen Spirochätenfamilie.

Hier die zusammengefasste Übersetzung:

Spirochäten bilden eine heterogene Gruppe von Bakterien, die man sowohl im Boden, tief am Meeresgrund, als auch im Darm von Termiten und anderen Arthropoden sowie als obligate Parasiten der Wirbeltiere findet. Zwei pathogene Spirochäten stehen im Mittelpunkt dieser Betrachtungen: *Borrelia burgdorferi sensu lato*, der Erreger der Lyme-Borreliose und *Treponema pallidum* Unterart *pallidum*, der Erreger der gefürchteten Geschlechtskrankheit Syphilis. Obwohl diese Organismen die alte Abstammung, eine ähnliche Morphologie, als auch die vielgestaltige Natur der Infektionen, die sie verursachen gemeinsam haben, gibt es Unterschiede in ihren Lebenszyklen, der Umwelt-Anpassung und Auswirkung auf die menschliche Gesundheit und Verhalten.

Lieben Borrelien Hitze? Die Borrelien-Wohlfühl-Temperatur:

In-vitro-Kultivierung von *B. burgdorferi* bei verschiedenen Temperaturen zeigt, dass die Spirochäten sich bei 37° C am schnellsten replizieren. Eine Erhöhung der Temperatur auf 39° C verzögert das Wachstum signifikant, während eine 24-stündige Exposition bei 41° C alle Spirochäten im Kulturmedium tötet. Daher liegt die optimale Wachstumstemperatur von *B. burgdorferi* nur 4° C unterhalb der oberen "Todesgrenze". Die geringe Toleranz der Spirochäten für hohe Temperaturen ist bekannt und kann zum Teil die Verteilung von *B. burgdorferi* in verschiedenen Breiten und ihre Abwesenheit in den Tropen erklären. Interessanterweise wurde die thermische Empfindlichkeit von *T. pallidum* in den frühen 1900er Jahren durch die Anwendung der Fiebertherapie (mit Malaria oder Rückfallfieber-Infektionen) - vor der Entdeckung des Penicillins - bei Patienten mit progressiver Paralyse genutzt.

Phänotypische Reaktion auf Veränderungen der Temperatur

Die Temperatur ist ein wichtiger Umweltstimulus, der die Anpassung von pathogenen Bakterien an ihre Wirte auslöst. Doch die Temperaturbereiche mit der *B. burgdorferi* und *T. pallidum* zu tun haben, unterscheiden sich deutlich. Die Lyme-Borreliose-Spirochäten sind erheblichen Temperaturänderungen (zwischen warmblütigen Säugetieren und kaltblütigen Zecken) ausgesetzt. Im Gegensatz dazu beschränkt sich die Temperatur für *T. pallidum* in einem engen Bereich, der ihr durch die menschliche Homöostase auferlegt wird.

Während *T. pallidum* in vitro für eine begrenzte Anzahl von Tagen durch Co-Kultivierung in Kaninchen-Epithelzellen (Sf1Ep)-Zellen gezüchtet werden kann, muss dieser Vorgang bei 33° C (30) durchgeführt werden. Es gibt Indizien, dass die Virulenzfaktoren von *T. pallidum* bei verschiedenen Temperaturen unterschiedlich sind. Beispielsweise tritt in eine Verschlimmerung der syphilitischen Hautläsionen experimentell bei infizierten Kaninchen mit rasiertem Rücken auf, wenn die Tiere in Räumen bei 16-18° C (5) gehalten werden. Darüber hinaus legt die etwas kühlere Temperatur der menschlichen Arme und Beine beim Auftreten von klassischen sekundär-syphilitischen Hautläsionen dort nahe, dass *T. pallidum* optimal bei einigen Grad weniger als 37° C wächst.

Bis heute sind die Pathomechanismen beider Erreger nicht verstanden

Die spezifischen Mechanismen der beiden Organismen, die beim Menschen zur Multisystemerkrankung

und anhaltenden Langzeitinfektionen trotz signifikanter Immunreaktion führen, sind bis heute nicht verstanden.

Die Centers for Disease Control and Prevention (CDC) meldete im Jahr 1998 16.801 Fälle von Lyme-Borreliose und 37.977 Fälle von Syphilis in den USA. Syphilis wurde erstmals vor knapp über 500 Jahren beobachtet, obwohl die bakterielle Ursache erst 1905 bestimmt werden konnte.

Die Lyme-Borreliose (LB) wurde vor 25 Jahren beschrieben, Ende 1981 wurde der Erreger entdeckt, und man machte relativ schnelle Fortschritte beim Management der LB, auch wurde ein Impfstoff für Menschen entwickelt. (Achtung, der Artikel stammt aus dem Jahre 2001!). Diese Fortschritte konnte dadurch erzielt werden, dass es gelang, *Bb* in vitro zu kultivieren, da man zuvor das Kelly-Medium für die Kultur der Rückfall-Fieber-Borrelien entwickelt hatte.

Im Gegensatz dazu muss *T. pallidum* in den Hoden lebender Kaninchen gezüchtet/kultiviert werden, um Bakterien für Versuchszwecke zu erhalten. Eine Impfung gegen Syphilis ist noch nicht verfügbar. An eine Ausrottung der LB ist nicht zu denken, weil *B. burgdorferi* in der Natur weit verbreitet ist und der Lebenszyklus von vielen Säugetierarten, von Vögeln und blutsaugenden Zecken unterhalten wird. Vor kurzem (2001!) wurden die Genomsequenzen für beide Bakterien veröffentlicht.

Ein markanter Unterschied zwischen *B. burgdorferi* und *T. pallidum* ist ihre Gesamtgenomstruktur. Obwohl beide Erreger kleine Genome haben, verglichen mit vielen bekannten Bakterien wie *Escherichia coli* und *Mycobacterium tuberculosis*, ist die genomische Struktur von *B. burgdorferi* eines der komplexesten aller bekannten Prokaryonten.

Im Gegensatz dazu ist das Gesamtgenom von *T. pallidum* etwa 25% kleiner als das von *B. burgdorferi*. Tatsächlich ist 90% der *B. burgdorferi*-Genetik nicht mit irgendwelchen bekannten bakteriellen Sequenzen identisch. Die neuen Gene, die auf den *B. burgdorferi*-Plasmiden gefunden wurden, dürften zur Fähigkeit des Pathogens beitragen, zu überleben und einen komplexen Lebenszyklus (abwechselnd Warmblüter und Kaltblüter als Wirte!) zu bewältigen.

Borrelia burgdorferi - Lipoprotein und Erreger-Wirt-Interaktionen

Das *B. burgdorferi*-Genom enthält mindestens 132 Gene, die vermeintliche Lipoproteine codieren, jedoch sind 22 solcher Gene in *T. pallidum* vorhanden. Überhaupt sind die *T. pallidum*-Werte näher an der von anderen Bakterien, wie *Helicobacter pylori*. Die Gründe für diese proportional größere Kodierungskapazität für Lipoproteine in *B. burgdorferi*, verglichen mit vielen anderen Bakterien, sind bekannt.

Angesichts der Evidenzen dafür, dass Borrelien und Treponema-Lipoproteine mit dem Immunsystem von Säugetieren bereits früh während der Infektion interagieren, haben zahlreiche Studien ihre mögliche Rolle bei der Zytokin-Produktion und Immun-Zell-Aktivierung untersucht. *B. burgdorferi*-Lipoproteine aktivieren Makrophagen, endotheliale Zellen, Neutrophile, und B-Zellen. Hautentzündungen durch Infiltration von Neutrophilen, Heterophilen und mononuklearen Zellen in Mäusen und Kaninchen nach Injektionen von Lipopeptiden von *B. burgdorferi* und *T. pallidum* sind beobachtet worden. (Im Grunde weiß man schon lange, wie komplex Borrelien sind, um so verwunderlicher ist es, dass so mancher Mediziner glaubt, diese Pathogene mit einer 3-wöchigen Doxycyclin-Therapie immer und in jedem Fall eliminieren zu können). Der lipoprotein-vermittelte immunstimulierende Prozess kann zu Lyme-Arthritis führen, mit Chronifizierung durch persistente (low-level) Spirochäten.

Variation der äußeren Oberflächenproteine - "Stealth pathogen"

Chronische Syphilisinfektionen bei unbehandelten Individuen (Wechsel von Latenzzeiten unterbrochen von Episoden aktiver Erkrankung) zeigen, dass diese Bakterien das Immunsystem des Wirts durch einen oder

mehrere Mechanismen umgehen. Bisher wurde kein Antigen endgültig lokalisiert oder in der Außenmembran von *T. pallidum* identifiziert, ein Faktor, der zum Konzept der Spirochäte, als "Stealth Pathogen" beiträgt.

Neben den morphologischen und phylogenetischen Ähnlichkeiten, die es zwischen *T. pallidum* und *B. burgdorferi* gibt, zeigen die Krankheiten, die sie verursachen mehrstufige klinische Manifestationen mit dermatologischer und neurologischer Beteiligung und einem chronisch infizierten Zustand im unbehandelten Wirt. Forscher, die sich mit *T. pallidum* beschäftigten, erkannten schon früh die Parallelen zwischen den Syphilis-Spirochäten und den neu auftretenden, durch Zecken übertragenen Spirochäten. Beide Spirochäten benötigen übrigens auch kein Eisen.

Beide Spirochäten werden im Mutterleib übertragen

T. pallidum passiert die Plazenta, was zu den verheerenden Folgen angeborener Syphilis führt. Die transplazentare Übertragung von *B. burgdorferi* wurde (bis 2001!) nicht im Tierversuch nachgewiesen. Diatransplazentare Übertragung von *B. hermsii* und anderen Spirochäten, die Rückfallfieber verursachen, ist dokumentiert.

Weitere Information zum Thema: <http://www.borreliose-verschwiegene-epidemie.de/2013/12/08/borreliose-neue-ergebnisse-k%C3%B6nnen-neue-behandlungsstrategien-erm%C3%B6glichen/>

B. Jürschik-Busbach © 2014

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

Quelle: [Volume 107, Issue 6](#) (March 15, 2001)
J Clin Invest. 2001;107(6):651–656. doi:10.1172/JCI12484.
Copyright © 2001, American Society for Clinical Investigation
<http://www.jci.org/articles/view/12484#B8>

14 Okt 2014

[Borreliose & Co.: Vor Gericht und auf hoher See ...](#)



Richter wenden sich bei der Suche nach Gutachtern besonders gerne an Universitäten. Dies ist im medizinischen Bereich oft nicht sinnvoll; die meisten Prozesse z.B. im Krankenversicherungsrecht betreffen niedergelassene Ärzte und für dieses Gebiet sind Uniklinikchefs regelmäßig nicht fachkundig. Weit schlimmer aber ist der Vorwurf des Ärztekammerpräsidenten von Berlin: "Die Universitäten werden besonders bestochen." Um diesem Bestechungssumpf zu entgehen, wäre es daher sinnvoll, die Therapie

von niedergelassenen Ärzten durch niedergelassene Ärzte und die Therapie von Heilpraktikern durch Heilpraktiker begutachten zu lassen. Und noch etwas spricht gegen die Universitäten: Die sklavische Abhängigkeit des gesamten Unterbaus vom Ordinarius macht letztlich jede unabhängige Begutachtung unmöglich. Wer hier nicht kuscht, kommt nie voran. Mehr über die vom Gesetzgeber offenbar so gewollten Probleme mit Gutachtern vor Gericht lesen Sie hier.
Vielen Dank, Ursula, für das pdf! :-)



Gutachter Dr.Hugo Lanz.pdf
Adobe Acrobat Dokument [53.5 KB]

[Download](#)

07 Okt 2014

[Borreliose: Wenn Familie und Freunde es nicht glauben wollen ...](#)



In einem US-Blog bin ich über den Eintrag eines Vaters gestolpert, der im Nachhinein sehr bedauert, dass er nicht glauben wollte, dass seine Tochter an Lyme-Borreliose leidet.

In dem Beitrag hat er eine Botschaft für andere Menschen, die Freunde oder ein Familienmitglied mit Borreliose haben: "Lyme-Borreliose ist real, der Schmerz ist real, das Problem mit dem Denken ist real, der Mangel an Energie ist real."

Er schreibt:

Liebe Familie eines Borreliose-Patienten,

ich schreibe diesen Brief an alle Eltern und Familienmitglieder, die bei ihren Kindern, ihrer Frau, ihrem Sohn, ihrem Vater, ihrer Tante, ihrem Onkel, ihrem Cousin usw. Zeugen des Kampfes mit Lyme-Borreliose sind.

Ich bin einer von euch.

Seit mehr als 6 Jahren leidet meine Tochter an dieser dunklen, gräßlichen Krankheit.

Sie hat schreckliche Migräne, schwere Gelenk- und Muskelschmerzen, sie leidet an Übelkeit, Erbrechen, an extremer Müdigkeit und an dem Verlust ihrer Fähigkeit zu sprechen oder logisch zu denken (und das sind nur einige ihrer Symptome).

Sie ist nicht mehr in der Lage zu arbeiten. Sie wurde gezwungen, im Alter von 23 wieder zu uns nach Hause zu kommen (sie ist jetzt 29). Sie hat praktisch ihre ganze Zeit im Leben einer Zwanzigjährigen verloren, einer Zeit, die doch zur spannendsten und produktivsten ihres Lebens gehören sollte.

Wir haben sie zu allen bekannten Fachärzten sowie zu drei verschiedenen Hausärzten gebracht. Sie wurde zwischenzeitlich mit Schwerem Erschöpfungssyndrom (CFS), chronischem Schmerzsyndrom, mit Fibromyalgie, Lupus, einer Psychose, und Multiple Sklerose diagnostiziert.

In den ersten vier Jahren ihres Kampfes war ich kein guter Vater, obwohl ich dachte, ich wäre einer.

Meine Tochter hatte keine äußeren Zeichen einer Krankheit. Sie sah "normal" aus. Es wurden viele Bluttests, MRTs, CTs, Röntgenbilder und psychologische Tests gemacht; sie alle waren "normal".

Wenn man so krank ist, wie man es behauptet, dann muss sich das doch in den Bluttests oder Röntgenbildern zeigen, oder? Sie können gar nicht so schwer erkrankt sein, wenn sich nicht etwas Greifbares für Ihre Symptome zeigt. Sie täuschen das entweder alles nur vor oder Sie sind vielleicht faul, oder es ist psychosomatisch oder Sie versuchen, die reale Welt zu vermeiden.

Los, bekommen Sie Ihren Hintern hoch, bewegen Sie sich und suchen Sie sich einen richtigen Job! Stellen Sie sich ihrem Leben, wie wir alle auch!

Das war die Art, wie ich über ihre Krankheit dachte. Es ist an der Zeit, dass Du endlich die Kontrolle über die Krankheit und über Dein Wohlergehen übernimmst.

Ich war so weit weg von ihrer Realität. Es brauchte einen hervorragenden Arzt, der mir die Fehler aufzeigte, die ich bei meiner Tochter und ihrer Krankheit beging.

*Meine Tochter und ich haben beide wegen meiner Unwissenheit gelitten. (Ich sage nicht, Sie alle sind ignorant, ich sage nur, **ich** war unwissend. Ignorant zu sein, heißt uninformiert zu sein, nicht dumm!). Ich arbeite immer noch daran, jene Nähe zu meiner Tochter aufzubauen, die wir hatten, bevor sie an Borreliose erkrankte.*

Lyme-Borreliose ist real, der Schmerz ist real, das Problem mit dem logischen Denken ist real, der Mangel an Energie ist real, usw., usw., usw.

Wenn Ihr Kind oder ein Familienmitglied mit Lyme-Borreliose diagnostiziert wird, dann ist es genauso krank, wie jemand, bei dem eine "traditionelle" Krankheit wie Lupus oder Multiple Sklerose gefunden wird.

Ich habe das alles an meiner Tochter studieren können, ich war mit ihr bei allen Arztterminen, ich habe das Elend gesehen, das sie durchmachte. Hey, Sie können nichts dafür, was diese Krankheit mit ihnen und aus ihnen macht. Es ist nicht ihre Schuld.

Wir als Familienmitglieder müssen da sein, um zu unterstützen. Sie brauchen nicht unser Mitleid. Sie brauchen nicht unsere Skepsis. Sie brauchen nicht unsere Kritik. Sie brauchen unser Verständnis.

Wenn Sie sich als Familienmitglied die Zeit nehmen, um diese Krankheit zu studieren, werden Sie sehen, dass sie real ist. Die kleinen Biester, die in ihren Körper eingebrochen sind, sind real und sie machen unsere Lieben krank.

Bitte nehmen Sie sich die Zeit, um sich mal mit Borreliose zu beschäftigen. Es gibt inzwischen viele

Informationen über diese Infektion.

Wir können nicht verstehen, wie sie sich fühlen, es sei denn, wir haben die gleichen Bakterien in unserem Körper.

Meine Tochter hat noch einen langen Weg vor sich, bevor sie wieder dort sein wird, wo sie vor 6 Jahren war. Sie hat noch eine Menge Arbeit und Schmerz zu ertragen. Sie kann ganz sicher niemanden gebrauchen, der vorgibt, sie zu lieben und ihr gleichzeitig noch mehr Schmerzen bereitet.

Lassen Sie stattdessen Ihre Freunde und Familie wissen, dass Sie da sind, um zu helfen. Lassen Sie sie wissen, dass es zwar keine Möglichkeit gibt, ihren Schmerz nachzuvollziehen, aber dass Sie versuchen, ihre Krankheit besser zu verstehen.

Das Schicksal hat mich gelehrt, zu lieben, geduldig und verständnisvoll zu sein.

Ich wünsche Ihnen allen eine gute Gesundheit, und ich hoffe, dass keiner von euch jemals erfahren muss, was es bedeutet, wenn ein Mensch, den wir lieben, an Lyme-Borreliose erkrankt.

Im Jahr 2007 hat "Lymedad" diese Meldung in einer Lymenet-Diskussionsrunde veröffentlicht. Sie ging dann immer wieder durch das Worldwideweb.

B. Jürschik-Busbach © 2014

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

26 Sep 2014

WICHTIG + WICHTIG + WICHTIG + Petition zum Schutz von Borreliosepatienten



Auf Facebook hatten wir den Link zur Online-Petition bereits Anfang August geteilt. Nun stellen wir fest, dass wir ganz vergessen haben, auch in diesem Blog auf die wichtige Petition aufmerksam zu machen. Das ist hiermit schnellstens nachgeholt! :-)

Das Aktionsbündnis OnLyme-Aktion.org hat auf Initiative seiner Mitglieder eine Online-Petition in Deutschland, Österreich und der Schweiz auf den Weg gebracht. Bitte teilen Sie diese Petition so oft wie möglich und unterschreiben Sie! Denn die medizinische Versorgung der Opfer von Zeckenstichen ist hundsmiserabel; auch wenn das medial gerne anders dargestellt wird. Vielen Dank!

Hier geht es zur Petition: <http://onlyme-aktion.org/borreliose-petition-onlyme-aktion-org-setzt-erneut-zeichen/>

Borreliose: CDC-Mikado. Bewegung bei den US-Behörden?



Die CDC hat den Begriff Post Lyme Syndrom durch Lyme-Borreliose -Syndrom-nach-Behandlung (PTLDS) ersetzt. Auf ihrer Website räumen sie ein, dass die Ursache des Syndroms nicht bekannt ist. Das lässt nun alle Türen offen - sowohl für die Autoimmun-Thesen-Anhänger der IDSA, als auch für jene, die eine persistierende Infektion für die anhaltende Symptomatik verantwortlich machen (siehe auch [77 peer reviewed Studien zum Thema Persistenz und Rückfall! Leider wurde diese Zusammenstellung vor kurzem auf Lymenet entfernt.](#)).

Immerhin, die CDC erkennen inzwischen an, dass sich bei Tieren Persistenzen gezeigt haben. Ei der Daus! Dennoch - Achtung, sonst droht womöglich Gesichtsverlust - hält die CDC weiterhin an der IDSA-Behauptung fest, dass 1. längere antibiotische Therapien keinen Nutzen für den Patienten brächten und diese 2. vermutlich ohne weitere Therapien besser dran seien. Beide Aussagen sind falsch.

Es gibt zahlreiche, substantielle Literatur, die die 1. Aussage widerlegen und gar nichts, aber auch gar nichts unterstützt die 2. Aussage.

Die Texte der CDC-Website versuchen den Eindruck zu erwecken, dass Patienten, denen nach 2 - 4 Wochen Therapie nicht geholfen werden konnte, an einer "autoimmunen" Erkrankung leiden müssten, vergleichbar mit drei anderen Bakterienarten, die autoimmune Störungen auslösen: Streptokokken -> rheumatisches Fieber, Chlamydien, -> Reiter Syndrom und Campylobacter -> Guillain-Barré Syndrom. Keines dieser Keime ist vergleichbar mit Borrelien. Die Analogie ist mehr als dürftig. Die genannten Bakterien, so ein Arzt, verursachen nur eine lokale Infektion - Hals, Genitalien, Darm. Borrelien dagegen disseminieren im gesamten Körpersystem.

Das Reiter Syndrom ist eine obsoleete Bezeichnung, schreibt ein Mediziner, die inzwischen durch *reaktive Arthritis* ersetzt wurde (warum nutzt die CDC eigentlich nicht die korrekte Terminologie?). Sicher, es gibt eine Anzahl von Mikroorganismen, die autoimmune Krankheiten auslösen. Doch die Existenz eines autoimmunen Phänomens schließt die Rolle chronischer, persistierender Infektionen nicht aus.

Chlamydien sind winzige intrazelluläre Organismen, die nicht so einfach zu eliminieren sind. Forscher der University of South Florida fanden heraus, dass eine Kombination verschiedener Antibiotika eine wirksame Therapie gegen die Chlamydien-induzierte reaktive Arthritis sein kann. Das ist ein wichtiger Schritt nach vorne. Die Ergebnisse wurden in der Mai-Ausgabe 2010 des Journals [Arthritis & Rheumatism](#) veröffentlicht.

Streptokokken-Angina. Das grampositive Bakterium repliziert sich alle 20 Minuten und infiziert Mandeln und Halsgewebe. Streptokokken sind deutlich anders als anaerobe, pleomorphe, die Blut-Hirnschranke überwindende Spirochäten. Warum werden hier eigentlich dauernd Äpfel mit Birnen verglichen? Dank

Antibiotika ist das rheumatische Fieber heute selten geworden, doch Patienten mit rezidivierendem rheumatisches Fieber wurden häufig mit Penizillin langzeit(!)-behandelt.

Guillain-Barré-Syndrom: Ein furchtbares Syndrom, das auch durch eine Grippe-Impfung und viele andere Infektionen ausgelöst werden kann.

Auch hier setzt die CDC auf den Äpfel-Birnen-Vergleich.

Patienten mit PTLDS leiden unter einer sehr komplexen und variationsreichen Erkrankung, die u. a. zum Herzstillstand und/oder demenz-ähnlichen Zuständen führen kann. Die Borrelien bohren sich tief ins Gehirn und in jedes andere Gewebe des Patienten. Diese ganzen anderen Syndrome sind keinesfalls mit dem PTLDS vergleichbar. Die CDC-Vergleiche hinken nicht nur, sie sind vollkommen funktionsunfähig und dabei noch geringschätzend, denn, die CDC schreibt, autoimmune Störungen treten nach Infektionen auf, das sei nichts Besonderes und das PTDLs, das sehr selten sei (*wirklich?*), bessere sich mit der Zeit (*Fakten? Wissenschaft? Evidenz?*).

Behauptungen wie "einige Wochen Doxycyclin eliminieren alle Borrelien" basieren weder auf Fakten, noch auf Wissenschaft.

Antibiotika sind nicht so effektiv. Zum Glück für unsere Darmflora, die zwar geschädigt, aber nicht vollständig ausgelöscht wird! Doch wer glaubt, dass z. B. die dentalen Spirochäten, von Biofilmen geschützt, mit einer Runde Doxycyclin eliminiert werden? Siehe auch "[Treponema denticola](#)".

Wie sollen denn Borrelien-Spirochäten eliminiert werden, die über die besten Überlebensfähigkeiten von allen Organismen auf diesem Planeten verfügen? Spirochäten persistieren in Mäusen, Hunden, Affen und - mit sehr großer Wahrscheinlichkeit - auch beim Menschen.

Zugegeben: Eine sehr unbequeme Wahrheit.

B. Jürschik-Busbach © 2014

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

03 Sep 2014

[Borreliose: Die Top-7 Empfehlungen zur Diagnose und Therapie](#)



Die ILADS hat kürzlich ihre überarbeiteten Leitlinien zur Diagnose und Therapie der Lyme-Borreliose und damit verbundene zeckenübertragene Erkrankungen veröffentlicht, siehe: <http://www.borreliose-verschwiegene-epidemie.de/2014/07/31/borreliose-neue-leitlinien-der-ilads-ver%C3%B6ffentlicht/>

Zusammenfassend lassen sich daraus 7 Empfehlungen der ILADS herleiten:

1. Labortests dienen nur dazu eine klinische Diagnose zu stützen, nicht sie zu ersetzen.
2. Klinisches Urteilsvermögen ist für die Identifizierung von Patienten notwendig, die von einer antibiotischen Therapie profitieren könnten, um eine persistierende, wiederkehrende Borreliose zu verhindern.
3. Eine empirische, kalkulierte antibiotische Therapie sollte als Routine-Behandlung für Patienten in Betracht gezogen werden, bei denen eine Lyme-Borreliose die wahrscheinliche Diagnose ist.
4. Die zuvor empfohlene Praxis, die antibiotische Therapie zu stoppen, um ggf. eine verzögerte Erholung/Gesundung zu erreichen, wird für Patienten mit persistierender, wiederkehrender Borreliose nicht empfohlen.
5. Die Therapiedauer muss sich nach der klinischen Antwort richten und nicht nach einer willkürlich festgelegten 30-Tage-Behandlung.
6. Ein rationaler Ansatz wäre es, die Therapie gegen Borreliose weiter zu führen, bis alle Symptome und die klinischen sowie Labor-Abnormalitäten abgeklungen sind.
7. Therapie-Indikationen müssen auf Meningitis, AV-Block und Arthritis ausgeweitet werden, um symptomatische Präsentationen einzuschließen.

Die ILADS-Leitlinien gehören mit zu den ersten Borreliose-Leitlinien, die dem [GRADE Format](#) folgen und 8 Standards enthalten, die vom Institute of Medicine als kritisch für die Entwicklung von vertrauenswürdigen Leitlinien identifiziert wurden. GRADE ist die systematische und transparente Analyse aller [Evidenzen](#), die auch von mehreren Organisationen wie z. B. der [Cochrane Collaborative](#) und der Weltgesundheitsorganisation verwendet werden.

Untersucht man z. B. eine Studie über eine Einzeldosis Doxycyclin mit GRADE, so stellt sich heraus, dass sie schlecht konzipiert ist; die Ergebnisse beziehen sich lediglich auf die Prävention eines [Erythema migrans](#) und *NICHT* auf die Prävention einer Lyme-Borreliose ohne *EM*. Darüber hinaus zeigten Antibiotika-Anwendungen von 20 Tagen oder weniger zur Behandlung von *Erythemen* unzulässig hohe Ausfallraten. Auch die Qualität der Belege für die Wirksamkeit einer antibiotischen Nachbehandlung bei Patienten mit persistierenden Borreliose-Symptomen nach antibiotischer Standardtherapie ist sehr niedrig, was bedeutet, dass die wahre Wirksamkeit der Nachbehandlung wahrscheinlich wesentlich unterschiedlicher ist, als die Wirksamkeitsraten in den vier NIH-geförderten Nachbehandlungsstudien. In einer gut gestalteten Studie beispielsweise konnte ein klinisch signifikanter und nachhaltiger Nutzen zusätzlicher Antibiotika-Therapien bzw. von antibiotischer Nachbehandlung bei Patienten mit schwerer Erschöpfung bei 64% in der Behandlungsgruppe gezeigt werden.

Daraus lässt sich u. a. für (Borreliose-) Leitlinien Folgendes schließen:

- 1) Eine niedrige Qualität der Evidenz erfordert Empfehlungen auf einer Risiko-Nutzen-Basis, die therapeutische Optionen bieten, ganz im Gegensatz zu einem rigide diktierten, bestimmten therapeutischen Ansatz.
- 2) Die klinische Beurteilung ist ein wesentlicher Bestandteil des Patienten-Managements.
- 3) **Die partizipative Entscheidungsfindung, die Entscheidung des Patienten im Hinblick auf seine Therapie**

ist aufgrund der unsicheren wissenschaftlichen Evidenzlage notwendig, natürlich mit Bezug zur Schwere der Erkrankung, der Therapieziele und der Bereitschaft, die Risiken, die mit Antibiotika-Behandlung und/oder nicht-antibiotischer Behandlung einer laufenden Infektion zu übernehmen.

Beispiele für Empfehlungen sind:

Empfehlung 2a: Behandlungsschemata von 20 oder weniger Tagen mit Phenoxymethyl-Penicillin, Amoxicillin, Cefuroxim oder Doxycyclin und 10 oder weniger Tagen von Azithromycin sind nicht für Patienten mit *Erythema migrans* empfohlen, da Ausfallraten in den klinischen Studien unannehmbar hoch waren. Das Versagen, die Infektion vollständig zu eliminieren, kann zur Entwicklung einer chronischen Form der Lyme-Borreliose führen und setzt Patienten damit einer Morbidität und Kosten aus, die erheblich sein können. (Empfehlung, sehr geringe Qualität Beweise).

Empfehlung 2c: Ärzte sollten laufend darauf achten, ob es Anzeichen für eine Persistenz, Progression oder ein Rezidiv der Erkrankung gibt, oder ob andere, durch Zecken übertragene Krankheiten vorliegen könnten. Fehlt ein Test, um eine Heilung nachweisen zu können, ist die Einschätzung, ob die Behandlung klinisch effektiv ist, unabdingbar. (Siehe Bemerkungen zur Empfehlung 2f).

Die erste Bewertung soll unmittelbar nach Beendigung der Therapie und anschließender Auswertungen auf einer Bedarfsbasis erfolgen. (Empfehlung von sehr geringer Beweis-Qualität).

Empfehlung 2d: Ärzte sollten die Antibiotika-Therapie bei Patienten fortsetzen, die sich nach Beendigung der aktiven Therapie noch nicht vollständig erholt haben. Andauernde Symptome bei Beendigung der aktiven Therapie sind in einigen Studien mit einem erhöhten Risiko für ein langfristiges Therapieversagen verbunden. Ärzte sollten daher nicht davon ausgehen, dass die Symptome mit der Zeit nachlassen. (Siehe auch Empfehlung 2f.) Es gibt eine breite Palette von Optionen und Entscheidungen, die individuell angepasst werden müssen - basierend auf der Stärke der ersten Reaktion des Patienten.

Starke bis mäßige Reaktionen begünstigen die Dauer der Behandlung mit dem Ausgangsmittel in der gleichen Dosierung. Bescheidene Antworten können eine Erhöhung der Dosierung des ersten Antibiotikums oder den Wechsel zu einem anderen Mittel erfordern. Tetracyclin, mit einer Gesamttagesdosis von 1000 -1500mg in 3 oder 4 aufgeteilten Dosen, ist eine zusätzliche Option. [1,2] Aufgrund seiner günstigen Pharmakokinetik, kann Tetracyclin wirksamer sein als Doxycyclin, wenn es sich um eine nicht-kurative Initialtherapie handelt. [2]

Minimale oder nicht-vorhandene Reaktionen deuten auf die Notwendigkeit für eine Kombinationstherapie hin, die mindestens ein Antibiotikum enthält, das in der Lage ist, effektiv intrazelluläre Kompartimente zu erreichen. [2,3] Injizierbares Penicillin G Benzathin (Bicillin LA) in Höhe von 1,2 -3,6 Mio. Einheiten wöchentlich oder intravenöse Mittel wie Ceftriaxon sind weitere Optionen. Intramuskuläres Benzathinpenicillin vermeidet die Risiken, die mit intravenösem Zugang verbunden sind und es ist wirksam in scheinbar hartnäckiger Lyme-Arthritis. [4] Ceftriaxon, 2 Gramm pro Tag IV ist bekannt, um wirksam zu sein [5-10] und IV Cefotaxim [11], ein weiteres Cephalosporin wurde auch empfohlen. IV Penicillin ist weniger effektiv und erfordert häufig eine stärkere Dosierung. [12] Zusätzliche IV Zellwand-Mittel der Carbapenem- und Monobactam-Klassen sind in vitro wirksam, aber noch nicht klinisch untersucht worden. [13].

Zusammenfassung und Übersetzung ohne Gewähr. Ausschlaggebend ist der Original-Text.

B. Jürschik-Busbach © 2014

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

1. Steere AC, Hutchinson GJ, Rahn DW *et al.* Treatment of the early manifestations of Lyme disease. *Ann Intern Med*, 99(1), 22-26 (1983).
2. Donta ST. Tetracycline therapy for chronic Lyme disease. *Clin Infect Dis*, 25 Suppl 1, S52-56 (1997).
3. Donta ST. Macrolide therapy of chronic Lyme Disease. *Med Sci Monit*, 9(11), P1136-142 (2003).
4. Cimmino MA, Moggiana GL, Parisi M, Accardo S. Treatment of Lyme arthritis. *Infection*, 24(1), 91-93 (1996).
5. Dattwyler RJ, Halperin JJ, Pass H, Luft BJ. Ceftriaxone as effective therapy in refractory Lyme disease. *J Infect Dis*, 155(6), 1322-1325 (1987).
6. Dattwyler RJ, Halperin JJ, Volkman DJ, Luft BJ. Treatment of late Lyme borreliosis--randomised comparison of ceftriaxone and penicillin. *Lancet*, 1(8596), 1191-1194 (1988).
7. Logigian EL, Kaplan RF, Steere AC. Chronic neurologic manifestations of Lyme disease. *N Engl J Med*, 323(21), 1438-1444 (1990).
8. Logigian EL, Kaplan RF, Steere AC. Successful treatment of Lyme encephalopathy with intravenous ceftriaxone. *J Infect Dis*, 180(2), 377-383 (1999).
9. Krupp LB, Hyman LG, Grimson R *et al.* Study and treatment of post Lyme disease (STOP-LD): a randomized double masked clinical trial. *Neurology*, 60(12), 1923-1930 (2003).
10. Fallon BA, Keilp JG, Corbera KM *et al.* A randomized, placebo-controlled trial of repeated IV antibiotic therapy for Lyme encephalopathy. *Neurology*, 70(13), 992-1003 (2008).
11. Pfister HW, Preac-Mursic V, Wilske B, Schielke E, Sorgel F, Einhaupl KM. Randomized comparison of ceftriaxone and cefotaxime in Lyme neuroborreliosis. *J Infect Dis*, 163(2), 311-318 (1991).
12. Steere AC, Green J, Schoen RT *et al.* Successful parenteral penicillin therapy of established Lyme arthritis. *N Engl J Med*, 312(14), 869-874 (1985).
13. Hunfeld KP, Weigand J, Wichelhaus TA, Kekoukh E, Kraiczy P, Brade V. In vitro activity of mezlocillin, meropenem, aztreonam, vancomycin, teicoplanin, ribostamycin and fusidic acid against *Borrelia burgdorferi*. *Int J Antimicrob Agents*, 17(3), 203-208 (2001).

22 Aug 2014

[Borreliose: US-Tests sollen kontrolliert werden - zum Schaden der Patienten?](#)



Die US-Zulassungsbehörde FDA (Food and Drug Administration) scheint auf die wachsende Besorgnis darüber zu reagieren, dass eine Vielzahl von Tests für Krankheiten wie Lyme-Borreliose und Krebs viel zu ungenau für eine Diagnose sind. Viele Tests sollen, so die FDA, künftig reguliert werden.

Tausende von Tests sind auf dem Markt und viele Testhersteller profitieren von einer Gesetzeslücke; ihre Tests müssen nicht von der FDA freigegeben werden. Schlimmer noch: Sie müssen noch nicht einmal das leisten, was sie versprechen bzw. was Arzt und Patient von ihnen erwarten: Nämlich sensitiv und spezifisch

genug auf bestimmte Krankheiten zu testen.

Anlässlich einer Pressekonferenz der FDA gestand eine Mitarbeiterin ein, dass die neuen Gentests große Hoffnungen wecken; gleichzeitig sei der FDA bewusst geworden, wie viele fehlerhafte Tests z. B. bei Krebs zu einer unsachgemäßen Behandlung und sogar zur Diagnose "Autismus" führen. "Diese Tests müssen sicher und zuverlässig sein."

In circa 9 Jahren ist wohl mit der FDA-Überprüfung und Risikoanalyse der Tests zu rechnen, heißt es.

Lyme-Borreliose: Wen schützt die FDA? Die Patienten sicher nicht ...

Bereits jetzt wurden mehrere hochkarätige Fälle von problematischen LDTs (von Laboren entwickelte Tests), darunter einer für Eierstockkrebs, aus dem Verkehr gezogen. Anfang dieses Jahres warnte die oberste US-Gesundheitsbehörde CDC die Ärzte keine Tests auf Lyme-Borreliose mehr zu verwenden, die nicht von der FDA genehmigt worden seien. Die Richtigkeit/Zuverlässigkeit dieser Tests sei nicht nachgewiesen.

Während manche sich von diesen FDA-Ankündigungen bessere Tests erhoffen, schrillen insbesondere bei Borreliose-Patienten alle Alarmglocken.

Borreliose: Was Leitlinien-Autoren mit Testherstellern zu tun haben

Kommen wir zu den [Borreliose-Leitlinien-Autoren der IDSA](#). Sie haben enge Beziehungen zur FDA und was noch bemerkenswerter ist, zu Test-Produzenten. Tests, die überwiegend von der FDA anerkannt werden. Wer glaubt, dass das nach Wettbewerbsverzerrung aussieht, liegt vermutlich sehr richtig. Dr. Gary Wormser, umstrittener und finanziell gut versorgter Borreliose-Leitlinien-Vorsitzender sowie der selbsternannte "Borreliose-Experte" Alan C. Steere, Dattwyler und Konsorten haben beste Verbindungen zu mindestens neun Herstellern diagnostischer Tests - hier nur eine kurze Auswahl: [Biomerieux](#), [Bio-Rad](#), [Biopeptides](#) (nach unten scrollen), DiaSorin, Abbott, Baxter, [Chembio](#), Immunitics und Viramed.

CAVE: Vorsicht vor FDA und CDC-autorisierter Borreliose-Diagnostik

Patienten, die sich über die neue FDA-Botschaft nicht freuen, erinnern daran, dass es genau die zweistufige Testdiagnostik ist, die von der FDA und CDC favorisiert wird, die zu vielen Fehldiagnosen führt. Genauso gut könnte man die Borreliose-Diagnose vermutlich auch würfeln.

Die CDC-favorisierten Leitlinien beruhen auf dem Borrelienstamm B31, der an der US-Ostküste vorkommt und seinerzeit [von Alan Barbour isoliert](#) wurde. Damals glaubte man noch, die Borrelienstämme seien relativ homogen. Inzwischen weiß man es besser: Wenn man den B31-Stamm nutzt, testet man mit einem einzigen US-Borrelienstamm, obwohl mehr als 100 Spezies in den USA und mehr als 300 in Europa vorkommen und Menschen krank machen.

Mehr über [die Verstrickungen von Leitlinienautoren, die CDC, FDA und den langen Arm der USA](#), der auch hierzulande dafür sorgt, dass man sich lieber an die US-Leitlinien anlehnt, statt auf eigene europäische Studien und Evidenzen zu setzen, findet man nicht nur in meinem Buch, sondern natürlich auch hier: <http://www.verschwiegene-epidemie.de/tag/idsa/>.

Siehe auch: <http://www.calrb.org/2014symposium.html>

http://www.nytimes.com/2014/08/01/business/fda-to-regulate-lab-developed-test-kits.html?_r=0

Was eine zu späte Diagnose anrichten kann, lässt sich trefflich hier nachlesen:
<https://peerj.com/articles/322.pdf>

B. Jürschik-Busbach © 2014

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

18 Aug 2014

Borreliose: Gibt's nicht, geht nicht...



Offenbar kommt es nun zu einem Paradigmenwechsel in Australien. Bislang taten sich die Gesundheitsbehörden in Down under vor allem dadurch hervor, Lyme-Borreliose grundsätzlich als nicht-existent zu erklären.

Siehe auch: <http://www.verschwiegene-epidemie.de/2011/06/es-gibt-keine-borreliose-in-australien/>

Doch nun ...ups ... wird das australische Gesundheitsministerium die Entwicklung der Lyme-Borreliose, hier übrigens - durch's Knie von hinten in die Brust geschossen - "Australisches Borreliose-ähnliches Syndrom" genannt (Australian Lyme disease-like syndrome), in Zusammenarbeit mit dem Netzwerk meldepflichtiger Krankheiten in Australien (Communicable Diseases Network Australia) verfolgen. Auch wird man relevante Forschungsergebnisse verfolgen und auf [der Website](#) veröffentlichen.

Und sie bewegt sich doch!

B. Jürschik-Busbach © 2014

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

14 Aug 2014

Zecken und Krankheiten: Sorgt höhere Nachfrage für steigende Antibiotikapreise?



Viele Jahre lang waren die patentabgelaufenen Antibiotika Doxycyclin und Tetracyclin spottbillig zu haben. Inzwischen wundert sich nicht nur die US-Behörde FDA über den eklatanten Preisanstieg.

Der Preis von Doxycyclin, dem immer noch meistverschriebenem Antibiotikum bei der zeckenübertragenen Lyme-Borreliose, stieg schneller als das jedes andere generische Medikament, ergab eine Studie. Wurde eine Flasche "Doxy" in den USA einst für 36 \$ verkauft, kosten sie jetzt \$ 400 \$ oder mehr, berichtet ein Tierarzt. Pferde brauchen die 50-fache Menge Doxycyclin als Menschen, wenn sie gegen Borreliose behandelt werden. Eine inzwischen kostspielige Behandlung. Um die Kosten zu decken, verwenden einige Tierärzte compountiertes Doxy, das von der Apotheke vor Ort aus Rohstoffen hergestellt wird.

Die potenziell 300.000 Amerikaner, die jedes Jahr neu an Borreliose erkranken können (siehe auch: <http://www.verschwiegene-epidemie.de/2013/08/borreliose-us-behorde-raumt-plotzlich-ein-dass-es-10-mal-mehr-infizierte-jahrllich-gibt-als-gemeldet/>) über den unerklärlichen Preisanstieg auch nicht begeistert sein. Apotheker haben auch keine Erklärung und nennen die Preissteigerung "astronomisch".

Doxycyclin-Pillen in 100-Milligramm-Größe verzeichnen einen Anstieg um 6.351 Prozent, während 50-Milligramm Kapseln um 2.138 Prozent teurer wurden.

Und - Doxycyclin ist auch das Mittel der Wahl, wenn sich Mensch und Tier mit Anaplasmen durch Zeckenstiche infiziert haben. In den USA sind die Fälle bei Menschen landesweit von 2010 bis 2011 um 50 Prozent gestiegen. Doxycyclin-Verschreibungen für Menschen haben sich seit dem letzten Jahr verzehnfacht, sagen die Apotheker.

Leider kann man bei Borreliose und Anaplasmosen nicht einfach auf andere Antibiotika ausweichen. Der Besitzer eines an Anaplasmosen erkrankten Huskies staunte nicht schlecht. Der Hund vertrug Doxycyclin nicht, also wurde auf Tetracyclin ausgewichen. Doch auch hier hatte sich der Preis exorbitant nach oben geschraubt. Ohne Haustierversicherung summieren sich schnell \$ 400 für eine 14-tägige Therapie.

Doxycyclin ist auf der FDA-Liste der "knappen Medikamente" nicht aufgelistet, während ein Tetracyclin-Mangel von FDA als "wieder gelöst" eingestuft wird. Beide Medikamente werden jedoch unter "Knappheit" von der American Society of Health-System-Apotheker, der Medikamentenvorräte aufgeführt. Siehe auch: <http://www.ashp.org/menu/DrugShortages/CurrentShortages/bulletin.aspx?id=977>

Der Grund für den Mangel sei Angebot und Nachfrage, äußert die Firma Actavis, die aber auf Anfragen für eine Stellungnahme nicht reagiert.

Ein Pharmakologe (Rutgers University, New Jersey) glaubt, die Preissteigerungen seien ein Ergebnis der verminderten Produzenten. Hersteller stoppten die Produktion vielleicht auch, weil sie Probleme haben, die notwendigen Rohstoffe zu bekommen. Immerhin sind 2013 zwei Doxy-Produzenten aus der Herstellung

ausgestiegen.

Bei uns in Deutschland regelt die sogenannte [Arzneimittelpreisverordnung](#) die Preise für Arzneimittel. Arzneimittelproduzenten sind nicht karitativ tätig, sondern erwarten Rendite. Somit ist die sich abzeichnende Krise (immer mehr resistente Erreger, unangemessener antimikrobieller Einsatz von Wirkstoffen in der Landwirtschaft etc.) aber vor allem auch ein Zeichen für die Innovationslücke bei der Entwicklung neuer antimikrobieller Wirkstoffe, die von Fachleuten auf 40 Jahre geschätzt wird. Zu wenig Rendite für Big Pharma - wozu Investitionen in Forschung und Entwicklung, wenn nicht viel dabei herum kommt? Siehe auch: <http://www.borreliose-verschwiegene-epidemie.de/2013/10/02/borreliose-und-antibiotika-standortbestimmung-und-quo-vadis/>

Wer die Leidtragenden sind, ist klar. Eine letzte Frage noch: Könnte die exorbitante Preissteigerung bei den Tetrazyklinen vielleicht schlicht an einer Zunahme der zeckenübertragenen Infektionen bei Mensch und Tier liegen? Wenn die Nachfrage steigt ... Sie wissen schon. Es bleibt spannend ... leider.

B. Jürschik-Busbach © 2014

Quelle: <http://www.lohud.com/story/news/health/2014/08/12/lyme-disease-drug-shortage/13980549/>

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

08 Aug 2014

Borreliose: Fundsache - US-Behörde CDC und Lobbyisten



Die mächtige US-Gesundheitsbehörde [CDC](#) ist selbstverständlich nicht frei von Lobbyisten. Immer wieder fragen sich Patienten, wie es zu CDC-Entscheidungen und Parteinahmen kommt, die für Außenstehende nicht immer nachzuvollziehen sind. Siehe hierzu auch: <http://www.borreliose-verschwiegene-epidemie.de/2014/07/26/lyme-borreliose-betroffene-werfen-den-cdc-korruption-vor/>

Wenn auch vieles im Dunklen bleibt, so findet man doch ab und zu Hinweise auf die CDC-Lobbyisten wie z. B. [Van Scoyoc Associates](#). Eine Lobby-Firma, die im Namen von Unternehmen, Non-Profit-Organisationen, Universitäten (!), Forschungszentren (!) und Kommunen Lobbyarbeit betreibt. Ein ehemaliger Anwalt von DuPont Co. gründete diese Firma, die nicht nur die US-Regierung berät, sondern auch über ihre Partnerfirma, das Unternehmen ScienceWorks, gute Tipps und Verbindungen für die US-Universitäten im Bereich des wissenschaftlichen Wettbewerbs und der Forschungsförderung bereit hält.

Hier die Klienten von 2013: <http://www.opensecrets.org/lobby/issuesum.php?id=HCR&year=2013>

Hier die Klienten bezüglich Lyme Disease: <http://www.opensecrets.org/lobby/lookup.php>

Quelle: <http://reporting.sunlightfoundation.com/lobbying/client/corporate-friends-of-cdc-inc>

B. Jürschik-Busbach © 2014

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

31 Jul 2014

[Borreliose: Neue Leitlinien der ILADS veröffentlicht!](#)



Einige der Patienten haben seit langem darauf gewartet, dass die International Lyme and associated diseases society (ILADS) eine überarbeitete, aktualisierte Version ihrer medizinischen Leitlinien von 2004 veröffentlicht.

Jetzt ist es soweit: [Hier](#) geht es zu den neuen ILADS-Leitlinien!

Für alle, denen nicht bewusst ist, dass es zwischen dem Ansatz der ILADS und der IDSA (US-amerikanische infektiologische Gesellschaft) große Kontroversen gibt, hier noch einmal eine Übersicht der größten Unterschiede:



Unterschiede ILADS und IDSA zur Diagnostik und Therapie der Lyme-Borreliose

Anhang Unterschiede zwischen IDSA und IL

Adobe Acrobat Dokument [558.5 KB]

[Download](#)

28 Jul 2014

Borreliose: Durchbruch bei den diagnostischen Tests?



Eine brandneue Studie, die den [MALDI-TOF](#) nutzt, um Rückfallfieber-Borrelien in Afrika zu finden, weckt neue Hoffnungen für Borreliose-Patienten: "Diese Arbeit ebnet den Weg für die Nutzung des MALDI-TOF-MS zur Identifizierung sowohl der Vektoren als auch der vektorenübertragenen Pathogene", sagt einer der Autoren. Die Forscher berichten, sie haben sowohl Rückfallfieber-Borrelien als auch spezifische andere Zeckenarten und ihre Erreger mit der neuen Testmethode erkannt. Besser noch, der Test sei schnell, dauere nur 45 Minuten, und komme mit einer "88,9% Sensitivität und Spezifität von 93,75% für den Nachweis von *Borrelia crocidurae* in 50 O. Sonrai-Zecken" daher.

Italienische Forscher haben auch eine MALDI-TOF-MS Lyme-Borrelien-Datenbank kreiert, die viele (aber nicht alle) in Europa vorhandenen *Borrelia burgdorferi sensu lato*-Genospezies beinhaltet. Die MALDI-TOF-MS-Methode "ist ein mächtiges Werkzeug in der klinischen Mikrobiologie und hat die Arbeitsabläufe in unserem Labor revolutioniert. Auch wird so die schnelle Identifizierung von Bakterien und Hefen für die klinische Diagnose möglich. Die Genauigkeit dieser Technik erreicht im Vergleich jene der genomischen Sequenzierung, bei deutlich niedrigeren Kosten", so einer der Forscher.

B. Jürschik-Busbach © 2014

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

Quellen: <http://www.plosone.org/article/info%3Adoi/10.1371/journal.pone.0088895>

<http://www.plosntds.org/article/info%3Adoi/10.1371/journal.pntd.0002984>

26 Jul 2014

Lyme-Borreliose: Betroffene werfen den CDC Korruption vor



Die Centers for Disease Control and Prevention (CDC) hatte 2013 verkündet, dass statt der jährlichen 30.000 neuen Borreliose-Erkrankungsfälle in den Vereinigten Staaten, es vermutlich eher 300.000 gibt. Oooops! Was die CDC nicht erklärte, warum beharrte man jahrelang auf [der 10-fach geringeren Erkrankungszahl](#)?

Betroffene kämpfen seit Jahren darum, dass die CDC Lyme-Borreliose endlich als eine ernstzunehmende Krise für die öffentliche Gesundheit anerkennt und entsprechende Schritte veranlasst. In der „Your own health and fitness“-Show des KPFA Radios in Berkeley, Kalifornien, sagte der Moderator Layna Berman, dass die erhöhte Inzidenz, die die CDC nun einräumen eng mit finanziellen Interessen des angekündigten Baxter-Impfstoffs einhergehe.

Dazu passt, dass in den Medien bereits eine Pre-Marketing-Kampagne für den Impfstoff zu beobachten ist. Die New York Times Redaktion fördert mit einem Editorial bereits den Baxter-Impfstoff und verweist dabei auf Dr. Stanley Plotkin, den „führenden Impfstoff-Experten“ und „Professor für Pädiatrie an der University of Pennsylvania“. Plotkin habe bei verschiedenen Herstellern angefragt, ob sie den Impfstoff produzieren würden, der mindestens 300.000 neue Erkrankungen pro Jahr verhindern könnte. Patienten und Ärzte wurden von Plotkin aufgefordert, an die CDC zu schreiben und daran zu erinnern, dass ein Borreliose-Impfstoff dringend notwendig sei und die US-Bevölkerung davon profitieren würde. Die New York Times schreibt: „Es ist Zeit, mit diesen Briefen zu beginnen.“

Was die New York Times nicht erwähnte: Dr. Stanley Plotkin ist emeritierter Professor und in erster Linie Chefberater bei der Pharmafirma Sanofi Pasteur, dem größten Impfstoffhersteller für Human-Impfstoffe; nebenbei berät er auch andere große Impfstoffhersteller.

Nachrichtenagenturen wie die Times haben Anzeigenkunden, viele davon sind Big Pharma. Die CDC sollen eigentlich eine unabhängige Regierungsbehörde sein, die v. a. die öffentliche Gesundheit schützen und befördern soll. Interessant wird es, wenn es an die Bewertung der Impfstoff-Sicherheit geht. Die gleichen Leute, die die Impfstoffherstellung promoten, regulieren und bewerten auch diese Impfstoffe – diese Interessenskonflikte sind an der Tagesordnung, sagt der Bestseller Autor Dr. Joseph Mercola.

Zum Beispiel sitzt ein Dr. Paul Offit im beratenden Ausschuss für Impfungen der CDC. Er half mit, den Markt für Mercks Rota Teq (Rotavirus-Impfstoff) zu erschließen. Nebenbei arbeitet er im Kinderkrankenhaus von Philadelphia, wo er mindestens \$ 29 Mio. US-Dollar erhielt, als Teil des 182 Mio. Dollar schweren Verkaufs der weltweiten Lizenz des RotaTeq-Impfstoffs.

Im August 1999 untersuchte der US-Ausschuss für Regierungsreformen die bundesweite Impfstoff-Politik. Sie fanden heraus, dass viele Personen, die zu zwei der wichtigsten Beratungsgremien gehören, finanzielle Verbindungen zu pharmazeutischen Unternehmen bzw. Impfstoffherstellern unterhielten. Trotz dieser [Interessenkonflikte](#) konnten diese Regierungsangestellten an Diskussionen über Impfstoff-Lizenzierung für Kinder teilnehmen, obwohl ein US-Bundesrecht verlangt, Mitglieder beratender Ausschüsse müssen ihre Verbindungen offenlegen und sich aus allen einschlägigen Diskussionen und Entscheidungen heraushalten.

Lyme-Borreliose ist eine der jüngsten Beispiele dafür, wie Interessenkonflikte die Zulassung von Impfstoffen sowie Diagnostiktests beeinflusst. Durch angeforderte [Dokumente](#) (als Ergebnis des Informationsfreiheitsgesetzes), konnte der Stanford-Journalist Kris Newby aufdecken, dass eine Schattengruppierung, bestehend aus CDC-Mitarbeitern und Forschern bedeutende kommerzielle Interessen in Lyme-Borreliose-Tests und Impfstoffe hat. Ein großer Prozentsatz der Zuwendungen der öffentlichen Hand ging an diese Personen.

Newby stellte fest, dass diese Gruppe die Lyme-Borreliose-Politik und die nationale Forschungsagenda

festgelegt hatte, ohne öffentliche Aufsicht und den Hauch von Transparenz. Erklärtes Ziel der Gruppierung war ein verdeckter "Desinformationskrieg" und eine "sozio-politische Offensive", um Patienten, Ärzte und Journalisten, deren Forschung und Motive in Frage zu stellen und zu diskreditieren.

Indem man Forschern und Regierungsangestellten mit Interessenkonflikten erlaubt, Entscheidungen über die Lyme-Borreliose Politik zu fällen, gerät man in einen Konflikt mit der öffentlichen Sicherheit und Gesundheit. Durch Zecken übertragene Krankheiten wie z. B. Babesiose sind dafür bekannt, durch Bluttransfusionen übertragen zu werden. Doch aufgrund von ungenauen diagnostischen Tests haben wir derzeit keine Möglichkeit, Menschen angemessen zu untersuchen. Die CDC glaubt, dass Babesiose die häufigste durch Zecken übertragene Krankheit ist, die durch Bluttransfusionen übertragen wird. Die [Food and Drug Administration \(FDA\) hat bisher noch keinen Screening-Test auf Babesien genehmigt](#). Gerade bei immungeschwächten Patienten, also gerade bei jenen, die häufig Bluttransfusionen erhalten, können Babesien tödlich sein.

Von noch größerer Bedeutung ist die Tatsache, dass die CDC seit vielen Jahren hartnäckig verneint, dass die Lyme-Borreliose nach den empfohlenen 2 bis 4 Wochen antibiotischer Therapie persistieren kann. [Siebenundsiebzig \(!\) Peer-Review-Studien von 1977 bis 2012 zeigen, dass die Borrelien-Infektion trotz der empfohlenen Antibiotika-Behandlung persistieren kann](#). Bis die Frage der persistierenden Infektion fest etabliert ist, können die CDC und FDA eigentlich niemandem mit positiver Borreliose-Diagnose gestatten, Blut zu spenden.

Siehe auch [hier die Aussage des Robert Koch Instituts - bitte etwas herunterscrollen](#). :-)

Borreliose-Patienten, die unter verheerenden neurologischen und körperlichen Symptomen leiden, haben verzweifelt versucht, die CDC dazu zu bringen, anzuerkennen, dass LB eine chronische Infektion sein kann, die weitere Behandlung(en) erfordert. Doch die CDC zieht es vor, das Problem zu ignorieren.

Die Betroffenen haben die „[Wir sind die 300.000-Bewegung](#)“ ins Leben gerufen, um den CDC die Vernachlässigung der Patienten vor Augen zu führen, die auf Interessenkonflikten der Verantwortlichen basiert. Die Kampagne fordert die Menschen auf an Lyle Petersen, Direktor der CDC-Abteilung für Vector-Borne Disease, zu schreiben und ihn aufzufordern, die Interessenkonflikte zu eliminieren und die Forschung endlich auf die Frage zu richten, ob durch Zecken übertragene Infektionen persistieren, [so dass die Patienten die richtige Behandlung erhalten](#), und sichere Blutspender-Leitlinien etabliert werden können.

Übrigens: Am 17. September 2014 gibt es den New York Times Lyme Disease Protest von den 300000 - <https://www.facebook.com/events/1475202696060072/>

Übersetzung B. Jürschik-Busbach © 2014

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

17 Jul 2014

Borreliose: USA - Forschung an Nano-Antibiotika



Das US-Unternehmen NanoAntibiotics Inc., das im Mai an die Börse ging, schreibt in einer Pressemitteilung, dass sie sich auf die Entdeckung, Entwicklung und den Vertrieb neuer Antiinfektiva konzentrieren. Sie bringen Aktien auf den Markt und hoffen auf zahlreiche Investoren, um dem wachsenden klinischen Bedarf an Mitteln gegen multiresistente bakterielle Krankheitserreger mit Nano-Antibiotika begegnen zu können. Selektiv möchte man mit Nano-Antibiotika die Effluxpumpe der Bakterien ausschalten. Sowohl gram-positive, als auch gram-negative Bakterien pumpen mittels Effluxpumpe über kurz oder lang die für sie schädlichen Antibiotika heraus, noch bevor sie wirken können.

Neue Hoffnung auf eine wirksame Therapie der späten Lyme-Borreliose?

Im Zuge der weltweit sich ausbreitenden multiresistenten Erreger haben sich einige US-Biotech-Unternehmen wieder auf die Antibiotika-Forschung konzentriert. Der Hauptgrund für den Börsengang von NanoAntibiotics ist die Finanzierung der Arzneimittelentwicklung. Die Firma versucht, einen Nano-Efflux-Pumpen-Hemmer zu entwickeln. Die Bakterien können mittels Transportproteinen Antibiotika innerhalb der Zellen beseitigen. Das macht viele Antibiotika heutzutage zu einer stumpfen Waffe. Es gibt momentan keine Antibiotika, die diese Efflux-Pump-Mechanismen verhindern.

Siehe auch: <http://www.borreliose-verschwiegene-epidemie.de/2013/10/02/borreliose-und-antibiotika-standortbestimmung-und-quo-vadis/>

Quelle: <http://www.nanoantibiotics.com/nanoantibiotics-to-begin-trading-on-the-otc-markets/>

B. Jürschik-Busbach © 2014

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

08 Jul 2014

Borreliose: Zusammengefasste Übersetzung - Dr. Horowitz stellt im belgischen Senat 16 Schlüssel zur Gesundung vor



Dr. med. Richard Horowitz hat eine Präsentation vor dem belgischen Senat gehalten. Der gut halbstündige Film ist für viele, bei denen das Englisch womöglich ein wenig eingerostet ist sehr interessant. Auf mehrfache Nachfragen fasse ich hier gerne die sehenswerte Präsentation, die u. a. auch auf dem im November 2013 erschienenen Buch von Horowitz basiert, in Deutsch zusammen.

Über 12.000 Menschen sind bislang nach eigenen Aussagen zu Dr. Horowitz zur Beratung gekommen. Aus allen US-Bundesstaaten, aus Europa - aus Belgien, Frankreich, Norwegen und anderen europäischen Ländern - sie alle waren extrem krank.

Borreliose & Co- Infektionen sind eine weltweite Epidemie, gleichzeitig sind die Prozesse, die krank machen und die Menschen krank bleiben lassen noch nicht hinreichend verstanden. Borreliose & Co. verursachen großes Leid und Leiden.

Dr. Horowitz: Es ist mir eine Ehre, meine Informationen mit Ihnen und der belgischen Bevölkerung zu teilen. Wir sprechen über Lyme-Borreliose und einem multiplen systemischen Infektionskrankheitssyndrom - MSIDS - ein neues Paradigma für chronische Krankheiten.

Das Problem bei der Borreliose: viele glauben nicht an die Existenz einer "chronischen" Borreliose. Etliche Menschen haben noch nicht realisiert, wie ernst das Borreliose-Problem inzwischen ist: In den USA, in Europa, weltweit.

Lyme-Borreliose ist die Nummer Eins der sich ausbreitenden vektorübertragenen Epidemie weltweit!

2013 musste die CDC einräumen, dass sich die Zahl der jährlich gemeldeten Fälle auf mindestens 300.000 pro Jahr belaufe und nicht wie zuvor angenommen, auf 30.000. Siehe: <http://www.verschwiegene-epidemie.de/2013/08/borreliose-us-behorde-raumt-plotzlich-ein-dass-es-10-mal-mehr-infizierte-jaehrlich-gibt-als-gemeldet/>

Doch selbst das ist nur eine arg untertriebene Dunkelziffer, denn 0,3 % der US-Bevölkerung waren 2012 nach Angaben der obersten Gesundheitsbehörde CDC einer Lyme-Borreliose ausgesetzt, das mache dann schon 1 Million infizierter Menschen in den USA, so Horowitz.

Doch nicht nur die Lyme-Borreliose (LB) verbreitet sich in Europa immer stärker, auch andere zeckenübertragene Infektionen wie Babesiose, Bartonellose und viele andere Krankheiten, die andere imitieren, werden immer häufiger.

Leider gibt es Verunsicherungen über die Diagnose und Therapie der LB. In den USA gibt es zwei Standards, den der IDSA und den der ILADS (Horowitz war Mitbegründer der ILADS).

Wie definiert man eigentlich "chronische LB"? Auch hier liegt vieles im Argen. Das, was Epidemiologen der Gesundheitsbehörden definieren, ist etwas ganz Anderes, als das, was die Ärzte in ihren Praxen antreffen. Horowitz schlägt daher eine neue Definition vor: Lyme MSIDS (= Lyme Multiple systemic infection disease syndrome).

Im Folgenden nennt Horowitz 16 Gründe, warum Menschen mit LB & Co. krank bleiben. Des Weiteren verweist er auf die diagnostischen Probleme:

- serologische Probleme
- Seronegative Infektion
- Standard-Bluttests können wg. negativ sein, trotz Erkrankung

Um diese Probleme zu lösen, sollte jedes europäische Land seinen eigenen länderspezifischen Westernblot mit den jeweiligen länderspezifischen Borrelienstämmen entwickeln, schlägt Horowitz vor.

Behandlung der LB: Ein chronische Borreliose-Infektion benötigt längere Therapien; neuere Untersuchungen zeigen, dass LB persistiert, daher muss auch länger antibiotisch behandelt werden.

Chronische Infektionen verursachen Entzündungen im Körper und Entzündung sei die Nummer Eins und der kleinste gemeinsame Nenner bei allen chronischen Krankheiten!

Das kann zu Symptomen wie beim CFS führen, es kann muskuloskeletale Schmerzen verursachen, kognitive Probleme, Schlafstörungen und neuropsychische Symptome erzeugen.

75 % der gesamten Kosten im US-Gesundheitswesen werden durch chronische Krankheiten verursacht. 70 % der US-Todesfälle gehen auf das Konto chronischer Krankheiten.

Wie hilft das MSIDS-Modell bei chronischen Krankheiten?

Dieses Modell, so Horowitz, zeige, welche Faktoren für die langanhaltenden, einschränkenden Symptome verantwortlich sind. Dieses Modell könne Leiden verringern und die damit verbundenen Krankheitskosten von zeckenübertragenen Krankheiten reduzieren. (In seinem Buch hat er einen MSIDS-Fragebogen entwickelt, dazu mehr im Video).

Dringend notwendige Untersuchungen:

Die Zecken in Europa müssen auf *Borrelia burgdorferi*, aber auch auf andere Borrelienstämmen untersucht werden. Längst gibt es ja andere Borrelienspezies in Zecken:

Borrelia miyamotoi

Borrelia afzelii

Borrelia garinii

und andere, die durch die Standard-Westernblots nicht entdeckt werden, wie z. B. *Borrelia valaisiana*, *Borrelia lusitania*, *Borrelia spielmanii* sowie weltweit sich ausbreitende zeckenübertragene Infektionserreger wie Ehrlichien, Anaplasmen, Babesien (*microti*, *duncani/WA-1* und *divergens* (Europa!)). Dazu verschiedene Bartonellen- und Rickettsien-Stämme.

Auch Schwangere müssten untersucht werden, ihre Föten können infiziert werden, es kann zu Tot- und Fehlgeburten kommen.

Die Blutkonserven müssen dringend gescreent werden! Anaplasmen und Babesien verseuchen die Blutspenden und steigern die Gesundheitsrisiken im Falle einer Bluttransfusion. Doch weder in Deutschland noch in Belgien werden Blutkonserven auf Babesien und Anaplasmen untersucht.

Anmerkng. der Autorin: In Deutschland scheint man diese Gefahren für vernachlässigbar zu halten. Eine entsprechende Anfrage der Autorin beim RKI und den Rot-Kreuz-Gesellschaften wurde entsprechend beantwortet. Siehe hierzu: <https://fragdenstaat.de/anfrage/gefahrdung-der-bevolkerung-durch-babesienverseuchte-blutkonserven/>

Auszüge aus der Antwort des RKI: (...) Insgesamt kann man davon ausgehen, dass aufgrund der häufigen Seropositivität ein Risiko für Infektionen mit Anaplasmen, Rickettsien, Bartonellen oder Babesien bei Zeckenstich-Exposition besteht. Dieses Risiko lässt sich jedoch derzeit nicht quantifizieren. Aufgrund fehlender oder seltener klinischer Berichte und Meldungen schätzt das RKI das Risiko einer schwerwiegenden Erkrankung in Deutschland niedrig ein. (...) Die epidemiologischen Daten zur Prävalenz und Inzidenz von Infektionen mit Anaplasmen, Rickettsien, Bartonellen und Babesien in Deutschland sind derzeit nicht geeignet, um einen zeitlichen Trend abzuschätzen. Es wurden bisher keine Erkrankungsfälle von Anaplasmen, Bartonellen oder Babesien an das RKI übermittelt.(...)

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

<http://www.verschwiegene-epidemie.de/2011/12/zecken-babesien-gefahr-fur-die-spenderblutempfänger/>

Kommen wir zu den 16 Punkten, die Horowitz als Gründe für die ausbleibende Gesundung von Borreliosepatienten benennt:

1. Infektionen

- a. bakteriell (z. B. Ehrlichien, Bartonellen, Mykoplasmen, Chlamydien etc.)
- b. parasitär (z. B. Babesien, Piroplasmen, Fliariasis, Giardiasis ...)
- c. viral (häufig reaktiviert, EBV, HHV-6, CMV etc.)
- d. Candida

2. Immunologische Dysfunktion

Durch LB ist das Immunsystem überstimuliert; es kommt zu falsch-positiven Immunmarkern, wie erhöhte ANA+, erhöhte Rheumafaktoren, erhöhte Werte für Rheumatoide Arthritis, positive HLA DR-4-Marker etc.

3. Entzündungen

LB & Co. rufen starke Entzündungen hervor. [Zytokine](#) sind erhöht, insbesondere IL-1, IL-6, [TNF-Alpha](#). Weitere Informationen hier: <http://www.immundefekt.de/zytokine.shtml>

4. Toxizität

Viele Substanzen wirken giftig auf unseren Organismus. Es kommt zu multiplen chemischen Sensivitäten/Umweltkrankheiten. 300 bis 500 Chemikalien wirken jeden Tag auf den menschlichen Körper ein. Auf manche, wie z. B. Schwermetalle, Neurotoxine und Schimmel reagieren manche Menschen mit schweren Krankheitssymptomen.

5. Allergien

Damit sind nicht nur Nahrungsmittelallergene mit IgE-Beteiligung gemeint, sondern auch Allergien auf Medikamente, auf Umweltstoffe etc. Diese Allergien bewirken Entzündungen, sorgen für die vermehrte Ausschüttung von proinflammatorischen Zytokinen und ein allgemeines Krankheitssyndrom mit Kopf- und Muskelschmerzen, Gelenkschmerzen, Stimmungsschwankungen, Gehirnnebel, Erschöpfung u.v.m.

6. Ernährungs- und Enzymdefizite

25 % von Horowitz' Patienten leiden unter ernährungsphysiologischen Mangelzuständen, ihnen fehlt z. B. Zink, was zu vermehrten Entzündungen führt, oder Kupfer -> oxidativer Stress.

7. Mitochondriale Dysfunktion

Erschöpfung, Nervenschmerzen ... Patienten muss CoQ10 zugeführt werden, oder Acetyl-L-Carnitin, NT-Faktoren (glykosylv. Phospholipide).

8. Psychische Störungen

siehe hierzu auch: http://www.lymenet.de/literatur/bransfieldD_2007.pdf

9. Neurologische Dysfunktionen

Kopfschmerzen, Sehstörungen, Schwindel, Licht- und/oder Geräuschempfindlichkeit, Gedächtnis/Konzentrationsprobleme. Ist auch ein ganz großes Problem bei erkrankten Kindern. Sie kommen in der Schule nicht mehr mit. Schulabschluss und Berufstätigkeit sind akut gefährdet.

10. Endokrine Störungen (Hormonstörungen)

LB beeinflusst das Hormonsystem. Borrelien wirken sich auf die [Hypophyse](#) aus. Adrenalinlevel sinkt, was zu vermehrter Müdigkeit/Erschöpfung führt. Sexualhormone sinken. Horowitz sagt, er habe junge Borreliosepatienten mit Testosteronspiegel wie 70-jährige. Die Schilddrüsenhormone können ebenfalls reduziert sein.

11. Schlafstörungen

Ein- und Durchschlafstörungen - sie verstärken wiederum die Ausschüttung von IL-6, was zu vermehrten Entzündungen führt.

12. Dysfunktion des [autonomen Nervensystems](#)

Das ANS regelt den Blutdruck, den Herzschlag, die Verdauung, Galleproduktion u.v.m. - Störungen führen u. a. zu Erschöpfung, Schwindel.

13. Verdauungsstörungen

Durchfall, Dickdarmentzündung, Verstopfung, Parasiten, Leaky Gut Syndrom - das Mikrobiom muss in Balance gebracht werden, insbesondere Bifidobakterien reduzieren Entzündungen.

14. erhöhte Leberwerte

Zuviel Eisen, zuviel Kupfer und virale Infekte können zur Hepatitis führen. Q-Fieber kann chronische Hepatitis auslösen. Alle LB-Infektionen können zur Erhöhung der Leberwerte führen.

15. Schmerzsyndrom

LB kann zu allen Arten von Schmerzen führen. Rückenschmerzen, Neuropathien, Brustschmerz (trotz fehlender Herzproblematik) u.v.m.

16. mangelnde Kondition/körperliche Fitness

Der Patient gerät oft in einen Kreislauf - zu erschöpft, um sich physisch anzustrengen, was wiederum dazu führt, dass die körperliche Fitness weiter nachlässt. Hier muss mit moderatem Training dringend gegengesteuert werden.

Alle 16 Punkte seien Schlüssel für eine Besserung, so Horowitz.

Der Job eines Arztes sei es, jene Gründe unter den 16 zu finden, die seine Patienten krank bleiben lassen, sagt Horowitz.

Es muss im 21. Jahrhundert zu einem Paradigmen-Wechsel kommen. Uns wurde das Pasteur'sche Postulat gelehrt, so Horowitz: Eine Ursache = eine Erkrankung. Im 21. Jahrhundert: Chronische Erkrankungen, die einen multifaktoriellen Ansatz benötigen.

Mehr als die Hälfte der IDSA-Empfehlungen basieren auf mangelnder Evidenz (nur Level 3-Evidenz = Meinung der Autoren). Ärzte müssen daher sehr vorsichtig sein, wenn sie diese Empfehlungen/Leitlinien zur alleinigen Basis ihrer Entscheidungen machen.

Über 50 % der US-Ärzte behandeln LB laut CDC nicht nach den IDSA-Leitlinien, sondern für eine längere Zeit.

Horowitz stellt gegen Ende des Films Studien zur Wirkung längerer Therapie-Dauer vor, zur Persistenz von Borrelien und zur Unbrauchbarkeit des ELISAs.

Hier geht es zum Video mit Dr. Horowitz: <https://www.youtube.com/watch?v=SXxWxMuUh8w>

Übersetzung ohne Gewähr. B. Jürschik-Busbach © 2014

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

07 Jul 2014

Borreliose: Wirksame Antibiotika gegen Persister?



Diese FDA-genehmigten Antibiotika sollen im Kampf gegen die Borrelien-Persister hilfreich sein. [Eine Zusammenstellung von Juli 2014.](#)

Identification of novel activity against *Borrelia burgdorferi* persisters using an FDA approved drug library

Jie Feng, Ting Wang, Wanliang Shi, Shuo Zhang, David Sullivan, Paul G Auwaerter and Ying Zhang.

Tabelle 2. Vergleich der Anti-Persister-Aktivität ausgewählter Antibiotika gegen *B. burgdorferi*.

Unter den Top 27 FDA-Antibiotika (von 165) scheinen Daptomycin, Clofazimine, Carbomycin, Sulfamethoxazol und bestimmte Cephalosporine die höchste Anti-Persister Aktivität zu zeigen.

Und hier ein beklemmendes Video aus Norwegen. Siehe auch: <http://www.borreliose-verschwiegene-epidemie.de/2013/10/19/borreliose-die-weltweite-suche-nach-antworten-teil-2-norwegen/>

B. Jürschik-Busbach © 2014

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

12 Jun 2014

[Borreliose - US-Biologe wandelt auf neuen therapeutischen Pfaden - 5,5 Mio Dollar Förderung](#)



Anfang des Jahres räumte die US-Behörde CDC ein, [dass die Zahl der jährlich neu an Borreliose Erkrankten statt bei 30.000 wohl bei 300.000 \(sic!\) liege](#). Gleichzeitig geraten 30.000 bis 60.000 dieser Patienten aus bisher noch nicht hinreichend geklärten Gründen in ein chronifiziertes Borreliose-Stadium.

5,5 Millionen US-Dollar für neue Forschungsgruppe zur Erregerpersistenz

[Der Biologe Kim Lewis](#), ein Experte auf dem Gebiet bakterieller Persistenz, und seine Forschungsgruppe haben 2009 bereits u. a. 5,5 Millionen Dollar für ihre Arbeit erhalten; weitere Unterstützung kommt von der Lyme Research Alliance.

Das Projekt ist auf 5 Jahre angelegt und Teil des NIH-Transformativprogramms. Untersucht werden drei Bakterienarten, um herauszufinden, wie "schlafende" Subpopulationen überleben und den Patienten laufend re-infizieren. Die Förderung soll es Wissenschaftlern erlauben, neue Forschungsideen zu verfolgen.

Lewis und sein Team hatten herausgefunden, dass Pathogene, die für chronische Infektionen verantwortlich sind, kleine Populationen an Persisterzellen ausbilden, die durch Antibiotika nicht eliminiert werden. Sobald die antibiotische Behandlung abgebrochen wird, wachsen Persister wieder und verursachen einen Rückfall.

Lewis geht davon aus, bereits binnen der nächsten sechs Monate Therapie-Empfehlungen aussprechen zu können.

"Wir untersuchen molekulare Mechanismen, die für die Bildung von "Schläfer-Zellen" verantwortlich sind, die zu antibiotischer Toleranz führen", sagt Lewis. Der Fokus liegt auf dem von Lewis so genannten "Super-

Persister-Phänomen", bei dem mutierte Formen der Krankheitserreger mehr Persister bilden. **Gegenwärtig messen mikrobiologische Labore nur die Präsenz aktiver Bakterien und keine ruhenden Persister.**

"Ich hoffe, dass unsere Arbeit die klinische Laborpraxis ändern und Tests einschließen wird, die auch ruhende Zellen entdecken können", sagt Lewis. "Diese Tests stehen bereits zur Verfügung und bieten ein großes Potenzial für eine verbesserte Therapie bakterieller Infektionen."

In einem Interview schildert Lewis, dass Lyme-Borreliose bei 10 bis 20 Prozent der behandelten Patienten nach der Standardtherapie nicht geheilt ist. Die Frage ist, warum nicht? Er berichtet über die "Zwei Denkschulen" unter den Ärzten, die unterschiedliche Annahmen über die Ursache für die krankbleibenden Patienten zugrunde legen.

Auf die Frage, was sie sich erhoffen, sagt er: "Ich denke, wir können zu zwei wichtigen Dingen beitragen, unabhängig von der Frage, ob Borrelien, wie andere Pathogene auch, Persister bilden und ob dies die Chronifizierung erklären könnten."

1. Die Behandlung der chronisch an Borreliose Erkrankten ist nicht adäquat, da bislang niemand die klinische mikrobiologische Arbeit getan hat. Wir müssen die bestmögliche antibiotische (Kombinations-)Therapie finden, um die Erreger abzutöten. Das wurde bis heute nicht getan, weil es schwierig, zeitraubend und anspruchsvoll ist. Hinzukommt, dass die meisten behandelnden Ärzte nicht an chronische Borreliose, die durch verbleibende Borrelien verursacht wird, glauben. Warum also sollte man sich darum bemühen?

Doch wir haben aus unserer Arbeit mit anderen Pathogenen umfangreiche Erfahrung mit den existierenden Antibiotika und wir wissen welche, im Prinzip, die Persisterpopulation verringern können. Wir können jenen behandelnden Ärzten einige Empfehlungen geben, die Antibiotika gegen chronische Borreliose verschreiben möchten. Innerhalb des nächsten halben Jahres werden wir bessere Therapien haben.

2. Wir werden die Stoffe, mit denen wir im Labor mit anderen Pathogenen arbeiten auf ihre Wirksamkeit bei Borreliose testen. Wir haben eine Anzahl von Artikeln in Fachjournals veröffentlicht, die eine Verbindung zwischen Persister und der klinischen Manifestation einer Erkrankung zeigen, dies ist auch weitgehend akzeptiert. Doch bei der Borreliose weiß man noch nicht einmal, ob die Symptome durch ein irreversibel geschädigtes Immunsystem hervorgerufen werden, oder durch den Erreger in seiner Ruheform.

Die ersten Stoffe, die wir auf Borreliose testen werden, sind [Pro-drugs](#), die bereits ganz gut gegen Persister von *E.coli* und andere Bakterien wirken. Das Minimum wird sein, dass wir Patienten eine bessere Therapie mit bereits existierenden Antibiotika geben können.

Warum ist es an der Zeit, sich um die Lyme-Borreliose zu kümmern?

Es ist die perfekte Zeit, ein Problem anzugehen, weil es einen großen Bedarf gibt. Wir haben eine wachsende Borreliose-Epidemie und eine wachsende Zahl von Patienten mit chronischer Borreliose, die über keine adäquate therapeutische Option verfügen. Andererseits haben wir eine Menge über andere Infektionskrankheiten gelernt und wie man sie kontrolliert.

Letztes Jahr gab es einen wichtigen Durchbruch mit MRSA. Es ist extrem schwierig, dieses Pathogen zu eliminieren. Dieses Pathogen bildet Persisterzellen, die durch die regulären Antibiotika nicht abgetötet werden. Wir waren in der Lage, einen Stoff (ADEP - wirkt übrigens nicht gegen Borrelien - das haben wir bereits getestet) zu finden, der den Protein-Untergang in den Erregerzellen aktiviert; die Zellen zerstören

sich selbst. Das spornt uns an, andere Infektionskrankheiten in ähnlicher Weise behandeln zu können - einschließlich Lyme-Borreliose.

Anmerkung:

Persistenzellen, verantwortlich für chronische Infektionen, wurden bereits in den 1940er Jahren (siehe Joseph Bigger) entdeckt, erhielten aber leider seitdem nicht viel (wissenschaftliche) Beachtung. Mit dem Aufkommen der Einzel-Zell-Analyse rücken diese persistierenden Bakterien endlich ins Scheinwerferlicht.

Produziert eine wiederholte antibiotische Therapie mehr und mehr Persister?

Inzwischen wurde auch die Frage aufgeworfen, ob eine antibiotische Behandlung erst den Nährboden für eine hohe Anzahl an Persistenzellen bereitet? Produziert eine wiederholte antibiotische Therapie mehr und mehr Persister? "Das ist es, was wir bislang herausfanden", sagt Lewis, als man den *P. aeruginosa* bei Patienten mit zystischer Fibrose isolierte. Nachdem die Isolate mit hohen Dosen Ofloxacin behandelt wurden, konnte ein dramatischer Anstieg (über 100-facher Anstieg) der Persistenzellen beobachtet werden. "Es ist ein Stamm, der große Mengen schlafender Zellen produziert, die Antibiotika tolerieren. Diese Zellen überleben und sobald die Antibiotika abgesetzt werden, wachsen sie. Dann sieht man eine endlose, chronische, rezidivierende Infektion", so Lewis.

Hilft Zucker gegen Persister?

Stress ist der Auslöser für die Zellen, Persister auszubilden, das scheint inzwischen klar zu sein. An der Boston University untersucht man, warum Einfachzucker wie Mannitol, Fruktose und Glukose Persistenzellen "aufweckt" und zu einem Wachstumskreislauf verhilft. Obwohl Zucker keine Wirkung auf die Elimination der Persister durch Antibiotika hat, wurde beobachtet, dass Zucker in Kombination mit Gentamicin, die Anzahl der Persister um das 1000-fache verringerte. Ein Ansatz der sowohl bei gram-positiven, als auch bei gram-negativen Erregern zu finden ist.

In einem Mausmodell konnte man mit einer Kombination aus Gentamicin und Mannitol *E. coli* Persister eliminieren. (7. Allison KR, Brynildsen MP, Collins JJ. 2011. Metabolite-enabled eradication of bacterial persisters by aminoglycosides. Nature 473: 216-220.)

Food for thought und ein Silberstreif am Horizont?

Siehe auch: <http://www.verschwiegene-epidemie.de/2013/08/borreliose-oder-wie-knackt-man-eigentlich-biofilme/>

Übersetzung ohne Gewähr, B. Jürschik-Busbach © 2014

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

Quellen:

<http://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.micro.112408.134306?journalCode=micro>

http://www.microbemagazine.org/index.php?option=com_content&view=article&id=2848:persisten-cells-and-the-paradox-of-chronic-infections&catid=664&Itemid=882

http://www.biotechniques.com/news/Cells-That-Wont-Go-Away/biotechniques-336269.html#.U5nKFLH_4rg

<http://www.northeastern.edu/adc/research-groups/persister-cells/>

<http://www.northeastern.edu/news/stories/2009/09/LewisNIHTransformative.html>

03 Jun 2014

Borreliose: Wütende Patienten vor der IDSA-Zentrale



Fragen Sie sich gerade wer oder was ist die IDSA? Nun, die IDSA ist die US-amerikanische Gesellschaft für Infektionskrankheiten, eine private medizinische Vereinigung, in der Ärzte, Wissenschaftler und andere Gesundheitsexperten, die sich mit Infektionskrankheiten beschäftigen, organisiert haben. Laut ihrer [Website](#) wollen sie die Gesundheit der Menschen und der Gesellschaft verbessern, indem sie die Exzellenz in der Patientenversorgung fördern. Auch die weiteren, auf der Website propagierten Wertvorstellungen treiben Borreliosepatienten eher die Tränen in die Augen. Tränen der Wut, der Enttäuschung und des Schmerzes.

Die Inzidenz der Lyme-Borreliose und anderer zeckenübertragener Infektionen wächst in mehr als 65 Ländern weltweit; gleichzeitig gibt es immer noch keine adäquaten diagnostischen Tests, die bei der Masse der Bevölkerung eine schnelle, zuverlässige Diagnose ermöglichen. Forschungsfortschritte werden allenfalls in Zeitlupe gemacht, da sich die medizinisch-wissenschaftliche Community weltweit noch nicht einmal auf gemeinsame Antworten der zahlreichen unbeantwortet bleibenden Fragen zu Borreliose & Co. einigen kann. Interessanterweise gibt es mehr und mehr Stimmen aus der Wissenschaft, die laut aussprechen, dass der Schlüssel zu den vielen ungelösten Problemen rund um die Borreliose bei ihrer Ähnlichkeit zur Syphilis (beide Krankheitserreger gehören zur gleichen Bakteriengattung, [Spirochäten](#)) und ihrer Fähigkeit chronisch zu werden, liegen könnten.

Nach Angaben der US-Gesundheitsbehörde CDC sind chronische Erkrankungen für 70 % der Todesfälle und für 75 % der Kosten in den USA verantwortlich. Höchste Zeit sich den zeckenübertragenen Infektionen zuzuwenden, oder? Die CDC verweist auf die Borreliose-Leitlinien der IDSA und sorgt damit für die Lufthoheit und Deutungsmacht dieser Gesellschaft. Ärzte und Sozialversicherungen orientieren sich an diesen Leitlinien und leider auch alle nationalen medizinischen Gesellschaften.

1967 trafen sich zwei bescheidene Gruppen zum Abendessen, mit dem Ziel, das wachsende Wissen über Infektionskrankheiten für die Mitglieder und vielversprechenden Forschungskollegen zu kultivieren. Doch irgendwann muss bei der nun über 9000 Mitglieder zählenden IDSA furchtbar schief gelaufen sein.

Am 22. und 23. Mai 2014 protestieren Hunderte wütender Borreliose-Patienten vor der IDSA-Zentrale. Verzweifelt versuchen sie die IDSA dazu zu bewegen, die Borreliose-Leitlinien zu überarbeiten. Leitlinien, die für eine Verlängerung und Verschlimmerung ihrer Krankheit sorgen.

In der Tradition von ACT UP, der AIDS-Aktivistenbewegung, die sich in den 1980er Jahren zusammen tat, weil die Patienten wie die Fliegen starben und es offenbar niemanden kümmerte, stellen sich die Borreliosepatienten vor dem IDSA-Gebäude auf und fordern Änderungen bei den Diagnosekriterien und den Behandlungsprotokollen.

Kranke, viele von ihnen in Rollstühlen oder mit Infusionsschläuchen, legen sich zum Die-In vor das Büro, das ursprünglich für das Abendessen der IDSA-Mitglieder gedacht war. Ein LKW umkreist das Gebäude im Laufe der Tage immer wieder, mit der Botschaft: "Sagt der IDSA, dass sie endlich aufhören soll, Wissenschaft abzulehnen!" Lass die IDSA auf Stopp ablehnen Wissenschaft!" und "Patienten mit chronischer Lyme-Borreliose sterben: Kämpft für eine Heilung!" IDSA-Mail-Server, Faxgeräte, Telefonleitungen und die Social-Media-Seiten werden mit wütenden Forderungen bombardiert.

Was für eine Wendung - vom seinerzeit ruhigen Abendessen im kleinen Kreis in den frühen IDSA-Tagen. Wie ist es dazu gekommen? Wir haben es mit einer weltweiten Borreliose-Epidemie zu tun, die sich schleichend entwickelt hat. Ungezählte Millionen Menschen leiden und sind aufgrund der veralteten IDSA-Leitlinie nicht in der Lage eine adäquate Behandlung zu erhalten. Glauben die verantwortlichen IDSA-Mitglieder etwa, sie nähmen immer noch an einem stillen, netten Abendessen teil? Haben sie die Zeichen der Zeit noch nicht erkannt? Hat sich die IDSA in eine riesige medizinische LinkedIn-Gruppe verwandelt, in der man Teil einer renommierten Organisation ist und dies im Lebenslauf dokumentiert. Vielleicht sichert einem das eine gut bezahlte Sprecherposition oder es hilft bei der Bewerbung um den nächsten Job? Das zumindest sagen die Protestierenden.

Ein Großteil des Streits zwischen den IDSA-Forschern und den Patienten dreht sich um den Begriff der *chronischen* Infektion. Die IDSA-Leitlinien unterstellen, dass die Borrelien immer nach einer einfachen zwei- bis vierwöchigen Gabe von Antibiotika ausgerottet sind. Die geschwächten Patienten, die teilweise durch Borreliose gelähmt sind, kämpfen für die Wahrnehmung und Anerkennung, [dass die Infektion persistieren kann](#).

Eine wachsende Zahl von Forschungsveröffentlichungen stützt ihre Forderungen. Siebenundsiebzig Peer-Reviewed-Studien von 1977 bis 2012 zeigen, dass die Lyme-Borreliose trotz der empfohlenen IDSA-Behandlung fortbestehen kann. Und doch scheint es nicht einen Forscher unter den 9000 IDSA-Mitgliedern zu geben, der das Rückgrat hat, für die Patienten einzutreten. Nicht ein Einziger scheint die intellektuelle Neugier zu haben und darauf zu bestehen, dass die IDSA ihre Annahmen und These, dass Borreliose immer nach 2 - 4 Wochen Antibiose geheilt sei, ernsthaft und ohne Bias zu überprüfen.

Inzwischen explodieren die Krankheitszahlen. Im Jahr 2013 ließ die CDC verbreiten, statt der 30.000 neue US-Fälle jährlich, erkrankten wahrscheinlich 300.000. Experten gehen davon aus, dass selbst diese Zahl noch deutlich unter der realen Inzidenz liege. In einem kürzlich vorgestellten [Film über die weltweite Borreliose-Epidemie "Lyme Disease: A Silent Epidemic"](#) diskutieren Forscher, dass 25 Prozent der afrikanischen Stämme die Lyme-Krankheit haben, die jedoch oft als Malaria diagnostiziert wird.

Die diagnostischen Kriterien und die Behandlungsempfehlungen IDSA sind und entsprechen nicht mehr dem aktuellen Wissensstand. Das Nationale Leitlinien-Clearinghouse (NGC), Teil des US Department of Health and Human Services, listet Leitlinien für die meisten Krankheiten. Seit 2006 wurden die IDSA-Leitlinien nicht mehr überarbeitet, obwohl [die NGC-Regeln verlangen, dass Leitlinien alle fünf Jahre überarbeitet werden müssen](#).

In den letzten acht Jahren gibt es zunehmend kritische Forschung, die die Möglichkeit einer chronischen Infektion nahelegt. U.C. Davis-Forscher Stephen Barthold beispielsweise hat die Persistenz der Borrelien-Infektion bei Mäusen gezeigt und die Tulane University-Wissenschaftlerin Monica Embers fand in der

Primaten-Studie im Jahr 2012 Borrelien-Persistenz bei den Rhesusaffen. Studien wie diese werfen zunehmend die Frage auf, warum die IDSA-Wissenschaftler, die sich angeblich die Förderung der Exzellenz in der Patientenversorgung, in der Forschung und öffentlichen Gesundheit verschrieben haben, nicht auf den fahrenden Zug springen und selbst stärker zum Thema Persistenz forschen?

Wir alle kennen inzwischen die Antwort: Von einem IDSA-Leitliniengremium, das mehrheitlich unter finanziellen Interessensverflechtungen mit Versicherungskonzernen und Pharmaunternehmen leidet, deren Mitglieder Patente angemeldet haben, Diagnosesets vertreiben und Versicherungen beim Abschmettern von Patientenfragen "beraten", kann keine biasfreie Forschung erwartet werden.

Doch die IDSA als medizinische Gesellschaft, die solche Leitlinien veröffentlicht, hat die juristische und moralische Pflicht, Schutzmaßnahmen zu ergreifen und hohen wissenschaftlichen Standards zu genügen.

Es ist für die verantwortlichen IDSA-Mitglieder höchste Zeit von ihren Tellern beim Abendessen aufzuschauen, die unzähligen Borreliose-Patienten wahrzunehmen, die auch nach einer 4-wöchigen Therapie noch krank sind und sich an ihre Verpflichtung zu erinnern, Menschen zu helfen. Sie müssen für neue Forschungsteams sorgen, die den Fokus auf die Frage: "Wenn diese große Gruppe von kranken Patienten nicht an chronifizierter Borreliose leidet, woran leiden sie dann?"

Es ist für die IDSA-Mitglieder an der Zeit wieder zu ihren ursprünglich edlen Zielen zurückzukehren. Wormser et al. fahren mit ihrem Zug mit Volldampf in die Vergangenheit. Sie sprechen bei anderen von "Anti-Wissenschaft" und "ethischen Bedenken", während sie selbst jede neue Erkenntnis, die nicht ihren Thesen entspricht, ignorieren. Wissenschaft = Wissen schaffen. Wormser und seine Leitlinienkollegen scheinen vergessen zu haben, dass Forschung die methodische Suche nach *neuen* Erkenntnissen ist. Forschung soll u. a. helfen, Probleme zu lösen und Leid zu lindern. Nichts von dem haben die IDSA-Verantwortlichen bislang umgesetzt. Was braucht es, um den Geist und die Ethik jener zu ändern, die glauben, dass *alle* Patienten *immer* nach spätestens vier Wochen Doxycyclin geheilt sind?

Es ist schon ein Problem mit der Anti-Wissenschaft.

B. Jürschik-Busbach © 2014

Quellen:

<http://lymedisease.org/news/tag/idsa-lyme-protest>

<http://www.myfoxdc.com/story/25599110/protestors-push-idsa-for-change-on-treatment-of-lyme-disease#axzz33b2gcqpG>

http://www.huffingtonpost.com/c-m-rubin/the-global-search-for-edu_b_5425169.html

<http://lymedisease.org/activism/idsa-protest-why.html>

<http://www.truth-out.org/news/item/24027-irate-lyme-disease-patients-storm-dinner-party-at-idsa-headquarters>

<http://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099%2811%2970034-2/abstract>

Alle Artikel dieses Blogs können gerne zu nicht-kommerziellen Zwecken unter Angabe der Quelle/Autorin und dem Original-Link verbreitet werden. 30 Mai 2014

Borreliose und Persistenz der Erreger - sie wissen es ...



Im Mai sind wieder viele Patienten auf die Straße gegangen. Auch vor dem Gebäude der US-amerikanischen Gesellschaft für Infektionskrankheiten, IDSA, deren rigide Borreliose-Leitlinien für die Betroffenen eine Katastrophe sind, wurde demonstriert.

Betrachtet man die Artikel in renommierten Fachmagazinen, die die hartleibigen Vertreter der "Chronische Borreliose gibt es nicht-Fraktion" geschrieben haben, fasst man sich an den Kopf. Was nur ist seit den 1980er und 90er Jahren mit Steere und seinen Yale-Kollegen passiert?

1988 schreibt A.C. Steere u. a.: "(...) Alle diese histologischen Störungen deuten auf immunologische Schäden als Reaktion auf die Persistenz der Spirochäten hin, wenn auch nur wenige." Nachzulesen in "[Clinical pathologic correlations of Lyme disease by stage](#)"

Im gleichen Jahr wird in einem Artikel im New England Journal of Medicine "[Seronegative Lyme disease. Dissociation of specific T- and B-lymphocyte responses to Borrelia burgdorferi](#)" von Dattwyler, Halperin et al festgestellt: "(...) We conclude that the presence of chronic Lyme disease cannot be excluded by the absence of antibodies against B. burgdorferi and that a specific T-cell blastogenic response to B. burgdorferi is evidence of infection in seronegative patients with clinical indications of chronic Lyme disease."

Ungefähr: Wir schließen daraus, dass das Vorhandensein chronischer Lyme-Krankheit nicht durch die Abwesenheit von Antikörpern gegen B. burgdorferi ausgeschlossen werden kann und dass eine spezifische T-Zell-blastogene Antwort auf B. burgdorferi der Nachweis einer Infektion in seronegativen Patienten mit klinischen Anzeichen von chronischer Lyme-Krankheit darstellt.

Ei der Daus! Für Interessierte: Weitere Artikel zur Persistenz und Seronegativität sind u. a. hier zu finden:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2613324>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2910019>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1980573>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1583267>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8004045>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7796837>

1990 schreibt A. C. Steere erneut im New England Journal of Medicine über chronische (sic!) neurologische Borreliose-Manifestationen: [Chronic neurologic manifestations of Lyme disease](#).

Sie wissen es.

Galilei Galileo: "Wer die Wahrheit nicht kennt, der ist nur ein Dummkopf. Wer die Wahrheit kennt und sie Lüge nennt, ist ein Verbrecher!"

Übersetzung ohne Gewähr. Ausschlaggebend ist das Original. B. Jürschik-Busbach © 2014
Alle Artikel dieses Blogs können gerne zu nicht-kommerziellen Zwecken unter Angabe der
Quelle/Autorin und dem Original-Link verbreitet werden.

20 Mai 2014

[Borreliose - weltweit gingen die Patienten auf die Straße](#)



Eine exzellente englischsprachige Dokumentation unserer französischen Leidensgenossen von [Lyme Association sans Frontières, die](#) in Zusammenarbeit mit Ärzten (u. a. Dr. Horovitz, Frau Dr. Hopf-Seidel) und Betroffenen verschiedener Länder gedreht wurde. Diese Doku zeigt anschaulich, warum Patienten weltweit auf die Straße gehen. Wussten Sie, dass in Afrika Borreliose die zweithäufigste vektorübertragene Infektion nach Malaria ist?

<https://vimeo.com/95647143>

Danke für den Hinweis, Karima! :-)

Worldwide Lyme protest - Impressionen einer weltweiten Graswurzelbewegung, die sich aus dem Leid der Patienten speist

Am vergangenen Wochenende versammelten sich zum zweiten Mal Borreliose-Patienten auf der ganzen Welt, um ihren Unmut über realitätsferne US-Leitlinien der IDSA, mangelnde Therapie, unzureichende Diagnostik und Forschung kund zu tun.

Für Deutschland hatte das Aktionsbündnis gegen zeckenübertragene Infektionen Deutschland e. V., "OnLyme-Aktion.org" in fünf Städten Aktionen organisiert. Siehe: <http://onlyme-aktion.org/weltweiter-borreliose-protest-onlyme-aktion-org-ging-zum-zweiten-mal-auf-die-strasse-forderung-nach-besserer-medizinischer-versorgung/>

Zusammen mit weiteren MitstreiterInnen sorgte ein OnLyme-Aktion.org-Mitglied wie im Vorjahr dafür, dass die Schweiz ebenfalls beteiligt und im Schweizer Fernsehen zu sehen war:

<http://www.teletop.ch/programm/sendungen/top-news/detail/art/top-news-vom-17-mai-2014-001666460/>

Für alle, die nicht auf Facebook angemeldet sind, wo definitiv die meisten Bilder und Berichte aus allen Ländern zusammenlaufen, hier einige Links, die zu den Bildern der Beteiligten anderer Länder führen und auch ohne Facebook-Anmeldung sichtbar sind.

Zunächst mit einem herzlichen Dank an Lisa Hilton, hier ihre Übersicht über die Länder, in denen Aktionen stattfanden: <http://worldwidelymediseaseprotest.blogspot.de/p/countries-involved.html>

Auch in Frankreich schaffte man es in die Medien: http://www.francetvinfo.fr/replay-jt/france-3/19-20/jt-19-20-samedi-17-mai-2014_596987.html

und: <https://www.facebook.com/WWLymeProtestFrance>

Aus der deutschen Jugendlichen-Gruppe: <https://www.facebook.com/BorrelioseOnLymiesJugend>

Aktionen in den USA - [click!](#)

<https://www.facebook.com/worldwidelymeprotest>

[Großbritannien](#)

[Belgien](#)

[Niederlande](#)

[Australien](#)

[Rumänien](#)

[Luxemburg](#)

[Polen](#)

Weitere Bilder und Links folgen.

B. Jürschik-Busbach © 2014

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

16 Mai 2014

BREAKING NEWS +++ Lyme-Borreliose +++BREAKING NEWS +++



Borreliose - Patienten protestieren vor dem IDSA-Gebäude

Am Donnerstag, 22. Mai versammeln sich Boreliose-Patienten aus vielen US-Bundesstaaten gemeinsam vor dem Gebäude der IDSA (Amerikanische Gesellschaft für Infektionskrankheiten), deren kontrovers diskutierte Borreliose-Leitlinie international für weltweiten Protest und medizinische Unterversorgung der Patienten sorgt.

Borreliose - erneut Gesetz für größere therapeutische Freiheit der US-Ärzte verabschiedet

Am 12. Mai 2014 verabschiedete die New York State Assembly einstimmig ohne Enthaltungen und Gegenstimmen ein Gesetz ([Bill A07558A](#)) mit sofortiger Geltung, dass Ärzten erlaubt, Lyme-Borreliose-Patienten langfristig antibiotisch zu behandeln, ohne dafür disziplinarisch belangt werden zu können, [siehe hier](#). Ein ähnliches Gesetz ([Act H. 123](#)) war am 1. Mai 2014 in Vermont verabschiedet worden und wird am 1. Juli in Kraft treten.

Zeichnet sich ein Paradigmenwechsel ab?

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

14 Mai 2014

Borreliose - auch 2014 weltweite Protestaktionen



Borrelioseprotest in Peking, China

Bereits im letzten Jahr waren Tausende Menschen in mehr als 20 Ländern auf die Straße gegangen, um gegen die schweren Missstände bei der Lyme-Borreliose zu protestieren. [Das Aktionsbündnis OnLyme-Aktion.org hatte in Berlin zur Protestkundgebung geladen](#) und binnen weniger Wochen über 7000 Mitunterzeichner für einen Offenen Brief an den Gesundheitsminister gefunden.

Auch in diesem Jahr gehen die Betroffenen wieder auf die Straße, um auf die schlechte Versorgungslage der Borreliose-Patienten aufmerksam zu machen. OnLyme-Aktion.org liefert in fünf Städten Deutschlands Beitrag zum weltweiten Borrelioseprotest. Denn, merke: Borreliose und die schlechte medizinische Versorgung dieser Patienten ist ein weltweites Problem und daher protestieren 2014 Patienten in zig Ländern. Hier sieht man eine Landkarte der Länder, in denen Aktionen stattfinden werden: <http://whatislyme.com/2014-worldwide-lyme-disease-awareness-protest-locations-map/>

Hier weitere Impressionen vom Protest 2013:

<https://www.flickr.com/photos/95760016@N08/sets/72157633477799135/>

<http://onlyme-aktion.org/wp-content/uploads/2013/05/Info-weltweiter-Borrelioseprotest-2013.pdf>

Weitere Impressionen: <http://whatislyme.com/germany-in-the-worldwide-lyme-disease-protest/>

<http://onlyme-aktion.org/zeckenstich-borreliose-betroffene-fordern-am-17-mai-bessere-medizinische-versorgung-im-rahmen-weltweiter-aktionen/>

02 Apr 2014

Borreliose - die schlechte medizinische Versorgung treibt Patienten wieder auf die Straße



Mehr als 30 Jahre nach Entdeckung des Erregers der Lyme-Borreliose gibt es immer noch keine standardisierte, zuverlässige Diagnostik, keine sicher heilende Therapie, keinen Impfschutz und kaum Forschung. Nichts, was medizinisch notwendig wäre. Diese schlechte Versorgungslage treibt auch in diesem Jahr wieder die Menschen auf die Straße.

Samstag, 17. Mai 2014 ist Borreliose-Protesttag in 5 deutschen Städten

Das Aktionsbündnis "OnLyme-Aktion.org" hat für den 17. Mai in 5 Städten zur Protestkundgebung aufgerufen. Detaillierte Infos findet man hier:

<http://onlyme-aktion.org/zeckenstich-borreliose-betroffene-fordern-am-17-mai-bessere-medizinische-versorgung-im-rahmen-weltweiter-aktionen/>

Bereits im letzten Jahr hatte das Aktionsbündnis [in Berlin eine Demonstration organisiert](#), mehr als 7000 Mitunterzeichner für ihren Offenen Brief an den damaligen Gesundheitsminister Bahr gewonnen und einen Borreliose-Brief-Tag initiiert, an dem Betroffene sich mit ihren Fragen an Politiker und das NRZ Borrelien wenden konnten.

Raus aus der Komfortzone!

Stilles Leiden im eigenen Kämmerlein führt zu keiner Veränderung, weil "stilles Leiden" nun einmal dazu tendiert, unbemerkt zu bleiben. Das sollten sich alle Betroffenen bewusst machen. Wer, wenn nicht wir selbst, sollte für unsere Belange eintreten?

[Hier](#) im unabhängigen, werbefreien Forum des Aktionsbündnisses kann man kommentieren, Fahrgemeinschaften absprechen u. v. m.

Auf Facebook kann man die [Einladungen zu den einzelnen Veranstaltungen](#) annehmen.

**Ich selbst werde am Borreliose-Protest teilnehmen. Und wie steht es mit Ihnen?
Man sieht sich! :-)**

B. Jürschik-Busbach © 2014

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

02 Apr 2014

[Borreliose im fortgeschrittenen Stadium - Lebensqualität? US-Studie mit 3000 Teilnehmern](#)



Die US-Patientenorganisation LymeDisease.org hat eine Studie zur Lebensqualität von Patienten mit Borreliose im fortgeschrittenen/chronischem Stadium.

Chronische Lyme-Borreliose ist demnach mit einer schlechteren Lebensqualität verbunden als es bei den meisten anderen chronischen Krankheiten wie Diabetes, Multiple Sklerose und Asthma der Fall ist. Im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung haben Patienten mit chronischer Lyme-Borreliose mit einer höheren Rate an Invalidität und Arbeitslosigkeit zu kämpfen, sie müssen fünf Mal häufiger zum Arzt werden doppelt so häufig stationär behandelt, zeigte die Umfrage unter 3000 Patienten.

"Diese Studie kommt zu einem wichtigen Zeitpunkt. Obwohl die Zahl der Borreliose- Fälle in den USA wächst, ist nur wenig über Patienten mit chronischer Borreliose bekannt", sagt

eine Sprecherin der Organisation.

Die Studie mit über 3.000 Patienten, die an chronischer Lyme-Borreliose leiden ist [seit dem 27. März 2014 in der Open-Access-Fachzeitschrift PeerJ veröffentlicht](#) war eine gemeinsame Anstrengung von LymeDisease.org und Prof. Jennifer Mankoff von der Carnegie Mellon University. Die Studie verwendet Standard-Fragen, die von den Centers for Disease Control and Prevention (CDC) entwickelt wurden. Die CDC schätzt, dass mehr als 300.000 Menschen jedes Jahr an Lyme-Borreliose in den Vereinigten Staaten erkranken.

"Diese Studie kommt zu einem wichtigen Zeitpunkt", erklärt Lorraine Johnson, Vorsitzende von LymeDisease.org. "Obwohl die Zahl der Borreliose-Fälle in den USA wächst, ist nur wenig über chronische Borreliose-Patienten bekannt. Wir beschlossen, es sei Zeit, sie zu fragen."

Die Umfrage ergab, Borreliose-Patienten berichten über eine schlechtere Lebensqualität als Patienten mit anderen chronischen Krankheiten, darunter Herzinsuffizienz, Diabetes, Multiple Sklerose und Arthritis. Ausreichend oder schlecht bezeichneten 73% der Patienten mit chronischer Lyme-Borreliose ihren Gesundheitszustand, im Vergleich zu 16% der allgemeinen Bevölkerung.

"Das Ausmaß, in dem diese Krankheit den Alltag unterbricht, ist nicht allgemein anerkannt", sagt Jennifer Mankoff, außerordentliche Professorin am Human-Computer Interaction Institute der Carnegie Mellon University und Co-Autor der Studie. "Ein besseres Verständnis der Patientensicht und -Erfahrung ist entscheidend, um die Gesundheitsversorgung, die den Bedürfnissen der Patienten gerecht wird, sicherzustellen."

Die meisten Befragten berichten, sie leiden an drei oder mehr Symptomen, die stark oder sehr stark sind, wie Müdigkeit/Erschöpfung, Schlafstörungen, Gelenkschmerzen, Muskelschmerzen, und andere Arten von Schmerzen. Im Vergleich zur allgemeinen Bevölkerung besuchen Patienten mit chronischer Lyme-Borreliose fünf Mal häufiger einen Arzt und werden doppelt so häufig stationär behandelt.

Über 40% der Befragten berichten, dass sie derzeit aufgrund der Lyme-Borreliose nicht in der Lage sind, zu arbeiten und 24 % berichten, dass sie irgendwann wegen ihrer Krankheit erwerbsunfähig wurden. Das muss man in Relation zu den 6% der US-Bevölkerung setzen, die aufgrund einer Krankheit nicht arbeiten können. Körperliche oder psychische Gesundheitsprobleme lassen Borreliose-Patienten an 19 Tagen pro Monat nicht mehr "funktionieren", im Vergleich zu nur zwei Tagen pro Monat für die allgemeine Bevölkerung.

"Diese Studie zeigt, dass die meisten Patienten mit chronischer Lyme-Borreliose schwere Symptome aufweisen, die eine hohe medizinische Versorgung erfordern, und sie leiden unter einer niedrigen Lebensqualität mit hoher Invalidität und Arbeitslosigkeit", sagt Johnson.

Quelle: <https://peerj.com/articles/322.pdf>

Übersetzung ohne Gewähr. Ausschlaggebend ist das Original. B. Jürschik-Busbach © 2014

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

26 Mär 2014

[Borreliose: Von Menschen und Mäusen ... neue Studie zeigt Persistenz. Zeit für einen Paradigmenwechsel?](#)



Viele Patienten mit Lyme-Borreliose im späten Stadium erleiden nach einiger Zeit wieder einen Rückfall.

Eine 2014 in [PLoS One veröffentlichte Studie](#) zeigt, dass bei Studien-Mäusen Borrelien locker die antibiotische Behandlung mit Ceftriaxon überleben und die Infektion fröhlich wieder aufleben lassen. Die Autoren der Studie schreiben, dass diese Ergebnisse eine Herausforderung für eine wirksame Antibiotika-Behandlung darstellen. Weitere experimentelle Studien an Hunden, Mäusen und Primaten kamen ebenfalls zum Ergebnis, dass *Borrelia burgdorferi* s.l (Bbsl) erstaunlich persistent ist, auch nach einer Vielzahl eingesetzter Antibiotika und auch, wenn die Spirochäten danach nicht immer kultivierbar waren. Bb-DNA wurde auch nach antibiotischer Behandlung bei Menschen gefunden.

Kommen wir nochmal zu den Mäusen zurück: Die Bb-DNA-Last der Antibiotika-Mäusegruppe (30 Tage Therapiedauer) war nach 12 Monaten genauso hoch, wie jene der Salzwasser-Gruppe.

Insgesamt haben die vielen Studien mit verschiedenen Säugetieren unter Einsatz diverser Antibiotika (Doxycyclin, Amoxicillin, Ceftriaxon, Tigecyclin u. a.) eines gemeinsam: Das Ergebnis! Das Ergebnis nämlich, dass Borrelien offenbar trotz antibiotischer Therapie persistieren können. Ooops ...

Die Fahnenträger des "Borrelien-persistieren-nicht"-Mantras sollten sich daran erinnern, dass Zweifel und nicht Gewissheit die Triebfeder der Wissenschaft ist. Es kann nicht darum gehen, eine Krankheit leicht definierbar zu machen, wenn sie es nicht ist. Hier geht es nicht um's Rechthaben, um Schwarz und Weiß, um "Keime werden durch Antibiotika abgetötet. Immer. Ende der Geschichte."

Wir erinnern uns: Das [Konzept des Post-Lyme-Syndroms](#) bleibt bisher jeden Nachweis/Beweis schuldig und selbst die CDC räumen ein, dass es bei 10 bis 20 % der Patienten zu wiederkehrenden oder persistierenden Symptomen kommt. Seit Jahrzehnten kein Nachweis, behauptet wird es dennoch unverdrossen! Viele Mikroben lassen sich auch durch Antibiotika nicht vollständig zerstören und können zu chronischen Krankheiten beitragen. Man denke nur an Mykoplasmen oder Chlamydien.

Seit Jahrzehnten stemmen sich Patienten und behandelnde Ärzte gegen das vorherrschende Paradigma der obersten IDSA-Fahnenträger. Und jetzt wurde schon wieder eine Studie veröffentlicht, die zeigt, dass es Zeit ist, das eigene Ego und die vorgefassten Meinungen zur Seite zu schieben und mal mit frischem

Blick auf diese Erkrankung zu schauen. Der Paradigmenwechsel wird sich wohl nicht verhindern lassen. Er ist nur eine Frage der Zeit ...

B. Jürschik-Busbach © 2014.

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

19 Mär 2014

[Borreliose: Die weltweite Suche nach Antworten - Teil 7: Kanada](#)



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 [Österreich \(Folge 6\)](#), [Frankreich \(Folge 5\)](#), [Deutschland \(Folge 4\)](#) die [Niederlande \(Folge 3\)](#), [über Norwegen \(Folge 2\)](#) und [die Einleitung zur Serie](#).

In dieser Folge der Serie erfahren wir etwas über die Situation in Kanada.

Weil Singvögel die Borrelien-Vektoren (Zecken) über ganze Kontinente verbreiten, muss man sich nicht in einem "Endemiegebiet" aufgehalten haben, um an Borreliose zu erkranken. Der Aufenthalt im eigenen Garten reicht. John D. Scott (Gründer der Ontario Lyme Disease Association).

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

Nick Ogden: Im Jahr 2011 gab es 258 Fälle, die der Public Health Agency of Canada gemeldet wurden. Dazu gehören Fälle von Erythema migrans (EM), ohne serologische Testergebnisse. Wie für die meisten meldepflichtigen Krankheiten gibt es einige Grade der Untererfassung; wir sammeln weitere Informationen und werden dann sicher in der Lage sein, das Ausmaß der Untererfassung besser zu verstehen.

Lyme-Borreliose kann sich nicht einfach in anderen Teilen der Welt verbreiten, weil die Krankheit durch den Stich bestimmter Zeckenarten ausgelöst wird. Diese Zecken müssen vorhanden sein, um ein ständiges Risiko für diese Krankheit zu bilden.

Jim Wilson: Wir haben keine genauen Aufzeichnungen, da Lyme-Borreliose erst 2010 landesweit meldepflichtig wurde und auch jetzt sind die Meldungen nur sporadisch. Ärzte in Kanada fürchten sich, Lyme-Borreliose (LB) zu diagnostizieren, weil sie alle gehört haben, dass jeder Arzt, der als Borreliose-Experte bekannt wird entweder seine Approbation zurückgeben oder ganz aufhören muss, LB-Patienten zu behandeln. Ärzte von einer Küste zur anderen raten Patienten, das Land zu verlassen, um die richtige Diagnose und Behandlung zu erhalten.

Alle Daten, die als Beweis für die Prävalenz angesehen werden könnten, sind in in jedem Fall sehr ungenau, weil aktuelle kanadische Tests den US-CDC-Surveillancekriterien gemäß der Infectious Disease Society of America (IDSA) folgen, die nur den Borrelien-Stamm B31 verwenden, obwohl von der Public Health Agency of Canada (Dr. Nick Ogden) und vom kanadischen Forscher John Scott Nachweise veröffentlicht wurden, die zeigen, dass in Kanada eine große Vielfalt innerhalb der Gattung Borrelia vorherrscht. Bb-B31 ist ein Stamm der US-Ostküste und ist ein von Zecken abgeleiteter Stamm. Die Tests sind weder in der Lage den Stamm N40, 297 (einen vom Menschen abgeleiteten Stamm, der auch von Igenex in Kalifornien verwendet wird) zu finden, noch spüren sie alle Borrelien-Spezies auf, die weit genug von der genetischen BB-B31-Skala entfernt sind, von denen es viele in Nordamerika gibt.

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

Nick Ogden: Obwohl weniger häufig, kann der schwarzbeinige Holzbock (Hirschzecke) eine Vielzahl von anderen Krankheiten zusätzlich zur Lyme-Borreliose auf den Menschen übertragen: Anaplasmoze, Babesiose, Powassan-Enzephalitis-Virus, einen neuen Stamm von Ehrlichiose durch ein Bakterium ähnlich der Ehrlichia murisand-Krankheit, verbunden mit einer Borrelia miyamotoi-Infektion.

Jim Wilson: Wir haben keine Ahnung, weil Tests sind selten und in den meisten Provinzen wird von ihnen mit dem lächerlichen Zirkelschluss abgeraten, es gebe nur wenige positive Fälle, warum also Geld auf Tests verschwenden. Das ist die gleiche Logik, mit der sie bestimmen wollen, ob ein Test wirklich positiv oder falsch-positiv ist.

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

Nick Ogden: Lyme-Borreliose wird mit Hilfe eines zweistufigen Testverfahrens: ELISA- Screening-Test, gefolgt von einem Western-Blot- Bestätigungstest, diagnostiziert. Das zweistufige Testverfahren wird verwendet, weil die beiden Tests zusammen genauere Ergebnisse ermöglichen. Dieser Ansatz ist derzeit die beste Labormethode für die Ergänzung klinischer Informationen über LB, der zur Verfügung steht und er ist der empfohlene Gold-Standard der US- und kanadischen Gesundheitsorganisationen.

Alle Labortests haben eine Fehlerquote und die Behörden empfehlen, die Lyme-Borreliose sollte in erster Linie eine klinische Diagnose sein, die durch Labortests unterstützt wird.

Glauben Sie, dass es chronische LB gibt oder ist es eine falsche Bezeichnung für andere Krankheiten, die durch LB getriggert werden? Falls Sie an die Existenz chronischer LB glauben, welche wirksamen Wege der Behandlung gibt es Ihrer Meinung nach?

Nick Ogden: Es gibt viele Diskussionen in der medizinischen Gemeinschaft über Therapien, die bei chronischer LB ansprechen. Der Mainstream der medizinischen Wissenschaftsgemeinschaft kommt derzeit zu dem Schluss, dass die chronische LB entweder eine sehr seltene Erkrankung ist oder gar nicht existiert.

Es wird anerkannt, dass einige Patienten, die nachweislich an LB gelitten haben, und die eine entsprechende Behandlung erhalten haben, unter chronisch schwächenden Symptomen unbekannter Ursache leiden. Dieser Zustand wurde Lyme-Borreliose-Syndrom (PLDS) genannt, die nicht auf eine Antibiotika-Behandlung anspreche.

Jim Wilson: Dieser Zustand ist absolut vorhanden, und ist auf jeden Fall die Ursache für andere Diagnosen,

entweder direkt oder indirekt. Wie Sie wahrscheinlich wissen, haben Spirochäten-Bakterien und Multiple Sklerose eine lange gemeinsame Zeit (seit 1911, soweit ich mich erinnere).

Was ist der Schwerpunkt Ihrer Forschung und was glauben Sie müsste getan werden, um Fortschritte zu erzielen?

John Scott: Ich habe mich auf die Quelle der Lyme-Borreliose in der Natur in Kanada fokussiert. Seit 1991 habe ich mehrere Studien durchgeführt, die auf Zecken, gesammelt von Vogel- und Säugerwirten zielte, da es mein Ziel ist, die natürlichen Quellen des Borreliose-Bakterium *Borrelia burgdorferi* zu finden. Während unserer bundesweiten Zeckenwirt-Studien haben wir 6 verschiedene Zeckenarten gefunden, die alle *B. burgdorferi* enthalten und übertragen. Insgesamt habe ich 37 verschiedene Zeckenarten identifiziert und 14 wissenschaftliche Artikel (peer-reviewed) veröffentlicht. Bemerkenswert ist, dass wir divergierende Stämme von *B. burgdorferi* gefunden haben und letztlich beeinflussen diese verschiedenen Stämme die Ergebnisse der serologischen Screeningtests bei Patienten.

Janet und Felix Sperling: Unsere Forschung ist darauf konzentriert, das gesamte Bakterien-Spektrum zu beschreiben, das in borrelienübertragenden Zecken gefunden wird. Basierend auf der neuesten Generation von Sequenzierungstechniken sind wir in der Lage, eine Zählung aller Bakterien in einer Zecke vorzunehmen. In Zusammenarbeit mit Professor Vett Lloyd von der Mount Allison University in New Brunswick und Professor Reuben Kaufman von Salt Spring Island British Columbia, und mit Unterstützung von unseren brasilianischen Kollegen Karina und Marcelo Brandao sowie der technischen Unterstützung von der Molekularbiologie an der Universität von Alberta, haben wir sehr vielversprechende vorläufige Ergebnisse erzielt, die zeigen, dass Ixodes-Zecken in Kanada eine Vielzahl von vielen Dutzend Bakteriengattungen in sich tragen, nicht nur Lyme-Borreliose. Da wir jetzt alle Bakterien gleichzeitig beobachten, können wir auch Interaktionseffekte beschreiben. Zum Beispiel würde eine Zecke, die neben LB zusätzlich Babesien hat, eine schwerwiegendere Krankheit übertragen, als "nur" LB. Mit den Techniken von Felix Labor an der Universität von Alberta können wir schnell feststellen, wie viele Bakterien in einer bestimmten Zecke gefunden werden. Kanada erlebt derzeit eine Erweiterung im Bereich der Lyme-Borreliose, so dass wir an einem Wendepunkt in der Ökologie dieser Krankheit sind, die von entscheidender Bedeutung für das sorgfältige Studium aus verschiedenen Blickwinkeln ist.

"Die höchste Priorität für die Forschung ist eine bessere Diagnostik. Ebenso wichtig ist eine verbesserte Diagnose für Co-Infektionen. Solange wir nicht feststellen können, gegen welche Bakterien behandelt werden muss, solange segeln wir in unbekanntem Gewässern." - Felix und Janet Sperling

Janet und Felix Sperling: Die höchste Priorität für die Forschung ist eine bessere Diagnostik. An diesem Punkt haben wir keine genaue Methode, um festzustellen, ob jemand an einer LB leidet oder an einer Krankheit, die der LB ähnelt. Ebenso wichtig ist eine verbesserte Diagnose für Co-Infektionen. Die Techniken, die wir bei den Zecken verwenden können potenziell auch in menschlichem Gewebe angewendet werden. Das könnte ein guter Weg sein, um zu sehen, welche Bakterien im Gewebe von Menschen, die an LB leiden gefunden werden.

Übersetzung B. Jürschik-Busbach © 2014

Quelle: http://www.huffingtonpost.com/c-m-rubin/global-education_b_3685974.html

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 Australien und Finnland beschäftigen.
10 Mär 2014

[Borreliose: US-Film - sehenswert!](#)

Dieser Film zeigt sehr deutlich die große Diskrepanz zwischen neueren Forschungsergebnissen und dem, was immer noch nicht Eingang in das gängige Wissen über Diagnose und Therapie zeckenübertragener Infektionen gefunden hat.

26 Feb 2014

[Borreliose: Interview mit Dr. Bransfield, ILADS](#)



In einem Interview, das hier in Auszügen übersetzt und zusammengefasst wird, erläutert der US-Mediziner, Dr. Bransfield, die Borreliose-Problematik aus seiner Sicht.

Welche wichtigen oder positiven Fortschritte gab es in den letzten 15 Jahren bei der Lyme-Borreliose?

Als Psychiater habe ich während meiner gesamten Karriere viele Patienten mit schlecht verstandenen Krankheiten behandelt. Krankheiten, die als imaginär betrachtet wurden, weil es für viele schwer war, die wahre Natur dieser Krankheiten zu verstehen. Die hohe Komplexität der Lyme-Borreliose lädt zu Verwirrung und intensiver Kontroverse ein.

Ich war überrascht und verwirrt über die Starrheit und die erniedrigende Attitüde, die diese Krankheit umgab und die ich bei manchen Kollegen beobachtete; ich habe versucht diese besser zu verstehen. Ohne Verständnis der engen und starren Definition der Lyme-Borreliose, sahen viele von uns die Notwendigkeit für besser organisierte Ärzte, für andere Ärzte, Patienten und Fürsprecher.

In den letzten fünfzehn Jahren entstand die finnische Borreliose Association und auch andere Gruppen wurden stärker. Wir gewannen mehr Einfluss und die Bedeutung der Lyme-Borreliose ist zunehmend in der Öffentlichkeit und der medizinischen Gemeinschaft offensichtlich geworden. Gemeinsam hatten wir eine starke globale Auswirkung.

Doch ich war immer noch über den Widerstand verwirrt, der Fortschritte in der Medizin und der Wissenschaft in Bezug auf Lyme-Borreliose verhindert. Der Grund für den Widerstand wurde in einer Szene in der Mitte des Films "Under Our Skin" deutlich, als Dr. Willy Burgdorfer, der Entdecker von *Borrelia burgdorferi*, sagte: "Der Streit in der Lyme-Borreliose-Forschung ist eine beschämende Angelegenheit und ich sage dies, weil die ganze Sache politisch verdorben wird. Geld geht an die gleichen Leute, die in den letzten 30 Jahren die immer gleichen Dinge produzieren - nichts."

Nach weiterer Forschung ergab das alles einen Sinn. Eine sehr einflussreiche Gruppe investierte stark in die Definition dieser Krankheit durch Antikörper-Tests, unabhängig von klinischen Realitäten. Diejenigen, die auf die immunbasierte Definition setzten, waren meist eine Reihe von [NIH](#)-Mikrobiologen, eine Gruppe Wissenschaftler und Ärzte, die Forschungsmittel von den [NIH](#) erhielten und viele gut meinende Ärzte, die deren Forschung unter dem Autoritätsaspekt betrachteten. Auf der anderen Seite standen Ärzte, denen die klinische Beurteilung und die langfristige Verantwortung für die Versorgung der Borreliose-Patienten wichtig war.

Die Lyme-Borreliose-Kontroverse erreicht nun einen Wendepunkt. Nach vielen Jahren beginnen die US-Centers for Disease Control, den Umfang der Lyme-Borreliose-Epidemie zu erkennen. Sie scheinen auch zu erkennen, dass die meisten Patienten eine länger währende antibiotische Behandlung benötigen. Vielen Dank an alle in Finnland und überall auf der Welt, dass sie Teil dieser Bemühungen sind!

Was denken Sie, ist das größte Problem der Borreliose-Patienten und was hoffen Sie, sollte geschehen?

Das größte Problem bei der Lyme-Borreliose ist eine Bewegung, die die traditionelle Medizin ersetzen will. Die traditionelle Medizin, die die Patienten-Arzt-Beziehung betont, das aufmerksame Zuhören, eine gründliche Untersuchung des Patienten und die individuelle klinische Beurteilung sieht sich einer zentralisierten Macht des Gesundheitssystems gegenüber, die stattdessen bestimmten Tests und Leitlinien eine starre Bedeutung beimisst.

Technik und der medizinische Industrie-Komplex hilft uns die Wissenschaft und Medizin voranzubringen, aber sie müssen der Arzt-Patienten-Beziehung dienen und nicht mit ihr konkurrieren und sie davon ablenken.

Ich hoffe, die Mängel eines Großteils der aktuellen immunbasierten Tests werden immer offensichtlicher, und sie werden endlich durch zuverlässigere DNA-Microarray-Tests und -Kulturen ersetzt. Ich würde auch hoffen, dass die aktuellen Kooperationen weiterhin unser Wissen über zeckenübertragene Krankheiten in der ganzen Welt befördern.

B. Jürschik-Busbach © 2014. Alle Artikel dieses Blogs können gerne zu nicht-kommerziellen Zwecken unter Angabe der Quelle/Autorin und dem Original-Link verbreitet werden.

21 Feb 2014

[Borreliose: Schon mal vormerken! April-Termine](#)



Jahrestagung der Deutschen Borreliose Gesellschaft - 4. bis 5. April in Erfurt

Vom 4. bis 5. April findet in diesem Jahr die Jahrestagung der Deutschen Borreliose-Gesellschaft in Erfurt statt. Hinweise zum Programm, zu den Vorträgen und Workshops finden Sie hier: <http://www.borreliose->

www.borreliose-verschwiegene-epidemie.de

gesellschaft.de/de/TagungenFortbildung/2014Erfurt.

Die Landesärztekammer Thüringen erkennt den Besuch der Tagung mit **16 Fortbildungspunkten** an. [Hier](#) geht es zu den Anmeldeunterlagen und dem [Info-Flyer](#).

Jährlicher Europäischer ILADS-Kongress 2014 - 25. bis 26. April in Augsburg

Das Konferenzprogramm sowie weitere Informationen findet man (in englischer Sprache) hier: <https://ww2.eventrebels.com/er/CFP/ResourceCenterSessionView.jsp?CFPID=373&Token=HCMTJS4F6&StyleID=2011>

Registration: 08:00 AM - 10:00 AM Welcome: 08:15 AM - 08:30 AM Plenary Session: 08:30 AM - 09:15 AM
Title: Lyme Disease History and Evolution of Tick Borne Disease
[Raphael Stricker, MD](#)

Plenary Session: 09:15 AM - 10:00 AM **Title: Clinincal Presentation of Lyme**
[Christine Green, MD](#)

Networking Break: 10:00 AM - 10:30 AM Plenary Session: 10:30 AM - 11:15 AM **Title: Interpreting and Using Laboratory Tests in Practice**
[Armin Schwarzbach, MD, PhD](#)

Plenary Session: 11:15 AM - 12:00 PM **Title: Treatment of Tick Borne Disease**
[Samuel Shor, MD, FACP](#)

Ask Experts - Q&A Panel: 12:00 PM - 12:30 PM Lunch: 12:30 PM - 01:30 PM Plenary Session: 01:30 PM - 02:15 PM **Title: Co-infections: Presentation, Diagnosis and Treatment**
[Carsten Nicolaus MD, PhD](#)

Plenary Session: 02:15 PM - 03:00 PM **Title: Lyme Disease, Neuropsychological Challenges for Children and Families**
[Leo Shea, III, PhD](#)

Networking Break: 03:00 PM - 03:30 PM Plenary Session: 03:30 PM - 04:15 PM **Title: Building an Evidence Based Lyme Practice**
[Daniel Cameron, MD, MPH](#)

Questions - All Faculty: 04:15 PM - 04:45 PM Reception in the "Golden Hall," Town Hall of Augsburg by the Lord Mayor: 06:00 PM - 07:00 PM

Saturday, 4/26/2014 Registration: 07:30 AM - 09:00 AM Welcome: 08:15 AM - 08:30 AM Plenary Session: 08:30 AM - 09:15 AM **Title: Tickborne Diseases Public Survey**
[Valerie Obsomer, PhD](#)

Plenary Session: 09:15 AM - 10:00 AM **Title: Hyperbaric Oxygen Therapy in the Management of Lyme Disease**
[Samuel Shor, MD, FACP](#)

Networking Break: 10:00 AM - 10:30 AM Plenary Session: 10:30 AM - 11:00 AM **Title: Advances in Pleomorphic Forms of Borrelia**

[Leona Gilbert, PhD](#)

Plenary Session: 11:00 AM - 11:30 AM **Title: Limits of Laboratory Diagnosis of Tick-Borne Diseases**
[Armin Schwarzbach, MD, PhD](#)

Plenary Session: 11:30 AM - 12:00 PM **Title: Direct Confirmation test of Borrelia in Different Tissues**
[Ablin Obiltschnig, MD](#)

Questions: 12:00 PM - 12:30 PM Lunch with Speaker: 12:30 PM - 02:00 PM **Title: Consequences of Adrenal Response on Immunity, Gut, Permeability and Brain Activity**
[Pol De Saedeleer](#)

Plenary Session: 02:00 PM - 02:30 PM **Title: Sexual Transmission of Borrelia**
[Raphael Stricker, MD](#)

Plenary Session: 02:30 PM - 03:00 PM **Title: Chlamydial Pathology**
[Christine Green, MD](#)

Plenary Session: 03:00 PM - 03:30 PM **Title: Lyme Treatment in ALS and MS Patients**
[David Martz, M.D.](#)

Networking Break: 03:30 PM - 04:00 PM Plenary Session: 04:00 PM - 04:30 PM **Title: Morgellon's Disease: The Newest Lyme Co-infection?**
[Ginger Savely, DNP, FNP](#)

Plenary Session: 04:30 PM - 05:00 PM **Title: LymeCare A New Supportive Tool for Lyme Doctors and Patients?**
[Carsten Nicolaus MD, PhD](#)

Questions: 05:00 PM - 05:30 PM - See more at:
<https://ww2.eventrebels.com/er/CFP/ResourceCenterSessionView.jsp?CFPID=373&Token=HCMTJS4F6&StylID=2011#sthash.SYaDLeQC.dpuf>
Registration: 08:00 AM - 10:00 AM Welcome: 08:15 AM - 08:30 AM Plenary Session: 08:30 AM - 09:15 AM
Title: Lyme Disease History and Evolution of Tick Borne Disease
[Raphael Stricker, MD](#)

Plenary Session: 09:15 AM - 10:00 AM **Title: Clinical Presentation of Lyme**
[Christine Green, MD](#)

Networking Break: 10:00 AM - 10:30 AM Plenary Session: 10:30 AM - 11:15 AM **Title: Interpreting and Using Laboratory Tests in Practice**
[Armin Schwarzbach, MD, PhD](#)

Plenary Session: 11:15 AM - 12:00 PM **Title: Treatment of Tick Borne Disease**
[Samuel Shor, MD, FACP](#)

Ask Experts - Q&A Panel: 12:00 PM - 12:30 PM Lunch: 12:30 PM - 01:30 PM Plenary Session: 01:30 PM - 02:15 PM **Title: Co-infections: Presentation, Diagnosis and Treatment**
[Carsten Nicolaus MD, PhD](#)

Plenary Session: 02:15 PM - 03:00 PM **Title: Lyme Disease, Neuropsychological Challenges for Children and Families**

[Leo Shea, III, PhD](#)

Networking Break: 03:00 PM - 03:30 PM Plenary Session: 03:30 PM - 04:15 PM **Title: Building an Evidence Based Lyme Practice**

[Daniel Cameron, MD, MPH](#)

Questions - All Faculty: 04:15 PM - 04:45 PM Reception in the "Golden Hall," Town Hall of Augsburg by the Lord Mayor: 06:00 PM - 07:00 PM

Saturday, 4/26/2014 Registration: 07:30 AM - 09:00 AM Welcome: 08:15 AM - 08:30 AM Plenary Session: 08:30 AM - 09:15 AM **Title: Tickborne Diseases Public Survey**

[Valerie Obsomer, PhD](#)

Plenary Session: 09:15 AM - 10:00 AM **Title: Hyperbaric Oxygen Therapy in the Management of Lyme Disease**

[Samuel Shor, MD, FACP](#)

Networking Break: 10:00 AM - 10:30 AM Plenary Session: 10:30 AM - 11:00 AM **Title: Advances in Pleomorphic Forms of Borrelia**

[Leona Gilbert, PhD](#)

Plenary Session: 11:00 AM - 11:30 AM **Title: Limits of Laboratory Diagnosis of Tick-Borne Diseases**

[Armin Schwarzbach, MD, PhD](#)

Plenary Session: 11:30 AM - 12:00 PM **Title: Direct Confirmation test of Borrelia in Different Tissues**

[Ablin Obiltschnig, MD](#)

Questions: 12:00 PM - 12:30 PM Lunch with Speaker: 12:30 PM - 02:00 PM **Title: Consequences of Adrenal Response on Immunity, Gut, Permeability and Brain Activity**

[Pol De Saedeleer](#)

Plenary Session: 02:00 PM - 02:30 PM **Title: Sexual Transmission of Borrelia**

[Raphael Stricker, MD](#)

Plenary Session: 02:30 PM - 03:00 PM **Title: Chlamydial Pathology**

[Christine Green, MD](#)

Plenary Session: 03:00 PM - 03:30 PM **Title: Lyme Treatment in ALS and MS Patients**

[David Martz, M.D.](#)

Networking Break: 03:30 PM - 04:00 PM Plenary Session: 04:00 PM - 04:30 PM **Title: Morgellon's Disease: The Newest Lyme Co-infection?**

[Ginger Savely, DNP, FNP](#)

Plenary Session: 04:30 PM - 05:00 PM **Title: LymeCare A New Supportive Tool for Lyme Doctors and Patients?**

[Carsten Nicolaus MD, PhD](#)

Registration: 08:00 AM - 10:00 AM Welcome: 08:15 AM - 08:30 AM Plenary Session: 08:30 AM - 09:15 AM

Title: Lyme Disease History and Evolution of Tick Borne Disease

[Raphael Stricker, MD](#)

Plenary Session: 09:15 AM - 10:00 AM **Title: Clinical Presentation of Lyme**

[Christine Green, MD](#)

Networking Break: 10:00 AM - 10:30 AM Plenary Session: 10:30 AM - 11:15 AM **Title: Interpreting and Using Laboratory Tests in Practice**

[Armin Schwarzbach, MD, PhD](#)

Plenary Session: 11:15 AM - 12:00 PM **Title: Treatment of Tick Borne Disease**

[Samuel Shor, MD, FACP](#)

Ask Experts - Q&A Panel: 12:00 PM - 12:30 PM Lunch: 12:30 PM - 01:30 PM Plenary Session: 01:30 PM - 02:15 PM **Title: Co-infections: Presentation, Diagnosis and Treatment**

[Carsten Nicolaus MD, PhD](#)

Plenary Session: 02:15 PM - 03:00 PM **Title: Lyme Disease, Neuropsychological Challenges for Children and Families**

[Leo Shea, III, PhD](#)

Networking Break: 03:00 PM - 03:30 PM Plenary Session: 03:30 PM - 04:15 PM **Title: Building an Evidence Based Lyme Practice**

[Daniel Cameron, MD, MPH](#)

Questions - All Faculty: 04:15 PM - 04:45 PM Reception in the "Golden Hall," Town Hall of Augsburg by the Lord Mayor: 06:00 PM - 07:00 PM

Saturday, 4/26/2014 Registration: 07:30 AM - 09:00 AM Welcome: 08:15 AM - 08:30 AM Plenary Session: 08:30 AM - 09:15 AM **Title: Tickborne Diseases Public Survey**

[Valerie Obsomer, PhD](#)

Plenary Session: 09:15 AM - 10:00 AM **Title: Hyperbaric Oxygen Therapy in the Management of Lyme Disease**

[Samuel Shor, MD, FACP](#)

Networking Break: 10:00 AM - 10:30 AM Plenary Session: 10:30 AM - 11:00 AM **Title: Advances in Pleomorphic Forms of Borrelia**

[Leona Gilbert, PhD](#)

Plenary Session: 11:00 AM - 11:30 AM **Title: Limits of Laboratory Diagnosis of Tick-Borne Diseases**

[Armin Schwarzbach, MD, PhD](#)

Plenary Session: 11:30 AM - 12:00 PM **Title: Direct Confirmation test of Borrelia in Different Tissues**

[Ablin Obiltschnig, MD](#)

Questions: 12:00 PM - 12:30 PM Lunch with Speaker: 12:30 PM - 02:00 PM **Title: Consequences of Adrenal Response on Immunity, Gut, Permeability and Brain Activity**

[Pol De Saedeleer](#)

Plenary Session: 02:00 PM - 02:30 PM **Title: Sexual Transmission of Borrelia**

[Raphael Stricker, MD](#)

Plenary Session: 02:30 PM - 03:00 PM **Title: Chlamydial Pathology**

[Christine Green, MD](#)

Plenary Session: 03:00 PM - 03:30 PM **Title: Lyme Treatment in ALS and MS Patients**

[David Martz, M.D.](#)

Networking Break: 03:30 PM - 04:00 PM Plenary Session: 04:00 PM - 04:30 PM **Title: Morgellon's Disease: The Newest Lyme Co-infection?**

[Ginger Savely, DNP, FNP](#)

Plenary Session: 04:30 PM - 05:00 PM **Title: LymeCare A New Supportive Tool for Lyme Doctors and Patients?**

[Carsten Nicolaus MD, PhD](#)

13 Feb 2014

[Borreliose: Klinische Mini-Studie ergab: Test auf persistierende Borreliose unter Verwendung lebender Zecken wird gut vertragen](#)



Am US-Tufts Medical Center hat man die erste Studie ihrer Art mit lebenden Zeckenlarven durchgeführt. In der Studie will man mittels der sogenannten Xenodiagnose erkennen, ob persistierende Symptome wie Fatigue oder Arthritis nach einer Antibiotika-Therapie mit überlebenden Spirochätenbakterien zusammenhängen. Für diese Studie werden weiterhin Probanden gesucht. Das ist auch nötig, denn diese niedliche kleine Studie umfasst lediglich 36 Probanden und ist in ihrer Aussagekraft somit arg limitiert.

Bei der Xenodiagnose werden gesunde, nicht-infizierte Zeckenlarven verwendet, um festzustellen, ob sie sich an den Probanden mit Borrelien infizieren. Diese Diagnostik sei von den Probanden gut vertragen worden, doch man habe in den meisten Fällen keine Evidenz für lebende Borrelien gefunden. Es seien größere Studien notwendig, sagen die Wissenschaftler, um die Bedeutung der positiven Xenodiagnose-Ergebnisse in Fällen, wo Lyme-Borreliose-Symptome anhalten näher bestimmen zu können.

Teilgenommen haben 10 Personen, die vermeintlich am bis heute unbewiesenen Post-Lyme-Syndrom leiden, 10 Personen mit hoher Antikörper-Zahl gegen *Borrelia burgdorferi* (Bb) nach antibiotischer Behandlung, 5 Personen mit einem Erythema migrans (EM) (einschl. absolvierter antibiotischer Therapie), eine Person mit EM, die anlässlich der Studie mit einer antibiotischen Behandlung begann und

10 gesunden Probanden.

Die Zeckenlarven wurden unter einem Verband möglichst nahe an betroffenen Gelenken oder dem EM platziert. Nach vier bis sechs Tagen wurden die Zecken entfernt und auf Bb untersucht.

Bei 23 Freiwilligen mit Lyme-Borreliose hatte mindestens eine Zecke gesaugt, davon wurden 19 Personen negativ getestet. Zwei Personen hatten unbestimmte Ergebnisse, vielleicht wegen Laborkontamination. Die Xenodiagnose war nur bei zwei Personen (eine mit EM, eine mit Post-Lyme-Syndrom) positiv auf Bb-DNA.

Noch sucht man weitere Teilnehmer für diese Studie, die man unter ClinicalTrials.gov mit der Kennung NCT01143558, findet.

Quelle: <http://www.niaid.nih.gov/news/newsreleases/2014/Pages/lymeTest.aspx>

Anzumerken wäre vielleicht noch, dass die Lyme Clinic des Tufts Medical Centers fest in der Hand IDSA-orientierter Rheumatologen ist.

B. Jürschik-Busbach © 2014.

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

12 Feb 2014

[Borreliose - Aktionsbündnis engagiert sich in Leitlinienkonferenz](#)



Gestern, 11.2.2014, fand in Frankfurt a. M. die zweite Borreliose-Leitlinienkonferenz statt. Mitglieder der gesundheitspolitischen Arbeitsgruppe von OnLyme-Aktion.org, dem Aktionsbündnis gegen zeckenübertragene Infektionen Deutschland e. V. hatten Zahlen (siehe auch www.borreliose-nachrichten.de) und Fakten für die Konferenz vorbereitet, um die vielen Aspekte und offenen Fragen aus Patientensicht darzustellen. Vielen Dank für dieses Engagement!

<http://onlyme-aktion.org/onlyme-aktion-org-gibt-borreliosepatienten-auf-leitlinienkonferenz-eine-stimme/>

04 Feb 2014

[Borreliose und AIDS - Lassen wir die Geschichte sich wiederholen? Teil 2](#)



Vor kurzem erschien ein sehr interessanter, langer Artikel über die Parallelen zwischen der AIDS-Problematik Anfang der 1980er und der Borreliose-Bewegung. [Hier können Sie den 1. Teil der Zusammenfassung und Übersetzung](#) lesen.

Daryl Hall und die Schriftstellerin Amy Tan sind zwei der Stars mit LB, die versuchen, der Öffentlichkeit klar zu machen, dass jeder diesem Krankheitsrisiko ausgesetzt ist, das zu lähmenden neurologischen und körperlichen Symptomen führen kann.

Tan, die unter Neuroborreliose im späten Stadium leidet, bezeichnet sich als "typischen Fall". Vor der Behandlung litt sie an Halluzinationen, schrecklichen Albträumen, Sprachstörungen, Neuropathie, starker Müdigkeit und Gedächtnisproblemen, die dafür sorgten, dass sie sich sogar in der eigenen Nachbarschaft verlor.

Tan sagt, dass ihre Symptome zu 85 Prozent besser wurden, nach einem Jahr intravenöser antibiotischer Therapie - im Gegensatz zur empfohlenen 2 bis 4-Wochen-Therapie. Sie fühlte auch, dass es weiterhin notwendig war, ihre Krankheit für viele Jahre weiterhin antibiotisch zu behandeln.

Daryl Hall, dessen Frau und zwei Stiefkinder ebenfalls an der Krankheit leiden, glaubt, dass die fehlende Anerkennung der chronischen Borreliose durch die CDC für jeden, der mit dieser Krankheit lebt, "nahezu ein schlechter Witz" ist. Gerade jetzt laute die vorherrschende "Weisheit": Geben Sie jemand [Doxycyclin] und hoffen sie das Beste. Und genau das funktioniert nicht. Es funktioniert manchmal mit einigen Leuten ... Aber ich würde sagen, für die Mehrheit der Menschen ist das nicht die richtige Antwort.

Siebenundsiebzig Peer-Reviewed-Studien von 1977 bis 2012 zeigen, dass die LB-Infektion trotz der empfohlenen Antibiotika-Behandlung bestehen bleiben kann. Doch weil die chronische Lyme-Borreliose nicht durch das medizinische Establishment anerkannt wird, bestehen Versicherungen darauf, dass diese Krankheit nicht existiert und verweigern daher die Bezahlung einer langfristigen Behandlung. Wie AIDS-Patienten in den ersten Tagen müssen viele LB-Patienten mit anhaltenden Beschwerden außerhalb des Systems versuchen, Medikamente zu bekommen.

Viele wenden sich an private "Borreliose-Spezialisten", die bereit sind, ihnen langfristig Antibiotika zu

verschreiben, auch auf die Gefahr eines Angriffs durch Ärztekammern. Aber die Kosten für diese Behandlungen können exorbitant sein, wodurch die Patienten mit erheblichen finanziellen Härten zu kämpfen haben. Lyme-Experte Deborah Metzger, beschreibt die durchschnittliche Länge der Langzeit-Behandlung in der Regel mit ein bis fünf Jahren. Für diejenigen, die IV-Antibiotika benötigen, belaufen sich die Kosten auf \$ 12.000 bis \$ 36.000 pro Jahr.

Immer mehr Patienten sind gezwungen weit zu reisen, um borreliosekundige Ärzte aufzusuchen. Sie sind zu geschwächt, um zu arbeiten und können sich keine privatbezahlten Spezialisten leisten. So haben sie keine andere Wahl, als auf eine Konfrontationstaktik zu setzen, wie damals die AIDS-Koalition, um die "Machthaber" dazu zu bringen, endlich zu handeln.

AIDS-Aktivisten kämpften mehr als 10 Jahre lang bevor sich ihr Kampf auszahlte. Rückblickend haben wir die Möglichkeit, aus unseren Fehlern zu lernen und zu vermeiden, dass LB-Patienten das gleiche unnötige Leiden erleben, wie damals die AIDS-Patienten.

Großbritannien kann als Modell für den Umgang auch mit der Lyme-Epidemie dienen. Im krassen Gegensatz zu der Reagan- und Bush-Regierung, die nicht mit der nötigen Dringlichkeit auf die AIDS-Krise reagierten, antwortete die Thatcher-Regierung damals effektiv und human und rettete Tausende von Menschenleben. Ihre aggressive Aufklärungskampagne mit Werbung in der Presse und dem Versand von Broschüren in jedes Postfach zeigte Wirkung. Thatcher selbst bestand darauf, dass ein öffentlicher Informationsfilm "AIDS: Don't die of Ignorance" so oft wie möglich in den Kinos gezeigt wird, auch bei der BBC und im kommerziellen Fernsehen.

Die Flugbahn der AIDS-Krise zeigt auch die Bedeutung einer angemessenen Forschungsfinanzierung. Mark Harrington, einer der Gründungsmitglieder von ACT UP erklärt, warum der Durchbruch, den die Aktivisten in den Jahren '88 oder '89 erwarteten, erst 1996 kam - so viele Menschen seien unnötig gestorben. Harrington glaubt, hätte Reagan früher Geld in die AIDS-Forschung gesteckt, wären viel mehr Menschen gerettet worden.

Die LB-Forschung erhält (in den USA) nur 25 Millionen Dollar pro Jahr, während für viele der anderen Infektionskrankheiten zwischen \$ 100 Millionen und \$ 200 pro Jahr ausgegeben werden. HIV erhält nun mehr als 3 Milliarden Dollar pro Jahr.

Neben der erhöhten Finanzierung hält Dr. Conant die Konzentration der Forschung auf die Untersuchung einer chronischen LB-Infektion für bedeutsam: "Es gibt Hunderttausende Menschen, die unter einer lähmenden Krankheit leiden, von der sie glauben, dass es eine chronische Lyme-Borreliose sei. Doch die Experten nehmen ihre Symptome nicht ernst, weil sie dem fehlerhaften Konsens anhängen, dass diese Patienten "verrückt sind." Die einzige Antwort auf dieses Problem: Die öffentlichen Gesundheitsdienste sollten einer multidisziplinären, internationalen Expertengruppe vorstehen, die ohne vorherigen Bias dieses Problem mit neuen Augen untersucht und den Verlauf dieser Krankheit wissenschaftlich bestimmt."

Die Bevölkerung nicht gegen die Kontamination der Blutversorgung zu schützen, ist ein weiterer Fehler, der die historische Amnesie widerspiegelt. Fehlende Maßnahmen an dieser Front während der AIDS-Krise führten zu 29.000 Todesfällen. In seinem Buch "Every Last Drop" beschreibt Rechtsanwalt George Baxter seinen 6-jährigen Rechtsstreit gegen die Milliarden-Dollar-schwere Blutkonserven-Industrie, welche AIDS-Tests der Blutkonserven verzögerte, um Geld zu sparen.

Durch Zecken übertragene Krankheiten sind dafür bekannt, durch Bluttransfusionen übertragen zu werden. Doch aufgrund ungenauer diagnostischer Tests haben wir derzeit keine Möglichkeit, Menschen angemessen zu screenen. Die FDA hat bisher noch keine Screening-Tests für Babesien genehmigt, eine

durch Zecken übertragene Malaria-ähnliche Krankheit, die tödlich sein kann.

Wenn wir katastrophale Tragödien wie die AIDS-Krise erleben, sagen wir oft: "Nie wieder!" Die CDC hat soeben angekündigt, dass es wahrscheinlich jährlich 300.000 neue Fälle von Lyme-Borreliose gibt. 2014 bricht an und wir stehen vor der Wahl, wie wir als Gesellschaft mit der LB-Krise umgehen. Werden wir aus unseren Fehlern der Vergangenheit lernen oder lassen wir die Geschichte sich wiederholen ?

Quelle: <http://www.truth-out.org/news/item/21206-from-aids-to-lyme-will-we-let-history-repeat-itself>

B. Jürschik-Busbach © 2014

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

21 Jan 2014

[Borreliose ist den US-Behörden jetzt 9 Millionen Dollar wert](#)



Der US-Bundeshaushalt wird der obersten US-Gesundheitsbehörde CDC 9 Millionen US-Dollar für Lyme-Borreliose (LB) zur Verfügung stellen, um Aktivitäten beispielsweise hinsichtlich diagnostischer Tests und deren Bewertung weiter ausbauen zu können. Die CDC werden des Weiteren aufgefordert, die epidemiologische Forschung auf zecken-übertragene Krankheiten zu erweitern, mit dem Ziel, die Häufigkeit und Art der möglichen langfristigen Komplikationen bei der LB zu überwachen und zu melden, um genauere Angaben über ihre Häufigkeit zu erhalten.

Schließlich wird in einer Vereinbarung vorgeschlagen, dass die CDC die Entwicklung eines nationalen Meldesystems für LB, einschließlich Labor-Meldungen zur Erweiterung der Präventionsmöglichkeiten bewerten. Außerdem sollen gemeinwesen-basierte Informationsprogramme für die Öffentlichkeit und Ärzte aufgelegt werden, die auf den neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen über diese Erkrankung basieren sollen.

Damit ist die letzte Woche genehmigte finanzielle Unterstützung aus dem Bundeshaushalt für die Lyme-Borreliose für die CDC um 3 Prozent gestiegen.

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, wird inzwischen auch in den USA eingeräumt.](#)

Eine Arbeitsgruppe um den [Infektionsepidemiologen Hunfeld kam auf 214.000 Neuerkrankungen](#) jährlich

in deutschen Landen. Doch seit Jahren geht in Deutschland weder in Bezug auf die bislang fehlende Standardisierung der serologischen Borreliose-Tests (zuständig: NRZ Borrelien), noch bei der Behandlung der Borreliose im späten Stadium etwas voran.

Zur Info: Infektionsepidemiologische Forschungsförderung beim RKI

Das RKI schreibt zur Unterstützung seiner internen Forschungsaktivitäten [jedes Jahr Projektthemen](#) aus. Die Auswahl der ausgeschriebenen Themen erfolgt RKI-intern durch den Forschungsrat und die Leitung. Die Anträge werden von externen Fachgutachtern evaluiert, die Förderentscheidung für einzelne Projekte erfolgt durch den Wissenschaftlichen Beirat in Abstimmung mit der Leitung des RKI.

Diese Förderung erfolge auch im Hinblick darauf, gesundheitsrelevante Belange auf eine breitere wissenschaftliche Basis zu stellen und Netzwerke im Rahmen der Gesundheitsforschung zu knüpfen, schreibt das RKI. Die Ausschreibung von 2012/2013 umfasst beispielsweise folgende infektionsepidemiologische Forschungsthemen:

Forschungsprojekte zur epidemiologischen Methodenentwicklung und Datenerhebung ... von besonderem Interesse sind hierbei:

- Durchführung eines Sentinels Urethritis (Anmerk: Harnröhrenentzündung) und unkomplizierte Zystitis (Anmerk. unkomplizierte Blasenentzündung), mit dem Ziel der Verbesserung der Datenlage zur Resistenz bei Urogenitaltraktinfektionen
- Gesundheitsökonomische Evaluation unterschiedlicher Impfszenarien gegen Pneumokokkenerkrankungen bei Erwachsenen in Deutschland.

Weitere Informationen zu Themen wie [Klinische Forschung in Deutschland](#) oder infektiologische Forschergruppen findet man [hier](#). Besonders interessant sind die Forschungsverbünde zum Thema Zoonosen: <http://www.gesundheitsforschung-bmbf.de/de/4625.php>. Und bitte, seien Sie nicht allzu enttäuscht, wenn Sie feststellen, dass die häufigste Zoonose offenbar nicht von Interesse ist.

Wie auch immer man über die Forschungsthemen und -verbünde denken mag, aufhorchen lassen die Formulierungen in den USA wie: "mögliche langfristige Komplikationen bei der Lyme-Borreliose" und "sensiblere und genauere Tests" auf jeden Fall.

Übersetzung B. Jürschik-Busbach © 2014

Quelle: http://www.poughkeepsiejournal.com/article/20140121/NEWS01/301210014/New-federal-budget-will-include-9-million-Lyme-spending?nclick_check=1

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

20 Jan 2014

Borreliose - Wichtige Online-Befragung zum Thema



Im Informationsportal Borreliose-Nachrichten wurde ein Fragebogen zum Zeckenkontakt und zur Saugdauer in englischer und deutscher Sprache zur Verfügung gestellt. Bitte leisten Sie Ihren persönlichen Beitrag zur Wissenschaft und füllen Sie den kurzen Fragebogen aus – es dauert maximal 3 Minuten. Leisten Sie damit Ihren persönlichen Beitrag zur Wissenschaft und erinnern Sie die zuständigen Wissenschaftler damit daran, dass Studien mit einer vernünftigen Teilnehmerzahl zustande kommen.

WICHTIG: Bitte füllen Sie den Fragebogen nur dann aus, wenn sie sich an den Zeckenkontakt und die ungefähre Saugzeit erinnern können!

Alle weiteren Informationen finden Sie hier:

<http://www.borreliose-nachrichten.de/datenerhebung-saugzeit-der-zecken/>

Den Fragebogen gibt es auch in englischer Sprache!

Please complete the questionnaire only if you can remember the tick contact and the approximate suction time.

<http://www.borreliose-nachrichten.de/lyme-disease-statistics-suction-time/>

Es ist wichtig, dass dieser Fragebogen so breit wie möglich verteilt wird, damit eine hohe Teilnehmerzahl erreicht wird. Vielen Dank! :-)

15 Jan 2014

Borreliose und AIDS - Lassen wir die Geschichte sich wiederholen? Teil 1



Vor kurzem erschien ein sehr interessanter, langer Artikel über die Parallelen zwischen der AIDS-Problematik Anfang der 1980er und der Borreliose-Bewegung. Hier Teil 1 der Zusammenfassung und Übersetzung:

"Wir sind hier, weil diese Regierung die Ressourcen hat, um mit der Aids-Epidemie fertig zu werden, und sie werden es nicht tun, solange wir sie nicht dazu zwingen."

- Ein ACT Up-Aktivist, der 1988 gegen die US-Behörde FDA protestiert

"Ich bin einer der zusätzlichen 300.000 jährlichen Borreliose-Patienten, die von den CDC und HMOs ignoriert werden." - Lyme-Borreliose-Aktivist, der als Teil der

"Wir sind die 300.000-Bewegung" 2013 online protestiert

Wer in der Zeit der AIDS-Epidemie, Anfang der 80er Jahre lebte, wird nie die unvorstellbare Zerstörung vergessen, unter der eine ganze Generation von Menschen litt. Aber viel zu viele junge Amerikaner unter 40 Jahren wissen zu wenig über dieses tiefgreifende Kapitel in der amerikanischen Geschichte oder über den revolutionären Kampf, den die Aids-Aktivisten geführt haben, um die Krankheit ins Scheinwerferlicht zu treiben und Regierungsbeamte dazu zu bringen, sich dieser wachsenden Epidemie zuzuwenden.

David France, Leiter des Oscar-nominierten Dokumentarfilms über AIDS-Aktivismus "How to Survive a Plague", erklärt, wie diese Epidemie anfangs völlig ignoriert wurde:

Es ist wirklich schwer, sich daran zu erinnern, weil es so unwahrscheinlich scheint, dass eine Krankheit in unser Land kommt und politisch so ignoriert wird wie diese. Man würde davon ausgehen, dass eine scheinbar ansteckende Infektionskrankheit von Gesundheitsbehörden und Politikern mit einer gewissen Dringlichkeit behandelt wird, doch das war einfach nicht der Fall. Und so kam es, dass eine Infektion von 41 Menschen in 1981, die wir kannten, zu einer massiven und globalen Pandemie heranwachsen durfte.

Nach Jahren in denen die Regierung die AIDS-Krise vernachlässigte, die bis heute fast 2 Millionen Todesfälle weltweit verursacht, würde man denken, dass die Gesundheitsbehörden aus ihren Fehlern gelernt haben.

Aber manche würden sagen, die Geschichte wiederholt sich mit Lyme-Borreliose. Und Dr. Marc Conant - der an der Spitze der AIDS-Bewegung stand - ist einer dieser Menschen.

Dr. Conant war einer der ersten Ärzte, die AIDS im Jahr 1981 identifizierten; er ist Gründer der SF-AIDS-Stiftung. Er ist auch einer der wenigen Menschen der AIDS-Bewegung, der sich in den Lyme-Borreliose-Kampf begeben hat.

Dr. Conant wurde mit Lyme-Borreliose konfrontiert, als er bemerkte, dass das medizinische Establishment nicht an eine "chronische Lyme-Borreliose" glaubte, - ein Begriff, der die Vorstellung beschreibt, dass die bakterielle Borreliose-Infektion die empfohlenen 2 bis 4 Wochen Antibiotikatherapie übersteht. Er hörte auch, dass dies impliziert, Patienten, die glaubten, an einer chronischen Lyme-Borreliose erkrankt zu sein, verrückt seien.

Conant, der die frühen Jahre der AIDS-Epidemie erlebt hatte, in denen die Patienten als Kriminelle, die für sündhaftes Verhalten bestraft wurden, bezeichnet wurden, begann die Idee, dass Borreliose-Patienten "verrückt" seien in Frage zu stellen. Er nahm an Borreliose-Konferenzen teil und sah, dass es den Patienten tatsächlich trotz Behandlung sehr schlecht ging. Sie waren eindeutig nicht verrückt.

Conant lernte mehr über diese Krankheit er erkannte, dass es auffällige Parallelen zwischen dem Kampf von AIDS-Patienten und dem Kampf der an Borreliose leidenden Patienten gibt:

"Beide Krankheiten haben ein unerwartetes Paradigma in die Medizin eingeführt. In den frühen 80er Jahren dachte das medizinische Establishment, es wüsste alles über Infektionskrankheiten. Als AIDS kam, bestanden die Forscher darauf, dass es gar keine Infektion sei. Stattdessen nahmen sie an, die Symptome müssten durch Umweltfaktoren wie sexuelle Praktiken oder Drogen entstehen."

Das ist vergleichbar mit der Lyme-Borreliose (LB). Die Ärzteschaft hält sich an dem Glauben, dass anhaltende Beschwerden nach der empfohlenen Behandlung nicht durch eine anhaltende Infektion verursacht werden. Die vorherrschende Meinung ist, die Symptome sind das Ergebnis eines

Residualschadens des Immunsystems oder sie sind psychosomatisch.

Wie jedoch bei AIDS, wo es ein Parallelmodell für das Verhalten des AIDS-Virus in Hepatitis B gibt, gibt es auch mehrere Beispiele von persistenten Bakterien-Infektionen, wie *Mycobacterium tuberculosis*, *Salmonella typhi* und *Burkholderia pseudomallei*. Darüber hinaus sind einige dieser Krankheiten dafür bekannt, dass sie eine aggressive antibiotische Therapie für bis zu 9 Monate benötigen.

Doch aufgrund des historischen Glaubens, dass die LB immer mit einer 2 bis 4-wöchigen Antibiotikatherapie eliminiert werden kann, sind die Forscher mit ihrer Haltung, es gebe keine persistierende Infektion bei LB steckengeblieben. Folglich gibt es fast keine von der Regierung finanzierte Studie, die die entscheidende Frage untersucht: "Kann dieses Bakterium wirklich überleben?"

Der Widerstand, über den Tellerrand traditioneller Vorstellungen von infektiösen Krankheitsbildern zu schauen, gefährdete die öffentliche Sicherheit in den 80er Jahren und gefährdet heute erneut die öffentliche Gesundheit. Auch wenn Lyme-Borreliose nicht zu einem Massensterben führt wie bei AIDS-Patienten, so erklärt Sänger Daryl Hall (Hall und Oates), der unter Neuroborreliose leidet: "Mit LB möchtest Du sterben, wenn Du nicht tot bist."

Fortsetzung folgt.

B. Jürschik-Busbach © 2014

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

06 Jan 2014

[Borreliose & Co - Informationen](#)



Gerne gebe ich die Links und Informationen wieder, die mir kürzlich zugesandt wurden:

Neuer Vortrag von Dr. med. Hopf-Seidel

Für alle, die den neuen Vortrag für den Ärztekongress am 7.12.2013

von Dr. med. Hopf-Seidel noch nicht kennen, hier ist er: http://www.dr-hopf-seidel.de/mediapool/87/874128/data/Vortrag_Aerztehaus_Prienamed_12-2013.pdf

Buch: [Krank nach Zeckenstich. Borreliose erkennen und wirksam behandeln](#)

"Zeckenborreliose", Buch von Dr. med. Gabel

Dr. med. Gabels Buch "Zeckenborreliose" ist sowohl als eBook, als auch als Printausgabe erhältlich.

Weitere Informationen zum Buch findet man hier: <http://www.borreliosearzt.de/>

Aufklärungsportal "[Borreliose-Nachrichten](#)"

Das Portal bietet umfangreiche Informationen für Ärzte und von Borreliose betroffene Patienten. Neben aktuellen Informationen aus deutschen Fernsehbeiträgen, Literatur und Veröffentlichungen liegt ein Fokus auf den Themenbereichen Diagnostik und Therapie der Lyme-Borreliose. Ganz neu ist der (englischsprachige) Beitrag: [Lyme disease in dogs](#)

Journal "Mikrobiologie", 21, Jahrgang 2011

Dort erschien 2011 ein Beitrag für Fachleute von Prof. Dr. Peter Kraiczky:



Überleben im humanen Wirt. Wie sich Borrelien der Immunabwehr entziehen.

Professor Dr. Kraiczky Artikel, erschienen in "Mikrobiologie", Jahrgang 2011.

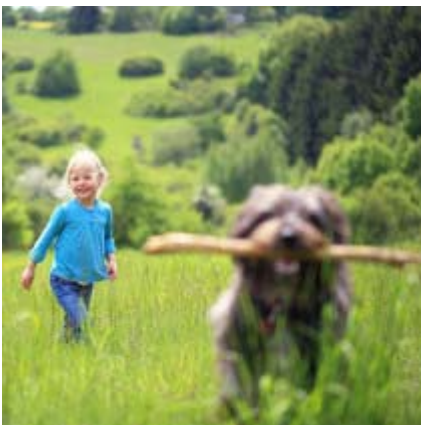
Kraiczky.pdf

Adobe Acrobat Dokument [7.9 MB]

[Download](#)

16 Dez 2013

[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) berichteten 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, das 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; es 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 ©

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 Gewebearrrieren 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 ©

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

05 Dez 2013

Borreliose: Die weltweite Suche nach Antworten - Teil 6 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, Dysästhesien 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 ©

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

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 Kanada, Australien und Finnland beschäftigen.

[Borreliose: Die weltweite Suche nach Antworten, Teil 5 - 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 wachsende 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 ist 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 eine 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, Borreliosesymptome 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 ©

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

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 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 Lobbymacht. 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 zuviele 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."

An dieser Stelle möchte ich aus eigener leidvoller Erfahrung anfügen, dass mir mehrere Ärzte in den USA - wir lebten in North Carolina - ernsthaft versicherten: "There is no Lyme disease in North Carolina!" Als ich

meine positiven Testergebnisse u. a. mit Bb und dem europäischen Erreger "B. garinii" auf den Tisch legte und sagte, ich sei wohl noch in Deutschland infiziert worden, hieß es nur achselzuckend: "Forget about Lyme disease." Mit dreieinhalb Wochen oral verabreichtem Doxycyclin sei ich ausreichend behandelt worden. Das könne auf gar keinen Fall mehr Lyme-Borreliose sein. Es müsse etwas Anderes dahinter stecken ...

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 ©

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, Teil 4 - 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 % 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.hilysens.eu). In diesem Projekt wurden neue Borrelienantigene 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 Borrelien-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.

Carsten: 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 Borrelien-Infektion sein kann, dann würde das bereits vielen Patienten und Ärzten helfen.

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.

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

[Borreliose: Biologische Therapie nach Dr. Klinghardt](#)



Seit vielen Jahren beschäftigt sich Dr. med. Dietrich Klinghardt mit dem Thema Lyme-Borreliose und hat, nach eigenen Angaben, eine sehr erfolgreiche biologische Behandlungsmethode für Borrelien-induzierte Erkrankungen entwickelt. In Amerika wurde er für seine wegweisende Arbeit in den Jahren 2007 und 2009 von der weltweit tätigen Global Foundation of Integrative Medicine als „Physician of the Year“ ausgezeichnet. Im Jahr 2010 wurde ihm der „Physicians Excellence Award for the Treatment of Lyme-Induced Autism“ zugesprochen.

[Hier kann man einen Vortrag von Dr. Klinghardt mit PowerPoint-Präsentation vom November 2012 im Audimax der Universität Freiburg sehen.](#)

Vom 9. bis 10. November 2013 gibt es erneut ein **Borrelien-Symposium: Die biologische Behandlung der Lyme-Borreliose mit Dr. Klinghardt und anderen Referenten.**

Termin: 9. bis 10. November 2013

Beginn: Samstag, 9. November um 10:00 Uhr,

Ende: Sonntag, 10. November um 17:00 Uhr

Neben den Beiträgen von Dr. Dietrich Klinghardt sind weitere Referenten geladen:

- **Dr. med. Armin Schwarzbach** (BorrelienCentrum Augsburg): „Neuigkeiten in der Diagnostik von Borrelien und Co-Infektionen im Blut“
- **Dr. med. Richard Straube** (INUS Medical Center AG, Cham): „Lyme-Disease aus der Sicht der klinischen Umweltmedizin – Fortschritte in Diagnostik und Therapie am Beispiel des Borreliosezentrums Bayerischer Wald
- Ein aktuelles und weitsichtiges Thema wird von **Rolf Jansen-Rosseck** aus Berlin vorgestellt: „Von der Biologie der Infektion im Zeitalter Robert Kochs zur Molekularbiologie im Zeitalter der Metagenomics“

Es gibt 16 Fortbildungspunkte für Ärzte.

Weitere Informationen: <http://onlyme-aktion.org/borrelien-symposium-dr-med-klinghardt-und-referenten-9-bis-10-november/>

Weitere Informationen finden Sie hier im [Flyer Borrelien-Symposium 2013](#) sowie in dieser [Zusammenfassung des Kurzvortrages Urania](#)

[Borreliose: Die weltweite Suche nach Antworten - Folge 3, 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 Angriffsziele 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 ©

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: Teil 2 - 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. Myrsterud) 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 "Folkehelseinstitutt" 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-Meningo-Enzephalitis 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 Björn: 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 Björn: 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 Arzneimitteln 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 modernen 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/borrelia-syke-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 Monsen, 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 Monsen, 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 Monsen 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 ©

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 – 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, Anaplasmoose, 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 gehört. 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.

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.

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.

Etlche 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 soviel 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.

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 ©

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=s9k3q6bcsf5iq5unhldmcpol85