

Antworten zum Fragekatalog für Operationen

(Agency for Healthcare Research and Quality, Rocheville, zitiert aus Jörg Blech, Heillose Medizin, S. Fischer Verlag, Frankfurt am Main 2005, S. 232-233)

Hier: Quadrantenintervention nach Bauer bei Fibromyalgie/Fibromyalgiesyndrom

1) Warum muss der geplante Eingriff sein?

Der geplante Eingriff muss nicht sein. Es steht Ihnen frei, Ihr Leiden weiter wie bisher zu behandeln, wenn Sie das Gefühl haben, mit Ihrer Erkrankung zurechtzukommen. Aber Vorsicht! Das FMS ist eine chronische, schubweise sich über Jahre und Jahrzehnte verschlimmernde Erkrankung, die – egal ob konservativ behandelt oder unbehandelt – so oder so zur Berufs- und Erwerbsunfähigkeit, zur Invalidität (Rollator, Rollstuhl, Bettlägerigkeit) führt. Infolge der – zwar wechselnden, aber dauernd vorhandenen – Schmerzen ist sie *persönlichkeitszerstörend* und führt daher sekundär zu *psychischen Veränderungen*. Diese Veränderungen sind Folge, nicht Ursache der Krankheit. Die *Selbstmordrate* liegt bei 15 von Hundert und scheint nach Einnahme mancher zentral wirksamen Medikamente zuzunehmen – Statistiken darüber sind nicht greifbar – ähnlich, wie die Statistiken über das Rauchen lange Zeit verschwiegen wurden.

2) Welche Alternativen gibt es zu dem geplanten Eingriff?

Keine. Die Quadrantenintervention ist die einzige Behandlungsmethode, die ursächlich das Kompressionssyndrom der kleinen Nerven behebt. Alle multimodalen Therapien sind Stückwerk. Sie greifen auch nicht z.B. bei einem eindeutigen Karpaltunnelsyndrom (KTS). Um die Wirksamkeit von zentral wirkenden Medikamenten bei Kompressionssyndromen zu belegen, hätten diese bei Patienten mit KTS prospektiv, doppelblind, randomisiert und placebo-kontrolliert in einer Multicenterstudie getestet werden müssen – wurden sie aber nicht. Die multimodale Therapie kann nicht aus der Sackgasse herausführen.

3) Was ist das Ziel der geplanten Intervention?

Das Ziel ist bleibende Beschwerdefreiheit bezüglich der durch Fibromyalgie bedingten Schmerzen und Beschwerden. Ausserdem soll durch die OP das Fortschreiten der Erkrankung gestoppt werden (siehe Punkt 1).

4) Was ist der konkrete Nutzen der Operation?

Wenn 1000 Menschen operiert werden, wird bei 600 von ihnen eine Intervention bei einem einzigen Quadranten ein Jahr nach OP so erfolgreich sein, dass alle vier Quadranten beschwerdefrei werden und der Patient die bisherigen Medikamente und Behandlungen absetzen kann (=Heilung). Natürlich bleiben evtl. bereits vorhandene Gelenk- und Kapselschäden, Unfallfolgen u.ä. erhalten - ebenso, wie die Tatsache, dass der Patient altert.

Bei 300 Menschen zeigt sich nach 1 Jahr nur eine Besserung.

Es kann sein, dass:

- a. der operierte Quadrant beschwerdefrei wird und bleibt, die anderen 3 Quadranten sich nicht erholen,
- b. der operierte Quadrant und auch die anderen 3 Quadranten schlagartig beschwerdefrei werden, diese Wirkung aber nach einiger Zeit wieder verschwindet,
- c. alle 4 Quadranten nach 12 Monaten etwas besser geworden sind, der Erfolg für den Patienten aber nicht durchschlagend ist,
- d. der operierte Quadrant absolut beschwerdefrei ist, der Körper/das Gehirn des Patienten diesen jetzt beschwerdefreien Quadranten als Nullwert einsetzt, an dem die anderen drei

verglichen werden. Dabei entsteht der Eindruck, die anderen drei Quadranten würden mehr wehtun,

- e. zuerst, in den ersten Wochen bis Monaten pop (postoperativ) eine Erstverschlimmerung eintritt (wie aus der Homöopathie bekannt) und dann erst der Fall a) eintritt,
- f. Mischformen aus a) bis e) auftreten.

Aus diesen Gründen ist der Patient angehalten, bei Auftreten von Auffälligkeiten - Punkt a) bis f) – den Operateur zu kontaktieren – die Möglichkeit der Nachuntersuchung (Kosten: ca. 50 - 80 EUR) sollte in all diesen Fällen beschriebenen Fällen 6 bis 9 Monate pop genutzt werden.

5) Was ist das Risiko der Operation?

Wenn 1000 Menschen operiert werden, besteht die Gefahr, dass die OP bei 70 von ihnen nichts bringt und dass sie auch nicht in der Lage ist, das Fortschreiten der Erkrankung aufzuhalten.

Allgemeines Risiko:

von 1000 Menschen erleben 20, dass der Verband in den ersten 24 Stunden durchblutet, oder dass sich eine Entzündung entwickelt bis hin zur Eiterung, oder dass später die Narbe nicht – wie gewöhnlich - wie nur ein dünner Bleistiftstrich wird. Aus diesen Gründen ist die Verbandskontrolle am Tag nach OP unbedingt einzuhalten – d.h. der Patient muss im Hotel/Pension übernachten und am nächsten Morgen wiederkommen.

Bei 9 von 1000 wird der Arm oder das Bein nach OP dick, blau und tut weh – dafür gibt es besondere Übungen, die gezeigt werden. 1 Mensch von 1000 erleidet eine Nerven-, Gefäss- oder Sehnenverletzung, die intraoperativ mikrochirurgisch repariert werden kann.

6) Wie lange dauert es, bis sich der Patient von der OP erholt hat?

Arbeitsunfähigkeit besteht nach Arm-OP 6 – 8 Wochen, nach Fuss-OP 8 – 12 Wochen. Sport, schwere Arbeiten im Haushalt u.ä. sind während der ersten 3 Monate pop nur eingeschränkt möglich. Autofahren ist erst 3 – 6 Wochen nach OP möglich – je nach operiertem Quadranten – rechts dauert es länger als links (wegen Bedienung der Schaltung und des Bremspedales).

7) Was passiert, wenn die Operation nicht stattfindet?

Siehe dazu Punkt 1) und 2).

8) Wie häufig wurde diese Operation bereits durchgeführt?

Bei 10.000 untersuchten FMS-Patienten wurde diese Operation 3.200 mal durchgeführt. Statistische Ergebnisse siehe Punkt 4). Diese Ergebnisse (Erfolgsstatistiken/Ergebnisqualität) basieren auf Befragungen von 700 Patienten, die zwischen 26.09.2003 und 08.05.2005 operiert wurden. Von unabhängigen Nachuntersuchern wurden 3, 6 und 12 Monate pOP alle 700 Patienten befragt, die Antworten gesammelt und statistisch ausgewertet. Ende 2008 werden auch die 3-Jahres-Ergebnisse der 2. Studie vorliegen. Die Ergebnisse werden nach der Zusammenfassung aller Daten im Frühjahr 2009 publiziert.