

FPZ
DEUTSCHLAND
DEN RÜCKEN STÄRKEN
Integrierte Funktionelle Rückenschmerztherapie

Leitfaden für Mediziner zum FPZ KONZEPT



Ärztliche Informationen
zur Analyse und Therapie-
gestaltung

„FPZ: DEUTSCHLAND DEN RÜCKEN STÄRKEN – das Netzwerk der Rückenschmerzexperten in Deutschland“ hat in langjähriger wissenschaftlicher Forschungsarbeit die „Integrierte Funktionelle Rückenschmerztherapie (FPZ KONZEPT)“ entwickelt. Das FPZ KONZEPT beinhaltet ein Aufbauprogramm mit 10 bzw. 24 Therapieeinheiten (Anzahl der Therapieeinheiten pro Woche: 1-2) sowie ein darauf aufbauendes Erhaltungsprogramm mit einer regelmäßigen Therapieeinheit pro 7-10 Tage.

Die Methodik des FPZ KONZEPTS ist in den Fachbüchern „Denner, A.: Analyse und Training der wirbelsäulenstabilisierenden Muskulatur (Springer-Verlag Heidelberg 1998)“ sowie „Harter, W. et al.: Menschen in Bewegung (Dt. Ärzte-Verlag Köln 2005)“ im Detail dokumentiert.

- **Primäres Therapieziel** ist die Rekonditionierung des Patienten, d. h. die Wiederherstellung und Optimierung des Funktionszustands der Wirbelsäule durch Verbesserung und Harmonisierung der Kraft und Leistungsfähigkeit von Rumpf-, Nacken- und Halsmuskulatur.
- **Speziellere Zielsetzungen** sind u. a. die Schmerzlinderung des Patienten, die Vermeidung der Schmerzchronifizierung, die Reduktion von Dauermedikation sowie ärztlicher und physikalischer Behandlungsmaßnahmen, die Reduktion der Arbeitsunfähigkeitstage wegen Rückenschmerzen und die Vermeidung von stationären und ambulanten Rehabilitationsmaßnahmen bei gleichzeitiger Verbesserung der Lebensqualität des Patienten.

Hauptinhalte dieses methodisch standardisierten Therapiekonzepts sind:

- Progressives dynamisches Krafttraining der Rumpf-, Nacken- und Halsmuskulatur an speziell hierfür entwickelten Therapiesystemen
- Funktionsgymnastik zur Mobilisierung der Wirbelsäule, zur Dehnung der Hüft-, Rumpf-, Nacken- und Halsmuskulatur sowie zur Koordinationsverbesserung und Kräftigung der Rumpf-, Nacken- und Halsmuskulatur
- Edukation und Erlernen von wirbelsäulengerechtem Verhalten und wirbelsäulenschonenden Bewegungstechniken
- Techniken zur mechanischen Entlastung der Wirbelsäule und zur Entspannung der wirbelsäulensichernden Muskelgruppen

Die Erkenntnisse einer vor Therapiebeginn durchgeführten „Biomechanischen Funktionsanalyse der Wirbelsäule“ sowie der Einsatz modernster wissenschaftlicher Methoden gewährleisten dabei die maximale Individualisierung und optimale Steuerung des Therapieprozesses. Die therapiebedingten Anpassungserscheinungen werden nach Beendigung des Programms mit wissenschaftlichen Methoden quantifiziert und im Rahmen der Abschlussanalyse dokumentiert.

Teilnahmevoraussetzungen (Indikationen)

Für die Teilnahme am FPZ KONZEPT gelten folgende Indikationen:

- Chronisch-rezidivierende Rückenschmerzen mit einer Beschwerdedauer von mehr als 6 Monaten bzw. rezidivierend seit 24 Monaten (mindestens 3 Episoden mit jeweils 2-wöchiger Dauer)

und

einer Dekonditionierung der wirbelsäulenstabilisierenden Muskulatur (Stadium III und IV nach DENNER)

und

einer fortgeschrittenen Chronifizierung des Krankheitsbildes (Stadium 1 und 2 nach GERBERSHAGEN/SCHMITT)

und /oder

- chronisch-rezidivierende Rückenschmerzen mit einer Beschwerdedauer von mehr als 3 Monaten bei
 - Bandscheibenvorfall oder -vorwölbung (nach abgeklungener Wurzelreiz- bzw. Wurzelkompressionssymptomatik)
 - degenerativen Veränderungen wie Spondylose, Osteochondrose, Spondylolisthese (Grad 1 oder 2 nach Meyerding)
 - Thorakolumbalskoliose (Cobb-Winkel bis 40°)
 - Osteopenie
 - Postnukleotomiesyndrom (ohne Wurzelkompressionssymptomatik)
 - Spinalkanaleinengung (Spinalkanalstenose) ohne akute Symptomatik
 - posttraumatisches Wirbelsäulensyndrom
 - postoperativem Zustand

Voraussetzung für die Teilnahme ist, dass operationswürdige Befunde fachärztlich ausgeschlossen sind und postoperative Befunde innerhalb von vier Monaten der Einwilligung des Operateurs bedürfen. Es muss Übungsstabilität bestehen und darüber hinaus eine ausreichende geistige, psychische und körperliche Konstitution und Motivation des Patienten gegeben sein.

Relative Kontraindikationen

- Bandscheibenvorfall mit Wurzelreizsymptomatik
- Operierte Bandscheibenvorfälle bis 3 Monate postoperativ
- Osteoporose (ohne Fraktur)
- Diabetes mellitus (insulinpflichtig)
- Koronare Herzerkrankung mit eingeschränkter Belastungsfähigkeit
- Relative Herzinsuffizienz
- Aktuelles Tumorleiden
- Psychische Erkrankung

Absolute Kontraindikationen

- Bandscheibenvorfall mit akuter radikulärer Symptomatik/
Wurzelkompressionssymptomatik
- dekompensierte Spondylolisthese (Grad 3 oder 4 nach Meyerding)
- Manifeste Osteoporose (mit Frakturen)
- Entzündliche Systemerkrankungen (Rheuma, Morbus Bechterew) im akuten Schub
- Thorakolumbalskoliose (Cobb-Winkel $>40^\circ$)
- Frische Frakturen (bis 4 Monate)
- Alle akut operationswürdigen Erkrankungen
- Bauch- oder gynäkologischer Operation innerhalb der letzten 3 Monate
- Narben- und Bauchwandbrüche
- Neurologische Erkrankungen mit progressiver Symptomatik
- Schwere Gefäßerkrankungen (z. B. Aortenaneurysma, Lungenembolie, Phlebothrombose, AVK)
- Schwere Herz- und Kreislauferkrankungen (z. B. instabile KHK und Herzinsuffizienz, Cardiomyopathie)
- Netzhautablösung und Glaukom

FPZ DEUTSCHLAND DEN RÜCKEN STÄRKEN

Integrierte Funktionelle Rückenschmerztherapie

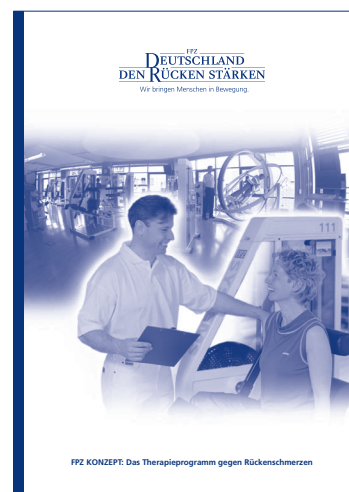
Formalien

Teilnahmevoraussetzungen sind das Vorliegen der ärztlichen Diagnose sowie der ärztlichen Unbedenklichkeitsbescheinigung. Hierfür wurde das nachfolgende **Formblatt** entwickelt. Bitte füllen Sie dieses vollständig aus. Das Original erhält Ihr Patient zwecks Vorlage in der Therapieeinrichtung seiner Wahl. Die Krankenkasse Ihres Patienten bzw. der Kostenträger für die Therapie erhält eine Kopie des von Ihnen ausgefüllten Formblatts. Herzlichen Dank für Ihre Mitwirkung und Unterstützung!

Weitere Informationsmedien zum FPZ KONZEPT

- FPZ Qualitätssicherungskonzept
- FPZ Patientenbroschüre

Beide Dokumente können Sie innerhalb der Website „www.fpz.de“ einsehen und auf Ihren PC herunterladen.

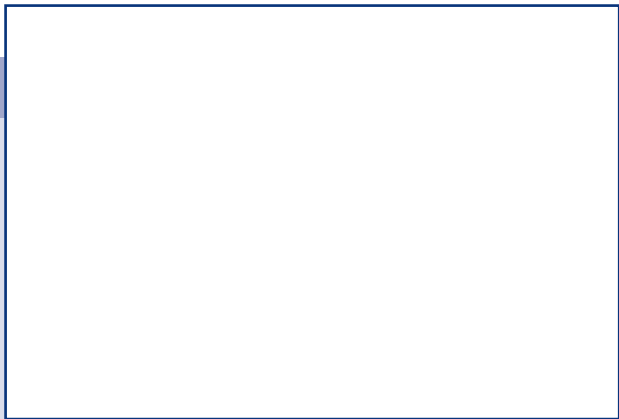


Ansprechpartner für Rückfragen

FPZ: DEUTSCHLAND DEN RÜCKEN STÄRKEN GmbH
Jakob-Kaiser-Straße 13, 50858 Köln
Telefon: 0221/58 98 07 70
Telefax: 0221/58 98 07 98
E-Mail: info@fpz.de

Anhang

Formular „Ärztliche Informationen zur Analyse und Therapiegestaltung“



Druckfeld für Patienten- und Vertragsarzt-daten

Praxisstempel

Ärztliche Informationen zur Analyse und Therapiegestaltung

HAUPTDIAGNOSE (falls möglich, bitte genaue fachärztlich-orthopädische Diagnose)

Two empty text boxes for the main diagnosis.

chronisch-rezidivierendes

- HWS-Syndrom
- BWS-Syndrom
- LWS-Syndrom

HWS	MIT	BWS / LWS
------------	-----	------------------

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> nicht-radikulärer
<input type="checkbox"/> radikulärer (abgelaufener)
<input type="checkbox"/> (Zerviko-)Brachialgie <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links | | <input type="checkbox"/> nicht-radikulärer
<input type="checkbox"/> radikulärer (abgelaufener)
<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"/> Bandscheibenvorfall Höhe _____
<input type="checkbox"/> Zustand nach Bandscheiben-OP Höhe _____
<input type="checkbox"/> Spondylarthrose Höhe _____
<input type="checkbox"/> muskulärer Insuffizienz
<input type="checkbox"/> allgem. konstitutioneller Hypermobilität
<input type="checkbox"/> sonstigen _____
<hr/> <hr/> <hr/> | | <input type="checkbox"/> Bandscheibenschaden Höhe _____
<input type="checkbox"/> Bandscheibenvorfall Höhe _____
<input type="checkbox"/> Zustand nach Bandscheiben-OP Höhe _____
<input type="checkbox"/> Facettensyndrom Höhe _____
<input type="checkbox"/> muskulärer Insuffizienz
<input type="checkbox"/> Spondylolyse Höhe _____
<input type="checkbox"/> Wirbelgleiten Höhe _____
<input type="checkbox"/> Skoliose
<input type="checkbox"/> allgem. konstitutioneller Hypermobilität
<input type="checkbox"/> sonstigen _____
<hr/> <hr/> <hr/> |
|--|--|---|

NEBENDIAGNOSE

- Coxarthrose
- Zustand nach Operation _____
- _____
- Gonarthrose

Ärztliche Bescheinigung

Der o.a. Patient wurde von mir am _____ untersucht. Aufgrund der vorliegenden Untersuchungsbefunde bestehen für eine Teilnahme an der „Integrierten Funktionellen Rückenschmerztherapie“ keine medizinischen Bedenken.

Datum _____

Unterschrift _____