

Larvierte Depression — Therapie durch Amalgamsanierung —

Originalia

W. Burk

Vorwort

Anhand von Befundberichten und einem Krankenbericht seitens des Patienten wird die Heilung einer „larvierten Depression“ durch Amalgamsanierung dargestellt.

Es liegen folgende Unterlagen vor:

1. Krankenbericht des Patienten.
2. Befund der untersuchenden Klinik.
3. Urologischer Befund.
4. Attest des Behandlers für die Krankenkasse.

Oraler Befund in der Ausgangslage:
6 ausgedehnte Amalgamfüllungen (F 3), 7 Amalgamfüllungen (F 2) sowie 4 Amalgamfüllungen (F 1) — wobei alio loco mindestens 3 verschiedene Amalgamlegierungen verarbeitet wurden (Abb. 1).

Beschwerden des Patienten traten kurz nach Legung zweier notfallmäßig gelegter Aufbaufüllungen aus in Glas gesintertem Silberpulver auf (2. 6. 87). Bei Einfügung dieses Aufbaumaterials kommt es keinesfalls — wie vom Hersteller behauptet — zum Ausfall einer galvanischen Reaktion mit anderen dentalen Materialien, da, wie er mitteilt, das Silber in Glas gesintert eingeschlossen sei:

Dies mag theoretisch der Fall sein, in vivo werden indes bei der Konturierung die Silberpartikel durch Beschleifen freigelegt und bilden mit Amalgamfüllungen bereits ausgeprägte, in Verbindung mit hochgold-

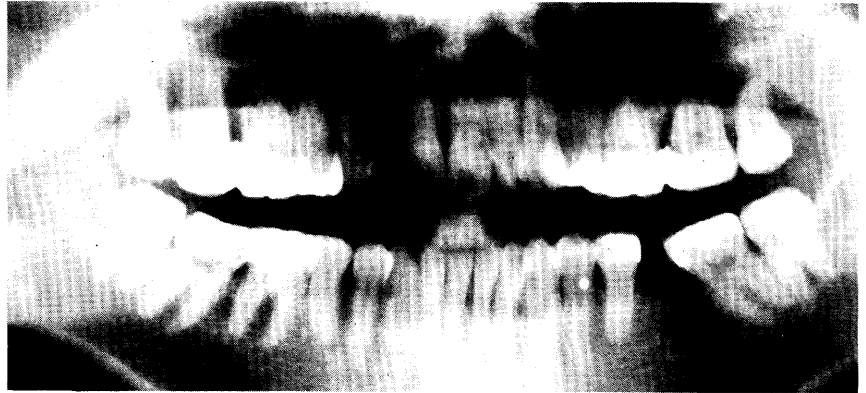


Abb. 1

haltigen Legierungen zum Teil extreme galvanische Reaktionen. So traf auch im obigen „Falle“ diese Ausgangslage zu. Der Verdacht der geschilderten gesundheitlichen Belastung durch die verarbeiteten Materialien (verstärkt durch einen oralen Galvanismus) wurde erhärtet durch den starken „muskulären Einbruch“ im „kinesiologischen Test“, im Reaktionsabstandstest nach *Manfred Curry*, sowie beim radiästhetisch-energetischen Test in Verbindung mit Silberamalgam, am Stirnchakra gemessen.

Da der Autor als Referent der Deutschen Gesellschaft für Hypnose mit den subtilen Formen der Suggestion und Autosuggestion umzugehen weiß, glaubt er, den anderweitig geäußerten Verdacht einer larvierten Depression des Patienten mit Sicherheit verwerfen zu können.

Der Patient gab folgende kurze stichwortartige Darstellung bzw.

Zusammenfassung seines Krankheitsverlaufes zu Protokoll:

In den zurückliegenden sieben Wochen litt ich zunehmend unter körperlicher Schwäche, Appetitlosigkeit, Übelkeit, nervösem Augenzucken und eingeschränktem Seh- und Reaktionsvermögen sowie Herz- und Kreislaufstörungen, übermäßigem Schwitzen und kalten Händen, Füßen, Konzentrationsschwäche.

Aufkommende Schmerzen im Genitalbereich wurden vom Urologen als Prostatentzündung diagnostiziert und medikamentös behandelt. Röntgenaufnahmen der Blase und Nieren (mit Kontrastmittel) ergaben keine weiteren Aussagen.

Das Unwohlsein blieb bestehen, insbesondere das Herzrasen (kalter Schweiß). Erneuter Besuch meines Hausarztes. Diagnose nach Prüfung von EKG und Blutdruck = belegte Zunge = Seitenstrangangina!

Daraufhin wurde ich 14 Tage krankgeschrieben.

Da aber keine nennenswerte Besserung erfolgte, bin ich auf Empfehlung des Hausarztes zum Internisten überwiesen worden. Dieser überwies mich dann ins Krankenhaus. In 12tägigem Aufenthalt erfolgte eine Kontrolle sämtlicher Organe, Leberblindpunktion und viele Bluttests. Aufgrund der intensiven Bettruhe fühlte ich mich vorübergehend auch besser. Diagnose der behandelnden Ärzte: Organe alle gesund, Krankheit hat wohl psychosomatische Ursachen. Ein letzter Versuch ist das Aufsuchen meines Zahnarztes, der mir hoffentlich weiterhelfen kann!

Über den Aufenthalt des Patienten in der Klinik erhielt der Hausarzt folgenden Bericht:

Sehr geehrter Herr Kollege, wir berichten über den o. g. Patienten, der sich vom 6. 8. 87 bis 17. 8. 87 in unserer stationären Behandlung befand.

Diagnose:

Ausschluß eines Virusinfektes, Verdacht auf Ikterus juvenilis Meulengracht.

Die Vorgeschichte ist Ihnen bekannt, wir verweisen dazu insbesondere auf frühere Berichte im Anschluß an den stationären Aufenthalt 1983 bei uns wegen rheumatischen Fiebers. Zwischenzeitlich keine Besonderheiten. Jetzt einige Wochen Mattigkeit und diverse vegetative Symptome wie Herzjagen, Schwächegefühl, Schüttelfrost, Übelkeit, vor allem aber zeitweise Schmerzen im linken Hoden. Z. Zt. stunden Händezittern und Schwächegefühl im Vordergrund. Urologischerseits sei der Verdacht auf eine Prostatitis geäußert worden und HNO-ärztlicherseits sei eine Seitenstrangangina behandelt und eine Mononukleose ausgeschlossen worden. Die Körpertemperatur habe nie mehr als 37,4° betragen.

Häufig habe der Patient stark geschwitzt. An Medikamenten zuletzt Amuno M 2 x 1.

Im Februar 87 hat sich seine Freundin, mit der er 7 Jahre lang zusammengelebt hatte, von ihm getrennt. Seitdem sei er allein.

Aufnahmebefund:

Gesund wirkender, 30jähriger Patient in zufriedenstellendem Ernährungs- und Kräftezustand. Haut und Schleimhäute gut durchblutet. Kein Ikterus. Keine Ödeme. Keine Cyanose. Keine Lymphome. Keine Infektzeichen. Rachenring bei Zustand nach Tonsillektomie reizlos, Zunge nicht belegt. Eupnoe, Herz und Lunge klinisch unauffällig, RR 125/80, Bauchdecken weich, Bauchorgane o. B., rektale Untersuchung o. B., insbesondere Prostata normal groß, gut abgrenzbar, nicht druckempfindlich, normale Konsistenz, Genitalien bei Inspektion und Palpation auch äußerlich o. B., Extremitäten und neurologischer Befund völlig unauffällig.

Labor:

Leukozyten, Erythrozyten, Hb., HK, Diff.-BB und Thrombozyten normal, ebenso Natrium, Kalium, Harnstoff, Kreatinin, SGPT, SGOT, alk. Phosphatase, Gesamt-Eiweiß, Harnsäure, Cholesterin und Triglyceride, Blutzucker, Quick und Urinstatus sowie BKS normal. Bilirubin mit 1,30 mg% leicht erhöht. HIV: negativ. Serum-Elektrophorese normal.

Oberbauchsonogramm:

Unauffällig.

Leberblindpunktat: o. B.

Zusammenfassung:

Der Patient kam zum Ausschluß einer Virusinfektion oder sonstigen Infektionserkrankung zur stationären Aufnahme. Er selber war fest davon über-

zeugt, ein organisches Leiden zu haben. Die bei uns durchgeführten Untersuchungen blieben allerdings ohne pathologischen Befund. Offenbar handelt es sich um rein vegetative Symptomatik im Sinne einer larvierten Depression. Letztere scheint durch die o. g. und offenbar nicht verarbeitete Trennung von der Freundin im Februar 87 ausgelöst. Die leichte Hyperbilirubinaemie entspricht am ehesten einem Meulengracht-Syndrom.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen
Chefarzt Oberarzt Ass. Arzt

Wegen der Schmerzen im linken Hoden und des Verdachts auf eine Prostatitis wurde der Patient schließlich auch an den Urologen überwiesen. Dort wurde folgender Bericht erstellt:

Sehr geehrter Herr Kollege, vielen Dank für die freundliche Überweisung Ihres Pat. Die Vorgeschichte ist Ihnen ja hinreichend bekannt. Es handelt sich um Beschwerden im Sinne einer Kongestion der Prostata. Diese war auch bei der Untersuchung im Juli 87 deutlich vergrößert und ödematös verändert, sowie druckschmerzhaft.

Die Urinverhältnisse waren in Ordnung, ebenso das Sperma mikroskopisch. Die Behandlung erfolgte zunächst mit Aniflazym und Pelvichthol ohne wesentliche Besserung. Die Mikrowellenbehandlung zeigte anfangs eine leichte Besserung, inzwischen war aber ein unklares Beschwerdebild im Unterbauch aufgetreten.

Die in diesem Zusammenhang durchgeführte Röntgenuntersuchung der Nieren und ableitenden Harnwege zeigte keinen patholog. Befund. Der Pat. hatte vorübergehend auf das Kontrastmittel im Sinne eines generalisierten leichten Exanthems reagiert (Omnipaque) BSG am 25. Aug. 1/3. Wie er mir inzwischen sagte, sei wohl

ein Störfeld von seiten der Zähne festgestellt worden. Eine entsprechende Sanierung wurde vereinbart. Der Pat. wollte sich danach noch einmal zu einer Kontrolle bei mir melden. Mit freundlichen kollegialen Grüßen
Ihr

Ein vom Hausarzt eingeschalteter Arzt für Laboratoriumsmedizin beurteilt einen zusätzlich eingesandten Rachenabstrich wie folgt: Ergebnis der Kultur: Normale Mund- und Rachenflora; Mikroskopie: keine Leukozyten; Plaut-Vincent; negativ.

Aus zahnärztlicher Sicht wurde folgende Diagnose gestellt:

Hoher oraler Galvanismus zwischen den multipel vorhandenen Amalgamrestaurationen und dadurch bedingter chronischer Intoxikation durch Quecksilber aus Amalgamfüllungen.

Die Therapie bestand in der sofortigen Entfernung aller Amalgamfüllungen und Austausch in Kunststoff-Füllungen als Interims-Ersatz im Sinne einer Notfall-Sofortmaßnahme. Anschließend erfolgte sukzessive die definitive Versorgung mit Gußfüllungen und Kronen.

Bereits kurz nach Entfernen der letzten Amalgamfüllungen (15. 9. 87) verschwanden sämtliche, auch gravierende Symptome fast schlagartig, und der Patient bestätigt am 21. 12. 87 seine **vollkommene Beschwerdefreiheit.**

Nachtrag der Redaktion:

Der vorliegende, akribisch dokumentierte Fall ist ein Musterbeispiel für Fehldiagnosen, die zustande kommen müssen, wenn es den Untersuchern an interdisziplinärem oder ganzheitlichem Verständnis mangelt.

Unsere Medizin ist jedoch bereits so sehr in diesem Denkschema verhaftet, daß sich auch die Verwaltung nicht mehr davon frei machen kann:

Es bedarf keiner Nachforschung: die Kosten für die vielfältigen Untersuchungen und Krankenhausaufenthalte wurden mit Sicherheit von der Kasse (ob PKV oder GKV) übernommen, weil sie zwar unsinnig aber „systemkonform“ sind. Es wäre aufschlußreich, die Höhe dieser Kosten insgesamt zu kennen.

Es ist schon eine Ironie des Schicksals, daß dieser arme Patient — wie so viele andere in seiner Situation — das, was ihm letztendlich geholfen hat, selbst bezahlen muß, weil seine Krankheit nicht in den naturwissenschaftlich-medizinischen Computer eingespeichert ist.

Es ist höchste Zeit, daß wir beginnen, umzudenken!

Die Krankenkasse:

Trotz eines vom Zahnarzt vorgelegten Attestes schreibt die Hauptverwaltung der VdAK-Kasse des Patienten:

Betr.: Unverträglichkeit von Amalgamfüllungen:

Dem Bericht von Dr. Burk entnehmen wir, daß als Sofortmaßnahme die Amalgamfüllungen entfernt und durch Kunststoff-Füllungen ersetzt wurden. Dieser Kunststoff wurde für die Verwendung im Seitenzahnbereich entwickelt. Nach den bisher vorliegenden wissenschaftlichen Erkenntnissen gibt es aber keinen Kunststoff, der für die Verwendung im Seitenzahnbereich geeignet ist. Somit mußte Herr Dr. Burk Ihnen den nicht praxisüblichen Kunststoff für die provisorischen Füllungen privat in Rechnung stellen. Eine Abrechnung über Krankenschein konnte nicht erfolgen. Da es nach den wissenschaftlichen Erkenntnissen keinen geeigneten Kunststoff für den Seitenzahnbereich gibt, ist leider für diese Füllungen auch keine Erstattung bzw. Kostenbeteiligung der Kasse möglich.

(Anschrift des Verfassers: Dr. W. Burk, Zahnarzt, von-Müller-Str. 28, 2900 Oldenburg)



Abb. 2: Oberkiefer-Spiegelaufnahme zu Behandlungsbeginn und Nahaufnahme Zähne 25—28; Nach Füllungsfrakturen 26, 27: cp-Behandlung und interimsmäßige Versorgung mit Ketac silver.