



Candida - Freund und Helfer oder „Feind“?

Neue ursächliche Zusammenhänge beim Candida-„Problem“

von Dr. Thomas Rau

veröffentlicht in SANUM-Post Nr. 43/1998, Seite 18 - 20

Hefepilze an Haut- und Schleimhaut - Candida - sind nicht nur unangenehm und ärgerlich, sondern rufen in zahlreichen Fällen erhebliche vegetative und neurologische Störungen sowie Schleimhautrekrankungen hervor. In jüngster Zeit sind beim Menschen bezüglich Candidiasis neue ursächliche Zusammenhänge gefunden worden. So zum Beispiel, daß gesunde Menschen mit einer hohen Amalgambelastung ebenfalls von Candida befallen werden. Allerdings nicht in einer pathogenen Form, sondern in einer schützenden.

Dr. med. Thomas M. Rau, Chefarzt an der Paracelsusklinik, hat in verschiedenen Untersuchungen und Vorträgen dargelegt, daß Candida für die Menschen nicht nur ein krankheitserregender Feind ist, sondern durchaus seine natürliche Berechtigung hat. Candida muß deshalb richtig behandelt, in seiner Pathogenität vermindert und nicht getötet werden.

Die Candidapathogenität ist eine Zeiterscheinung

In der Paracelsusklinik werden zahlreiche Patienten mit unklarer Multisymptomatik behandelt, bei denen in schulmedizinischen Kliniken aufgrund der häufig begleitend auftretenden neurologischen Störungen und der Schleimhautprobleme eine Candidabesiedelung vermutet wurde. Die gemachten Untersuchungen sind oft unbefriedigend. Das heißt, Stuhlproben sind fälschlicherweise negativ. Serologien in bezug auf den körperlichen Befall wenig aussagekräftig und die Symptome derart ver-

schwommen, daß meist eine vegetative Labilität oder ein psychosomatisches Leiden vermutet wird. Damit wird dem Patienten unrecht getan, denn die vermeintlich vegetativen und psychischen Symptome bessern sich nach einer konsequenten Milieuthherapie und der Behandlung der Candidapathogenität fast immer.

Die verschiedenen Diagnoseverfahren

Nur wenige Analysemethoden sind in der Lage, Candida nachzuweisen:

Am besten eignet sich die *Dunkelfeldvitalblutdiagnose*: Sie ist bei der Milieuabklärung nicht nur sehr wichtig, sondern auch äußerst ergiebig. Sie zeigt den endobiontischen Befall eines Patienten, nicht aber die Candida an sich. In jedem Fall ist das Dunkelfeld bei der Beurteilung des Milieus und der Disposition zu Infektionskrankheiten für den biologischen Arzt von zentraler Bedeutung. (Für den klinischen Arzt aber steht bei der Beurteilung eines möglichen „Candidapatienten“ die Klinik im Vordergrund.)

Die *EAV* (Elektroakupunktur nach Dr. Voll), der Vegatest sowie die Moratestung und die Kinesiologie eignen sich nur für den Nachweis des Candidabefalls, nie jedoch für Aussagen bezüglich der Pathogenität.

Die *Thermoregulationsdiagnostik* nach Professor A. Rost zeigt nur unspezifische Darmschleimhautreaktionen.

Stuhlproben wiederum sind oft unbrauchbar: Anhand mehrerer Untersuchungen konnte bestätigt werden,

daß klinisch eindeutig als Candidapatienten diagnostizierte Patienten negative Stuhlkulturen aufweisen können. Dies läßt sich damit erklären, daß Candidakulturen beim Transport ins Labor - trotz richtiger Transportmedien - absterben können. Bewiesen wurde dies anhand eines Versuchs, bei dem Stuhlproben vom selben Patienten und des gleichen Stuhlgangs einerseits per Post ins Labor geschickt, andererseits direkt ins Labor gebracht wurden. Die Befunde fielen äußerst unterschiedlich aus. Zudem wurden bei 30 Prozent klinisch gesunder Probanden, die keine Candidasymptome aufwiesen, Candidabefunde von bis zu 10^4 gefunden. Dies, obwohl anhand der Stuhlkulturen keinerlei Aussagen über die Pathogenität gemacht werden konnte. Der bare Candidabefall ist also keine Krankheit, sondern eine Variation. Erst anhand weiterer Studien konnte nachgewiesen werden, daß alle candidapositiven, jedoch gesunden Probanden mit Quecksilber belastet waren. Das heißt, die Candidakulturen im Stuhl sind nicht signifikant und unspezifisch. Deshalb ist zwingend darauf zu achten, daß die Stuhlproben frisch gemessen werden.

Die *Candidaserologie* ist sehr kostenintensiv und zeigt nur den Systembefall, nicht aber die Pathogenität, so daß sich daraus keine Therapieindikation ergibt.

Zusammenfassend kann aufgrund eigener Untersuchungen gesagt werden, daß bei jedem Candidaverdacht mittels DMPS-(Dimaval-)Test (am



besten i.v.), Haarmineralanalysen und Dunkelfelduntersuchungen nach einer Quecksilber- und anderen Schwermetallbelastungen des Patienten gesucht werden sollte.

Die Symptomatik

Ein Teil der äußerst mannigfaltigen Symptomatik geht aus der Tabelle hervor. Die Symptome können in Schleimhaut-, neurologische und vegetative Symptome eingeteilt werden:

Schwermetallbelastungen und Candida weisen dieselben Symptome auf

Schleimhautsymptome

- Aphthen, chronische Sinusitis;
- Infektneigung, Anginen;
- Magenprobleme, Dysbiose;
- Colitis, Proctitis;
- Bronchitis, Asthma;
- rezidivierende Cystitis, Vaginitis, Prostatitis;
- Weichteilrheuma (Übersäuerung);
- Gelenkprobleme.

Neurologische Symptome

- Konzentrationsstörungen;
- Augenstörungen;
- Kopfweh, Neuralgien;
- Parästhesien, Zittern;
- Schwindel.

Vegetative Störungen

- Schwitzen;
- Zittern;
- Herzklopfen;
- Schlafstörungen;
- Depressivität;
- Gemütsstörungen;
- Bauchkrämpfe usw.

Schleimhautsymptome sind obligat: Sie sind Ausdruck eines Befalls und dysbiotischer Veränderung der entsprechenden Schleimhäute. Am bekanntesten sind die chronische Cystitis, Vaginitis und Prostatitis. Zudem tritt praktisch immer eine leichte Auswerfung und eine weißlich livide Veränderung der Analschleimhaut und der perianalen Haut auf. Kleinste Rißchen, sei es in den Mundwinkeln oder auch in der Analfalte, sind häu-

fig. Stomatitis aphtosa, bei längerem Befall aber auch Lichen ruber planus, sind sowohl Ausdruck von Candida als auch einer Quecksilberbelastung. Sehr typisch ist zudem eine chronische Sinusitis. Antimykotische Behandlungen verschlechtern langfristig den Befall, insbesondere wenn die Ursache nicht verändert wird (Übersäuerung, toxische Belastung).

Neurologische Symptome sind bereits Ausdruck einer Freisetzung von Mykotoxinen und möglicherweise auch von Fehlbehandlungen mit Antimykotika, da sich Mykotoxine und Schwermetalle durch den Zerfall der Candida erneut freisetzen.

Vegetative Störungen können einerseits als Störung vegetativer Nervenganglien und Mykotoxine interpretiert werden, andererseits aber auch als lokaler Befall mit Candida selbst, der histologisch bisher allerdings nicht nachgewiesen werden konnte.

Die vegetativen und neurologischen Symptome sind aber mit denen der Schwermetallintoxikationen vollständig identisch, was wiederum die Parallelität aufzeigt. Diese Parallelen lassen sich wie folgt erklären:

Candida als natürlicher Schutz

Aus der Natur ist bekannt, daß Pilze in der Lage sind, Schwermetalle zu binden. So werden Pilze sogar industriell genutzt. Zum Beispiel werden in den Bohrlöchern des amerikanischen Bergbaus bewußt Hefepilzkulturen angesiedelt. Damit werden Silber, Mangan, Gold und andere Schwermetalle gebunden, um eine große Ausbeute erzielen zu können. Diesbezüglich besteht eine Parallele zum Menschen, wie neuere Untersuchungen zeigen: Von insgesamt 56 gesunden, symptomfreien Probanden wiesen 30 Prozent eine Candidabesiedelung auf. Dabei handelte es sich ausnahmslos um Menschen mit einer hohen Amalgambelastung (Hg nach DMPS 250 mg i.v. > 100 µg Kreatinin).

Demnach kann die Candidabesiedelung beim Menschen als natürlicher Schutz des Organismus vor einer Schwermetallbelastung betrachtet werden - die Schwermetalle werden durch die Candida gebunden und anschließend ausgeleitet. Wird ein Pilzbefall chemisch behandelt, wird der Pilz getötet und damit auch der natürliche Schutz gegen eine Schwermetallbelastung vernichtet. Zudem werden die beim Abtöten freiwerdenden Toxine sowie Pilzzerfallsprodukte wie Mykotoxine und Quecksilberkomplexe freigegeben. Und Candida gehen - sofern sie durch eine kohlenhydratfreie Diät oder Darmantimykotica „ausgehungert“ oder „ausgerottet“ werden - in eine proteasenbildende Form über, durchdringen die Darmwand und infiltrieren die Gewebe und die Blutbahn in hochpathogener Form, oder sie gehen in eine chronische Sporenform über. Diese kann im Dunkelfeld gesehen werden. Die Behandlung von Candidabefall muß demnach sorgfältig erfolgen und insbesondere am Milieu ansetzen.

Der Pilz muß behandelt, nicht getötet werden

Konsequenterweise kann es in der Behandlung also nicht darum gehen, den Pilz selbst zu töten, sondern ihn lediglich in seine apathogene, nicht proteasenbildende Form zu bringen. Dazu eignen sich die SANUM-Präparate nach Professor Enderlein. Für ihn ist Gesundheit gleichbedeutend mit einer Situation, in welcher in der mikrobiellen Ökologie des menschlichen Organismus ein ausgeglichenes Milieu besteht und mit Hilfe von natürlichen biologischen Kontrollfunktionen das „Symbiosegleichgewicht“ aufrechterhalten bleibt. Demgegenüber schreibt Enderlein Krankheit der dysbiotischen, destruktiven Tätigkeit der endobiontischen Hochvalenzen zu, welche verschiedene Formen degenerativer Erkrankungen auslöst, seien dies zelluläre Degene-



rationsvorgänge oder Entartungen im Sinne von Neoplasien.

Die Dreistufentherapie

Die Ziele der Therapie von Candida sind: Erstens die Candida in ihrer Entgiftungsfunktion zu unterstützen, zweitens ihre Pathogenität zu senken sowie drittens die Perfiltration durch die Darmwand ins Blut zu verhindern. Gleichzeitig soll die Darmflora aufgebaut werden, indem isopathische Mittel und eine spezielle Diät eingesetzt werden. All dies wird mit der folgenden, rund einjährigen Therapieform erreicht (Beschwerdebesserung nach einer bis vier Wochen):

Medikamente: Initial: Zwei Wochen dreimal täglich 1 FORTAKEHL-Kapsel, dann zwei bis drei Wochen 1 PE-FRAKEHL-Kapsel oder -Tropfen (10 gtt./0/10 ggt.); gleichzeitig langsamer Anstieg mit ALBICANSAN-Tropfen (beginnen mit zweimal 5, dann steigern zu dreimal 10), ab zweiter Woche eventuell zusätzlich EXMYKEHL-Suppositorien (0/0/1); anschließend während einem Jahr SANKOMBI-Tropfen (10 gtt./0/10 ggt.) oder MUCOKEHL-Tabletten (2/0/0) und NIGERSAN-Tabletten (0/0/2) zur Rückbildung zellulärer und systemischer Hochvalenzen, die den Aufbau der Candida ermöglichen.

Diät: Die Diät darf den Pilz nicht „aushungern“, sondern muß die Darmwand aufbauen und den Wiederaufbau der normalen Darmflora ermöglichen. Voraussetzung ist eine allergenarme, mineralstoffreiche und basische Kost nach Dr. K. Werthmann und Dr. Th. Rau. Das heißt, keine Kuhmilchprodukte und Hühnereier, kein Schweinefleisch, keine Südfrüchte sowie abends keine Früchte (wegen der Gärung). Industriezucker in jeglicher Form, auch in Getränken, ist verboten. Kohlenhydrate sind erlaubt, jedoch sind Eiweiße zu vermeiden.

Unterstützung für die Entfernung von Schwermetall: Mit der Haarmineralanalyse, dem Dimavaltest und

der Dunkelfeldmikroskopie werden die Schwermetalle (beispielsweise Amalgam) gesucht und, wenn möglich und notwendig, entfernt. Die Metallausleitung wird mit Pleo chelate von SANUM (für Erwachsene zwei bis dreimal täglich 15 bis 30 Tropfen), mit Algenpräparaten und ALKALA N (½ - 1 Meßlöffel morgens nüchtern in warmem Wasser gelöst) bewirkt. Eine Colonhydrotherapie kann dabei unterstützend wirken (ca. einmal alle ein bis zwei Wochen, insgesamt sechs- bis achtmal).

Nachbemerkung: Schweizer Forscher haben erstmals erfolgreich Mikroorganismen eingesetzt, um Schwermetalle aus Rückständen von Kehrlichtverbrennungsanlagen zu beseitigen.

Die von Filtern zurückgehaltene Flugasche von Siedlungsabfällen enthält giftige Schwermetalle in teilweise beträchtlichen Konzentrationen. Nun ist es dem Team um Helmut Brandl am Institut für Pflanzenbiologie der Universität Zürich gelungen, mit Hilfe von Mikroorganismen einen großen Teil dieser Schadstoffe aus den Rückständen von Kehrlichtverbrennungsanlagen zu entfernen. Nach 24 Stunden im Bad einer mit winzigen Pilzen der Art Aspergillus niger besetzten Lösung hatte Flugasche beispielsweise folgende Anteile an Schwermetallen verloren: 81% Cadmium, 66% Zink, 57% Kupfer und 52% Blei; außerdem 32% Mangan sowie 27% Aluminium.

Die neue Technik macht Flugasche künftig zu einer für die Umwelt unschädlichen Beimischung für Baustoffe. Damit lassen sich auf einen Schlag gleich zwei Probleme lösen: Kreislauf- statt Abfallwirtschaft - heute gilt es, jährlich 70000 Tonnen Schweizer Flugasche als Sondermüll zu deponieren, teilweise in ehemaligen deutschen Bergwerken - sowie Rückgewinnung der im Abfall enthaltenen wertvollen Metalle.

Die derzeit zur Reinigung von Flugasche angewendeten Verfahren brauchen entweder viel Energie (bis sich die Metalle beim Erhitzen verflüchtigen) oder chemische Lösungsmittel (welche selber eine Gefährdung darstellen). Mit der biologischen Laugung mittels Bioorganismen hingegen fallen solche Nachteile dahin (Pressemitteilung Schweizer Nationalfonds, September 1996).