



Informationen  
zur Analyse und  
Therapiegestal-  
tung + Formular

DER LEITFADEN FÜR  
MEDIZINER.  
ZUR FPZ THERAPIE.

# MIT DER FPZ THERAPIE ZIELE ERREICHEN. DIE RICHTIGE LÖSUNG ZUM ERFOLG NUTZEN.

**Die FPZ Therapie ist ein wirksames und zugleich einfaches Verfahren zur Vorbeugung und Linderung von Rückenschmerzen und Stärkung der Wirbelsäule. Dieser Leitfaden erklärt Ihnen die FPZ Therapie mit ihren Fakten und dem Ablauf der Behandlung.**

## **Welche Zielgruppe sprechen wir an?**

Patienten mit chronischen oder wiederkehrenden Nacken- und/oder Rückenschmerzen

## **Welche Voraussetzungen brauchen die Patienten?**

Die Patienten brauchen eine

- > Übungs- bzw. Trainingsstabilität
- > Ausreichende psychische und körperliche Motivation und Verfassung

## **Welches Ziel verfolgt die FPZ Therapie?**

Die Therapie soll Schmerzen im Nacken und Rücken nachhaltig lindern oder verbessern

## **Was macht die FPZ Therapie aus?**

Mit fünf Maßnahmen behandeln wir die Schmerzen der Patienten:

- > Biomechanische Funktionsanalyse der Wirbelsäule
- > Progressives dynamisches Krafttraining der Muskulatur
- > Funktionsgymnastik zur Mobilisierung der Wirbelsäule

- > Edukation und Erlernen von wirbelsäulengerechtem Verhalten
- > Techniken zur mechanischen Entlastung der Wirbelsäule

## **Wie läuft die FPZ Therapie genau ab?**

Es erfolgen drei Schritte:

### **Die Eingangsanalyse**

Die FPZ Therapie ist auf eine individuelle Betreuung ausgerichtet. Dafür soll in einer 90-minütigen Analyse die Kraft und Beweglichkeit der Rumpf- und Halswirbelsäule gemessen werden. Außerdem werden mit Hilfe eines begleitenden Fragebogens die Lebensqualität und das Schmerzempfinden überprüft. Ziel der Analyse: Das muskuläre Profil der Wirbelsäule wird ermittelt.

## Das Aufbauprogramm

Nach der Eingangsanalyse folgt ein in der Regel 3-monatiges Aufbauprogramm, das zunächst 10 oder 24 Therapieeinheiten über je 60 Minuten beinhaltet. Die Einheiten gliedern sich in Aufwärmen, Krafttraining, Gymnastik und Entlastung/Entspannung. Mit zwei Therapieeinheiten pro Woche und der Arbeit an validen Analyse- und Trainingssystemen sollen die Schmerzen gelindert oder verbessert werden. Das gelingt durch eine Stärkung der Wirbelsäulenmuskulatur und ein neues muskuläres Gleichgewicht im Oberkörper.

Nach der Trainingstherapie erfolgt eine 90-minütige Abschlussanalyse. Hier werden Kraft und

Beweglichkeit der Rumpf- und Halswirbelsäule der Patienten final gemessen. Mit einer erneuten Befragung über Lebensqualität und Schmerzempfinden soll schließlich die Wirksamkeit der Therapie ermittelt werden.

## Das weiterführende Programm

Nach der Linderung oder Beseitigung der Beschwerden erfolgen Therapieeinheiten in zeitlich größerem Abstand (alle 5-10 Tage). Hier steht die nachhaltige Sicherung des muskulären Zustands im Fokus. Die Dauer des weiterführenden Programms hängt vom Verlauf und Ergebnis des Aufbauprogramms ab.

## Struktur einer 60-minütigen FPZ Therapieeinheit



01 Aufwärmen

02 Krafttraining

03 Gymnastik

04 Entlastung/Entspannung

## Wie wirksam ist die FPZ Therapie?

Studien zeigen die Wirksamkeit der FPZ Therapie eindrücklich – bereits nach dem 3-monatigen Aufbauprogramm bei allen Teilnehmern.

93,5%\*

Schmerzreduktion

50%\*\*

Völlige Beschwerdefreiheit

54%\*\*\*

Steigerung der Lebensqualität

\* Bei 93,5% der Teilnehmer verbessern sich die vorhandenen Rücken- und Nackenschmerzen nach dem 3-monatigen Aufbauprogramm.

Quelle: Denner A.: Analyse und Training der wirbelsäulenstabilisierenden Muskulatur. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, New York (1998).

\*\* Abhängig vom in der Eingangsanalyse ermittelten muskulären Profil der Wirbelsäule: 10 oder 24 Therapieeinheiten.

\*\*\* Quelle: Harter W.H., Schifferdecker-Hoch F., Brunner H.E., Denner A. (Hrsg.): Menschen in Bewegung. Multidimensionale Neuausrichtung in der Behandlung chronischer Rückenschmerzen. Deutscher Ärzte Verlag Köln (2005).

# KONTRAINDIKATIONEN. KNOW-HOW UM DIE VORTEILE DER FPZ THERAPIE VOLL NUTZEN ZU KÖNNEN.

## Wirbelsäulenerkrankungen

### Relative Kontraindikationen

- › Bandscheibenvorfall mit Wurzelreizsymptomatik
- › Operierte Bandscheibenvorfälle bis 3 Monate postoperativ

### Absolute Kontraindikationen

- › Bandscheibenvorfall mit akuter radikulärer Symptomatik/Wurzelkompressionssymptomatik
- › Dekompensierte Spondylolisthese (Grad 3 oder 4 nach Meyerding)
- › Thorakolumbalskoliose (Cobb-Winkel >40°)

## Innere Erkrankungen

### Relative Kontraindikationen

- › Diabetes mellitus (insulinpflichtig)
- › Koronare Herzerkrankung mit eingeschränkter Belastungsfähigkeit
- › Relative Herzinsuffizienz

### Absolute Kontraindikationen

- › Schwere Gefäßerkrankungen (z. B. Aortenaneurysma, Lungenembolie, Phlebothrombose, AVK)
- › Schwere Herz- und Kreislauferkrankungen (z. B. instabile KHK und Herzinsuffizienz, Cardiomyopathie)

## Knochen- und Gelenkerkrankungen

### Relative Kontraindikationen

- › Osteoporose (ohne Fraktur)

### Absolute Kontraindikationen

- › Manifeste Osteoporose (mit Frakturen)
- › Entzündliche Systemerkrankungen (Rheuma, Morbus Bechterew) im akuten Schub
- › Frische Frakturen (4 Monate)

## Sonstige Erkrankungen

### Relative Kontraindikationen

- › Aktuelles Tumorleiden
- › Psychische Erkrankung

### Absolute Kontraindikationen

- › Alle akut operationswürdigen Erkrankungen
- › Bauch- oder gynäkologische Operation innerhalb der letzten 3 Monate (beziehungsweise nach Festlegung des Operateurs)
- › Narben- und Bauchwandbrüche
- › Neurologische Erkrankungen mit progressiver Symptomatik
- › Netzhautablösung und Glaukom

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

## Verordnung der FPZ Therapie außerhalb des Regelleistungsvolumens (RLV)

### Ärztliche Informationen zur Analyse und Therapiegestaltung/Befund

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

#### chronisch-rezidivierendes

HWS-Syndrom     BWS-Syndrom     LWS-Syndrom

#### Mit HWS

nicht-radikulärer  
 radikulärer (abgelaufener)  
 (Zerviko-)Brachialgie     rechts     links

#### Mit BWS/LWS

nicht-radikulärer  
 radikulärer (abgelaufener)  
 (Lumbo-)Ischialgie     rechts     links

#### Bei HWS

Bandscheibenschaden    Höhe   
 Bandscheibenvorfall    Höhe   
 Zustand nach  
 Bandscheiben-OP    Höhe   
 Spondylarthrose    Höhe   
 muskulärer Insuffizienz  
 allgem. konstitutioneller Hypermobilität  
 sonstigen

#### Bei BWS/LWS

Bandscheibenschaden    Höhe   
 Bandscheibenvorfall    Höhe   
 Zustand nach  
 Bandscheiben-OP    Höhe   
 Facettensyndrom    Höhe   
 muskulärer Insuffizienz  
 Spondylolyse    Höhe   
 Wirbelgleiten    Höhe   
 Skoliose  
 allgem. konstitutioneller Hypermobilität  
 sonstigen

#### Nebendiagnose/Ergänzungen

Coxarthrose     Gonarthrose  
 Zustand nach Operation

#### Ärztliche Verordnung

Der o.a. Patient wurde von mir am  untersucht.

Die FPZ Therapie wird hiermit verordnet. Aufgrund der vorliegenden  Datum

Untersuchungsbefunde bestehen für eine Teilnahme keine medizinischen Bedenken.

Zur Durchführung der Messung der isometrischen Maximalkraft können für folgende Wirbelsäulenabschnitte Kontraindikationen gemäß dem Leitfaden für Mediziner ausgeschlossen werden:

HWS     LWS/BWS

Unterschrift / Stempel

**FPZ GmbH**

Gustav-Heinemann-Ufer 88a

50968 Köln

Tel.: +49 221 99 53 00

[www.fpz.de](http://www.fpz.de)

Krankenkasse/-versicherung bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr./Vertrags-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Per Fax an:

**0221 / 99 53 08 00**

oder per Post an:

**FPZplus AG  
Gustav-Heinemann-Ufer 88a  
50968 Köln**

## Teilnahmeerklärung (vom Versicherten auszufüllen)

Hiermit erkläre ich:

- > dass mich meine Krankenkasse/-versicherung, deren Vertragspartner, mein Erstbehandler und/oder die FPZ Managementgesellschaft ausführlich und umfassend über die/das „FPZ Therapie/Beratungsverfahren zur Überprüfung einer OP-Indikation“ informiert hat.
- > dass ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen, um das Behandlungsziel zu erreichen.
- > dass ich den unterzeichnenden Erstbehandler als koordinierenden Arzt wähle.
- > dass ich auf die Freiwilligkeit der Teilnahme an dem Beratungsverfahren hingewiesen wurde und meine Teilnahme an dem Beratungsverfahren mit Angabe der Gründe gegenüber meiner Krankenkasse/-versicherung und/oder FPZ kündigen kann.
- > dass ich 6 Monate nach Abschluss der/des FPZ Therapie/Beratungsverfahrens meine wahrheitsgemäßen Angaben zum Erfolgs- und Qualitätsnachweis zur Verfügung stelle. Die erforderlichen Unterlagen erhalte ich über den Postweg. Meine Angaben sende ich dem Vertragspartner meiner Krankenkasse, nämlich der FPZplus AG, zu. FPZ liefert den wissenschaftlichen Erfolgs- und Qualitätsnachweis und gibt meine Daten anonymisiert an meine Krankenkasse weiter.
- > **Widerrufsrecht: Gemäß § 43a SGB V können Sie Ihre Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) oder zur Niederschrift ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung. Die Widerrufsfrist beginnt nach Erhalt dieser Belehrung in Textform, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Wird das Widerrufsrecht nicht ausgeübt, sind Sie an die Teilnahmeerklärung mindestens ein Jahr gebunden. Widerrufsfolgen: Durch die Erklärung des Widerrufs entsteht ein Abwicklungsverhältnis. Es wird gewährleistet, dass Sie im Rahmen der Rückabwicklung keinen Wertersatz für Leistungen zu erbringen haben, die ausschließlich im Rahmen dieser/s FPZ Therapie/Beratungsverfahrens vergütet werden.**

**Ja, ich möchte an der/dem „FPZ Therapie/Beratungsverfahren zur Überprüfung einer OP-Indikation“ teilnehmen und verpflichte mich, nur Ärzte in Anspruch zu nehmen, die an diesem Vertrag teilnehmen. Ich habe bereits eine gleichartige Maßnahme erhalten:**  Ja  Nein

Datum

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

## Datenschutzerklärung (vom Versicherten auszufüllen)

Die Beteiligten am Beratungsverfahren: Hausärzte, Fachärzte, Krankenhäuser, Reha-Einrichtungen, FPZ Managementgesellschaft, Krankenkasse/-versicherung und deren Vertragspartner, Abrechnungsgesellschaft sind berechtigt,

- > die vorliegenden und erhobenen Daten einschließlich der mich betreffenden Diagnosen im Rahmen der/des „FPZ Therapie/Beratungsverfahrens“ zu erheben, zu speichern, zu verarbeiten, zu nutzen und in verschlüsselter Form untereinander zu übermitteln. Die jeweils gesetzlich geltenden Datenschutzbestimmungen sowie die ärztliche Schweigepflicht werden eingehalten.
- > meine Adresse gegebenenfalls von der Krankenkasse an FPZ weiterzuleiten, damit diese Stelle mich zu meiner persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit befragen kann. Dies ist nur erforderlich, wenn ich von der neutralen Stelle zu den zufällig ausgewählten Teilnehmern gehöre, die hierzu befragt werden sollen, und ich hierüber informiert wurde. Diese Zustimmung und Befragung kann ich jederzeit ablehnen.
- > die Daten in pseudonymisierter Form für die Qualitätssicherung der medizinischen Versorgung und für den Effizienznachweis des Vertrages der/des „FPZ Therapie/Beratungsverfahrens“ zu nutzen.
- > die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden nur in anonymisierter Form zu speichern (die Daten, die Rückschlüsse auf meine Person mit einem vertretbaren Aufwand ermöglichen, werden gelöscht).
- > die für die Behandlung notwendigen Informationen abzurufen und zu nutzen.

Im Rahmen der/des FPZ Therapie/Beratungsverfahrens wird eine prozess- und ergebnisorientierte Dokumentation geführt. Es erfolgt eine EDV-gestützte Dokumentation durch den Leistungserbringer oder einen externen Dienstleister. Ein behandelnder Vertragspartner darf aus der gemeinsamen Dokumentation für das Beratungsverfahren die mich betreffenden Behandlungsdaten und Befunde nur dann abrufen, wenn ich ihm gegenüber meine Einwilligung erteilt habe, dass die Information für die konkret anstehende Behandlung genutzt werden soll und der Vertragspartner zu dem Personenkreis gehört, der nach § 203 des Strafgesetzbuches zur Geheimhaltung verpflichtet ist. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.



Mit Zugang des Widerrufs bei meiner Krankenkasse/-versicherung und /oder FPZ ist damit der Austritt aus dem Beratungsverfahren verbunden. Ja, ich bin mit der beschriebenen Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme an dem Beratungsverfahren zur Überprüfung einer OP-Indikation einverstanden. Die Daten werden auf unbestimmte Zeit, oder bis zur Löschung gespeichert.

## Betroffenenrechte

Die Europäische Datenschutzgrundverordnung (kurz EU DSGVO) hat mit Wirkung vom 25.5.2018 die Rechte der Betroffenen gestärkt. Im Rahmen der Patienten und Datenschutzaufklärung wurde ich darüber informiert, dass ich gemäß der Art. 15-21 der EU DSGVO umfangreiche Rechte habe. Hierzu zählen insbesondere

- › das Recht, von dem Verantwortlichen unverzüglich die **Berichtigung** der mich betreffenden unrichtigen personenbezogenen Daten verlangen darf.
- › das Recht, die **Vervollständigung unvollständiger** personenbezogener Daten – auch mittels einer ergänzenden Erklärung – verlangen darf.
- › das Recht, von dem Verantwortlichen zu verlangen, dass die mich betreffenden personenbezogenen Daten **unverzüglich gelöscht werden** müssen, sofern einer der folgenden Gründe zutrifft:
  - Die personenbezogenen Daten für die Zwecke, für die sie erhoben oder auf sonstige Weise verarbeitet wurden, nicht mehr notwendig sind.
  - wenn ich meine Einwilligung widerrufe
  - wenn ich Widerspruch gegen die Verarbeitung einlege und keine vorrangigen berechtigten Gründe für die Verarbeitung mehr vorliegen
  - wenn ich Widerspruch gegen die Verarbeitung einlege.
  - wenn meine personenbezogenen Daten unrechtmäßig verarbeitet
- › Das Recht auf **Einschränkung der Verarbeitung**, wenn einer der folgenden Gründe vorliegt:
  - die Richtigkeit meiner personenbezogenen Daten von mir bestritten wird, und zwar für eine Dauer, die es dem Verantwortlichen ermöglicht, die Richtigkeit meiner personenbezogenen Daten zu überprüfen,
  - die Verarbeitung unrechtmäßig ist und ich die **Löschung meiner personenbezogenen Daten** ablehne und stattdessen die Einschränkung der Nutzung der personenbezogenen Daten verlange;
  - der Verantwortliche meine personenbezogenen Daten für die Zwecke der Verarbeitung nicht länger benötigt, ich diese Daten jedoch zur Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen benötige
  - wenn ich Widerspruch gegen die Verarbeitung eingelegt habe, solange noch nicht feststeht, ob die berechtigten Gründe des Verantwortlichen gegenüber meinen Gründen überwiegen.
  - dass die verantwortliche Stelle verpflichtet ist, allen Empfängern meiner Daten den von mir geltend gemachten Antrag auf Berichtigung, Löschung oder Einschränkung der Verarbeitung weitergeben muss und ich informiert wurde, dass die verantwortliche Stelle diesem Antrag nur dann nicht nachgehen muss, wenn sich das als unmöglich erweist oder nur mit einem unverhältnismäßigen Aufwand verbunden wäre. Die Verantwortliche Stelle unterrichtet mich über diese Empfänger, wenn ich das verlange.
- › Ich das Recht habe, die mich betreffenden personenbezogenen Daten, die ich dem Verantwortlichen bereitgestellt habe, in einem **strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format erhalten kann**, und ich das Recht habe, diese Daten einem anderen Verantwortlichen ohne Behinderung durch den Verantwortlichen, dem ich die personenbezogenen Daten bereitgestellt habe, zu übermitteln.
- › Sie haben das **Recht auf Bestätigung und Auskunft** über die Verarbeitungszwecke und die Kategorien personenbezogener Daten, die verarbeitet werden.
- › Sie haben das Recht auf **Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde**, insbesondere in dem Mitgliedstaat ihres Aufenthaltsorts, ihres Arbeitsplatzes oder des Orts des mutmaßlichen Verstoßes, Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten rechtswidrig ist.
- › Wir sind um die **Sicherheit Ihrer Daten** im Rahmen der geltenden Datenschutzgesetze und technischen Möglichkeiten maximal bemüht. Ihre persönlichen Daten werden bei uns verschlüsselt übertragen. Dies gilt für Ihre Bestellungen und auch für das Kundenlogin. Zur Sicherung Ihrer Daten unterhalten wir technische- und organisatorische Sicherungsmaßnahmen.
- › Kontaktdaten des verantwortlichen Datenschutzbeauftragten der FPZ GmbH: Dr. Ralf W. Schadowski, Krefelder Straße 121, 52070 Aachen, Telefon: 0241-4468820, E-Mail: datenschutz@schadowski.com
- › **Widerspruchsrecht: Sie haben das Recht, jederzeit gegen die Verarbeitung sie betreffender personenbezogener Daten, die aufgrund von Artikel 6 Absatz 1 Buchstaben e oder f DSGVO erfolgt, Widerspruch einzulegen; dies gilt auch für ein auf diese Bestimmungen gestütztes Profiling. Wir verarbeiten die personenbezogenen Daten nicht mehr, es sei denn, wir können zwingende schutzwürdige Gründe für die Verarbeitung nachweisen, die Ihre Interessen, Rechte und Freiheiten überwiegen, oder die Verarbeitung dient der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen. Sie haben das Recht, aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, gegen die Sie betreffende Verarbeitung sie betreffender personenbezogener Daten, die zu wissenschaftlichen oder historischen Forschungszwecken oder zu statistischen Zwecken gemäß Artikel 89 Absatz 1 DSGVO erfolgt, Widerspruch einzulegen, es sei denn, die Verarbeitung ist zur Erfüllung einer im öffentlichen Interesse liegenden Aufgabe erforderlich.**

Datum

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

Unterschrift und Stempel des behandelnden Arztes