

Borreliose - eine therapeutische Herausforderung

von HP Günter Weigel

Vorwort

Vorweg einige allgemeine Ausführungen, bevor ich mich dem eigentlichen Thema zuwende: Die moderne Medizin kämpft einen verzweifelten Kampf gegen immer neue „Krankheitserreger“, die in sich immer schneller verändernden Formen auftreten. Sie steht dabei immer mehr auf verlorenem Posten. Die vermeintlichen „Krankheitskeime“ sind immer einen Schritt voraus. Sie sind schneller in ihren Entwicklungszyklen, und sie sind unendlich lernfähig. Das bedeutet, dass wir es im Laufe der Zeit immer mehr mit resistenten Bakterien zu tun haben werden und die schulmedizinische Universalwaffe Antibiotika immer schneller die erwartete Wirkung verlieren wird.

Zur Veranschaulichung das Beispiel ESBL:

ESBL (**E**xtended **S**pectrum **B**eta-**L**actamase) ist eine besondere Ausprägung des Enzyms Beta-Laktamase, das von manchen Enterobakterien gebildet wird und in der Lage ist, bestimmte Antibiotika unwirksam zu machen. Man spricht dann von sogenannten ESBL-Resistenzen. Sie beruhen auf genetischen Veränderungen innerhalb dieser Enterobakterien. Diese veränderten Gene können von Bakterien auch art- und gattungsfremd untereinander austauscht werden. Keime mit ESBL befallen vorzugsweise Menschen mit schwachem Immunsystem. Sie sind jedoch nicht ganz so leicht übertragbar wie MRSA (am ehesten durch Fäkalien). Trotzdem ist die Infektionsgefahr mit ESBL produzierenden Keimen in den letzten

Jahren immer größer geworden. Obwohl noch keine offiziellen statistischen Meldungen für das letzte Jahr vorliegen, scheint die Infektion mit ESBL herstellenden Bakterien inzwischen eine ebenso hohe Infektionsrate wie MRSA erreicht zu haben.

(Quelle: www.symptome.ch – Das größte Gesundheitsportal der Schweiz).

Ich habe meine ganz persönliche Einstellung zu „Krankheitserregern“ aller Art. Während für die meisten Menschen – vor allem bei Ausrichtung nach schulmedizinischem Denken – diese potentiell immer aggressiv und bösartig sind, gehe ich grundsätzlich davon aus, dass diese Keime solange friedlich und nützlich sind, bis sie sich durch uns angegriffen fühlen (z.B. durch Antibiotika) oder ein entsprechend gestörtes Milieu vorfinden, das ihrer Entwicklung in eine pathogene Richtung entgegen kommt.

Ich gehe noch einen Schritt weiter: Bakterien und andere Mikroorganismen leben nicht in unserer Welt, sondern wir leben in deren Welt! Wir sind eindeutig das schwächere Glied in dieser Kette und darauf angewiesen, uns mit ihnen zu arrangieren. Bakterien und andere Mikroorganismen können im Gegensatz zu uns mit den unterschiedlichsten Lebensumständen umgehen. Sie leben in kochenden Quellen in Island, in radioaktiv verseuchten Gebieten, und sie sorgen nach Erdölkatastrophen dafür, dass die Natur irgendwann wieder intakt ist. Mikroorganismen werden auch überleben, wenn wir den Ast, auf dem wir sitzen, endgültig abgesägt haben.

Alle von uns als „Krankheitserreger“ definierten Mikroorganismen haben primär erst einmal eine symbiotische Funktion im Gesamtorganismus (Quelle: Dr. med. August M. Zoehl „*Lesen Sie dieses Buch bevor Sie Impfling...*“). Paradebeispiel dafür ist die Darmbakterienflora. Bei einer Verschlechterung der Milieusituation des Wirtsorganismus können sie sich verändern und pathogen werden. Mit Hilfe geeigneter SANUM-Präparate sind wir in der Lage, in den Entwicklungszyklus der Mikroorganismen regulierend einzugreifen und sie wieder in eine apathogene Form zurückzuführen. Dabei interessiert es wenig, um welche spezifischen Mikroorganismen es sich handelt.

Getreu der Forschung Prof. G. Enderleins (1872 - 1968) sind immer eine Vielzahl von Mikroorganismen am Werk und der therapeutische Einsatz der Mittel daher logischerweise immer unspezifisch. Dr. C. Spengler (1860 - 1937) erkannte ebenfalls die Bedeutung sogenannter „Mischinfekte“ und stellte fest, dass es sich nie um einen isoliert aktiven Erreger, sondern immer um eine Gesamtheit verschiedener Mikroorganismen handelt. Das gilt auch bei einer klaren Diagnose wie z.B. einer Virus-Grippe. Und was macht die Schulmedizin? Sie sucht hingebungsvoll nach **einem** bestimmten Erreger und gibt dann aber ein Breitbandantibiotikum!

Ich habe in 20-jähriger Praxistätigkeit bei Infektionen unterschiedlichster Art nie versucht, irgendwelche Krankheitserreger zu bekämpfen, sondern bin immer wie folgt vorgegangen:



1. Milieuanierung (Günter Weigel: „Praxisleitfaden SANUM-Therapie nach Prof. Enderlein“)
2. Mineralstoffsubstitution mit Schüßlersalzen nach Test
3. Regulationstherapie mit SANUM-Präparaten (evtl. ergänzt durch Heel-Präparate)

Milieuanierung und Mineralstoffsubstitution sind die Basis aller therapeutischen Bemühungen. Wir haben es im Verlauf der Jahre immer mehr mit Milieustörungen und Regulationsblockaden zu tun. Ehe dieses Problem nicht gelöst ist, ist jede Therapie irgendwelcher Art zum Scheitern verurteilt (Dr. med. A. Pischinger: „Das System der Grundregulation“).

Bevor ich mich jetzt dem Thema Borreliose zuwende, noch ein paar Gedanken, die mir wichtig sind: Nach langjähriger Praxistätigkeit stehe ich mehr denn je auf dem Standpunkt, dass unser mechanistisches Weltbild uns immer mehr in eine Sackgasse führt. Alle Zahlen, Werte, Laborbefunde und Untersuchungsdaten sind nicht wirklich objektiv, sondern hängen von vielen Umständen unterschiedlichster Art ab. So sind auch standardisierte, *wissenschaftliche* Laboruntersuchungen erst einmal anzuzweifeln und helfen daher nicht wirklich weiter. Ich habe Tests durchgeführt und identisches Untersuchungsmaterial gleichzeitig an unterschiedliche Labors geschickt. Die Ergebnisse differierten erstaunlicherweise nicht um wenige Prozentpunkte, sondern um Welten! Wobei das natürlich erhebliche therapeutische Konsequenzen, oft zum Nachteil des Patienten, nach sich ziehen kann.

Ein weiterer Punkt beschäftigt mich aus therapeutischer Sicht auch schon seit vielen Jahren: Wie lässt es sich erklären, dass renommierte Mediziner wie Hahnemann, Edward Bach, Schüßler und viele andere **bei ausschließlicher Anwendung völlig unterschiedlicher Metho-**

den ihre unbestreitbaren Heilerfolge hatten?

Für mich gibt es drei Faktoren, die aus meiner Sicht für einen Therapieerfolg mit entscheidend sind:

1. Die Kommunikation mit dem Patienten: Wenn die „Wellenlänge“ nicht stimmt, geht gar nichts. Dann helfen auch die beste Methode und die besten Mittel nichts.
2. Das Verstehen des Krankheitsprozesses: Welche Bedeutung hat die Krankheit für den Patienten? Was muss er verstehen lernen? Was muss er ändern? Wozu braucht oder benützt er die Krankheit? Ich erlebe in der Praxis laufend Patienten, denen ich erfolgversprechende Therapien vorschlage, die aber nicht darauf eingehen. Es fällt nicht immer leicht, das dann so zu akzeptieren. Man muss sich in dieser Situation aber immer klarmachen: Es geht nicht um die Realisierung der eigenen Vorstellungen, sondern um den Weg, den der Patient einzuschlagen bereit und fähig ist.
3. Der Organismus und seine eigene, lebenserhaltende Intelligenz: Nur wenn es mir gelingt, nicht nur den Patienten, sondern auch seinen Organismus davon zu überzeugen, dass die eingeleiteten Maßnahmen sinnvoll sind, wird dieser bereit sein, den eingeschlagenen Weg einer Heilung mitzugehen. Wir erleben es sehr oft, dass die Patienten sagen: Ich war schon bei einem Dutzend Ärzten und habe Hunderte von Mitteln eingenommen, ohne dass sich etwas geändert hätte. Wenn wir aus der Sicht des Körpers immer wieder die falsche Entscheidung treffen, spielt dieser irgendwann nicht mehr mit!

Allgemeines zur Borreliose

„Die Borreliose ist die erste große Seuche des 21. Jahrhunderts.“ (Dr. Klinghardt M.D., PhD.,

USA/D (Karl Hüsing: „Borreliose - Wege zur Heilung“))

Jedes Jahr erkranken circa 40.000 Menschen in Deutschland an Borreliose. Eine halbe Million Menschen sind chronisch betroffen („Gesundheitsgespräch“, Samstag, 24.5.2003, 12.05 Uhr in Bayern 2 Radio und BR-alpha).

Das Thema Borreliose gewinnt zunehmend an Bedeutung. Man schätzt, dass inzwischen bis zu 60% aller Bundesbürger infiziert sind. Ich sehe von Jahr zu Jahr in der Praxis mehr Patienten, wobei die Infektion längst nicht mehr nur durch Zecken übertragen wird. Borrelien sind immer und überall vorhanden und können durch jede Hautverletzung in den Körper gelangen. So hatte ich vor einiger Zeit eine Patientin mit einer Borrelien-Infektion, die sich lediglich mit einem Strohhalm verletzt hatte.

„Die Mikrobe ist nichts, der Nährboden (das Milieu) ist alles!“ (Claude Bernard (1813-1878))

Mit anderen Worten: Nur in einem Organismus mit geschwächtem Immunsystem und gestörtem Milieu besteht überhaupt die Möglichkeit einer Infektion. Nicht die infizierten Zecken sind das Problem, sondern unser gestörtes System. Es wäre gut, sich das vor Augen zu führen.

Die ärztliche Kunst bei einer Borrelien-Infektion beschränkt sich sehr zum Leidwesen der Betroffenen in der Regel auf eine Behandlung der Symptome mit Antibiotika (Infusionen!). Dadurch bessern sich zwar kurzfristig und vorübergehend die vordergründigen Symptome, das Problem der zu erwartenden Langzeitfolgen wird aber nicht gelöst.

„Wer sein eigenes Milieu und die eigene, bisherige Lebensweise nicht verändern will, wird auch mit einer Antibiotika-Therapie dauerhaft wenig Erfolg haben und möglicherweise die Keime bis zum nächsten Ausbruch latent weiter in sich tragen.“ (Karl Hüsing)

Gegen viele Antibiotika sind die Erreger inzwischen resistent. Antibiotika hinterlassen außerdem zellwandfreie Bakterienformen – CWD oder L-Formen –, die jederzeit das Geschehen wieder aktivieren können. CWD- oder L-Formen sind für das Immunsystem nicht mehr erkennbar. Damit ist ein chronischer Verlauf gewissermaßen vorprogrammiert. Antibiotika zerstören außerdem die Darmflora und können eine Pilzbesiedelung des Darms mit Candida-Hefepilzen verursachen. Bei konsequenter Behandlung in der nachstehend beschriebenen Weise hat man dagegen eine gute Chance, das Problem definitiv zu lösen und die gefürchteten Spätfolgen zu vermeiden.

„Die Borrelien sind das perfekte Beispiel einer Mikrobe, die gelernt hat, in uns zu überleben, indem sie mutiert.“ (Karl Hüsing)

Zecken leben nicht auf Bäumen, sondern in Bodennähe, Büschen, Grasflächen usw. Besonders attraktiv für Zecken ist männlicher Schweiß! Der Zeckenstich betäubt die Stelle. Daher bleiben ca. 50% der Fälle unbemerkt.

A. Was tun nach einem Zeckenstich?

Alle gängigen Rezepte zum Entfernen einer Zecke wie zum Beispiel mit Hilfe von Öl oder Klebstoffen sind nicht zu empfehlen. Die Zecke ist ein Lebewesen. Bei Panik wird sie den Darminhalt erbrechen oder in die Stichstelle abgeben und damit die Problematik erst richtig aktivieren. Die Zecke bitte auch nicht mit den Fingern oder einer normalen Pinzette entfernen. Der Hinterleib der Zecke wird dadurch gequetscht und der Darminhalt in die Stichstelle gedrückt. Verwenden Sie eine spezielle Zeckenpinzette oder die TRIX-Zeckenschlinge. Ich persönlich bevorzuge ein Einmalskalpell, notfalls auch nur eine Injektionsnadel. Entfernen Sie die Zecke so nah an der Haut wie möglich. Eventuell in der

Haut zurückbleibende kleinere Reste sind normalerweise kein Problem.

Danach einen Tropfen **NOTAKEHL D5** oder Teebaumöl auf die Wunde geben.

Im Zusammenhang mit einem Zeckenstich stellt sich sofort die Frage nach vorbeugenden Maßnahmen.

Soll man sich impfen lassen?

Ein Schutz vor Zeckenstichen ist praktisch unmöglich. Eine vorbeugende Impfung ist nur gegen die FSME (Frühsommerencephalitis) durchführbar. Das Risiko, aufgrund einer solchen FSME-Zeckenimpfung zu erkranken, ist bis zu 50-mal größer als das Risiko einer Virusübertragung durch Zecken! Niemand sollte sich impfen lassen, der nicht sicher weiß, ob er evtl. den Erreger aufgrund einer früheren Infektion latent in sich beherbergt! Und wer weiß das mit Sicherheit?

Auch Edward Jenner, der Begründer von Impfungen, war sich der Gefahren durch diese Methode durchaus bewusst, als er formulierte:

„Ich weiß nicht, ob ich dem Menschen ein gutes Werk getan habe, oder ihm doch damit schade.“ (Edward Jenner (1749-1823) engl. Landarzt; Begründer der Immunologie (Impfung))

B. Verlauf der Borreliose:

Der Verlauf einer Borreliose ist meist schubweise in mehreren Stadien. Klassisch ist ein Kommen und Gehen der Symptome in vierwöchigem Rhythmus.

Stadium I:

Frühstadium – Tage bis Woche nach Infektion

- Ausbreitung der Erreger über die Blutbahn,

- unspezifische Beschwerden, grippeähnlich, Fieber, Gelenk- und Muskelschmerzen, Kopfschmerzen, Müdigkeit und Abgeschlagenheit

Erythema migrans: In 50 Prozent aller Fälle beginnt eine Borreliose mit der Entwicklung eines Erythema migrans oder Erythema chronicum migrans. Erythem ist ein allgemeiner Begriff, der eine entzündliche Rötung der Haut beschreibt, die durch eine verstärkte Durchblutung hervorgerufen wird. Die Erythema migrans oder auch Wanderröte genannte Hautrötung ist das charakteristische Leitsymptom des ersten Stadiums der Borreliose. Tage bis etwa 10 Wochen nach dem Zeckenstich bildet sich um die Einstichstelle eine Hautrötung. Sie breitet sich langsam von der Einstichstelle beginnend kreisförmig aus. Es kann aber auch an anderen Körperstellen auftreten. Deshalb wird das Erythema migrans auch Wanderröte genannt. Ursache für die Wanderröte ist eine Abwehrreaktion des Immunsystems. Die Borrelien, die durch die Haut „wandern“, lösen diese Abwehrreaktion aus. Das Erythem kann enorme Ausmaße annehmen. Im weiteren Verlauf verblasst das Erythem von der Mitte aus, so dass es anfangs als scheibenförmige, später als ringförmige Rötung zu sehen ist.

Das Erythema migrans bereitet normalerweise keine weiteren Beschwerden. Es kann spontan abheilen, aber auch über Monate hinweg „wandern“ und immer wieder auftreten. Dann kommt es meistens „nur“ noch zur Ausbildung eines geröteten Ringes. Manchmal treten auch rote Flecken auf (Quelle: Wald und Wiese / Internet).

Oft wird ein Zeckenstich auch gar nicht bemerkt. Das Ergebnis einer ärztlichen Blutuntersuchung zur Antikörperbestimmung ist oft negativ, woraus dann ein falsches Ergebnis abgeleitet wird! Es gibt keinen Labortest, der absolut zuverlässig ist. Alle Tests können sowohl falsch negativ als auch falsch positiv sein.



Stadium II:

Wochen bis Monate nach der Infektion - Befall der Organe - Ausbreitung der Erreger über Lymphsystem und Blutbahn

- Herzbeschwerden, Herzrasen
- neurologische Beschwerden wie Lähmungen, Schwindel
- Augenprobleme: Hornhaut-, Bindehaut-, Augenmuskel-, Netzhaut- und Sehnerventzündungen, dadurch bedingte Sehverschlechterungen
- Innenohrbeschwerden, Tinnitus
- Muskelschmerzen (*Erreger kapselt sich im Muskel- und/oder Nervengewebe ab*)
- Milz-, Lungen- und Nierenbeteiligung
- starke Kopfschmerzen, Migräne
- psychische Veränderungen

Erhöhte IgM- und/oder IgG-Antikörpertiter. In 20 % der Fälle Antikörper im Nervenwasser.

Stadium III:

Spätphase nach Monaten bis Jahren, Lyme-Borreliose, Organmanifestationen

- Arthritis, rheumatische Beschwerden
- plötzlich einschießende, kurz andauernde Schmerzen in Knöcheln und Fußgelenken (erinnert an Syphilis)
- Herzbeteiligung, Myokarditis, Schlaganfallähnliche Symptomatik mit Lähmungen
- Sehverschlechterung
- Hautveränderungen
- chronische Erkrankungen des Nervensystems (Neuroborreliose), Polyneuropathien, Parästhesien, funktionelle Ausfälle
- Blasenstörungen, Gehstörungen, Lähmungen
- psychische Veränderungen (gereizt bis depressiv).

Antikörpertiter im Blut und die klinische Symptomatik bilden die Diagnose für eine Borreliose im Stadium III. In diesem Stadium ist nur noch der IgG-Titer erhöht!

Alle unter den Stadien I - III erwähnten Symptome sind nur ein kleiner Ausschnitt der tatsächlichen Möglichkeiten. Entsprechend der Disposition des Patienten können zahlreiche weitere Symptome auftreten.

Zeckenlähmung

Eine Zeckenlähmung kann überall auftreten, wo es Zecken gibt. Sie tritt in der Hauptsache bei Tieren auf. Verursacht wird die Zeckenlähmung durch weibliche, mit Eiern beladene Zecken, die an einem Wirt saugen. Dabei produzieren sie ein Neurotoxin und übertragen es auf den Wirt. Normalerweise verschwinden die Symptome schnell, wenn die Zecke abgefallen ist. In seltenen Fällen kann es aber zu tiefgreifenden Lähmungen kommen.

Symptome: Ermüdung, Taubheit in den Beinen, Muskelschmerzen, Zungen- und Gesichtslähmung, Krämpfe, Atemlähmung.

„Es gibt keine spezifischen Krankheiten; es gibt nur spezifische Konditionierungen!“ (Florence Nightingale, engl. Krankenschwester (1820-1910))

Die Erreger der Borreliose sind Spirochäten, also ähnliche Bakterien wie bei einer Syphilis. Der Krankheitsverlauf weist auch viele Parallelen auf. Man sollte daher bei der Behandlung unbedingt auch die Miasmenlehre nach Hahnemann im Auge behalten.

C. Diagnose der Borreliose:

a. Laboruntersuchungen

„Trotz der vorhandenen Labormethoden ist die Interpretation der Befunde nicht einfach und bei aller Sorgfalt sind falsch-positive und falsch-negative Testergebnisse möglich.“ (Karl Hüsing). Mit anderen Worten: Eine zuverlässige Labordi-

agnostik ist nach unserer täglichen Erfahrung in der Praxis nicht gegeben.

Dazu der Fall einer 10-jährigen Patientin, deren Krankheitsgeschichte durchaus beispielhaft ist:

Es begann mit Fieber und Kopfschmerzen. Der Arzt vermutete eine Grippe. Nachdem es tagelang nicht besser wurde, meinte der hinzugezogene Kinderarzt, es würde sich um Migräne handeln. Da keine Besserung eintrat, erfolgte eine Überweisung für ein EEG und an einen Augenarzt. Die Untersuchungen ergaben keinen krankhaften Befund. Der Zustand des Kindes wurde aber immer schlechter. Da kein Termin für eine MRT in absehbarer Zeit zu bekommen war, verschrieb der Arzt Ibuprofen. Einige Zeit später entdeckte die Mutter kreisrunde, rötliche Ausschläge am Oberarm. Sie ging daraufhin wieder zum Arzt und äußerte den Verdacht Borreliose.

Aufgrund des Verdachtes der Mutter wurde das Kind 14 Tage lang stationär mit Antibiotika-Infusionen behandelt. Nach der Entlassung bestanden aber weiterhin Kopfschmerzen, Übelkeit und Schwindelgefühl. Danach wurde dann schließlich die geplante MRT durchgeführt: ohne pathologischen Befund! Das Kind wurde mit den bestehenden Symptomen als geheilt entlassen! Als sich danach der Zustand des Mädchens weiter verschlechterte und zu den bisherigen Symptomen noch Nackenschmerzen, Kniegelenksschmerzen und weitere rote Ausschläge, vor allem im Kopfbereich, kamen, verschrieb der Arzt eine 4-Wochenkur mit Doxycyclin, die aber auch keine Besserung bewirkte.

In dieser Situation kam die Mutter dann zu mir. Nach Durchführung einer Behandlung während drei Monaten in der unten beschriebenen Form war das Kind symptom- und beschwerdefrei! Neben der Therapie der chronischen Borreliose musste ein weiterer, wesentlicher Behandlungsschritt sein, die durch die

Antibiotika verursachten CWD-Bakterien zu eliminieren. Damit wurde sichergestellt, dass das Problem wirklich gelöst ist und keine weiteren Krankheitsschübe stattfinden werden. Inzwischen sind neun Monate vergangen, in denen das Kind keinerlei gesundheitliche Probleme hatte.

b. Dunkelfeldmikroskopie

Wertvolle Hinweise über eine Borrelien-Infektion, über den Zustand des Immunsystems und über das Milieu des Patienten liefert eine Dunkelfeld-Vitalblutanalyse nach Prof. Enderlein (G. Weigel: „Praxisleitfaden - Dunkelfeld-Vitalblutuntersuchung“). Entscheidend ist dabei die Durchführung einer 24 Stunden-Überwachung, d.h. eine Begutachtung der Bilder sofort nach der Blutentnahme und nach weiteren 6, 12 und 24 Stunden, wobei speziell das Intervall zwischen 6 und 12 Stunden wichtig ist. Die leider häufig in 15-30 Minuten durchgeführte Kurzanalyse bringt daher keine brauchbaren Hinweise. Die Interpretation der Bilder und die Beurteilung der Situation sind nicht einfach und verlangen eine langjährige Erfahrung.

Borrelien sind Spirochäten und sollten als solche eigentlich auch im Dunkelfeld erkennbar sein. Tatsächlich habe ich bei zahlreichen Patienten im Verlauf vieler Jahre noch **nie** die für Spirochäten typischen Formen gesehen. Die folgenden Bilder mögen das belegen. Dagegen sehe ich immer eine Vielzahl unterschiedlichster Bakterienformen.

Die Abbildung 1 zeigt das Dunkelfeldblutbild einer Borreliose-Patientin (70J.) 18 Stunden nach der Blutentnahme. Auffällig ist eine starke Aktivität von zahlreichen Bakterienformen (CWD- / L-Formen).

Es folgen drei Dunkelfeldbilder einer weiteren Borreliose-Patientin (43 J.). Die Aufnahmen wurden 12 Stunden nach der Blutabnahme aufgenommen. Die Patientin bekam jetzt, 7



Abb. 1: Blutbild 18 Std. nach der Blutentnahme Pat. (70 J.)

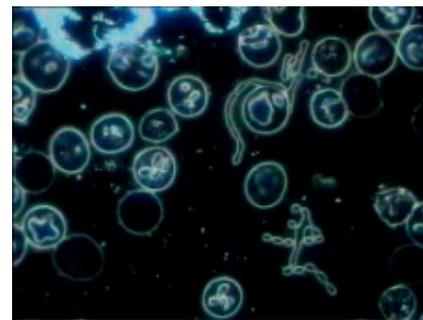


Abb. 2: Blutbild 12 Stunden nach der Entnahme (Pat. 43 J.)

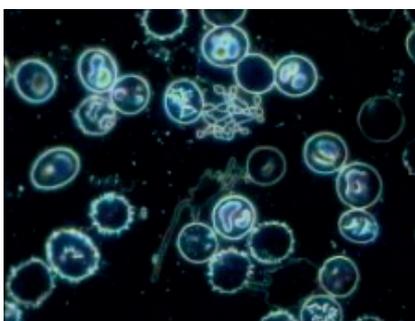


Abb. 3: Blutbild 12 Stunden nach der Entnahme (Pat. 43 J.)



Abb. 4: Blutbild 12 Stunden nach der Entnahme (Pat. 43 J.)

Jahre nach einem Zeckenstich (2005), der damals eine Woche lang mit Antibiotika behandelt wurde, einen akuten Schub: Erythem (Wanderröte), schlechtes Allgemeinbefinden, Konzentrationsprobleme. Die Bilder dieser Patientin zeigten nach 7 Jahren, in denen das Problem aus schulmedizinischer Sicht als gelöst gelten konnte, eine erhebliche bakterielle Aktivität und darüber hinaus eine hohe endobiontische Belastung der Erythrozyten. Diese Aktivität ist ebenso wie die zusätzlich noch vorhandene Belastung in „normalen“ Blut- und Labor-Untersuchungen nicht nachweisbar, sehr wohl aber mit Hilfe der Dunkelfeld-Mikroskopie. Wir können die Situation erkennen, entsprechend behandeln und nicht zuletzt den Behandlungsverlauf kontrollieren.

Die Bilder zeigen auch, dass es sich nicht um Spirochäten in der zu erwartenden, typischen Form handelt, sondern um Bakterien unterschied-

lichster Art und Form (s. Seite 1 dieses Artikels: Prof. Enderlein / Dr. Spengler).

D. Differentialdiagnose:

1. Multiple Sklerose (MS) und
2. Fibromyalgie sind auszuschließen
3. Zeckenlähmung (s.o.)

E. Therapie:

a. sofort nach einem Zeckenstich

• NOTAKEHL D5

Hauptmittel der SANUM-Therapie bei Entzündungen und bakteriellen Infektionen.

• QUENTAKEHL D5

Hauptmittel der SANUM-Therapie bei Erkrankungen des Nervensystems, verhindert die Ausbreitung der Erreger über das Nervensystem.

je 1 Ampulle direkt in die Einstichstelle s.c. und tief mit 20er-Nadel injizieren.



Diese Vorgehensweise verhindert eine Infektion durch Borrelien, wenn die Injektion sofort (innerhalb von Stunden oder wenigen Tagen) erfolgt!

Wir haben in vielen Jahren in der Praxis **nie** eine Infektion erlebt, wenn diese Injektion frühzeitig durchgeführt wurde.

b. Tage, Wochen oder Monate nach einem Zeckenstich bei im Dunkelfeld erkennbarer Infektion oder entsprechender Symptomatik

• **UTILIN "S" D4**

Reizmittel, aktiviert das Immunsystem und bewirkt, dass bei länger andauernden Behandlungen der Behandlungsreiz aufrecht erhalten wird.

• **NOTAKEHL D5**

Hauptmittel der SANUM-Therapie bei Entzündungen und bakteriellen Infektionen.

• **QUENTAKEHL D5**

Hauptmittel der SANUM-Therapie bei Erkrankungen des Nervensystems, verhindert die Ausbreitung der Erreger über das Nervensystem.

• **Heel Lymphomyosot N**

aktiviert das körpereigene Abwehrsystem.

• **Heel Echinacea comp.**

aktiviert das Immunsystem.

2x wöchentlich je 1 Ampulle kreisförmig s.c. lokal um das Erythem, zusätzlich direkt in die Stichstelle.

zusätzlich:

Milieusanierung

- Darmsanierung mit Colon-Hydro-Therapie und SANUM-Mitteln lt. Plan (Günter Weigel: „Praxisleitfaden SANUM-Therapie nach Prof. Enderlein“)

- Schwermetall-Test und -Ausleitung
- Ernährung überprüfen und - falls erforderlich - ändern
- psychische Situation des Patienten besprechen. Die Psyche ist maßgeblich an der Leistungsfähigkeit des Immunsystems beteiligt.

Infusionen 2x wöchentlich:

Vitamin C, 7,5 g/50 ml Pascorbin (Fa. Pascoe), isotone Kochsalzlösung 0,9% Braun, Vitamin B-Komplex (Bad-Apotheke, Bad Rothenfelde), Folsäure (Hevert), SELENOKEHL, ZINKOKEHL u.a. nach Testung.

Je nachdem, wie viel Zeit seit der Infektion vergangen ist und wie weit sich die Erkrankung bereits im Körper ausgebreitet hat, ist unter Umständen eine längerfristige Behandlung notwendig. In jedem Fall müsste es aber möglich sein, ein weiteres Fortschreiten und langfristige Folgeschäden zu verhindern. Die nach vorstehendem Schema behandelten Patienten fühlen sich erfahrungsgemäß gut und haben nur zeitweise und dann auch nur vorübergehend relativ geringe Beschwerden.

Nach einigen Wochen, bzw. Monaten, je nach Verlauf, sollte man überprüfen, ob noch Aktivitäten von CWD-Bakterien im Dunkelfeld erkennbar sind. Falls das der Fall ist, sollte eine Weiterbehandlung durchgeführt werden. Dafür gibt es folgende Möglichkeiten:

- **SANUKEHLE** nach Test einreiben und/oder einnehmen.
- Borrelia Nosode D200 Globuli (Staufen-Pharma).
- Borrelia Nosode D200 Dilution 10 ml.

Das Problem ist erst dann zuverlässig gelöst, wenn alle Tests (Biotensor o.a.) negativ, die Symptome verschwunden und keine aktiven Bak-

terien mehr im Dunkelfeld zu sehen sind. Das kann durchaus auch mal zwei bis drei Jahre dauern, vor allem, wenn die Patienten mit Antibiotika (Infusionen!) behandelt worden sind. Dafür ist das Problem dann aber auch dauerhaft gelöst und keine weiteren Schwierigkeiten in der Zukunft mehr zu erwarten. Wir kennen andere Fälle, bei denen nach schulmedizinischer Behandlung alle paar Jahre wieder erneut Krankheitsschübe auftreten und so ein Fortschreiten der Erkrankung anzeigen. □

Literatur und Quellen:

Günter Weigel:
„Praxisleitfaden SANUM-Therapie nach Prof. Enderlein“, Semmelweis-Verlag, ISBN 3-925524-11-8

Günter Weigel:
„Praxisleitfaden Dunkelfeld-Vitalblutuntersuchung“, Semmelweis-Verlag, ISBN 3-925524-28-2

Dr. med. August M. Zoehl:
„Lesen Sie dieses Buch bevor Sie Impfling...“, Verlag AEGIS Schweiz, ISBN 3-905353-59-8

Dr. med. A. Pischinger:
„Das System der Grundregulation“, 8. Auflage, Haug-Verlag in MVS Medizinverlage Stuttgart GmbH & Co. KG, 1990

Karl Hüsing:
„Auswirkungen einer multisystemischen Infektionskrankheit und gesundheitsfördernde Hinweise am Beispiel der Borreliose“, Beleben-Selbstverlag, ISBN 978-3-9811846-0-0

Anschrift des Autors:

Günter Weigel
Naturheilpraxis „Am Lehbühl“
Am Lehbühl 12
79541 Lörrach
E-mail: guenter.weigel@t-online.de