

Leitfaden für Mediziner zum FPZ Konzept



Das Forschungs- und Präventionszentrum zur Analyse und Optimierung der Funktion von Wirbelsäule und Bewegungsapparat (FPZ) Köln hat in langjähriger wissenschaftlicher Forschungsarbeit die analysegestützte medizinische Trainingstherapie für die Wirbelsäule (FPZ Konzept) entwickelt.

Diese beinhaltet ein Aufbauprogramm mit 10 bzw. 24 Trainingseinheiten (Anzahl der Trainingseinheiten pro Woche: 1-2) sowie darauf aufbauend ein Trainingsprogramm zur weiterführenden Prävention mit einer regelmäßigen Trainingseinheit pro 7-10 Tage. Die Methodik ist in dem Fachbuch "Denner A: Analyse und Training der wirbelsäulenstabilisierenden Muskulatur (Springer-Verlag Heidelberg 1998)" im Detail dokumentiert.

- Primäres Therapieziel ist die Rekonditionierung des Patienten, d.h. die Optimierung des Funktionszustands der Wirbelsäule mittels Verbesserung und Harmonisierung der Kraft und Leistungsfähigkeit von Rumpf-, Nacken- und Halsmuskulatur.
- Speziellere Zielsetzungen sind u.a.: Verbesserung der Lebensqualität sowie ausgewählter psychologischer Parameter, Verbesserung des Beschwerdebilds der Wirbelsäule, Vermeidung der Chronizität der Beschwerden, Reduktion von Dauermedikation, ärztlicher Behandlung sowie physikalischer Behandlungsmaßnahmen, Reduktion der AU-Tage wegen Rückenbeschwerden, Vermeidung und Ersatz von stationären Rehamaßnahmen.
- Hauptinhalte dieses methodisch standardisierten Trainingskonzepts sind:
 - progressives dynamisches Krafttraining der Rumpf-, Nacken- und Halsmuskulatur an speziell hierfür entwickelten Trainingssystemen
 - Funktionsgymnastik zur Mobilisierung der Wirbelsäule, zur Dehnung der Hüft-, Rumpf-, Nacken- und Halsmuskulatur sowie zur Kräftigung der Rumpf-, Nacken- und Halsmuskulatur
 - Hinweise zu bzw. Erlernen von wirbelsäulengerechtem Verhalten sowie wirbelsäulenschonenden Bewegungstechniken
 - Techniken zur mechanischen Entlastung der Wirbelsäule und zur Entspannung der wirbelsäulensichernden Muskelgruppen

Die Erkenntnisse einer vor Trainingsbeginn durchgeführten biomechanischen Funktionsanalyse der Wirbelsäule sowie der Einsatz modernster wissenschaftlicher Methoden gewährleisten dabei die maximale Individualisierung und optimale Steuerung des Trainings.

Die trainingsbedingten objektiven und subjektiven Anpassungserscheinungen werden nach Beendigung des Trainingsprogramms mit wissenschaftlichen Methoden quantifiziert und im Rahmen der Abschlusssanalyse dokumentiert.

Teilnahmevoraussetzungen

Für die Teilnahme am FPZ Konzept gelten folgende Indikationen und Kontraindikationen

Indikationen

- Wirbelsäulensyndrome mit erheblicher Symptomatik
 - bei nachgewiesenem Bandscheibenvorfall (auch postoperativ) und erheblichen Protrusionen außerhalb des akuten Stadiums
 - bei nachgewiesenen degenerativen Veränderungen
 - bei nachgewiesenen Spondyllysen und Spondylolisthesen
 - bei Wirbelsäulenverletzungen im Rahmen der konservativen oder postoperativen Behandlungen
 - bei rezidivierenden Bandscheibenleiden mit erheblich eingeschränkter Arbeitsfähigkeit
 - Funktioneller Rückenschmerz auch ohne degenerative Veränderungen
 - Muskuläre Wirbelsäuleninsuffizienz und/oder Dysbalance
- Voraussetzung für die Teilnahme ist dabei, daß operationswürdige Befunde fachärztlich ausgeschlossen sind und postoperative Zustände innerhalb von vier Monaten der Einwilligung des Operateurs bedürfen. Es muß mindestens Übungsstabilität bestehen und darüber hinaus eine ausreichende geistige, psychische und körperliche Konstitution sowie Kooperation und Motivation des Patienten gegeben sein.

Relative Kontraindikationen

- Tumorleiden
- medikamentös nicht ausreichend eingestellte Hypertonie
- belastungslabile KHK
- relative Herzinsuffizienz
- kurze Intervallphasen von Rheuma
- Osteoporose bis 80% Knochendichte des Altersdurchschnitts
- Bandscheibenvorfälle und Protrusionen bis 3 Monate ohne Operationsindikation
- grüner Star
- Diabetes
- instabile Psyche

Absolute Kontraindikationen

- frische Frakturen (bis 4 Monate)
- Zustand nach Bauchoperation (bis 4 Monate)
- Zustand nach gynäkologischer Operation (bis 4 Monate)
- akut operationswürdige Befunde
- Narbenbrüche
- Mißbildungen der Wirbelsäule
 - Spina bifida mit Befall von mehr als einem Wirbelsäulensegment
 - florider Morbus Scheuermann
 - Skoliose im Wachstum von mehr als 30° nach Cobb
- schwere Gefäßerkrankungen
 - Aneurysma der Aorta
 - Lungenembolie
 - Thrombose großer Venen
 - zerebrale Ischämien
- schwere Herz- und Kreislauferkrankungen mit
 - Herzinsuffizienz
 - instabiler Angina pectoris
- schwere entzündliche Erkrankungen im akuten Schub
 - z. B. Pcp, Morbus Bechterew
- Osteoporose mit weniger als 80% Knochendichte des Altersdurchschnitts
- akuter Bandscheibenvorfall mit Beinbeschwerden
 - Operationsindikation (akute Nervenreizung)
- progressive neurologische Symptomatik
- Netzhautablösung
- ansteckende Krankheiten
- progrediente Instabilität der Wirbelsäule

Formalien

Teilnahmevoraussetzungen sind das Vorliegen von ärztlicher Diagnose und ärztlicher Unbedenklichkeitsbescheinigung. Hierfür wurde das nachfolgende Formblatt entwickelt. Bitte füllen Sie dieses vollständig aus. Das Original erhält Ihr Patient zwecks Vorlage bei der Therapieeinrichtung, die Durchschrift ist für Ihre Unterlagen bestimmt.

Ansprechpartner für Rückfragen und weitere Informationen



Ärztliche Informationen zur Analyse und zur Trainingsgestaltung

Patient: Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Hauptdiagnose _____
 (falls möglich, bitte genaue fachärztlich-orthopädische Diagnose) _____

<input type="checkbox"/> chronisch-rezidivierendes	
<input type="checkbox"/> HWS-Syndrom	<input type="checkbox"/> BWS-Syndrom
<input type="checkbox"/> LWS-Syndrom	
HWS	mit
BWS/LWS	
<input type="checkbox"/> nichtradikulärer	<input type="checkbox"/> nichtradikulärer
<input type="checkbox"/> radikulärer (abgelaufener)	<input type="checkbox"/> radikulärer (abgelaufener)
<input type="checkbox"/> (Zerviko-)Brachialgie <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	<input type="checkbox"/> (Lumbo-)Ischialgie <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links
HWS	bei
BWS/LWS	
<input type="checkbox"/> Bandscheibenschaden Höhe _____	<input type="checkbox"/> Bandscheibenschaden Höhe _____
<input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall Höhe _____	<input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall Höhe _____
<input type="checkbox"/> Zustand nach Bandscheiben-OP Höhe _____	<input type="checkbox"/> Zustand nach Bandscheiben-OP Höhe _____
<input type="checkbox"/> Spondylarthrose Höhe _____	<input type="checkbox"/> Facettensyndrom Höhe _____
<input type="checkbox"/> muskulärer Insuffizienz	<input type="checkbox"/> muskulärer Insuffizienz
<input type="checkbox"/> allgem. konstitutioneller Hypermobilität	<input type="checkbox"/> Spondylolyse Höhe _____
<input type="checkbox"/> sonstigen _____	<input type="checkbox"/> Wirbelgleiten Höhe _____
_____	<input type="checkbox"/> Skoliose
_____	<input type="checkbox"/> allgem. konstitutioneller Hypermobilität
_____	<input type="checkbox"/> sonstigen _____
_____	_____

Nebendiagnose

Coxarthrose Gonarthrose

Zustand nach Operation _____

Ärztliche Bescheinigung

Der o.a. Patient/die o.a. Patientin wurde von mir am _____ untersucht.
 Aufgrund der vorliegenden Untersuchungsbefunde bestehen für eine Teilnahme an der analyse-gestützten medizinischen Trainingstherapie für die Wirbelsäule keine gesundheitlichen Bedenken.

_____ Datum _____ Unterschrift des Arztes und Stempel



Ärztliche Informationen zur Analyse und zur Trainingsgestaltung

Patient: Name, Vorname _____ Geburtsdatum _____

Hauptdiagnose _____
 (falls möglich, bitte genaue fachärztlich-orthopädische Diagnose) _____

<input type="checkbox"/> chronisch-rezidivierendes				
<input type="checkbox"/> HWS-Syndrom		<input type="checkbox"/> BWS-Syndrom		
		<input type="checkbox"/> LWS-Syndrom		
HWS		mit	BWS/LWS	
<input type="checkbox"/> nichtradikulärer			<input type="checkbox"/> nichtradikulärer	
<input type="checkbox"/> radikulärer (abgelaufener)			<input type="checkbox"/> radikulärer (abgelaufener)	
<input type="checkbox"/> (Zerviko-)Brachialgie <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links			<input type="checkbox"/> (Lumbo-)Ischialgie <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links	
HWS		bei	BWS/LWS	
<input type="checkbox"/> Bandscheibenschaden Höhe _____			<input type="checkbox"/> Bandscheibenschaden Höhe _____	
<input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall Höhe _____			<input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall Höhe _____	
<input type="checkbox"/> Zustand nach Bandscheiben-OP Höhe _____			<input type="checkbox"/> Zustand nach Bandscheiben-OP Höhe _____	
<input type="checkbox"/> Spondylarthrose Höhe _____			<input type="checkbox"/> Facettensyndrom Höhe _____	
<input type="checkbox"/> muskulärer Insuffizienz			<input type="checkbox"/> muskulärer Insuffizienz	
<input type="checkbox"/> allgem. konstitutioneller Hypermobilität			<input type="checkbox"/> Spondylolyse Höhe _____	
<input type="checkbox"/> sonstigen _____			<input type="checkbox"/> Wirbelgleiten Höhe _____	
_____			<input type="checkbox"/> Skoliose	
_____			<input type="checkbox"/> allgem. konstitutioneller Hypermobilität	
_____			<input type="checkbox"/> sonstigen _____	
_____			_____	

Nebendiagnose

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Coxarthrose | <input type="checkbox"/> Gonarthrose |
| <input type="checkbox"/> Zustand nach Operation _____ | |
| <input type="checkbox"/> _____ | |

Ärztliche Bescheinigung

Der o.a. Patient/die o.a. Patientin wurde von mir am _____ untersucht.
 Aufgrund der vorliegenden Untersuchungsbefunde bestehen für eine Teilnahme an der analyse-gestützten medizinischen Trainingstherapie für die Wirbelsäule keine gesundheitlichen Bedenken.

_____ Datum _____ Unterschrift des Arztes und Stempel