Übereiweißung und Übersäuerung

Krankheitsbild und Therapie

von Dr. med. Thomas Rau

veröffentlicht in SANUM-Post Nr. 33/1995, Seite 2 - 12

Einleitung

Jede biologische Therapie und auch jede isopathische Therapie (= SANUM-Therapie) ist eine Therapie, welche sich ausschließlich an den Regulationssystemen des Organismus orientiert. Sie beeinflußt die Anpassungsfähigkeit des Organismus, das innere Milieu und somit die Reaktions- oder Regulationsvorgänge im Organismus. Der biologische Therapeut betrachtet deshalb das Symptom als Ausdruck eines zielgerichteten Regulationsversuchs des Organismus und benutzt es als Wegweiser dahin, welche Stoffwechselvorgänge beim Patienten aktiv sind, gestört sind oder unterstützt werden müssen. Er behandelt deshalb nie gegen das Symptom, sondern unterstützt seine Zielgerichtetheit.

So ist z.B. eine Entzündung mit begleitendem Schmerz nicht eine Krankheit in se, sondern Ausdruck des Versuchs des Organismus, Toxine oder fehlerhafte Eiweiße durch Entzündung zu phagozytieren oder zu verdauen. Diesen zielgerichteten Vorgang der Entzündung unterstützt der Therapeut, indem er leukozytäre Systeme anregt, Durchblutungsverhältnisse begünstigt oder das Lymphsystem in seiner Ausleitungskapazität verstärkt. So kann der schmerzauslösende Turgor vermindert und die Zielgerichtetheit der Entzündung unterstützt werden. Werden aber - in diesem Beispiel - Entzündungsvorgänge durch Antiphlogistika unterdrückt, so kann der Körper sein Ziel der Toxinverarbeitung nicht erreichen und das Gewebe wird toxin-, eiweiß- oder immunkomplexbeladen. Es wird später anfälliger für erneute gewebliche Störungen sein.

Der biologische Therapeut versucht also, die Anpassungsfähigkeit und die Reaktionsfähigkeit des Organismus zu verbessern, d.h. er muß an der Basis des Regulationssystems eingreifen. Wie schon Pischinger, Sander und Wendt in ihren Werken beschrieben haben, ist die Intaktheit des interstitiellen Systems die wichtigste Voraussetzung für eine gute Regulation und Reaktionsfähigkeit der Gewebe, da alle feinstofflichen Informationen, aber auch der zelluläre Stoffaustausch über die feinsten interstitiellen Räume erfolgen.

Die Leitfähigkeit und die Transportfähigkeit der interstitiellen Flüssigkeit ist abhängig von:

- dem Eiweißgehalt des Interstitiums;
- dem endobiontischen Befall;
- dem Säure-Basen-Ausgleich (pH-Wert);
- dem Mineralstoff- und Spurenelementgehalt;
- dem Befall mit endobiontischen Hochvalenzen, welcher Folge der ersten drei Kriterien ist.

Jeder biologischen Therapie muß daher zwingend eine Normalisierung/Einstellung des intestitiellen Milieus vorausgehen. Anders ausgedrückt: Es zeigt sich, daß bei jedem chronisch-kranken Menschen eine Verschiebung des inneren Milieus (des Zustandes des Interstitiums) vorliegt. Dies erklärt, weshalb die biologische Therapie nie allein symptomorientiert sein darf, daß sie sich immer am Interstitium mitorientieren muß.

So kann auch SANUM-Therapie nicht mechanisch nach Indikationslisten angewendet werden, sondern muß absolut individuell verabreicht werden. Dies beschreibt schon Enderlein in seinen Werken und zeigt auf, daß jede isopathische Therapie vorwiegend am Milieu angreift und daß jede Auf- oder Abwärtsentwicklung endobiontischer Valenzen ausschließlich durch eine Milieuveränderung bewirkt werden kann.

Begleitend zu jeder isopathischen oder immunbiologischen Therapie muß daher eine Behandlung des interstitiellen Eiweißgehaltes mit Medikamenten und Diätetika erfolgen, ferner die Regulation des Säure-Basen-Haushaltes und, was heutzutage immer wichtiger wird, der Spurenelementspiegel reguliert werden. Die Tatsache, daß Homöopathika und Isopathika bei gleichzeitiger Verabreichung von Spurenelementen besser wirken, wurde vor Enderlein schon von Hahnemann in seinen späten Werken und von Rudolf Steiner beschrieben. Wir machen diese Erfahrung bei uns ganz intensiv, indem wir sehen, daß Isopathika kombiniert mit orthomolekularer Medizin oder homöopathisierten Spurenelementen beträchtlich besser wirken.

Die Thematik der Eiweißbeladung und des interstitiellen pH-Wertes wird im folgenden ausführlich beschrieben. Die Beurteilung des Gewebe-pH-Wertes, teilweise repräsentiert durch den Urin-pH-Wert, und die Beurteilung des Übereiweißungsgrades erfolgt relativ schnell durch die Messung des Urin-pH-Wertes kombiniert mit der Dunkelfeldmikro-

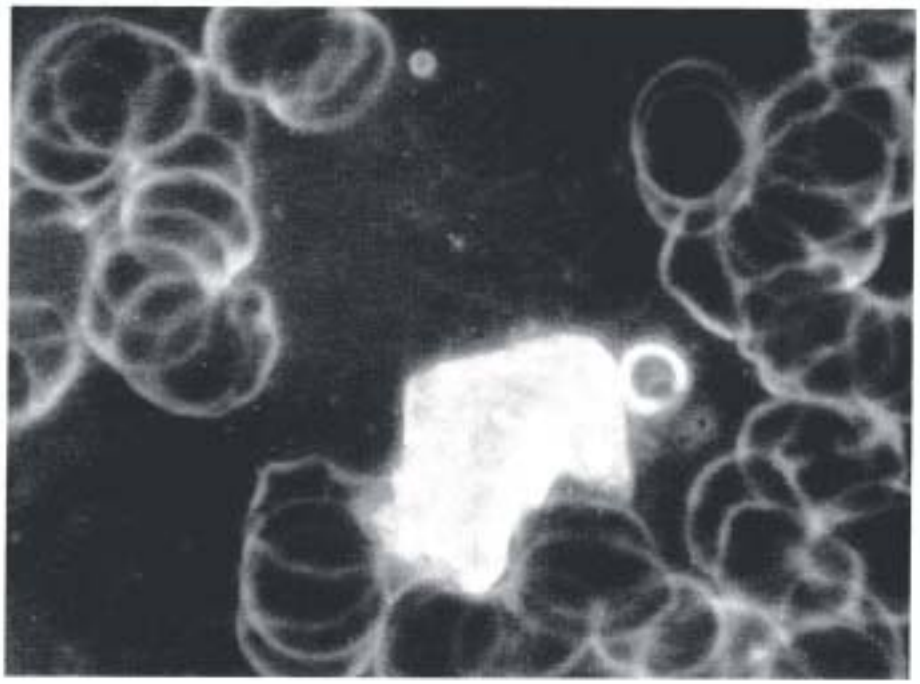


Bild 1: „Übersäuerung" im Dunkelfeld: Schnelle Philibildung, stark leuchtende, dicke endobiontbelastete Zellwände, hohe degenerative Tendenz. Neigung zur Stechapfelformbildung beim Stehenlassen des Blutes. Hochvalente Makrosymprotite.

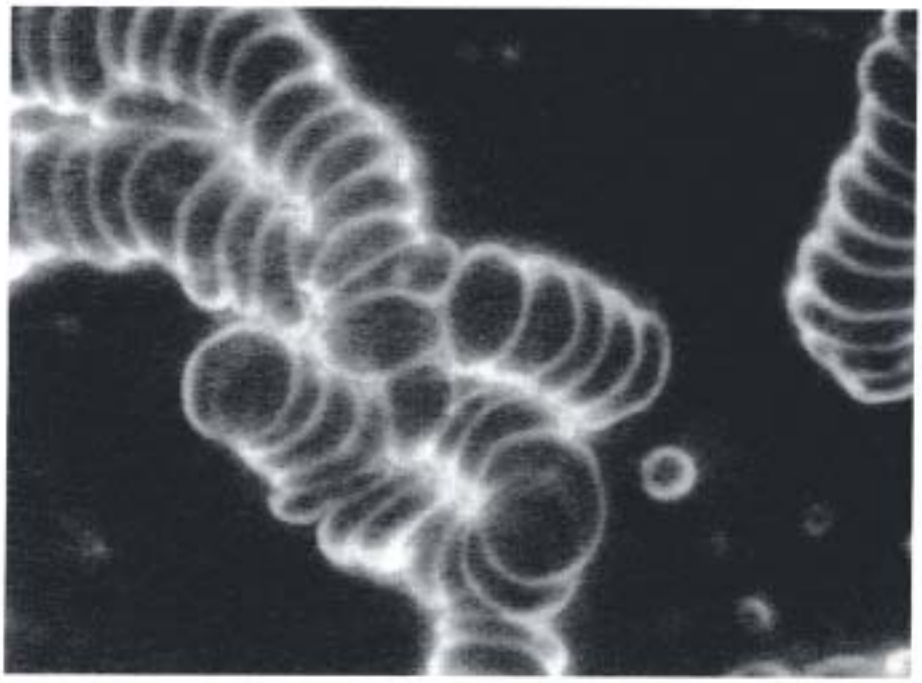


Bild 2: Übereiweißung im Dunkelfeld: Geldrollenbildung mit dicken Eiweißsäumen, zähflüssige Bewegungen, in dünnen Ausstrichen „Zitronenbildungen" und „Birnenbildungen" der Erythrozyten. Neigung zur Entwicklung von langen kondriten Schlangen und Asziten beim Stehenlassen des Präparates. Symplastenbildung und Eiweißkristalle. Die Symplasten sind Zeichen, daß vorwiegend Ausleitungstherapien und diätetische Maßnahmen angezeigt sind.

skopie. Die Dunkelfeldmikroskopie ist eine schnell durchzuführende und sehr praxisgerechte Untersuchungsmethode, welche Hinweise über die Pufferkapazität des Blutes, des Eiweißgehaltes und des endobiontischen Befalls der interstitiellen Flüssigkeit und der Blutzellen gibt. Zusätzlich können Ausleitungsstörungen anhand der vorliegenden Symplasten und Kristalle gesehen werden, auch Blockierungen der Leukozyten bei Spurenelementmängeln, toxischen Belastungen oder der generativen Tendenzen. Der erfahrene Dunkelfelddiagnostiker erkennt zudem die endobiontische Belastung des Blutes und die dadurch notwendige Therapiebedürftigkeit (Tafel 1).

Die Bedeutung der Eiweiße und die Übereiweißungskrankheit

Der erwachsene Körper benötigt zur Erhaltung seines Stoffwechselgleichgewichtes (ausgewogener Abbau/Aufbau der Körpereiweiße) ca. 40 g reines Eiweiß täglich, entsprechend 0,5-0,7 g pro Kilogramm Körpergewicht. Die Umsatzquote beträgt ca. 60 g täglich, wobei ein Teil des aus den Zellen abgebauten Eiweißes in Form von Aminosäuren wieder neu eingebaut werden kann und ein geringer Teil zu Glucose (siehe unten, Gluconeogenese) oder im Hormonumbau verarbeitet wird. Die tierischen Eiweiße werden zwar besser im Dünndarm resorbiert, da sie zu höherer Fermentausschüttung und Salzsäureproduktion anregen. Sie werden daher wegen der „höheren biologischen Wertigkeit" von der Fleischindustrie angepriesen. Dabei wird aber nicht berücksichtigt, daß nur ihre Resorption in den Körper gut ist, aber ihr Um- und Einbau in die Körperzellen schlecht ist. Die tierischen Eiweiße, vor allem die Schweineeiweiße, werden höhermolekular in Peptiden oder als kleinmolekulare Eiweiße in den Körper aufgenommen und im Interstitium eingelagert.

Bedeutung der

Dunkelfeldmikroskopie

für die Praxis:

- Milieu ?
- Uebereiweissung ?
- Aktivität des Immunsystems
  - Protiten ?
  - Leucocytenbeweglichkeit ?
- Endobiontenbefall ?
- Zellresistenz ? / Zellatmung ?
- => HAUPTANSATZ der Therapie:
  - Ausleitung ?
  - Enteiweissung ?
  - Endobiontenbehandlung ?
  - Anregung Immunsystem ?

Tafel 1

Die pflanzlichen Eiweiße werden schon im Intestinaltrakt zu kleineren Bestandteilen (Aminosäuren) abgebaut und in den Körper hinein resorbiert. Diese Aminosäuren, insbesondere die essentiellen Aminosäuren, sind für die Körperzelle leichter einbaubar. Es konnte daher nachgewiesen werden, daß pflanzliche Eiweiße in viel höherem Maße zum Aufbau von Körperzellen, insbesondere von Muskelzellen, verwendet werden können. So wurde in großen sportärztlichen Untersuchungen gezeigt, daß durch rein vegetarische Ernährung bei gleichem sportlichen Training eine deutlich bessere Dauerkondition erreicht werden konnte als mit tierischer Proteinnahrung. Insbesondere wurde nachgewiesen, daß bei vegetarischer Ernährung die Zellatmung, also eine mitochondriale Funktion, verbessert werden konnte.

Die durchschnittliche Eiweißzufuhr pro Kopf und Tag beträgt in Deutschland und der Schweiz ca. 140 g/Tag (Tafel 2). Bei einer Idealzufuhr von 40-60 g Eiweiß täglich, welche auch verarbeitet werden kann, beträgt der Eiweißzufuhrüberschuß 50-100 g pro Tag und Person! Dieses überschüssige Eiweiß kann nicht für die Zellen verarbeitet werden und muß entweder abgebaut, verbrannt oder im Körper eingelagert werden (Literatur: Wendt). Aminosäuren und kleinmolekulare Proteine haben eine negative Ladung und neigen dazu, Mineralstoffe mit positiver Ladung zu binden. Dadurch entstehen chemisch inerte, kaum reagierende Eiweißmineralstoffkomplexe mit äußerst hoher Einlagerungstendenz ins Interstitium und in die Gewebe. So eingelagerte Eiweiße führen zu Reaktionsverminderung der Gewebe, interstitieller „Verschlackung“ und Veränderung des Sol-Zustandes der interstitiellen Flüssigkeit. Der Pischinger-Raum (Interstitium), welcher Träger von Informationen und Medium jedes Stoffaustausches ist, wird vermindert transportfähig, was zu Toxinüberschwemmung der Gewebe, Zellen sowie zu Einlagerung von Abbausubstanzen ins Interstitium führt.

Die Übereiweißungskrankheiten sind chronische Krankheiten, entwickeln sich im allgemeinen langsam und behindern den zellulären und den Ausscheidungsstoffwechsel massiv. Die Übereiweißung des Organismus, insbesondere des Interstitiums, führt zur Verminderung der mitochondrialen Tätigkeit, d.h. der Zellatmung und damit zu erhöhter degenerativer Tendenz der Zellen und Gewebe. Sie muß daher immer auch auf zellulärer Ebene, also mit Anregung der Atmungsfermente und mit Behandlung des interstitiellen Raumes angegangen werden.

Physiologische Eiweißabbaumechanismen: Zelleinbau und Umstrukturierung von Eiweißen in Fermente etc. machen aus 40 g/ Tag. Was überschüssig zugeführt wird, muß ausgeschieden, abgebaut oder eingelagert werden. Der physiologische Abbau der Eiweiße geschieht über die Purinsynthese. Proteine werden zu Aminosäuren abgebaut, zu Purinen umgebaut und als Harnsäure ausgeschieden. Dieser Abbaumechanismus ist sehr säure-

DIE ÜBEREIWEISSUNG

Physiologie:

Umsatz maximal	70 gr/Tag
Zufuhr aktuell, CH	120-150 gr/Tag
Zufuhr ideal	40 - 70 gr/Tag

→ täglicher Eiweissüberschuss: des Durchschnitts-Schweizers — 50 - 120 gr/Tag

→ Abbau / Ausscheidung nötig

Abbau / Umbau:

→ Einbau in Zellen, Muskeln
→ Enzymaufbau, etc: 40 gr/Tag

→ Physiologischer Abbau:
Proteine → Aminosäuren
→ Purine → Harnsäure

Tafel 2

EIWEISSAUSSCHEIDUNGS-PATHOLOGIE

- Verstärkte Harnsäureproduktion → - Kristalle
  - Gicht
- Aminosäurenablagerungen → - Verkalkungen
  - Weichteilrheumatism.
- Gluconeogenese (bis 40 gr/Tag)
  → Lactatbildung → Säure
  → Mucor rac.
  → Insulinüberlastung
- Prostaglandin-Synthese → Entzündung
- Ausscheidung
  Niere: +/- 0 !
  Leber: 10 - 40 gr/Tag
  → TOXINSTAU
  Haut: Ekzeme
  → Radikale
  → Tumoren

PERIODEN!!

Tafel 3

lastig. Eine überschüssige Eiweißausscheidung belastet aber auch den Ausscheidungsstoffwechsel. Normalerweise werden im Fließgleichgewicht täglich auch ca. 40 g Eiweiße im Sinn von Abfallprodukten, freien Radikalen, Toxinen ausgeschieden. Die Ausscheidungsmechanismen sind dadurch großenteils ausgelastet. Müssen zusätzliche Eiweiße wie bei unserer Durchschnittszufuhr von täglich 50-100 g ausgeschieden werden, so werden die Ausscheidungsmechanismen und Ausscheidungsorgane überlastet, was zu Eiweißausscheidungspathologien führt (Tafel 3). Der Körper ist nur in geringem Maße für die zusätzliche Eiweißausscheidung gerüstet und setzt deshalb Stoffwechselumwege in Gang:

- **Verstärkte Harnsäureproduktion**
  Die Löslichkeit für Harnsäure ist sehr gering. Eine große Trinkmenge muß eingehalten werden. Sonst bilden sich Harnsäurekristalle im Gewebe. Diese können auch im Blut bei der Dunkelfeldmikroskopie in Form von kleinsten, scharfkantigen, sehr geometrischen Kristallen nachgewiesen werden. Diese Harnsäurekristalle haben eine Fremdkörperwirkung, eine mechanische Scheuerwirkung und können das Krankheitsbild der akuten Gicht auslösen. Die Therapie der erhöhten Harnsäureproduktion besteht in erhöhter Trinkmenge, Stimulierung der Nierentätigkeit mit Solidago, Berberis, harntreibenden Tees sowie einer strikten eiweißarmen Kost. Die Abgabe von Xanthinoxydasehemmern (z.B. Allopurinol/Zyloric) wird nicht empfohlen, da dadurch andere pathologische Wege der Eiweißausscheidung überbelastet werden und das Grundproblem nicht beseitigt wird.
- **Aminosäurenablagerungen**
  Diese werden behandelt bei den Spätfolgen der Übersäuerung. Die negativ geladenen Aminosäu-

ren bilden sich mit Mineralstoffen, was zu Mangel an verfügbaren Mineralstoffen und zu Calciumkomplexeinlagerungen in die Gewebe führt. Typischerweise zeigt der langjährig übereiweißte Patient einerseits Mineralmängel an Knochen und Knorpel, andererseits Kalkeinlagerungen in den Weichteilen. Die Haut des übereiweißten Patienten wird verdickt, grobporig, vermehrt sonnenempfindlich und zeigt, vor allem an den seborrhoischen Partien des Gesichts, Wange, Brust, eine Rötung. Die Patienten neigen zu „Sonnenallergien".

- **Gluconeogenese**
  Der Stoffwechsel des Menschen ist für Notzeiten mit dem Energiegewinnungsmechanismus der Gluconeogenese ausgerüstet. Bei Hungersituation kann aus Eiweißen Glucose gewonnen werden; Eiweiße werden abgebaut und zu Glucose umgebaut. Dieser Vorgang der anaeroben Energieverwertung geht mit Laktatbildung einher, was wiederum säurelastig ist und hochvalente Formen des Mucor racemosus-Zyklus begünstigt. Der Mucor racemosus entwickelt sich in laktatreicher Umgebung aufwärts. Dieser Vorgang führt beim übereiweißten Patienten zu einer Überbelastung mit Glucose und damit zu einem Hyperinsulinismus, paradoxerweise auch zu einem vermehrten Hungergefühl. Aus diesem Grunde raten wir dem übereiweißten Patienten zu einer tiereiweißfreien Ernährung und dazu gleichzeitig jeden Zuckerkonsum zu meiden. Durch den Vorgang der Gluconeogenese können täglich bis zu 40 g Eiweiß abgebaut werden, allerdings wie oben beschrieben unter starker Pankreasbelastung und starker Leberbelastung durch die Glycogenneubildung.

- **Prostaglandinsynthese**
  Prostaglandine sind Eiweißkörper, welche im Körper synthetisiert werden als Seitenprodukt des Zellabbaus einerseits und als Abbauprodukt der Arachidonsäure. Diese Arachidonsäure wird dem Körper alimentär einzig durch tierische Produkte zugeführt, sie existiert in der pflanzlichen Nahrung nicht. Die körpereigene Prostaglandinsynthese kann zugunsten der entzündungshemmenden Prostaglandine Typ I umgelenkt werden, und zwar durch Einnahme von Antioxidativa, Vitaminen, Nachtkerzenöl und Selen. Die alimentär durch tierische Eiweiße zugeführte Arachidonsäure wird aber immer zu Prostaglandinen Typ II metabolisiert, welche entzündungsfördernd sind. Gleichzeitig wird dadurch auch die Bildung von Histaminen, Entzündungsparametern, Thromboxan gefördert, was die erhöhte Allergie- und Thrombosenneigung bei tierischer Ernährung erklärt.

Die meisten Antiphlogistika sowie Cortisone wirken hemmend auf die Synthese der Prostaglandine I und II und führen zu einem Arachidonsäurestau, welcher einerseits wiederum zu vermehrter Interleukin- und Thromboxansynthese führt, außerdem zu einer Verschlechterung der Entzündungsneigung nach Absetzen der Medikamente Cortison oder Antiphlogistika. Durch diesen Stoffwechselmechanismus erklärt sich auch die erhöhte Leukozytenzahl bei länger dauernder Steroidtherapie sowie die erhöhte Thromboseneigung. In der Problematik der Übereiweißung ist daher die tiereiweißfreie Ernährung sehr wichtig, auch die Therapie mit Antioxidantien, insbesondere Vitamin E, Vitamin C, Nachtkerzenöl (Literatur: Laenzet 1991, Vegetarische Diät bei rheumatischer Arthritis).

Weitere Stoffwechselwege der Eiweißausscheidung: Die hauptsächliche Verstoffwechselung der Eiweiße erfolgt über die Leber. Ihre Verstoffwechselungskapazität beträgt ca. 40 g täglich bei einem erwachsenen, gesunden Menschen. Daraus wird ersichtlich, daß die Leber alleine zur Erhaltung des normalen Stoffwechselgleichgewichts weitgehend bei einem physiologischen Umbau von 40 g Eiweißen täglich ausgelastet ist. Müssen zusätzlich aus dem Interstitium ausgeschwemmte Überschußeiweiße verarbeitet werden, so wird die Leber langfristig überlastet und es kommt zum Toxinrückstau. Toxine sind zum größten Teil Eiweißkörper, häufig hochmolekulare Strukturen. Der Körper versucht dann, diese wiederum einzulagern oder über die Haut auszuscheiden. Toxine können auch als freie Radikale wirken, mit Verstärkung der Oxydationstendenz des Organismus, als Karzinogene können sie ebenfalls wirken. Der Versuch, Eiweiße über die Haut auszuscheiden, führt zu oben genannten Hautveränderungen mit Tendenz zu Hautentzündungen und zur Einlagerung freier Radikale in die Haut. Pigmentstörungen, Hauttumorneigung und Hautekzeme sind die Folge.

Ein weiterer sehr wichtiger Weg der Eiweißausscheidung sind die gynäkologischen Monatsblutungen. Die monatliche Ausscheidung von 100-300 ml meist koaguliertem Blut bedeutet eine ausgeprägte Toxin- und Eiweißausleitung. Sie ist für die Frauen sehr wichtig als Entgiftungsfunktion. Es erklärt sich damit auch, weshalb Frauen im periodenaktiven Lebensabschnitt weniger degenerative und Zivilisationskrankheiten aufweisen als Männer und weshalb sie sich erst nach der Menopause der Krankheitsinzidenz der Männer angleichen. Aus unserer biologisch-ganzheitlichen Sicht sind daher die Periodenblutungen ein sehr wirksamer Entgiftungsvorgang, und wir sind strikt

ÜBEREIWEISSUNGS-KRANKHEITEN

EINLAGERUNGEN:

BLUT	- Sauerstoffaufnahme erniedrigt - Geldrollenbildung - Thrombosen - HYPERTONIE
GEFÄSSE	- Wandstarre - Arteriosklerose
GEWEBE	- Übersäuerung - Rigidität der Bindegewebe - Myome / Myogelosen
INTERSTITUM (Pischinger)	- Entgiftung erniedrigt - Stofftransport erniedrigt - degenerative Tendenz erhöht

Tafel 4

gegen die freizügige Indikationsstellung für Hysterektomien vor der Menopause. Aus ganzheitlicher Sicht sind auch die bei Frauen mittleren Alters sehr häufigen Myome nur Ausdruck von Übereiweißung und Eiweißeinlagerungen zwischen die Muskelzellen und können durch Ausleitungstherapie und Mucortherapie lokal und systemisch erfolgreich behandelt werden.

Weitere Übereiweißungskrankheiten

Bei dem Krankheitsbild (Tafel 4) können nicht verstoffwechselte Eiweiße auf zwei pathophysiologischen Mechanismen wirken: Vermehrte Auflösung in den interstitiellen Räumen und Fließsystemen; wie oben beschrieben, nimmt die Passagefähigkeit für lösliche Stoffe im Interstitium umgekehrt proportional zum Eiweißgehalt ab. Die Funktion des Wassers, als Informationsträger zu wirken, hängt ab von seiner Reinheit. So ist der Stofftransport im Blut und vor allem im Interstitium erniedrigt bei hohem Eiweißgehalt. Dadurch ist die Zellatmung kompromitiert. Eine erhöhte degenerative Tendenz (vorzeitige Alterung und Entartungsneigung der Zelle) ist die Folge. Eiweißfreies Fasten vermindert daher die degenerative Tendenz und fördert die Entgiftung des Organismus, weshalb das Fasten bereits in der Bibel und in alten Heilslehren empfohlen wurde.

Im Blut bewirkt die Übereiweißung eine verminderte Sauerstoffaufnahmefähigkeit. Die Erythrozyten, normalerweise mit einer positiven Oberflächenladung versehen, stoßen sich durch diese elektrostatische Ladung gegenseitig ab und können ihre ganze Funktionsoberfläche nutzen. Liegen Aminosäuren und niedermolekulare Eiweiße im Blut, welche immer eine negative Valenz haben, gelöst vor, so verbinden sich diese mit den Erythrozyten, binden sie in eiweißumlagerten Ketten (Geldrollenbildung), welche nur noch geringe Sauerstoffaufnahmefähigkeit haben. Diese Geldrollenbildung begünstigt wiederum die degenerative Tendenz und kann in der Dunkelfeldmikroskopie sehr gut und schnell erkannt werden.

Die Dunkelfeldmikroskopie erlaubt daher eine schnelle Milieudiagnostik und ein Erkennen, welche Therapieansätze die vordringlichen sind, wie vor allem auch die Notwendigkeit der Enteiweißung. Folgen dieser Geldrollenbildung und Konglomeratbildung von Erythrozyten sind Thrombosen, erniedrigte Sauerstoffaufnahme, Mikroembolien, Durchblutungsstörungen. Die Gewebezelle ist dadurch sauerstoffunterversorgt und gerät in eine Anoxie, was die anaerobe Energiegewinnung nötig macht. Diese (Glykolyse) ist laktatbildend und begünstigt das Wachsen höherer Mucor racemosus-Valenzen. Dies erklärt die in mancher Literatur häufig gemachte Feststellung, daß die Übereiweißung mit tierischem Eiweiß eine Endobiose bedinge. Es erklärt aber auch, daß Patienten mit Folgeerscheinungen verminderter Zellatmung, wie coronare Herzkrankheiten, Durchblutungsstörungen, Hypertonie etc., meist eine Mucorendobiose haben, und daß deren Circulus vitiosus mit MUCOKEHL und Fermenten der Atmungskette (SANUVIS) behandelt werden können.

Auf gleiche Art ist auch die Hypertonie erklärlich, welche meist mit einer länger dauernden Enteiweißung, Basentherapie und Behandlung mit

SANUVIS und MUCOKEHL normalisiert werden kann. Die Hypertoniker zeigen meist Geldrollenbildung im Dunkelfeldbild. Beim Therapietest kann meist ein sehr gutes Lösen der Geldrollen auf MUCOKEHL-Gabe festgestellt werden. Die verminderte Sauerstofftransportfähigkeit des Blutes wird mit dem Versuch kompensiert, die Zirkulation durch Drucksteigerung zu verbessern. Die Hypertonie ist daher aus unserer Sicht ein reiner Kompensationsversuch bei verminderter Sauerstoffaufnahmefähigkeit des Blutes in vivo.

Bei längerem Bestehen von Übereiweißung versucht der Körper, die pathologischen Negativvalenzen mit positiv geladenen Mineralstoffen zu binden, weshalb er schwerlösliche Komplexe mit Mineralstoffen und Eiweißen bildet („Verkalkungen"). Diese sklerotischen Ein- und Anlagerungen in Gefäße und Gewebe führen zur Verminderung der Organfunktionen, zusätzlichen Verminderungen der Gewebeversorgung und zu den bekannten Spätkomplikationen der Gefäßrigidität (Arteriosklerose). Weitere Komplikationen werden im Kapitel „Spätfolgen der Übersäuerung" behandelt.

Die Therapie der Übereiweißung

Die Therapie der Übereiweißung muß immer mit der Übersäuerungstherapie parallel gehen und die Folgen der verminderten Zellatmung und den endobiontischen Befall mitbehandeln, da sonst der Circulus vitiosus nicht unterbrochen werden kann. Die Übereiweißungsbehandlung ist eine Langzeittherapie von meist mehreren Jahren und benötigt meistens auch eine Umstellung der Lebensgewohnheiten, insbesondere der Ernährung. Die konsequente Therapie der Übereiweißung ist gleichzeitig auch die beste Vorbeugung gegen degenerative Krankheiten und maligne Erkrankungen.

Fasten: Fasten ist häufig ein guter Einstieg in die Therapie der Übereiweißung. Man muß aber berücksichtigen, daß einerseits oft die Ausscheidungsmechanismen schon vorbestehend überlastet sind und es zu einem Schlackenanfall kommen kann. Dies wird anhand der Dunkelfeldmikroskopie sofort und einfach beurteilt:

- Anwesenheit von Geldrollen?
- Anwesenheit von Symplasten als Ausdruck überlasteter Eiweißvorgänge?
- Anwesenheit von Kristallen als Ausdruck langbestehender Übereiweißung?

Zusätzlich muß berücksichtigt werden, daß Fasten niemals Hungern sein darf, da beim Hungern auch die Stoffwechselvorgänge sich reduzieren, was man ja eben beim übereiweißten Patienten möglichst vermeiden möchte. Man muß also dem Körper noch gewisse Stoffe zuführen, die zwar nicht belasten, aber seine Enzymtätigkeit und seine Stoffwechselfunktionen weiter gewährleisten. Wir kombinieren daher die Fastentherapie meist mit einer Enzymtherapie und Neuraltherapie der Ausscheidungsorgane sowie der Schilddrüse. Der Wiedereinstieg in die Kost muß übergeführt werden in eine tiereiweißlose oder sehr tiereiweißarme Ernährung, die auch möglichst frei ist von Kuhmilchprodukten. Auf die sehr häufigen Kombinationen Übereiweißung/Nahrungsmittelallergie kann in diesem Artikel nicht eingegangen werden, wir empfehlen aber wegen der hohen Häufigkeit von Kuhmilchallergien anfänglich eine „hypoallergene Kost nach Werthmann und Rau", welche gleichzeitig sehr basenlastig und spurenelementreich ist. Die hypoallergene Kost ermöglicht bei den äußerst häufigen Nahrungsmittelallergien den Aufbau der Dünndarmmucosa und damit auch eine verbesserte Aufschlüsselung der mit der Nahrung zugeführten Eiweiße. Als basenlastige Nahrungsmittel werden empfohlen: Fast alle Gemüse, Früchte, wenn morgens gegessen, Kartoffeln, Kastanien, Mais (Literatur: Wie ernähre ich mich richtig im Säure-Basen-Gleichgewicht / R. Bircher-Rey, Humata Verlag).

Die Basentherapie kann in den meisten Fällen peroral durchgeführt werden. Sie bezweckt durch eine langfristige (ein Jahr und mehr) Zufuhr von Basenäquivalenten, überschüssige Säureeinlagerungen im Gewebe zu neutralisieren. Das Basische unterstützt die Aufbaukräfte des Organismus, was man auch an der physiologischen Basenlastigkeit der Kleinkinder erkennen kann. Jede Verschiebung des Gewebs-pH in Richtung sauer fördert die sklerotischen und degenerativen Tendenzen im Organismus.

Die Basenzufuhr wird mit ALKALA N durchgeführt. Dieses muß in den Tageszeiten gegeben werden, wo keine Verdauungsleistung ansteht oder soeben erfolgt. Man kann es daher entweder frühmorgens einnehmen, physiologischerweise aber um ca. 10 Uhr oder 16 Uhr, wenn der Körper seine normalen Basenschübe hat (Resorption des aus dem Pankreas ausgeschütteten Bicarbonat). Dosierung von ALKALA N: 2x ½ Meßlöffel in je 2-3 dl Wasser gelöst. Bei Fällen mit starker degenerativer Tendenz, im Dunkelfeld starker Philibildung und starker Übersäuerungssymptomatik, führen wir in der Paracelsus-Klinik die Basenbehandlung parenteral durch: Die Dosierung beträgt normalerweise 1-2x wöchentlich 500 ml der Paracelsus-Basenlösung, in welche wir dann jeweils noch unten stehende Ausleitungsmittel und Katalysatoren beimischen.

Als Alternative zum ALKALA haben wir, recht ähnlich den Basemischungen der F.X. Mayr-Ärzte, eine Basenlösung geschaffen, welche gleichzeitig auch eine Mineralstofftherapie und durch die Orotsäure (Magnesiumorotat) die Zellatmung begünstigt. Es ist aber äußerst wichtig, daß jede Basenbehandlung mit einer Diätumstellung und langfristig

durchgeführt wird. Anfängliche Blähungen auf ALKALA-Einnahme zeigen an, daß im Magen überschüssige Salzsäure besteht, welche von ALKALA unter Bildung von CO_2 neutralisiert wird. Dieses Problem dauert meist nur wenige Tage. ALKALA N soll deshalb in den Nüchternphasen eingenommen werden. Anfänglich gibt es ab und zu Durchfall. Dies zeigt ein zu saures Milieu des Dünndarmes an, was sich ebenfalls innerhalb einiger Tage normalisiert und die Notwendigkeit zur ALKALA-Therapie besonders aufzeigt.

Ausleitungstherapie: Alle ausleitenden Organe sollen aktiviert werden durch Förderung der Durchblutung (Sport, Wärmeanwendungen, reflektorische Anwendungen wie Schröpfmassagen, Neuraltherapie, etc.). Die Lebertätigkeit wird angeregt durch galleaktivierende und leberzellaktivierende Therapeutika: Liv 52 (Ayurmedica) / Hepar comp. (Heel) / Taraxacum / Chelidonium / Wermuth-Tee etc. Die Niere wird angeregt durch Solidago, Betula und große Trinkmenge.

Anregung der Zellatmung: Die aerobe Energiegewinnung in den Mitochondrien wird durch rechtsdrehende Milchsäure in hoher Verdünnung (SANUVIS) oder Acidum citricum (CITROKEHL) angeregt. Beim Mucortyp und Stauling ist meist SANUVIS wirksamer, beim bindegewebigen Aspergillustyp, welcher eine Neigung zu tuberkulinischen Leiden hat, meist CITROKEHL besser geeignet. Auch hier ist eine längerdauernde Behandlung wichtig und verstärkt die isopathische Therapie ganz beträchtlich. Gute Erfolge haben wir auch mit den „Katalysatoren des Zitronensäurezyklus“, mit Chinonen und mit Coenzymen, insbesondere Coenzym Q10, enthalten in Ubichinon, sowie mit Coenzym comp. (Heel) und ähnlichen Präparaten.

Orthomolekulare Therapie / Spurenelementersatz: Die Zufuhr positiv geladener Valenzen in Form von Spurenelementen ist äußerst wichtig. Die chronische Übersäuerung führt, wie oben geschildert, zu einer Spurenelementverarmung und Bindung der Spurenelemente. Die Bindungsstellen der Spurenelemente sind alsdann nicht mehr besetzt und pathologische, toxische Elemente wie Quecksilber, Kadmium, Blei treten an die Orte von Selen, Zink, Magnesium. Dieser relative und absolute Mangel an Spurenelementen erklärt die sehr hohe Häufigkeit an Intoxikationen mit Schwermetallen. Die Spurenelemente Selen, Zink, Magnesium müssen daher langfristig ersetzt werden. Zur Ausgangsbeurteilung verwenden wir die Haarmineralanalysen, welche sich besser bewährt haben als die Serumanalysen. Die Zufuhr der Spurenelemente erfolgt materiell und informativ, d.h. in orthomolekularer Dosierung und in homöopathischer Zubereitung. Einerseits werden dadurch dem Körper die Baustoffe zugeführt, andererseits durch die Homöopathika wahrscheinlich die Aufnahme in die Zellen informativ verbessert.

Als Dosierung empfehlen wir Selen 150 ìg täglich, Zink 15 mg täglich, Mangan 5 mg täglich. Mangan ist als Spurenelement besonders wichtig und katalysiert diverse fermentative Vorgänge, welche bei der Eiweißverwertung und Energiegewinnung wichtig sind. Aus ähnlichen Gründen ersetzen wir auch Chrom in einer Dosierung von 100-200 µg täglich. Chrom ist besonders essentiell für die Bauchspeicheldrüse und damit für die Synthese der Proteasen, welche bei der Verwertung der überschüssigen Eiweiße so wichtig sind.

Isopathische Therapie mit SANUM-Präparaten

Die Zivilisationskrankheiten einerseits und die tuberkulinischen Leiden sind die Hauptanwendungsgebiete der Isopathika. Je nach Ort und Lokalisation sowie nach Konstitution des Patienten begünstigt die Übereiweißung die Aufwärtsentwicklung höherer endobiontischer Valenzen. Der endobiontische Befall wiederum verstärkt die Zellwandrigidität und damit die degenerative Tendenz. Im Dunkelfeldtest werden daher meist Erythrozyten mit starkem intrazellulären, endobiontischen Befall im Sinne von sporoiden Symprotiten und stark leuchtender Wandverdickung gesehen. Diese Veränderungen deuten hin auf sehr hohe degenerative Tendenz und werden auch bei Karzinompatienten praktisch obligat gefunden.

Eine lang dauernde Therapie mit MUCOKEHL, eventuell im Wechsel MUCOKEHL und NIGERSAN, ist daher notwendig. Wir empfehlen bei Zivilisationskrankheiten des Kreislaufs eine mindestens einjährige Behandlung mit 2-3 Tbl. MUCOKEHL täglich, morgens und mittags verabreicht, und 1-2 Tbl. NIGERSAN abends. Bei Vorliegen starker Stauungsproblematik empfehlen wir ebenso lange SANUVIS zu verabreichen, 3x 30-50 Trpf. täglich. Diät und Begleittherapie mit ALKALA N während der ganzen Therapiezeit sind selbstverständlich. Man muß den Patienten mitteilen, daß diese Behandlung das subjektive Befinden meist erst nach einigen Wochen verbessert, daß aber Beschwerden wie Angina pectoris, Hypertonie, Schwindel und ähnliche Sensationen meist innerhalb einiger Monate ganz beträchtlich zurückgehen. Bei stark übereiweißten Patienten, chronisch entzündlichen Patienten, sehr starker Geldrollenbildung empfehle ich zusätzlich in einer Anfangsphase eine Enzymtherapie (Wobenzym oder Phlogenzym) in anfänglich hoher, dann abnehmender Dosierung. Diese Behandlung wird vom Patienten häufig als sehr angenehm empfunden.

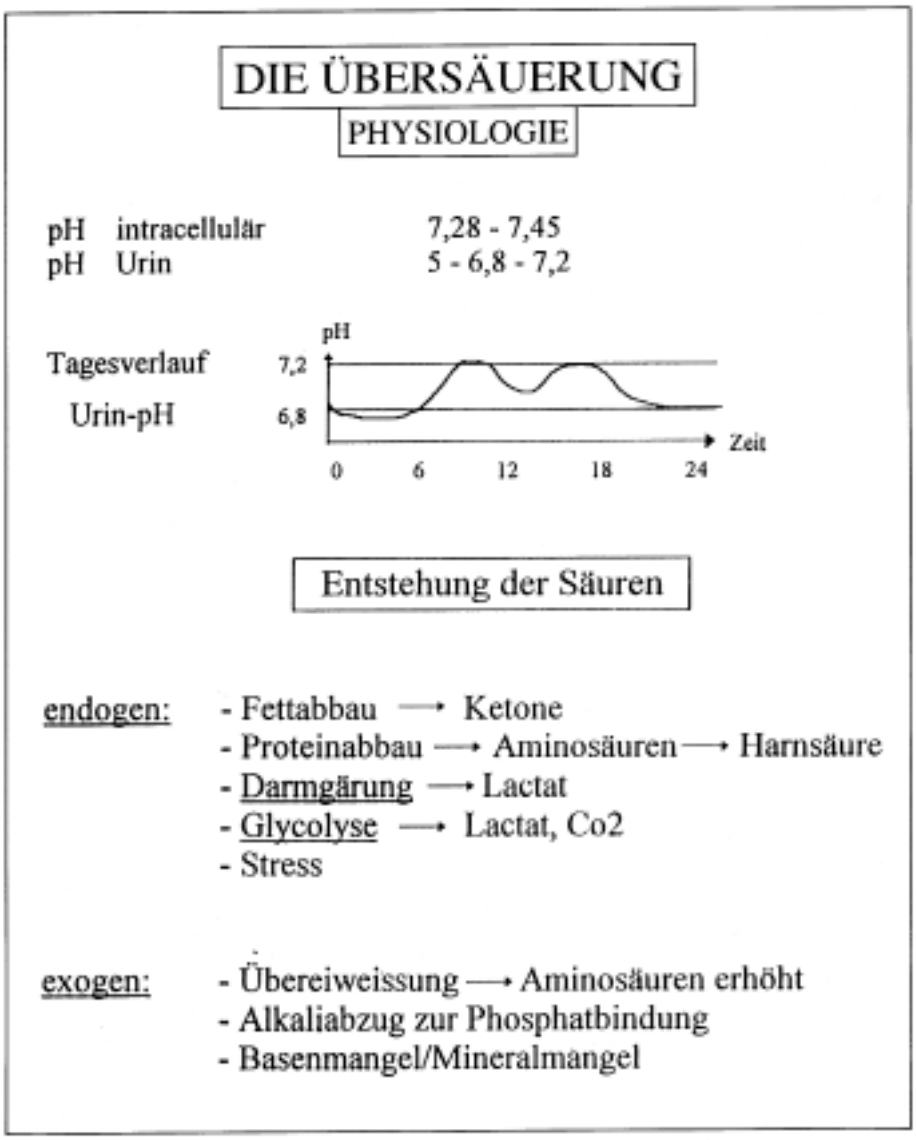
Das Krankheitsbild der Übersäuerung

Der Gesamtstoffwechsel des Menschen ist durch die endogene Entstehung von Säuren leicht säurelas-

tig (Tafel 5). Der intrazelluläre pH-Wert bewegt sich leicht im basischen, zwischen 7,28 und 7,45. Um diesen leicht basischen pH zu gewährleisten, muß ständig Säure im Urin ausgeschieden werden, weshalb der Durchschnittsurin-pH-Wert deutlich geringer ist. Der Urin-pH ist schwankend und tageszeitlich mit zwei Basespitzen versehen. Diese kommen dadurch zustande, daß einige Zeit nach Nahrungsaufnahme überschüssiges Bicarbonat, produziert vom Pankreas, aus dem Dünndarm resorbiert wird. Diesen physiologischen Mechanismus unterstützen wir durch Stimulierung des Pankreas (Chromgabe / FORTAKEHL / Pankreaspräparate / Leptandra etc.) und durch Verabreichung von ALKALA N oder anderen Basenmitteln zu den verdauungsfreien Zeiten, ca. 10 Uhr morgens und 16 Uhr nachmittags.

Die Entstehung der Säuren ist mit dem Schema Tafel 5 beschrieben. Wichtig sind die Zusammenhänge mit der Darmgärung. Darmgärung, entstehend durch überschüssiges Zuckerangebot, aber auch durch abendlich eingenommene Früchte, führt zu Laktatbildung, welche stark säurelastig ist. Das Laktat begünstigt wiederum das Mucorwachstum und die Glykolyse, damit wiederum die degenerative Tendenz im Organismus. Der abendliche Früchtegenuß ist deshalb säurelastig, da die Bauchspeicheldrüse nachts weniger Sacharasen produziert und die aus den Früchten freigesetzten Zucker nicht resorbiert werden, sondern von den Darmbakterien glykolysiert und vergärt werden.

Beim exogenen Säureanfall spielt einerseits die übermäßige Aminosäurezufuhr (Eiweiße, siehe oben), aber auch die verminderte Mineralstoffzufuhr die Hauptrolle. Mechanismen der Säureausscheidung: Um ein Fließgleichgewicht des Säure-Basen-Haushaltes zu gewährleisten, muß der Körper die im Stoffwechsel



Tafel 5

entstehenden Säuren ausscheiden. Dies geschieht normalerweise über die Niere, indem nachts ein saurer Urin ausgeschieden wird, tagsüber ein neutraler. Bei erhöhter Säureproduktion oder Säurezufuhr muß der Urin dementsprechend saurer gestimmt werden und die physiologischen Basen-Urin-Perioden entfallen. Der dann ständig stark sauer reagierende Urin begünstigt Schleimhautreizungen, chronische Zystitiden und Genitalinfektionen, ferner Genitalpilze und bei Männern eine unterschwellige chronische Reizung der Prostata. Alle diese Leiden sprechen daher sehr gut auf eine konsequente Basentherapie an. Insbesondere die häufigen rezidivierenden Zystitiden der älteren Patientinnen können auf diese Art immer antibiotikafrei innerhalb von ca. 1 Jahr ausgeheilt werden.

Ist die Niere in ihrer Ausscheidungsfunktion überlastet, was sich in einem andauernd stark sauer reagierenden Urin-pH zeigt, so müssen andere Ausscheidungsorgane zur Säureausscheidung beigezogen werden, was sich dann in pH-Veränderungen des Schweißes, des Stuhles, des Bronchialsekretes etc. ausdrückt. Der Magen reagiert mit Hyperazidität, d.h. er scheidet als starker Säureproduzent auch in verdauungsfreien Phasen Salzsäure aus. Diese vermehrte Säureausscheidung führt zu Gastritiden, später zu Ulcera ventriculi oder Ulcera duodeni. Vermehrte gastrische Säureausscheidung ist

aber immer Ausdruck eines Versuchs des Körpers, Säureäquivalente zu eliminieren und darf niemals mit H_2-Blockern unterdrückt werden, da damit die ausscheidungspflichtigen Äquivalente im Körper bleiben und zur Gewebsazidose und zur Überlastung des Blutpufferungsmechanismus führt.

Die Hyperazidität des Magens kann in praktisch jedem Falle durch eine länger dauernde ALKALA-N-Behandlung und durch Zufuhr von Mineralstoffen beseitigt werden. Die Bikarbonatproduktion des Pankreas muß unterstützt werden (siehe oben), weshalb wir den Patienten auch Einnahme von geringen Mengen von Kochsalz empfehlen. NaCl wird zur Bicarbonatsynthese gebraucht. Zusätzlich muß striktest tiereiweißfrei ernährt werden, da die gastrische Säure- und die Pepsinausscheidung durch tierische Eiweiße übermäßig stimuliert wird.

Die Haut reagiert auf Übersäuerung des Organismus mit saurer Schweißproduktion. Dies führt, zusammen mit der ebenfalls vermehrten Aminosäurenausscheidung im Schweiß, zu Hautreizungen, Haut-pH-Veränderungen, toxischen Reaktionen in der Haut. Die Patienten schwitzen vermehrt und schwitzen ohne Ursache. Insbesondere der nächtliche Schweiß ist ein klassisches Zeichen der chronischen Säureproblematik. Wir sehen auch häufig bei klimakterischen Patientinnen eine ganz beträchtliche Besserung des „Wallungsschwitzens“ auf Ernährungsumstellung, Mineralstoffe und ALKALA-Therapie. Ekzeme, allergische Hautreaktionen und Hautempfindlichkeiten sind oft Folgen der Übersäuerung. Aus unserer Sicht benötigt daher jeder Ekzematiker eine innere, systemische Basentherapie, und es muß dann immer auch eine Darmsanierung gleichzeitig durchgeführt werden.

Die wichtige Rolle des Darmes

Der Darm als größtes Schleimhautorgan ist auch der größte Ausscheider. Die Sekretion der Dünndarmschleimhaut beträgt täglich ca. 20 Liter, wovon der größte Teil im Ileum und im Colon wieder rückresorbiert wird. Der Dünndarmmucus variiert in seinem Säuregehalt beträchtlich und bewegt sich physiologischerweise in einem pH-Bereich von 6-6,8. Daraus wird ersichtlich, daß eine starke Säureausscheidung in den Dünndarm erfolgt. Diese muß durch den Nahrungsbrei neutralisiert werden, weshalb es so wichtig ist, sich viel basische Mineralstoffe, aber auch nicht resorbierbare, basisch reagierende Pflanzenfasern zuzuführen. Diese neutralisieren die Darmsäure unter Bildung von Phytaten und anderen Faserkomplexen, welche über den Stuhl ausgeschieden werden.

Werden dem Darm keine nicht resorbierbaren Fasern (Ballaststoffe) zugeführt, wird Säure rückresorbiert und auch der Dickdarminhalt säurelastig, was sich dann in Colitis und in falscher Darmmotilität (Colon irritabile) ausdrücken kann. Der Colitispatient muß daher - meist langsam - auf eine pflanzenfaserreiche basische, tiereiweißfreie Kost umgestellt werden. Es muß unbedingt auch den sehr häufigen Nahrungsmittelallergien - meist Kuhmilcheiweißallergie - Rechnung getragen werden, da jede Nahrungsmittelallergie zu Atrophisierung der Dünndarmschleimhäute führt und damit zu vermehrter Rückresorption der Säuren.

Symptome zeigen sich vielfach

Die Schleimhäute des rhino-bronchialen Systems können auch zur Säureausscheidung beigezogen werden. Dies führt dann zu vermehrter bronchialer Sekretion und zähflüssigerem Sinusschleim mit Neigung zu rezidivierenden Bronchitiden/ Sinusitiden. Wie oben beschrieben, ist die Viskosität des Mucus abhängig vom Säuregehalt. Folge dieser bronchialen Schleimveränderungen sind hyperreaktiver Bronchialbaum und Asthmaneigung. Die Patienten verspüren oft auch einen thorakalen Druck, und wir sehen häufig auch psychische Symptome als Ausdruck der „Übersäuerung“. Diese zeigen sich in Bedrücktheit, Depressivität, „Kreisdenken“, Schlafstörungen. Wir behandeln daher auch alle Patienten mit psychischen Symptomen mit der Therapie des inneren Milieus, Regulation des Säure-Basen-Haushaltes und orthomolekularer Substitution.

Gelenke haben seröse Häute und sezernieren nach innen. Wenn das endothelial-seröse System auf Säureausscheidung eingestellt ist, werden Eiweiße, Harnsäurekristalle und andere Säureäquivalente in das Gelenk freigesetzt, was entzündliche Reaktion hervorruft. Die Dunkelfelduntersuchung der Gelenkpunktate zeigt daher meist hochvalente endobiontische Strukturen und eine schnelle Entwicklung grober Phila sowie diverse kristalline Strukturen als Ausdruck der Säurelastigkeit des Milieus. Dementsprechend reagieren die entzündlichen Arthritiden auch gut auf Instillation mit Natrium-Bicarbonat-Lösung, NOTAKEHL, CITROKEHL zur Entsäuerung. Gelenke und Stützgewebe sind aber auch beteiligt durch den Vorgang der säurebedingten Entkalkung/ Demineralisierung, welche erfolgt, um Mineralstoffe zu mobilisieren und Überschußeiweiße zu binden. Man sieht daher als Spätfolgen der Übersäuerung einerseits Entkalkung der Knochen, andererseits kalkhaltige Einlagerungen in die Muskeln, Bindegewebe, Gelenkkapseln und auch Gefäße.

Weitere Spätfolgen der Übersäuerung werden im Schema Tafel 6 beschrieben. Der Abzug kationischer Spurenelemente (Selen / Zink / Mangan / Calcium / Magnesium) führt zu Osteoporose, Knorpeldegeneration,

Spurenelementmängel. Die freiwerdenden Bindungsstellen können besetzt werden von toxischen Spurenelementen / Schwermetallen, weshalb die Quecksilberintoxikation, Aluminiumintoxikation, Bleibelastung sich bedeutend stärker auswirken können. Diese Intoxikationen sind daher obligat immer auch mit Entsäuerung zu behandeln. Die Osteoporose ist daher keine Calciumstörung, sondern ein Problem der Übereiweißung/Übersäuerung und ein Knochenstoffwechselproblem, welches auch dementsprechend behandelt werden kann und auf SANUM-Therapie und Verbesserung des Knochenmetabolismus gut anspricht: LATENSIN / MUCOKEHL und NIGERSAN / CITROKEHL, ALKALA N und Calcium fluoratum Injeel haben sich bisher bei uns auch hierbei bewährt.

Tafel 6