

ZahnÄrztliche Physio-Energetik (ZÄPE)

Grundlagen, Möglichkeiten und odontogener Challenge (Teil 1)

Die ZÄPE (Rossaint, 1996) wird im Rahmen der medizinischen Kinesiologie aus dem Blickwinkel der Ganzheitlichen Zahnheilkunde in allen Sparten der Medizin angewandt und beschreibt ein übergeordnetes System zur Erfassung des ganzen Menschen auf der Grundlage der philosophia prennennis bzw. Hermetischen Philosophie, über die in CO'MED genau wie über die Kinesiologie schon oft geschrieben wurde.

Sie beruht neben der Klinik in praxi auf drei Grundbausteinen:

- Physio-Energetik (PE) nach R. van Assche mit dem Armlängenreflex (AR) (Abb. 1¹⁾,
- AK-Muskeltest (G. Goodheart) (Abb. 2)
- sowie
- Bidigitaler-O-Ring-Test (BOT, Omura) in der Modifikation nach van Benschoten (Abb. 3)

Die ZÄPE verwendet immer alle drei Testarten, da sie hierarchisch geordnet sind und sie dadurch die genaue Verarbeitungsstelle von Stimuli im Gehirn dokumentieren kann bzw. feststellen kann, welche Strukturen vom pathologischen Input betroffen sind.

Sie benutzt besonders aurikulomedizinische Techniken (nach Nogier, Bahr) zur Herd- und Schwermetalltestung sowie Ideen aus der Akupunkturpunkt-Biophotonen-Diagnostik nach M. M. van Benschoten.

Kernstücke sind der odontogene Challenge (Rossaint) (1) mit seinen Konsequenzen (2), die energetische Psychotherapie (3) sowie die kontaktfreie Resonanztestung mittels RFR (Rossaint-Frequenz-Resonator) (4).

Allgemeine Voraussetzungen zum Verständnis

Alle benutzten medizinisch-kinesiologischen Testarten sind On-Off-Phänomene, beinhalten also keine Wertung, sondern nur einen Polaritätswechsel.

Neben der Therapielokalisation (TL) ist der Challenge (CH) (z. B. strukturell-mechanisch, chemisch-physikalisch, emotional und mental etc.) die am häufigsten eingesetzte Untersuchungsart zur Ermittlung von Pathologien und zudem eine der elegantesten und präzisesten Untersuchungsmethoden zur Ermittlung der Reaktion des Patienten auf eine gezielte Provokation bzw. auf einen gezielten Reiz.

Verändert sich der Muskeltonus beim Test, so spricht man von einer Muskelreaktion (MR), verändert sich die Armlänge im Sinne des Kürzerwerdens eines Armes, spricht man von einem +AR, beides im Sinne eines Polaritätswechsels

Wird der Reiz nicht beantwortet, das heißt: tritt keine Polaritätsänderung ein -, besteht entweder eine gute (lokale) Adaptation, oder der entsprechende Reiz ist in seiner Intensität zu klein gewesen bzw. der gewünschten Untersuchung gemäß nicht adäquat gewählt worden. Es kann aber auch eine Blockade vorhanden sein, wie es oft bei Zahnherden vorkommt, die zwar eine Belastung darstellen, aber im TL/CH-Test zunächst nicht reagieren und erst durch bestimmte „Verstärker“-Maßnahmen „entlarvt“ werden können.

Beim AR bleiben entweder die Arme gleich lang (-AR), als Zeichen einer guten lokalen Regulation, eines Nichtansprechens des CH oder einer „hypertonen“ Reaktion (blockierter AR), oder sie werden auf einer Seite kürzer (+AR), als Zeichen einer positiven Reaktion auf die Provokation. Wird der linke Arm kürzer, löste der Reiz eine parasympathische Reaktion aus, während es sich bei der Verkürzung des rechten Armes auf den Challenge um eine orthosympathische Reaktion handelt.

Bei gleich bleibendem AR erfolgt die Differenzierung zwischen „normotone“ und blockiertem AR direkt nach dem CH über die Approximation der Spindelzellen des PMC bzw. M. latissimus dorsi oder über einen dort aufgesetzten Magneten. Tritt dabei ein +AR auf, war es eine „normotone“ Reaktion, anderenfalls eine blockierte.

Zur leichteren Differenzierung, aber auch um genügend Zeit für die weitere Untersuchung zu haben, speichert man den CH im so genannten Biocomputer (BC) über die XY-Linie nach Nogier auf der Stirn (Abb. 4).

Aber Vorsicht:

Im BC-Modell befindet man sich nach der Einspeicherung in einem Subsystem, das heißt in einem „File“: Das bedeutet, dass man durch CH in die Handchakras bds. prüfen



Abb. 1-3: Grundbausteine der ZÄPE: 1) Physio-Energetik mit Armlängenreflex (v. Assche); 2) AK-Muskeltest (Goodheart); 3) Bidigitaler-O-Ring-Test (Omura) in der Modifikation nach v. Benschoten

¹ Alle Abbildungen sind mit freundlicher Genehmigung des VAK-Verlags Kirchzarten dem 2005 erschienenen Buch: Medizinische Kinesiologie, Physio-Energetik und Ganzheitliche (Zahn) Heilkunde von Alexander Rossaint entnommen (ISBN 3-935767-49-8).



Dr. Alexander Rossaint

beschäftigt sich seit 1972 mit der biologischen Medizin und Zahnmedizin und erweiterte sein Wissen durch intensive Fortbildung auf den Kongressen des Zentralverbandes der Ärzte für Naturheilverfahren, der Ärzte für Erfahrungsheilkunde, der Deutschen Medizinischen Arbeitsgemeinschaft für Herd- und Regulationsforschung sowie auf

Tagungen der Medizinisch-Biologischen Arbeits- und Fortbildungsgemeinschaft der Internationale Gesellschaft für ganzheitliche Zahnmedizin, des Forschungskreises für Geobiologie, der Deutschen Akademie für Akupunktur und Aurikulo-medin, der Internationalen Gesellschaft für Biologische Medizin, der Internationalen Medizinischen Gesellschaft für Elektroakupunktur nach Voll und der Internationalen Gesellschaft für Kirlianfotographie und bioelektrische Diagnose und Therapie. Seit 1974 hält er Kurse und Vorträge über Elektroakupunktur und Ganzheitliche Zahnheilkunde.

Kontakt:

Von Coels Str. 230, D-52080 Aachen
dr@rossaint.de, www.rossaint.de

muss, ob der BC noch online bzw. abgestürzt ist. Ist Letzteres nämlich der Fall, muss erst dieser „Crash“ behandelt werden. Er liegt dann vor, wenn man nach dem CH der Handchakras einen AR beiderseits findet (Abb. 5).

Auf Grund der im BC-Modell verwendeten Minicomputer (Master-C., Primär-C., Statik-C., 3E-C., Reflex- oder kinetischer C.) kann es zu einer Diskrepanz zwischen dem Muskeltestergebnis (kinetischer -C.) und dem AR kommen, als Zeichen dafür, dass die Kommunikation zwischen den einzelnen Minicomputern nicht mehr vorhanden ist bzw. ein Konflikt zwischen Reflex- und CPU-Verarbeitung besteht. In diesem Fall kann zum Beispiel der Muskeltest hyperten sein, während der AR „normoton“ ist. Das zeigt an, dass der Reiz den Reflexcomputer (Medulla oblongata / Stammhirn) irritiert hat, aber die höheren Zentren (Hypothalamus, Hypophyse, Epiphyse usw.) noch nicht betroffen sind.

Aber auch der umgekehrte Fall kann eintreten, dass nämlich ein blockierter AR vorhanden ist

und der Muskel normoton reagiert. Dann weiß man, dass die Verarbeitung über die höheren Zentren betroffen ist und muss entsprechend untersuchen, welche CPU-Anteile der anderen Minicomputer betroffen sind. In praxi führt man deshalb immer alle drei Tests (s. o.) durch (Rossaint).

Der BOT liegt in der Hierarchisierung zwischen MT und AR, das heißt, mit ihm erfasst man nach Erfahrung des Autors Störungen, die in der CPU maximal bis zum Thalamus reichen, so dass der sensibelste Test der AR ist, der noch Gehirnbereiche erfasst, die durch die beiden anderen nicht erreicht werden.

Gemäß dem Selbstverständnis der PE / ZÄPE wird vor jeder eigentlichen Testung die Funktionsfähigkeit des BCs geprüft und bei Bedarf behandelt. Denn es kommt oft vor, dass zum Beispiel ein „BC-Virus“ oder Switching, eine Oszillation oder Inversion den eigentlichen Test verfälscht.

Das Vorgehen in der Praxis

Steht man nun vor der Aufgabe, den Verdacht auf ein pathologisches Geschehen im ZMK-Bereich entweder verifizieren zu müssen oder verneinen zu können, ist folgendermaßen vorgehen:

Die klinische, statische Diagnostik (Anamnese, Inspektion, Vitalitätsprüfung, Röntgen) muss durch dynamische bioenergetische Testverfahren ergänzt werden, um stumme chronische Entzündungen eventuell als Herde bewerten zu können.

Zunächst muss man die Reaktionslage mittels entsprechender Verfahren (DDG, ThRD u. Ä.) ermitteln. Finden sich dabei Regulationsblockaden, so muss man daran denken, dass



Abb. 4: XY-Linie nach Nogier

Reize u. U. von einem solchen vorbelasteten Körper nicht adäquat beantwortet werden können und zu Fehlinterpretationen führen können.

Sind diese Blockaden über den ganzen Körper verteilt, muss man an übergeordnete systemische Belastungen (zum Beispiel eine Geopathie) denken, wenn man die Matrix blockierende Medikamente (z. B. Kortison) ausgeschlossen hat.

Die Hierarchisierung der Befunde legt schließlich die Behandlungspriorität fest. In der ZÄPE erfolgt dies auf mehrere Arten; durch

1. Challenge (CH) bzw. Therapielokalisation (TL) (s. o)
2. Spezifische Testampullen, u. a. Nosoden / Organpräparate
3. Mudras

Die Therapielokalisation (TL)

Die erste Übersichtsdiagnostik erfolgt durch TL an GG 25 (Nasenspitze) (s. Abb. 3) nach Doug Leber, die bei positivem Ausfall ein Kopferdgeschehen beinhaltet und danach differenzialdiagnostisch abgeklärt werden muss. Die entsprechenden Punkte für den Körper sind: KG 18 (Brustraum); KG 13 (Bauchraum); KG 6 (Becken).



Abb. 5-8: (von links nach rechts) Challenge des Handchakras, Mudra für Switching nach Klinghardt (Herd-Switching), Mudra zur Ermittlung der absoluten Priorität, B-Mudra für Yin-Emission

Als zweiter konkreter Hinweis ist der Punkt Di 5 nach van Benschoten sowie der „klassische“ Akupunkturpunkt Lymphe 2 nach Voll (bds.) zu nennen. Bei einseitigem Befund (Polaritätswechsel) ist an ein ipsilaterales Herdgeschehen im ZMK-Bereich zu denken, bei beidseitigem Befund eher an eine Materialproblematik als an ein beidseitiges Herdgeschehen. Aber auch das ist möglich.

Spezifische Testampullen / Organpräparate

Mit Hilfe der Testampulle „globaler Herd“ des Lycotronic-Testsatzes (Jahoda) kann ein Herdgeschehen resonanzmäßig erfasst werden.

Bei MR/+AR durch diese Ampulle kann die weitere Einkreisung dann mit oben genannten TLs an den entsprechenden Strukturen oder mit Organpräparaten (Maxilla / Mandibula (Ober-/Unterkiefer), Fa. Wala) erfolgen (erneuter Polaritätswechsel).

Mudras (Handmodes)

Mudras oder Handmodes (Beardall) werden in der ZÄPE als codierte Informationsimpulse (Lechner) bzw. funktionelle Hologramme (Rossaint) zur Aufdeckung von Pathologien benutzt, auch in Form der so genannten Biophotonen-Mudras (B-Mudras), die van Benschoten auf Grund seiner Forschung über die Biophotonenabstrahlung der Fingerkuppen und Akupunkturpunkte ermittelt hat.

So wird beim Testablauf im BC-Modell bei vorhandenem „Computervirus“ (ANS-Blockade) geprüft, ob Letzterer zum Beispiel durch einen Herd verursacht wurde, indem man das Mudra für Switching nach Klinghardt (Herd-Switching) gegentestet. (Abb. 6) Tritt eine Polaritätsänderung auf, weiß man, dass die ANS-Blockade durch einen akuten Herd (bzw. ein toxisches Problem) verursacht wurde, der / das vorrangig aufgedeckt und beseitigt werden muss.

Liegt von vornherein kein „Computervirus“ vor, wird das gleiche Mudra – erst auf der einen Seite, dann auf der anderen – ebenfalls schon in dieser frühen Testphase benutzt, um eine „cortikale Dysregulation“ (Klinghardt / Williams) durch ein Switching aufzudecken, der / das dann auf der Seite der Polaritätsänderung vorhanden ist und beseitigt werden muss.

Priorisierung der Störfelder

Mittels des von L. Williams entwickelten Handmodes „primäres Störfeld“ und dessen Einspeicherung kann durch anschließenden CH ebenfalls das ZMK-Gebiet eingegrenzt werden. Damit haben wir auch schon den Hinweis, dass das Störfeldgeschehen dann primär ist und Behandlungspriorität besitzt. Die am häufigsten genutzte Möglichkeit der Bestimmung der Wertigkeit erfolgt über das Mudra „Priorität“. In diesem Fall erfolgt der erneute Polaritätswechsel durch Hinzufügen des Mudras auf der Seite des positiven Handchakras zu dem zuerst eingespeicherten Mudra bzw. der Testampulle. Wenn vorher mehrere Prioritäten vorhanden waren, wird die absolute Priorität direkt mit dem Mudra dafür (Abb. 7) eruiert.

Der Challenge

Erfolgt über die TL keine Reaktion, kann der Reiz über den CH verstärkt werden, indem man mechanisch oben genannte Gebiete bzw. Punkte aktiviert. Auch das spezielle B-Mudra für Yin-Emission (Abb. 8) kann dazu gut verwendet werden. Denn es ist das energetisch am stärksten wirksame B-Mudra für Pathologien und dient nach Medikationen auch zur Kontrolle, ob noch weitere pathogenetische Faktoren zu suchen sind. Getestet an GG 25 (Polaritätswechsel), gibt es nach dem odontogenen Challenge Auskunft, ob noch ein Kopferdgeschehen vorliegt; bei Reaktion (+AR, MR) an Ly 2 und / oder Di 5 zeigt es dann an, dass noch eine weitere ZMK-Pathologie vorhanden ist.

Der eigentliche odontogene Challenge (Rossaint)

Hat man ein Herdgeschehen auf das ZMK-Gebiet eingekreist und den entsprechenden Befund mit (absoluter) Priorität eingespeichert, erfolgt die Festlegung der Ebene, das heißt, es wird die Frage geklärt, ob das odontogene Herdgeschehen einen strukturellen, chemisch-immunologischen, emotional-psychischen oder informativ-elektromagnetischen Störfaktor darstellt.

Dies geschieht durch Gegentesten der entsprechenden Mudras für die jeweilige Ebene (Polaritätswechsel). Dabei muss man besonders an eine mögliche Isolation und / oder Segmentation denken (Mudras s. Abb. 9 und 10), denn Herde können derart massive Belastungen darstellen, dass der Körper sich oft nur durch solche Maßnahmen schützen kann.

Sprechen die emotionale oder / und die elektromagnetische Ebene an, wird mit emotionaler Stressreduktion (ESR), Psycho-Kinesiologie (PK), psychisch wirkenden Heilmitteln (z. B. Kalifornischen Blüten, Emvita o. Ä.), energetischer Psychotherapie oder / und Akupunktur direkt therapeutisch eingegriffen.

Würde man im Falle des Ansprechens der emotionalen Ebene eine chirurgische Sanierung entsprechender Odontone durchführen, so würde man das Problem verschieben bzw. verdrängen, und der Patient könnte kaum noch „geheilt“ werden, da er von selbst nicht mehr in der Lage ist, nach dieser Abkopplung die Verbindung zu den psychischen Ursachen herzustellen.

Erfolgt die Reaktion jedoch auf der strukturellen und / oder chemischen Ebene, führt man den eigentlichen odontogenen Challenge zur genauen Lokalisation sowie Bestimmung der Art und Stärke der Herde bzw. des Herdes durch. Dazu öffnet man den File für die tiefe Gewebeschicht der Aurikulomedizin (+9V-Stab auf der untersuchten Kieferhälfte mit entsprechend gefundener Störfeldresonanz-Substanz, Abb. 11) und speichert sie über die XY-Linie ein, so dass man sicher ist, nur diejenigen Störherde im Mund zu finden, die zu dem entsprechenden Störfeldtyp gehören.

Mittels Nosoden und / oder Organpräparaten wird der jeweils auf das Odonton gesetzte CH ausgeglichen, bis ein erneuter Polaritätswechsel eintritt. Dann erfolgt der gleiche Schritt so oft wie nötig, das heißt, bis ein nach jeweiligem Ausgleich erneut durchgeführter CH keine(n) MR/+AR mehr ergibt; die jeweils zuvor getesteten Mittel bleiben dabei im Schaltkreis, das heißt in der zur Medikamentenübertragung benutzten Wabe (im Falle der ZÄPE berührungslos über den RFR (s. Abb. 11)).

Nach klinischen Gesichtspunkten, gesundem Zahnarztverstand und jeweils erneutem CH am Zahn werden die entsprechenden Präparate mit ihrer passenden Potenz so oft eingesetzt, bis ein abschließender mechanischer CH keine Reaktion mehr auslöst:

Im Falle der Organpräparate fängt man nach digitalem Reiz des jeweiligen Odontons (Zahn mit Umgebung) also mit Gingiva (Zahnfleisch [Zfl]) bzw. Pulpa dentis (Zahnerv [Zn]) an, testet dann weiter mit Periodontium (Zahnhalteapparat) und schließt ab mit Maxilla / Mandibula.

Bei den Nosoden beginnt man mit Gingivitis (Zfl-entzündung) bzw. chronischer Pulpitis (Zn-entzündung), setzt dann Periodontitis (Zahnhalteapparatentzündung), Periodontitis / Periostritis (Knochenhautentzündung) und chronische Kieferostitis (Kieferknochenentzündung) ein.

Zur Differentialdiagnose der Ostitis kann man die verschiedenen Kieferostitisarten einsetzen (zum Beispiel chronisch bakterielle K., fettige K., sklerosierende Ostitis usw.).

Tab. 1: Aussagen der einzelnen Potenzen in für die EAV üblichen Mengen.

bei Nosoden	bei Organpräparaten
einmal D3 = schwacher Herd	einmal GL D5 = schwacher Herd
zweimal D3 = mittlerer Herd	zweimal GL D5 = mittlerer Herd
dreimal D3 und mehr = starker Herd	dreimal bzw. viermal GL D5 = starker Herd



Abb. 9-11: Mudra für Isolation, Mudra für Segmentation, Odontogener Challenge zur genauen Lokalisation sowie Bestimmung der Art und Stärke der Herde bzw. des Herdes

strukturelle und / oder chemische Ebene noch ansprechen. Dazu benutzt man das B-Mudra für die Yin-Emission und testet die Ebene dagegen. Bei einem erneuten Polaritätswechsel hat man etwas im Test vergessen, oder es sind noch andere Krankheitsfaktoren mit Auswirkung auf die Ebenen vorhanden. Ansonsten kann man jetzt die Auswirkungen (Fernwirkungen) der odontogenen Herde überprüfen. Dazu mehr im nächsten Teil.

Der Artikel wird in CO'MED fortgesetzt.



Weiter wird geprüft mit den Nosoden gangränöse Pulpa, Gangrän / Granulom, Granulom, radikuläre Zyste (von der Wurzel ausgehend) (eventuell follikuläre Zyste [vom Zahnkeim ausgehend]); je nach Verdacht und Röntgenbefund können andere Nosoden eingesetzt werden (z. B. Mercaptan, Thioäther, Strepto-, Staphylokokken usw.). Auch an eine Metallbelastung ist zu denken, wenn nach dem Einsetzen der oben genannten Mittel immer noch eine Reaktion (MR, +AR) erfolgt, genau wie an zum entsprechenden Organ-/Gewebesystem zugehörige Mittel gedacht werden muss.

Es dürfte klar sein, dass man bei Leerkieferstrecken primär die knochenbedingten Präparate einsetzt (eventuell noch Metalle wie zum Beispiel Amalgam bei Fremdkörpern). Im Oberkiefer wird zur Abgrenzung zur Kieferhöhle nach der Nosode Osteosinusitis noch die Nosode Sinusitis maxillaris getestet. Spricht Letztere nicht mehr an, weiß man, dass der Prozess auf den Kieferknochen begrenzt ist.

Tabelle 1 gibt Auskunft über die Aussagen der einzelnen Potenzen. Sie entsprechen den in der EAV üblichen Mengen.

Auch wenn das Phänomen des mehrfachen Einsatzes einer Potenz rein physikalisch nicht erklärbar ist, so zeigt die tägliche Erfahrung doch, dass diese Mengenbestimmung ein zuverlässiger Maßstab für die Stärke eines Herdgeschehens ist.

Sind alle Odontone und Leerstrecken ausgereizt, und hat man alle Herde erfasst, überprüft man zur Kontrolle noch einmal, ob die