

Newsletter April 2020

Termine – Vorträge und Veranstaltungen

Bis auf weiteres können wegen der Corona-Krise keine Veranstaltungen stattfinden!

Wir hoffen, dass alle gut durch diese Zeit kommen! Bleiben Sie alle möglichst gesund!

Resümee zum Arztvortrag vom 27.02. 2020

Dr. Athanasios Karagiannis, Chefarzt in der Klinik für Gefäß- und endovaskuläre Chirurgie im Diakomed-Krankenhaus in Hartmannsdorf, sprach zum Thema "Schaufensterkrankheit".

Für das Thema, „Die periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK)“ interessierten sich 18 Teilnehmer, welche sich an diesem Donnerstag im „Schwaneneck“ einfanden. Wäre ein Termin an einem Freitag um 16 Uhr möglich gewesen, wären bestimmt noch mehr Zuhörer gekommen.



Dr. Karagiannis beim Vortrag (Foto: H. Gießner)

Die große Tischrunde hatte sich gefüllt und Dr. Karagiannis schilderte anschaulich Symptome und Behandlungsprinzipien.

Die Begleittherapie wird durch gesunde Ernährung und Nichtrauchen unterstützt, die Fließeigenschaften des Blutes werden durch Medikamente verbessert. Gefäßgymnastik spielt auch eine Rolle.

Die symptomatische Therapie ist eine Schmerztherapie, die allerdings sehr schwierig zu regulieren ist.

Bei der pseudokausalen Therapie handelt es sich um Eingriffe, die im jeweiligen Bereich (hirnversorgender Bereich, abdominalen Bereich) nötig sind. Da kommen Stents oder Operationen dann zum Einsatz.

Vorher sind natürlich Voruntersuchungen beim Orthopäden und beim Gefäßchirurgen durch CT, Ultraschall usw. zum Abklären der Befindlichkeiten vorgesehen.

Herr Chefarzt, Dr. Karagiannis betonte, dass ein gutes vertrauensvolles Arzt-Patientenverhältnis sehr wichtig ist. Eine Untersuchung ist durch regelmäßige Sprechstunden in der Klinik zeitnah möglich. Alle

weiteren Behandlungsschritte liegen dann in einer Hand. Wenn sich ein Verdacht nicht bestätigt, so ist es nur gut und kann dem Patienten Sicherheit vermitteln.

Beate Maier

Doch keine allgemeine Meldepflicht?

Im Newsletter des BFBD (Borreliose und FSME Bund Deutschland), Ausgabe 69 vom Februar 2020 wird von einer Anfrage bezüglich Borreliose von sechs SPD-Abgeordneten im Landtag von Baden-Württemberg berichtet. Die Abgeordneten wollten wissen, wie es mit der Meldepflicht für Borreliose aussieht, weil ja das Europäische Parlament im November 2018 diese für alle EU-Staaten eingefordert hatte. Die Antwort des Ministeriums für Soziales und Integration, in Abstimmung mit dem Ministerium für Wissenschaft, Forschung und Kunst ist irgendwie irritierend. Sie wird im BFBD-Newsletter so beschrieben:

„Man habe bereits aufgrund eines Beschlusses von 2018 eine Überwachungspflicht hinsichtlich Neuroborreliose. Allerdings sei man nur dazu verpflichtet, **verfügbare national erhobene** Daten an die EU zu übermitteln. **Die Mitgliedsstaaten seien jedoch nicht verpflichtet, national eine neue Meldepflicht einzuführen. Schon gar nicht hinsichtlich der Borreliose-Fälle im Allgemeinen, möchte man ergänzen.**“

Die Frage nach offiziellen Zahlen von Borreliose-Erkrankungen konnte nicht zufriedenstellend beantwortet werden. Es gäbe nur die Zahl von (Zitat)

„75.000 Behandlungen, die über die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg dokumentiert seien. Das wären jedoch nur die Zahlen aus der gesetzlichen Krankenversicherung, ohne hausarztzentrierte Versorgung und Privatpatienten. Abgesehen davon und zur Dunkelziffer lägen der Landesregierung derzeit keine Angaben vor. Allein im Jahr 2018 seien jedoch 17.180 Versicherte „einer großen gesetzlichen Krankenversicherung“ in Baden-Württemberg mit der Diagnose Borreliose in ambulanter oder stationärer Behandlung gewesen, was ausweislich dieser Krankenversicherung **18,2 Millionen Euro** an Kosten eingebracht hätte.“ So der Text im BFBD-Newsletter. Weiter heißt es dann:

„FAZIT: Man hantiert ohne nur annähernde Kenntnis von Zahlen, weiß aber, dass „die Einführung einer Meldepflicht für Borreliose auf Landesebene ...als nicht zielführend erachtet“ wird. **Wir meinen:** Sogar das Ziel, nämlich eine adäquate Gesundheitsversorgung für die Bürgerinnen und Bürger sicher zu stellen, ist hier nicht klar, ganz abgesehen von der unklaren Datenlage.“

Dem ist nichts hinzuzufügen! Man ist einfach nur „baff“.

Beiträge Gesundheit und Wissenschaft

Hyalomma & Co überwintern in Deutschland

In der „Freien Presse“ vom 17.02.2020 wird berichtet, dass 2 neue Zeckenarten bei uns überwintern. Im Folgenden Auszüge aus dem Artikel:

„Milde Winter und warme, trockene Sommer wie in den letzten beiden Jahren haben die Ausbreitung von Zecken begünstigt. „Aber auch neue Arten aus tropischen Gebieten können jetzt bei uns überwintern“, sagte Professorin Ute Mackenstedt von der Uni Hohenheim bei Stuttgart am Montag vor dem Beginn des Süddeutschen Zeckenkongresses.

Zu den neuen Zeckenarten gehören die Riesenzecke Hyalomma und die Braune Hundezecke. „Beide können bei entsprechender Überpopulation auch für Menschen gefährlich werden“, so die Parasitologin.



Zecken in Nahaufnahme: links die tropische Hyalomma, rechts zwei Gemeine Holzböcke, die in Deutschland am häufigsten vorkommen. Das männliche Tier (r.u.) ist kleiner als das weibliche. Foto: Uni Hohenheim/M. Drehmann (Foto und Text: www.freiepresse.de)

Die Hyalomma-Zecke werde nicht nur im Vorbeigehen abgestreift, sie jage auch aktiv. Untersuchungen an eingeschickten Exemplaren hätten in vielen Fällen einen Befall mit sogenannten Rickettsien gezeigt. Das sind Bakterien, die das Zecken-Fleckfieber auslösen. Die Braune Hundezecke könne Mackenstedt zufolge sogar in Wohnräumen überleben und dort zur Plage werden. Stark ausgebreitet hätten sich zudem die Auwaldzecken, die ebenfalls den Menschen stechen können. „Die Zecken kommen mittlerweile ganzjährig vor. Ab sieben Grad sind sie aktiv.“ Deshalb sollte man sich bereits bei diesen Temperaturen mit entsprechender Bekleidung und einem Zeckenabwehrmittel vor Stichen schützen.

Für Aufsehen hatten im vergangenen Sommer Meldungen von Professorin Mackenstedt gesorgt, dass Tropenzecken wie Hyalomma als mögliche neue Quelle für gefährliche neue Infektionen in Frage kommen. Nun gibt die Forscherin Entwarnung: „Das sogenannte Krim- Kongo Hämorrhagische Fieber und das Arabisch Hämorrhagische Fieber sind bislang in keiner Hyalomma-Zecke nachgewiesen worden, die in den vergangenen Monaten eingeschickt wurde.“ Da tropische Zecken aber mit Zugvögeln nach Deutschland eingeschleppt werden, müssten sie dennoch als Bedrohung für Menschen und Nutztiere angesehen werden. Um Forschung an Zecken weiterhin zu unterstützen, bittet Mackenstedt darum,

auffällige Exemplare zur Untersuchung einzuschicken. ...

Die Borreliose tritt deutschlandweit zehntausendfach auf. Es ist die häufigste durch Zecken übertragene Krankheit. Eine Meldepflicht gibt es nicht in jedem Bundesland, aber in Sachsen. So verzeichnete die Landesuntersuchungsanstalt des Freistaates im Jahr 2018 rund 2100 Fälle, 2019 waren es knapp 2300. Gegen Borreliose ist noch keine Impfung zugelassen. Hier hilft laut RKI nur das schnelle und fachkundige Entfernen der Zecke, denn Borreliose-Erreger werden erst etwa zwölf Stunden nach dem Stich in die Wunde abgegeben, die FSME-Viren jedoch sofort. Borreliose lässt sich bei frühzeitiger Erkennung gut mit Antibiotika behandeln. Gegen FSME gibt es keine Therapie.“ (Ende der Auszüge)

Zecken zur Untersuchung (in einem Glas mit Schraubverschluss) können an folgende Labore geschickt werden:

- **Konsiliarlabor für Frühsommer-Meningoenzephalitis (FSME)**
Institut für Mikrobiologie der Bundeswehr (IMB)
Neuherbergsstr. 11, 80937 München
Ansprechpartner: PD Dr. Gerhard Dobler
Tel.: 089 . 9926 9239 – 74
- **Nationales veterinärmedizinisches Referenzlabor für durch Zecken übertragene Erkrankungen** im Friedrich-Loeffler-Institut
Bundesforschungsinstitut für Tiergesundheit,
Standort Jena
Naumburger Str. 96 a, 07743 Jena
Ansprechpartner: Dr. Christine Klaus
Tel.: 03641 804 21 00
- **Robert Koch-Institut**
Postfach 65 02 61
D-13302 Berlin
Tel.: 030 18754 0
- **Universität Hohenheim**
Fachgebiet Parasitologie
70593 Stuttgart
Tel.: 0711 459 22275

(Informationen aus dem Internet:

<https://www.zeit.de/wissen/gesundheit/2019-06/parasiten-tropische-zecken-ueberwinterung-mikrobiologie-hyalomma>)

Nachtrag zu Beiträgen im letzten Newsletter

Frau Christel Schmedt vom BZK hat mich per email zu Recht darauf hingewiesen, dass es auf der BZK-Homepage über die angesprochenen Themen schon eine Weile umfangreiche Informationen gibt.

Im letzten Newsletter berichteten wir unter anderem über ArminLab und den Tick-Plex-Test. Über diesen Test hat Frau Schmedt auf ihrer BZK-Homepage auch schon Informationen bereitgestellt (www.bzk-online.de/bakterien/borrelien/testverfahren-neuentwicklungen/).

Zu Filarien und anderen Parasiten gibt es dort auch sehr viele gute Informationen und weiterführende Links (<https://www.bzk-online.de/parasiten/>). Zu Filarien speziell ist dort folgendes zu lesen (Auszug):

Filarien: Die Filarien führen eine endosymbiotische Lebensweise mit Bakterien der Gattung Rickettsia

Wolbachia, sie sind für die Existenz der Würmer essentiell.

Filariose: Die **Filariose** wird beschrieben als eine tropische Krankheit, die auch Reisende trifft. Es gibt sie inzwischen sehr oft bei uns auch. Die Ursache der Erkrankung ist eine Infektion mit verschiedenen Arten von Fadenwürmern (Filarien), welche durch den **Stich einer Mücke oder Bremse** auf den Menschen übertragen werden. Je nach Wurmart werden verschiedene Gruppen von Filariosen unterschieden, die sich auch hinsichtlich der Symptome unterscheiden. Hier lesen Sie alles Wichtige zu den verschiedenen Formen der Filariose.

Vom Blut wandern die Würmer je nach Wurmart in verschiedene Zielgewebe, wo sie sich vermehren. Man teilt die Filariosen in drei Gruppen auf:

- **lymphatische Filariose:** Die Würmer leben besonders in den Lymphgefäßen
- **Subkutane Filariose:** Die Würmer leben direkt unter der Haut
- **Seröse Filariose:** Die Würmer besiedeln den Bauchraum oder den Brustkorb

weiterlesen unter

<http://www.netdoktor.de/krankheiten/filariose/>

und http://symptomat.de/Lymphatische_Filariose - Filariose käme in Deutschland nicht vor, wieder ein Irrtum, vermutlich weil man gar nicht danach sucht und sie auch kaum finden kann mit normalen Untersuchungsmethoden! Praktischerweise erklärt man dann, es gibt diese Sachen nicht bei uns! ...

Das Immunsystem ist bei chronisch Kranken oft so schlecht, dass es auch keine Parasiten mehr erkennen, geschweige denn bekämpfen kann. So haben auch die meisten Patienten mit chronischer Borreliose verschiedene Parasiten im Verdauungssystem wie Rundwürmer, Bandwürmer, Fadenwürmer.

Parasiten sind heute viel weiter verbreitet als angenommen - insbesondere bei chronisch Kranken und sie werden nie oder äußerst selten mit abgecheckt. Inzwischen raten wir, **immer** die Parasiten mit abchecken! (Ende des Auszugs)

Unter <https://www.parasiten-arzt.de/index.php> kann man sich ein interessantes Buch zum Thema „Parasiten“ von dem Arzt Dr. med. Adrian Stoenescu herunterladen. Auch zum Thema „Lyme Borreliose“ gibt es dort gute Informationen. Dr. Stoenescu hat eine Privatarztpraxis in Wuppertal.

Was die Behandlung mit Disulfiram betrifft, gibt es auf der Homepage Informationen dazu (<https://www.bzk-online.de/bakterien/borrelien/lyme-krankheit/>) und darüber hinaus noch weitaus mehr im Forum (<https://www.bzk-mitgliederforum.de/t170f99-Behandlung-der-Lyme-mit-Disulfiram.html>). Im Forum muss man sich anmelden, aber das geht eigentlich recht einfach.

Online-Kongress Chronische Infektionen

Vom 20. bis 30. März 2020 findet bzw. fand ein Online-Kongress zu Themen statt, welche uns als Borreliose-Betroffene interessieren. Immunsystem, Chronische Infektionen, Labordiagnostik, Corona Virus, Lebensstil, Selbstheilungskräfte, Lebens-

energie, Ernährung, Wildkräuter, Gifte und Entgiftung, Darm- und Leberreinigung, Zähne, E-Smog, Wohngifte und Schimmelpilze, Energiemangel, Hormonsystem, Stoffwechselstörung sind Schlagwörter der Vorträge.

„30 führende Ärzte, Heilpraktiker und Wissenschaftler zeigen die Ursachen sowie die effektivsten Behandlungswege und Präventionsmaßnahmen von chronischen Infektionen, wie: Viren und Bakterien wie Borreliose und Co-Infektionen, Herpesviren wie EBV, Candida, Parasiten und multiresistenten Keimen und dem SPECIAL THEMA CORONA!“ schreibt Christel Schmedt vom BZK in ihrem letzten Mitglieder-News.

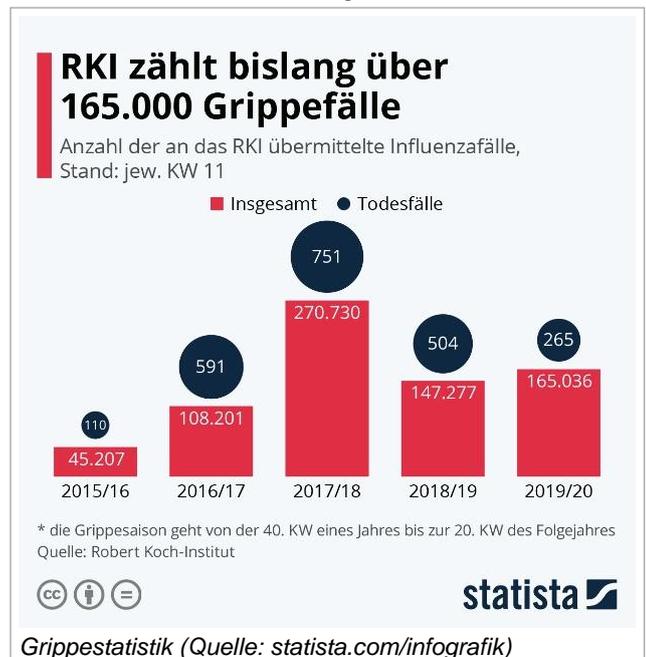
Es gibt auch ein Wissens-Paket mit allen Infos und Vorträgen zu kaufen. Dieses Paket haben wir erworben. Unsere Mitglieder können es sich bei Interesse ausborgen. Vielleicht funktioniert ja auch der Link zur Anmeldung noch, dann kann jeder selbst noch mal nachschauen.

(<https://www.gesundheitsakademie.info/chronischeinfektionen/>). Zur Anmeldung braucht man nur Name und e-mail-Adresse.

Influenza und Corona

Alles dreht sich zurzeit um Corona. Aber es gibt auch andere gefährliche Viren, z.B. Influenza. Unter <https://de.statista.com/infografik/13040/woechentliche-influenzafaelle-in-deutschland/> kann man die aktuellen Zahlen des Robert-Koch-Institutes ansehen. Dort steht:

„Die aktuelle Grippezeit nimmt Fahrt auf und schon jetzt verdeutlichen die [aktuellen Zahlen des Robert Koch-Instituts](#) (RKI), dass sich im Vergleich mit dem Vorjahr deutlich mehr Menschen infiziert haben. Seit der 40. Kalenderwoche 2019 wurden dem RKI bislang über 165.000 Influenzafälle gemeldet.



Im Vorjahr waren es um diese Zeit etwa 18.000 weniger. Für Ärzte bedeutet die Influenza jede Menge Extraarbeit - für 2018/2019 schätzt das RKI die Anzahl grippebedingter Arztbesuche auf rund vier Millionen.

Die hier abgebildeten Fallzahlen beinhalten nur die laborbestätigten Fälle und Todesfälle, die dem Institut über ein Netz von Sentinelpraxen gemeldet werden.

Auf dieser Basis wird dann eine Exzessschätzung vorgenommen. Beispielsweise wurden dem RKI in der Grippezeit 2017/18 1.674 Todesfälle gemeldet - laut Schätzung sind indes 25.100 Menschen gestorben. ...“

Da die Zahlen in Text und Grafik verschieden sind, habe ich nachgefragt. Also: Die Grafik zeigt nicht die ganze Saison, sondern nur jeweils den Stand 11. Kalenderwoche. So ist es möglich die laufende Saison mit der vorherigen zu vergleichen.

In der Saisonstatistik des RKI steht die im Text genannte Zahl von 1.674 Toten! In der Saison 2018/19 wurden 954 Todesfälle mit Influenza-Infektion an das RKI übermittelt. Die Berichte findet man unter <https://influenza.rki.de/Saisonbericht.aspx>.

Zurzeit gibt es in Deutschland 36.508 Corona (COVID-19)-Erkrankte und 198 Todesfälle. Wobei hier jeder Erkrankungsfall gemeldet wird.

(Stand 26.3.20, Quelle: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Fallzahlen.html).

Ich möchte das neue Coronavirus SARS-CoV-2 nicht verharmlosen. Aber m. E. wird hierzulande zu viel Panik gemacht. Jedenfalls stimmen die Relationen der Maßnahmen der Erkrankungen nicht.

E. Stein

Zerstörer Lebensraum schafft die perfekten Bedingungen für das Entstehen von Coronavirus

Zum Thema Corona bin ich im Internet auf eine äußerst interessante Publikation gestoßen (<https://www.scientificamerican.com/article/destroyed-habitat-creates-the-perfect-conditions-for-coronavirus-to-emerge/>), in der dargelegt wird, dass die Zerstörung der Wälder und anderer Lebensräume für Wildtiere die Ausbreitung neuer, für Menschen gefährlicher Krankheitserreger wie COVID19, SARS, Ebola, HIV, Dengue usw. begünstigen. Es geht um einen kleinen Ort (ca. 150 Einwohner) im Norden Gabuns namens Mayibout 2. Die Leute dort sind Krankheiten wie Malaria, Dengue-Fieber, Gelbfieber und Schlafkrankheit gewöhnt. Doch im Januar 1996 kam es zu mehreren Epidemien mit Ebola, einem tödlichen Virus, das den Menschen damals kaum bekannt war. Die Krankheit tötete 21 von 37 infizierten Dorfbewohnern, welche mit einem Schimpansen aus dem nahen Wald Kontakt hatten (Jagd). John Vidal, der Autor des Berichtes reiste dorthin, um zu untersuchen, warum tödliche Krankheiten, die für Menschen neu sind, aus „Hot Spots“ der biologischen Vielfalt wie tropischen Regenwäldern und Buschfleischmärkten in afrikanischen und asiatischen Städten hervorgingen.

Der Artikel ist leider nur in Englisch, aber ich habe versucht, mithilfe des Google-Übersetzers den Text ins Deutsche zu übersetzen. Einige Ausschnitte daraus lesen Sie im Folgendem:

Noch vor ein oder zwei Jahrzehnten wurde allgemein angenommen, dass tropische Wälder und intakte natürliche Umgebungen voller exotischer Wildtiere den Menschen bedrohen, indem sie die Viren und Krankheitserreger beherbergen, die beim Menschen zu neuen Krankheiten wie Ebola, HIV und Dengue führen.

Eine Reihe von Forschern ist heute jedoch der Ansicht, dass es tatsächlich die Zerstörung der

biologischen Vielfalt durch die Menschheit ist, die die Voraussetzungen dafür schafft, dass neue Viren und Krankheiten wie COVID-19, die im Dezember 2019 in China aufgetretene Viruskrankheit, entstehen - mit tiefgreifenden gesundheitlichen und wirtschaftlichen Auswirkungen für reiche und arme Länder gleichermaßen. Tatsächlich entsteht eine neue Disziplin, die planetare Gesundheit, die sich auf die zunehmend sichtbaren Zusammenhänge zwischen dem Wohlbefinden von Menschen, anderen Lebewesen und ganzen Ökosystemen konzentriert.

Ist es also möglich, dass es menschliche Aktivitäten wie Straßenbau, Bergbau, Jagd und Holzeinschlag waren, die die Ebola-Epidemien in Mayibout 2 und anderswo in den 1990er Jahren auslösten und die heute neue Schrecken auslösen?

"Wir dringen in tropische Wälder und andere wilde Landschaften ein, in denen so viele Tier- und Pflanzenarten leben - und in diesen Kreaturen so viele unbekannt Viren", schrieb David Quammen, Autor von Spillover: Tierinfektionen und die nächste Pandemie, kürzlich im New York Times. „Wir fällen die Bäume; Wir töten die Tiere oder sperren sie ein und schicken sie auf Märkte. Wir stören Ökosysteme und schütteln Viren von ihren natürlichen Wirten ab. In diesem Fall benötigen sie einen neuen Host. Oft sind wir es.“

Untersuchungen legen nahe, dass Ausbrüche von durch Tiere übertragenen und anderen Infektionskrankheiten wie Ebola, SARS, Vogelgrippe und jetzt COVID-19, die durch ein neuartiges Coronavirus verursacht werden, zunehmen. Krankheitserreger gehen von Tieren auf Menschen über, und viele können sich jetzt schnell auf neue Orte ausbreiten. Die US-amerikanischen Zentren für die Kontrolle und Prävention von Krankheiten (CDC) schätzen, dass drei Viertel der „neuen oder neu auftretenden“ Krankheiten, die Menschen infizieren, von Tieren stammen.

Andere Krankheiten, die auf den Menschen übergegangen sind, sind Lassa-Fieber, das erstmals 1969 in Nigeria identifiziert wurde; Nipah aus Malaysia; und SARS aus China, bei dem in den Jahren 2002 bis 2003 mehr als 700 Menschen getötet ... wurden. Einige, wie das in Afrika aufgetretene Zika- und West-Nil-Virus, sind mutiert und haben sich auf anderen Kontinenten etabliert. Kate Jones, Lehrstuhl für Ökologie und Biodiversität an der UCL, bezeichnet neu auftretende durch Tiere übertragene Infektionskrankheiten als "zunehmende und sehr bedeutende Bedrohung für die globale Gesundheit, Sicherheit und Wirtschaft".

Im Jahr 2008 identifizierten Jones und ein Forscherteam 335 Krankheiten, die zwischen 1960 und 2004 auftraten, von denen mindestens 60% von Tieren stammten. Laut Jones sind diese zoonotischen Krankheiten zunehmend mit Umweltveränderungen und menschlichem Verhalten verbunden. Die Störung unberührter Wälder durch Abholzung, Bergbau, Straßenbau durch abgelegene Orte, rasche Verstädterung und Bevölkerungswachstum bringt die Menschen in engeren Kontakt mit Tierarten, die sie möglicherweise noch nie zuvor gesehen haben, sagt sie.

Die daraus resultierende Übertragung von Krankheiten von Wildtieren auf den Menschen sei nun „ein versteckter Kostenfaktor für die wirtschaftliche Ent-

wicklung des Menschen. ... Wir schaffen Lebensräume, in denen Viren leichter übertragen werden können, und dann sind wir überrascht, dass wir neue davon haben.“

Jones untersucht, wie Landnutzungsänderungen zum Risiko beitragen. "Wir untersuchen, wie Arten in degradierten Lebensräumen wahrscheinlich mehr Viren tragen, die Menschen infizieren können", sagt sie. „Einfachere Systeme erzielen einen Verstärkungseffekt. Zerstöre Landschaften, und die Arten, die dir übrigbleiben, sind diejenigen, von denen Menschen die Krankheiten bekommen.“

"Es gibt unzählige Krankheitserreger, die sich weiterentwickeln und irgendwann eine Bedrohung für den Menschen darstellen könnten", sagt Eric Fevre, Vorsitzender für veterinärmedizinische Infektionskrankheiten am Institut für Infektion und globale Gesundheit der Universität Liverpool. "Das Risiko [von Krankheitserregern, die von Tieren auf Menschen springen] war schon immer da."

Der Unterschied zwischen heute und vor einigen Jahrzehnten, so Fevre, besteht darin, dass Krankheiten wahrscheinlich sowohl in städtischen als auch in natürlichen Umgebungen auftreten. „Wir haben dicht gedrängte Populationen geschaffen, in denen neben uns Fledermäuse und Nagetiere sowie Vögel, Haustiere und andere Lebewesen leben. Das schafft intensive Interaktion und Möglichkeiten für Dinge, sich von Art zu Art zu bewegen“, sagt er.

"Krankheitserreger respektieren keine Artengrenzen", sagt der Krankheitsökologe Thomas Gillespie, Associate Professor am Department of Environmental Sciences der Emory University, der untersucht, wie das Schrumpfen natürlicher Lebensräume und das Ändern des Verhaltens das Risiko von Krankheiten, die von Tieren auf Menschen übergreifen, erhöhen. "Ich bin überhaupt nicht überrascht über den Ausbruch des Coronavirus", sagt er. „Die meisten Krankheitserreger müssen noch entdeckt werden. Wir sind ganz oben auf dem Eisberg.“ Laut Gillespie schaffen die Menschen die Voraussetzungen für die Ausbreitung von Krankheiten, indem sie die natürlichen Barrieren zwischen den Wirtstieren des Virus - in denen das Virus auf natürliche Weise zirkuliert - und sich selbst verringern. „Wir erwarten die Ankunft einer pandemischen Grippe voll und ganz; wir können große menschliche Sterblichkeit erwarten; wir können andere Krankheitserreger mit anderen Auswirkungen erwarten. Eine Krankheit wie Ebola ist nicht leicht zu verbreiten. Aber etwas mit einer Sterblichkeitsrate von Ebola, die durch etwas wie Masern verbreitet wird, wäre katastrophal“, sagt Gillespie. ...

„Große Landschaftsveränderungen führen dazu, dass Tiere Lebensräume verlieren, was bedeutet, dass Arten zusammengedrängt werden und auch stärker mit Menschen in Kontakt kommen. Arten, die Veränderungen überleben, bewegen sich jetzt und vermischen sich mit verschiedenen Tieren und mit Menschen.“ Gillespie sieht dies in den USA, wo Vororte, die Wälder fragmentieren, das Risiko erhöhen, dass Menschen an Lyme-Borreliose erkranken. „Die Veränderung des Ökosystems beeinflusst den komplexen Zyklus des Lyme-Erregers. Menschen in

der Nähe werden eher von einer Zecke gebissen, die Lyme-Bakterien trägt“, sagt er.

Die Forschung zur menschlichen Gesundheit berücksichtigt jedoch selten die umgebenden natürlichen Ökosysteme, sagt Richard Ostfeld, angesehener leitender Wissenschaftler am Cary Institute of Ecosystem Studies in Millbrook, New York. Er und andere entwickeln die aufkommende Disziplin der Planetengesundheit, die die Zusammenhänge zwischen der Gesundheit von Menschen und Ökosystemen untersucht.

„Wissenschaftler und die Öffentlichkeit haben ein Missverständnis darüber, dass natürliche Ökosysteme die Quelle von Bedrohungen für uns selbst sind. Es ist ein Fehler. Die Natur ist zwar eine Bedrohung, aber es sind die menschlichen Aktivitäten, die den wirklichen Schaden anrichten. Die Gesundheitsrisiken in einer natürlichen Umgebung können viel schlimmer werden, wenn wir sie stören.“, sagt er.

Ostfeld weist auf Ratten und Fledermäuse hin, die stark mit der direkten und indirekten Ausbreitung von Zoonosen verbunden sind. „Nagetiere und einige Fledermäuse gedeihen, wenn wir natürliche Lebensräume stören. Sie fördern am wahrscheinlichsten die Übertragung [von Krankheitserregern]. Je mehr wir die Wälder und Lebensräume stören, desto größer ist die Gefahr, in der wir uns befinden“, sagt er.

Krankheitsökologen argumentieren, dass Viren und andere Krankheitserreger in den vielen inoffiziellen Märkten, die entstanden sind, um schnell wachsende städtische Bevölkerungsgruppen auf der ganzen Welt mit frischem Fleisch zu versorgen, wahrscheinlich auch von Tieren auf Menschen übertragen werden. Hier werden Tiere geschlachtet, zerteilt und vor Ort verkauft. Der „feuchte Markt“ (einer, der frische Produkte und Fleisch verkauft) in Wuhan, der von der chinesischen Regierung als Ausgangspunkt der aktuellen COVID-19-Pandemie angesehen wurde, war dafür bekannt, zahlreiche wilde Tiere zu verkaufen, darunter lebende Wolfswelpen, Salamander, Krokodile, Skorpione, Ratten, Eichhörnchen, Füchse, Zibeten und Schildkröten.



„Feuchter Markt“ in Guangzhou, China.
Bildnachweis: Nisa Maier Getty Images

Auf den städtischen Märkten in West- und Zentralafrika werden Affen, Fledermäuse, Ratten und Dutzende Arten von Vögeln, Säugetieren, Insekten und Nagetieren geschlachtet und in der Nähe offener Müllhalden und ohne Entwässerung verkauft. "Feuchte Märkte sind ein perfekter Wind für die Übertragung von Krankheitserregern zwischen

verschiedenen Arten", sagt Gillespie. "Immer wenn Sie an einem Ort neuartige Wechselwirkungen mit einer Reihe von Arten haben, sei es in einer natürlichen Umgebung wie einem Wald oder einem feuchten Markt, kann es zu einem Überschwappen-Ereignis kommen."

Der Wuhan-Markt wurde, zusammen mit anderen, wo lebende Tiere verkauft werden, von den chinesischen Behörden geschlossen, und die Regierung verbot im Februar den Handel und den Verzehr von Wildtieren mit Ausnahme von Fisch und Meeresfrüchten. ...

„Diese Märkte sind wichtige Nahrungsquellen für Hunderte Millionen armer Menschen, und es ist unmöglich, sie loszuwerden“, sagt Delia Grace, eine leitende Epidemiologin und Tierärztin beim International Livestock Research Institute mit Sitz in Nairobi, Kenia. Sie argumentiert, dass Verbote Händler in den Untergrund zwingen, wo sie möglicherweise weniger auf Hygiene achten. ...

Was können wir also, wenn überhaupt, dagegen tun? Jones sagt, dass Veränderungen sowohl von reichen als auch von armen Gesellschaften kommen müssen. Die Nachfrage nach Holz, Mineralien und Ressourcen aus dem globalen Norden führt zu einer Verschlechterung der Landschaften und zu ökologischen Störungen, die Krankheiten antreiben, sagt sie. „Wir müssen über die globale Biosicherheit nachdenken, die Schwachstellen finden und die Gesundheitsversorgung in Entwicklungsländern stärken. Ansonsten können wir noch mehr davon erwarten“, sagt sie.

„Die Risiken sind jetzt größer. Sie waren immer präsent und seit Generationen dort. Es sind unsere Interaktionen mit diesem Risiko, die geändert werden müssen“, sagt Brian Bird, ein Forschungsvirologe an der University of California des Davis Health of Veterinary Medicine One Health Institute, wo er Überwachungsaktivitäten im Zusammenhang mit Ebola in Sierra Leone und anderswo leitet.

"Wir befinden uns in einer Zeit chronischer Notfälle", sagt Bird. „Krankheiten reisen mit größerer Wahrscheinlichkeit weiter und schneller als zuvor, was bedeutet, dass wir schneller reagieren müssen. Es braucht Investitionen, Veränderungen im menschlichen Verhalten und es bedeutet, dass wir den Menschen auf Gemeindeebene zuhören müssen.“ ...

Im Endeffekt, sagt Bird, müssen wir vorbereitet sein. "Wir können nicht vorhersagen, woher die nächste Pandemie kommen wird. Deshalb brauchen wir Minderungspläne, um die schlimmsten Szenarien zu berücksichtigen", sagt er. "Das einzig Sichere ist, dass die nächste sicherlich kommen wird."

Soweit die Auszüge. Es zeigt sich also – Umweltschutz ist Gesundheitsschutz!

Erfahrungsberichte von Mitgliedern

Langer Weg, noch nicht am Ziel – E. Stein

Angeregt durch die Krankengeschichten in den letzten Newslettern, habe ich mich entschlossen, auch meine Geschichte zu erzählen. Was davon mit Borreliose zusammenhängt, kann ich auch nicht sicher sagen. Hier meine Geschichte:

1994 bekam ich Ende Mai, ca. 2-3 Wochen nach einer ausgedehnten Wanderung durch Wälder und Wiesen, hohes Fieber, starke Kopf- und Gelenkschmerzen

sowie einen roten, sich ausbreitenden, roten Fleck mit einer zentralen Einstichstelle am rechten Unterschenkel. Mein damaliger Hausarzt verschrieb mir ein Breitband-Antibiotikum (Elobact) und wies mich dann nach einer Woche ohne Besserung ins Krankenhaus Rochlitz ein.

Dort wurde bei einer Sonographie eine Vergrößerung der Milz festgestellt, was auf eine virale Infektion hinwies. Eine Untersuchung auf Influenza und Parainfluenzaviren war jedoch negativ. Der rote Fleck am Unterschenkel wurde auf Pilze untersucht – ohne Befund. Die Blutwerte waren auch okay. Das Breitband-Antibiotikum wurde im Krankenhaus weitergegeben, und nach 2-3 Tagen ging es mir dann deutlich besser, so dass ich nach insgesamt 6 Tagen entlassen wurde.

Ungefähr 9-10 Monate später trat ein nerviges Fiepen im rechten Ohr auf. Dieser Tinnitus wurde auf ein 2maliges Knalltrauma während meines Pflichtwehrdienstes zurückgeführt. Dann eines Morgens konnte ich beim Frühstück auf Arbeit die Kaffeetasse nicht mehr zum Mund führen, so stark habe ich gezittert. Eine Kollegin brachte mich zum Hausarzt. Ich wurde krankgeschrieben, wegen Kreislaufschwäche. In weiterer Folge hatte ich dann mit Gelenkschmerzen in verschiedenen Gelenken zu kämpfen. Dazu kamen noch Blutdruckschwankungen u. a. Kreislaufprobleme, Erblassen/Ertauben von Fingern bei Kälte (Raynaud-Syndrom) und eine sehr schmerzhaft Wundrose am rechten Unterschenkel. Wiederholte Tests auf Borrelien-Antikörper waren bis zu dieser Zeit (ca. 2000) negativ. Mit viel Ausdauersport (Joggen und Radfahren) versuchte ich meine Schmerzen in den Griff zu bekommen, was auch oft ganz gut gelang. 2005 kam es leider zu einer chronischen Entzündung der Achillessehne links, und ich konnte meine geliebten Waldläufe nicht mehr machen. Nach einer OP an der Achillessehne (04/2007) kam es dann noch zu einer postoperativen Wundinfektion und ich musste noch mal für eine Woche in die Klinik. Danach trat beim Treppensteigen noch ein schmerzhafter Muskelfaserriss im linken Unterschenkel auf.

Nachdem alles so weit verheilt war, gab es wieder Probleme beim Ausdauerlauf. Das linke Bein wurde instabil und ich stürzte häufig beim Joggen. In weiterer Folge kam es zu Taubheitsgefühl, beginnend in den Zehen des linken Fußes, nach und nach aufsteigend in beiden Beinen, bis in Höhe Bauchnabel. In der Folge hatte ich dann auch noch Probleme mit Wasserlassen (Harnverhalt/Dranginkontinenz), und das Gehen war kaum noch möglich. Aber ich hatte komischerweise keine Schmerzen mehr in Rücken und Beinen. Mein Hausarzt gab mir eine Überweisung zum MRT, leider musste ich einige Wochen auf einen Termin warten. Da ich nicht mehr joggen konnte, blieb mir nur noch Schwimmen, ich schwamm jeden Tag im Schnitt 2 Kilometer. Bei der ersten MRT (Lenden-Wirbelsäule) hieß es dann, es besteht der dringende Verdacht auf eine Gefäßmissbildung weiter oben in der Wirbelsäule, und es wurde dringend geraten, die Brust und Halswirbelsäule mittels MRT zu untersuchen. Mein Hausarzt meinte, das hat nichts damit zu tun. Ich bestand aber darauf, die Untersuchung machen zu lassen.

Es wurde dann bei der weiteren MRT-Untersuchung eine spinale-durale-arterielle-venöse Fistel (Verbindung zwischen Arterie und Vene innerhalb des Spinalkanals und Hirnhaut) in Höhe Brustwirbelkörper 9/10 links festgestellt. Ich wurde von meinem Hausarzt auf Arbeit angerufen (Büroarbeiten konnte ich noch machen). Ich sollte schnellstmöglich in die Uniklinik Dresden, für weitere Untersuchungen und um dann die Fistel zu verschließen. Das Verschließen mittels Gefäßballon ging jedoch nicht mehr, da die Fistel schon zu groß war. Ich wurde dann operiert, und die Fistel wurde mit einem Gefäßclip verschlossen. Das war im August 2009. Danach ging es wieder bergauf; das Gehen ging wieder besser und ich hatte auch weiterhin nur geringe Rückenschmerzen. Nur Laufen (Joggen) ging nicht wieder, da das Taubheitsgefühl in den Beinen nicht komplett zurückgegangen ist (inkomplettes sensibles Querschnitts-Syndrom).

Ungefähr 6 Monate nach der AV-Fistel-Operation verschlechterte sich mein Zustand wieder stark. Es kam zu massiven starken Schmerzen in Gesäß, Hüfte und Beinen, das Gehen ging wieder sehr schwer und es kam wieder zu Dranginkontinenz. Außerdem hatte ich verstärkte Taubheitsgefühle in Armen und Beinen. Die Taubheit fühlte sich aber anders an, als vor der Fistel-OP, und ich war überhaupt nicht mehr leistungsfähig. Bei einer erneuten Blutuntersuchung 2010 wurden erhöhte Borrelien-Ak (IgM und IgG) festgestellt. Eine Infusions-Therapie mit Rocephin brachte zunächst Besserung. Allerdings war die Besserung nur von kurzer Dauer. Wiederholte Rocephin-Therapien und Therapien mit [Doxycyclin](#) brachten dann keine Besserung mehr.

Im Dezember 2011 bin ich an einem alten Bandscheiben-Vorfall im LWS-Bereich operiert worden, da die Schmerzen im linken Gesäß und Bein immer schlimmer wurden und ich nicht mehr stehen konnte. Etwas besser ging es mir nach der OP; ich konnte wieder aufrecht stehen, aber Schmerzen hatte ich dann auch wieder. Im März 2013 wurde ich daraufhin von meiner Schmerztherapeutin in die Schmerzklinik Chemnitz-Rabenstein eingewiesen, wo ich auf Opiode eingestellt wurde, was eine Weile recht gut funktionierte.

Bei einer Nervenleit-Geschwindigkeits-Messung im MVZ-Mittweida wurde im Frühjahr 2014 eine Polyneuropathie festgestellt, ursächlich durch die Borrelien-Infektion (andere Ursachen konnten ausgeschlossen werden). Seitdem bin ich in unregelmäßigen Abständen im KH Colditz/Zschadraß (Neurologie) in Behandlung. Bei Liquor-Untersuchungen dort wurden im Juni 2015 unplausible Protein-Werte festgestellt, welche nicht weiter kommentiert wurden.

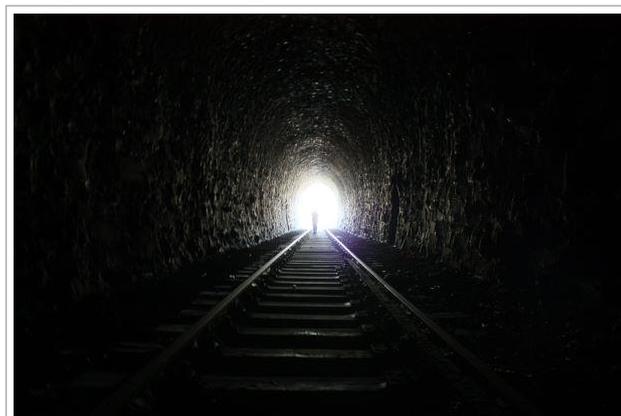
Im September 2015 habe ich 2x das Antibiotika-Therapieprogramm bei Prof. Dr. Schardt (jeweils ca. 2 Monate verschiedene Antibiotika, Antimykotika) durchgeführt, leider nur mit mäßigem Erfolg. Nur eine anfängliche leichte Besserung stellt sich ein. Ebenso ergebnisarm verlief eine Chelat- und Phytotherapie, (2016-2017) und eine Therapie (gegen Yersinien) mit Minozocyclin und Artemisia. Auch Behandlungen bei

verschiedenen Heilpraktikern (Bioresonanz, Rizole, usw.) und einer Geistheilerin brachten keine Besserung. Reha-Kuren, welche ich aller 2 Jahre bekam, brachten zwar eine befristete Besserung, aber der Effekt ließ immer mehr nach.

Ich hatte weiterhin starke Schmerzen, Rückenschmerzen, ausstrahlend in die Beine, Gelenkschmerzen in Armen und Beinen sowie häufig Kopfschmerzen). Eine Untersuchung auf Rheuma im Städtischen Klinikum Dresden im November 2017 brachte kein eindeutiges Ergebnis. Es sei entweder Rheumatoide Arthritis oder Borreliose. Da ich gerade eine Antibiotika-Therapie gemacht hatte, ließ ich die empfohlene 3-wöchige Doxycyclin-Behandlung sein.

Wegen Fremdkörpergefühl und Schmerzen in den Augen war ich im Juli 2019 bei einer Augenärztin. Es wurde eine Infektion festgestellt, welche mit antibiotischen Augentropfen behandelt wurde. Weiterhin war ich wegen Verdacht auf Tachykardien in der Uni-Ambulanz in Leipzig zur Untersuchung. Diese ergab: keine ernsthafte Herzkrankheit. Im September hatte ich dann einen Termin bei einer Ärztin für Transfusionsmedizin und Immundefizienz in Leipzig; dort auch kein eindeutiger Befund, nur das Immunglobulin M war zu niedrig.

Bei einem erneuten Aufenthalt im Städtischen Klinikum Dresden im Dezember 2019 wurde Rheuma und Borreliose ausgeschlossen, da weder erhöhte Entzündungswerte noch erhöhte Borrelien-Antikörper (nur noch IgG erhöht) mehr festgestellt wurden. Meine Schmerzen kommen wahrscheinlich durch eine generalisierte Arthrose, Polyneuropathie sowie durch Veränderungen in der LWS (Stenose, Skoliose und Einengung der Nervenwurzeln), ich sollte mich in der Neurochirurgie der Uniklinik Dresden vorstellen. Auffällig war mir dann bei den Laborbefunden, dass der IgM-Wert weiter gesunken ist.



Noch kein Licht am Ende des Tunnels (Foto: privat)

Zurzeit bin ich noch in der Neurochirurgie der Uniklinik Dresden in Behandlung. Es wurde noch ein MRT der gesamten Wirbelsäule gemacht. Der Befund steht noch aus.

IMPRESSUM

Vorstand des Netzwerkes Selbsthilfe Sachsen,
Borreliose, FSME und bakterielle Erkrankungen e.V.
Tel.: 03724-855355, Fax: 03724-855355
mail: borreliose-coinfektion@gmx.de
web: www.borreliose-sachsen.net