

Zuckersüßes Blut: Diabetes mellitus – Autoimmunologischer Diabetes

1. Einleitung

a) **Begrüßung**

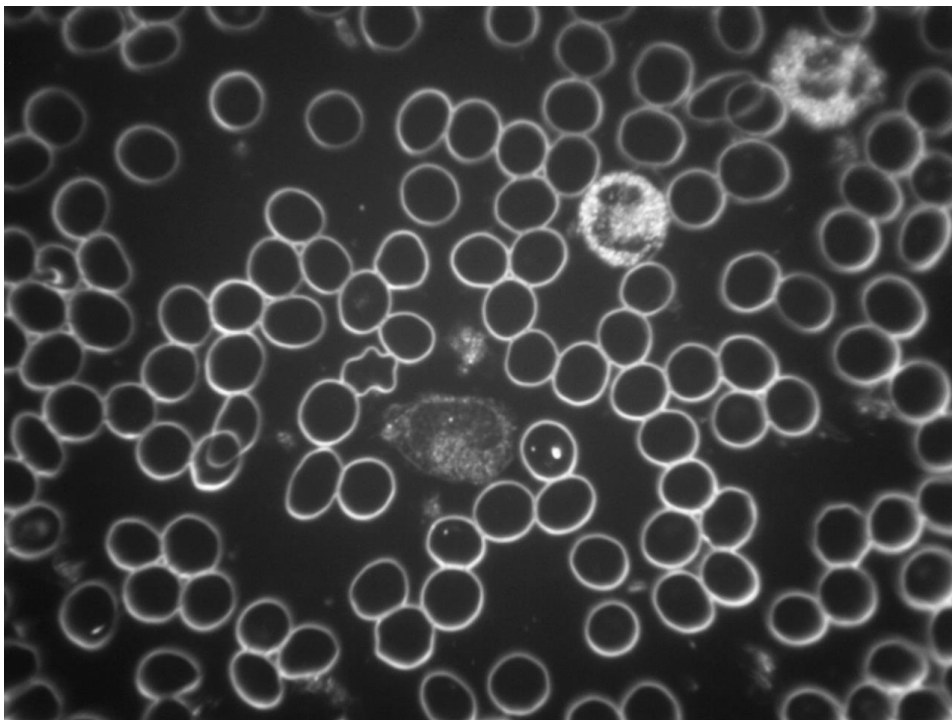
Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen, sehr geehrte
Geschäftsleitung, sehr geehrter Herr Sinn und alle Mitarbeiter des
Hauses REGUMED.

b) **Wie aus einer Arbeitshypothese eine Gewissheit wurde....**

Mit diesen Worten begann ich letztes Jahr meinen Vortrag und stellte
Ihnen dabei die Veränderungen des Blutes im Dunkelfeld unter Einsatz
der Bioresonanz vor.

Ich habe weitere Vergleiche angestellt, um dokumentieren zu können,
wie sich nach Monaten und Jahren durch Einflüsse neue Ergebnisse
bildgebend darstellen.

Sie konnten Bilder vor und nach der Therapie sehen. Hierzu ein Bild als
Rückblende von Herrn A. dessen Fall ich vorgestellt hatte.



Dieses Bild und die anderen vorgestellten Bilder zu diesem Patienten waren und sind nun über drei Jahre her.

Einen Teil dieser Patienten, deren Bilder ich betrachtet habe und eine Veränderung sichtbar wurde, sind Patienten, die zusätzlich durch virale Belastungen einen Typ I Diabetes entwickelt haben. Oft finden sie jedoch erst in diesem Stadium in meine Praxis.

Autoimmunologischer Diabetes

EXKURS

1. Pathomechanismus

Als Ursache des Typ-1-Diabetes gilt heute das Zusammenwirken von erblicher Veranlagung und äußeren Faktoren (z.B. bestimmte Virusinfektionen wie Epstein-Barr-Virus, Cytomegalie-Virus und sonstige slow-virus-infection) als auch eine Fehlsteuerung des Immunsystems.

Bestimmte T-Lymphozyten sind beschrieben, die sich speziell gegen die Beta-Zellen in der Pankreas richten. Ebenso hat man Antikörper gegen Beta-Zellen gefunden bzw. gegen Glutamat-Decarboxylase oder direkt gegen das Insulin. In Folge der immunologischen Fehlfunktionen kommt es zum Untergang der insulinproduzierenden Zellen und zum absoluten Insulinmangel.

Die Bezeichnung Glutamat-Decarboxylase (GAD) ist ein Oberbegriff für Enzyme, welche die Reaktion von Glutamat zu Gamma-Aminobuttersäure (GABA) und Kohlenstoffdioxid katalysiert. Dabei handelt es sich chemisch betrachtet um eine Decarboxylierung, wie aus dem Namen der Enzymgruppe bereits ersichtlich ist.

Die Altersgipfel der Erkrankungen liegen immer noch im Kindes- bzw. Jugendlichen-Alter, jedoch kann es praktisch jeden Menschen in jedem Alter treffen.

Nicht jeder Patient bekommt sofort eine Insulin-Pumpe oder einen Sensor für die Gewebemessung. Es müssen bestimmte Kriterien erfüllt sein.

2. Blutzucker und Gewebezucker

Systeme zur kontinuierlichen Glucosemessung (CGM-Systeme) sind offiziell nur zur Ergänzung der konventionellen Blutzucker-Selbstmessung zugelassen – nicht als Ersatz. Der Grund liegt im Messprinzip der CGM-Systeme.

CGM-Systeme messen nicht den Blutzucker, sondern den Gewebezucker. Würden sie den Blutzucker messen, müsste der Sensor (Messelektrode) in einem Blutgefäß liegen.

Tatsächlich liegt der Sensor des CGM-Systems aber im Unterhautfettgewebe, genauer gesagt im Interstitium und misst dort die Glucose. Untersuchungen haben gezeigt, dass Blutzucker und Gewebezucker im Prinzip gut übereinstimmen. **Dies gilt aber nur, solange der Blutzucker stabil ist.**

Wenn sich der Blutzucker rasch ändert, also schnell steigt oder fällt, dann dauert es eine gewisse Zeit, bis sich der Gewebezucker entsprechend anpasst. Daraus ergibt sich eine zeitverzögerte Anzeige der Werte.

Ein CGM-System zeigt also nicht 1:1 den aktuellen Blutzuckerwert an, sondern (zeitverzögert) den Glucosewert in der Gewebsflüssigkeit. Vor diesem Hintergrund sind auch die **Trendpfeile zu interpretieren**, mit denen das CGM-System anzeigt, in welche Richtung sich der Wert in nächster Zeit bewegen wird.

Der im CGM-System angezeigte Wert ist kein "Echtzeit-Wert", bezogen auf den Blutzucker. Vor allem in Phasen rascher Blutzuckeränderung, zum Beispiel nach einer Mahlzeit oder bei sportlicher Belastung, "hinkt" er dem Blutzuckerwert hinterher ("physiologischer Time Lag"). Die Zeitverzögerung kann zwischen 5 und 25 Minuten betragen.

Nie mehr messen?

Menschen mit Diabetes schätzen an der kontinuierlichen Messung, dass sie den Stoffwechsel rund um die Uhr beobachten und Therapieentscheidungen besser treffen können. Diabetiker hoffen auch, sich damit den „Pieks“ in den Finger zu ersparen. Dies trifft nur teilweise zu.

Alle CGM-Systeme müssen regelmäßig **kalibriert** werden, um richtig funktionieren zu können. Je nach Modell heißt das: ein- bis dreimal pro Tag Zucker messen und das CGM-System mit dem „echten“ Wert füttern, um die entsprechenden verlässlichen Daten zu bekommen (Trendpfeile).

c) Patientenbeispiel

Rückblende:

Herr A., Jahrgang 1951, Landwirt

Herr A. hat eine Muskeldystrophie aufgrund eines Chromosomendefekts. Im Rahmen dieser Erkrankung bekam er zwei Jahr vor unserer ersten Begegnung eine passagere Vaskulitis am Herzen mit einem ausgeprägten Hinterwandinfarkt im Rahmen eines viralen Infektes.

Die Blutwerte erholten sich nach Cortison-Therapie nicht und so blieb eine ausgeprägte Leukopenie bestehen. Aufgrund seiner Tätigkeit mit vielen Aufhalten im Freien bei Wind und Wetter, blieb eine hohe Infekt-Anfälligkeit und er hatte einen Typ I Diabetes entwickelt.

Damalige Therapie mit folgenden Programmen:

Behandlung mit dem Bicom optima:

1. Grundtherapie
2. Ausleitungs-Programm (entsprechend der Testung) Leber, Niere
3. Belastung durch Erreger (Viren, Pilze, Bakterien) 978.1 und Viren 996.0, sowie Blockaden lösen 3017.0
4. In der Wabe (Kanal 2): Quentakehl
5. Oral: 4 Stufen-Therapie nach Dr. Werthmann als Erhaltungsdosis
6. Chip

Herr A. norddeutsches Urgestein und dazu noch Landwirt fand damals: „Wat mut dat mut und nu is gut!“

Heißt, er fühlte sich wieder gut, die objektiv und subjektiv bewertbaren Daten sprachen für sich und so verabschiedeten wir uns.

Ich hörte lange nichts von ihm und so hatte ich einen anderen Fall im Auge, den ich Ihnen repräsentativ vorstellen wollte zu dem Thema:

Autoimmunologischer Diabetes.

Da tauchte Herr A. wieder auf. Seine Frau rief an und sagte „at gait him nich gut!“ bis dahin war er nicht weiter durch Infekten erkrankt gewesen.

Herr A. wurde am 14.11.2015 in die Klinik mit einer massiven Hyperglykämie eingewiesen bereits mit quantitativen Bewusstseinsstörungen.#

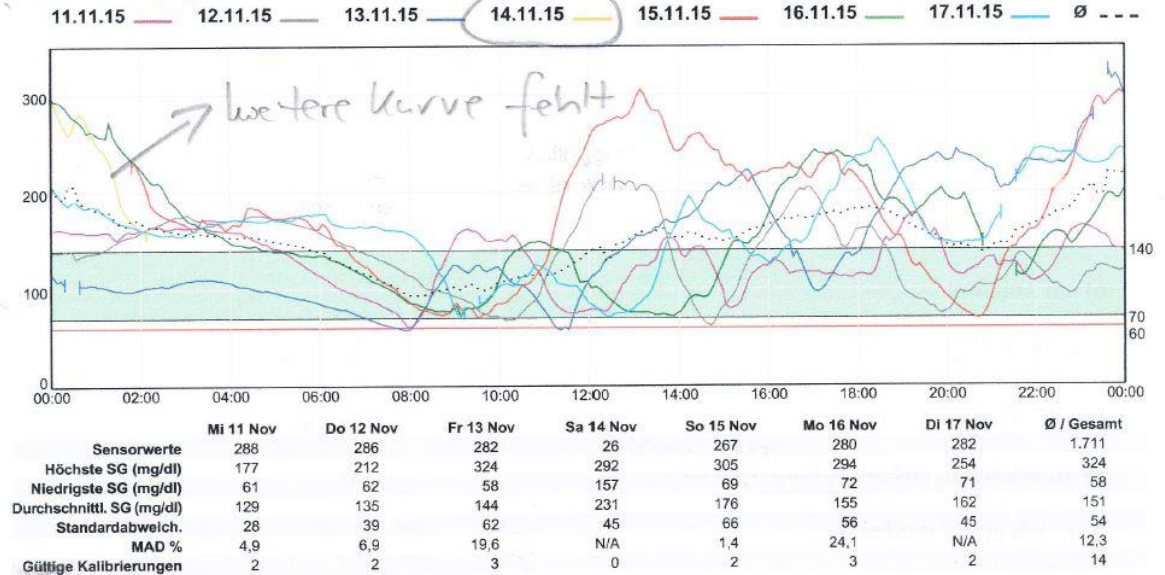
Was war passiert?

Seine Frau berichtete er habe vorher wohl einen Infekt gehabt, der so gar nicht verschwinden wollte und als es ihm dann besser ging war er eine Woche später erneut krank. Ebenfalls wieder mit grippaler Symptomatik.

56. Internationaler BIOCM-Kongress in Fulda 2016

Einige Zeit später entgleiste der Diabetes so stark es kam zur Ketoazidose in Form eines Präkomas, so dass ein Klinikaufenthalt notwendig wurde.

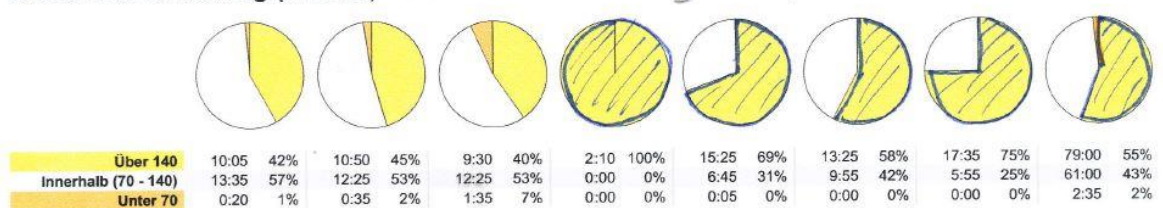
Sensordaten (mg/dl)



Überblick Exkursionen

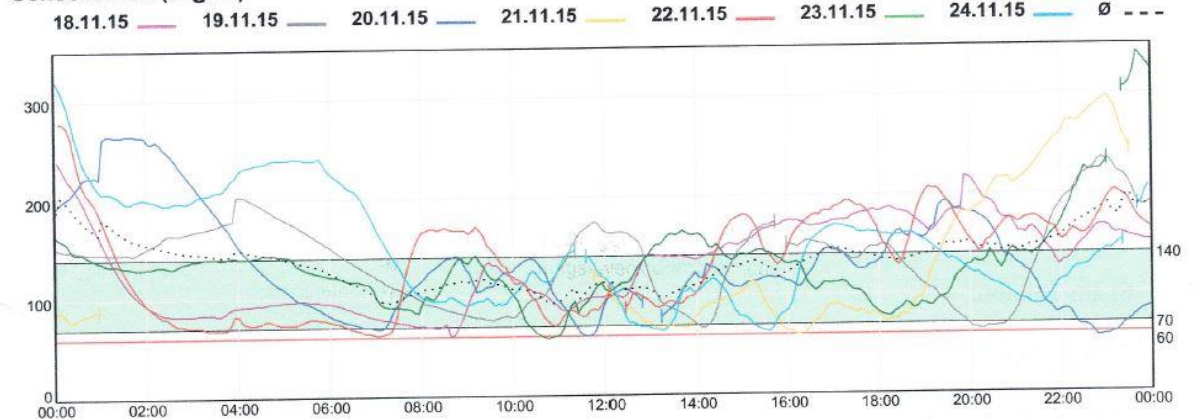
	Mi 11 Nov	Do 12 Nov	Fr 13 Nov	Sa 14 Nov	So 15 Nov	Mo 16 Nov	Di 17 Nov	Ø / Gesamt
Exkursionen	4	3	4	0	2	3	2	18
Hyperglykämien	4	3	2	0	2	3	2	16
Hypoglykämien	0	0	2	0	0	0	0	2
AUC über Grenzwert	7,1	14,0	28,2	90,6	49,7	30,6	31,4	27,5
AUC unter Grenzwert	0,1	0,1	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1

Dauer und Verteilung (hh:mm)



56. Internationaler BIOCM-Kongress in Fulda 2016

Sensordaten (mg/dl)



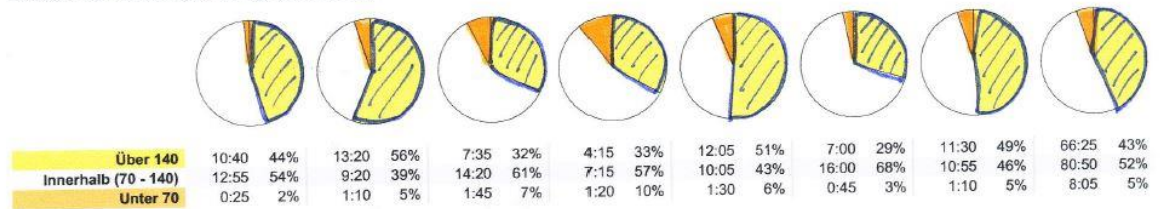
	Mi 18 Nov	Do 19 Nov	Fr 20 Nov	Sa 21 Nov	So 22 Nov	Mo 23 Nov	Di 24 Nov	Ø / Gesamt
Sensorwerte	288	286	284	154	284	285	283	1.864
Höchste SG (mg/dl)	240	235	265	297	279	341	321	341
Niedrigste SG (mg/dl)	61	64	56	59	62	58	63	56
Durchschnittl. SG (mg/dl)	132	138	133	134	134	132	149	136
Standardabweich.	42	42	53	74	49	45	56	51
MAD %	24,7	16,0	19,9	N/A	0,7	8,8	N/A	13,0
Gültige Kalibrierungen	2	2	2	1	4	3	2	16

Überblick Exkursionen

	Mi 18 Nov	Do 19 Nov	Fr 20 Nov	Sa 21 Nov	So 22 Nov	Mo 23 Nov	Di 24 Nov	Ø / Gesamt
Exkursionen	2	4	4	2	3	6	3	24
Hyperglykämien	2	4	3	1	3	5	3	21
Hypoglykämien	0	0	1	1	0	1	0	3
AUC über Grenzwert	14,4	16,0	18,0	30,4	18,5	10,4	27,8	18,6
AUC unter Grenzwert	0,1	0,2	0,5	0,5	0,3	0,3	0,2	0,3

Behandl.

Dauer und Verteilung (hh:mm)



d) **Therapien**, die ebenso von den Möglichkeiten für alle anderen Fälle des autoimmunologischen Diabetes durchgetestet wurden.
Dem ging immer eine Testung der Grundbelastung voraus.
Ich liste Ihnen folgende Programme, die zu dieser Fragestellung von mir in Variationen angewandt wurden.

1. Grundprogramm
2. Programme nach jeweiliger Testung:

280.4 (alternativ 380.4) Grippe
281.4 Autoregulation
301.8 Milz/Pankreas Belastung
450.0 Diabetes mell.
996.0 (alternativ 978.1) Virenbelastung

3. Folgende Tieffrequenz-Programme nach Testung:

3117.0 Virusinfektion
3017.0 Blockaden lösen (Gewebe)
3036.0 Entgiftung
3037.0 Entzündung
3109.0 Übersäuerung
3013.0 Belastung durch Erreger

4. Über die Wabe:

Notakehl	bakterielle Belastung
Grifola frondosa	virale Belastung
Pinikehl	Milz/Leberregulation

Die Belastungen, die wir behandeln können und über Testungen herausfinden, können sich zu einem späteren Zeitraum nochmals verändert zeigen oder sich erneut entwickeln. Die Möglichkeit diese Last zu senken, verdanken wir dem Einsatz der Bioresonanz mit Testung, den jeweiligen Programmen und durch den Einsatz der Wabe.

Ich hoffe, ich konnte Ihnen an diesem Beispiel zeigen, wie wir neue Messtechniken in die Beurteilung, Anamnese und der darauffolgenden Therapie einbeziehen können.