

Neue Dienstleistungen zur Verzahnung von  
erstem und zweiten Gesundheitsmarkt

# Vitalität + Medizinische Trainingstherapie

von Jürgen Ulrich, Dagmar Pöthig, Nadja Henne

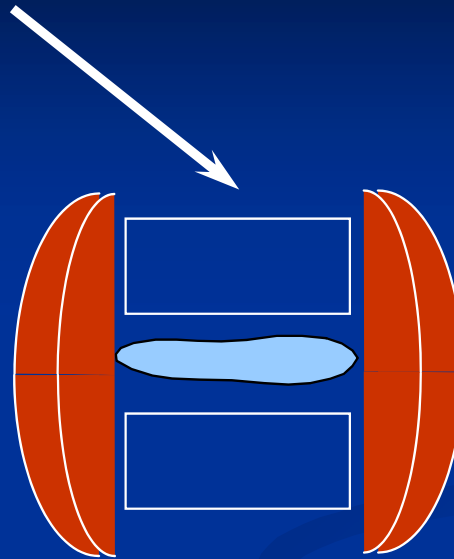
Innovationsforum GESUNDHEITSRESSOURCEN, [www.evaaa.de](http://www.evaaa.de)  
Informationen unter [poethig@evaaa.de](mailto:poethig@evaaa.de)

# 1. Ziel der Studie

- Auswirkungen der ambulanten medizinischen Trainingstherapie (MTT) auf die Vitalität von Patienten mit chronischen Rückenschmerzen
- Mehrwerte der Interdisziplinärer Funktionsdiagnostik (Vital-Analyse) für den Einsatz in der Rehabilitation/ berufliche Wiedereingliederung
- Ursachendiagnostik – Objektivierung der körperlichen und stressbedingten/ psychosomatischen Komponente bei chronischem Rückenschmerz
- Mehrwerte des innovativen Ansatzes für Patient, Anbieter bzw. Kostenträger

körperliche Fehlbeanspruchung  
(Bewegungsmangel, Sitzen)

psychoemotionale  
Fehlbeanspruchung



(funktionell-)orthopädische  
Diagnostik



**Vitalitätsprofil !**

Fehlbeanspruchung der funktionellen Einheit „Wirbelsäule“ und Vitalitätsprofil

## 2. Methodik

Einsatz der Vitalitätsdiagnostik als interdisziplinäres Analyse- und Evaluierungsinstrument

Prä-Post-Messung (15- bis maximal 18 Tage- Interventionsintervall)

Patienten mit chronischen Rückenschmerzen (n =50)

Kontrollgruppe (n = 30)

Intervention: ambulante Medizinische Trainingstherapie (MTT)

## Ausschnitt aus Interdisziplinärer FD: Psychosoziales Funktionsprofil

	36	Körperliche Befindlichkeit	1,00	+	
	37	Emotionales Wohlbefinden	1,00	*	
	38	Extro/Introversion	16,00	*	
	39	Rigidität	12,00	+	
	40	Stressanfälligkeit	49,00	+	
	41	Sozialer Stress	41,00	-	
	42	Soziale Potenz	66,00	↑	
	43	Soziale Interaktion	51,00	*	
	44	Soziale Aktivität / Pflichten	96,75	*	
	45	Soziale Aktivität / Freizeit	44,50	*	

## 3. Ergebnisse

### 3.1 Akzeptanz und Motivation

- Akzeptanz: gut bis sehr gut. Fehlende Akzeptanz bei Rentenbegehren. Drop out: 18%
- Motivation: Differenzen bei unterschiedlichem Bildungsniveau:  
hoch bei Patienten mit höherem Bildungsniveau → Interesse am wissenschaftlichen Hintergrund und am eigenem Leistungsstand.  
hoch bei Patienten mit niedrigerem Bildungsniveau → Test als Herausforderung, Teil der Behandlung.  
  
Patienten mit Rentenbegehren: Ablehnung!

## 3. Ergebnisse

### 3.2 Hard facts (Kennzahlen)

- Verbesserung des Functional Age Index durch ambulante Rehabilitation um 2,1 Jahresäquivalente
- objektive Verbesserung der Schlüsselmarker wie psychosomatische (36) oder neurotische (37) Stressverarbeitung, soziale Aktivität (45), Trainingszustand im Ausdauerbereich siehe Abb. 1 - 5 (Patienten- / Kontrollgruppenvergleich):

# Funktionsalterindex (FAI)

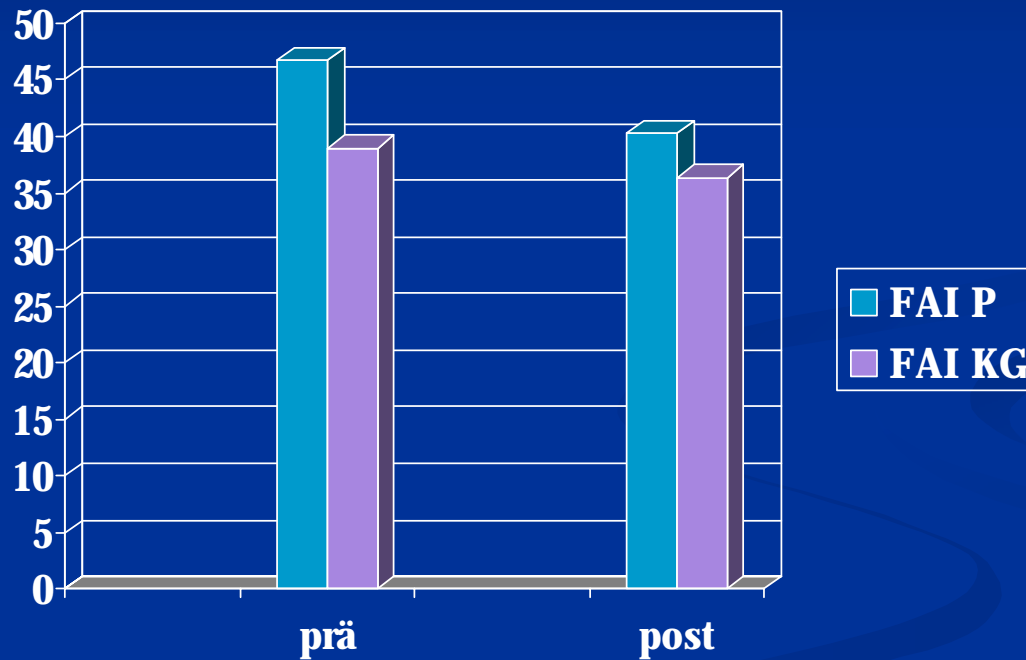


Abb.1 arithmetischer Mittelwert des FAI im Prä- Post- Vergleich

# BFB 1 (36) körperliche Befindlichkeit/ psychosomatische Stressverarbeitung

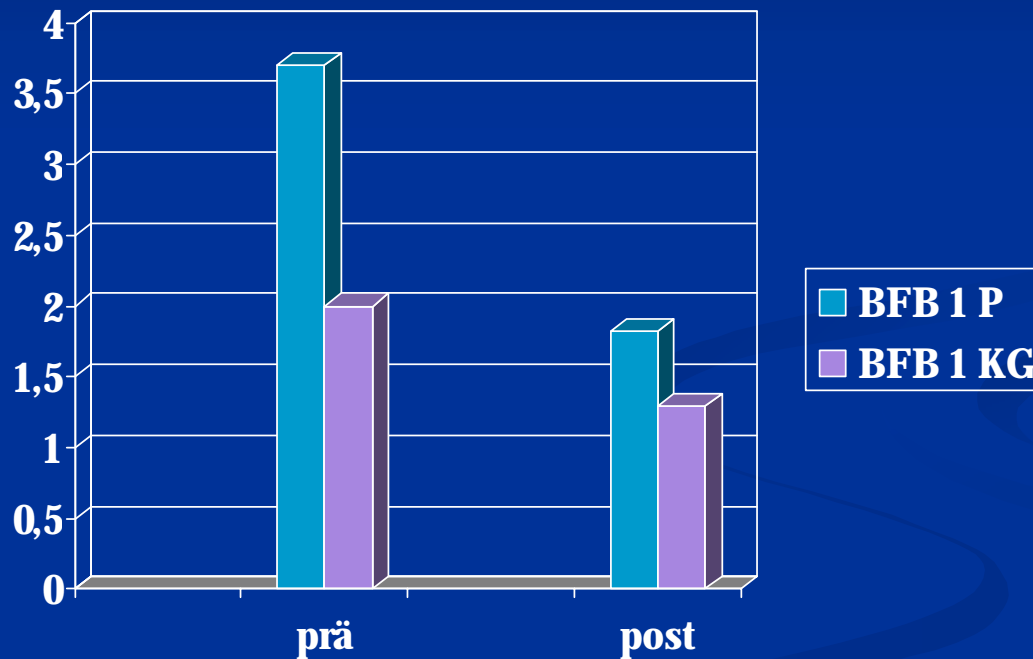


Abb. 2 arithmetischer Mittelwert des BFB 1 im Prä- Post- Vergleich

## BFB 2 (37) emotionale Befindlichkeit/ neurotische Stress-verarbeitung

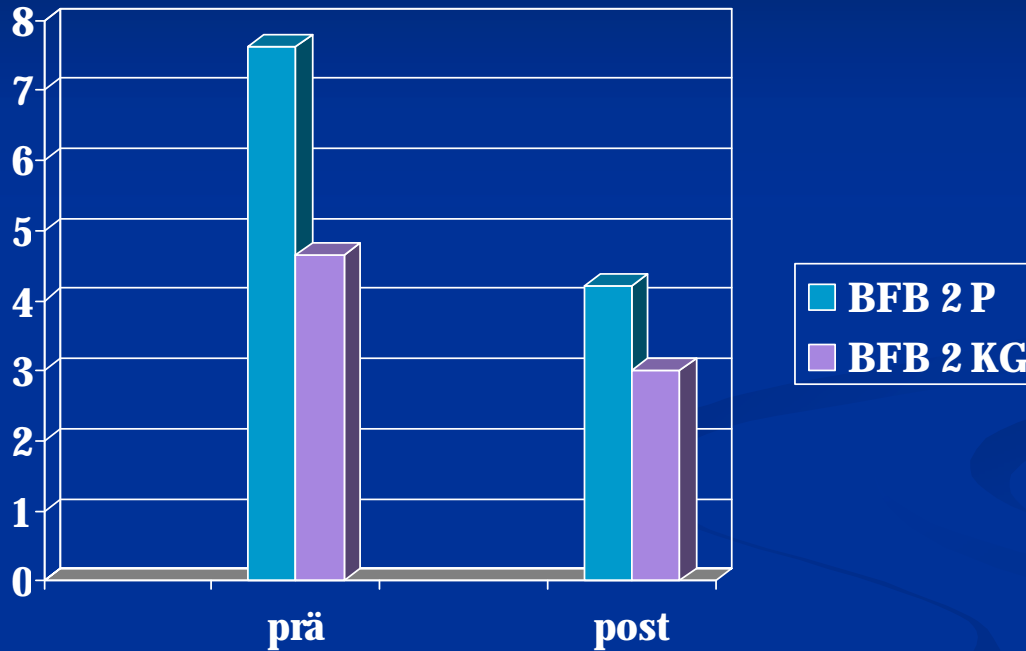


Abb. 3 arithmetischer Mittelwert des BFB 2 im Prä- Post- Vergleich

## Soziale Aktivität/ Freizeit (45)

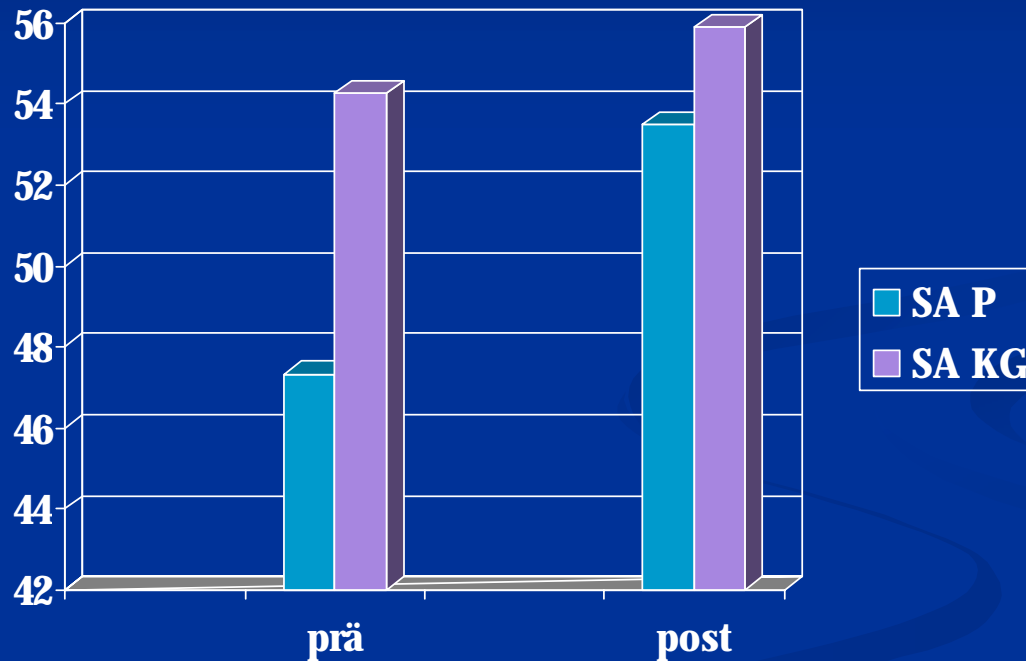


Abb. 4 der arithmetische Mittelwert der sozialen Aktivität im Prä- Post- Vergleich

## Trainingszustand im Ausdauerbereich (5) Pulse-Performance- Index, PPI

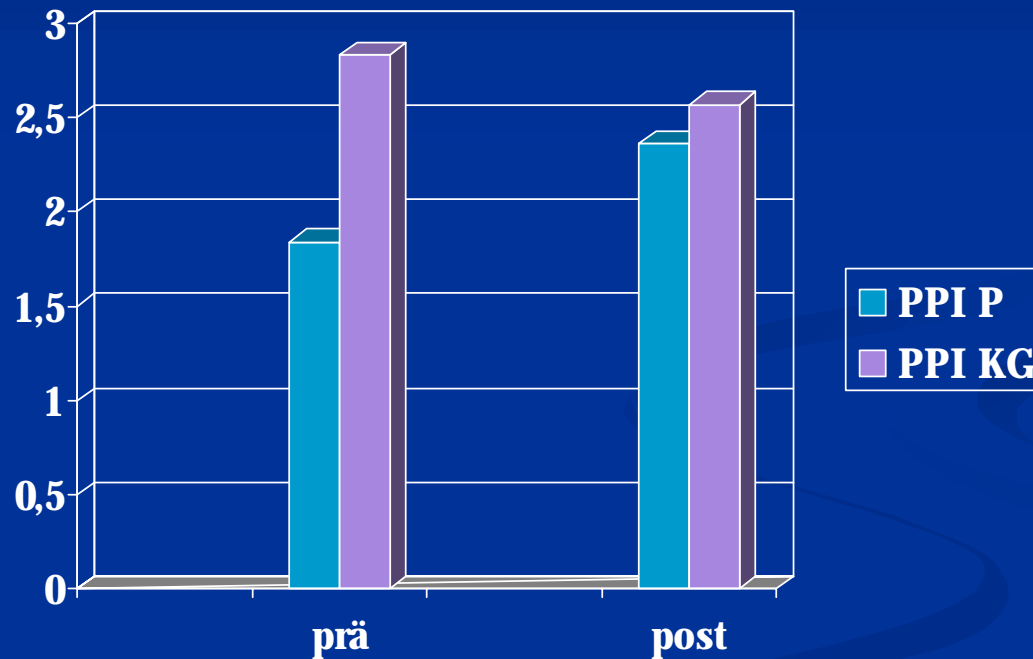


Abb.: 5 arithmetischer Mittelwert des PPI im Prä- Post- Vergleich

## 4. Zusammenfassung

### 4.1 Vital-Analyse und Patientencompliance

- Vitalitätsdiagnostik generell sehr gut angenommen: spielerisch, seriös, zuwendungsintensiv, umfassend, kein „Weißkitteleffekt“
- Spiegelung der eigenen körperlichen und psychischen Funktionsressourcen. Besonderes Patienteninteresse gilt  
    psychosozialer Ursachendiagnostik,  
    Ernährungszustand (BioImpedanzAnalyse),  
    Funktionsalterindex (FAI)
- Steigerung von Motivation und Kompetenz für Selbstmanagement sowie Compliance für Behandlungsmaßnahmen
- Ablehnung des Tests bei Rentenbegehren!

## 4. Zusammenfassung

### 4.2 Mehrwerte der Vitalitätsdiagnostik bei chronischem RS

- umfassende, integrative Ursachendiagnostik
- damit Brückenfunktion von rein körperorientierter Behandlung zur verhaltensmedizinischen Intervention bzw. zu einem besseren Selbst- und Stressmanagement
- analysegestütztes Controlling möglich
- praktikables Evaluierungsinstrument für Interventionserfolg

## 4. Zusammenfassung

### 4.3 Kostenmanagement

- Analyse und Früherkennung des individuellen Chronifizierungsrisikos
- Früherkennung von „therapieresistenten“ Non-Respondern
- Schnittstellenmanagement im leitlinienbasierten Versorgungspfad zwischen körperlichem und gesundheitspsychologischen Training (psychotherapeutische Intervention)
- verbessertes Schnittstellenmanagement zur Arbeitsmedizin (berufliche Wiedereingliederung)
- Complianceförderung durch spezifische Patienteninformation und –beratung. Vermittlung von Gesundheitskompetenz für besseres Selbstmanagement