



Die Problematik der Osteoporose

Verbesserte Therapieansätze sind gefordert

von Peter von Buengner

veröffentlicht in SANUM-Post Nr. 44/1998, Seite 6 - 11

Eine verkannte Krankheit

Osteoporose ist unbezweifelbar auf dem Vormarsch und gehört zum wachsenden Kreis illustrierter Krankheiten, für deren Entstehung - außer bei Entgleisungen der spezifischen Hormone oder schweren Stoffwechselerkrankungen - wir heute noch keine schlüssige Erklärung haben. Im „Pschyrembel“ heißt es da ehrlicherweise, „Ätiologie: weitgehend ungeklärt“. Die klassischen Therapieansätze sind durch Analysen und Metaanalysen inzwischen mehr oder weniger widerlegt und so steht die Tür weit offen für neue (alte) Denkmodelle. Das ist eine Chance im Sinne der ganzheitlich orientierten Naturheilverfahren, die dieser Artikel gerne nutzen möchte. Bevor darauf eingegangen wird, hier aber erst noch eine kurze Bestandsaufnahme:

Der Begriff der Osteoporose setzt sich aus dem Wort „os“, was aus dem Lateinischen kommt und Knochen bedeutet, sowie aus dem griechischen Wort für Öffnung und Loch, poros, zusammen. Beim histologischen Schnitt durch einen osteoporotisch veränderten Knochen erklärt sich diese Namensgebung durch die grobmaschigen Strukturen und zahlreichen Löcher. Diese Veränderung hat ihre Ursache in stark verminderten Calciumeinlagerungen, was auf eine verstärkte Aktivität der Osteoklasten (Knochenzellen, die Knochen abbauen) oder eine verminderte Aktivität der Osteoblasten (bauen Knochen wieder auf) zurückgeführt werden kann. Diese Osteozyten (Osteoblasten und -klasten) wiederum werden, neben den Reizen aus mecha-

nischer Beanspruchung (Belastung durch Bewegung, Sport), in ihrer Aktivität durch folgenden Regelkreislauf gesteuert:

Der Calciumhaushalt

Der Ca^{2+} -Spiegel im Serum wird durch die in der Nebenschilddrüse gebildeten Hormone Parathormon und Kalzitinin sowie durch Vitamin D reguliert. Parathormon und Vitamin D steigern den Calciumgehalt im Blut, Kalzitinin senkt ihn. Die Steigerung des Ca^{2+} im Blut erfolgt durch die Wirkung von Parathormon und Vitamin D an folgenden Stellen: größere Ca^{2+} -Aufnahme aus dem Darm, höhere Rückgewinnung in der Niere und verstärkter Abbau aus den Knochen. In letzterem Fall wird nicht nur Calcium, sondern auch alkalische Phosphatase freigesetzt, was uns später noch beschäftigen wird. Die Ca^{2+} -senkende Wirkung von Kalzitinin ergibt sich im logischen Umkehrschluß durch verminderte Aufnahme im Darm, höhere Ausscheidung durch die Niere und vermehrten Einbau in die Knochen.

Pathologische Veränderungen dieses Regelkreislaufes können durch ihre Einwirkung auf den Knochenstoffwechsel natürlich eine Osteoporose hervorrufen. Da das jedoch nur auf sehr wenige Fälle zutrifft, werden wir uns hier nicht weiter mit Entgleisungen dieser Art befassen.

Ein weiteres Hormon, das am Knochen, namentlich bei den Osteozyten, Wirkung entfaltet, ist das Östrogen: Es hemmt die Tätigkeit der Osteoklasten und verhindert so - zusammen mit Kalzitinin - einen über-

mäßigen Abbau von Knochensubstanz. Da nach der Menopause sehr viel weniger Östrogen gebildet wird, liegt hier eine der Hauptursachen für Osteoporose bei Frauen. Die Gabe von Östrogenen wäre also eine einfache Lösung; aus ganzheitlicher Sicht ist dem aber - wie wir später noch sehen werden - nicht zuzustimmen und auch in der klassischen Schulmedizin ist diese Therapie inzwischen ins Gerede gekommen, weil feststeht, daß Östrogene das Krebsrisiko stark erhöhen. Bei dann bereits aufgetretenen Mamma-Ca's besteht heute die Behandlung unter anderem darin, Östrogenrezeptoren zu blockieren, und die Überlebenschancen werden in einem gesonderten Index auch damit gewichtet, ob diese Blockierung bei der einzelnen Patientin gelingt oder nicht.

Auch die Gabe von Calcium in Form von Tabletten oder Milchprodukten bietet hier keine Lösung. Und nicht nur das, es zeichnet sich sogar ein gegenteiliger Effekt ab: Immer mehr Studien (R. G. Cumming, R. A. Kerr, D. M. Hegsted) berichten sogar von einer Zunahme zum Beispiel der Schenkelhalsbrüche unter Einnahme von Calcium, und das auch und vor allem dann, wenn diese als Milchprodukte zugeführt werden. Schließlich ist auch die Therapie mit Fluoriden umstritten und aus naturheilkundlicher Sicht höchstens Flickwerk auf symptomatischer Ebene und keine kausale Behandlung. Bleibt als Fazit, daß bei Betrachtung der Osteoporose als ideopathische (das heißt Ursache unbekannt) Erkrankung lediglich mit dem Hinweis der



vermindert synthetisierten Östrogene nach der Menopause in der Therapie heute „kein Blumentopf mehr zu gewinnen ist“.

Hinweise auf die wahren Ursachen

Betrachtet man bei der Osteoporose das Patientengut, fallen folgende Faktoren deutlich ins Auge:

- Frauen leiden 10- bis 20mal so oft wie Männer unter dieser Krankheit.
- Magere Frauen haben gegenüber beleibten ein vielfach erhöhtes Osteoporoserisiko.
- Frauen, die seit mindestens 20 Jahren vegetarisch leben, erkranken nur halb so oft wie solche, die sich nicht-vegetarisch ernähren (A. G. Marsh et al., M. B. Zemel).
- Konsum von Alkohol, Kaffee, Eiweißmast und Nikotin konnten als Risikofaktoren für Osteoporose nachgewiesen werden (D. D. Bikle et al., D. P. Kiel et al., S. S. Harris et al., J. L. Hopper et al., L. H. Allen et al.).
- Hochleistungssportler erleiden nach langen Phasen sportlicher Aktivität ohne entsprechende Ruhepausen sogenannte Spontanfrakturen, das heißt sie brechen sich ohne erkennbaren äußeren Einfluß einen Knochen. Hier liegt meist keine systemische Osteoporose vor, sondern nur eine lokale Dekalzifizierung.

Wenn man nun davon ausgeht, daß wir nicht wissen, was Osteoporose letztlich verursacht und wie man sie behandeln kann, muß das Geheimnis in diesen fünf statistisch erwie-senen Tatsachen versteckt sein. Eine neue Betrachtungsweise müßte alle diese Phänomene gleichermaßen erklären können.

Frauen erkranken häufiger als Männer

Da dieser Punkt nicht ausschließlich mit dem systemisch-ganzheitlichen Ansatz zu tun hat, um den es hier in der Hauptsache gehen soll, sei dieser Punkt zuerst erwähnt. Wie wir

gesehen haben, ist der Knochenstoffwechsel anders als beim Mann bei der Frau auch stark auf Östrogen angewiesen. Die Tatsache, daß das Kalzitinin bis zur Menopause bei der Frau zusammen mit dem Östrogen für den Aufbau der Knochen gesorgt hat, macht verständlich, warum dieser Regelkreis nach starkem Abfall des Östrogenspiegels dann relativ häufiger Störungen aufweist als bei Männern. Bei letzteren war es zeit-lebens einzig das Kalzitinin, das als Antagonist zum Parathormon und Vitamin D für die Tätigkeit der den Knochen aufbauenden Osteoblasten (Eselsbrücke: Blasten bauen) verantwort-lich war und sich so auch keiner plötzlichen Veränderung nach einer Hormonumstellung gegenüber-sieht. Bleibt hier die Frage, warum Mutter Natur hier eine Schwächung des Be-wegungsapparates bei Frauen also ganz bewußt und physiologisch in Kauf nimmt.

Sie tut das, um den weiblichen Or-ganismus zu einer Zeit schützen zu können, zu der er einen stark erhöh-ten Bedarf an Calcium hat: während der Schwangerschaft. Bestünde hier nicht die Möglichkeit, die Knochen vor starkem Calciumabbau massiv zu schützen, wäre die werdende Mutter stärker gefährdet als sie das selbst bei den hohen Östrogenspie-geln während der Schwangerschaft ist. Und selbst so haben viele wer-dende Mütter unter der Dekalzifi-zierung ihrer Zähne und Knochen zu leiden.

Daß Frauen jenseits der Menopause anfälliger für Osteoporose sind als Männer, hat also physiologische Gründe. Trotzdem heißt das nor-malerweise nur, daß eine erhöhte Disposition zur Osteoporose besteht, diese sich aber keineswegs zwin-gend manifestieren muß. Der dann tatsächlich stattfindende Ausbruch der Erkrankung hat viel mehr mit dem zu tun, wovon nachfolgend die Rede sein soll:

Die azidotische Osteoporose

Um die vier fehlenden statistischen Tatsachen - die häufigere Erkrankung magerer Frauen, die nicht-vegetari-sche Ernährung, die genannten Risi-kofaktoren und die Spontanfrakturen bei Hochleistungssportlern - als Ur-sache besser verstehen zu können, wollen wir die Osteoporose jetzt einmal aus einer anderen Sicht be-trachten. Würde man den Begriff der Osteoporose in die Fälle unterteilen, die diesen eigenständigen Begriff verdienen und in solche, die lediglich Folge einer Azidose sind, würde die „azidotische Osteoporose“ wohl über 90 Prozent der Fälle ausmachen.

Um dieser Behauptung nachzuge-hen, müssen wir uns kurz mit dem Säure-Basen-Haushalt befassen: Es ist bekannt, daß in unserer Wohl-standsgesellschaft hauptsächlich solche Nahrungsmittel vertilgt wer-den, die eine Übersäuerung fördern. Lag der Pro-Kopf-Verbrauch an Zu-cker in Deutschland nach dem Krieg noch bei einem Kilogramm jährlich, sind wir heute bereits bei 52 Kilo-gramm angelangt (ich selber esse gar keinen Zucker, irgend jemand muß also 104 Kilogramm essen, um das auszugleichen!). Auch die indi-rekten Zuckerlieferanten wie zum Beispiel das Weißmehl, aber auch die Säurebildner Fleisch und Wurst werden heute viel mehr gegessen als noch vor ca. 35 Jahren (siehe hierzu das Buch „Gesund werden durch den Abbau von Eiweißüberschüssen“ von Professor Lothar Wendt). Auch das tierische Eiweiß säuert stark.

Für die Pufferung der entstandenen Säuren gibt es für den Organismus dann nur die Alkalireserve im Blut - die aber nicht ausreicht - und die Möglichkeit, die Säuren in die „Vor-niere“ (nämlich das Bindegewebe) auszulagern. In einem gesunden Organismus werden diese Säuren dann nach und nach von der Niere ausgeschieden. Bei alkalischem Mi-lieu erfolgt diese Bindung an Basen, bei saurem Milieu an Ammoniak. Mit



dem Indikatorpapier, das dem Basenpulver ALKALA N beigefügt ist, läßt sich nach der Urinprobe ablesen, welche dieser beiden Ausscheidungsmechanismen benutzt wurde: Bei Bindung an Ammoniak zeigt sich ein saurer, bei Basen ein alkalischer pH-Wert.

Auch der gesamte Bewegungsapparat gehört zum Bindegewebe, und vor allem Knorpel, Sehnen und Knochen absorbieren Säuren mit ihren kollagenen Fasern effektiver als jedes andere Körpergewebe. Die Säuren müssen deswegen „zwischenlagert“ werden, weil der Blut-pH-Wert zwischen 7,35 und 7,45 konstant gehalten werden muß. Werden diese Grenzen dauerhaft unter- oder überschritten, tritt der Exitus ein. Schon eine Mahlzeit kann aber Säuren in einer Menge produzieren, die in der Pufferung die gesamte Alkalireserve aufbrauchen würde, und so wird im Organismus eine Zwischenlagerung dringend gebraucht. Die Niere ist zwar in der Lage Säuren auszuscheiden; sie kann das aber nicht so schnell, wie die Säuren bei der „Säureflut“ auftreten.

Der neutrale pH-Wert beträgt 7,0; in einem gesunden Organismus liegt der pH-Wert im Gewebe etwa bei 6,6 und der des Blutes bei 7,4. Es liegt also ein Gefälle für Säuren in Richtung Blut vor, was einen stetigen Abtransport zur Niere hin gewährleistet. Scheidet die Niere im Serum befindliche Säuren aus, steigt der pH-Wert im Blut geringfügig an, das Gefälle wird größer, und so können wieder vermehrt Säuren aus dem Gewebe ins Blut diffundieren. Die Tatsache, daß die Niere das in der Nacht viele Stunden lang wiederholen kann, ist die Begründung dafür, warum der Urin morgens den niedrigsten pH-Wert hat.

Beim gesunden Patienten ist der Körper durch diese Mechanismen in der Lage, die exogen zugeführten Säuren und die endogenen Säuren aus dem Zellstoffwechsel auszu-

scheiden. Wenn jedoch mit der Ernährung zu wenig Basen zugeführt werden und gleichzeitig zuckerhaltige, kohlenhydratreiche und eiweißmästende Kost bevorzugt wird, ist der Körper nicht mehr imstande, alle Säuren auszuscheiden, bevor die nächste Säureflut einsetzt. Das Bindegewebe wird nicht mehr ausreichend entsorgt, die Säuren sammeln sich an. Bei neuen Säurefluten steht nun also das Bindegewebe als Puffer nur noch eingeschränkt zur Verfügung. Für den menschlichen Organismus ist es aber - wie wir gesehen haben - eine Frage von Leben oder Tod, ob es ihm gelingt, diese Säuren zu puffern. Wird er in die Ecke gedrängt, ist dem Körper jedes Mittel recht, und wenn es aus den Knochen ausgelagert werden muß. Lieber einen Knochenbruch in ein paar Jahren als den Säuretod heute!

Die Notbremse im Organismus

Neben der kollagenen Gerüstsubstanz, die die Struktur der Knochen bildet und das feine Netz ausmacht, in das dann die Füllstoffe eingelagert werden können, ist Calcium der Hauptbestandteil der Knochen. Calcium für sich kann sich aber nicht alleine einlagern, es wird durch die Osteoblasten in die Knochen eingebaut. Auch die Osteoblasten schaffen das nicht alleine, sie müssen außer durch das Kalzitinin noch von einem Enzym zu dieser Tätigkeit angeregt werden: der alkalischen Phosphatase. Das funktioniert so, daß diese alkalische Phosphatase die lokale Phosphatkonzentration stark erhöht, und zwar so stark, daß die Löslichkeitsgrenze überschritten wird. Und noch eines: alle diese Hormonregelkreise, Spurenelemente, Mineralien und Enzyme sind so komplex und vielschichtig, daß es eine Illusion ist zu glauben, man könne dem nur durch Laborparameter zu Leibe rücken, oder einfach Calcium geben, wenn es in den Knochen fehlt. Oder Östrogen. Oder Fluoride ... „Ätiologie: weitgehend unbekannt“ heißt es

im „Pschyrembel“. Die Wissenschaft kommt hier einfach nicht weiter und so ist jetzt die Empirie gefragt.

Was ist des Rätsels Lösung?

Von den fünf vorstehend genannten Tatsachen, die die Statistik aus empirischen Untersuchungen ermittelt hat, haben wir bisher nur die Ursache für die häufigere Erkrankung von Frauen nach der Menopause im Gegensatz zu Männern untersucht. Bleiben noch die vier weiteren, nämlich die häufigere Erkrankung magerer Frauen, die nicht-vegetarische Ernährung, die aufgeführten Risikofaktoren und die Spontanfrakturen bei Hochleistungssportlern. Wenn die These mit der Übersäuerung - der azidotischen Osteoporose - Bestand haben soll, muß sie alle diese vier Umstände gleichermaßen erklären können.

Warum also erkranken magere Frauen eher als Frauen mit mehr Gewicht? Eine mögliche Erklärung wäre, daß - da eine lange bestehende Hyperthyreose als zusätzlicher Risikofaktor bei Osteoporose gilt - die Überfunktion der Schilddrüse durch den stark gesteigerten Grundumsatz meist mit Gewichtsverlust einhergeht. Da aber auch eu- und hypothyreote magere Frauen erkranken und es umgekehrt auch übergewichtige Patientinnen mit Hyperthyreose gibt, muß dieser Erklärungsansatz verworfen werden.

Wenn man die Übersäuerung als Hauptursache für Osteoporose annimmt, ist das Auftauchen der Hyperthyreose (à siehe „Pschyrembel“) in diesem Zusammenhang natürlich von großem Interesse: Der gesteigerte Grundumsatz beschert dem Patienten neben vielen anderen Symptomen nämlich auch eine höhere endogene Übersäuerung durch die Steigerung des Zellumsatzes.

Doch zurück zu unserer Frage: Hormone, Mineralien, Spurenelemente, Enzyme, Stoffwechsel, all das liefert auch keinen Anhaltspunkt für ein



Geschehen, das einseitig die mageren Frauen benachteiligen könnte. Im Gegenteil, man muß doch wohl davon ausgehen, daß ja die beleibteren Frauen mehr Zucker, Kohlehydrate und tierische Eiweiße essen als die mageren. Und eigentlich dadurch mehr Säuren produzieren! Und also auch gefährdeter sind?

Nein, denn der wahre Grund liegt - wie wir oben gesehen haben - darin, daß die Knochen erst dann angegriffen werden, wenn die Alkalireserve und die Speicherkapazitäten des Bindegewebes aufgebraucht sind. Die Sache ist eigentlich recht einfach: Magere Frauen haben einfach sehr viel weniger Bindegewebe, die „Vorniere“ ist hier also sehr klein, schneller mit der Pufferung überfordert, und so werden hier die Reserven aus den Knochen wesentlich früher aufgebraucht!

Und warum erkranken vegetarisch lebende Frauen weniger an Osteoporose? Weil, wie wir gesehen haben, tierische Eiweiße Säurebildner sind und weil bei Veranlagung zu dieser Ernährung meist auch ein Mangel an exogen zugeführten Basen einhergeht. Rohkost in Form von Gemüse und Früchten steht hier sicher seltener (wenn überhaupt) auf dem Speisezettel als bei Vegetariern. Tierische Eiweiße mästen zudem den *Mucor racemosus*, der mit hochvalenten Formen seinerseits zusätzlich noch Säuren, namentlich Milchsäuren, produziert und so diesen Teufelskreis noch beschleunigt.

Zusätzlich begünstigend für die vegetarische Diät summiert sich dann noch die Tatsache, daß Pflanzeneiweiße wesentlich weniger schwefelhaltige Aminosäuren enthalten als tierische und dadurch besser verwertbar sind. Bei Vegetariern wird also, durch die Zufuhr von Basen, ein Angreifen der Reserven in den Knochen unnötig gemacht und das in der Nahrung zugeführte Calcium besser genutzt.

Die Risikofaktoren Kaffee, Alkohol, Nikotin und tierische Eiweiße kann man nun schon schnell abhandeln; warum sie Osteoporose begünstigen, beantwortet sich jetzt von ganz allein. Auch hier sticht das Thema Übersäuerung ganz klar hervor und diese Liste ließe sich sicher noch durch ein paar weitere Punkte ergänzen.

Die Spontanfrakturen bei Hochleistungssportlern haben dieselbe Ursache wie die oft auftretenden Muskelkrämpfe zum Beispiel von Tennisspielern bei einem Match, das über fünf Sätze geht oder bei Marathonläufern: Übersäuerung! Milchsäure der Muskeln in diesem Fall, die besonders bei anaeroben Verhältnissen, also bei Überlastung, gebildet wird. Diese Umstände sind jedem Sportmediziner hinreichend bekannt und werden als Ursache der Spontanfrakturen auch nicht ernstlich bezweifelt.

Daß die Übersäuerung des ansonsten ja gesunden und wahrscheinlich auch noch sehr jungen Sportlers hier Knochenbrüche durch Entkalkung verursacht, scheint aber noch nicht dazu geführt zu haben, daß dieser Umstand auch außerhalb dieses Bereichs berücksichtigt wird, obwohl Osteoporosepatienten die Übersäuerung lediglich auf anderem Wege produziert haben.

Die Diagnose in der Naturheilpraxis

Neben den klassischen Diagnoseformen wie Röntgenaufnahmen und Knochendichtemessungen, wobei die Genauigkeit der letzteren bei Verlaufsmessungen inzwischen diskutiert wird, gibt es auch ein paar anamnestische Befunde, die in der Praxis erhoben werden können und die auf eine mögliche Osteoporose aufmerksam machen sollten:

- ideopathische Knochenschmerzen;
- Spontanfrakturen;
- Skoliose und andere Wirbelsäulenerkrankungen;

- schlechte Zähne;
- Anzeichen für Gewebsazidosen;
- Bewegungsmangel;
- Hochleistungssport;
- Hyperthyreose, Streß;
- anamnestisch erhobene Fehlernährung, Noxen- und/oder Nikotinabusus;
- Befunde im Dunkelfeldmikroskop, die durch das Vorhandensein von Formen der Mucorzyklode zusätzlich auf eine Azidose hinweisen.

Als zusätzlicher Anhalt über die Situation im Säure-Basen-Haushalt des Patienten kann dann noch mit Lackmuspapier morgens und abends der pH-Wert des Urins ermittelt werden. Ab Werten unter 6,0 besteht Basenmangel, der dann durch Ernährungsumstellung und/ oder Basenpulver beseitigt werden muß.

Die Therapie der Osteoporose

An erster Stelle steht hier eine Symbioselenkung, gepaart mit einer Ernährungsumstellung und der obligaten Entsäuerung. Bei bereits erfolgten Knochenbrüchen ist auch eine lokale Behandlung durch Spritzen zur Ausleitung und zur Regeneration und darüber hinaus eine parenchymaktivierende Behandlung der Leber und der Niere erforderlich.

1. Basenpulver zur Entsäuerung
 - ALKALA N;
 - Rebasit;
 - Dr. Bössers Entsäuerungssalz.
2. Regulierung der Gallen- und Harnsäure
 - Berberis Homaccord (Leber, Niere);
 - Chelidoneum Homaccord (Leber);
 - nephrologes (Niere);
 - klassisch-homöopathische Arznei, je nach Konstitution des Patienten.
3. Regulierung der Säuren auf Zellebene
 - CITROKEHL;
 - SANUVIS;
 - Oyo (erhöht Sauerstoffgehalt);



- Coenzyme compositum;
- Kanne-Brottrunk.

4. Osteoporosepräparate

- NIGERSAN;
- MUCOKEHL;
- Steiroll;
- Steiroplex Injekt;
- Spondylose Injektapas;
- klassisch-homöopathische Arznei, je nach Konstitution des Patienten.

Wichtig ist an dieser Stelle die Feststellung, daß bereits aufgetretene Entkalkungen der Knochen durch nachträgliche Einnahme von Calciumtabletten (oder anderen Präparaten) nicht wieder behoben werden können. Wie eingangs erwähnt, zeigt sich im Gegenteil bei Gabe von Calcium eine Tendenz zur Verschlimmerung, was vielleicht durch den gestiegenen Ca^2 -Spiegel im Blut und die dann reflektorisch einsetzende Ausschüttung von Parathormon und Vitamin D erklärt werden kann.

Auf eine Östrogentherapie sollte wegen des Krebsrisikos und der Thrombosegefahr verzichtet werden; die Thrombosegefahr zeigt sich im Dunkelfeldmikroskop durch das Vorhandensein von Geldrollen und größeren Verklumpungen, die durch eine solcherart verminderte Transportkapazität des (basischen) Sauerstoffs durch die Erythrozyten den pH-Wert im Blut in Richtung sauer verschieben. Der pH-Wert wird dann aber natürlich nicht nur im Blut erniedrigt, sondern auch im Gewebe und auf den Schleimhäuten. Das erklärt die oft sehr hartnäckigen Mykosen bei den Patientinnen, die Östrogen in Form der Pille oder der Hormontherapie in und nach der Menopause einnehmen. Östrogene schaffen auf Schleimhäuten ein saures Milieu und so ideale Wachstumsbedingungen für Pilze.

Wenn man dann noch weiß, daß manche Östrogenpräparate aus dem Harn von Stuten gewonnen werden, die nie auf die Koppel dürfen, damit nur ja der Harn nicht verlorengeht

und daß die Fohlen oft gleich nach der Geburt getötet werden, damit die Stute wieder trächtig werden kann und so wieder mehr Östrogen produziert ...

Auf die Einnahme von Kortison - das unter naturheilkundlicher Sicht sowieso nur in akuten Notfällen gegeben werden sollte - muß bei Osteoporose in noch stärkerem Maße verzichtet werden. Kortison hemmt die Tätigkeit der Osteoblasten, was sich bei Anwendung über längere Zeiträume schädlich auswirkt: Das kann man deutlich auch beim Krankheitsbild des Morbus Cushing (ACTH ↑ und dadurch Kortisol ↑) sehen, der zu einer seiner Nebenwirkungen auch die Osteoporose zählt.

Warum Kortison diese Wirkung hat, ist übrigens nicht bekannt und zeigt, daß es trotz aller Wissenschaft beim menschlichen Körper (und überhaupt in der Natur) hauptsächlich auf die Empirie ankommt. Bei der empirischen Betrachtungsweise ist es dann auch nicht mehr so wichtig, warum etwas so oder so ist, sondern nur, daß es eben so und nicht anders ist und das ungeachtet der Tatsache, ob wir uns das nun erklären können oder nicht.

Unterstützende Maßnahmen

Sportliche Betätigung

Wir wissen heute, daß außer durch die Hormone Kalzitronin und Östrogen die Tätigkeit der Osteoblasten besonders durch einen Umstand stark gesteigert werden kann: durch Belastung unter Bewegung! Der ständige Auf- und Abbau der Knochensubstanz hat hier - abgesehen davon, daß der Organismus außer einigen wenigen Ausnahmen ständig alle Zellen im Körper regeneriert - noch zusätzlich die Aufgabe, Form und Dicke der Knochen den aktuellen Erfordernissen anzupassen. So ist gewährleistet, daß jemand, der durch seine spezifischen Bewegungsabläufe und Belastungen einzelne Knochen besonders belastet,

durch stärkere Knochen an diesen Stellen vor Überbelastungen oder sogar vor Brüchen geschützt wird.

Besteht also bei einem Patienten eine Disposition zu einer Osteoporose, ist sportliche Betätigung zur Aktivierung der Osteoblasten oberstes Gebot. Dies um so mehr, als diese Patienten bei fortgeschrittener Erkrankung aus Angst vor Brüchen schließlich nur noch zu Hause bleiben und so den Verlauf ihrer Krankheit weiter beschleunigen. Besteht durch massive Dekalzifizierung tatsächlich ein hohes Risiko, sollte diese Bewegungstherapie in ein Schwimmbaden verlegt werden oder durch eine geschulte Krankengymnastin erfolgen.

Laser (Softlaserscanner)

Auf die Tatsache, daß Laser (Helium-Neon-Laser in Kombination mit Infrarotlichtlasern) auf den Knochenstoffwechsel einen günstigen Einfluß haben, ist man eher durch Zufall gestoßen. Laser wird in der Schulmedizin wie auch in vielen Naturheilpraxen zur Behandlung von Wunden und Narben eingesetzt. Der Schulmedizin geht es hier um die Verhinderung wuchernder Prozesse bei der Wundheilung, den Naturheilverfahren zusätzlich um die „Entstörung“ der Narben (Durchlässigkeit des Narbengewebes für den energetischen Fluß der Meridiane).

Beim Einsatz dieser Laser bei Diabetikern, denen wegen der durch die Mikroangiopathien entstandenen Gangränen schließlich Extremitäten amputiert werden mußten, wurden die Stümpfe bestrahlt, um hier eine gute Wundheilung zu erreichen. Bei Beinamputationen von Diabetikern ist das besonders wichtig, weil hier zum einen die erwähnten Mikroangiopathien die Wundheilung verzögern können und zum anderen das Tragen von Prothesen bei wucherndem Fleisch wegen der immer wechselnden Form des Stumpfes qualvolle Schmerzen hervorrufen kann. So mußte man sich also etwas einfal-



len lassen und schließlich zeigte sich, daß der Softlaser die Wundheilung am besten beschleunigt und dabei wucherndes Fleisch erfolgreich verhindert.

Beim Betrachten der Röntgenbilder, die den Heilungsverlauf dokumentieren sollten, fiel dann auf, daß, im Gegensatz zu Patienten ohne Laserbestrahlung, die Stümpfe (also die abgesägten Knochen) wieder zu wachsen anfangen, nur wenige Zentimeter natürlich, aber immerhin! So konnte der anregende Einfluß der Softlaser auf die Osteoblasten empirisch gesichert werden.

Nun ist es bei einer generalisierten Osteoporose nicht möglich, alle Knochen mit dem Softlaser zu bestrahlen. Bei lokalen Problemen wie auch bei bereits erfolgten Brüchen kann der Laser hier aber wertvolle Hilfe leisten: Osteoporose ist ja die mangelnde Fähigkeit, Knochensubstanz zu erhalten, und da diese bei Brüchen ja noch vermehrt eingelagert werden muß, wird deutlich, daß das für diesen Patienten dann normalerweise einen langwierigen Heilungsprozeß bedeutet.

Softlaser in Kombination mit lokal gespritzten Homöopathika potenzieren diese Wirkung und helfen so auch rasch die Schmerzsymptomatik zu lindern. Ein verkürzter Heilungsverlauf ist für diese Patienten besonders wichtig, da ja, wie wir gesehen haben, Bewegung und Belastung eine der wenigen bekannten Möglichkeiten ist, die Tätigkeit der Osteoblasten zu steigern.

Apfelessig bewährt sich auch hier

Dieses altbewährte Hausmittel zur Entsäuerung sei hier noch erwähnt. Essig enthält zwar Säuren, die aber flüchtig sind und über die Lunge abgeatmet werden können. Im Körper verbleibt dann der sogenannte Basenrest, der dann wiederum zur Pufferung und zum Abtransport der Säuren zur Verfügung steht.

Der Patient sollte dreimal täglich zwei Teelöffel in einem Glas Wasser trinken. Apfelessig kann dann auch an Problemstellen - und hier wieder vor allem bei Knochenbrüchen - lokal als Umschlag angewendet werden. Hierzu wird einfach ein Tuch um die be-

troffene Stelle gewickelt, das man 20 bis 30 Minuten einwirken läßt. Die Wirkung ist tatsächlich viel größer als man es diesem Hausmittel aus Großmutter's Zeiten zutrauen würde! Um hier wiederum ein gutes Resultat zu erreichen, sollte Apfelessig aus ökologischem Anbau verwendet werden.

Zusammenfassung

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß die Tatsache, daß die Entstehungsgeschichte der Osteoporose schulmedizinisch heute noch weitgehend unbekannt ist, einer Therapie mit empirisch bewährten Mitteln nicht im Wege stehen muß. Dem Therapeuten, der die wahren Ursachen dieser Erkrankung in der Übersäuerung sieht, stehen viele Behandlungswege offen. Diagnostisch eine große Hilfe leistet hier die Dunkelfeldmikroskopie nach Enderlein. Sicher wird es aber noch eine Weile dauern, bis diese Sichtweise sich durchsetzen wird und dann im Pschyrembel unter dem Stichwort Osteoporose steht: „Ätiologie: Azidose“.