

Basenpulver – Carbonat oder Citrat?

Aus einem Vortrag von Dr. med. A. H. Barth zu Bitba® Basenpulver

In den letzten zehn Jahren hat sich der Markt für Basenpulver extrem entwickelt, die Produktpalette mit unterschiedlicher Zusammensetzung und für verschiedene Einsatz-bereiche ist kaum zu überblicken.

Dem Therapeuten stellen sich Fragen wie: Aus welchem Anlass verwende ich Basen-pulver? Welches Basenpulver setze ich bei welchen Indikationen ein? In welcher Dosierung?

Ein Blick zurück in die Geschichte der Basenpulverentdeckung und -anwendung macht einiges klarer:



Der Arzt und Biochemiker Dr. Friedrich Sander (1882-1966) entdeckte und propagierte in den 1950er Jahren das Basenpulver. Seine grundlegenden Studien belegen die Wirkungen dieses Pulvers, vor allem begeisterte ihn, welche Therapieerfolge davon zu erwarten seien – in der gesamten Medizin bei einer Unzahl von Krankheiten.

Bis heute haben sich Naturheilkundler und Laien von seiner Begeisterung anstecken lassen, aber bis heute wird diese Therapiemöglichkeit in der Schulmedizin kaum akzeptiert, kann sich nicht durchsetzen. Ein wesentlicher Grund liegt darin, dass die Problematik des Säure-Basen-Haushalts noch nicht erkannt wurde. Man hat Säuren/ Basen nur im Blut gemessen, was den Sachverhalt und die Bedeutung des Pulvers nicht deutlich werden lässt. Noch heute gilt der Säure-Basen-Haushalt bei Medizinern, Heilpraktikern und auch Laien als relativ schwierig zu verstehen. Man diskutiert Basen-reserve und Pufferung von Säuren im Blut usw., ist sich aber über die Bedeutung der Basen im Säure-Basen-Haushalt nicht im Klaren. Man hat die Zelle als Erfolgsorgan für den Säure-Basen-Haushalt im Blickfeld, betrachtet aber das Blut als entscheidendes Versorgungssystem und nicht die die Zelle umgebende Lymphe.

Jeder pH-Messwert im Säure-Basen-Haushalt des Körpers kann nur sinnvoll gedeutet werden, wenn man ihn entweder direkt in der Lymphe misst – was relativ schwierig ist und an verschiedenen Stellen des Körpers unterschiedliche Ergebnisse bringt – oder aber bei der Messung im Blut seine Bedeutung für die Lymphe abwägt.

Wenn man nun fälschlicherweise annimmt – wie es die Wissenschaft immer noch tut –, dass die Acidose des Blutes sich direkt auf die Gewebszellen auswirkt, führt dies auch zu falschen Ergebnissen bei der Erforschung des Säure-Basen-Haushaltes.

Tatsächlich verhält es sich folgendermaßen:

Ein zu niedriger pH-Wert (z. B. 5 oder 6) in der Nähe einer Zelle – somit ein zu saures Milieu – führt in dem betreffenden Gewebe zu einem dringenden Bedarf an Basen. Dieser Bedarf wird durch übergeordnete Systeme organisiert und gedeckt (Leber, Kreislauf). Die Basen werden selbstverständlich über die Blutbahn herantransportiert, allerdings nur bis in die Nähe der bedürftigen Zellen, nämlich bis zu den Kapillaren. Von dort werden die Basen über die Lymphe zu den bedürftigen Zellen weitergeleitet.

Wenn wir nun die Konzentration der Basen bzw. den pH-Wert im Blut messen, so wird der in diesem Falle sehr hoch sein, weil das Blut sehr viele Basen transportiert. Diesen im Blut gemessenen erhöhten pH-Wert zu verallgemeinern und einen zu hohen pH im Körper (Alkalose) anzunehmen, ist der Trugschluss der Forschung über Jahrzehnte gewesen.

Zu den wenigen Ärzten, die Sanders Entdeckung aufgegriffen haben, gehörte Dr. Renate Collier (1919-2001), die als Mayr-Ärztin über ihren Lehrer Medizinalrat Dr. Erich Rauch die Mayr-Ärzte auf das Thema aufmerksam machte. Collier selbst hat Basenpulver gar nicht oder nur in geringeren Dosen verwendet und verordnet – sie therapierte die Übersäuerung im Wesentlichen über die Ernährung –, während Rauch bei der Mayr-Kur im Lauf der Jahre zunehmend Basenpulver einsetzte.

Auch ich wurde als Mayr-Arzt über Rauch auf die Problematik aufmerksam, konnte aber die Bedeutung damals noch nicht ausreichend erkennen, da die Erfolge für meine Patienten nicht erkennbar waren. Offenbar setzte ich ein Basenpulver ein – ich verwendete damals *Basica* –, das nicht oder sogar negativ wirkte: Unter *Basica* wurden die Bäuche richtig hart. Erst der Einsatz von reinem sanderschem Basenpulver trug zur Heilung ganz verschiedener Erkrankungen hervorragend bei.

Die Pharmaindustrie ging nun mehr und mehr dazu über, den Carbonatanteil der Basenpulver durch Citrate zu ersetzen.

Was bedeutet das nun in Bezug auf Wirkung und Therapie?

Der Basenanteil in den Basenpulvern besteht im Wesentlichen aus Natrium und Calcium sowie in geringen Mengen aus Kalium, selten auch aus Magnesium.

Die Basenpulver liegen zunächst in fester Form vor, d. h. als basisches Salz, dessen Säureanteil – wie in unserem Bitba® Basenpulver – Kohlensäure (Carbonat) ist. Weitere Säuren können z. B. Zitronensäure oder andere organische Säuren sein, aber auch das anorganische Chlorid der Salzsäure, was dann mit Natrium Kochsalz ergeben würde. Die Kohlensäure bildet also mit Natrium, Calcium, Kalium, Magnesium als Salz ein Carbonat, im Falle von Zitronensäure wäre das Salz ein Citrat.

In wässriger Lösung trennen sich die beiden Anteile der Salze wieder – sie liegen also zumindest teilweise in dissoziierter Form vor –, der Hauptteil wäre dann bei uns Natrium als positives Kation und Carbonat als negatives Anion.

Beim Zusammentreffen von schwachen mit stärkeren Säuren wird die schwache Säure verdrängt – in unserem Falle die Kohlensäure –, die beispielsweise im Magen als CO₂-Gas (Kohlendioxid) mit dem Aufstoßen entweicht. Oder die Kohlensäure wird über die Lunge abgeatmet.

Der Basenanteil – also Natrium, Calcium oder Kalium – bleibt in der Lösung zurück und wirkt stark alkalisierend (basisch).

Zitronensäure als höhermolekulare Säure ist eine stärkere Säure als Kohlensäure, bleibt somit in der Lösung und verdrängt im Fall des Zusammentreffens die Kohlensäure.

Kohlensäure ist also relativ leicht zu verdrängen, der Körper kann damit sehr gut umgehen, weil sie an vielen Stoffwechselprozessen ständig beteiligt ist und bei vielen Stoffwechselreaktionen abgeatmet oder über Darm bzw. Magen an die Außenluft abgegeben werden kann.

Bei Citrat ist das etwas schwieriger: Zitronensäure bleibt stärker in Lösung und muss über die Leber oder andere zelluläre Stoffwechselorgane abgebaut werden, insbesondere über Zellen, die zum Sauerstoffumsatz (z. B. Muskelzellen) oder zur Energieproduktion den Zitronensäurezyklus benutzen. Dazu muss die Zitronensäure in die Zelle eingeschleust und das Endprodukt – wiederum Kohlensäure bzw. CO₂ – wieder ausgeschleust werden. Somit kann Zitronensäure nur über die Zelle entsorgt werden. Voraussetzung für diese Art von Entsäuerung ist aber eine intakte Zellfunktion, kranke Zellen sind nicht in der Lage, CO₂ so abzubauen.

In den letzten Jahren wurde häufiger propagiert, Zitronensäure bzw. Citrate als Basenpulver zu verwenden, da Citrat in der Zelle basisch abgebaut oder zu Basen abgebaut würde und sich somit positiv in der Zelle auswirke.

Der Irrtum liegt darin, dass nicht die Zelle alkalisiert bzw. basisch gemacht werden muss, sondern die umgebende Lymphe, d. h. das Milieu außerhalb der Zelle. Außerhalb der Zelle löst sich das Citrat aber sauer auf und belastet somit den Stoffwechsel.

Auch bei Selbstversuchen stellte ich fest, dass ich auf das Citrat nach kürzester Zeit Sodbrennen bekam – ein eindeutiger Hinweis darauf, dass mein Stoffwechsel übersäuerte. Das Sodbrennen sollte jedoch unter Basenpulver verschwinden und nicht erst entstehen.

Der Gedanke, Citrat dringe schneller in die Zelle vor als Carbonat, ist insofern irrelevant, als wir das Citrat in der Zelle nicht benötigen. Ein Basenpulver muss im Vorfeld der Zelle wirken.

Die ganze Diskussion über Basenpulver, die in der Zelle besonders gut wirken sollen ist somit hinfällig, denn dort brauchen sie gar nicht zu wirken, sie sollen davor wirken.

Bei relativ gesunden Patienten kann sich eine gewisse Menge Citrat unter Umständen positiv auswirken, da gesunde Zellen einen intakten Zitronensäurezyklus besitzen und somit auch mit dem Citrat zurechtkommen. Es wirkt im Allgemeinen etwas belebend. Oft wird auch Vitamin C (Ascorbinsäure) hinzugefügt, was aber nicht so stark alkalisiert (basisch wirkt) und den Stoffwechsel vielleicht sogar überreizt. Auch dies kann in Maßen von Vorteil sein, allerdings ist sehr schnell die Überdosierung erreicht und führt dann zur Übersäuerung.

Ein anderer wichtiger Aspekt in der Diskussion Carbonat vs. Citrat ist die Tatsache, dass der Zitronensäurezyklus an die Mitochondrien in der Zelle gebunden ist.

Mitochondrien sind Organellen in der Zelle, die den menschlichen Organismus befähigen, den Zucker bei der Energiegewinnung effektiver zu nutzen: Die Spaltung von Zucker ohne Sauerstoffverbrauch führt zu einem großen

Energiegewinn, der jedoch sicher verzwanzigfacht werden kann bei derselben Menge Zucker durch Verstoffwechslung über Sauerstoff – was an den Mitochondrien über den Zitronensäurezyklus erfolgt. Die Energiegewinnung über Sauerstoff hat daneben noch den Vorteil, dass sie nicht so stark säuert bzw. die Säure sehr schnell entsorgt werden kann, weil es sich um Kohlen-säure/CO₂ handelt.

Die Glykolyse dagegen ist eine Energiegewinnung durch Zucker, die nicht nur wesentlich weniger Energie liefert, sondern auch noch wesentlich stärker säuert mit Säuren, die im Stoffwechsel neutralisiert werden müssen. Die Milchsäureproduktion spielt hier eine entscheidende Rolle, die ja in der Sportmedizin sehr gut untersucht ist. Diese Milchsäure muss immer über die Lymphe zur Kapillare gebracht und von dort über die Leber entgiftet und möglicherweise weiter abgebaut oder umgebaut werden, um erneut im Stoffwechsel gebrauchsfähig zu sein. Die einfache Methode der Kohlensäureatmung verbraucht wesentlich weniger Energie und schont die Zellen.

In alternden Zellen befinden sich immer weniger Mitochondrien, insbesondere in Krebszellen verschwinden sie teilweise völlig. Gerade die Zellen eines alternden bzw. degenerierenden Gewebes sind für Sauerstoff kaum noch zugänglich. Der Sauerstoff wirkt auf sie schließlich toxisch. Eine Entsäuerung bzw. Alkalisierung der Umgebung der Zelle führt zu einem verbesserten Zugang des Sauerstoffs um die Zelle, was viel wichtiger ist als der Zugang von Citrat in die Zelle.

Alles in allem kann man sagen, Carbonatbasenpulver sind bei weitem effektiver als Citrate.

Die Dosierung von Carbonat-Basenpulver ist problemlos großzügig zu gestalten: Die Einmalgabe von Basenpulver nach Sander liegt nach unseren Erfahrungen bei ca. 3 g = 3000 mg und somit weit höher als im Allgemeinen empfohlen. In dieser Dosierung ist ein Effekt kaum noch zu übersehen, vor allem wenn regelmäßig Basenpulver eingenommen wird – z. B. morgens, mittags, abends – bei nur ermüdeten oder geschwächten Patienten. Bei Kranken kann es noch erheblich häufiger eingesetzt werden, bis zu 3- oder 2-stündlich in dieser oder reduzierter Einzeldosis. Diese höheren Gaben sollten aber nur vom Arzt oder Heilpraktiker verordnet werden, da Reaktionen, d. h. akute Symptome, wahrscheinlich sind, die die Heilwirkung signalisieren, aber medizinisch leider in der Regel als Krankheit verstanden werden. Bei klarer medizinischer Führung sind diese zwar unproblematisch, Laien dagegen sollten sich tunlichst an die Empfehlungen auf der Verpackung halten.

Nicht angesprochen habe ich in diesem Vortrag die Problematik des Milcheiweißes, die zwar sehr wohl mit der acidotischen Lymphblockade in Verbindung steht, aber in anderen Vorträgen detailliert besprochen wird.

Letztlich wäre jedoch zu bemerken, dass die auf Milcheiweiß zurückzuführenden Symptome durch Basenpulver wohl gemindert, aber keineswegs ausgeschaltet werden. Es wäre ein Trugschluss zu meinen, Patienten könnten weiterhin Tiermilchprodukte verzehren und die schädigende Wirkung im Stoffwechsel durch Basenpulvereinnahme verhindern. Die schädigende Wirkung von Milcheiweiß wird dadurch höchstens verschleiert, und häufige Gaben von Basenpulver überdecken die Symptome. Grundsätzlich raten wir den Patienten dringend, so gut wie gar kein Milcheiweiß zu sich zu nehmen.