

# **Borreliosebund Deutschland**

## **Fortbildungstagung und Jahreshauptversammlung**

Kolpinghaus, Fulda 24.+25. 04.2004

(private Notizen C. Welker, Irrtümer vorbehalten; alle Angaben ohne Gewähr)

Abkürzungen:

KH-Krankheiten, LB-Lyme Borreliose, AB-Antibiotika/Antibiose, WB-Westernblot, ACA-Acrodermatitis c.a.; iv-intravenös, NW-Nebenwirkungen, AK-Antikörper, EM-erythema migrans.  
PCR=direkt-Test auf DNS.

**Referenten:**

**Dr. Norbert Satz, Zürich** : Neue Aspekte zur Lyme-Borreliose

**Prof. Dr. Jochen Süss, Jena** (Ltr des Nat. Referenzlab. für Zeckenübertr. KH)

Programm:

Samstag: Fachvorträge, Samstag Abend: Hauptversammlung, Zukunft des BM

Sonntag: Verbandsratsitzung; Positionen und Diskussion der Borreliose SH-Aktiven.

Teilnehmer:

Sa. ca. 100 Pers. So ca. 55, mehrere neue SHG-Vertretungen.

Zusammenfassung:

- Die Richtlinien-ähnliche Ansichten von Dr. Satz erteilen eine deutliche Absage an andere Therapiemöglichkeiten oder Seronegativität.
- Zu interessanten Angaben von Prof. Dr. Süss gibt es auch Berichte mit anderen Standpunkten (zB Bartonella nicht in EU?). Die FSME breitet sich „verdünnt“ aus.

## **Referat Dr. Satz**

### **Diagnose**

hält dafür 3 Pfeiler als Gesamtbild (nie einzeln) für unerlässlich:

1. Klinik soll einigermaßen passen, d.h. Hauptsymptome ergeben. Er unterscheidet in **Haupt- und Nebensympt.!!** Müdigkeit sei ein NS.
2. positive Serologie,
3. Ausschluss andere KH.

Nur rekombinante. ELISA erreiche 90-95% Spezifität.

**C6 Peptide ELISA, C10 auch nicht 100%**, wird sich nicht durchsetzen.

**WB sei absolutes MUSS** auch bei EM,

- reagiert eher als ELISA.
- Titer bleiben bis Jahrzehnte, vor allem bei Arthritis, am **excessivsten bei ACA**,
- sonst sagen Titer wenig aus.
- Ein negativer Test schliesse die LB nicht aus.
- Sein Test „Rapid Scope“ wurde in CH nicht bewilligt, (zu viele positive Resultate, d.h. zu kostspielig für die Versicherung).

**Kriterien:**

Test muss

- im IgG mind. 1 Bande von p83/100,p58,56,OspC,p21, p17-18 zeigen; und
- im IgM mind. 1 von p41,p39,OspC,p17-18.

**Beispiel:**

2. und nach Wochen/Monaten: p83-93-100, p60-65, p39, p28, p26, p19  
 3. und nach Monaten/Jahren: p34, p31-32, p17-18 (Immundefekt? Mischinfekt?)

### Tests mit

- Haut seien 50-70% sensitiv via Kultur oder PCR
- Liquor 10-30% „ „ „ „ , evt. Stadiumabhängig
- Gelenkpunktat 50-70% „ „ nur via PCR. (Dr.S: findet das noch zu hoch!) Kultur selten positiv.

### Brauchbare Tests:

#### Gewebe:

- Kultur,
- PCR.
- Hier Mikroskopie unbrauchbar.

#### Serum

- IFT,
- ELISA,
- Wblot,
- KBR.
- Hier PCR nicht brauchbar.

#### Liquor

- IFT,
- ELISA,
- PCR, nur positive sind verwendbar.

Urin-PCR nicht brauchbar.

#### Gelenk

- IFT,
- Kultur,
- PCR

### Therapie

#### **Alle Therapieverfahren aber mangeln an Erfolgsbeweis**

#### Geeignete AB:

- Penicillin,
- Amoxicillin (3x500mg),
- Tetracycline,
- Cephalosporine.

#### Ungeeignet seien

- Makrolide,
- Gyrasehemmer,
- Cotrimoxazole,
- Sulfonamide.

#### Bei **Zysten**:

- Imidazole/Metronidazole.

Alle anderen Therapien (Puls, Wahlberg, Kombi AB, etc) seien sinnlos, vieles nur basiert auf Vermutungen: er verweigere aber niemandem als Möglichkeit zur Heilung etwas zu probieren.

**Bei Arthritis mit Schwellungen eher iv!! Bei Neuro-LB immer iv.** nur in Ausnahmen oral.

**AB können auch nur schmerzlindernd wirken = chemische Wirkung zeigen.** (vielleicht Ursache für wiederholt nur minimale Besserung unter AB-caw??).

Er sieht als **Therapieversagen**:

- a. sofortiges Ansprechen (unüblich bei LB; andere Faktoren?),
- b. kein Ansprechen,
- c. vorübergehendes Ansprechen.

Bestätigt Vorkommen von **Zysten und Persistern**.

Bemängelt **Ungeduld** nach Therapie,

- **LB heile langsam!!** Braucht durchschnittlich länger als 1 Jr.
- Es gehe oft nach Therapie schlechter.
- Besser sei **\_ Jahr warten**, dann erst evt. Wiederholung.
- Bei einer zu schnellen Besserung spielen andere Umstände (mit) eine Rolle.
- Schulmedizin sei nicht allein gültig!
- Die meisten zeigen **spontane Heilungen!**
- Leider **heile LB nicht immer aus!** Oft bleiben Neben-/Restsymptome, auch nach Therapie, die dann schwer zu diagnostizieren seien. Hier stieße die Schulmedizin an ihre Grenzen.

### **Fazit Dr. Satz:**

**AB nur bei akuter LB; wenn LB chronisch: nicht mit AB heilbar.** je chronischer die LB, desto weniger seien AB einsetzbar, sondern mehr chemische und andere Substanzen.

**Zu lange AB fördere atypische Formen!**

### **Mischinfekte berücksichtigen**

- *Bb* + **Ehrlichia**: ergibt zusätzliche Symptomen, Verlauf gleich, Behandlung mit Tetracycline.
- *Bb* + **Babesia**: selten, stärkere Sympt, schwerer krank, Prognose gleich (!?-caw), Behandeln mit Tetracycline + Chloramphenicol. (vgl. Angaben Dr. Meer-Scherrer/Dr. Gärtner-caw).

**FSME**: werde auf Dauer abnehmen, durch Klimaerwärmung -auf Jahrzehnte voraus gedacht!. Momentan noch Ausbreitung, auch nach Norden, aber „gebietsweise“, nicht flächendeckend.

### **Prophylaxe sei wichtig:**

- kurze Rasen,
- Unterholz und Laub beseitigen,
- Schattenplätze meiden,
- evt. Trockenzone entlang Garten schaffen von 1m breit (zB. Kiesweg, Steinplatten);
- Zaun gegen Wild,
- helle Kleidung (ziehe wohl mehr Zecken an, aber sie seien besser sichtbar).

### **Fragen/Antworten Dr. Satz bezüglich:**

**Allergiker**: es gäbe immer eine Therapie, die man durchführen könne. Sonst Cortison dazu.

**Chron.LB**: sei keine LB mehr, weil da gäbe es immer weniger Nachweis im Gewebe. Umstritten. Symptome angehen, evt. steroidal (caw-???)

**Rohmilch**: nicht für LB, nur bei FSME, aber in Deutschl. kein Problem, Virus wird bei 60° abgetötet; nur im Osten/Baltikum.

**Gasser**: heute weiss man, das Makrolide nicht so gut arbeiten (wg Übersäuerung, in Kombi besser?? – caw)

**LTT:** zu wenig sensitiv, auch zu unspezifisch, weil zu viele positive Resultate; wenn alleine positiv und andere Tests negativ, dann LTT skeptisch sehen.

**Thüringen** werde fast nur **oral** behandelt. Falsch?: Nein, kann auch Erfolg haben, Mehrheit so sogar, aber in manchen Fällen sei iv besser.

**Chron. Neuro-LB** – wo gute Therapie?: Diagnose kritisch sehen; Wenn Neuro-LB, dann mind. 4 Wo iv, lieber Claforan als Rocephin, geht wohl schlecht ambulant, mind. 2x4gr/tgl. (3x2 gr???) - caw)

**Autoimmunität** - z.B. ANA hoch, LB Titer schwankend (Fr. Breunig): **ANA können bei LB erhöht sein, nur leicht**, bei autoimmuner KH sind sie höher. Es sei noch nicht bewiesen, dass LB autoimmun-KH auslöst.

**sekundäre KH durch LB** wie Asthma, Diabetes, Schilddrüsen-KH(H.Priedemuth)?: durchaus möglich, nicht bewiesen.

**Doxy sei 1. Wahl?**: Dosisabhängig! Kann nicht so hoch dosiert werden; wohl gehirngängig, aber in zu geringer Konzentration. Das gilt auch bei iv.

**Fasten:** ok, aber den kranken Körper nicht unnötig stressen; unterstützt vielleicht, heilt nicht.

**Colestyramin:** umstritten. Wohl theoretisch logisch. Hat Dr.S. schon vor 15 J probiert, aber funktionierte bei ihm nicht. Auch seien solche Medikamente dem Patienten eigentlich nicht zuzumuten.

---

## Referat Prof. Dr. Süss:

Auch andere Zecken als *Ixodes ric.* vermitteln Bb, z.B Taiga Zecke (von Estland bis Japan) bis 50% durchseucht.

Entwicklung sei abhängig von Umwelt-, Klima-, ökologische und biologische Faktoren.

**Keime seien doch länger in Speicheldrüse.**

Zecken reagieren stark auf Männerschweiß.

Zecken schnellstens entfernen!!

Mit Zecken assoziierte Keime sind u.a.

- **Bb sensu lato,**
- **FSME-Virus,**
- **Anaplasma phagocytophila,**
- **Babesia,**
- **Bartonella henselae,**
- **Rickettsia slovaca** (Tibola)
- **Coxiella burnettii**= Q-Fieber (via aerosol/Rohmilch/eingekratzt/Zecken);
- **Francisella tularensis**= Hasenpest (via aerosol/Zecken/schlachten) – mehr in Ost-EU und Midwest-USA) (vgl. Buch Kimmig, Hassler&Braun – caw).
- **Viele Viren in EU-Zecken:** z.B.
  - Flavi-,
  - Bunya-,
  - Reo-,
  - Orthomyxo-,
  - Toga-Viren.;
 wahrscheinlich viele nicht pathogen für Menschen.

Viele in **Seevogelkolonien.**

**Isolierungen überall in EU, aber in D. kaum Untersuchungen!!** S. fordert Änderung und warnt vor Unterschätzung.

**Im Ixodes ric. alles schon gefunden, auch viele Kombinationen in 5-26% der Zecken.**

**In der Zukunft werden wir mehr mit Mischinfektionen konfrontiert werden!**

Ein richtige „**Zeckenimpfung**“ erwarte er erst in 20-30 J.

**LB:** Studie Brandenburg/Thüringen 2000-2003 ergab ca 3.600 gemeldete LB-Fälle,

- ca 10% waren Jugendliche,
- ca 90% Erwachsene. (nur neue neuro-LB??? - Meldekriterien! Unterschiedlich gehandhabt? -caw)

**HGE:** sei „**emerging disease**“!, Verlauf in EU: mild bis mittelschwer. Labor: im akuten Stadium – Leukopenie oder Thrombopenie, CRP erhöht und veränderte Leberwerte.

**Tibola:** mit Lymphadenopathie; hinter Ohren oder am Haaransatz schmerzhaft, knubbelartige Schwellungen, oft bei Kindern und jungen Erw.– mehr in Ungarn + in Teilen von Frankreich,

**FSME:** Bericht Prof. Dr.R.Kaiser: total in D. bis 3-2004. 877 Erw, Kinder 124 Fälle, (Wiedergabe richtig? RKI sagt 772 bis 3/04-caw) Letalität Kinder 1%, bei Erw. höher.

- In D sind Bayern und Bad.-Württ. immer noch Risikogebiete: 2003 wieder viele Fälle.
- Thüringen: mehr autochtone Fälle, weniger importiert, ähnlich wie im Odenwald.
- Sachsen andersherum.
- Mecklenburg-Vorpommern. abnehmend.
- Ungarn schwächt ab, endemisch im Balatongebiet;
- Österreich zeigt gute Impffresultate: nur ca 50 autochtone Fälle/Jr.
- Norwegen fängt an.
- Lettland zeigt kontinuierlich verstärkte Zeckenpopulation! Untersuchungsdaten teils fehlerhaft.
- **S. erwartet weitere Zunahme der Risikokreise.**

**Alimentäre FSME** war früher häufiger, jetzt kaum noch ein Risiko. Impfung schütze auch vor anderen Typen.

Studie Passau: FSME-Viren in 7% der Nymphen und >10%-20% in Adulte.

**Transovarielle Übertragung:** Bei FSME und Bb beiden ist es möglich, ist aber seltener.

Ende Referaten.

Alle Angaben ohne Gewähr

– caw 8/04

weiter: Verbandsratstagung

## **Aus den Gruppen**

**B. Leipholz:** Studie zeigte, dass >50% der Nymphen mit Bb durchseucht waren, mehr als bei Adulten.

**H. Priedemuth:** Richtlinien MPI ergeben nur kurz AB, bei TB aber Cocktail von 4 AB über \_ Jr.. Hat selbst erfahren, dass Langzeit- (evt. unterschiedliche) AB wirke. Viele Fälle werden nicht erkannt. Und ärztl. Therapiefreiheit sei reine Theorie! Es gäbe Druck und Zwänge durch Versicherungen/Krankenkassen, evt Klageabsicherung, Administrations- und Therapie- Richtlinien, etc.

**B. Dencker:** Es gibt keine Info darüber welches Medikament bei welchen Erreger besser wirke und was heisst „hoch+lang genug dosiert“?

**G. Munz:** NB!: Lepra werde lebenslang behandelt; M. Whipple 1 Jr und hat hohe Rezidivneigung. Bei chronischem Q-Fieber bekäme man Monate bis Jahre Kombi-AB (Kimmig). Und bei LB?? Und immer bei AB **Pilzentwicklung** berücksichtigen.

**E. Bensing:** fragt nach Meinung über **Colestyramin:** 10/55 positiv, 3/55 negativ, Rest

- SHG Odenwald*: jemand hatte keine gute Erfahrung mit **Colestyramin**-Konzept lt Hartmann; nach 6 Wo mit AB+Col. gestoppt. VCS vorher relativ gut, hinterher ähnlich und Symptome unverändert. Auch von guten Resultaten bei 400 mg/Tag gehört. (*Diagnosen/Ko-Infekte???-caw*)
- W. Breunig*: Prof. **Hartmann** bemerkt auch **unterschiedliche Resultate**; NB!: bei einem Patienten (hat Schafe) wurden **Klebsiella, EBV, Coxiella b., Bartonella und LB festgestellt!! Also Ko-Infektionen beachten!!**
- Wolfsburg*: NB –Ja, eine Studie ergab: 50% von untersuchten Tauchern hätten **EBV-AK** im Blut!
- K.H. Hermann*: und **Chlamydien** nicht vergessen!! Auch bekommen LB-Patienten manchmal längere Zeit **Cortison**; das bewirke ein größeres Risiko an Diabetes zu erkranken, v.a. Typ I. Wenn also die sog. „chronische“ LB demnächst nur symptomatisch behandelt werden soll, auch mit Steroiden, könne eine Steigerung der Nachfolge-Erkrankungen erwartet werden.
- G. Binnewies*: zweifelt an **Neurotox.-Theorie**; Bb sei kein Erzeuger exogener Toxine, sondern endogener Art. Auch entstehen bei der Vernichtung bakterielle Bruchstücke. Und **Intuition** nicht kaputt machen.
- H. Wagner*: Neurotoxine entstehen s.E. nicht durch Bb selbst, sondern durch **Abbau der Fettverbindungen**. Colestyramin kann diese Toxine binden/ausleiten. **Floh-samenschalen** wirken ähnlich auf natürlicher Basis. Sinnvoll sei Ergänzung mit **fettlöslichen (ADEK-caw) und B-Vit., v.a. B6, Folsäure/B9, B12** und ein Versuch die Entstehung von Neurotox. zu verhindern (Ernährung).
- Fr. Königshofer*: gute Erfahrung mit **Vit-B Kur vor AB**.
- K.H. Hermann*: **Vorsicht**, nicht immer alle B-Vit.! nur das Notwendige oder zuviel Ausgeleitete rechtzeitig ergänzen, evt. Vit.B-spritzen.
- Nn*: Körper nach AB mal ausruhen/reagieren lassen; Zustand nicht negativ sehen, evt. loslassen können, neu orientieren, auch Psyche bearbeiten.
- Nn*: Es gäbe öfter Einweisung in eine psych. Klinik. Könne die BBD nicht diesbez. etwas bewirken? Zecken/Bb+Problematik fehlen bei der Ärzteausbildung.
- G. Munz*: empfiehlt Gruppenleiter selbst auch bei Ärzten vorzusprechen und mit Ärztekammer zu arbeiten.
- I. Hartmann*: meldet eine Jodunverträglichkeit bei **Spirulina-Entgiftung**; es gab Kollaps+Herzprobleme!
- S. Klaus*: kennt nur gute Resultate; empfiehlt **Algendosierung einzuschleichen**.
- J.Peters*: liest Brief eines LB-Patienten über neue Therapie: Lange krank bis Diagnose, bekam 1 Monat Peniz.; Klinik schlimmer, total bis 6 J ab und an AB iv; immer nach 3-4M. Rezidive; AB gab zu viele NW. Auf **Photonentherapie** gestoßen; bis zu 10 Beh. -jetzt LB-frei; Isst normal; . Info Dr. Woitzel in Pforzheim (und via Fr. S. Klaus, Jena-caw).

**Meinungsbildung** (interessant!!-caw): BBD soll Dachverband **pluralistisch-autonomer Gruppen** sein ohne zentralgesteuerte Richtlinien, sondern mit breitgefächerten Zielvorstellungen und dito Infovermittlung bez. Diagnose, Krankheitsbild und Therapie. Es besteht weitgehend Einheit bez. Therapie im Stad.I, für danach bestehen verschieden orientierte Auffassungen. Über alle soll informiert werden. Langzeit-AB oder HDI wird in Einzelfällen als geeignet gesehen. 28/57 halten 3-4Wo-i.v. grundsätzlich für Untertherapie (=nicht umfassend genug!); 45/57 sehen LB trotz Diagnose als zu wenig erkannt und 22/57 als in einigen Fällen überdiagnostiziert. 50/57 befürworten alternative Sekundärtherapie und halten auch Folgeschäden nach LB für möglich.

**Termine**: Herbsttreffen: Fulda, **am 9.+10. Oktober 2004 und dann am 9.+10. April 2005**. Es wird abgestimmt SHG-Gespräche im Saal oder beim Spaziergang ab-

**S.4** bezieht sich mehr auf haushaltstechnische Punkte  
alle Angabe ohne Gewähr.  
– caw 8-04