

# Rheuma ist heilbar

## Unterstützende Regulation mit SANUM-Arzneimitteln

von Dr.med. Gerhard Frick

Der Titel ist bewusstmaßen eine etwas mutige Aussage, denn eine bestehende knöchernen Veränderung an einem chronisch rheumatischen Gelenk ist als bleibende Störung kaum mehr heilbar. Wenn man jedoch den rheumatischen Prozess vorbeugend oder spätestens an diesem Punkt abblocken kann, ist es üblich, von einer Heilung bzw. einer Defektheilung zu sprechen. Ich sollte unter heutigen naturheilkundlichen Kenntnissen vielleicht besser formulieren: Rheuma ist vermeidbar. Mit Corticoiden und anderen Immunsuppressiva schiebt man die Defektheilung nur vor sich her. Es ist daher unverantwortlich, immer nur immunsuppressiv zu arbeiten. Auch die stetige Abbremsung von entzündlichen, interleukinbedingten Prozessen, wie sie zur Zeit allopathisch propagiert wird, verhindert die rheumatische Polyarthritits letztendlich nicht. Das Risiko der Erzeugung weiterer Immundefekte und anderer Nebenwirkungen ist zu groß. Die Konzepte der antilymphozytären und antileukozytären Pharmakotherapie verdrängen die altbekannten Vorstellungen des Rheumas als Immunkomplex- und Komplementprozess: Die Immunkomplexe fließen - was „Rheuma“ eigentlich bedeutet - in die feinen Ernährungsgefäße jedes Gelenks, jeder Sehnen- und Muskelscheide und machen beim Typ III nach Gell und Coombs auch nicht vor den kleinsten Gefäßen

halt, woraus dann sogar die Fibromyalgie resultieren kann.

Mein Therapiekonzept basiert auf der Beobachtung - die ich hier auch statistisch belege - dass auf der Grundlage von unerkannten Nahrungsmittelallergien auch eine Allergie gegenüber Streptokokksubstanzen entsteht, die chronische Tonsillitiden, Otitiden und Sinusitiden ermöglicht. Die dabei entstehenden Immunkomplexe führen über Komplementaktivierungen zu Gelenkdestruktionen. In der Folge ist dann in der Regel die Antistreptolysinreaktion (ASR) erhöht. Wenn die ASR normal bleibt, bedeutet das nicht, dass kein Rheuma besteht, da auch andere Mund- und Rachenbakterien, wie *Hämophilus influenzae*, *Branhamellen*, *Neisserien* und *Staphylokokken* in der Lage sind, ähnliche Prozesse auszulösen. In diesen Fällen teste ich die allergische Reaktion dagegen mit Bronchovaxom<sup>®</sup> oder Luivac<sup>®</sup>. Die dritte Möglichkeit, dass auch andere allergische Immunkomplexe Gelenkdestruktionen hervorrufen können, erzeugt dann das seltenere Bild des Morbus Wissler.

Die vierte Möglichkeit der Steigerung chronisch-rheumatischer Prozesse ist durch Autoaggression gegeben. Es muß nicht gleich eine ausgeprägte Kollagenose vorliegen, aber die Erfassung von Autoantikörpern gegen Synovia und Knorpel ist mit einfachen Nosoden

in der EAV oder BFD oder auch kinesiologisch möglich.

1. Schilddrüse	48 =	18,25 %
2. Synovia	25 =	9,50 %
3. Knorpel	25 =	9,50 %
4. Auge	17 =	6,50 %
5. Ney Normin	16 =	6,10 %
6. Ney Psorin	13 =	4,90 %

Tabelle 1: Häufigste Auto-Antikörper bei Rheuma.

Sowohl die allergischen als auch die Autoimmun-Antikörper lassen sich nach dem MoRa-Prinzip, der Invertierung, entschärfen (7). Danach muss bei Bakterien und Pilzen eine Immunisierung, also Erzeugung normerger Antikörper, erfolgen, da Lebewesen in ihrem Kampf ums Dasein sonst bald wieder „ihr Bett“ herrichten.

### Material und Methode

Bei 263 chronischen Rheumatikern - 67 Männern und 196 Frauen - im mittleren Alter von 50 +/- 14,7 Jahren (Abb. 1) wurde mittels Biofunktionsdiagnostik (BFD) die Reaktion gegenüber Grundnahrungsmitteln, Sproß- und Schimmelpilzen, Streptokokken, Staphylokokken und gegebenenfalls weiteren Bakterien und Viren, sowie gegen Stauballergene und Duftstoffe getestet (8).

Bei 55 wurde auch der Rheumastatus und der Optische Erythro-

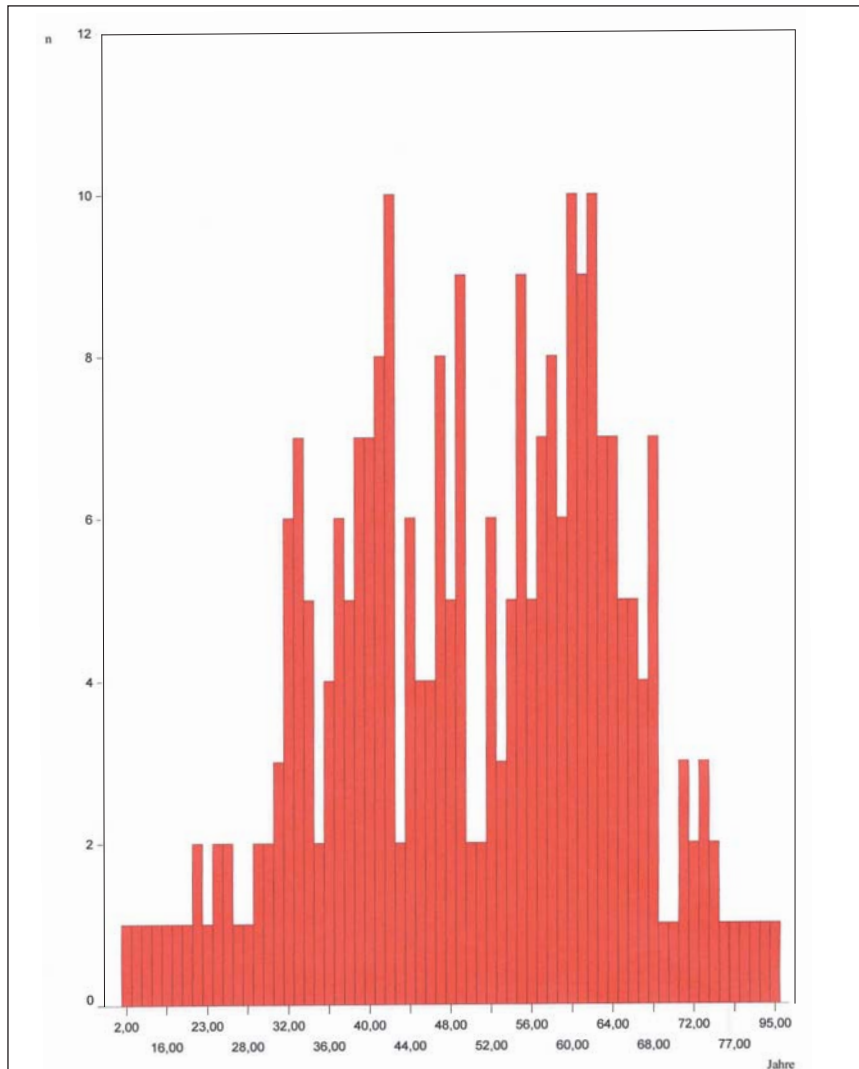


Abb. 1: Histiogramm der Altersverteilung bei 263 Rheumapatienten. Schwerpunkte des chronischen Prozesses bei 32 bis 42 und bei 56 bis 66 Jahren.

Therapie gegen Auto-Nosoden (151 Fälle) zum Einsatz. Bei Auto-Nosoden kann die erste Bedingung der MoRa-Therapie, die Karenz, nicht eingehalten werden, so dass die Reaktion nach 1/2 Jahr kontrolliert und gegebenenfalls die Invertierung wiederholt werden muss.

1. Kur nach Arnoul (s. Tab. 4)  
n = 31 (= 11,8 %)
2. Kur nach Arnoul  
+ 20 Tage EXMYKEHL D3 Supp.  
1x abends n = 25 (= 9,5 %)
3. Kur nach Arnoul  
+ 14 Tage ALBICANSAN D5 Tr.  
1x 8 morgens  
n = 15 (= 5,7 %)
4. Wiederholung der Kur  
nach Arnoul n = 3 (= 1,1 %)

Tabelle 3: Isopathika bei 74 Candidosen unter 263 Rheumapatienten (= 28,1 %).

zytentest nach Linke (OET) untersucht (6). Bei entsprechender Anamnese wurden in der BFD auch Organ-Nosoden wie Leber, Auge, Schilddrüse, Bindegewebe, exokrines Pankreas und Pankreasinseln, Parotis, Mamma, Uterus, Ovar, Prostata, Cerebrum, Medulla, Muskeln, Gelenke, Haut, Gefäße, DNS und in einem Falle auch Kryoglobuline getestet (5).

Therapeutisch kamen die UVB nach Wiesner (3) in 115 Fällen, Isopathika in 249 Fällen (Tab. 2 und 3), die Invertierung nach Morell und Rasche in 208 Fällen ca. 7976 mal und eine

Position	Mittel	n
0.	Alleinige Gabe von MUCOKEHL D5 Tr.	41
1.	LATENSIN „schwach“ Kps., 1 Packung à 5 Kps. in 4 Wochen	16
2.	LATENSIN „stark“ Kps., 1 Packung à 5 Kps. in 4 Wochen	22
3.	UTILIN „schwach“ Kps., 1 Packung à 5 Kps. in 4 Wochen	20
4.	UTILIN „stark“ Kps., 1 Packung à 5 Kps. 4 Wochen	12
5.	MUCEDOKEHL D5 Tr.	1
6.	UTILIN „S“ Kps., 1 Packung à 5 Kps. in 4 Wochen	1
7.	SANUKEHL Strep D6 Tr.	95 = 36,1 %
8.	SANUKEHL Staph D5 Amp., 5x 1 Amp. in 4 Wochen	55 = 20,9 %

Tabelle 2: Isopathika-Gaben bei 249 Rheumapatienten.



Die SANUM-Therapie der Mykose bei allen chronischen Erkrankungen nach F. Arnoul läuft folgendermaßen ab:

Nach Diagnose aus klinischem Bild und Körperausscheidungen:
1. Woche: 2x tgl. 10 Tr. PEFRA-KEHL D5 in 1/2 Glas Wasser
2. Woche: jeden 2. Tag 5 Tr. ALBICANSAN D5
3. Woche: 3x tgl. 10 Tr. FORTA-KEHL D5
4. Woche: 2x wöchentlich 10 Tr. NOTAKEHL D5
eine Woche Pause
Wiederholung 1. bis 4. Woche
Kontrolle klinisches Bild und Körperausscheidungen

*Tabelle 4: Schema der Candida-Behandlung nach Arnoul. Die Woche Pause zwischen den beiden Therapiezyklen kann nach unseren Erfahrungen auch schadlos weggelassen werden.*

Wenn es bei den Allergien zu Reaktivierungen kam, wurde versucht, die Ursache dafür zu klären und abzustellen (Tab. 5 und 6).

1mal kam 27x vor	(10,3 % von 263)
2mal kam 23x vor	(8,7 %)
3mal kam 6x vor	(2,3 %)
4mal kam 1x vor	(0,4 %)
5mal kam 3x vor	(1,1 %)
8mal kam 1x vor	(0,4 %)

*Tabelle 5: Zweitinvertierungen n = 61 (= 23,2 %).*

1. DECT (Schnurlos-Telefon)	22mal (= 36,1 %)
2. Handy	2mal (= 3,3 %)
3. Fernsehapparat	3mal (= 4,9 %)
4. Radio, Radiowecker	7mal (= 11,5 %)
5. Zu späte Immunisierung	8mal (= 13,1 %)
6. Noch persistierende Mykose	18mal (= 29,5 %)
7. Geopathische Belastung	1mal (= 1,6 %)

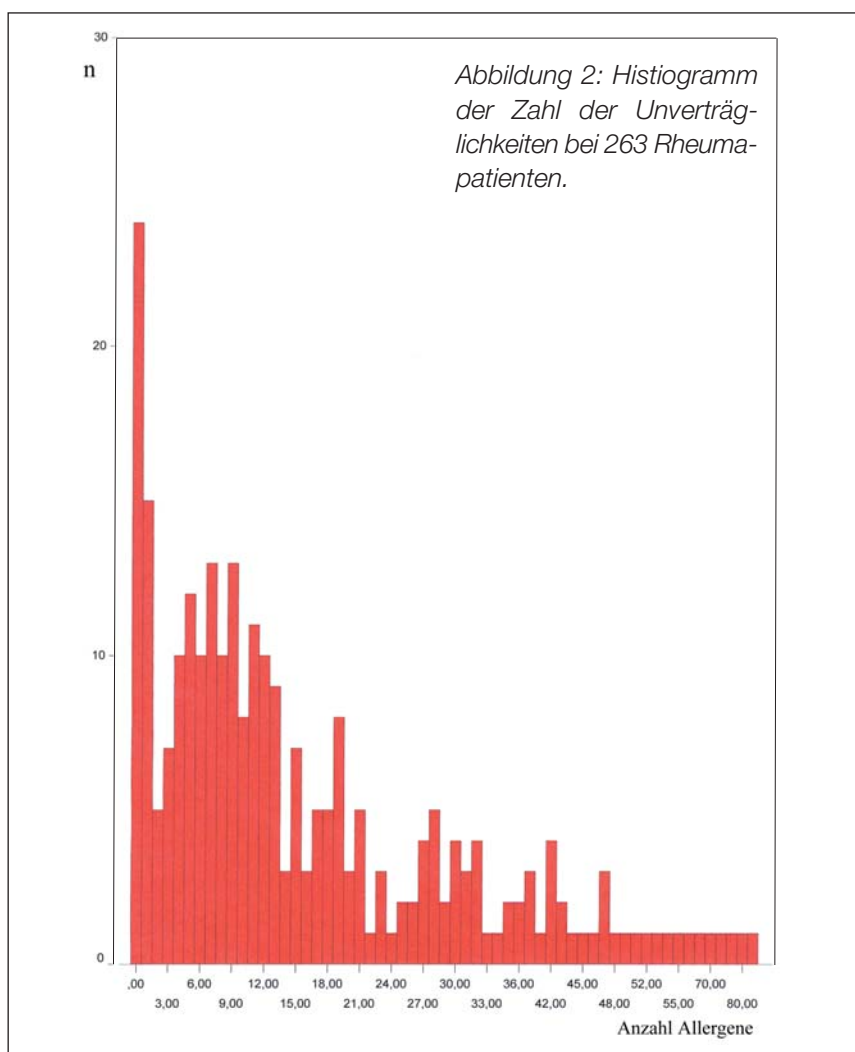
*Tabelle 6: Eruierbare Gründe für Zweitlösungen.*

Die Behandlung der bei den Rheumatikern nachgewiesenen Mykosen wurde weitgehend durchgeführt wie in (4) beschrieben. Von Fall zu Fall wurden auch Komplexhomöopathika wie Vertigoheel, Traumeel, Lymphdiaral, Sinupret und Teltonal sowie Spezialinjektionen an die Cauda equina an S2 nach Arnoul (1) eingesetzt.

Nach der Therapie wurden die Patienten nach dem Erfolg befragt und das Ergebnis nach dem 5- bis 0-Score bewertet.

### Ergebnisse

Die ASR konnte im Laufe der Kontrollen von 1/2 bis 2 Jahre nach komplexer Therapie von 190 +/- 147 auf 125 +/- 90 ( $p < 0,001$  bei





87 Paaren) gesenkt werden, die RF-Werte von 40 +/- 39 auf 21 +/- 46 ( $p < 0,001$  bei 97 Paaren). Das CRP wurde von 0,35 +/- 1,37 auf 0,26 +/- 1,63 gesenkt,  $n = 79$ . Die große Streuung zeigt bereits die Inkohärenz der Fälle, so dass bei den vorwiegend chronischen Verläufen keine signifikante Senkung ermittelbar war ( $p = 0,263$ ).

Die Kreatininwerte wurden bei 80 Patienten im Paarvergleich von 91 mg/dl +/- 18 auf 77 +/- 13 ( $p < 0,001$ ) signifikant gesenkt. Nur bei 24 der 208 in der BFD getesteten Patienten war keine Allergie nachweisbar, bei den meisten sind aber 5 bis 13 Allergene positiv, in Einzelfällen bis 95 Unverträglichkeiten (Abb. 2).

Die Phasenkontrastwerte (PW) des OET nach Linke ließen sich durch die kombinierte Therapie signifikant senken (69 Paare vor und nach,  $p < 0,02$ ). Der Effekt war nach 2 Jahren noch nachhaltig (45 Paare,  $p < 0,001$ ) (Tab. 7).

Ähnlich reagierte der Erythrozytenveränderungsindex (EVI) (69 Paare,

Spezies	n	$\bar{x}$ +/- s	n mit > 3 %	irrel. Anteil in %
Kuhmilch	208	3,1683 4,0973	74	64,4
Weizen	207	2,5577 3,2979	67	67,8
Roggen	207	3,5972 3,8852	86	58,5
Ei	203	4,1872 4,0178	129	34,5
Hefe	185	3,0927 3,7287	87	56,2
SA1 (Fleischarten)	180	4,2611 3,3582	100	44,4
SA2 (Milchprodukte)	66	3,6515 3,0859	35	59,1
<b>n mit &gt; 4%</b>				
C. albicans	187	4,7701 3,7020	99	47,1
Aspergillus	178	7,0112 3,9674	130	27,0
Saccharose	192	6,1354 3,4204	134	30,2
Trichophyton	111	4,7928 3,9060	54	54,1
Streptokokken	194	8,3763 3,1684	179	7,7
Luivac	77	8,5325 3,9323	67	13,0
Corynebacterium acnes	78	3,5000 3,0695	25	67,9
Laktose	112	4,4464 3,7195	47	58,0
Zyklamat	72	2,3611 3,1902	13	81,9

$p < 0,53$ ), nach 2 Jahren (45 Paare,  $p < 0,01$ ) (Tab. 8).

*Tabelle 9 (Fortsetzung nächste Seite): Verbundenheit von Nahrungsmittel- und anderen Allergien mit den bakteriellen und Pilzallergien bei 208 Patienten mit chronischer Polyarthrit.*

	$\bar{x}$ +/- s	n	t im Paarvergleich	p <
PW vor Behandlung	4,81 +/- 2,36	69		
PW nach Behandlung	4,06 +/- 1,96	69	2,418	0,018
PW nach 1 Jahr	4,12 +/- 2,04	45	0,962	0,341
PW nach 2 Jahren	3,33 +/- 0,92	45	4,134	0,001

*Tabelle 7: Verhalten des Phasenkontrastwertes (PW) des Optischen Erythrozytentests (OET) nach Linke bei 45 bis 69 Patienten mit chronischer Polyarthrit.*

	$\bar{x}$ +/- s	n	t im Paarvergleich	p <
EVI vor Behandlung	54,8 +/- 17,0	69		
EVI nach Behandlung	50,0 +/- 14,8	69	1,696	0,05
EVI nach 1 Jahr	46,6 +/- 14,4	45	2,364	0,02
EVI nach 2 Jahren	45,2 +/- 12,6	45	2,822	0,01

*Tabelle 8: Verhalten des Erythrozytenveränderungsindex (EVI) des Optischen Erythrozytentests (OET) nach Linke bei 45 bis 69 Patienten mit Rheuma.*

Die Verknüpfung von Nahrungsmittelallergien und anderen Allergien mit den bakteriellen und Pilzallergien ist in Tab. 9 aufgeführt, desgleichen der Prozentsatz der für die Invertierung irrelevanten Messungen.

Die Erfolgsquote ist in Tab. 10 aufgeführt und in Abbildung 3 grafisch dargestellt. Danach sind 84,4 % dieser chronisch kranken Rheumatischer gebessert bzw. geheilt worden, 15,6 % sind gleichgeblieben bzw. verschlechtert. Eine Patientin war durch Suizid verstorben.



Spezies	n	$\bar{x}$ +/- s	n mit > 3 %	irrel. Anteil in %
Sorbit	77	2,6234 3,3009	14	81,8
Honig	102	2,3725 3,5514	27	73,5
Kaffee	57	7,2807 4,2793	44	31,6
Jodsatz, KJ	30	6,8667 4,0491	21	36,7
Raps und/oder Kohl	68	8,3088 4,3029	56	17,6
Ente	63	3,6984 3,5133	23	63,5
Schaf	71	4,9577 4,5464	34	52,1
Pute	63	4,7302 4,0489	27	57,1
Rind und/oder Kalb	82	5,4878 4,2054	43	47,6
Schwein	91	7,4615 4,3673	70	23,1
Quark	25	8,2800 3,7474	20	20,0
Joghurt	23	8,0435 3,4441	20	13,0
Käse	44	7,9318 3,7874	38	13,6
Daunen	62	6,5484 4,4230	42	32,3
Hausstaub	86	6,2209 3,8757	61	29,1
Dermatophagoides pteronissimus	74	7,9324 3,6276	63	14,9
Dermatophagoides farinae	73	8,5068 3,6822	60	17,8
Latex	57	7,5965 4,2336	47	17,5
Duftstoffmix	25	7 Arten bevorzugt		
Komplexhomöopathika		35mal auffällig		

Tabelle 9 Fortsetzung

Score 1:	
1 Patient gestorben	= 0,4 %
Score 2:	
3 Patienten verschlechtert	= 1,2 %
Score 3:	
36 Patienten unverändert	= 14,0 %
Score 4:	
126 Patienten gebessert	= 49,0 %
Score 5:	
91 Patienten geheilt	= 35,4 %
Geheilte und Gebesserte	= 84,4 %

Tabelle 10: Erfolgsquote der kombinierten Rheumatherapie bei 257 Patienten nach dem 5...1-Score. Bei 6 Patienten war der Zeitraum zur Beurteilung noch zu kurz.

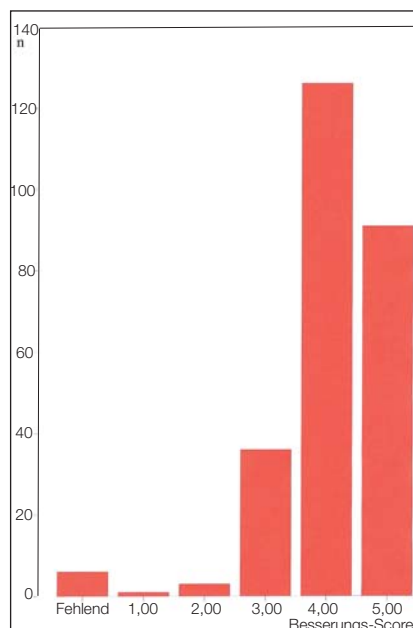


Abbildung 3

## Diskussion

Bei unserem immunstimulatorischen Ansatz lassen sich gegenüber den heute häufiger geübten immunsuppressiven Therapien auch bei chronisch kranken Rheumatikern gute Heilungsquoten erreichen. Bei 39,2 % dieser Patienten hatte sich trotz Tonsillektomie ein Rheumatismus entwickelt. Dies ist ein Beweis dafür, dass es nicht ausreicht, den Hauptreaktionsort der Streptokokken und anderer Rachenbakterien zu entfernen, sondern dass es erforderlich ist, die Grundursache des erleichterten Eindringens von Bakterien und ihrer Stoffwechselprodukte, nämlich die allergische Reaktion dagegen zu entschärfen und dann für eine Konversion in eine Normergie zu sorgen. Dafür haben sich sowohl die SANUKEHLE als auch das Luivac® gut bewährt. Auch nach Linderung der rheumatischen Beschwerden muss zur Verhinderung eines rezidivträchtigen Allergie- und Autoimmunrisikos durch Bekämpfung der Mykosen und Invertierung von positiv reagierenden Organosoden vorgesorgt werden.

Die Enthaltbarkeit gegenüber hochaufgeschlossenen Kohlenhydraten (z.B. Weißmehle) und insbesondere Saccharose in der Pilzkur nach Arnoul (2) sollte sehr ernst genommen werden. Das zeigten uns zwei festgestellte signifikante Regressionen. Dort kam es infolge mangelnder Enthaltbarkeit gegenüber Saccharose zu einem Anstieg der Belastung mit *Candida albicans* bzw. *Aspergillus niger*.

Für die Pathogenese der Glomerulonephritis bedeutsam könnte auch eine Korrelation zwischen der Höhe der Kreatininwerte und den Reaktionen gegenüber SANUKEHL Strep in der BFD sein. Wir hoffen daher sehr, dass sich in Zukunft mehr dialysepflichtige Nephritiden durch Berücksichtigung unseres Behandlungsprinzips verhindern lassen.



Die Bedeutung des OET nicht nur für die Krebsfrühestanzeige, sondern auch für die allergische Pathogenese des Rheumatismus, zeigt eine positive Reaktion des PW-Ausgangswertes und der Höhe der Reaktion in der BFD gegenüber Luivac®. Natürlich sind Korrelationen keine Beweise; sie sollten aber als Denkanstöße gewürdigt werden.

### Fazit

Wenn man potentielle Rheumatiker - für ihre Selektion sollte die Familienanamnese wie bei anderen Allergien durchaus genutzt werden - schon auf der Stufe der Tonsillitis mit Invertierung und mit Isopathika behandelte, würden wir wahrscheinlich 80 % der Rheumafälle verhin-

dern können. Wie wir - nicht nur mit kasuistischer Erfahrungsmedizin, sondern auch - mit Statistiken an 263 manifest chronischen Rheumatikern belegen können, sind auch später noch Heilungschancen vorhanden.

Adresse des Autors:

Dr.med.habil. G. Frick  
Amtsstraße 11 B  
14469 Potsdam  
Telefon (03 31) 50 54 06 37



### Literatur

- (1) Schwerdtle, Cornelia, u. F. Arnoul: Einführung in die Dunkelfelddiagnostik. Die Untersuchung des Nativblutes nach Prof. Enderlein. Semmelweis-Verlag, Hoya 1993
- (2) Arnoul, F.: Behandlungsmöglichkeiten bei chronischen Erkrankungen. SANUM-Post Nr. 23 (1993), 7-9
- (3) Bauerschmidt, H., G. Frick, F.-W. Gaensicke, Anke Wiesner und S. Wiesner: Gerät zur Ultraviolettbestrahlung des Blutes. Medizintechnik 16 (1976), 44-46
- (4) Frick, G.: Behandlung von Mykosen mit SANUM-Mitteln, MORA-Therapie und UVB. Erfolgsbeurteilung mit dem OET nach Linke, Stuhlkontrollen und Antikörper-Verlauf. SANUM-Post Nr. 54 (2001), 24-27
- (5) Frick, G.: UVB, MoRa- und isopathische Therapie bei Autoimmunerkrankungen. Vortr. 106. ZÄN-Kongreß, Freudenstadt, 28.2.2004
- (6) Linke, A.: Der erythrozytennahe Plasma-proteinfilm.- Morphologische und biophysikalische Grundlagen für ein Methode zur mikroskopischen Krebsfrühestanzeige. Semmelweis-Verlag, Hoya 1991
- (7) Morell, F.: Mora-Therapie. Haug-Verlag, Heidelberg 1975
- (8) Vill, H.: Leitfaden der bioelektronischen Funktionsdiagnostik. Haug-Verlag, Heidelberg 1986