

BCR-Therapie

Neue Wege in der Schmerztherapie

special

Neurologie



Inhaltsverzeichnis

Einleitung	3
Studie BCR-Therapie in der Neurologie	4
Beobachtungen bei neurologischen Patienten während der Therapie mit dem Clinic-Master professional und Vital-Master	4
Inhalt:	4
Material und Methoden	4
a) Material:	4
b) Methoden	6
Dokumentation	6
3. Ergebnisse	7
Parkinson-Patienten:	7
Im Konsens der insgesamt verwendeten Programme ergaben sich zum Erstaunen der Beteiligten so gut wie immer folgende Resultate:	7
MS/ALS-Patienten:	7
Betroffene mit Restless-legs-Problematik:	8
Diskussion der Ergebnisse	8
BCR-Therapie Anlage mit Klebeelektroden	9
Mb. Parkinson und Multiple-Sklerose Kopfanlage	9
Multiple Sklerose und Mb. Parkinson Wirbelsäulenanlage	10
Spastikbehandlung bei neurologischen Erkrankungen	11
Restless-Legs	12

Einleitung

Alle Erkrankungen, die mit neurologischer Symptomatik einhergehen, sind komplexe Geschehen mit unterschiedlicher Präsenz einzelner Symptome. So bestimmen nicht nur individuelle Unterschiede den Verlauf und dadurch nicht identische Vorgehensweisen in der Therapie das Wesen der Erkrankung und das Zurechtkommen der Betroffenen damit. Je nach Schwerpunktsetzung des ärztlichen Behandlers überwiegen zunächst medikamentöse Einstellungen, Ratschläge zur Umstellung von Lebensgewohnheiten und gelegentlich Verordnungen zur Physikalischen Therapie, um Symptome zu reduzieren bzw. zwischenzeitlich auszuschalten. Betroffene, denen die Möglichkeit der BCR-Anwendung gegeben wird, haben daher deutlich unterschiedliche Wirkvorstellungen und Erwartungshaltungen. Die BCR realisiert für diese verschiedenartigen Symptomenkomplexe ein ebenso komplexes Angebot. Wichtig für den jeweiligen Behandler ist, mit dem Betroffenen zusammen das bestehende Krankheitsbild oder individuelle neurologische Symptom im Gesamtverlauf einzuordnen, aktuell-situativ zu bewerten und zu akzeptieren, damit nach unmittelbarem Einstieg in eine Behandlungsserie von Anwendung zu Anwendung nicht immer mit dem gleichen und unter Umständen auch nicht immer nur mit einem Programm gearbeitet wird. Diesen Einschätzungen liegen Erfahrungen mit Parkinson-Erkrankten, MS-Patienten, Polyneuropathie-Betroffenen, spastisch Gelähmten und Bedürftigen mit Restless-legg-Problematik zugrunde. Sind typische Anwendungen bei Mb. Parkinson und MS im Neuralgie-Programm zu sehen, Muskeldetonisierung zur Spastikreduzierung, vegetativer Ausgleich bei PNP und Rest.legg, markieren diese so gut wie immer den Einstieg in die Serie nach Erstbegegnung und Aufklärung des Patienten. Erstaunlicherweise gab kaum ein Patient nach der ersten Anwendung kein Gefühl der Veränderung an. So gut wie alle signalisierten „etwas“ gespürt zu haben, was jedoch nicht mit dem Stromgefühl während der Behandlung (wenn überhaupt wahrgenommen) ins Verhältnis zu setzen war. Identische Äußerungen bei Parkinsonpat: Reduzierung bzw. zwischenzeitliche Beseitigung von Ruhe-oder Intentionstremor; sichereres Gangbild und Zufassen bei Alltagsbewegungen. Für MS-Pat.: leichteres und entspannteres Gesamtkörpergefühl, bei Andeutung eines erneuten Schubes das Entzündungsprogramm speziell Kopf- und/oder wirbelsäulenbezogen; bei spastisch Betroffenen zwischenzeitlich längere Spastikreduzierung als nach Medikamenteneinnahme oder Maßnahmen der Physikalischen Therapie; bei Rest.legg unmittelbare Beruhigung und ungestörte Nachtruhe. PNP-Pat. benötigten meist den Ablauf einer Serie (im Durchschnitt 6 bis 10 Anwendungen) und gekoppelt mit aktiver Therapie, um je nach Stadium mehr Stand- und Gangstabilität zu erreichen (verhältnismäßig weniger Effekt bei bis dahin erfolgten rein aktiven Maßnahmen). Zu unterschiedlichen Zeitpunkten innerhalb der Serie mehrten sich die Patientenangaben über Besserung zum Teil seit Jahren bestehender Beschwerden/ Probleme, die schon lange nicht mehr als beeinflussbar vermutet wurden. Das bedeutet nicht zuletzt, dass verloren gegangene Bewegungsabläufe, Selbständigkeiten, Selbstverständnisse und damit Lebensqualitäten aktiviert bzw. zurückgewonnen werden konnten. Dementsprechend ergaben sich Unterschiede zur bisherigen Alltagsgestaltung, Gewohnheiten änderten sich, höhere Belastungsanforderungen wurden realisiert. In dem Zusammenhang überraschte es nicht, dass auf einmal Muskelkatergefühl, Ermüdung nach erheblich höherer körperlicher Leistung oder da durch ausgelöster Gelenk- bzw. Wirbelsäulenschmerzen geäußert wurde. Wichtig war und ist, diese Patientenangaben sofort in der vorzunehmenden geplanten Anwendung zu berücksichtigen! So gewinnen zum Beispiel das Regenerations-Programm oder ausgewählte Schmerz- Programme immens an Bedeutung. Auch der lokale Einsatz der Handelektroden anstelle der stabilen Elektrodenanlagen mit entsprechendem Programm ist unter Berücksichtigung der aktuellen Problematik zu favorisieren. Ob trotzdem weiter mit dem Standard-Einstiegsprogramm gearbeitet werden muss, entscheidet das der jeweiligen Anwendung vorangehende Gespräch. Daraus ist auch die Notwendigkeit ersichtlich, zu weiteren Anwendungen den Behandlungsprogramm Schwerpunkt immer wieder neu zu bestimmen. Als allgemeine Feststellung für die Anwendungen bei allen genannten Patienten-Spezies ist zu verzeichnen, dass je eher sie nach Bemerken eines Symptoms bzw. wieder akut werden eines solchen zunächst nach 3 bis 5 Behandlungen deutliche Effekte spürten und je länger das Defizit bestand, mindestens 10 bis 12 Behandlungen dazu nötig wurden. Wichtig erscheint auch von Anfang an der Hinweis an den Patienten, dass fortschreitende oder Schub-geprägte Erkrankungen in ihrem Verlauf immer wieder günstig beeinflusst werden können und reparative Effekte durch die BCR-Therapie auch bei ihnen zwischenzeitlich möglich sind. Es sollte aber immer die Notwendigkeit der Kontinuität in der BCR-Begleitung in den Vordergrund gestellt oder auch die Frage des Eigenerwerbs eines Vital-Masters besprochen werden.

Studie BCR-Therapie in der Neurologie

Beobachtungen bei neurologischen Patienten während der Therapie mit dem Clinic-Master professional und Vital-Master

Inhalt:

1. Zusammenfassung
2. Material und Methoden
3. Ergebnisse
4. Diskussion der Ergebnisse
5. Zusammenfassung

Im Zeitraum August 2008 bis April 2010 wurden 99 Patienten mit den Diagnosen Mb. Parkinson, Multiple Sklerose, Amyotrophe Lateralsklerose sowie der Restless-legs-Problematik unter stationären und/oder ambulanten klinischen Bedingungen speziell mit dem CLINIC-master/VITAL-master behandelt. Grundsätzliche Auswahlkriterien zum Favorisieren dieser Maßnahme waren zum einen die signifikant guten und beständigen Ergebnisse bei Patienten mit Problemen funktioneller und struktureller Ursache am Halte- und Bewegungsapparat. Zum anderen motivierte eine erhöhte Erwartungshaltung bezüglich der Programmvelfalt der Geräte gegenüber der individuellen Symptomatik und dem Verlauf zum Überdenken bisheriger Behandlungsstrategien.

Die Tatsache, in allen Fällen neben planmäßig ablaufenden krankengymnastischen Anwendungen auf jegliche konventionelle Elektrotherapie zu Gunsten der Clinic/Vital-master-Therapie verzichten zu können, erwies sich im Verlauf bei allen 99 Patienten als optimal. Ebenso die Möglichkeit, sich mit jeder neuen Anwendung der aktuell-situativen Symptomatik durch gezielte Programmauswahl individuell anpassen zu können.

Schlussfolgernd ergab sich damit eine bisher nicht erlebte Verbesserung im Lebens-und Alltagsgefühl für die Langzeiterkrankten.

Material und Methoden

a) Material:

Die Anzahl von 99 Patienten ergab sich folgendermaßen:

- 77 Patienten mit Mb. Parkinson
- 12 Patienten mit MS
- 2 Patienten mit ALS
- 8 Patienten mit Restless-legs-Problematik

Das Lebensalter der Patienten lag zwischen 42 und 90 Jahren, Durchschnittsalter 67,3 Jahre. Sie waren zu 33% berufstätig. Neben den Berufstätigen konnten weitere 50 % ihren Alltag ohne fremde Hilfe entsprechend jahrelanger Gewohnheiten gestalten. Alle anderen befanden sich bereits in Abhängigkeit zu bereitwillig unterstützenden pflegenden Familienangehörigen oder zusätzlich professionellen Pflegediensten. Die Patienten verfügten zum Beginn der Therapie mit dem Clinic-master/Vital-master über jahrelange Erfahrungen mit dem Angebotsspektrum der Physikalischen Therapie. Dabei überwogen deutlich aktive Vorgehensweisen wie Krankengymnastik (KG) allgemein, KG auf spezieller neurophysiologischer Grundlage, KG in ausgewählten Gruppen wie auch Einzel- oder Gruppenanwendungen im Bewegungsbad. Die Einbeziehung von Maßnahmen aus dem konventionellen Gebiet der Elektrotherapie war zu diesen Zeitpunkten nicht aktuell. Bezeichnend bei allen Patienten war eine nicht vorhandene Struktur in der (Fach-)ärztlichen Betreuung. Das heißt, je nach subjektiv empfundener Gewohnheit oder sporadisch empfohlener Notwendigkeit erforderte die Konsultation beim Hausarzt bzw. dessen Überweisung zum Neurologen die Einschätzung der aktuell-situativen Bedürftigkeit zum Ausstellen einer o.g. Verordnung.

Die Aussagen der Patienten selbst zum bisherigen Verlauf der Erkrankung / Problematik und den ansetzenden Physikalischen Therapien waren mit unerheblichen Differenzierungen durchaus vergleichbar. Aktive Maßnahmen wurden von den berufstätigen Patienten deutlich favorisiert. Bei allen anderen standen sie dann im Vordergrund, wenn sich unmittelbar dadurch eine spürbare Verbesserung im Alltags- und Lebensqualitätsgefühl gegenüber der dominierenden Symptomatik ergab. Passive Anwendungen wie Massagen mit oder ohne Wärmeapplikation, detonisierende oder analgesierende Elektrotherapien wurden als angenehm aber nicht nachhaltig wirkend bezeichnet. Aussagen zu medikamentösen Einstellungen waren nicht immer eindeutig, auch die Verordnungshäufigkeit und Einnahmekontinuität konnte nicht immer zugeordnet werden. Für die geriatrischen Patienten sollte dieses Defizit durch ihre einsetzende Gesamttherapie ausgeglichen werden. Den ambulanten Patienten oblag eine adäquate Verständigung mit dem jeweils favorisierten ärztlichen Ansprechpartner.

Zu Beginn des Einsatzes der Clinic-master/Vital-master- Geräte befanden sich 34 Patienten in stationärer geriatrischer Klinikbetreuung, 22 in tagesklinischer geriatrischer und 21 in ambulanter physikalisch-therapeutischer Behandlung. Für alle geriatrischen stationären und teilstationären Patienten war der Einsatz völlig unproblematisch, da die Elektrotherapie an sich befundentsprechend einen hohen Stellenwert im Therapiespektrum besitzt. Die Auswahl der Methode liegt allgemein beim Behandler, ebenso die Häufigkeit der Anwendung pro Woche. Beobachtungszeitraum war generell der Mindestaufenthalt der Patienten von 2 Wochen. Die ambulanten Patienten verfügten über KG-Verordnungen, denen zum Zeitpunkt des speziellen Behandlungsbeginns über einen Zeitraum von 12 Wochen keine aktiven oder passiven Einzelmaßnahmen vorausgingen.

Um bei allen zu beobachtenden Patienten eine gemeinsame Ausgangsposition zu schaffen, wurde bei den geriatrischen Patienten die „Elektrotherapie“ generell als mit dem Clinic-master/Vital-master vorzunehmen festgelegt. Den ambulanten Patienten gegenüber wurde der Versuch der Beeinflussung ihrer Symptomatik mit einer ihnen bisher nicht bekannten Anwendung signalisiert. Dazu wurde ihnen firmenübliches Informationsmaterial ausgehändigt. Bei den von Angehörigen abhängigen Patienten erfolgten die Gespräche im Konsens mit den Beteiligten. Außerdem wurden sie um Rücksprache mit dem verordnenden Arzt zwecks zwischenzeitlicher Aussetzung der KG gebeten. Seitens der Ärzte gab es uneingeschränkte Zusagen, direkte inhaltliche Anfragen zur Methode gab es jedoch nicht.

Bei den 77 Parkinson-Patienten ließ sich die aktuelle Symptomatik wie folgt feststellen:

41 beklagten den Intensionstremor und zunehmende Gangunsicherheit (waren noch ohne Hilfsmittel oder hatten nur einen Handstock)

23 waren durch Ruhetremor, zunehmende Rigidität mit limitierten Bewegungsausmaßen beeinträchtigt (Rollator und/oder Rollstuhl vorhanden)

13 waren transferinstabil und Rollstuhlgebunden

Die Patienten hatten je nach Verlauf und bis dato einsetzender Therapie schon die unterschiedlichsten Symptome mit unterschiedlichen Intensitäten erlebt.

Bei den 12 MS und 2 ALS-Patienten zeichnete sich folgende aktuelle Symptomatik ab:

- 8 (MS-Pat.) beklagten Sensibilitätsstörungen und partielle Spastiken im Bereich der unteren Extremitäten mit erheblich kürzerer Stand- u. Gangbelastbarkeit
- 2 (MS-Pat.) hatten intermittierende Sehstörungen sowie zunehmendes Gefühl der körperlichen Belastungseinschränkung
- 4 (2 MS u. die 2 ALS-Pat.) waren bereits erheblich transferinstabil u. Rollstuhl gebunden

Die 8 Restless-legs-Betroffenen waren zum Zeitpunkt des Beginns der Beobachtungen mit diversen therapeutischen Maßnahmen in ambulanter physikalischer Betreuung, die trotz Erfahrungen und Kreativität ihrer Behandler keine Rückschlüsse auf zu erwartende Effekte erhoffen ließen.

Ihre Problematik beschrieben sie als eindeutig vorherrschend in Ruhesituationen und damit auch speziell während der Nachtschlafzeit.

Mit ihnen wurde ein Abbruch der laufenden Serie zu Gunsten des Neubeginns im Wechsel des Therapiemittels besprochen.

b) Methoden

Anders als bei klinischen Studien und mit dem Wissen um die Wandelbarkeit der Symptomatik und Intensität im Erscheinungsbild bei den Parkinson-, MS- und ALS- Patienten erfolgte von Anfang an keine strikte Festlegung auf ein Programm und damit eine vorbestimmte Elektrodenanlage. Motivierend zur aktuell-situativen Neuanpassung pro Behandlungstag waren die eingangs erwähnten Therapieerfolge bei Patienten mit Defiziten am Halte- und Bewegungsapparat und die individuell zu bestimmenden Strategien auf Grund der gegebenen Programmvelfalt. Für die stationären Patienten wurde über 2 Wochen die tägliche Anwendung (5x pro Woche), also 10 Applikationen eingeplant; die ambulanten Patienten wurden mit 10 Anwendungen 2x wöchentlich (also insgesamt über 5 Wochen) betreut.

Die vorgenommenen Anlagen entsprachen den jeweiligen Standards, alle geriatrischen Patienten wurden des Weiteren entsprechend der einzuhaltenden Assessments behandelt. Da ihnen die begleitenden Maßnahmen (KG, Massagen, Gruppenangebote) bereits durch ambulante Anwendungen, Reha-Aufenthalte oder vorher schon mal erlebte stationäre Betreuungen bekannt waren und Kontakte mit der konventionellen ET nicht unbekannt waren, konnten sie das Gefühl nach der Clinic-master/Vital-master-Therapie subjektiv sehr gut zuordnen. Die ambulant behandelten Patienten erhielten über die 5 Wochen in Absprache keine weiteren physikalischen Therapiemaßnahmen.

Dokumentation

Die Dokumentation erfolgte vor und nach der Behandlung, adäquat zur Schmerzskala in der speziellen Schmerztherapie äußerten die Patienten das Gefühl für ihr unmittelbares vorher/nachher-Befinden zwischen 0 (= sehr schlecht) und 10 (= sehr gut).

Ebenfalls wurde das jeweils angewendete Programm und die spezifische Begründung zur Auswahl festgehalten.

3. Ergebnisse

(Einzelfallbeschreibungen s. Anlage)

Die über Jahre krankheits- und leidensgewohnten sowie therapieerfahrenen Patienten konnten seit langer Zeit erstmalig Behandlungserfolge spüren, die ihnen bei den bis dahin traditionell bekannten Anwendungen so nicht nachvollziehbar waren. Auch die vorherige Skepsis gegenüber einem Mittel aus der scheinbar sonst nicht wirkungsbeständigen Elektrotherapie konnte bereits nach der ersten Anlage entkräftet werden. Von Vorteil war dabei unstrittig die Individualität in der Vorgehensweise.

Parkinson-Patienten:

Das Programm „Regeneration“ als Einstieg in die Behandlungsserie zu benutzen, erwies sich in der Problematik der Rigidität als effektiv. Die Patienten äußerten nach Ablauf nicht nur den verstärkten Drang zum Wasserlassen, sondern sinngemäß mit vergleichbarer Wortwahl ein leichteres und freieres Gefühl bei einzelnen oder gesamtkörperlichen Bewegungsabläufen.

Mit dem Programm „Neuralgie“ konnten sowohl Intensions- als auch Ruhetremor über zunehmend längere Zeitabschnitte abgeschwächt bzw. ausgeschaltet werden. Stand- und Gangunsicherheiten waren nach Ablauf dieses Programms ebenfalls weniger präsent.

Für Betroffene, die sich nicht eindeutig mitteilen konnten und deren subjektive Einschätzung ihrer körperlichen Situation zunächst nicht eindeutig festzustellen war, bot sich das Programm „Vegetativer Ausgleich“ als Behandlungseinstieg an.

Ob ein Programm nach Behandlungsbeginn am Folgetag nochmals verwendet wurde oder die aktuelle Symptomatik ein anderes effektiver erscheinen ließ, war vom Gespräch mit dem Behandler und der Erwartungshaltung des Patienten abhängig. Genauso wurde in der Frage des Zurückgreifens auf bereits angewendete Programme oder weitere mögliche entschieden. In diesem Sinne konnten auch unabhängig zur neurologischen Grunderkrankung bestehende Defizite des Halte- und Bewegungsapparates berücksichtigt werden. So konnten Arthrose- oder rheumatisch bedingte Gelenk- und Wirbelsäulenprobleme mit den Anlagen: „Arthrose akut“, „Arthrose chronisch“, „Rheuma“ sowie weiteren Befund und Diagnostik angepassten Programmen erheblich schmerzentlastet und sogar schmerzfrei gemacht werden. Diese „Zugriffe“ sind von Anfang an überhaupt nicht in Erwägung gezogen worden.

Im Konsens der insgesamt verwendeten Programme ergaben sich zum Erstaunen der Beteiligten so gut wie immer folgende Resultate:

- **Verbesserung der Bewegungselastizität**
- **Rückgang/Verschwinden des Tremors**
- **Stand- und Gangsicherheit mit und ohne Hilfsmittel**
- **Transferstabilität und eigenständige Fortbewegung im Rollstuhl**
- **Mehr Zufriedenheit im Alltag betreffs Eigenständigkeit und familiäres Klima**
- **mehr Teilnahme am familiären und gesellschaftlichen Leben**

MS/ALS-Patienten:

Durch den Beginn der Maßnahme mit den Parkinson-Patienten kam es zur Nachfrage eines Neurologen, ob eine Möglichkeit der Beeinflussung von Spastik bei MS-Patienten ebenfalls mit dem Clinic-master/Vitalmaster denkbar wäre. Wie bei Patienten mit Spastiken aus anderen Defiziten heraus wurde zunächst der lokale Umgang mit dem Programm „Muskeldetonisierung“ im Einsatz mit den Handelektroden gepflegt. Häufig spürten die Patienten nach Behandlung der primär verkrampfenden Areale diese überhaupt nicht mehr als auffällig oder störend, dafür aber überlappende und vorher so kaum wahrgenommene.

Dies veranlasste zur Auswahl komplexerer Programme wie z. B. „Regeneration“, „Vegetativer Ausgleich“ oder „Entzündung“, wenn der Verdacht auf aktive Erkrankungsherde bestand.

Bei allgemeinbefindlichen Störungen wie Sehbeeinträchtigung, körperliches Schwächegefühl oder allgemein herabgesetzte Ausdauerfähigkeit brachten die Programme „Neuralgie“ und „Vegetativer Ausgleich“ unmittel-

bar nach Ablauf bereits spürbare Verbesserung der Ausgangssituation. Der Rückgang von Kraft und Mobilität bis hin zum partiellen Unvermögen von körperlicher Leistungsfähigkeit konnte mit dem Einsatz der Programme „Muskeltonisierung“ und „Regeneration“ spontan spürbar verbessert werden. Vergleichbar wie in der Gruppe der Parkinson-Patienten war auch hier das nicht festlegen auf ein Programm sondern die aktuell-situative Auswahl an jedem Behandlungstag. Aus den Erfahrungen mit dieser Patientengruppe heraus wurden Begleitprobleme, die in Form von degenerativen Veränderungen bestanden sehr schnell mit berücksichtigt. Das diese sich (wieder) präsent machten, entstand durch die Tatsache des Ausnutzens der wieder gewonnenen Mobilität und Kraft. In dem Zusammenhang verwunderte es nicht, dass muskuläre Überforderungen aus unerwartet möglich gewordener körperlicher Belastung heraus schon mal mit dem Programm „Regeneration“ behoben werden musste. Aussagen zur erheblichen Verbesserung von Lebensqualität, (Teil-) Selbstständigkeit und Alltagsfähigkeit wurden einhellig getroffen. Begeisterung rückte den Unglauben, dass so etwas nochmal möglich wurde völlig in den Hintergrund.

Betroffene mit Restless-legs-Problematik:

Mit den Erkenntnissen der guten Erfolge der o.a. Patientengruppen ergab sich die Motivation, diese Erfahrungen auch bei den bis dato nur mit unbefriedigtem Therapieeffekt begegneten betroffenen Menschen zu helfen. Die 8 Patienten waren von vornherein gegenüber neuen Vorschlägen aufgeschlossen und das Programm „Vegetativer Ausgleich“ brachte von der ersten Anwendung an deutlich spürbaren Erfolg. Berichte von erstmalig ungestörter Nachtruhe von Anfang an bis hin zum Weglassen gewohnter medikamentöser Hilfen nach 2 bis 3 Anwendungen veranlassten nicht selten zu Bemerkungen, die Serie nach 5 bis 6 Anlagen zu beenden. Zu Vergleichszwecken wurden jedoch die vereinbarten Modalitäten beibehalten. Wie in den anderen Gruppen wurden bei diesen Patienten spätestens dann Begleiterkrankungen (Arthrosen, Rheuma, Osteoporose usw.) mit entsprechenden Programmen einbezogen. Identisch war jedoch bei allen Betroffenen das gleiche Programm von der ersten bis sechsten Anlage. In dieser Patientengruppe war die Begeisterung über die Methode und die gedankliche Revision des nicht mehr vorhandenen Glaubens an eine Besserung spontan am intensivsten.

Diskussion der Ergebnisse

Sicherlich ist es schwierig, repräsentative Resultate zu erzielen, wenn man zwar grundsätzlich mit einem bisher noch nie vorher genutzten Mittel in Form des Clinic-masters/Vital-masters ungeahnt völlig neue Wege erschließen kann. Aber gerade die gerätetechnische Programmvelfalt, der optimale regulative/reparative Zugriff auf die aktuelle Symptomatik und die nachhaltigen Effekte bestärken die Anwender in ihrer immer wieder neuen, befundorientierten Auswahl und Applikation. In diesem Zusammenhang mag es als unstrittig gelten, dass es beim vorhandenen Patientenpotenzial keinen Sinn machte, über einen vorgesehenen Beobachtungszeitraum generell gleiche Programme und Anlagen vorzunehmen. Das bisher nie erlebte subjektive Besserungsgefühl und der Rückgang stark beeinträchtigender Symptome veranlasste dazu, die dem Überlappungseffekt unterliegende Symptomatik gezielt zu beeinflussen. Diesem Anliegen konnte die vorhandene Programmpalette mit ihrer frequenzspezifischen Reizparametergestaltung voll gerecht werden. Wenn den Patienten der Rückgang der ursprünglichen Symptomatik bewusst wurde, kamen selbstverständlich die Fragen nach weiterem gezieltem Entgegenwirken der sich dann präsentierenden Probleme und ihrer Beseitigung auf. Begann sich das auf ihre Alltagsgewohnheiten auszuwirken und veränderte ihre bisher eingeschränkten Belastungsabläufe, konnte spontan die körperliche Anpassung fördernd oder dämpfend reguliert werden. All das war so in der vorherigen Lebensführung nicht mehr enthalten. Wünsche nach Erhalt des noch möglichen standen bis dahin im Vordergrund. Die wiedergewonnene Lebensqualität hinterließ hingegen nur noch einen Wunsch, sie unbedingt so beizubehalten bzw. vor erneutem Abdriften in eine verstärkte Symptomatik geschützt zu sein. Nach diesen kurzen Behandlungszeiträumen ist es müßig, dazu eine verbindliche Aussage zu treffen. Dennoch können die Langzeiterkrankten bei kontinuierlicher Anwendung mit angepasster Lebensweise davon ausgesehen, dass sich erreichtes halten lassen kann.

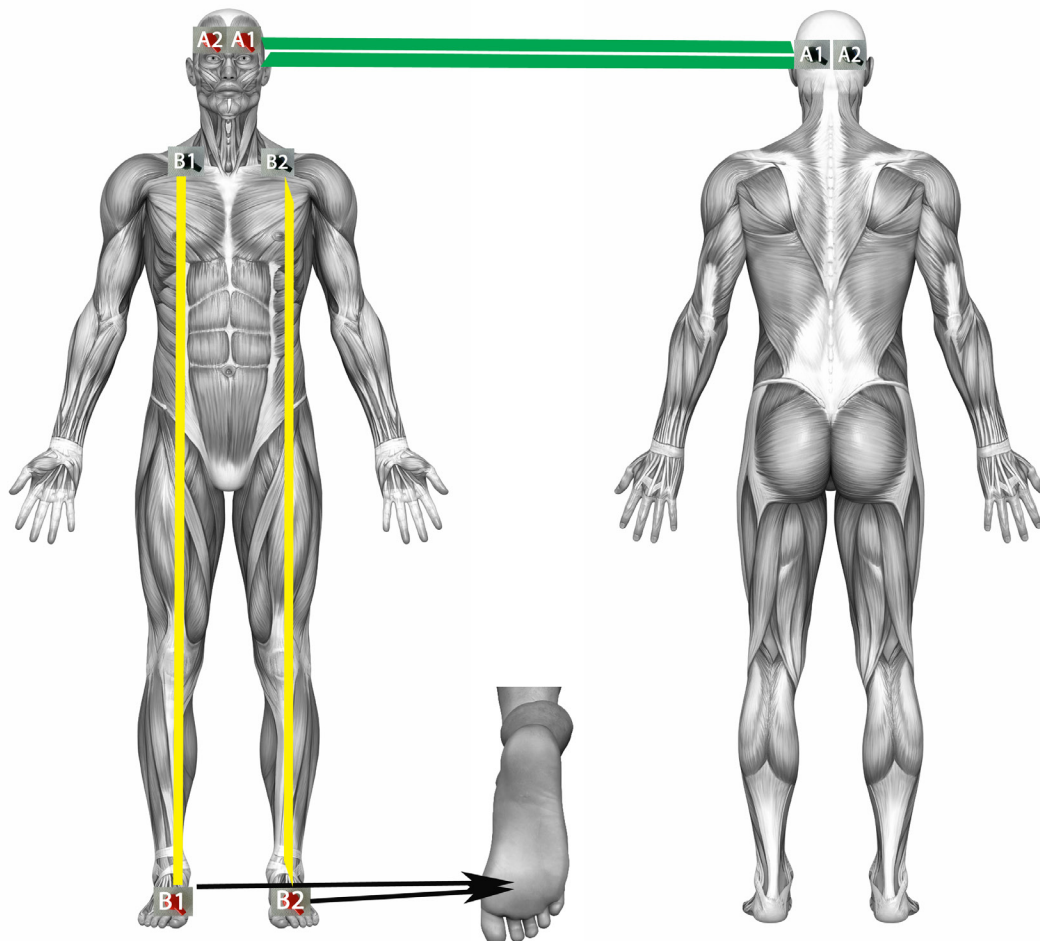
Um die Methode generell ergebnisorientiert mit Langzeiteffekt zu garantieren, ist der Gedanke des Übernehmens der Therapie in die Hände des/der Betroffenen bzw. deren Angehörigen unabdingbar. Der Vital-master ist dazu genauso ideal wie die Anbindung der Anwender an eine autorisierte Praxis.

Geeignete Berufsgruppen wie z. B. Physiotherapeuten/Krankengymnasten und Masseur/Med. Bademeister

sollten unbedingt über die wirkungsphysiologischen Grundlagen und die garantiert Risiken- und nebenwirkungsfreie Therapie informiert werden. Nicht zuletzt, um diese gegenüber vielen anderen der Physikalischen Therapie mit lediglich blockierenden Effekten zu favorisieren. **Realistisch gesehen kann man den konventionell-elektrotherapeutisch geprägten Slogan: „Heilen mit Strom“ keiner anderen Anwendung zugestehen!**

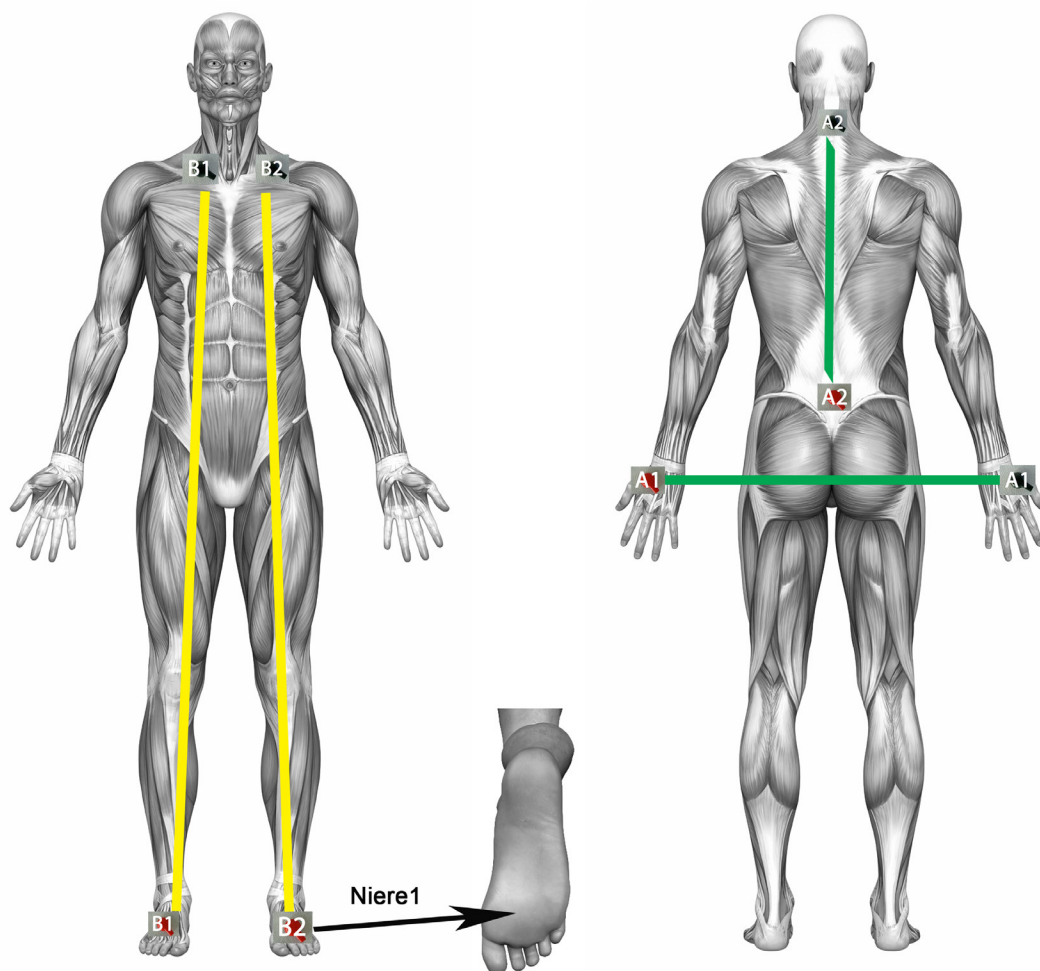
B CR-Therapie Anlage mit Klebeelektroden

Mb. Parkinson und Multiple-Sklerose Kopfanlage



Kleben Sie die beide **A-Kanäle** jeweils die roten Pole auf die **Stirn des Patienten**, die Elektroden sollten hierbei parallel liegen. Die schwarzen Pole des A-Kanals (die Gegenpole zu den roten Polen auf der Stirn) kleben Sie in den Nacken kurz unterhalb des Haaransatzes. Eine Alternative ist hier der Mastoid jeweils rechts und links. Bei den **B-Kanälen** kleben Sie die schwarzen Pole jeweils links und rechts **knapp unterhalb des Schlüsselbeins** (Akupunkturpunkt Niere 27, Shufu-Punkt und gleichzeitig Endpunkt des Nierenmeridians). Die Gegenpole (die roten Pole der B-Kanäle) kleben Sie wie in der Grafik dargestellt in die Mitte des Fußballens. (Akupunkturpunkt Niere 1, Yongquan Punkt und sogleich Anfangspunkt des Nierenmeridians, Auf der Fußsohle an der Grenze zwischen dem vorderen und mittleren Drittel des Fußes, proximal von dem 2. und 3. Metatarsophalangealgelenk.)

Bei den **Parkinsonpatienten** sollten Sie hier mit dem Programm „**Neuralgie**“ beginnen. Bei den Patienten mit **multipler Sklerose** beginnen Sie mit dem Programm „**Entzündung**“. Eine Alternative zu den beiden Programmen bieten die Programme „Regeneration“ und „Vegetativer Ausgleich“. Diese sollten gewählt werden, sofern durch die Programme „Neuralgie“ oder „Entzündung“ spätestens nach der 2. Behandlung keinerlei Veränderung beim Patienten eingetreten ist. Sollten jedoch die Patienten im Beginn der Behandlung eine Depression bzw. vegetatives Unwohlsein im Vordergrund stehen, kann die Behandlungsserie auch mit dem Programm „Vegetativer Ausgleich“ begonnen werden.



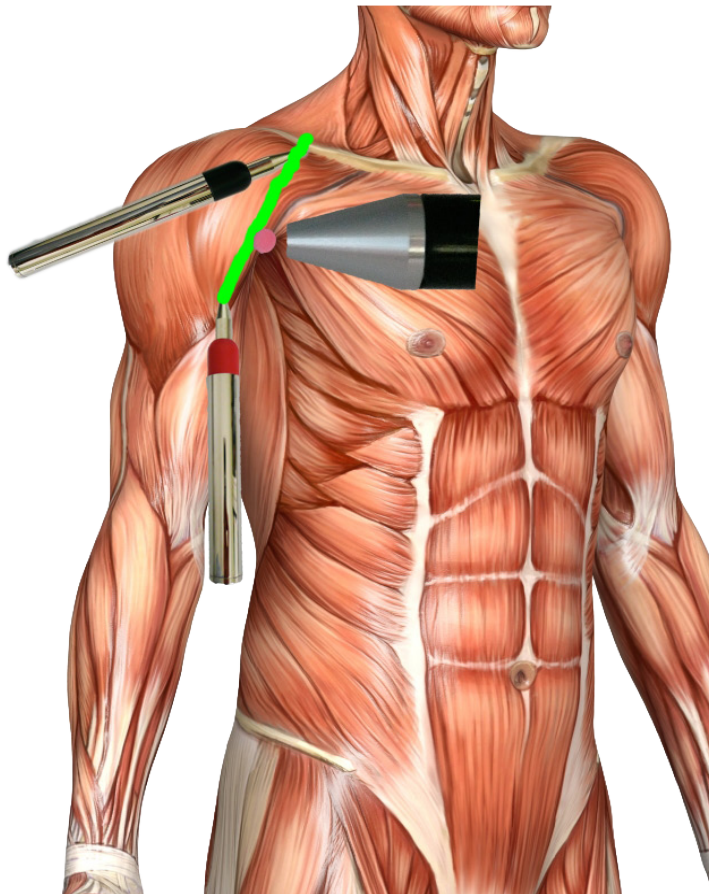
In der bezogenen Variante kleben Sie den A1-Kanal auf den Akupunkturpunkt Dickdarm 4 (An der höchsten Stelle des M. adductor pollicis, wenn der Daumen am Zeigefinger anliegt. Diese Methode der Punktlokalisierung von Di 4 Hegu ist die gebräuchlichste). Der Dickdarm 4 Punkt stellt den wichtigsten Punkt in der Akupunktur von Schmerzzuständen dar. Kleben Sie den roten Pol des A1-Kanal auf die linke Hand des Patienten und den schwarzen Pol auf die rechte Hand des Patienten. Die B-Kanäle kleben Sie wie auf Seite 9 in der kopfbezogenen Anwendung von Niere 27 zu Niere 1 parallel.

Bei der Behandlung von Patienten mit multipler Sklerose sollten Sie mit dem Programm „Entzündung“ beginnen. Klassischerweise wird diese Anlageform bei den Programmen „Regeneration“ + „Vegetativer Ausgleich“ gewählt. Sollten Patienten unter der Behandlungsserie (bei Mb. Parkinson + MS) bei der Anwendung der Kopfanlage wie auf Seite 9 dargestellt beschreiben, „vom Kopf her kann ich mehr zu trauen, jedoch fühle ich mich konditionell bzw. körperlich eher schlapp, energieleer...“ dann sollten Sie zu der Wirbelsäulen bezogenen Anlage übergehen mit dem Programm „Regeneration“. Dieses Programm hat sich beim Einsatz im Sport sehr bewährt.

Spastikbehandlung bei neurologischen Erkrankungen

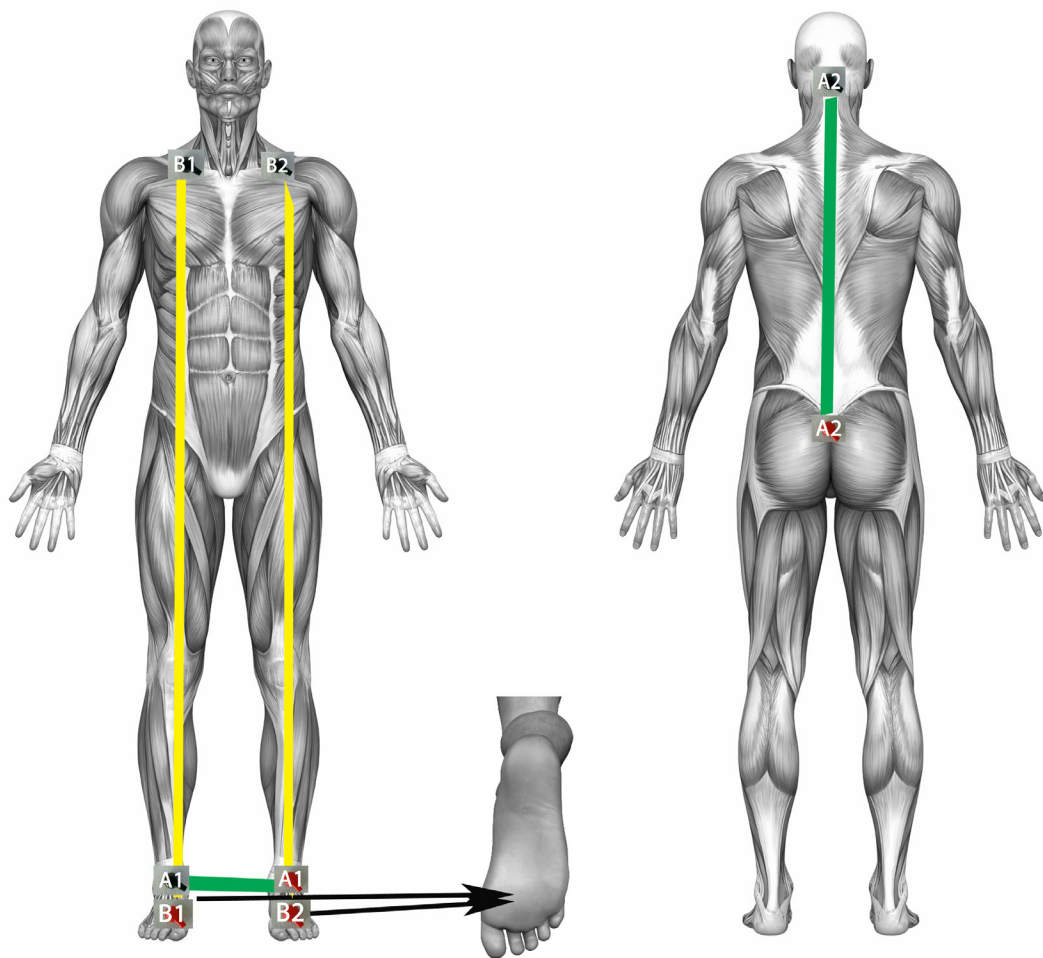
Aus der Praxis kennen viele Patienten die durch ihre Erkrankung z.B. Parkinson mit muskulären Dysfunktionen bzw. Verkrampfungen oder gar Spastiken zu kämpfen haben. Als erste Behandlungsmöglichkeit bietet sich die sog. „Ganzkörperanlage“ wie auf der Seite 10 unter der wirbelsäulenbezogenen Behandlung dargestellt. Das erste Programm der Wahl ist hier die „Regeneration“.

Weiter sollten die entsprechenden Muskelgruppen mit Hilfe der Nanophotonen bzw. den Stabelektroden behandelt werden. An erster Stelle sollte hier die Nanophotonentherapie stehen durch ihre schnellere Umsetzung im Stoffwechsel im Vergleich zu den Hand- bzw. Stabelektroden. Wählen Sie beim Einsatz der Nanophotonentherapie das Programm „Muskeldetonisierung N“ um beim Einsatz der Stabelektroden das Programm „Muskeldetonisierung“. Verfahren Sie in der Anwendung in den jeweiligen Muskelgruppen anhand des folgenden Beispiels. Bedenken Sie das der „Stress“ für den Muskel in erster Linie in der Muskelfaszie entsteht. Daher sollte unter dieser Betrachtungsweise mit den Nanophotonen bzw. Stab- oder Handelektroden gearbeitet werden.



Beispielbild aus dem Skript: BCR-Reflexmuskeltherapie

R^{estless-Legs}



In der Behandlung der Restless-Legs Problematik ist die Anlage der Elektroden ähnlich wie in der „Ganzkörperbehandlung“ mit dem einzigen Unterschied, dass Sie den A1-Kanal wie in der Grafik dargestellt jeweils auf den rechten und linken Fuß des Patienten kleben. Der A2-Kanal wird auf die Wirbelsäule geklebt und die B-Kanäle bleiben unverändert auf Niere 27 und Niere 1. Das Programm für die Behandlung von „Restless-Legs“ ist „Vegetativer Ausgleich“