

Geburtshilfe und Frauenheilkunde 2000; 60: M 153-M159
© Georg Thieme Verlag Stuttgart – New York
ISSN 0016-5751

Vitalitätsdiagnostik: Gesundheit optimieren statt Krankheit verwalten

Dagmar Meißner-Pöthig,
Berlin

Summary

Lifestyle kann Krankheit wie auch Gesundheit produzieren. Die Produktionsregeln sind heute weitestgehend bekannt. Doch reagiert das Expertensystem „Gesundheitswesen auf Zivilisationskrankheiten mit Therapie, sprich Reparatur, statt mit primärerer Prävention und tatsächlicher Ursachenkorrektur. Diese Fehlentwicklung von Rahmenbedingungen und Interventionsstrategien hat fachliche, ökonomische und gesundheitspolitische Gründe.

Die Autorin stellt mit dem Vitalitätskonzept eine wissenschaftlich fundierte Problemlösung vor. Die indikationsübergreifende Beurteilung der Vitalität durch eine altersvalidierte Funktionsdiagnostik ist gerade auch aus Sicht der klinischen Fachdisziplinen interessant. Wird es doch zukünftig mehr denn je geboten sein, drohende oder manifeste psychosomatische Maladaptationen frühzeitig zu erkennen und gezielt abzuwenden. Interdisziplinär-messtechnisch unterlegte und evaluierte Interventionsstrategien sind unerlässlich, wenn wir gemeinsam ursachenorientierte, individuell maßgeschneiderte Prävention anbieten wollen.

Der gesunde Bürger wird übersehen

Ein Blick in die Lehr- und Fortbildungspläne der Humanmediziner anno Deutschland 2000 spricht Bände. Die Strukturen unseres krankheitsorientierten, auf Reparatur ausgelegten Gesundheitswesens scheinen unverrückbar fest: Krankheit wird verwaltet und repariert, für Krankheit wird gezahlt. Leiden gilt es zu lindern. Recht so! Ob jung oder alt, ob Kind, Erwachsener oder Greis: Nur der rechte Schadensfall bedarf unserer kompetenten Zuwendung. Der gesunde, vitale Bürger steht in diesem System gewiss nicht im Mittelpunkt von medizinischer Wissenschaft, Ausbildung und Betreuung. Er kann es auch gar nicht. Er ist nämlich – bei Licht betrachtet – in unserem solidargemeinschaftlich finanzierten Krankenversicherungssystem als „Kunde“ gar nicht vorgesehen.

Zivilisationskrankheiten vorbeugen? Vitalität erhalten? Gesundheit gar optimieren? Gesund *bleiben*, *nicht* krank werden, *gesund* altern? – das ist schließlich hier und heutzutage Privatsache. Da sollten dem Wohlstandsbürger oder dem Patienten ein paar Floskeln und Allgemeinplätze aus berufenem Munde wie „Bewegen Sie sich mehr!“ oder „Ernähren Sie sich gesünder!“ und „Machen Sie sich keinen Streß!“ Expertenhilfe genug sein. Und die Alarmsignale des fehlbeanspruchten Biosystems – die allgegenwärtigen Funktions- und Befindensstörungen, das metabolische Syndrom, die muskuläre

Dysbalance oder die arthrotische oder psychosomatische Fehlentwicklung – kriegen wir, die Experten, allemal mit modernsten Symptomkillern weg. Tablette, Spritze, Operation. Praxis oder Klinik. Den beiläufigen Rest mögen, bitteschön, der medizinische Bildungshunger des Betroffenen besorgen. Die biologisch-psychologische Kompetenz der Medien, populäre Gesundheitsmagazine und präventive Ratgeber aller Couleur sollten dafür doch ausreichend sein ...

Es geht um gesundes Älterwerden

Oder ist die Branchensituation doch nicht so pauschal zu beurteilen? Gibt es heute vielleicht schon andere Denkmodelle in der Medizin? Tun sich konstruktive Lösungswege via primäre Prävention, Gesundheitserhaltung und Gesundheitsoptimierung auf, zeichnen sich dafür neue professionelle Strukturen ab, gibt es fundierte und griffige Angebote und Dienstleistungen für den an seiner körperlichen und seelisch-sozialen Vitalität Interessierten? Was können, was sollten, was müssen wir – die medizinischen Experten – zukünftig für Krankheitsverhütung, gesundes Älterwerden und Vitalität des Interessierten speziell auch in der zweiten Lebenshälfte einbringen? Welche interdisziplinären Problemlösungen können wir heute besten Gewissens anbieten?

Vitalität messen – aber wie?

Der guten Ordnung halber sollten wir der Reihe nach ganz praktische Fragen beantworten:

Was gefährdet Vitalität und Gesundheit im zivilisatorischen Alltag? Was ist Vitalität eigentlich und wie läßt sie sich messen? Und: wozu brauchen wir heute mehr denn je Vitalitäts-Meßverfahren und Vitalisierungs-Konzepte?

Zivilisation produziert Krankheiten

Wir leben auch heute gefährlich. Zivilisation, Wohlstand können Gefährdungsfaktoren per se für Gesundheit und Vitalität sein. Das hängt mit der Herkunft der Spezies Mensch zusammen, das ist Evolutionsbiologie pur. Zivilisation kontra Evolution? Lifestyle kontra Genetik? Schauen wir auf Abbildung 1.

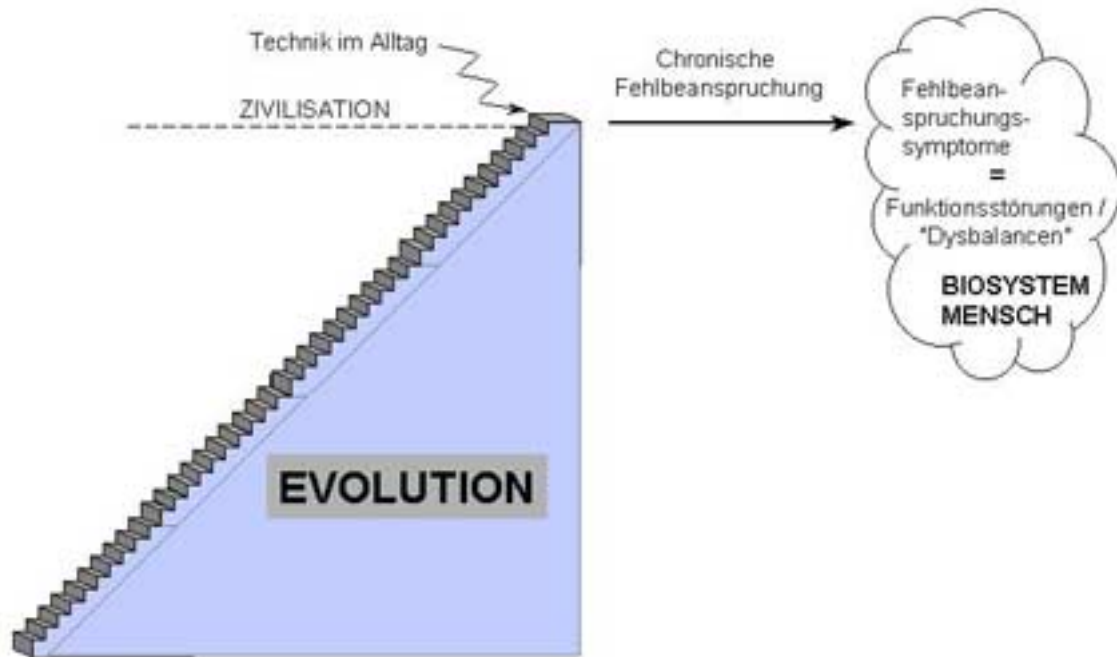


Abb. 1: Fehlbeanspruchung des Organismus durch evolutionsbiologisch pervertierten Lebensstil

Zivilisationskrankheiten werden – wie der Name schon sagt – im zivilisatorischen Alltag produziert. Unser *Lebensstil* ist, evolutionsbiologisch betrachtet, pervertiert. Das altvertraute Wichtige, so dem menschlichen Biosystem in fünfjähremillionen langer Phylogenese genetisch verinnerlicht, wird heute nicht mehr *richtig dosiert* angeboten. Es ist das *Maß* (Menge, Umfang, Intensität) der altvertrauten Reize, Anforderungen oder Stoffe, das sich abrupt geändert hat. *Chronischer Mangel oder chronischer Überfluß an Beanspruchung* strapazieren drastisch unsere Anpassungsfähigkeit. Und dies in der Vierfältigkeit von Körper, Geist, Gefühl und sozialer Bezogenheit: Bewegungsdefizit, Fehlernährung / Schadstoffbelastung und emotional-soziale Fehlbeanspruchung sind die typischen zivilisatorischen Stressfelder des Industriezeitalters. In der modernen Informations-, Medien- und Kommunikations-gesellschaft sind sie noch „selbstverständlicher“, noch „normaler“ geworden. Sie sind regelhafter Bestandteil unserer Lebensweise, unseres Alltags. Und dies in jedem Lebensalter.

Fehlbeanspruchung – Funktionsstörung – Zivilisationskrankheiten

Es ist recht einfach: aus der *evolutionsbiologisch angemessenen*, richtig dosierten Beanspruchung des Biosystems wird Fehlbeanspruchung. Die chronische Fehlbeanspruchung, die äußere Risikosituation verinnerlicht sich. In einem durchaus sinnvollen Anpassungsprozeß entstehen durch chronische Fehlbeanspruchung erst durchschnittliche Funktion, dann minimale Funktion, schließlich die Funktionsstörung. Dieses funktionelle Störmuster könnte man als *verinnerlichtes* Risikosyndrom bezeichnen. *Die Funktionsstörung, die funktionelle Dysbalance ist eine Grauzone zwischen (minimaler) Gesundheit und (manifesten) Zivilisationskrankheit.* In Abbildung 2 ist dieses indikationsübergreifende operationale Denkmodell dargestellt.

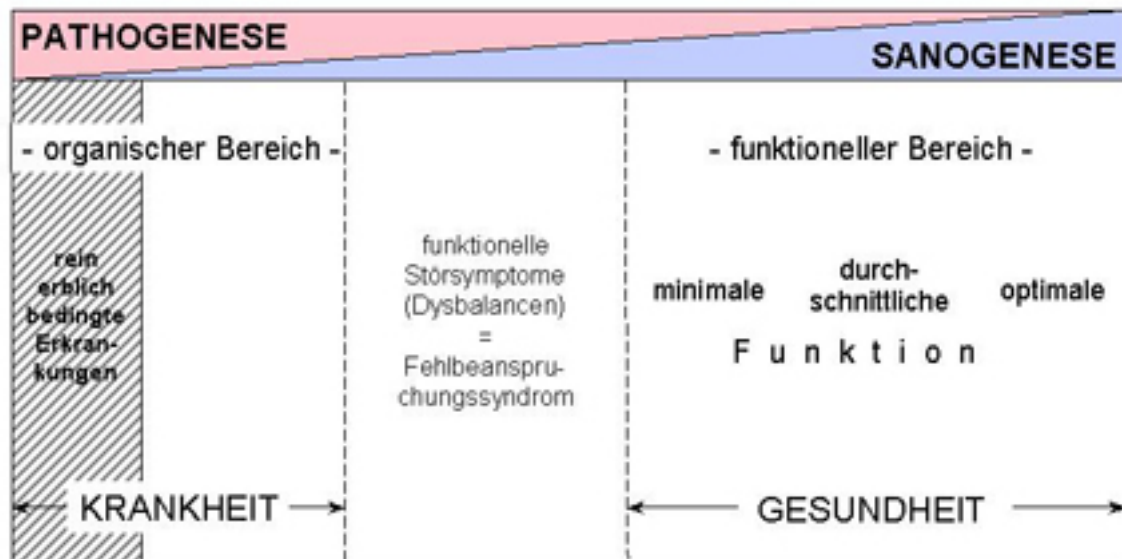


Abb. 2: Operationales Funktionsmodell der Pathogenese und Sano(Saluto)genese von Zivilisationskrankheiten

Die äußere Fehlanforderung, das chronische Zuviel oder Zuwenig wird vom System drinnen gespiegelt. Zuerst einmal geschieht dies im Funktionellen. Die Strukturveränderung, die irreparable „Degeneration“, die manifeste Krankheit steht in diesem Prozeß ganz am Ende. Im Englischen definiert man „degenerate / of organisms or their parts“ als „to become less specialized or functionally useless“.

2/3 aller ambulanten Patienten ohne organische Krankheit

Die Mißhandlung hinterläßt ihren Abdruck. Symptome erscheinen (Abbildung 3). Chronisch, schleichend Der Prozeß braucht oft Jahre, Jahrzehnte. Zivilisationskrankheiten in nascendi sind die crux unserer ambulanten Medizin aller Fachrichtungen: metabolisches Syndrom, „essentielle“ Hypertonie, gestörter Stoffwechsel und Übergewicht als Prodromi der Arteriosklerose, muskuläre Dysbalancen und Insertionstendopathien, emotional-soziale Dysbalancen und psychosomatische Fehlentwicklungen ... Gut zwei Drittel aller ambulanten Patienten sind nicht organisch krank. Sie haben „nur“ Funktions- und Befindensstörungen. Sie sind erschöpft, vitalitätsgemindert. Leiden unter vielfältigen funktionellen Alarm- und Fehlbeanspruchungssymptomen. Diese Patienten sind nicht mehr gesund und noch nicht organisch krank.

Fehlbeanspruchung:

Abb. 3: Systemakzentuierte Funktions- und Befindsstörungen im interdisziplinären Präventionskonzept

Lifestyle kann also Krankheit wie auch Gesundheit „produzieren“. Die Produktionsregeln sind heute weitestgehend bekannt. Doch reagiert das medizinische Expertensystem, reagiert unsere Gesundheitspolitik nebst Versicherungs- und Verwaltungsstrukturen eher hilflos darauf mit Therapie, sprich Reparatur, statt mit primärer Vorbeugung und Korrektur durch tatsächliche Ursachenbeseitigung. *Diese Fehlentwicklung von Rahmenbedingungen und Interventionsstrategien hat vielfältige – ökonomische, gesundheitspolitische wie fachliche – Gründe.*

Zivilisation kontra Evolution

„Normal“ ist, was häufig ist, was wir alle und immer machen. Diese unsere Tagessicht, das Hineingeborene in den Zeitgeist, verführt uns zu einem verhängnisvollen Trugschluß: unsere heutige typische, alltägliche Art zu leben wird nicht oder nur selten mit der Meßlatte der Evolution gemessen. Die Evolutionstreppe macht deutlich: Zivilisation ist eine verschwindend kurze Zeitspanne im Vergleich zum Zeitraum der Evolution. Doch wir blenden die Evolution, die genetisch erworbene „Normalität“ in puncto Beanspruchung einfach aus unserem Alltagsdenken und –fühlen aus. Schlimmer noch: auch aus unserem wissenschaftlichen Denken und Handeln. Wir deklarieren de facto im ärztlichen Handlungsalltag auch oder gerade Zivilisationskrankheiten gerne zum inneren, zum genetischen Risiko, zum „biologischen Materialfehler“, den wir korrigieren müssen. Dabei sind es doch die „äußeren Betriebsbedingungen“ des Biosystems, um im technischen Jargon zu bleiben, die meist *nicht angemessen* eingehalten werden und dann zum vorzeitigen Materialverschleiß, zur strukturellen Degeneration (Arteriosklerose, Arthrose), zu manifesten psychischen Fehlentwicklungen führen.

Körper als Projektionsfläche der fehlbeanspruchten Seele

Dafür seien pars pro toto (!) aus dem gynäkologischen Bereich das PMS und dessen derzeit gebräuchlichen ärztliche Interventionsstrategien angeführt. Emotional-soziale Dysbalancen sind in unserer Gesellschaft allgegenwärtig. Das verwundert wenig: Arbeitslosigkeit oder fehlende berufliche Erfüllung, Erfolgsdruck oder ständige Perfektion, das konformistische Kulturmuster, die kaputte Ehe, Sinnkrisen und finanzielle Nöte, die fehlende Lebensperspektive, berufliche oder familiäre Zwänge ...

Die fehlbeanspruchte Seele sucht sich ihr Ventil. Der Körper ist ihre Projektionsfläche. Die psychosomatischen Alarmsignale sind dabei überaus facettenreich: hoher Blutdruck oder Herzdruck, Potenzstörungen oder Menstruationsbeschwerden, Migräne oder Tinnitus, Juckreiz oder Asthma, Magenkrämpfe oder Verdauungsprobleme, Kummerspeck oder Magersucht, Muskelverspannungen oder ... – die Liste der Funktions- und Befindensstörungen ist lang. Nicht zu vergessen die leidlichen Schlafstörungen, das Anspannungs- und Unruhegefühl, die Erschöpfung. Ärzte aller klinischen Fachdisziplinen, nicht etwa nur Psychotherapeuten, sind damit ständig konfrontiert.

97 % der psychosomatisch Erkrankten fehldiagnostiziert

Doch wir diagnostizieren organisch. Nicht einmal. Nein, mehrfach und immer wieder. Wir röntgen und computertomographieren, wir massieren und verordnen Medikamente, wir spritzen und operieren. Ein zweites Mal und drittes Mal. Symptomatische Behandlung heißt die medizinische Interventionsstrategie. Immer mehr desselben. Dabei der eher beiläufige, dem Therapiekonzept untergeordnete Rat des Fachmanns: „Versuchen Sie es mal mit Sport. Und machen Sie sich keinen Stress.“

In der Fachliteratur finden sich erschreckende Zahlen. Nach *Federschmidt* (1996) werden 97 % der psychosomatisch Gestörten und Erkrankten fehldiagnostiziert. Durchschnittlich 7 Jahre braucht es von der ersten Arztkonsultation bis zur Vorstellung in einer psychosomatischen Facheinrichtung. Solange wird organisch diagnostiziert und symptomatisch repariert. Durchschnittlich 52 Tage verbringen diese Patienten wegen ihrer Beschwerden in nicht-psychosomatischen Kliniken, wo sie aufwendig diagnostiziert, organisch therapiert, erfolglos operiert werden. Dieser ambulante und stationäre Umweg vom Körper zur Seele kostet den Krankenkassen *pro Patient* schlappe 40 000 DM. In diesen vierzigtausend Deutschen Mark sind nicht berücksichtigt die Kosten für Arbeitslosigkeit, Frühberentung und ähnliche Aufwendungen der Solidargemeinschaft.

Wegbereiter von Zivilisationskrankheiten: Stress, Bewegungsmangel und Fehlernährung

Die zitierten Zahlen beziehen sich auf psychosomatische Fehlentwicklungen der Spezies Mensch in Deutschland ungefähr anno 2000. Natürlich vermischt sich alles mit allem, wie wir beim Rückenschmerz sehen können. Der Stress, die emotional-soziale Fehlbeanspruchung im Alltag steht nicht alleine. Der Bewegungsmangel ist drastisch und setzt heute im frühen Kindesalter ein. Die Fehlernährungsmuster im Makro- und Mikronährstoffbereich tun ihr übriges.

Gesundheitsoptimierung ersetzt die Therapie

Arthrose, Arteriosklerose, „Neur“ose. Die –ose als Fingerprint des zivilisatorischen Alltages im Biosystem. Immer das gleiche pathogenetische Schema: chronische Fehlbeanspruchung von außen, die folgende Funktionsstörung im Biosystem. Irgendwann der strukturelle „Verschleiß“, die Degeneration. Die manifeste zivilisatorische Krankheit steht – durch die Disposition des Betroffenen, durch seine genetische Mitgift natürlich modifiziert – am Ende dieses negativen Entwicklungsprozesses. *Functional genetics* benennen die Molekulargenetiker sehr trefflich dieses Phänomen, wohlwissend, daß dieser biopsychosoziale Anpassungsprozeß – unter positivem Vorzeichen natürlich – auch für die Sanogenese, für die Salutogenese, für die Gesundheitsoptimierung des Biosystems genutzt werden kann.

Es liegt nahe, primäre Prävention vor Therapie zu setzen. Es ist fachlich, ethisch, ökonomisch und gesundheitspolitisch vernünftig, Rahmenbedingungen und Maßnahmen auf das eine Ziel zu richten: die Zivilisationskrankheiten *im Ursprung* zu verhüten. Oder, wenn der pathogene Prozeß denn schon eingeleitet und im Gang ist, ihn wieder umzukehren.

Und dem, der Eigenverantwortung für sich und seine Gesundheit und Vitalität im Alltag übernehmen möchte, muß kompetente, maßgeschneiderte Hilfe zur aktiven Selbsthilfe angeboten werden. Auch und gerade in der zweiten Lebenshälfte.

Vitalität ist alters- und geschlechtsabhängig

Unter **Vitalität** verstehen wir die **alters-** (und geschlechts)**typische Funktionstüchtigkeit und Befindlichkeit** eines Menschen in seiner **Vierfältigkeit** von **Körperlichem, Mentalem, Emotionalen** sowie in seiner **sozialen Bezogenheit**. Die klassische Vitalitätslebenskurve (Abb.4) faßt approximativ all diese *zeit*geprägten Struktur- und Funktionsveränderungen eines Organismus von der Konzeption bis zum Tode. In der gerontologischen Literatur gibt es eine Fülle von Untersuchungen, die diesen von der Lebenszeit (Ontogenese) abhängigen Wandel in allen hierarchischen Ebenen beschreiben und belegen. Altersveränderungen sind auf molekularer Ebene bis hinauf zur Ebene von Funktionssystemen nachweisbar. *Bürger* bezeichnet schon 1956 den Altersprozeß als „Biomorphose“.

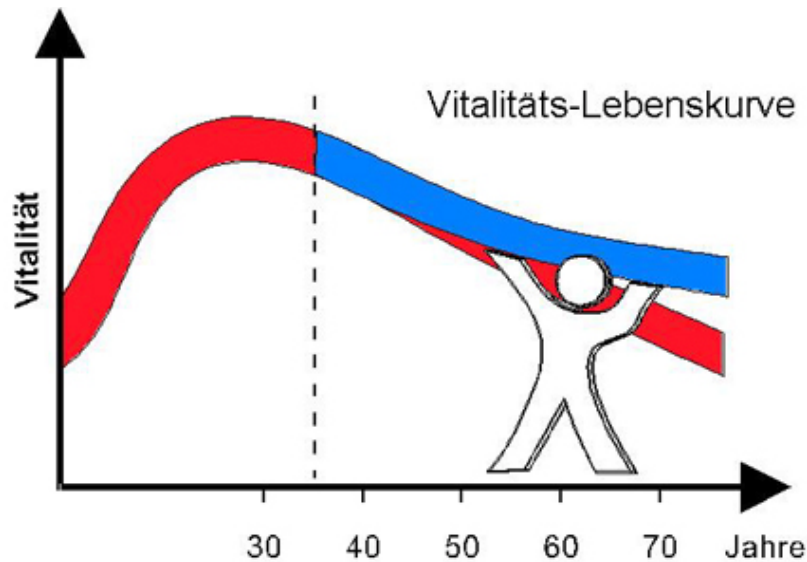


Abb. 4: Vitalitätslebenskurve und aktive Prävention

Kalenderalter gegen Funktionsalter

Unser individuelles Alternstempo – und damit unsere biologische Eigenzeit (*Beier 1989*) – kann sehr verschieden sein. Neben (onto-/zeit)genetischen Informationen des Biosystems spielen dabei auch epigenetische (umwelt-, beanspruchungsbedingte, adaptogene) Faktoren eine nicht unmaßgebliche Rolle. Die Ausprägung des Genotyp zum Phänotyp ist neben Genetik, kalendarischem Alter und Geschlecht eben auch von seiner Beanspruchung abhängig (Abbildung 5).

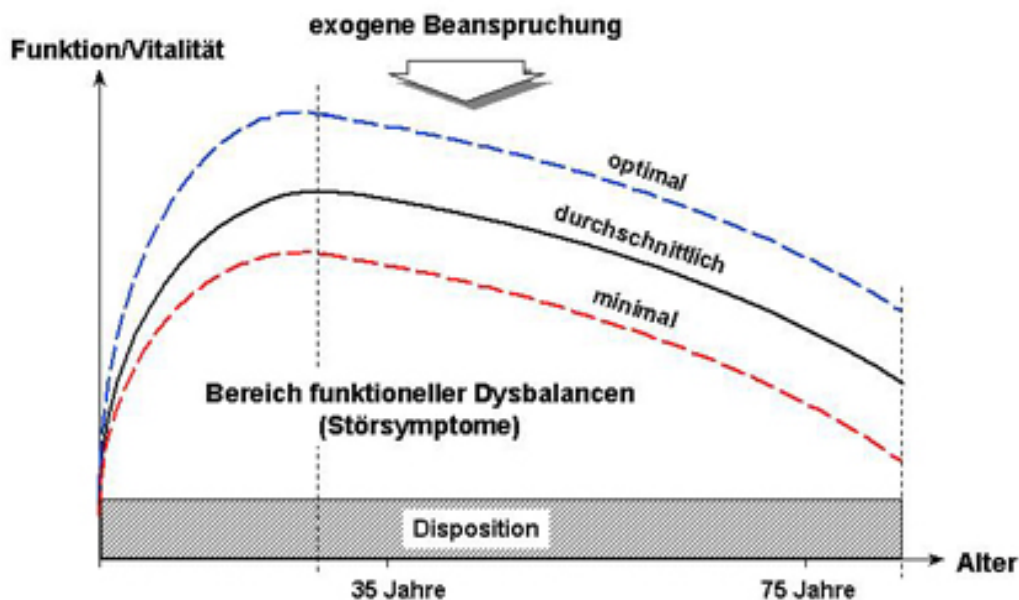


Abb. 5: Ontogenese und Epigenese im Vitalitätskonzept

Die Leistungsphysiologen sprechen von Euadaptation oder Maladaptation. Das bedeutet, daß wir den Alternsprozeß, das Alternstempo heute zwar nicht in seinen eigentlichen Ursachen, in seinen genetischen Mechanismen beeinflussen können, wohl aber seine Erscheinungen, seine Phänomenologie modifizieren können. *Kalendarisches Alter* und tatsächliches „biologisches Alter“ (korrekter: *Funktionsalter!*) können dadurch erheblich

voneinander abweichen. Randomisierte Studien an mittlerweile rund 1500 Probanden im Rahmen des europäischen Forschungsprojektes Gerontologische Präventivmedizin (Abbildung 6) belegen, daß es jenseits des Vitalitätsmaximums im Einzelfall Abweichungen zwischen kalendarischem und funktionellem (biopsychosozialem) Alter von plus 38 Jahren (Voralterung) und minus 23 Jahren (Nachalterung) geben kann.

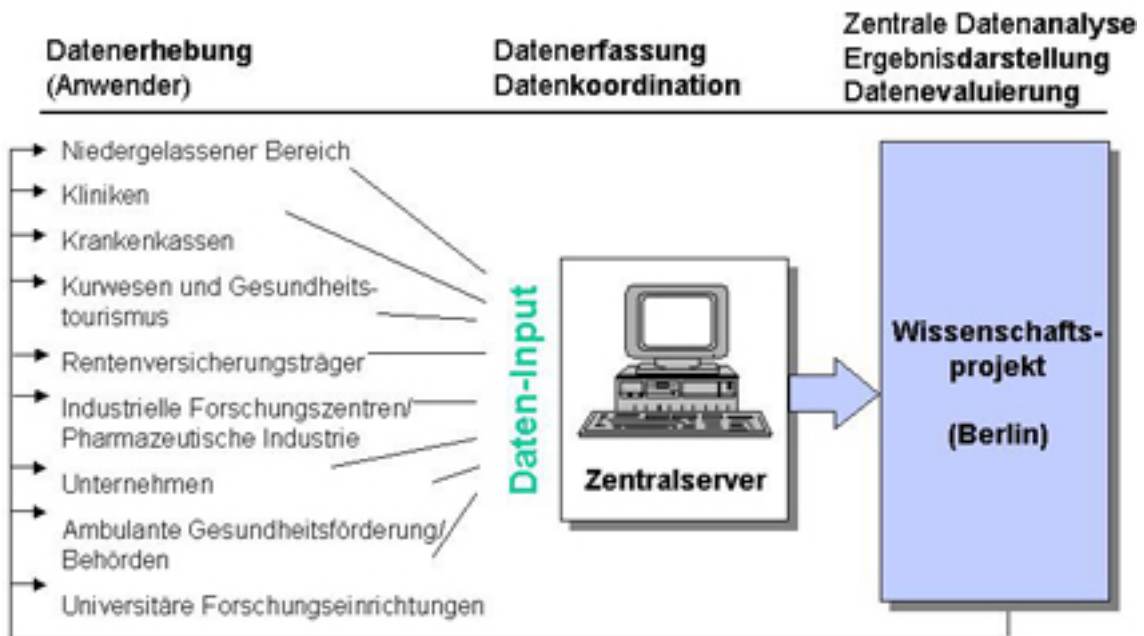


Abb. 6: Vernetzungs- und flächendeckende Organisationsstruktur des Wissenschaftsprojektes „Vitalität und Prävention“ der Deutschen Gesellschaft für gerontologische Präventivmedizin, Gesundheitsoptimierung und Vitalität e.V., Berlin

Solche markanten Unterschiede sind uns im ärztlichen Alltag durchaus geläufig. Mit entsprechenden Meßmethoden und „harten Daten“ lassen sich diese empirischen Beobachtungen natürlich auch objektivieren. Dabei müssen die Prämissen, die an ein (altersvalidiertes!) Diagnostikverfahren zur Bestimmung von Vitalität und Funktionsalter gestellt werden, sowohl theoretisch-methodologischer als auch praktisch-methodischer Art sein. Ausführlich und detailliert kann dazu bei *Meißner-Pöthig und Michalak (1997)* nachgelesen werden.

Vitalitätsdiagnostik erfüllt einige spezielle Voraussetzungen:

1. *Methodologisch-operationale Validität:* Das Meßverfahren erfaßt möglichst *integrative* Alters- und Adaptationsparameter, das heißt, es ist auf der hierarchischen Ebene mindestens von Funktionssystemen angelegt. (Noch verlässlicher und valider wären naturgemäß Tests zur aktuellen und potentiellen Adaptationsfähigkeit der Funktionssysteme.) Die *Funktion* ist der Spiegel, die integrative Nahtstelle von Disposition und Exposition des Biosystems. Im angloamerikanischen Schrifttum spricht man auch vom *functional age* (*Dean 1988*). Es liegt auf der Hand, daß klinisch-biologische Parameter niedrigen Integrationsniveaus (z.B. biochemische oder biophysikalische Kriterien wie Cholesterin, Lipofuscin, Kollagen oder Sauerstoffpartialdruck) für die Beurteilung der Vitalität des Gesamtorganismus viel zu unspezifisch sind.

2. *Altersvalidierung*: die Einzelparameter des Gesamtverfahrens sowie das Komplexverfahren beschreiben hinlänglich den Alternsngang (korrelations- oder faktoranalytische Prüfung der Meßdaten), um als valide zu gelten (Tabelle 1).
3. *Normwerte*: Entsprechende „Normalwerte“ für Vitalität liegen vor. Dazu werden seit etwa 20 Jahren flächendeckende Studien an der Bevölkerung durchgeführt (*Meißner-Pöthig et al. 1999*). Daten ausschließlich aus Kliniken und Praxen (vorwiegend kranke Menschen) sind als Referenzpool für Vitalität und Gesundheit nicht geeignet. Zudem werden in ausgewogenem Verhältnis Personen aller Altersgruppen beiderlei Geschlechts erfaßt. Solche randomisierten Gesundheitsstudien an der „Normalbevölkerung“ sind nicht einfach zu organisieren. Sie setzen eine fachübergreifende Organisation, wissenschaftliche Kooperation und eine zentrale Auswertung durch Experten voraus. Außerdem unterliegen solche Untersuchungen natürlich den strengen Regeln des Datenschutzes.
4. *Interdisziplinäre Konstruktion des Testdesigns*: Notwendig ist ein komplexes, indikationsübergreifendes Spektrum von funktionsdiagnostischen Methoden. Die Funktionstüchtigkeit in den Lifestyle-Bereichen Bewegung und Ernährung (wie Pulse-Performance-Index, Sauerstoffbedarf, Kraftstatus, Fett-Muskel-Relation, Antioxidantienstatus bzw. Vitaminbedarfsanalyse) als Part der körperlichen Vitalität wird erfaßt. Ebenso wird auf sinnesphysiologischer Ebene (Seh- und Hörvermögen) untersucht. Neurophysiologische und mentale Indikatoren (beispielsweise psychomotorisches Tempo, Koordination, Konzentration, Gedächtnis, Reaktions- und Orientierungsvermögen, Strategienbildung, Umstellfähigkeit) als Aspekte der geistigen Vitalität finden ebenfalls Berücksichtigung. Selbstverständlich gehen auch und gerade emotional-soziale Vitalitätsindikatoren (Stressdisposition, Stressexposition, Stressbewältigung, emotionale Befindlichkeit, seelische Flexibilität, soziale Aktivitätsparameter im Pflichten- und Freizeitbereich) in das präventivmedizinische Untersuchungsspektrum ein.
Bei der Vielzahl von möglichen Alternsveränderungen kann es sich dabei trotz des multifaktoriellen Ansatzes allenfalls um einen definierten „diagnostischen Torso“ handeln.
5. *Standardisierung*: Je komplexer ein Verfahren, desto größer die Fehlermöglichkeiten. Selbstverständlich muß bei der Vitalitätsdiagnostik besonders sorgfältig gearbeitet werden (vergleiche Tabelle 1). Eine exakte methodische Ausbildung der medizinisch-technischen Fachkräfte, die die Vitalitätsdiagnostik durchführen, ist deshalb Standard. Auch spielt der Untersuchungszeitpunkt (biologische Tagesrhythmik und Vitalität) eine nicht zu unterschätzende Rolle. Selbstverständlich muß auch der Interpretierer bestens geschult werden. Theoretische und praktische Kenntnisse und Erfahrungen aus der Gerontologie, der Ernährungs- und Bewegungs-/Leistungsphysiologie und der Gesundheitspsychologie werden gerade von den klinisch tätigen Medizinern dankbar aufgenommen, da sie im ärztlichen Ausbildungsstandard fehlen.
6. *Praktikabilität*: Die Komplexität des Untersuchungsansatzes verführt. An altersvalidierten Einzelmeßmethoden gebricht es nicht. Die Experten sind versucht, alle möglichen Checks in das Testdesign einzubauen. Doch eine mehrstündige

Untersuchungsdauer, belastende, anstrengende, irritierende oder unangenehme Eingriffe gar, würde die Methode für den ambulanten Einsatz unbrauchbar machen. Das Testspektrum mußte deshalb auch in dieser Hinsicht gut durchdacht und ausgewogen konzipiert sein.

Vitalitätsdiagnostik: schnell durchzuführen, seriös, spielerisch

Eine Vitalitätsexpertise dauert circa eine Stunde. Sie kann selbstverständlich ambulant durchgeführt werden und hat trotz aller Seriosität einen eher spielerischen Charakter. Neugier und Selbsterfahrung sind erfahrungsgemäß entscheidende Komponenten, die die Attraktivität des Verfahrens für den Probanden ausmachen. Der Interessent erhält im Anschluß an den Check ein computergestütztes Auswertungsprotokoll. Die Stärken und Schwächen seiner gemessenen Funktionen sind optisch und graphisch in Form eines Vitalitätsmusters dargestellt (Abbildung 7a). Die Wirkungen seines Alltagslebens werden sichtbar gemacht. Natürlich erfolgt die Bewertung seines Vitalitätsprofils immer ganz konkret im Vergleich zu seiner Altersgruppe (grau unterlegte Spalte: + / * / -).

Der sogenannte Funktionsalterindex (*functional age index*, FAI) ist der Summenparameter des aktuell gemessenen Funktionszustandes. Ein raffiniertes mathematisches Prozedere (Normierung, definierte Gewichtung) erlaubt die Bestimmung dieses funktionellen Summenwertes. Dieser wird in Bezug zur Referenzpopulation gesetzt und erlaubt einen Alters-Normalvergleich (Abbildung 7b). Ein berechneter FAI von beispielsweise 68,9 bedeutet: der aktuell gemessene Funktionszustand entspricht dem eines typischen 69jährigen in der Normalbevölkerung. Der FAI ist also lediglich ein *Indikator* für das Funktionsalter des Untersuchten. Das biologische Alter selbst können wir nicht bestimmen.

Schnelle Orientierung über den Status quo der Vitalität von Personen

Nachteilig bei einem solchen Summenwert ist, daß eine differenzierte Stärken-Schwächen-Analyse nicht möglich ist. Für die Präventionspraxis ist er demnach nicht zu favorisieren, wohl aber für wissenschaftliche Intervall- und Vergleichsuntersuchungen (Tabelle 2). Er erlaubt eine schnelle Orientierung über den Status quo der Vitalität von Personen oder Gruppen im Sinne eines Punktwertevergleichs. Auch in der Begutachtungspraxis sowie in der gerontologischen Verlaufsdiagnostik hat er sich bewährt. Bei erheblicher Diskrepanz zwischen Befund und Befinden (psychosomatische Erschöpfung, burn-out-Syndrom u.ä.) kann er eine wertvolle Entscheidungshilfe sein.

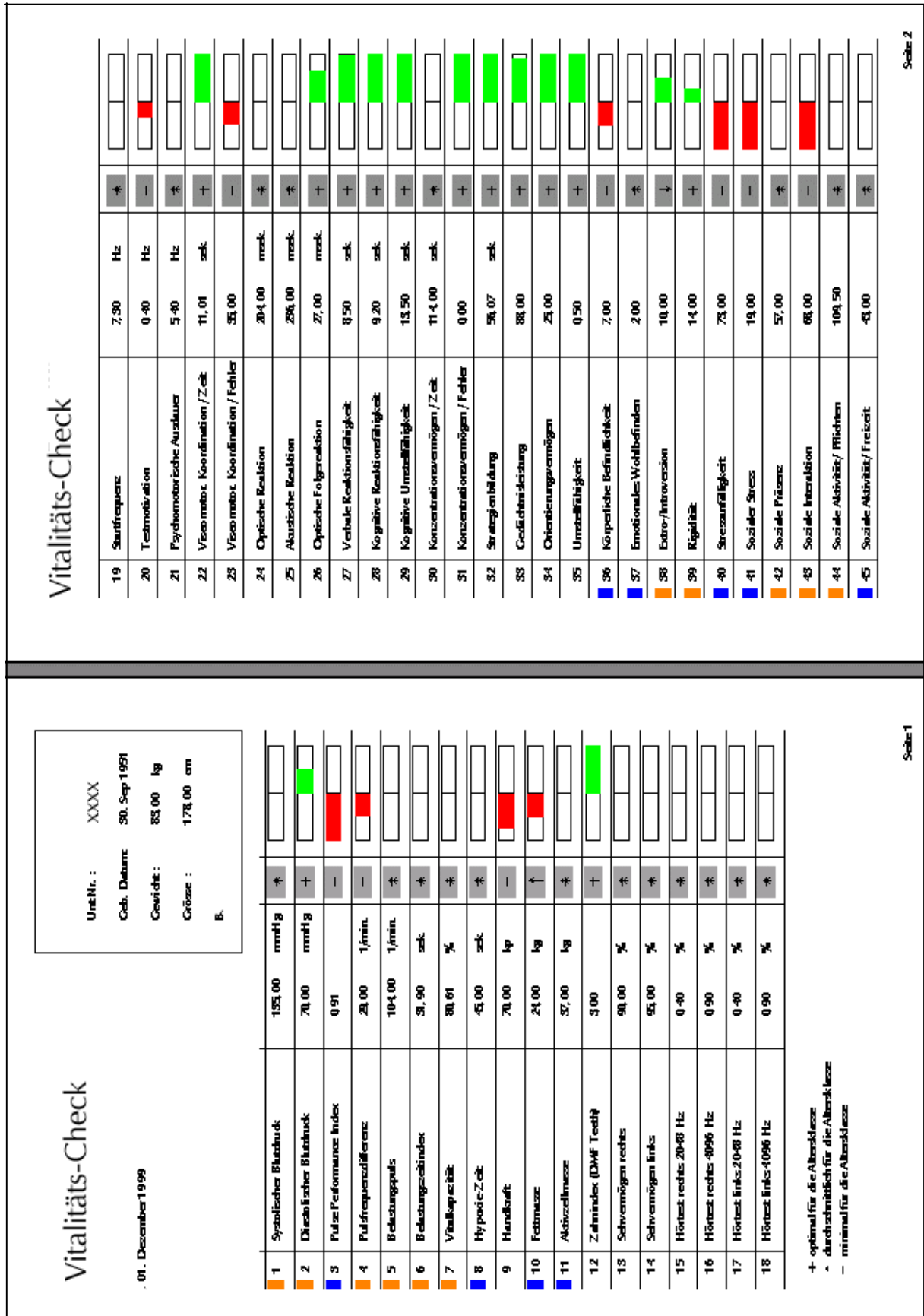


Abb. 7a: Altersvalidiertes Vitalitätsmuster

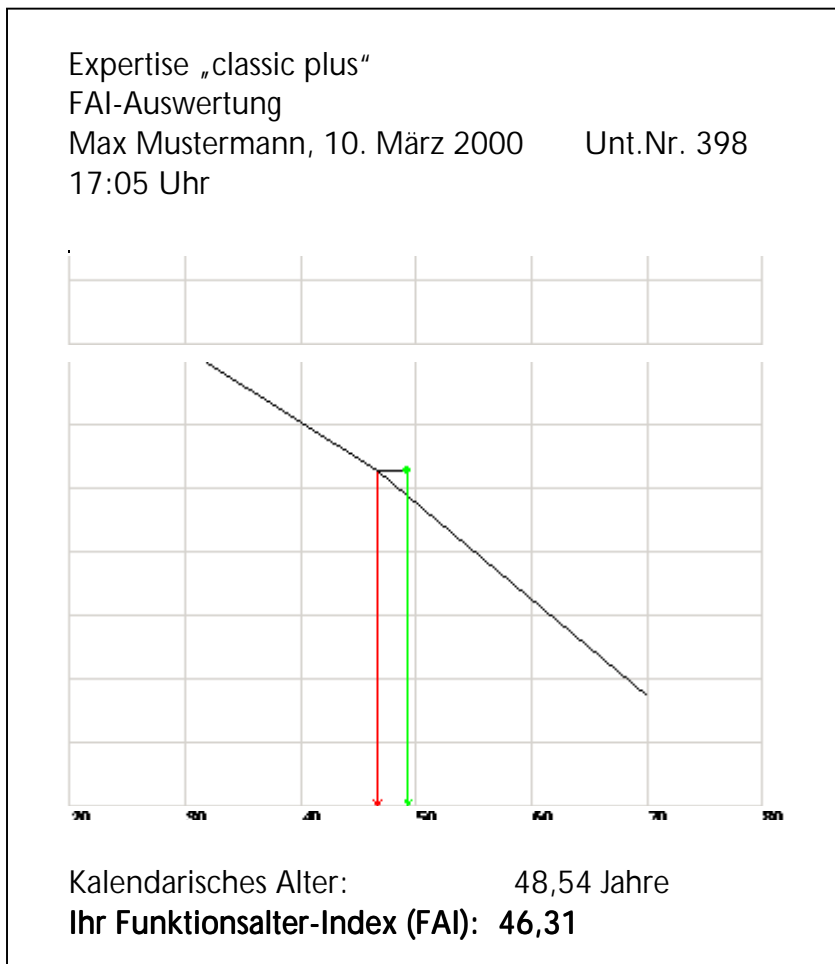


Abb. 7b: Kalendarisches Alter und Functional Age Index (FAI)

Substitute Technology kontra Add-on-Technology ?

Der Vitalitätsmessplatz stellt nicht nur eine sinnvolle und notwendige Ergänzung unseres krankheitsdiagnostischen Inventars dar. Neben den traditionellen Diagnosen „krank“ oder „gesund“ (o.B., ohne pathologischen Befund) erlaubt er die präventiv bedeutsame Graduierung „optimal vital, durchschnittlich vital bzw. vitalitätsgemindert / altersrelevant funktionsgestört“.

Nicht nur für die große Klientel kranker, ratsuchender Menschen steht damit der Weg für eine ursachen- und lifestyleorientierte Intervention, für eine gezielte, maßgeschneiderte Vitalisierung offen.

Auch viele (wenn auch beileibe nicht alle!) gesunde Menschen haben durchaus Interesse daran, ihren guten Gesundheits- und Vitalitätszustand zu erhalten, wenn nicht gar weiter zu verbessern. Und natürlich sind sie auch daran interessiert, Zivilisationskrankheiten in nascendi, den vielfältigen Funktions- und Befindensstörungen, vorzubeugen, sie nach Möglichkeit gar nicht erst entstehen zu lassen.

Team von Gesundheitsexperten für maßgeschneiderte Vitalisierungsangebote

Kooperationen zum Thema „Prävention“ wird es besonders mit innovativen Anbietern auf dem freien Gesundheitsmarkt geben. Serviceorientierte Unternehmen, die der Bevölkerung flächendeckend, standardisiert und qualitätskontrolliert Gesundheitsdienstleistungen „unter einem Dach“ anbieten, sind bereits im Entstehen. Deren Angebote werden dem Kunden, seine Neugier und sein Interesse an Selbsterfahrung nutzend, in attraktiver, fast spielerischer Form offeriert. Gesundheits- und Vitalitätsdiagnostik wird hier zum Standard gehören. Ein Team von Gesundheitsexperten (speziell geschulte Ärzte, Psychologen, Trainer, Ernährungsberater) stehen dem Gesundheitsinteressierten für persönliche Beratung sowie maßgeschneiderte Vitalisierungsangebote im Bereich Bewegung, Ernährung und Stressmanagement zur Verfügung.

Auch unsere finanziell überstrapazierten Krankenversicherungssysteme werden von einer qualifizierten und seriösen Patienten- und Verbraucherberatung auf dem Gebiet der aktiven Intervention und des Gesundheitsmanagements profitieren. Wir werden die zivilisatorischen „Bedienungsfehler“ am Biosystem Mensch, die Widersacher gesunden Alterns, wesentlich effektiver als heute erkennen und vermeiden können.

Literaturhinweise:

1. Beier, W. (1989). Physikalische Zeit und biologische Eigenzeit in der gerontologischen Forschung. Z. Gerontologie 22. 171-174.
2. Bürger, M. (1956). Biomorphose – die Lebenswandlungskunde des menschlichen Organismus und seiner Funktionen. Ärztl. Fortbildung 5. 409-423.
3. Dean, W. (1988). Biological age measurement. Los Angeles: The Center of Biogerontology.
4. Federschmidt, H. (1996). Wirksamkeit und Nutzen von psychotherapeutischen Behandlungsansätzen. Deutsches Ärztebl. 93 B-34/36.
5. Meißner-Pöthig, D. (2000). Anleitung zu Krankwerden. Treuchtlingen: Keller Verlag
6. Meißner-Pöthig, D., Michalak, U. (1997). Vitalität und ärztliche Intervention. Stuttgart: Hippokrates.
7. Meißner-Pöthig, D., Michalak, U., Singer, K. (1999). Forschungsprojekt Gerontologische Präventivmedizin. Geriatrie Fortbildung 2. 8/9.