

Erfahrungsheilkunde

Acta medica empirica

Zeitschrift für die ärztliche Praxis

Hauptschriftleitung:

Dr. med. György Irmey, Heidelberg

Schriftleitung:

Dr. med. W. Gedeon

Dr. med. M. Golenhofen

Wissenschaftlicher Beirat:

A.-M. Beer, Bad Kissingen /

J. Bischko, Wien / H.-J. Bredt, Gießen /

F. E. Brock, Bad Wörishofen /
U. Derbolowsky, Homburg / J. P. Dosch,
Schwendt (Tirol) / K.-H. Gebhardt,
Karlsruhe / Ingrid Gerhard, Heidelberg /
R. Gruner, Saulgau / Ch. Herrmann,
Heidelberg / H. Huneke, Düsseldorf /
K. F. Klippel, Celle / W. A. Laabs,
Wilhelmshaven / P. Matthiessen,
Herdecke / G. Neumeyer, Hamburg /
E. Rauch, Maria Wörth / D. Reinstorff,

Hamburg / S. Rilling, Stuttgart /
R. Saller, Zürich / A. Stacher, Wien /
H. Stadlaender, Wolfsburg

Karl F. Haug Verlag,

Postfach 102840, 69018 Heidelberg

Sonderdruck

Amalgambelastung – BFD-Test = DMPS-Test?

Zusammenfassung

Anhand von 170 Patienten sollte geklärt werden, ob die Ergebnisse eines DMPS- Ausleittestes mit den Ergebnissen eines biophysikalischen Testverfahrens (hier BFD-Kurztest) linear übereinstimmen. Dabei sollten niedrige Potenzierungsstufen im BFD-Test zu hohen Werten im DMPS-Ausleittest korrelieren.

Dieser Zusammenhang konnte nicht mit hinreichender statistischer Sicherheit nachgewiesen werden, so daß angenommen werden muß, daß beide Teste unterschiedliche Aussagen erbringen.

Der Autor interpretiert, daß der DMPS-Test lediglich die Menge an Quecksilber festlegt, jedoch nicht die individuelle Wertigkeit für den Patienten. Das biophysikalische Testverfahren jedoch kann die individuelle Störung im Patienten durch Quecksilber aufdecken, es ist aber bislang nicht sicher bzw. hinreichend geklärt, ob niedrige Potenzen eine besonders hohe Störung darstellen und hohe Potenzen eine niedrige, fast zu vernachlässigende Störung. Möglicherweise bedeuten verschiedene Potenzstufen Belastungen auf verschiedenen Ebenen des Daseins. Demzufolge ist vor Indikationsstellung zur Entfernung von Amalgam bzw. vor Ausleitung des Restquecksilbers aus dem Körper ein biophysikalischer Therapieversuch mit potenziertem Quecksilber sowie eine zweite daran anschließende Testung erforderlich. Spricht bei dieser Testung erneut potenziertes Quecksilber als passend an, besteht die Indikation zur Entfernung des Amalgams. Ein überhöhtes DMPS-Testergebnis stellt alleine noch keine Indikation dar.

Schlüsselwörter

Biophysikalisches Testverfahren, BFD (Bioelektronische Funktionsdiagnostik)-Kurztest, Amalgambelastung, Quecksilberbelastung, DMPS-Test.

Abstract

With the help of 170 patients it was intended to clarify, whether the results of a DMPS draining test linearly correspond to the results of a biophysical test procedure (here, BFD short test). In this case it was expected, that low potentiation stages in the BFD test correlate with high values in the DMPS draining test.

It was not possible, to prove this connection with sufficient statistical certainty, so that it has to be assumed, that both tests result in different statements.

The author interprets, that the DMPS test only determines the amount of mercury, but not the individual valence for the patient. However, with the biophysical test procedure it is possible to show the individual disturbance in the patient by mercury, but it has not been clarified certainly or sufficiently so far, whether low potencies mean an especially high disturbance and high potencies mean a low disturbance, which can be almost ignored. Different stages of potency might mean burdens on different levels of existence. Therefore, a biophysical therapeutic attempt with potentiated mercury as well as a subsequent testing is necessary before the diagnosis for the removal of amalgam or before the draining of residual mercury from the body. If, during this testing, potentiated mercury again responds as matching, the indication for the removal of amalgam exists. An excessive draining result alone is no indication.

Keywords

Biophysical test procedure, BFD short test, amalgam burden, mercury burden, DMPS test.

Einleitung und Fragestellung

Seit Jahren gilt Amalgam als ein umstrittener Werkstoff in der Zahnheilkunde. Zwar besitzt dieses Metallgemisch eine hervorragende Verarbeitungsqualität, kann leicht und sauber in die Kavitäten eingebracht werden und besitzt den großen Vorteil der langen Haltbarkeit, auf der anderen Seite jedoch ist in den letzten Jahren immer mehr das gesundheitliche Risiko des Werkstoffs öffentlich diskutiert

worden. Dabei wird vorgetragen, daß sich aus den Amalgamfüllungen kontinuierlich Quecksilber auslöst und vom Träger verschluckt und durch die Darmschleimhaut aufgenommen wird, und daß Quecksilberdämpfe eingeatmet werden und dort vor allem wegen ihrer Nähe zur Hypophyse zentralnervöse Störungen auslösen können. Weiterhin soll Quecksilber an Eiweiß gebunden in der bindegewe-

bigen Grundsubstanz abgelagert werden und dort im Sinne einer Verschlackung zu einer Reduzierung der Regulationsfähigkeit führen.

Weiterhin gibt es eine pseudoallergische Reaktion auf den Werkstoff Amalgam bzw. dessen Einzelbestandteile, allen voran Quecksilber, was dazu führen soll, daß bereits unmittelbar nach dem Einsetzen des Amalgams eine Vielzahl von Beschwerden entstehen, insbesondere lokale im Mundraum, die bei Nichterkennung dieser Problematik zu einem sehr langen Leidensweg des Patienten führen können.

Eine echte Allergie im Sinne einer Antigen-Antikörper-Reaktion ist nach Literaturangaben eine Rarität. Einzig diese jedoch wird von den Krankenkassen als Indikation zur Entfernung von Amalgamfüllungen anerkannt. Sie ist ausschließlich durch einen epikutanen Test nachzuweisen.

Vielfach wird in der Literatur von einer Amalgam- oder Quecksilberbelastung gesprochen, ohne daß dabei definiert wird um welche Art von Belastung es sich denn handelt. Ist es lediglich die Menge des bereits im Körper abgelagerten Quecksilbers, wie es in dem DMPS-Ausleittest nach *Daunderer* eruiert werden soll oder ist es eine individuelle Unverträglichkeit, wie auch immer sie begründet sein möge?

In der naturheilkundlichen Medizin existieren verschiedene Testverfahren um die Belastung eines Patienten mit Quecksilber festzustellen. Dabei sind in erster Linie die EAV (Elektroakupunktur nach *Voll*), die BFD (Bioelektronische Funktionsdiagnostik) und der VEGA-Test (vegetativer Reflextest) zu nennen. All diesen Verfahren ist gemeinsam, daß sie sich eines Gleichstrom versorgten

elektrischen Gerätes bedienen, das mit einem 10 μ -Ampere Prüfstrom indirekt den Widerstand an Akupunkturpunkten des Patienten messen kann. Dazu hält der Patient eine zylinderförmige Handelektrode in einer Hand, während die andere griffelartig ausgebildete Elektrode vom Tester auf verschiedene Akupunkturpunkte der anderen Hand aufgesetzt wird.

Erreicht der Zeigerausschlag einen je nach Methode variierenden Normwert, wobei in der zur Testapparatur dazugehörigen Testwabe eine nach den homöopathischen Richtlinien potenzierte Ampulle Quecksilber oder Silberamalgam sich befindet, wird definitionsgemäß von einer Belastung gesprochen. Weiterhin gilt unter den Testern die empirisch gefundene Korrelation, daß der Belastungsgrad an Quecksilber beim Patienten um so höher ist, je tiefer die beim Patienten gefundene Potenzstufe von *Mercur. solub.* ist. Zur Testung steht eine Serienpackung mit zehn Potenzierungsstufen von der Firma *Staufen-Pharma* zur Verfügung. Darin befinden sich die Stufen D 6, D 8, D 10, D 12, D 15, D 30, D 60, D 100, D 200, D 400.

Mich interessierte nun, ob die mengenmäßige Bestimmung der Quecksilberbelastung beim Patienten durch den DMPS-Mobilisationstest eine Korrelation mit der Belastungsstufe aufweist, die durch ein biophysikalisches Testverfahren aus der Naturheilkunde gefunden wird.

Wenn dies so wäre, könnte man nämlich den DMPS-Ausleittest bei der Diagnosefindung außer acht lassen. Dabei wäre die Vorstellung zu beweisen (siehe Abb. 1), daß bei Personen, die einen relativ niedrigen DMPS-Ausleitwert haben ein gleichzeitig durchgeführtes biophysikalisches Testverfahren eine relativ hohe Potenz findet und umgekehrt.

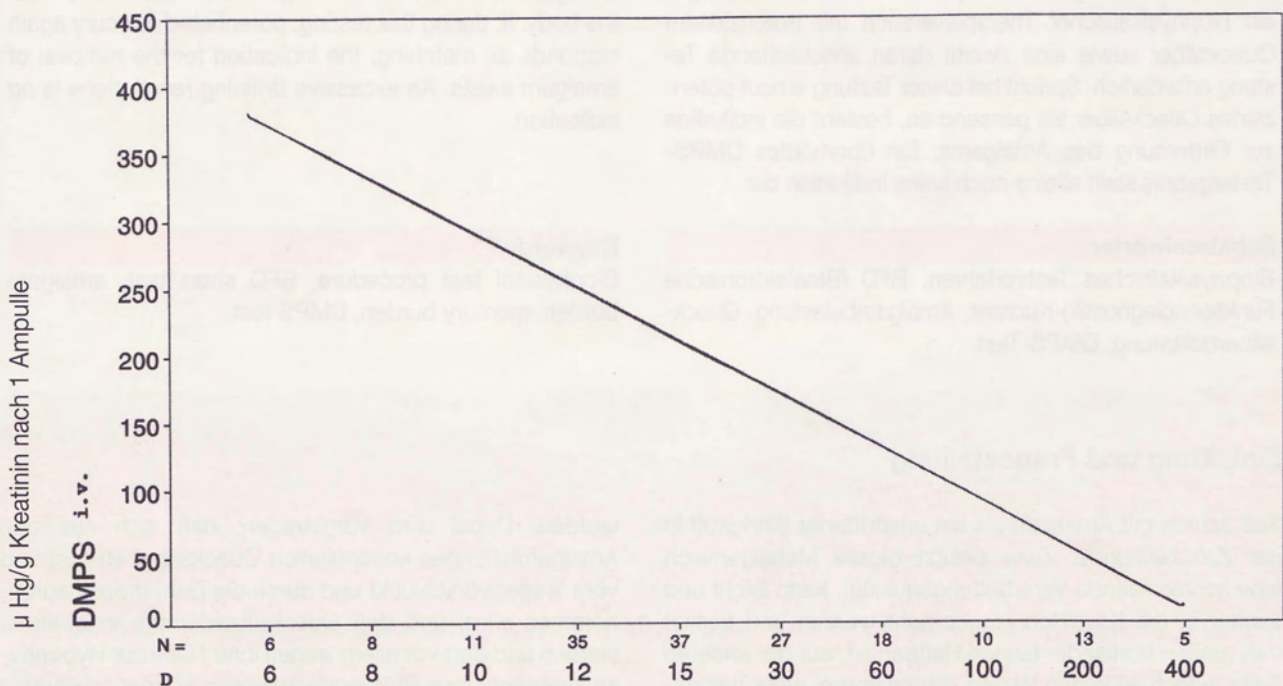


Abb. 1: Zu beweisende Korrelationsvermutung

Material und Methode

In meiner Praxis führe ich seit 1992 DMPS-Ausleitteste durch. Dabei wird dem Patienten nach Abgabe von Spontanurin eine Ampulle DMPS-Heyl bzw. Unithiol langsam in die Kubitalvene i.v. injiziert. Danach wird der Patient aufgefordert zwei Gläser hochohmiges Wasser (Purolox-Filter-Wasser) zu trinken und nach 45 Minuten gibt der Patient erneut Spontanurin ab. Beide Proben werden immer in dasselbe Labor (Dr. Schiwara et al., Bremen) zur Untersuchung eingeschickt. In der ersten Urinprobe wird Kreatinin und Zink, in der zweiten Kreatinin, Kupfer und Quecksilber bezogen auf g/Kreatinin bestimmt.

Schon viele Jahre länger führe ich ganztägig sehr häufig den BFD-Kurztest als biophysiales Testverfahren in meiner Praxis durch. Durch die lange Übungszeit kann davon ausgegangen werden, daß ich diesen Test gut beherr-

sche und sichere Testergebnisse damit erhalte. Beim BFD-Kurztest gilt immer dann eine Substanz als passend, wenn an zwei Akpunkturpunkten der Zeiger des Meßgerätes mühelos und ganz exakt auf den Wert 40 der Meßskala springt und stehenbleibt. Das Testsetting und der Testplatz sind seit vielen Jahren in meiner Praxis unverändert. Auch das Gerät Theratest super von der Firma Jahnke wurde für diese Tests immer gleichbleibend verwendet.

In einer retrospektiven Karteikartenstudie wurden nun insgesamt 170 verschiedene Patienten herausgesucht, bei denen am selben Tag (in Ausnahmen bis zu 7 Tage Abweichung) von mir persönlich der BFD-Kurztest auf Amalgambzw. Quecksilberbelastung und der DMPS-Ausleittest nach *Daunderer* durchgeführt wurde. In allen Fällen war das Faktum gemeinsam, daß mir zum Zeitpunkt der BFD-Testung das Laborergebnis aus Bremen nicht bekannt war. Es wurden ausschließlich erwachsene Personen (männlich

Tab. 1: Alle DMPS-Testergebnisse – zugeordnet zu den dazu gefundenen BFD-Testergebnissen n = 170

| D 6 | D 8 | D 10 | D 12 | D 15 | D 30 | D 60 | D 100 | D 200 | D 400 |
|--------|--------|--------|---------|---------|--------|--------|--------|--------|--------|
| | | | | Ø 66,5 | | | | | |
| | | | | 284,3 | | | | | |
| | | | Ø 90,5 | 262,3 | | | | | |
| | | | 421,8 | 244,2 | | | | | |
| | | | 358,1 | 210,9 | | | | | |
| | | | 269,2 | 169,4 | | | | | |
| | | | 235,1 | 120,4 | | | | | |
| | | | 180,0 | 114,2 | | | | | |
| | | | 150,0 | 104,1 | | | | | |
| | | | 126,0 | 95,0 | | | | | |
| | | | 120,6 | 80,0 | | | | | |
| | | | 97,9 | 65,0 | Ø 52,4 | | | | |
| | | | 92,2 | 60,0 | 226,4 | | | | |
| | | | 90,4 2x | 57,7 | 175,7 | | | | |
| | | | 87,5 | 57,4 | 162,1 | | | | |
| | | | 86,9 | 48,1 | 152,6 | | | | |
| | | | 81,6 | 43,2 | 118,1 | | | | |
| | | | 76,4 | 42,0 | 110,0 | Ø 46,8 | | | |
| | | | 74,2 | 38,2 | 65,0 | 143,2 | | | |
| | | | 70,3 | 37,1 | 61,0 | 83,6 | | | |
| | | | 61,8 | 30,0 | 52,6 | 81,0 | | | |
| | | | 60,1 | 29,5 | 45,9 | 76,5 | | | |
| | | | 55,7 | 28,2 | 38,0 | 74,5 | | Ø 41,6 | |
| | | | 51,5 | 26,4 | 31,7 | 73,3 | | 136,5 | |
| | | Ø 54,1 | 42,7 | 24,8 | 29,0 | 67,9 | | 125,4 | |
| | | 223,6 | 38,1 | 24,8 | 19,5 | 41,8 | Ø 50,0 | 62,3 | |
| | | 98,8 | 33,9 | 20,2 | 17,8 | 35,7 | 214,3 | 48,0 | |
| | Ø 57,9 | 79,3 | 20,9 | 18,4 | 17,3 | 32,7 | 70,7 | 37,9 | |
| | 208,6 | 53,4 | 20,0 | 15,8 | 11,7 | 30,8 | 55,2 | 26,3 | |
| Ø 38,8 | 103,7 | 51,5 | 15,4 | 15,5 | 8,5 | 28,0 | 50,7 | 25,0 | |
| 99,2 | 31,1 | 41,2 | 14,0 | 13,9 | 6,8 | 23,9 | 34,6 | 23,6 | Ø 31,6 |
| 44,0 | 30,0 | 19,4 | 13,5 | 10,3 | 6,3 | 16,0 | 24,9 | 19,8 | 67,6 |
| 38,9 | 29,2 | 10,6 | 11,1 | 10,0 3x | < 3,7 | 11,2 | 23,9 | 12,6 | 38,3 |
| 21,6 | 23,4 | 8,5 | 7,8 2x | 7,0 | 3,4 | 8,2 | 15,5 | 10,7 | 24,7 |
| 18,4 | 23,0 | 5,5 | 3,9 | 5,0 | 2,0 | 7,6 | 7,9 | 10,0 | 14,3 |
| 11,1 | 14,2 | 3,7 | 1,5 | < 3,7 | 1,6 | 7,3 | 2,6 | 2,4 | 13,1 |

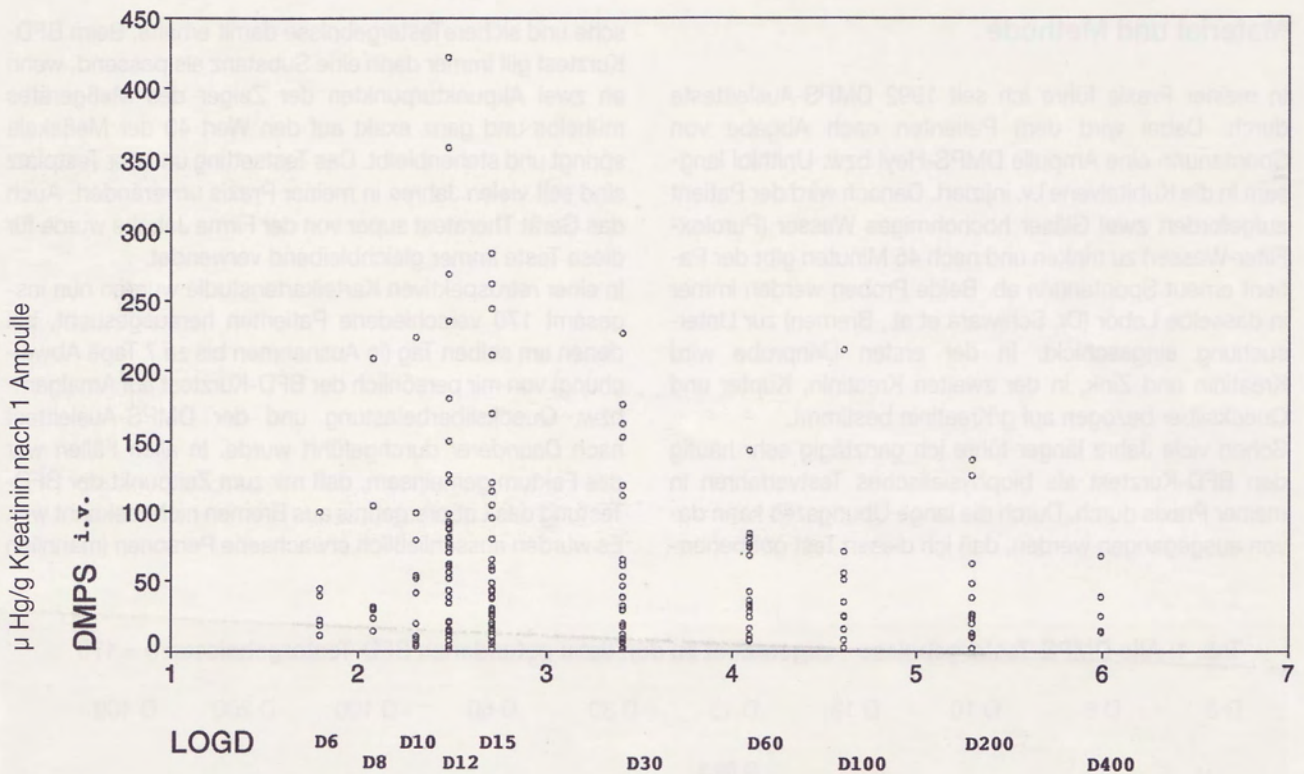


Abb. 2: Alle DMPS-Testergebnisse, zugeordnet zu den dazu gefundenen BFD-Testergebnissen n = 170

und weiblich gemischt) getestet. Zum Zeitpunkt der Testung waren sie entweder noch Amalgamträger oder hatten bereits keine Amalgamfüllungen mehr im Mund. Die Symptomatik der Patienten spielte für diese Studie keinerlei Rolle, da lediglich die Korrelation zwischen DMPS-Test und BFD-Kurztest eruiert werden sollte.

Die Sichtung meiner Patientenkartei ergab in einem Zeitraum von 1992 bis 1996 170 Patienten, die diese Einschlusskriterien erfüllten. Weitere 160 Patienten, bei denen diese beiden Tests durchgeführt worden waren, wurden deshalb in die Auswertung nicht aufgenommen, weil der Abstand zwischen den beiden Testverfahren zu groß war und zum Teil das DMPS-Ausleitresultat zum Zeitpunkt der BFD-Messung bekannt war.

Zur statistischen Auswertung der Ergebnisse und zur Berechnung des Korrelationskoeffizienten nach *Pearson* wurde an der Universität Erlangen-Nürnberg das Institut für Medizinische Statistik und Dokumentation kontaktiert. Dr. *Martin Meyer* führte dabei die Berechnungen durch, wofür ich mich an dieser Stelle herzlich bedanke.

Ergebnisse

Zunächst wurden den zehn verschiedenen Potenzabstufungen des BFD-Kurztestes die entsprechenden Ergebnisse des DMPS-Ausleitresultates zugeordnet. Wie aus Tab. 1 ersichtlich waren im BFD-Test die Potenzierungsstufen D 12, D 15 und D 30 am häufigsten.

Das durchschnittliche Ergebnis aller DMPS-Teste betrug

53,0 µg Quecksilber/g Kreatinin und lag damit etwas über den von den Laborärzten postulierten Grenzwert von 50 µg/g Kreatinin.

Ergebnisse zwischen 10 und 50 µg Quecksilber/g Kreatinin wurden insgesamt 78 x gefunden, unter 10 µg Hg 25 x, überwiegend (9 x) bei einer Potenzierungsstufe von D 12. Ergebnisse über 50 µg Hg wurden insgesamt 67 x gefunden, davon 29 x über 100 µg Hg.

Die beiden höchsten Ergebnisse waren 358,1 und 421,8 µg/g Kreatinin, beide jeweils auch in der Potenzierungsgruppe von D 12.

Ein nicht mehr meßbarer Quecksilbergehalt (< 3,7) wurde in zwei Fällen ermittelt. Diese beiden hatten gleichzeitig einmal den BFD-Testwert D 15 und einmal D 30.

In Abb. 2 wurden alle Testergebnisse als Punktwerte in ein Diagramm eingetragen. Hier läßt sich erkennen, daß eine deutliche Konzentration der Ergebnisse im Bereich von Null bis 100 bei allen Potenzierungsstufen liegt, die Werte über 100 konzentrieren sich im wesentlichen auf die Potenzierungsstufen D 10, D 12 und D 15, möglicherweise wohl deshalb, weil durch die erhöhte Fallzahl in diesen drei Gruppen auch die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten solcher Extremwerte höher war.

In Abb. 3 sind für jede Potenzierungsstufe innerhalb des grauen Kastens 50 % aller gefundenen DMPS-Ergebnisse dargestellt, wobei darin der Median mit einem schwarzen waagerechten Strich gekennzeichnet ist. Die nach oben

und unten waagerechten Begrenzungsstriche verdeutlichen nach oben und unten abweichend die je restlichen 25 % der Werte. Alle einzelnen Kreise bzw. Sternchen oberhalb dieser Markierung wurden in dem statistischen Computerprogramm als Ausreißer definiert, da sie mehr als 1,5 bzw. 3 mal der grauen Kastenhöhe von der oberen Begrenzung des grauen Kastens entfernt liegen.

Zur Korrelationsberechnung wurde die Formel nach Pearson angewandt

$$r = \frac{\sum_i (x_i - \bar{x})(y_i - \bar{y})}{\sqrt{\sum_i (x_i - \bar{x})^2 \sum_i (y_i - \bar{y})^2}}$$

Dabei bedeutet ein Ergebnis von Null, daß keinerlei Korrelation zwischen zwei Zahlengruppen vorhanden ist und ein Ergebnis von 1, dass eine absolut lineare Korrelation besteht.

In dieser Untersuchung ergab sich ein Korrelationskoeffizient von $r = -0,1510$ bei einer Signifikanzstufe: $P = 0,049$.

Rein rechnerisch bedeutet dies, dass mit einer statistischen Signifikanz eine negative Korrelation zwischen beiden Zahlenreihen (einerseits BFD-Kurztest- Ergebnis und andererseits DMPS-Test-Ergebnis) besteht.

Diese statistische Korrelation dürfte nach Interpretation des Instituts für Medizinische Dokumentation und Statistik der Universität Erlangen auf die Ausreißer in der Gruppe D 12 und D 15 zurückzuführen sein. Hätte man in der Gruppe

D 400 auch einen Ausreißer gehabt, was aber wegen der geringen Fallzahl eben nicht aufgetreten ist, so würde sich diese statistische Korrelation bereits schon nicht mehr errechnen lassen. Das bedeutet mit anderen Worten, daß man trotz dieses Ergebnisses nicht von einem linearen Zusammenhang zwischen dem BFD-Testergebnis und dem DMPS-Test-Ergebnis sprechen kann. Ein Blick auf die Abb. 3 verdeutlicht letztendlich auch schon, daß die postulierte Kurve von Abb. 1 bei weitem nicht erreicht wird. Eine Fallzahl von 170 Testen jedoch ist vollkommen ausreichend um dieses Ergebnis als zuverlässig betrachten zu können, auch wenn in einzelnen Potenzierungsabstufungen unterschiedliche Fallzahlen aufgetreten sind.

Diskussion

Die in der Einleitung gestellte Frage, ob sich durch die Anwendung eines biophysikalischen Testverfahrens (hier BFD-Kurztest) der DMPS-Test erübrigt, muß auf Grund dieser Studie ganz offenbar mit „Nein“ beantwortet werden. Die Ergebnisse korrelieren nur in so geringem Maße, daß von einer gleichsinnigen Aussage beider Testverfahren nicht die Rede sein kann.

Mit dem DMPS-Ausleittest wird ganz unstrittig die Menge an Quecksilber festgestellt, die sich auf Grund einer definierten Menge von der Lösungssubstanz DMPS aus dem Körper ausscheiden läßt. Es besteht eine allgemeine Konvention aus der Intensivmedizin, aber auch aus den Beobachtungen naturheilkundlich tätiger Ärzte, daß bei hohen Ausleitwerten auch eine hohe Restmenge an Quecksilber im Körper lagert. Damit ist aber noch nicht hinreichend ge-

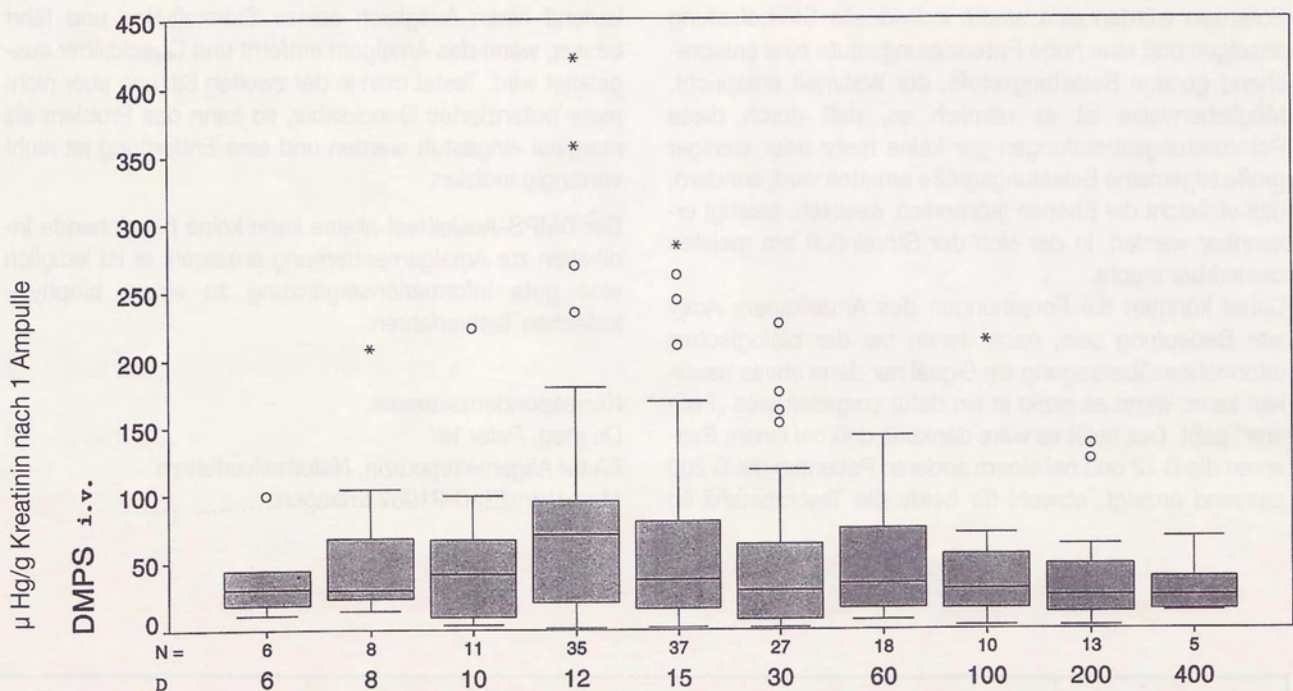


Abb. 3: Graphische Darstellung je Potenzstufe von 50% aller Meßwerte als graues Kästchen und aller Meßwerte als davon abgesetzte Striche sowie als Sternchen und Kreise aller Ausreißer

Tab. 2: Die unterschiedlichen Aussage-möglichkeiten von BFD-Test und DMPS-Test

| BFD-Test | DMPS-Test |
|---------------------------|--------------------|
| qualitativer Test | quantitativer Test |
| komplementäre Information | materielle Daten |
| Belastungsgrad | Belastungsmenge |
| Amalgamproblem | Amalgambelastung |

klärt, ob diese hohe Menge an Quecksilber den Organismus des Patienten erheblich beeinträchtigt oder nicht. Offensichtlich gibt es in diesem Zusammenhang Patienten, die sehr hohe Belastungswerte im DMPS-Test zeigen, aber keinerlei Symptome der Gesundheitsbeeinträchtigung aufweisen. Andererseits aber gibt es auch Patienten, die sehr wohl schwer krank sind, im DMPS-Test allerdings sehr geringe Werte haben, durch die Entfernung von Amalgamfüllungen jedoch nachweislich einen erheblichen gesundheitlichen Profit hatten.

Die vorliegende Studie gibt also der Annahme Nahrung, daß die biophysikalischen Testverfahren (hier der BFD-Kurztest) eher den individuellen Stellenwert eines Störeinflusses für den Patienten klären helfen, als die relative Menge einer faktischen Quecksilberbelastung zu bestimmen. Ergänzend zum DMPS-Test könnten deshalb EAV, BFD, VEGA und andere biophysikalische Testverfahren in dieser Hinsicht eine echte komplementär-medizinische Stellung einnehmen.

Eine weitere Studie müßte klären, ob die Annahme, tiefe Potenzen würden eine starke individuelle Störbelastung anzeigen und eine hohe Potenzierungsstufe eine entsprechend geringe Belastungsstufe, der Wahrheit entspricht. Möglicherweise ist es nämlich so, daß durch diese Potenzierungsabstufungen gar keine mehr oder weniger große allgemeine Belastungsgröße ermittelt wird, sondern, daß vielleicht die Ebenen (körperlich, seelisch, geistig) erkennbar werden, in der sich der Störeinfluß am meisten bemerkbar macht.

Dabei könnten die Forschungen des Amerikaners *Adey* von Bedeutung sein, nach denen bei der biologischen Informationsübertragung ein Signal nur dann etwas bewirken kann, wenn es exakt in ein dafür vorgesehenes „Fenster“ paßt. Das heißt es wäre denkbar, daß bei einem Patienten die D 12 und bei einem anderen Patienten die D 200 passend anzeigt, obwohl für beide die Testsubstanz im

gleichen Ausmaß eine wichtige Belastungsstörgröße darstellt, nur eben auf einer anderen Ebene und damit auch mit anderen Symptomen!

Aus der klassischen Homöopathie ist bekannt, daß Potenzierungsstufen von Quecksilber erfolgreich bei bestimmten Stadien eitriger Mandelentzündungen eingesetzt werden können, aber auch bei anderen Symptombildern, wie z.B. eitrige Pusteln an der Haut, Haarausfall, dick belegte Zunge mit sichtbaren Zahneindrücken, Nachtschweiß, Empfindlichkeit gegen kalte Luft und Bettwärme, zunehmender psychischer Verfall, fortschreitende Demenz u.a.m. Dieses Medikament ist auch dann wirksam, wenn der Patient kein Amalgamträger ist und auch nachweislich keine Belastung mit Quecksilber in sich hat.

Wenn bei einem Patienten mit Hilfe eines biophysikalischen Testverfahrens *Mercur. solub.* in einer bestimmten Potenzierungsstufe gefunden wird, so darf m. E. daraus noch nicht sofort mit hinreichender Sicherheit gefolgert werden, daß der Patient ein Quecksilberproblem im eigentlichen Sinne hat. Es ist genauso denkbar, daß er dieses Medikament nur im Sinne des Ähnlichkeitsprinzips zur homöopathischen Therapie benötigt. Um so schlimmer dürfte es aber für diesen Patienten dann sein, wenn er natives Quecksilber in sich trägt, obwohl er die potenzierte Form von Quecksilber zur Therapie bräuchte. In diesem Falle ist mit Sicherheit die Entfernung der Amalgamfüllungen bzw. des restlichen Quecksilbers durch DMPS aus dem Körper angezeigt. In der Regel aber sollte die Entscheidung dazu erst nach einem Therapieversuch mit potenziertem Quecksilber und danach erneutem Test endgültig gefällt werden. Testet man dann nämlich wieder potenziertes Quecksilber, so benötigt der Patient offensichtlich laufend einen Ausgleich seines Störeinflusses und fährt besser, wenn das Amalgam entfernt und Quecksilber ausgeleitet wird. Testet man in der zweiten Sitzung aber nicht mehr potenziertes Quecksilber, so kann das Problem als marginal eingestuft werden und eine Entfernung ist nicht vorrangig indiziert.

Der DMPS-Ausleittest alleine kann keine hinreichende Indikation zur Amalgamentfernung anzeigen, er ist lediglich eine gute Informationsergänzung zu einem biophysikalischen Testverfahren.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. *Peter Vill*

FA für Allgemeinmedizin, Naturheilverfahren

Memelstr. 22, D-91052 Erlangen

Neukönigsförder Mineraltabletten®
mit Spurenelementen in Apotheken