



Dr. med. dent.  
Hugo Schloßer

*Jahrgang 1943*

*Studium der Zahnheilkunde  
in Würzburg 1966- 1971*

*Promotion 1974*

*seit 1974 niedergelassen in  
eigener Praxis in Kolber-  
moor/ Obb.*

*Ab 1978 Beschäftigung mit  
ganzheitlich komple-  
mentärer Zahnheilkunde*

*Schwerpunkte: Esogetische  
Medizin (Kirlan, Farb-  
punktur, Infrarot u.a.);  
Physioenergetik  
(holistische Kinesiologie);  
Biotensor; Diagnostik und  
Therapie chronischer  
Irritationen;*

*seit 1991 umfangreiche  
Vortrags- und Seminar-  
tätigkeit.*

FORTBILDUNGSSERIE

## „Praxis der Ganzheitlichen Zahn-Medizin“

# Amalgamsanierung

von Hugo Schloßer

**Adresse:** Bahnhofstraße 4, 83059 Kolbermoor

**Schlüsselbegriffe:** Amalgamsanierung, Amalgamentfernung, Amalgamausleitung, Ausscheider – Nichtausscheider, Regulation, Konstitution, Physioenergetik isopathischer Umkehrwert, elektroneutrale Zwischenversorgung

In der letzten Ausgabe unserer Fortbildungsreihe „Praxis der Ganzheitlichen Zahn-Medizin“ haben wir Ihnen eine Einführung in die Ganzheitliche Zahnmedizin gegeben. Dieses Mal beschäftigen wir uns mit der Amalgamsanierung. Die Amalgamsanierung verläuft in fünf Phasen (Tabelle). In einer ersten Phase wird die Indikation zur Amalgamsanierung gestellt. In der zweiten Phase wird die körpereigene Regulation vorbehandelt. Erst dann folgt die dritte Phase, die Entfernung der Amalgamfüllungen und die provisorische Versorgung mit elektroneutralen Materialien. In der vierten Phase werden das Quecksilber und andere Schwermetalle aus dem Körper spezifisch ausgeleitet. Schließlich folgt die definitive Versorgung der Zähne.

Eine Amalgamsanierung darf niemals überfallartig geschehen. Was Jahre und Jahrzehnte gebraucht hat, um in den Körper einzudringen, kann nicht in wenigen Stunden oder Tagen beseitigt werden. Man muß behutsam vorgehen, bestimmte Prioritäten beachten, ähnlich wie beim Schälen einer Zwiebel Schicht für Schicht abtragen.

Mit diesem Artikel stelle ich mein Konzept vor. Es

ist im Laufe vieler Jahre gewachsen und es wird durch Einbeziehung neuer oder anderer Erkenntnisse im Verlauf der nächsten Jahre weiter wachsen und sich verändern. Es ist nicht meine Absicht, diese Methode dogmatisch zu verbreiten, sondern es genügt mir, wenn die eine oder andere Anregung von der Kollegenschaft aufgegriffen werden kann.

### Tabelle: Die Fünf Phasen der Amalgamsanierung

#### Phase I: Indikation zur Amalgamsanierung

Ausscheider - Nichtausscheider  
Regulationsdiagnostik  
Konstitutionstypen  
Isopathischer Umkehrwert

#### Phase II: Vorbehandlung

Unspezifische Entgiftung  
Beseitigung von Therapiehindernissen

#### Phase III: Entfernung der Amalgamfüllungen und elektroneutrale Zwischenversorgung

Entfernung der Amalgamfüllungen  
Materialien und Technik der elektroneutralen Zwischenversorgung

#### Phase IV: Ausleitung der Schwermetallbelastung

Spezifische Entgiftung

#### Phase V: Endgültige Versorgung

Voraussetzungen für die endgültige Versorgung  
Materialien für die endgültige Versorgung

Wenn im weiteren Textverlauf vom „Testen“ die Rede ist, dann bezieht sich das auf die Physioenergetik (Armlängenreflex nach R. van Assche) und/oder auf den Biotensor nach Oberbach.

### ❑ Phase I: Indikation zur Amalgamsanierung

Wenn die Entscheidung zu einer Amalgamentfernung getroffen wird, befinden wir uns bei Beachtung ganzheitlich komplementärer Kriterien bereits in der Nachphase umfangreicher Test- und Diagnose-Aktionen.

Abgesehen von Medikamenten und Materialalternativen müssen wir absolute Klarheit haben über die Regulationsfähigkeit des entsprechenden Patienten. Der menschliche Organismus ist als sogenanntes „Offenes System“ durch Milliarden vernetzter Regelkreise in permanenter Wechselwirkung mit Einflüssen von außen. Diese Einflüsse müssen von ihm ständig durch körpereigene Regulationssysteme ausgeglichen und adaptiert werden.

### Ausscheider – Nichtausscheider

Nicht jeder Amalgamträger muß saniert werden. Das muß einmal ganz klar gesagt werden. Es kommt darauf an, wie jeder einzelne mit den Belastungen, die zweifellos durch Amalgam gegeben sind, fertig wird.

Man kann zwei große Gruppen unterscheiden: Ausscheider und Nichtausscheider.

Der Ausscheider wird mit der toxischen Belastung noch fertig, er kompensiert sie. Das ist aber in vielen Fällen keine stabile Position, sondern kann sich bereits durch Eingliederung einer einzigen Krone ändern, weil damit eine aggressive Metallmischin stallation geschaffen wird, die ein oft nur noch mühsam aufrecht erhaltenes Gleichgewicht zusammenbrechen läßt. Die Kompensation wird überlastet, der Patient wird zum Nichtausscheider (siehe „Einführung in die Ganzheitliche Zahn-Medizin“ von Erich Wühr in GPW 1/96).

Zu dieser Gruppe der Nichtausscheider zählen die schwer und schwerst belasteten Patienten und mit denen haben wir es in der Regel bei der Amalgamsanierung zu tun. Wer über mehrere Jahre getestet hat, wird feststellen, daß es keine isolierte chronische Irritation durch ein Toxin gibt. Die Nichtausscheider haben immer Kombinationen von Mehrfachbelastungen verschiedenster Inwelt- und Umweltfaktoren und das drückt sich auch in der Symptomatik aus, weil diese Summationsbelastungen komplexe Überlagerungen verschiedenster Symptome bewirken, die nicht mehr spezifisch toxinbezogen auseinandergehalten werden können. Somit kann es auch keine typische Amalgamsymptomatik geben.

### Regulationsdiagnostik

Uns muß also vordergründig interessieren: In welcher Reaktions- bzw. Regulationslage befindet sich der Organismus des Patienten? Kann ich ihm die Zusatzbelastung, die durch die Entfernung entsteht, überhaupt zumuten? Muß ich durch geeignete Vorbehandlung erst einmal diese Regulationsfähigkeit herstellen? Wenn ich darauf nicht eingehe, ist der Mißerfolg vorprogrammiert.

#### Vertiefende Literatur:

Lechner, J.: Herd, Regulation und Information. Hühig  
Hanzl, G.: Das neue medizinische Paradigma. Haug

Ich kenne sehr viele Fälle aus meiner Testpraxis, bei denen sich der Gesamtzustand nach übereilter und unqualifizierter Amalgamentfernung erst einmal bedeutend verschlechtert hat.

Die Regulationsdiagnostik beschäftigt sich mit den Reaktionsmöglichkeiten des erkrankten Organismus und zwar auf mehreren Ebenen. Es ist eine dynamische Diagnostik, weil „in vivo“ getestet wird und weil damit registriert wird, wie der Organismus einen Reiz verarbeiten bzw. beantworten kann. (siehe „Ein-

führung in die Ganzheitliche Zahn-Medizin“ von Erich Wühr in GPW 1/96).

### Konstitutionstypen Physiognomik nach Huter

Eine wesentliche Rolle spielt, in welcher konstitutionellen Verfassung sich der jeweilige Patient befindet. Ein „Ernährungstyp“

#### Vertiefende Literatur:

Kupfer, A.: Grundlagen der Menschenkenntnis,  
Die Formkraft der Psyche,  
Bd. I und II, Carl Huter

nach Huter (analog Pykniker nach Kretschmer) gilt als guter Nahrungsverwerter und somit auch als guter Giftverwerter. Aufgrund seiner Leibesfülle besitzt er jedoch erhebliche Speicherräume und wird lange Zeit keine Probleme haben. Der „Bewegungstyp“ (analog Athletiker) gilt als schlechter Nahrungsverwerter und nimmt demzufolge auch weniger Gifte auf. Er wird kaum Schwierigkeiten haben, weil er auch zusätzlich durch seinen Bewegungsdrang über Haut und Atmung sehr viel ausscheidet. Problematisch wird es beim „Empfindungstyp“ (Leptosomer, übersteigert Astheniker). Der zarte, zierliche Körperbau läßt weder Speicherung noch übermäßigen Bewegungsdrang zu. Das Nervensystem ist überbetont. Belastungen sind am ehesten bei dieser Konstitution zu erwarten und das wurde auch statistisch nachgewiesen. Die häufigsten Probleme findet man bei Frauen mittleren Alters von Typ Empfindung.

Eine weitere Konstitutionstypisierung aus der Vielzahl verschiedener Systeme möchte ich noch kurz ansprechen, weil sie häufig nicht beachtet wird oder gar nicht bekannt ist:

### Homöopathische Konstitutions- und Reaktionstypen

In der Homöopathie werden durch Arzneimittelpfprüfung am Gesunden sogenannte Arzneimitteltypen ermittelt. Wenn ein Gesunder ein homöopathisches Mit-



**Abb. 1: Kein Armlängenreflex – die Arme sind gleich lang**

tel in übermäßiger Dosis einnimmt, bekommt er Symptome, die auf dieses Mittel zurückzuführen sind. Die Summe der Symptome ergibt das Arzneimittelbild. Nach dem Ähnlichkeits-

**Vertiefende Literatur:**

Beuchelt, H.: Konstitutions- und Reaktionstypen in der Medizin mit Berücksichtigung ihrer therapeutischen Auswertbarkeit in Wort und Bild. Haug

prinzip wird einem Kranken das Mittel verabreicht, das vom Arzneimittelbild her, dem Krankheitsbild möglichst ähnlich ist.

Die Identität zwischen einem Menschen und einem homöopathischen Arzneimittelbild kann so groß sein, daß man von einem homöopathischen Konstitutionstyp spricht.

Im Rahmen dieser Arbeit sind die metallischen Konstitutionen interessant: Aurum metallicum, Argentum metallicum, Platinum metallicum, Palladium metallicum und natürlich Mercurius solubilis. Die ausgeprägten Vertreter dieser Arzneimittelbilder dürfen mit „ihrem“ Metall absolut nicht konfrontiert werden. Sie reagieren sehr stark darauf. Diese

Reaktion hat natürlich mit Allergie überhaupt nichts zu tun.

Der vollblütige, vitale, machtgierige Aurutyp beispielsweise, der sich im Alter zum kurzatmigen, korpolenten Hypertoniker mit blaurotem Gesicht und Apoplexieneigung entwickelt, spiegelt sich zum Argentumtyp vergleichbar wie die Sonne zum Mond. Beim Argentumtyp handelt es sich um einen abgezehten, blassen Neurotiker ohne Selbstvertrauen.

Der Aurutyp wird mit Amalgam wenig Probleme haben, aber eine einzige Goldkrone kann ihn in die Depression treiben. Der Argentumtyp wird Gold hervorragend tolerieren, aber Amalgam kann seine Situation so verschlimmern, daß verstärkte Isola-

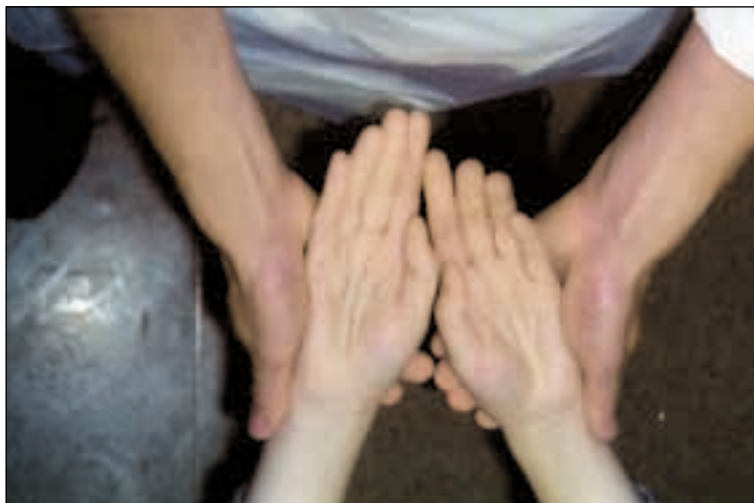
tion und sogar Suizid daraus entstehen können.

### Isopathischer Umkehrwert

Eine sehr schöne Möglichkeit, sowohl die Kompensationsfähigkeit zu überprüfen, wie auch den Grad der Intoxikation zu messen, besteht in der Ermittlung des „Isopathischen Umkehrwertes“ für Quecksilber. (Schlößer (1)).

Wenn man ein Gift wie Quecksilber immer höher homöopathisch potenziert, kommt irgendwann der Punkt einer Umkehr zwischen Gift- und Heilwirkung. Der Umkehreffekt entsteht aber nicht dadurch, daß das Gift ab einer bestimmten Verdünnung gegenteilig wirkt, sondern weil der Körper gegenteilig darauf reagiert. Somit wird auch jeder – je nach Reaktionsfähigkeit – seinen eigenen Umkehrwert haben. Das ist ein homöopathisches Grundprinzip.

Dieser isopathische<sup>1</sup> Umkehrwert ist meßbar und wird als Gradmesser für die Intoxikation verwendet. Er kann aber unverfälscht nur mit feinenergetischen Testverfahren wie Armlängenreflex (Physioenergetik nach Raphael van Asche, siehe Bild 1 und 2), Biotensor nach Oberbach oder RAC (Auriculo-Cardialer-Reflex) ermittelt werden. Meßgeräte wie sie beispielsweise bei den biometrischen Testverfahren (z.B.: EAV, BFD) verwendet werden, vergrößern diesen Wert und machen ihn für Therapiezwecke unbrauchbar.



**Abb. 2: Armlängenreflex – die Arme sind unterschiedlich lang**

1) Homöopathie = Ähnlichkeitsprinzip; Isopathie = Gleichheitsprinzip: Mercurius solubilis entspricht bei Quecksilber aus Amalgam dem Gleichheitsprinzip

Zur Ermittlung benötigt man eine Potenzreihe „mercurius solubilis“ mit 10 Potenzstufen von D 8 bis D 2000.

Nachdem die Firma Stauf von mercurius solubilis keine Potenzen mehr oberhalb der D 400 herstellt, habe ich jetzt eine Apotheke gefunden, die diesen Testsatz zusammenstellt und preisgünstig liefert. (Neue Apotheke: Hoheluftchaussee 85, 20253 Hamburg. Tel: 040 / 4208615 Fax: 040 / 4228728)

**Im einzelnen sind mit dem isopathischen Umkehrwert folgende Aussagen möglich:**

Je höher der Wert, desto stärker die Intoxikation. Stark belastete Menschen haben einen Wert von D 2000 oder über D 2000.

Werte für Amalgam und Quecksilber sind immer identisch, weil die Quecksilberkomponente im Amalgam vorherrschend ist. Es genügt, nur den Quecksilberwert zu bestimmen.

In der Regel haben Amalgamträger keinen Wert unter D 400. Er kann zwar durch Ausleitungstherapie kurzfristig herabgesetzt werden, steigt aber dann langsam wieder auf den Ausgangspunkt an, weil sich die Depots durch Nachschub aus den vorhandenen Amalgamfüllungen wieder auffüllen.

Dieser Wert von D 400 gilt natürlich auch als Dreh- und Angelpunkt für die Indikation einer Amalgamentfernung. Wenn dieser Wert ohne besondere Therapie und ohne Beschwerden gehalten werden kann, liegt der Typ eines „Ausscheiders“ vor, der mit den Belastungen, die zweifellos vorhanden sind, noch fertig wird.

Durch unspezifische Entgiftung vor der Entfernung erreicht man in der Regel immer eine Absenkung hoher Werte (D 2000 und höher) auf einen Umkehrwert von D 400. Diese Position ist für die Entfernung akzeptabel. Höhere Werte als D 400 sind für eine Entfernung nicht geeignet,

weil sie für die Patienten mit erheblichen Reaktionen verbunden sind (Verschlimmerung der Symptomatik).

Der Bereich um D 8 kann als unterer Wert angesehen werden. Wenn der Patient diesen Wert erreicht hat, kann die Sanierung als erfolgreich abgeschlossen werden. Noch tiefere Werte erhält man nur durch Ausfasten (z. B.: nach Buchinger, Auflösung von Fettzellen).

Wenn kein Nachschub mehr durch „vergessenes“ Restamalgam oder Amalgam unter Kronen vorhanden ist, bleibt dieser Wert stabil über Jahre. Nachtestungen an sicher amalgamsanierten Patienten habe ich mittlerweile über 10

Jahre hinweg durchgeführt. Die mögliche Quecksilberzufuhr über die Ernährung scheint dabei keine Rolle zu spielen.

Weitere Aussagen über den Umkehrwert vor allen Dingen bei der Chelattherapie folgen später bei der „Spezifischen Entgiftung.“

## Phase II: Vorbehandlung

### Ziel der Therapie: Den Nichtausscheider zum Ausscheider zu machen

Dies sollte oberstes Gebot vor der Amalgamentfernung sein, indem Ausscheide- und Entgiftungssystem aktiviert wird. Dadurch kann man den gesamten Giftpegel pauschal absenken und die Toleranzfähigkeit für die Entfernung erheblich erhöhen. Die zusätzliche Quecksilberbelastung bei der Entfernung der Füllungen, die auch mit der besten Technik nicht ganz vermeidbar ist, läßt sich so hervorragend abpuffern und es gibt mit Sicherheit keine Verschlimmerung im Befinden der Patienten.

Die Öffnung der Entgiftungs- und Ausscheidewege muß bereits vor der Entfernung erfolgen (ca. 3–6 Wochen vorher, je nach Reaktionsbereitschaft). Das ist extrem wichtig und wird in den meisten Fällen nicht beachtet.

Die Chinesische Medizin hat dafür ein sehr einprägsames und einleuchtendes Sprichwort:

*„Willst du den Tiger aus dem Haus jagen, so öffne zuerst alle Fenster und Türen, bevor du ihn in den Schwanz kneifst. Manchmal geht er nämlich von selbst hinaus.“*

Eine pauschale Entgiftung führt in fast allen Fällen spontan zu einem erheblichen Absinken aller Giftbelastungen. Wenn nichts bewegt werden kann, wenn also Reaktionsstarre vorliegt, darf keine Entfernung durchgeführt werden.

### Unspezifische Entgiftung

Die unspezifische Entgiftung („Das Öffnen der Türen und Fenster“) wird während der



gesamten Amalgamsanierung durchgeführt, also vor der Entfernung, während der Entfernung und nach der Entfernung. Nach der Entfernung kommt die spezifische Entgiftung zusätzlich dazu.

Ich habe über Jahre hinweg Kirlianbilder amalgambelasteter Patienten ausgewertet. Man sieht immer das gleiche Schema: Die unspezifische Entgiftung muß über Niere, Leber und Lymphsystem laufen.

Das ist auch einleuchtend, weil die Niere als Ziel- und Ausscheideorgan von Schwermetallen, die Leber als Entgiftungsorgan und das Lymphsystem in Verbindung mit dem Grundsystem nach Pischinger als Speicher- und Transportmedium gilt.

### **Homöopathische Komplexmittel**

In den Komplexmitteln werden mehrere Substanzen zusammengefaßt, die ähnliche organspezifische Wirkrichtung haben in der Hoffnung, daß wenigstens ein Mittel dabei sein möge, welches die gewünschte Wirkung entfaltet. Diese Mittel überlagern sich aber auch in ihrer Kraft und schwächen so gegenseitig ihre Wirkung.

Für einfache Fälle sind sie sicherlich geeignet und man findet im Test auch verwendungsfähige Präparate (organspezifisch Niere, Leber, Lymphsystem), nicht aber bei schweren Regulationsstörungen.

Ich habe auch festgestellt, daß schwer und schwerst belastete Personen (Umkehrwert D 2000 und höher) im Test auf 40%igen Alkohol mit Intoleranz reagieren. Dies ist gleichzeitig auch Zeichen einer stark geschwächten Immunabwehr. Die Konsequenz für die Entgiftung ist, daß dieser Personenkreis

auch Probleme bekommt mit homöopathischen Mitteln, die in Alkohol gelöst sind. Dies gilt vor allen Dingen für Komplexmittel. Zur Abhilfe könnte man in der Apotheke ein Granulat herstellen lassen (*Misce fiat gran.!*)

Um sicherzugehen, daß im Testverfahren nicht der Alkoholgehalt für die Intoleranz verantwortlich ist, wäre es besser, Injektionsampullen dieser Präparate zu verwenden.

### **Homöopathische Einzelmittel**

In den letzten Jahren hat sich bei mir immer mehr die Therapie mit Einzelmitteln in Hochpotenz durchgesetzt. Diese Hochpotenzen habe ich nicht aus persönlicher Überzeugung gewählt, sondern sie ergaben sich aufgrund unzähliger Testungen. Aus einer Vielfalt von möglichen homöopathischen Substanzen greife ich wahlweise 3 Substanzen heraus und stelle sie vor. Sie finden sich im Test häufig einzeln oder in Zweierkombination. Die Verabreichung erfolgt in Form von Globuli.

#### **Berberis vulgaris D 200:**

Spezifische Wirkung auf Niere und ableitende Harnwege, harnsaure Diathese, Leber, Gallenblase, Stauungen im venösen System

#### **Taraxacum D 200:**

Spezifische Wirkung: Leber, Gallenblase, Niere, Magen-Darm-Kanal

#### **Strontium carbonicum D 200 oder D 400:**

Spezifische Wirkung auf Lymphsystem, Stauungen im venösen System, vermehrte Harnausscheidung

(Dosierung je 1 x wöchentlich 2 Globuli).

Wenn man die spezifischen Wirkrichtungen betrachtet, zeigt sich sehr deutlich warum diese Substanzen dominieren. Man sollte aber nicht unerwähnt lassen, daß jedes homöopathische Mittel immer ganzkörperlich wirkt.

Klarstellen möchte ich auch noch, daß hier das Simileprinzip der Homöopathie im Hintergrund steht. Der Organismus soll durch diese Mittel nicht umgestimmt werden. Vordergründig ist die Ausleitung.

Die klassische Schule der Homöopathie in Deutschland arbeitet selten mit Hochpotenzen dieser Größenordnung. Wer damit Probleme hat, besorge sich am besten eine KuF-Reihe bzw. Serienpackung der genannten Substanzen (Firma Staufen, Göppingen). Diese Packungen enthalten eine Potenzreihe des jeweiligen Mittels (meist von D 6 bis D 400) und man kann sich dann die geeignete Potenz selbst austesten.

Wir müssen uns bewußt sein, daß wir chronische Belastungen behandeln, die über Jahre und Jahrzehnte eingewirkt haben. Niedrige Potenzen sind in der Regel für akute Probleme geeignet.

Eine wunderbare Erklärung über die Wirkung von Hochpotenzen habe ich von Jürg Reinhard in seinem Buch „Unerhörtes aus der Medizin“ (Hallwag Verlag) gelesen: *„Potenzieren heißt dem Präparat Zeit einverleiben.“* Zeit ist ja auch ein rhythmischer Prozeß. *„Chronisch hängt mit Chronos Zeit zusammen. Chronische Leiden sind solche, die sich durch die Zeit dahinziehen, mit der Zeit verstärken. Bei ihnen müssen zeitwirksame, also hohe Potenzen gegeben werden.“*

Gehen wir nur einmal davon aus, daß Amalgam seit über 150 Jahren verwendet wird, und daß Quecksilbereinreibungen seit mittelalterlicher Zeit in der Syphilisbehandlung eingesetzt wurden<sup>1</sup> daher auch der Ausdruck Quacksalber, so besteht doch eine erhebliche miasmatische Grundbelastung mit Quecksilber quer durch die Bevölkerung über Jahrhunderte hinweg.

Wenn wir schon von komplexer ganzheitlicher Medizin sprechen, sollte man sich hüten, nur den physischen Körper zu betrachten. Auch die höheren feinergetischen seelischen und geistigen Ebenen unserer Existenz müssen berücksichtigt werden und die sind mit tiefen Potenzen nicht erreichbar.

Nicht unerwähnt lassen möchte ich jedoch noch ein Mittel, das auch als „Radiergummi der Homöopathie“ bekannt ist, nämlich Nux vomica. Es kann hervorragend im Wechsel dazwischengeschaltet oder gleichzeitig mit den anderen verabreicht werden. Hauptwirkrichtung ist: Z.N.S., veget. N.S., Gefäßnerven, Magen-Darm-Kanal, Leber. Es wirkt auch sehr gut bei Personen, die nicht die typische Nux vomica-Konstitution verkörpern, aber es muß in niedrigen Potenzen (zwischen D6 und D12; ca. 1x tägl.) verabreicht werden, damit die konstitutionelle Tendenz nicht so stark zum Tragen kommt.

Zusätzlich sollte man bedenken, daß sich jeder Behandler, in welcher Form auch immer, selbst einbringt in Therapieauswahl und Wirkung.

### Organpräparate

Es hat sich bewährt durch Organpräparate<sup>2</sup> die hauptbetroffenen Organe Niere, Leber, Lymphsystem und Odonton<sup>3</sup> zu stärken. Außerdem werden homöopathische Mittel durch Leitfunktion der Organpräparate besser zum entsprechenden Organ geführt. Für diesen Zweck sind jetzt aber niedrige Potenzen erforderlich, weil die Stoffwechselleage angesprochen und angeregt werden soll. Ein verbesserter Stoffwechsel erhöht die Entzündungsbereitschaft in den Organen, aktiviert dadurch chronische Prozesse und steigert die Regenerationsfähigkeit.

1) daher auch der Ausdruck Quacksalber

2) homöopathisch aufgeschlossene Organsubstanzen von Tieren und Menschen

3) Gesamtheit der zum Zahn gehörenden Gewebe

### Substitutionsbehandlung

Hier sind vor allen Dingen Zink und Selen zu erwähnen.

Die Testung zeigt, daß ein Defizit dieser Substanzen in wenigen Fällen vorhanden ist. Es ist nicht erforderlich, daß es obligatorisch gegeben wird. Vor allen Dingen beim Selen ist noch nicht bekannt, was mit dem aus Selen und Quecksilber gebildeten Selen-Quecksilber-Protein-Komplex im Körper überhaupt passiert.

### Flankierende Maßnahmen

Hierzu zählt alles, was die Regulation unterstützt und die Ausscheidung aktiviert. Beispiele: alphabetisch geordnet und ohne Anspruch auf Vollständigkeit:

Akupunktur  
Darmsanierung  
Dysbiosebehandlung  
Ernährungsumstellung  
Farbpunktur  
Fasten  
Funktionskreistherapie  
Geopathische Störfelder ausschalten  
Hand- und Fußreflexzonen-therapie  
Homöopathische Konstitutionsbehandlung  
Hydrocolontherapie  
Lymphdrainagen  
Miasmatische Grundbehandlung  
Mykosebehandlung

### Beseitigung von Therapiehindernissen

Die Reduktion anderer Toxiquellen ist für eine Entgiftungstherapie unumgänglich. Ein großes Problem stellen diverse Genußgifte wie Alkohol, Koffein und insbesondere Nikotin dar. Ich habe bei Selbsthilfegruppen Amalgamgeschädigter schon mehrere Vorträge gehalten. Man sieht dort ja ein Konzentrat extrem belasteter Menschen, und es ist nicht nur mir aufgefallen,

daß in diesen Kreisen überproportional stark geraucht wird. (Man erkennt starke Raucher auch physiognomisch an der unterschwellig grauen Gesichtsfarbe, weil die Sauerstoffversorgung des Gewebes unzureichend ist). Inwieweit hier katalytisches Suchtverhalten in Verbindung mit Schwermetallbelastungen vorliegt, vermag ich nicht zu beurteilen. Für den Erfolg der Amalgamsanierung ist es jedoch wichtig zu wissen, daß Nikotin eine der stärksten Therapieblockaden darstellt und zusätzlich erhebliche Mengen an Schwermetallen (vor allen Dingen Cadmium und auch Quecksilber) in den Organismus eingeschleust werden.

Es ist die Überlegung wert, ob man bei starken Rauchern überhaupt eine Amalgamsanierung durchführen soll, vor allen Dingen dann, wenn keine Bereitschaft vorhanden ist, auch Eigenverantwortung zu zeigen, und das Verhältnis zum Rauchen zu relativieren. Der Mißerfolg ist sonst vorprogrammiert.

Wie stark der Nikotingenuß in das körperliche Geschehen eingreift, zeigt sich auch in der Parodontologie. Durch retrospektive Untersuchungen wurde ein signifikant schlechteres Ergebnis beim Attachmentgewinn beobachtet, wenn täglich mehr als 10 Zigaretten geraucht wurden. Rauchen wird teilweise als Kontraindikation für eine PA-Behandlung betrachtet. (Schubert (2).

Andere Therapiehindernisse können durch energetische Blockaden im Sinne von Herd/Störfeldern vorhanden sein. Zur Unterstützung der Regulationsfähigkeit sollte man während der Amalgamsanierung diese Strukturen immer wieder aufbrechen, beispielsweise durch Neuraltherapie, Akupunktur oder Farb-punktur. Auch die Therapie mit Spenglersan-Kolloiden, vorwiegend mit Kolloid G und K, bringt oft erhebliche Verbesserungen.

Chirurgische Eingriffe zur Beseitigung solcher Blockaden sollten bestmöglich erst nach der Amalgamsanierung erfolgen. Die

Voraussetzungen für einen erfolgreichen Operationsabschluß ohne rezidivierende ostitische Prozesse werden damit bedeutend verbessert.

### □ Phase III: Entfernung der Amalgamfüllungen und elektroneutrale Zwischenversorgung

#### Entfernung

Amalgam gehört zu den eutektischen Legierungen. Diese zeichnen sich durch einen niedrigen Schmelzpunkt aus. Quecksilber entweicht nach Weikart (4) bei einer Erwärmung über 65 Grad C. Das bedeutet, daß bei der Entfernung alles vermieden werden muß, um diese Temperatur möglichst nicht zu erreichen bzw. zu überschreiten.

Bei der Amalgamentfernung entsteht vorwiegend Amalgamstaub oder elementares gasförmiges Quecksilber.

Geschluckter feiner Staub wird im Verdauungstrakt zu weniger als 1 % resorbiert. Die gastrointestinale Aufnahme von Quecksilberionen (oxidiertes elementares Gas) liegt zwischen 7 und 10 %. Der Rest wird ausgeschieden. (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (5).

Die Hauptgefahr besteht durch Einatmung von elementarem Quecksilbergas über die Lun-

gen, keine Turbine, sondern „rotes“ Winkelstück mit langsamer Drehzahl (ca. 60 %).

Hartmetallbohrer mit rundem Kopf und grober Zahnung (1,0–1,2 mm Stärke); dadurch entstehen Amalgamspäne und kein Pulver wie bei Diamantbohrern. Nach 3–4 Füllungen Bohrer wechseln!

Schleifbrillen mit großem Schutzschild für die Behandler.

chen Regionen sind sie jedoch unhandlich.

Die Verwendung von Kofferdam ist spätestens seit den Untersuchungen von Newburys (6) sehr umstritten. Er hat festgestellt, daß das elementare Quecksilbergas durch die Gummimembran diffundiert und somit auch bei strikter Atmung durch die Nase retromembranös Quecksilberdampf über den Rachenraum eingeatmet werden kann.

Eigene Untersuchungen haben ergeben, daß bei sorgfältiger Anwendung vorgenannter Maßnahmen in einem Radius von ca. 4–5 cm um den offenen Mund des Patienten Quecksilberdampf nachweisbar ist, während bereits bei Nichtbeachtung der zusätzlichen Spraykühlung und Turbinenanwendung eine periorale Quecksilberdampfwolke mit einem Radius von ca. 20–25 cm vorhanden ist.

Ersteres ist für den Behandler und sein Personal akzeptabel. Für den Patienten besteht aber immer noch die Gefahr, daß dieses Gas eingeatmet und resorbiert wird. (Diese Gefahr ist auch bei der Anwendung eines Kofferdams immer gegeben). Wir verwenden seit einiger Zeit mit großem Erfolg zum Schutze des Patienten eine Halbmaske mit selektivem Quecksilberfilter (Halbmaske Colonia 620 N; Carl Roth GmbH & Co KG; Schoemperlenstr. 3, 76185 Karlsruhe); Art.Nr: 1939 mit Filter HG-P3 Art.Nr: 1274-1). Das Ungewöhnliche daran ist jedoch, daß wir diese Maske um 180 Grad gedreht über die Nase setzen. (Abb: 3) Der Mund bleibt unbedeckt, der Patient darf bei der Entfernung nur durch die Maske atmen. Diese besitzt zwei separate Ausatemventile, die Zuluft fließt durch den Filter.

Wenn kein Kofferdam verwendet wird, erfolgen zusätzlich Spülungen mit Natriumthiosulfat 10 % (Apotheke). Es empfiehlt sich, die erste Spülung bereits vor der Entfernung machen lassen, weil dann die Interdentalräume und die Schleimhaut schon imprägniert sind. Eine kleine Menge kann auch geschluckt werden. Das Natriumthiosulfat bindet frei



**Abb. 3:**  
Absaugtechnik und Patientenmaske bei Amalgamentfernung

ge. Es erfolgt dort eine 80%ige Resorption. In dieser elementaren Form ist Quecksilber lipidlöslich, bindet sich an Blutfette, kann damit die Blut-Gehirnschranke, die Blut-Plazentaschranke und die Zellmembran durchdringen und sich ablagern. Weil aber das labile elementare Quecksilber mit der Zeit in eine stabilere Ionenform oxidiert wird, ist dieser Weg eine Einbahnstraße. In der oxidierten Form kann es nicht mehr zurück.

Oberstes Gebot bei der Entfernung sollte also sein, alles zu vermeiden, damit möglichst kein gasförmiges Quecksilber entstehen kann, bzw. alles zu tun, daß dieses Gas, falls es entsteht, möglichst nicht vom Körper aufgenommen werden kann. Das gilt natürlich nicht nur für den Patienten, sondern auch in hohem Maße für den Behandler und sein Personal.

#### Vorgehensweise:

Entfernung quadrantenweise, Abstand 1 Woche.

Total offenes Fenster für den Zeitraum der Entfernung! Auch im tiefsten Winter! Kippen des Fensters bringt überhaupt nichts.

Tieflagerung des Patienten, weil Quecksilberdampf schwerer wie Luft ist und nach unten sinkt. Dadurch werden die Behandler entlastet.

Zusätzlich zur Wasserkühlung des Winkelstückes erfolgt Spraykühlung aus der Wasserspritze direkt auf die Bohrspitze mit Sprühhichtung zum Sauger hin. Bei der Vierhandtechnik ohne zweite Assistenz sprüht der Behandler in der Position rechts unten und rechts oben. In der Position links unten und links oben sprüht die Assistenz und der Behandler hält die Wange ab.

Zusätzlich zur Absaugkanüle wird ein Speichelzieher eingehängt, um die Mehrmenge an Wasser abzusaugen.

Es gibt spezielle Absaugkanülen mit einer kastenförmigen Öffnung, die man über den Zahn setzen kann. In unzugängli-



werdendes Quecksilber über die Schwefelbindung. Die restlichen Spülungen finden nach der Entfernung statt.

Die Entfernung sollte möglichst am sitzenden Patienten durchgeführt werden, weil sich bei überstreckt liegender Position des Kopfes das schwerere Quecksilbergas verstärkt in den Rachenraum absetzen und dann eingatmet werden kann.

Wir haben bei mehreren Patienten sowohl mit, als auch ohne Kofferdam Amalgam entfernt und ähnlich einer Arzneimittelprüfung in der Homöopathie die Symptomatik der darauffolgenden Tage notieren lassen. Die Ergebnisse sprachen, falls überhaupt Unterschiede vorhanden waren, eher für die Entfernung ohne Kofferdam.

Es finden sich häufig bei sogenannten amalgamsanierten Patienten noch Füllungsreste. Der Zahnarzt sollte vom Sinn der Amalgamentfernung überzeugt sein und wirklich alles restlos entfernen wollen. Die Assistenz sollte auch von der Gegenseite aus von ihrem Sichtwinkel prüfen, ob alles entfernt ist.

Die vorhandene Unterfüllung sollte – falls möglich – vollständig entfernt werden. Sie stellt die Reaktionszone zwischen der Amalgamfüllung und dem Zahn dar.

Das Quecksilber geht durch die beste Unterfüllung spazieren.

Amalgamverfärbtes Dentin muß natürlich auch entfernt werden. Im Gegensatz zum Sekundärdentin mit gelblich brauner Farbe ist das mit Amalgambestandteilen durchsetzte Dentin grau bis schwarz.

### **Gründe für eine elektro-neutrale Zwischenversorgung**

Nach den Vorschriften der Krankenkassen dürfen intakte Amalgamfüllungen nicht auf Kassenkosten entfernt werden. Ausnahme bildet das Vorliegen einer Allergie auf Quecksilber oder andere Amalgamanteile. Die Allergie muß durch Epikutantest nachgewiesen sein. Über Sinn und Unsinn von Allergie und Epikutantest braucht man nicht zu diskutieren. Jeder weiß, daß es sich bei Amalgambelastungen weniger um ein allergisches, sondern vordergründig um ein toxisches und energetisches Problem handelt.

Wenn also intakte Amalgamfüllungen entfernt werden müssen, dann ist es ratsam, einen privaten Heil- und Kostenplan zu erstellen. Der Plan sollte in der Regel das Auswechseln der Amalgamfüllungen in eine elektroneutrale Zwischenversorgung aus ge-

testetem Zement oder Kunststoff beinhalten.

Für eine Zwischenversorgung gibt es, zumindest bei schwer und schwerst belasteten Patienten, viele Gründe:

Schockartiger, oft unüberwindbar scheinender hoher finanzieller Aufwand, wenn Amalgam sofort durch eine edle Legierung ersetzt werden soll. Der Patient resigniert. Oft werden auch Kompromißlösungen gesucht, die in aggressiven Mischinstallationen enden und den Zustand des Patienten erheblich verschlimmern, weil sich die Belastungen verstärken.

Auch kurzfristige „Mischlösungen“ durch quadrantenmäßigen Austausch erhöhen die Gefahr einer zusätzlichen Belastung und gefährden den Erfolg.

Eine Zwischenversorgung ist finanziell auch für „Otto Normalverbraucher“ erschwänglich, selbst wenn er von der Krankenkasse keinen Zuschuß erhält.

Die Entgiftung und Ausscheidung kann ungehindert durchgeführt werden, weil keine neuen galvanischen Elemente gebildet werden, die dann die unedlen noch vorhandenen Amalgamlagerungen zurückhalten und neu organisieren.

Neueste Untersuchungen von Heine (3) zeigen, daß durch

Quecksilbereinwirkung aus Amalgamfüllungen das Pulpage-webe sklerosiert. Die Pulpa besteht vorwiegend aus Fibroblasten, die durch lange Fortsätze vernetzt sind. Durch die Verhärtung werden die Stoffwechselwege verlegt und die Odontoblasten von der regulären Versorgung abgeschnitten. Die Vitalversorgung des Zahnes kann dadurch erheblich eingeschränkt sein. Eine Zwischenversorgung reduziert die zusätzliche traumatische Belastung einer sofortigen definitiven Versorgung und verbessert die Möglichkeiten einer Steuerung der Regeneration.

In vielen Fällen haben wir eine sofortige Erfolgskontrolle. Wenn es dem Patienten besser geht, wird er bedeutend mehr motiviert sein, weiterzumachen. Die Zwischenversorgung bringt auch einen erheblichen Zeitvorteil für die endgültige Versorgung. In manchen Fällen kann sie sukzessive – auch aus finanziellen Gründen – über mehrere Jahre verzögert werden.

Wenn eine hohe Investition getätigt wurde und es geht dem Patienten nicht besser – vielleicht weil es zu schnell gemacht, oder erneut ein unverträgliches Material verwendet wurde – dann hilft das vielleicht dem Kollegen, aber es schadet den Patienten und der Sache.

Bestehende unverträgliche Kronen und Brücken können während der Zwischenversorgung wieder auf ihre Toleranz überprüft werden. Es gibt die Möglichkeit, daß Legierungen, die vor der Amalgamentfernung unverträglich waren, durch erhöhte Toleranzbereitschaft nachher akzeptiert werden. Man sollte sich auch dessen bewußt sein, daß jegliche Testung, die auf bioenergetischen Resonanzphänomenen beruht, immer eine Augenblickstestung ist. Veränderung im Organismus beinhalten auch veränderten Informationsfluß und können andere Ergebnisse bringen.

Kronen und Brücken, die nach der Amalgamentfernung immer noch unverträglich sind, sollten entfernt und durch Lang-

zeitprovisorien aus verträglich getestetem Kunststoff ersetzt werden. In ganz schwierigen Fällen, oder bei langen Tragezeiten, für die herkömmliche dentale Kunststoffe nicht akzeptabel sind, gibt es sehr dauerhafte Sonderkunststoffe (z.B.: Bioplast oder Promysan bzw. Dental D).

Erst in dieser metallfreien Phase kann besonders in kritischen Fällen mit erheblich mehr Sicherheit eine dauerhafte akzeptable Legierung gefunden werden.

Informationsblockaden im Sinne eines Herd/Störfeldes können in der Phase der Zwischenversorgung endgültig abgeklärt und gegebenenfalls operativ behandelt werden. Der Organismus befindet sich in einer bedeutend besseren Verfassung und die Aussichten auf eine erfolgreiche Wundheilung erhöhen sich erheblich.

Nach Berücksichtigung vorgenannter Punkte weiß man erst, was in der Mundhöhle, sowohl an den Zähnen wie auch an Restmaterial, überhaupt verbleiben kann. Erst das ermöglicht eine einigermaßen sichere endgültige Planung und Versorgung. Man muß sich aber darüber im Klaren sein, daß diese Zwischenversorgung ein halbes Jahr und länger dauern kann. Die Zeit ist allein abhängig von der Verfassung des Patienten und die Höhe des isopathischen Umkehrwertes muß sich stabil auf D8 eingependelt haben.

### Materialien und Technik der elektroneutralen Zwischenversorgung

#### Phosphat- und Carboxlatzemente

Nur als Unterfüllung geeignet, als Trägerfüllung sind sie zu wenig dauerhaft.

#### Silikophosphatzemente (Steinzemente)

Sie sind besser als ihr Ruf. Ich gehöre noch zu der Generation, die im Studium die Verarbeitung von Steinzementfüllungen gelernt hat. Pulpaschutz ist natür-

lich obligatorisch. Diese Füllungen haben eine starke Dentinhaf-tung und es tritt kaum Schrumpfung auf (1,5 Vol% nach Körber und Ludwig (6)). Deshalb ist auch die Gefahr einer Sekundärkaries bedeutend geringer als bei Kunststoffen. Das Problem bei Steinzementen ist die Kantenstabilität. Trotzdem können damit mindestens einige Monate überbrückt werden. Kleine Füllungen halten über 10 Jahre. Ein weiterer Vorteil ist, daß dieses Material bei der endgültigen Versorgung als Aufbau-füllung und Unterbau belastet werden kann.

Gut bewährt haben sich: ALBA Backzahnporzellan, Cupro-Dur hellgelb (Cupro-Dur grau ist nicht geeignet), ZHANELKA- Zinkporzellan, Trans-Lit.

Für die Verträglichkeit und den dauerhaften Erfolg ist jedoch die Verarbeitungstechnik entscheidend. Es darf kein Stahlspatel zum Anrühren verwendet werden, weil der dabei entstehende Metallabrieb in die Füllung eingearbeitet wird. Im Verträglichkeitstest sind diese Füllungen alle unverträglich. Ideal wäre ein Achat- oder ein Hornspatel. Bei Verwendung eines Kunststoffspatels muß der Kunststoff ausgetestet werden. (Trans-Lit gibt es auch in Kapselform).

Das Material wird homogen durchgemischt. Bis zur endgültigen Aushärtung darf keine Feuchtigkeit eindringen. Man muß entweder bis dahin trocknenhalten und/oder isolieren (Vaseline oder Copalharz in Äther gelöst).

#### Kunststoffe

Es mutet eigenartig an, wenn in Kreisen ganzheitlich naturheilkundlich und biologisch orientierter Kollegen Kunststoff (man beachte das Wort!) als Amalgamer-satz und als Lösung aller Probleme empfohlen wird. Wir wissen überhaupt noch nicht, was da in naher und ferner Zukunft auf uns zukommt. Möglicherweise haben wir in einigen Jahren ähnliche Schwierigkeiten wie mit Amalgam. Es wäre ratsam, sich auf das unbedingt Notwendige zu beschränken und auf jeden Fall die Verträglichkeit zu überprüfen.

Unverträglichkeit ist häufig auf das Benzoylperoxid, das in fast allen Kunststoffen zu finden ist, zurückzuführen. (Benzoylperoxidfrei ist Charisma; eignet sich für Füllungen, Provisorien und Verblendungen).

#### Eugenol, Perubalsam

Metallbelastete Patienten haben häufig Probleme mit diesen Materialien. Sie sollten ausgetestet oder von vornherein vermieden werden. Zu beachten wären auch die provisorischen Befestigungszemente bei der endgültigen Versorgung. (Provicol ist frei davon).

#### Phase IV: Ausleitung der Schwermetallbelastung

#### Spezifische Entgiftung

Die spezifische Nachentgiftung wird parallel zur unspezifischen Entgiftung nach der Amalgamentfernung durchgeführt. Sie muß jedoch nicht bei allen gemacht werden. Bei manchen genügt die unspezifische Entgiftung und die Entfernung der Ursache, und der isopathische Umkehrwert senkt sich von selbst auf D 8. Es handelt sich dabei um Patienten, deren Regulationssystem noch gut funktioniert oder durch die Entfernung wieder reaktiviert wurde.

Wenn der isopathische Umkehrwert festhängt im Bereich zwischen D 15 und D 400, ist die Entgiftung behindert, und muß spezifisch aktiviert werden.

#### Mehrere Stufen der Aktivierung

#### Isopathische Therapie mit Quecksilber (mercurius solubilis)

Isopathisch eingesetzte Schadstoffe (gilt auch für Nosoden) sollte man erst nach vollständigem Entfernen der Ursache anwenden. Es ist unsinnig, Amalgam- oder Quecksilberpotenzen vor oder während der Amalgamentfernung zu geben,

wie es häufig empfohlen und durchgeführt wird. Solange die massive Ursache noch da ist, kann der Körper nur unvollständig reagieren und die Depots werden anschließend wieder aufgefüllt. Es ist auch nicht sicher, wie oft das isopathische Prinzip überhaupt funktioniert. Man darf es nicht überreizen, weil der Körper mit einer Informationsblockade reagieren kann und damit würde man einen wichtigen Entgiftungsmechanismus verlieren.

Dem Patienten wird mercurius solubilis als Einmalgabe (2 Globuli) in der Potenz gegeben, die oberhalb seines gemessenen Umkehrwertes liegt. Unterhalb wirkt es für ihn noch toxisch und kann mit erheblichen Reaktionen verbunden sein.

Da viele Patienten nach der Entfernung einen Wert von D 400 haben, ist die D 500 häufig erforderlich und sollte in der Praxis vorhanden sein (Neue Apotheke, Hamburg).

Nach den klassischen Regeln der Isopathie sollte man niemals mehr als einen Schadstoff gleichzeitig verabreichen. Für die Amalgamentgiftung reicht mercurius solubilis allein, die anderen Metallkomponenten werden aufgrund der Leitfunktion von Quecksilber mit herausgezogen.

Isopathie darf nicht angewendet werden bei Verdacht auf insuffiziente Entgiftungs- und Ausscheidungsorgane. Das ist einer der Gründe für die parallel laufende unspezifische Entgiftungstherapie.

Man braucht meist nur eine Einmalgabe. Wenn die nichts bringt, sollte man erst einmal andere Ausleitungsmöglichkeiten versuchen und später noch einmal darauf zurückkommen.

Bei den nachfolgenden Aktivierungsmitteln ist die Reihenfolge beliebig.

#### Chelattherapie mit Metallkomplexen

Hier sind hauptsächlich drei Substanzen in Gebrauch: DMPS (Dimercaptopropansulfonat),

DMSA (Meso-2,3-Dimercaptosuccinylsäure) und NAC (N-Acetylcystein). Während DMPS und DMSA Dithiole sind, d.h. zwei Sulfhydrylgruppen tragen, an denen Schwermetalle gebunden werden, besitzt NAC nur eine Schwefelbindung und ist deshalb in seiner Wirkung weniger aggressiv.

DMPS wird i. v., DMSA und NAC werden oral verabreicht.

NAC ist auf dem Medikamentenmarkt besser bekannt als Mucolytikum und gilt beispielsweise



bei Bronchitis als Standardtherapeutikum.

Chelattherapie ist gerade im Bereich der komplementären Medizin sehr umstritten, vor allen Dingen weil es auf dem allopathischen Antiprinzip beruht.

Es gibt die unterschiedlichsten Formen der Deponierung von Metallen in unserem Organismus, die teilweise erst fragmenthaft erforscht sind. Unter diesen verschiedenen Kompartimenten sind organisch gebundene, die wenig aktiv sind und ungebundene, die sich sehr aggressiv verhalten. Letztere belasten vor allen Dingen unseren Organismus und müssen entfernt werden. Chelat-

therapie mit oben genannten Mitteln löst alle Kompartimente auf, überschwemmt den Organismus mit toxischen Schwermetallen und das führt – vor allen Dingen, wenn die Entgiftungs- und Ausscheidungsorgane funktionsschwach sind – zu einem neuen Verteilungsmuster, d.h. es wird mobilisiert, aber nicht ausgeschieden.

Als Grundvoraussetzung für jegliche Chelattherapie müssen unter allen Umständen die Ausscheidungsorgane in der Lage sein, die gelösten Gifte abzugeben.

Ich kenne einen Fall, bei dem erst bei der 5. DMPS-Injektion eine enorme Quecksilberausscheidung resultierte, während die vorangegangenen 4 Injektionen kaum erhöhte Werte zeigten. Der behandelnde Arzt hatte keine Erklärung dafür, es war für ihn eine Sensation. Was war geschehen? Erst bei dieser 5ten Spritze war der Organismus in der Lage, das mobilisierte Quecksilber über die Ausscheidungsorgane abzugeben, weil sich zwischenzeitlich die Regulations-

fähigkeit des Patienten, aus welchem Grund auch immer, deutlich verbessert hatte.

Eine Ungereimtheit besteht auch in der Angabe „Diagnostischer DMPS-Test“. Hier muß klar gestellt werden: Es gibt keinen DMPS-Test nur für Diagnosezwecke! Jede DMPS-Injektion ist gleichzeitig auch Therapie, weil der Organismus aktiviert wird, Schwermetalle abzugeben. Es gibt nämlich auch Patienten, bei denen sich nach dem DMPS-„Test“ die gesamte Symptomatik verschlechtert, nicht weil das Mittel nicht vertragen wurde, sondern weil Schwermetalle mobilisiert aber nicht ausgeschieden wurden.

Es sind noch viele Fragen offen:

Was passiert zum Beispiel mit den frei werdenden Bindungen, aus denen die Metalle gelöst wurden, vor allen Dingen beim Noch-Amalgamträger? Mit welchen Substanzen werden sie ersatzweise neu besetzt?

Was passiert bei Amalgamträgern, die NAC als Mucolytikum vom Arzt verschrieben bekommen? Findet hier unfreiwillig Amalgamentgiftungstherapie statt in einem durch Krankheit geschwächten Organismus?

Ich möchte hier auf gar keinen Fall die Chelattherapie verurteilen. Ihre Anwendung erscheint mir jedoch in vielen Fällen leichtfertig, unkritisch und ohne Berücksichtigung der möglichen Konsequenzen. Als zusätzliche Information empfehle ich den Artikel von Lechner: „Zur Wirkung von DMPS und DMSA“ in BZM 4/1995.

Für die Anwendung des „Isopathischen Umkehrwertes“ resultieren in Bezug auf Chelattherapie folgende Aussagen:

Alleinige Chelattherapie ergibt keine Werte unter D 400, das haben unzählige Messungen gezeigt. Das ist erstaunlich, bestätigt aber gleichzeitig, daß hier zwei total unterschiedliche Mechanismen gegeben sind, die man nicht miteinander vergleichen kann. Mit Homöopathie und Isopathie scheinen andere Kompartimente aktiviert zu werden als mit Chelaten.

Bei fertig abgeschlossener Entgiftung nach dem Prinzip des „Isopathischen Umkehrwertes“ (Sollwert D 8) können anschließend durch Chelattherapie durchaus hohe Quecksilberwerte im Urin gemessen werden, weil diese Therapie auch „stumme“ Depots aufreißt und den gelösten Inhalt in den Körperkreislauf abgibt. Der Umkehrwert kann dabei wieder bis zur D 400 ansteigen. Das bestätigt die vorhergehende Aussage.

Man kann diese unterschiedlichen Mechanismen jedoch, falls es erwünscht ist oder erforderlich scheint, als sogenannte „Schaukeltherapie“ wechselweise anwenden.

Chelatbildner haben keine ausscheidende Wirkung auf Palladiumbelastungen.

Es gibt jedoch auch noch eine andere Möglichkeit Chelattherapie zu betreiben.

## FKN-Grundkurs 1

### „Amalgamsanierung und Unverträglichkeiten zahnärztlicher Werkstoffe“

Referent: Dr. Hugo Schloßer

Ort/Datum: Hannover 07. 12. 1996  
Leipzig 22. 03. 1997

Bitte fordern Sie für die Kurse, die Sie interessieren, die Detailprogramme an bei

**Fortbildungskolleg Naturheilverfahren,**  
Bahnhofstraße 76-78,  
44623 Herne, Tel. 02323-952551



Ich verwende in meiner Praxis seit ca. 3 Jahren NAC<sup>1</sup> in homöopathischer Dosierung mit zum Teil spektakulärer Wirkung. Ich gebe sie als Einmalgabe (5 Tropfen) in der C 10<sup>2</sup>. Das ist für mich die zweite Aktivierungsstufe nach der isopathischen Verabreichung von Mercurius solubilis.

Auf ähnlicher Basis arbeitet auch das Präparat CH 7. Auch hier wird ein homöopathischer aufbereitetes Chelat verwendet in Verbindung mit vier homöopathischen Drainagemitteln. Im Testverfahren spricht es aber nicht so gut an wie NAC in der Potenz C 10. Möglicherweise wird durch die Drainagemittel das Verträglichkeitsspektrum eingeengt.

### Jodum auch für Palladium?

Mezger (Gesichtete homöopathische Arzneimittellehre) schreibt: „Jod wird als Gegenmittel bei Quecksilber-, Arsen-, und Blei-Vergiftungen gebraucht. Es beschleunigt die Ausscheidung dieser Stoffe“.

Jodum kann in Potenzen zwischen D 100 und D 400 verwendet werden und ist hervorragend in der Lage, obengenannte Schwermetalle auszuscheiden. Im Kirlianbild zeigen sich in all den Fällen, wo es testmäßig anspricht, Zeichen einer Hyperthyreose. Dazu muß man sagen, daß das Kirlianbild energetische Zustände widerspiegelt, die sich lange vor Manifestation einer mit den Methoden der Schulmedizin meßbaren Krankheit zeigen.

Eine homöopathische Ärztin hat mir bestätigt, daß sie Hyperthyreosen erfolgreich mit Jodum D 200 behandelt. Was nun Amalgambelastungen betrifft, wäre die Frage nach Ursache und Wirkung interessant.

Ganz klar verhält sich diese Frage jedoch bei Palladiumbelastungen. Diese Patienten haben alle im Kirlianbild hyperthyreotische Zeichen. Ursache dafür dürfte unter anderem die Palladiumeinwirkung sein. Meines Wissens

gibt es zur Mobilisierung von Palladium außer Isopathie kein geeignetes Mittel. Meine bisherigen Testergebnisse lassen die berechtigte Hoffnung zu, daß Palladiumbelastungen durch Jodum mobilisiert und ausgeschieden werden können. Es funktioniert aber nur mit sehr hohen Potenzen. (Oberhalb D100). Ich habe teilweise erhebliche Verbesserungen im Zustandsbild der behandelten Patienten feststellen können. In allen Fällen konnte der Umkehrwert für Palladium erheblich abgesenkt werden. Als Mezger in den 50er Jahren seine Arzneimittellehre verfaßte, gab es kaum Palladiumbelastungen und somit war das für ihn kein Thema.

Man sollte jedoch diese Patienten nicht aus den Augen verlieren und die Therapie vor allen Dingen in Bezug auf die Schilddrüsenfunktion überwachen.

### Aurum metallicum

Aurum wird auch als Gegenmittel zum Quecksilber gebraucht. Es hilft bei Zuständen, die eine auffallende Ähnlichkeit mit Mercuriusvergiftungen und syphilitischen Infektionen zeigen.

### Rhus glabra

Ein wenig bekanntes Mittel, aber es ist sehr gut wirksam. Beschrieben wird es bei Boericke W.: „Homöopathisches Taschenbuch“. (Barthel & Barthel)

„Soll der Quecksilberwirkung entgegenwirken und wird bei der Behandlung von Sekundärsyphilis nach Quecksilbertherapie angewandt.“

Lieferbar in Globuliform zwischen D 6 und D 60 (Staufen) Potenz austesten!

### Okoubaka Aubreville

Dieses Mittel ist noch ungenügend geprüft, deshalb gibt es noch kein klares Arz-

neimittelbild. Es besitzt gute Wirkung auf Toxinbelastungen vor allen Dingen bei verdorbener Nahrung und bei Infekten. Wenn es im Test anspricht, ist es sicher einen Versuch wert.

### Injektion am Ganglion nervi vagi

Bei der internen Mitgliederversammlung der GZM in Nürnberg, wurde am 26.4.96 der faszierten Kollegenschaft durch die Neuralkinesiologin Louisa Williams und Johann Lechner ein Verfahren vorgestellt, das bisher in dieser Form bei uns noch nicht bekannt war. Ich möchte dem Kollegen Lechner nicht vorgreifen und gebe nur einen kurzen Abriß.

Jedes Odonton besitzt auch ein zugehöriges Kopfganglion. Produkte aus toxischen und infektiösen Quellen des Kopfbereiches werden dort abgelagert und zurückgehalten. Das Vagusganglion ist zu etwa 85 % als „Adaptationsmutter aller Ganglien“ davon

1) DMPS und DMSA eignen sich nicht dafür

2) hergestellt nach der Methode Korsakoff



**Abb. 4:**  
**Armlängen-**  
**reflextest**  
**Überkreuz**

betroffen und muß, wenn es im Test anspricht, behandelt werden. Es stellt sonst eine mögliche Rezidivquelle dar für die Herd/Störfeldtherapie bzw. behindert die Amalgamentgiftung durch starke Depotwirkung. Die Therapie der Wahl ist Injektionsbehandlung an das Ganglion.

### Phase V: Endgültige Versorgung

#### Voraussetzungen für die endgültige Versorgung:

Ist unter Einsatz der vorgenannten Alternativen der isopathische Umkehrwert für Quecksilber immer noch nicht auf den Wert D 8 abgesunken oder verschlechtert er sich mit der Zeit immer wieder, so kann angenommen werden, daß noch Amalgam verstecktsitzend, beispielsweise unter Kronen, vorhanden ist.

Die Entgiftung ist abgeschlossen, wenn ein stabiler und dauerhafter Umkehrwert von D 8 für alle Amalgamkomponenten vorliegt.

Der Armlängenreflex „über Kreuz“ zeigt an, daß der Verdacht auf eine generelle Metallbelastung besteht. Er darf keine Differenz mehr zeigen. Ergibt sich dennoch ein Unterschied, dann sind noch andere Metallbelastungen außer Amalgam vorhanden (z.B. Palladium). Auch sie müssen entfernt und ausgeleitet werden.

Bereits vorhandene andere metallische Restaurationen im Mund werden nachgetestet und müssen verträglich sein. Dazu gibt es eine einfache Testmethode durch Informationsübertragung auf Holz (Schloßer (8)).

Informationsblockaden im Sinne von Herd/Störfeldern sind beseitigt oder werden vom Körper sicher beherrscht.

Dem Patienten geht es besser.

### Materialien

#### Keramik

Egal ob es sich um gegossene Glaskeramik, Schichtkeramik, Preßkeramik oder Hartkernsysteme handelt, in allen Fällen muß mit einem Dualzement aus Kunststoff eingesetzt werden und hier ist das eigentliche Problem. Während Keramikmaterialien im Testverfahren sehr gut abschneiden, gibt es bei den Zementen Probleme.

#### Legierungen

Im Idealfall sollte nur eine Legierung Verwendung finden.

Bei der Legierungsauswahl muß auch die Gesamtmetallbelastung berücksichtigt werden.

Jede Legierung für sich kann verträglich sein, aber in der Gesamtheit besteht Unverträglichkeit.

Interessant wird es, wenn man die Legierungsanteile zusammenzählt. In der Summation der Massenprozentangaben kommen bei einigen Herstellern immer 100 % heraus, was eigentlich gar nicht möglich sein kann. Bei anderen fehlen zwar einige Prozentpunkte, aber es erfolgt kein Hinweis auf diese Anteile. In vielen Fällen werden nämlich noch Zusätze beigemengt, die nicht angegeben sind und die man auch

vergeblich in den gängigen Veröffentlichungen, wie Dental Vademekum, sucht. Solche Zusätze sind beispielsweise Cer, Yttrium und Lanthan. Das erklärt auch, warum scheinbar gleiche Legierungen verschiedener Hersteller im Testverfahren unterschiedlich ansprechen und warum manche offenbar ideale Legierung von keinem Menschen vertragen wird.

Es ist auch unsinnig, die Inhaltsangaben der Legierungshersteller zu nehmen und aus den einzelnen Komponenten auf die Wirkung zu schließen.

Von Thomsen (9) stammt der Satz: „Die homogene Legierung ist etwas anderes als die Summe der einzelnen Metalle.“

Dazu ein Beispiel: Messing besteht aus Kupfer und Zink in einem bestimmten Mischungsverhältnis. Messing als homogenes Produkt hat nichts mehr mit Kupfer und Zink zu tun. Es ist eine eigenständige Legierung mit neuen Eigenschaften.

Ähnlich ist es bei unseren Dentallegierungen. Das homogene Metallgefüge hat andere Eigenschaften als die einzelnen Komponenten. Anders verhält es sich, wenn durch Fehler beim Guß (z.B. Überhitzung, zu schnelles Abkühlen, Verunreinigungen) Strukturveränderungen entstehen.

Beispiel Palladium: In einer homogenen Legierung mit hohem Goldanteil wird ein Gehalt unter 10 % nicht mit den Eigenschaften von Palladium in Erscheinung treten. Das Palladium geht besonders mit Gold eine eigenständige Verbindung ein und ist damit lückenlos mischbar. Aber es entsteht dabei Gold/Palladium mit neuen Eigenschaften. Genauso verhält es sich natürlich auch mit allen anderen Legierungsanteilen. Es ergeben sich komplexe Neuschöpfungen, die in ihrer Wirkung auf den Organismus erst geprüft werden müssen.

Wenn jedoch durch falsche Verarbeitung Strukturveränderungen vorliegen, d. h. ein heterogenes Gefüge entstanden ist, dann wird es kompliziert. Es liegen teilweise die einzelnen Me-

tallkomponenten frei, oder es bilden sich Teilverbindungen der verschiedenen Grundstoffe mit total unkalulierbaren Eigenschaften.

Ein weiterer Punkt ist bei der Metallkeramik zu beachten. Diese Legierungen brauchen unedle Metalle als Zusätze, die bei der Erhitzung oxidieren und an der Oberfläche eine Haftschrift für die Keramik bilden. Diese beabsichtigte chemische Reaktion verändert natürlich auch das ursprüngliche Material.

Es genügt also nicht, die Legierungsplättchen der Goldscheideanstalten auf Verträglichkeit zu testen, sondern man muß das fertige Werkstück aus dem Dentallabor noch einmal überprüfen.

Wenn es auch hier keine Probleme gibt, dann bleibt für ein gutes Gelingen nur

noch die Austestung eines geeigneten Befestigungsmentes übrig. Als Faustregel kann man sagen, daß Phosphatzemente mit etwa 30-40 % Intoleranz zu bewerten sind. In diesen Fällen ist ein Carboxylatzement (Durelon, Aqualox) zu empfehlen. Zementunverträglichkeit erkennt man auch daran, daß sämtliche Zähne einer Restauration überempfindlich reagieren.

Sie werden im Verlauf des Artikels festgestellt haben, daß es ohne Anwendung von Testverfahren sehr schwierig ist, komplementäre Zahnheilkunde zu betreiben. Alle, die damit noch Probleme haben, sollten sich aber nicht entmutigen lassen. Es ist vielleicht einfacher als Sie denken. Allerdings gibt es zum Erfolg keinen Lift, man muß die Treppe benutzen. □

#### Literatur:

(1) Schloßer, H.: Der isopathische Umkehrwert als Maß für die Intoxikation mit Amalgam bzw. Amalgamanteilen. Dtsch. Zschr. f. Biol. Zahnmed. 1 (1992)

(2) Schubert, M.: Rauchen und Parodontitis. ZBV Oberbayern aktuell, April 1996

(3) Heine, H.: Vortrag auf dem 3. Europäischen Kongreß für Biologische Zahnmedizin der GZM, Aachen, April 1995

(4) Weikart, P.: Werkstoffkunde für Zahnärzte. Hanser

(5) Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte: Abwehr von Arzneimittelrisiken, Stufe

II; Gamma-2-freie Amalgame als zahnärztliche Füllungswerkstoffe; Bescheid vom 31.03.1995

(6) Körber, K., Ludwig, K.: Zahnärztliche Werkstoffkunde und Technologie. Thieme

(7) Newbury, A. G.: Vortrag auf dem 3. Europäischen Kongreß für Biologische Zahnmedizin der GZM, Aachen, April 1995

(8) Schloßer, H.: Verträglichkeitstest fest in der Mundhöhle eingegliedelter Materialien. Dtsch. Zschr. f. Biol. Zahnmed. 4 (1992)

(9) Thomsen, J.: Vortrag auf der Medizinischen Woche in Heidelberg 1993

## „Traditionelle Chinesische Medizin für Zahnärzte“ – Kurs 1

Die Traditionelle Chinesische Medizin (TCM) ist ein seit Jahrhunderten bewährtes Therapiesystem, das sich auch zur ganzheitlichen Therapie zahnärztlicher Indikationen (u. a. Kopf- und Gesichtsschmerzen, Tendomyoarthropathien, Parodontopathien, Mißempfindungen der Mundschleimhaut, Trigeminusneuralgie) hervorragend eignet. Fälschlicherweise wird TCM im Westen oft mit Akupunktur gleichgesetzt. Tatsächlich umfaßt die TCM fünf Therapiemethoden. Das wichtigste Therapieverfahren der TCM ist die Arzneimitteltherapie. Hinzu kommen Akupunktur und Moxibustion, die Tuina-Massage, Medizinisches Qigong (meditative Atem- und Bewegungsübungen) und die Chinesische Diätetik.

#### Lernziel:

Befähigung zur Behandlung zahnärztlicher Indikationen mit Chinesischer Arzneimitteltherapie (Kurs 2) sowie Akupunktur und Moxibustion (Kurs 1).

#### Themen:

- ◆ Denk- und Entscheidungsprozesse der TCM
- ◆ Theorien der TCM
- ◆ Chinesische Diagnosemethoden
- ◆ Chinesische Akupunktur und Moxibustion
- ◆ Einführung in das medizinische Qigong
- ◆ Behandlung von Kopf- und Gesichtsschmerzen

**Ort:** TCM-Klinik Kötzing, Saal

**Datum:** 05. 07. - 07. 07. 1996,

**Beginn:** Freitag, 05. 07., 10.00 Uhr

**Kurs 2:** Dieser Kurs findet im Rahmen des „Fortbildungskollegs Naturheilverfahren“ vom 13. bis 15. Dezember 1996 statt.

#### Anmeldung und Information:

Preisangaben sowie Hotelinformationen können Sie beim

**Verlag für Ganzheitliche Medizin  
Dr. Erich Wühr GmbH**

Müllerstraße 7  
93444 Kötzing  
Tel.: 09941-905050,  
Fax: 09941-905051

anfordern.