

BCR-THERAPIE IN DER NEUROLOGIE

STUDIE

STÄDTISCHES KRANKENHAUS KIEL

Inge Metag, leitende Physiotherapeutin Städtisches Krankenhaus Kiel, 2008 - 2010

MIKROSTROM BEI MS

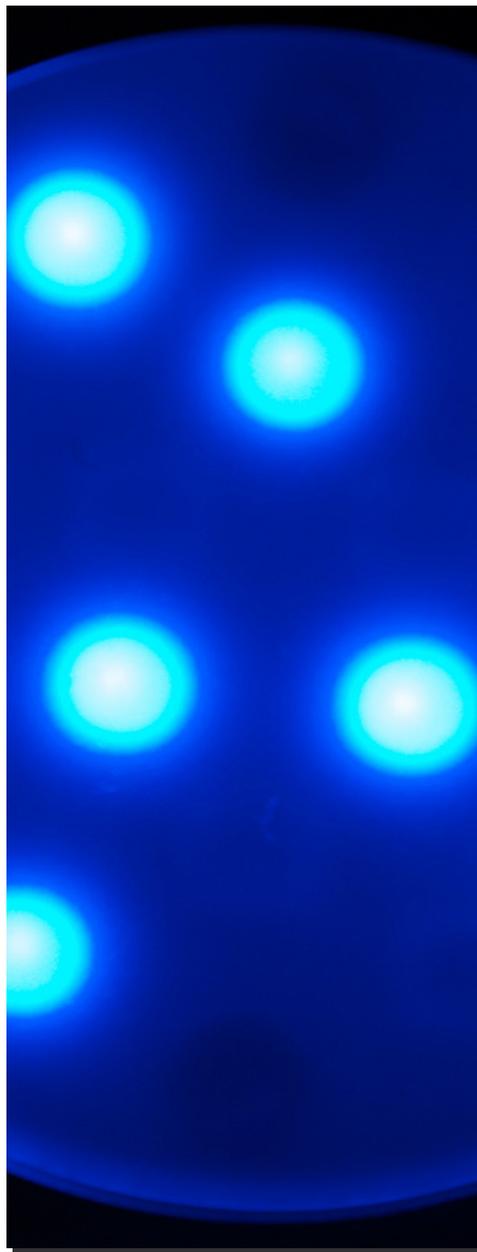
Kybernetische Schmerztherapie wissenschaftlich nachgewiesen „Made in Germany“

ERFAHRUNGEN

Eine Anwenderin berichtet

WAS BEWIRKT MIKROSTROM BEI PARKINSON WIRKLICH?

Wo liegen die Grenzen dieser Therapie?



Inhalt

03 Die Studie
Mikrostrom bei neurologischen Patienten

03 Material und Methoden

04 Patienten

08 Methoden

09 Ergebnisse

intro/

Medizinpress.de liefert Berichte und Neuigkeiten rund um den Bereich der Medizin und des Gesundheitswesens. Dabei Fokussierung wir uns speziell auf das Metier der komplementärmedizinischen Anwendungen. Wir möchten Ihnen mit Erfahrungsberichten von Anwendern und Patienten einen Überblick über die verschiedenen Möglichkeiten bieten. Die positiven Resonanzen auf unsere Internetseite haben uns dazu ermutigt, auch ein Printmedium herauszubringen.

In diesem Magazin geht es speziell um die Mikrostromtherapie. Diese spezielle Form der komplementären Medizin gewinnt in Europa mehr und mehr an Interesse. In Deutschland wird diese Therapieform seit dem Jahr 2000 eingesetzt. In vielen Bereichen wird die Mikrostromtherapie nach wie vor mit den klassischen elektrotherapeutischen Verfahren verwechselt und/oder verglichen. In einem Wirrwarr von Aussagen von Vertriebsorganisationen, bis hin zur teilweise Fehlinterpretation von Studien und wissenschaftlichen Arbeiten, wird es dem Interessierten Arzt oder Therapeuten nicht leicht gemacht, die für ihn konkreten Informationen herauszufiltern.

Durch die nicht seltenen verblüffenden Therapieergebnisse der Anwendung mit Mikroströmen, haben sich auch teils unseriöse Vertriebsgesellschaften auf dieses „Produkt“ gestürzt. Was dazu führte, dass der immer transparenter werdende Gesundheitsmarkt verunsichert wird und gerade die (Wissenschaftler und Hersteller), die versuchen diese Therapieform auf wissenschaftlich fundierte Beine zu stellen, in einer Informationsflut untergehen.

Wir möchten in dieser Ausgabe diejenigen in den Fokus rücken, welche dafür gesorgt haben und nach wie vor dafür sorgen, die Aussagen rund um die Mikrostromtherapie mit wissenschaftlichen Studien zu untermauern. Gerade die immer schärfer werdenden Richtlinien der EU (z.B. 93/42/EWG) schreiben mittlerweile vor, dass Aussagen und auch Indikationen, die mit einem Medizinprodukt beworben werden, auch bewiesen sein müssen.

Wir wünschen Ihnen viel Spaß beim Entdecken und kennenlernen der Mikrostromtherapie und ihren facettenreichen Anwendungsmöglichkeiten.

Patrick Walitschek
editor&creative director

MEDIZINPRESS.DE

impresum/

Verlag und Druck

epubli GmbH, Berlin
www.epubli.de
©2013 Patrick Walitschek

ISBN

978-3-8442-6209-4

Editor / Herausgeber

Patrick Walitschek

Fotos

istockphoto.com
Patrick Walitschek

*Das Nutzen der Texte und Bilder auch
auszugsweise ist nicht gestattet.*

Fragen und feedback:

Fuldablick 3
34355 Staufenberg

Email:

info@medizinpress.de
www.medicinpress.de

BEOBSACHTUNGEN BEI NEUROLOGISCHEN PATIENTEN WÄHREND DER THERAPIE MIT DEM CLINIC-MASTER PROFESSIONAL UND VITAL-MASTER /

Im Zeitraum August 2008 bis April 2010 wurden 99 Patienten mit den Diagnosen Mb. Parkinson, Multiple Sklerose, Amyotrophe Lateralsklerose sowie der Restless-legs-Problematisierung 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 Bewegungssystem. Zum anderen motivierte eine erhöhte Erwartungshaltung bezüglich der Programmvielfalt der Geräte gegenüber der individuellen Symptomatik und dem Verlauf zum Überdenken bisheriger Behandlungsstrategien.

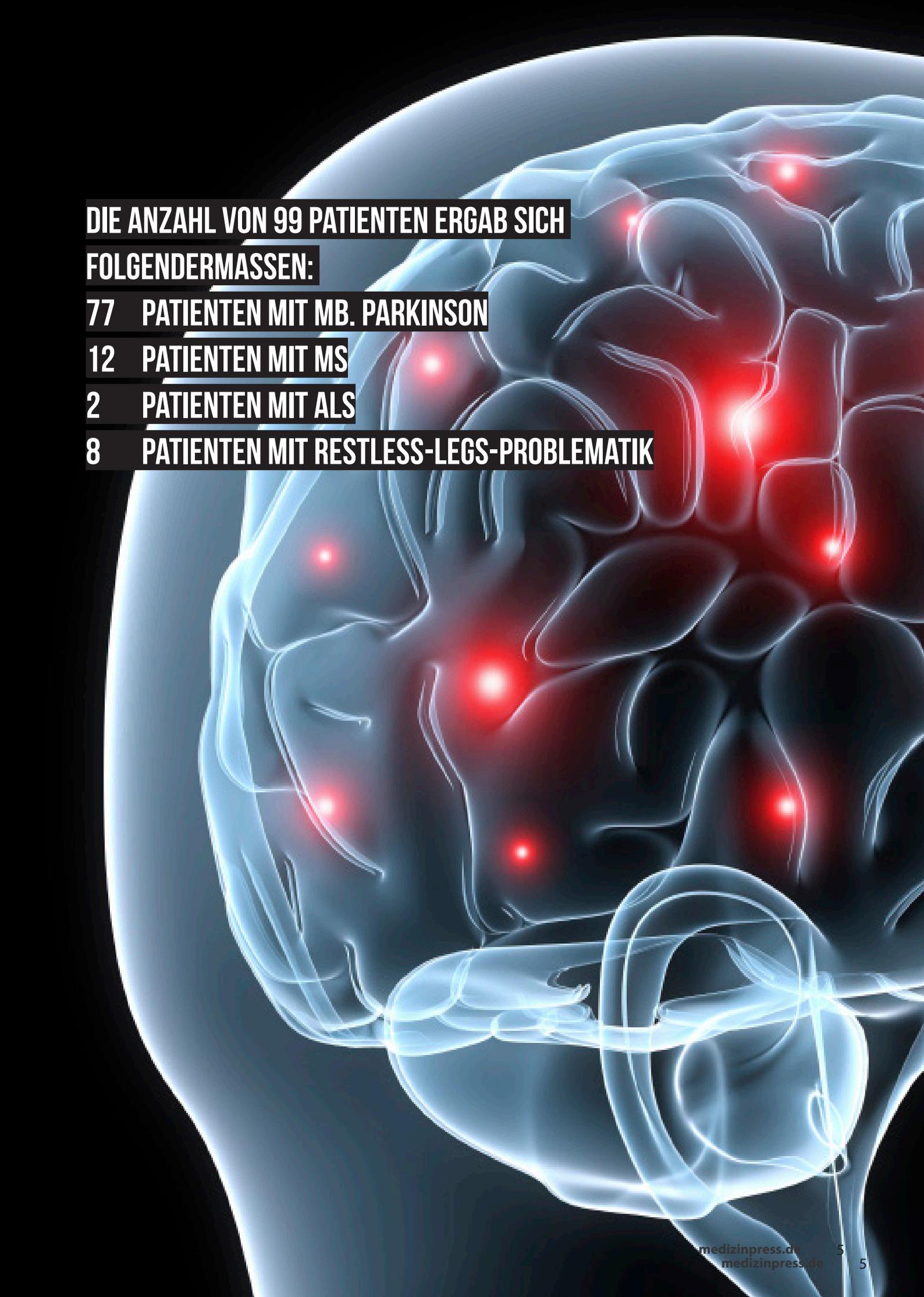
Die Tatsache, in allen Fällen neben planmäßig ablaufenden krankengymnastischen Anwendungen auf jegliche konventionelle Elektrotherapie zu Gunsten der Clinic/Vital-master-Therapie verzichten zu können, erwies sich im Verlauf bei allen 99 Patienten als optimal. Ebenso die Möglichkeit, sich mit jeder neuen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



**AUGUST 2008
BIS APRIL 2010
WURDEN 99
PATIENTEN BE-
HANDELT**

2. MATERIAL UND METHODEN

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 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

“
**BIS ZU 500%
MEHR ATP = EN-
ERGIE.**

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, de-tonisierende 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. O.a. Probleme waren nicht zuletzt ausschlaggebend für die stationäre Aufnahme und damit vorrangig in der subjektiven Hoffnung auf positive Beeinflussung zu bewerten. Gleiches galt für die MS und ALS-Patienten.



**LICHT KANN
GEBROCHEN
WERDEN**

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 Programmvierfalt. 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.

“
BIS ZU 500%
MEHR ATP = EN-
ERGIE.

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. EREGBNISSE

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

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 Bewegungsab-

läufen.

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 Clinicmaster/Vital-master denkbar wäre. Wie bei Patienten mit Spastiken aus anderen Defiziten heraus wurde zunächst der lokale Umgang mit dem Programm „Muskelde-tonisierung“ 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“, «VPgetativer 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“ unmittelbar 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 wunderte 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.

“
“
BIS ZU 500%
MEHR ATP = EN-
ERGIE.

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

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 Clinicmasters/Vital-masters ungeahnt völlig neue Wege erschließen kann. Aber gerade die gerätetechnische Programmviefalt, 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 ausgehen, dass sich Erreichtes halten lassen kann. Dafür sprechen sicher auch die jahrelang vorher gemachten Erfahrungen bei funktionellen und strukturellen Defiziten am Halte- und Bewegungsapparat.

In dem Zusammenhang verwundern jedoch grundsätzlich zwei Fakten:

Kaum einer der behandelnden Ärzte interessierte sich inhaltlich für die Therapiemethode, obwohl sie ihren Patienten zusprachen, sich weiterhin damit behandeln zu lassen und vom aktuellen Stand sehr angetan waren.

Die Angehörigen der speziell pflegebedürftigen und in ihren Aktivitäten erheblich eingeschränkten

Kranken meinten durch die wieder erreichten Teilselbständigkeiten im Alltag Probleme mit der Sicherheit und im routinierten Ablauf zu bekommen. Die Patienten selbst waren dadurch oft verunsichert, ob sie sich über das Erreichte freuen oder sich dem gewohnten Tagesablauf mit der üblichen Unselbständigkeit hingeben sollen. („das ist sicherer so“, „mein Partner hat das lieber so“, „wir machen das schon lange so“ usw. - was nicht unbedingt motivierend wirkte.)

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!**

Was erwartet

Sie in der nächsten

Ausgabe?

Social-Media

Was bringt für das Web 2.0 für die Arztpraxis?
Kann ein Physiotherapeut damit Patienten gewinnen oder halten?

Die multimodale Schmerztherapie

Eine der Hauptgründe für den Verjüngungseffekt der Haut ist, dass die Muskulatur durch die Anwendung schneller aufgebaut wird und die Zellteilung zunimmt. Jedoch nicht nur im Gesicht kommt diese Anwendung zum Tragen, auch andere Körperregionen können hiermit kosmetisch behandelt werden.

Interview mit Experten

Die Heilpraktikerin und Kosmetikerin Radojka Flöer hat zur Anwendung der Mikrostromtherapie im Bereich der Kosmetik ein spezielles Anwendungs- und Schulungsverfahren entwickelt. Hierzu hat sie im Jahr 2012 das Buch „Beauty Wellness mit Biologischer-Cell-Regulation“ herausgebracht. Erschienen ist das Buch im Windsor Verlag. ISBN (978-1-938699-23-8)

Gerät + Vertrieb

Die Firma *Partners in Health* vermarktet speziell für die kosmetische Anwendung das Mikrostromgerät „Vital-Master BCR-Kosmetik“. Das Gerät hebt sich besonders durch seine Frequenzbandbreite von 0,1-10.000 Hz hervor. Frau Flöer hat nach jahrelanger Forschung spezielle kosmetische Programme auf den *Vital-Master* abgestimmt.

Praxismarketing

Die speziell für die kosmetische Anwendung mit Mikroströmen entwickelte Kosmetikserie der Firma *VitaCELLnetic* ergänzt das Konzept von Frau Flöer und der Firma *Partners in Health*. Die Produkte enthalten hochdosierte Wirkstoffe wie Gold, Edelsteine und Pflanzenexlexiere und sind frei von unerwünschten chemischen Zusätzen. Die Palette umfasst maßgeschneiderte Pflegeprodukte für Gesicht, Körper und Haare. Weitere Informationen hierzu unter <http://www.vitacellnetic.ch>.



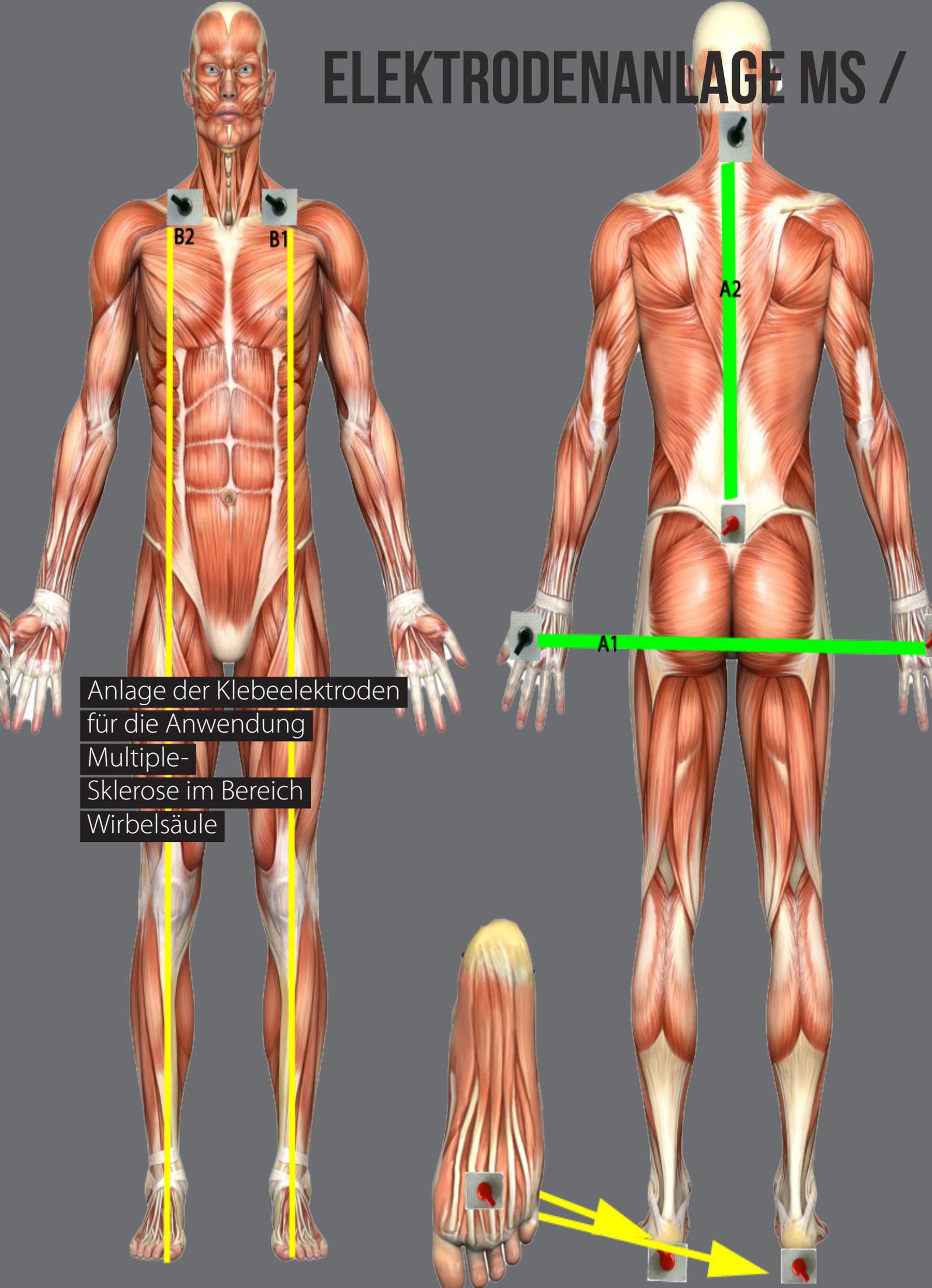
PRAXISMARKETING



ELEKTRODENANLAGE MS /

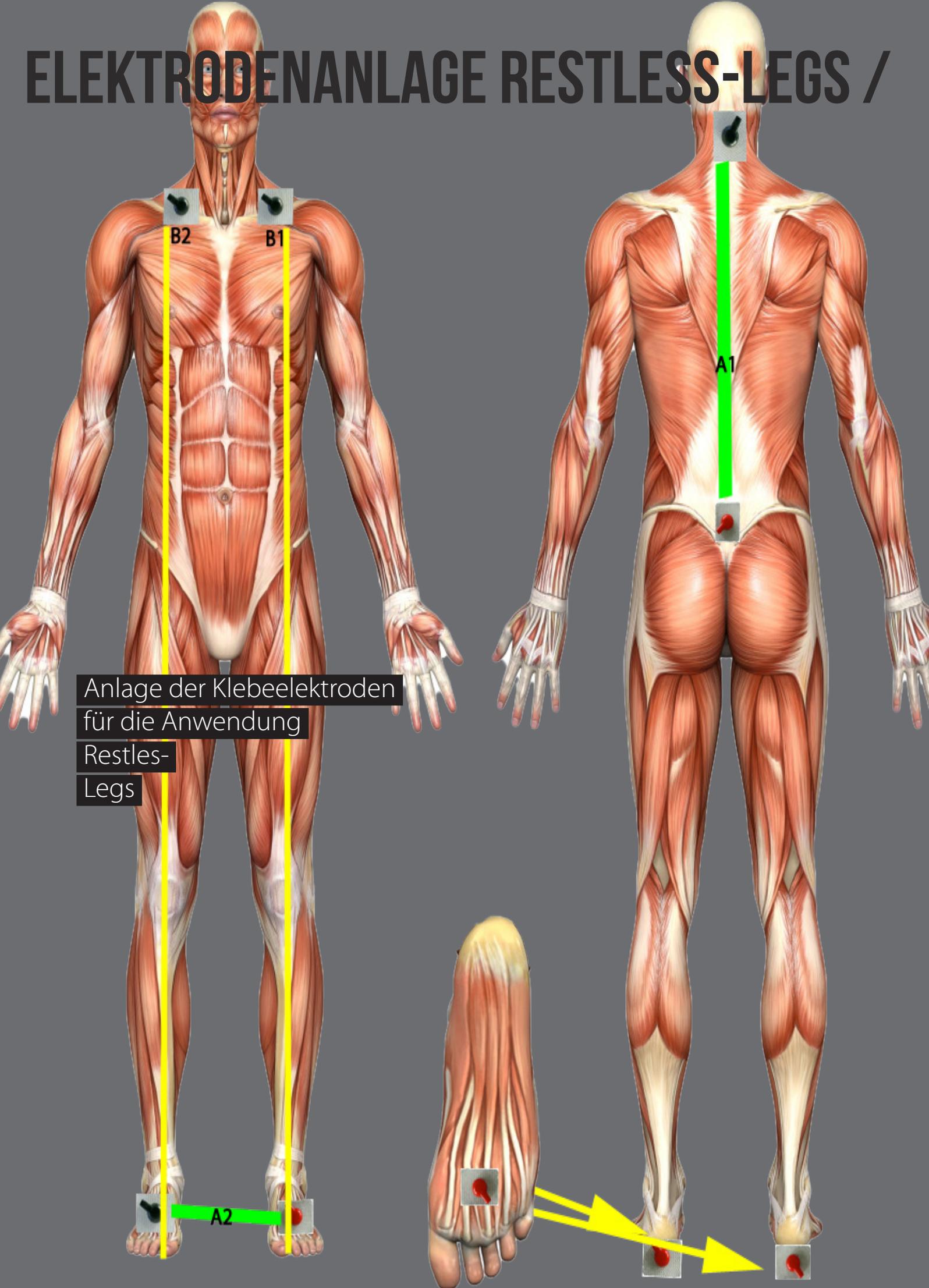
Anlage der Klebeelektroden
für die Anwendung
Multiple-
Sklerose im Bereich
Kopf

ELEKTRODENANLAGE MS /



Anlage der Klebeelektroden
für die Anwendung
Multiple-
Sklerose im Bereich
Wirbelsäule

ELEKTRODENANLAGE RESTLESS-LEGS /



Anlage der Klebeelektroden
für die Anwendung
Restless-
Legs

Werbeanzeige



WWW.LUXXAMED.DE



Uns gibt es jetzt auch
als Smartphone-App!



ISBN 978-3-8442-6209-4