

Stellungnahme zu gängigsten Vorwürfen - Antworten

1. Es werden Triggerpunkt und tender-point verwechselt.

Antwort: Wie bei Pongratz nachzulesen ist, sind bei Fibromyalgie-Patienten sowohl Trigger-Punkte als auch tender-points zu finden. Beiden ist gemeinsam, dass sie verschiedenen, aus der TCM bekannten Akupunktur-Punktlöchern (APL) entsprechen. Erkrankte APL können subjektiv schmerzfrei sein und nur beim Anfassen /auf Druck schmerzen (= tender point). Es kann aber auch bei anderen APL durch Druck ein Schmerz "woanders" ausgelöst werden. Es gibt auch APL, die subjektiv den Patienten weh tun und bei Druck zusätzlich "woanders" einen Schmerz auslösen (Trigger Punkt).

2. Es gibt keine Stadieneinteilung der Fibromyalgie.

Antwort: Durch die Zuziehung der APL, ist die Diagnostik so verbessert, dass man tatsächlich Quadrantenschmerz und Halbseitenschmerz diagnostizieren kann. Somit wird erstmalig das von den Schmerztherapeuten nie erklärte Phänomen des Quadranten- und Halbseitenschmerzes erklärbar. Sogar das complex regional pain syndrome (CRPS) von Stanton-Hicks wird nachvollziehbar. Es entspricht dem Stadium 1 der Fibromyalgie.

3. Die Lage der schmerzhaften tender points / Trigger Punkte wandert. Die Schmerzen wandern. Also können die Schmerzen nicht an die Punkte gebunden sein.

Antwort: Es empfiehlt sich das Buch von Popper/ Eccles "Das Ich und sein Gehirn" zu lesen. Nur wenn man sich auch mit Neurophysiologie und Neuropsychologie beschäftigt, kann man das Problem der Qualität pathologischer Afferenzen und ihrer zentralen Repräsentation verstehen.

4. Der Erfolg einer Operation wird durch das erneute Verkleben der APL zunichte gemacht.

Antwort: Es wird nicht nur das narbige Verklebungsgewebe entfernt, die Durchtrittsstelle der anatomischen Trias (Arterie, Vene, Nerv = Gefässnervenbäumchen) wird zusätzlich geweitet. Der Inhalt erhält somit ein weites neues Bett. Im Winter frieren kleine Teiche schneller zu als grosse. Dieses Prinzip wird bei der Weitung der ALP berücksichtigt. Die Gefahr der erneuten Verklebung ist damit gebannt.

5. "Ich kenne 4 Patienten, bei denen die Operation nichts gebracht hat."

Antwort: Dann frage nach den Hunderten, bei denen sie etwas gebracht hat. Es gibt keine Operation, die bei allen Patienten erfolgreich ist. Wird etwa die Bandscheibenoperation angegriffen, obwohl sie bis zu 50% Misserfolge aufweist? Es kommt auf die Ergebnisqualität an.

6. "Ich kenne einige Patienten, die am Arm operiert wurden, bei denen nach einem mehrmonatigen Erfolg die gleichen Schmerzen wieder aufgetreten sind.

Antwort: Das Problem ist bereits erkannt und gelöst. Seit Erstellung der 10-Jahres-Statistik wird zusätzlich Dickdarm 7 aufgesucht und operiert.

7. Der Patient wird durch die vielen Schnitte entstellt.

Antwort: Die Operation benötigt nur einen einzigen Schnitt, von dem aus 6-8 APL angegangen werden.

8. Es muss an allen 4 Extremitäten operiert werden.

Antwort: In der Regel genügt eine Op, nämlich die des Quadranten, an dem die Erkrankung begonnen hat. Die genaue OP-Strategie wird mit dem Patienten einzeln festgelegt.

9. Der Schnitt verursacht seinerseits Störfelder.

Antwort: Narbenbedingte Störfelder entstehen nur dann, wenn ein Operateur aus Unkenntnis APL zerschneidet. Wenn er weiss, wo diese liegen, ist er in der Lage die Entstehung eines Störfeldes zu vermeiden. Hinweis: Die Wirksamkeit der Injektion eines Lokalanästhetikums bei Narben-Störfeldern beweist die Richtigkeit der Überlegung: Die kleinen Nerven mit ihren Neuomen werden für eine gewisse Zeit ausgeschaltet.

10. Es wird ein Nerven-Engpasssyndrom operiert.

Antwort: Wenn dem so wäre, wäre es ein Armutszeugnis für alle Vorbehandler. Alle Patienten wurden von verschiedensten Ärzten mehrmals multimodal-interdisziplinär durchdiagnostiziert und den üblichen Behandlungsmassnahmen bei Fibromyalgie unterzogen. Ein Grossteil der Patienten gilt als austherapiert. Solche Patienten sind durch eine Op nach Bauer beschwerdefrei geworden. Wollen die Kritiker allen Ernstes behaupten, dass weltweit alle Neurologen, Psychiater, Psychosomatiker, Orthopäden, Rheumatologen und Schmerztherapeuten nicht in der Lage sind ein Nervenengpass-Syndrom zu erkennen?

Die Lebenserfahrung legt nahe, dass mit der Akupressurdiagnostik und der operativen Therapie bestimmter APL eine echte Entdeckung vorliegt. Kritiker und Gegner werden daher aufgefordert ebenfalls ihre Jahresstatistiken und Untersuchungen zur Ergebnisqualität ihrer Behandlungskonzepte vorzulegen. Zu sagen, die Fibromyalgie sei behandelbar ist eine irrelevante, die Patienten irreführende Feststellung: Behandeln kann man mit und ohne Erfolg. Für die Patienten kommt es ausschliesslich darauf an, ob eine Möglichkeit der Heilung angeboten wird.

11. Wenn die Methode so gut ist, warum hat sie es so schwer, sich durchzusetzen?

Antwort: Bei jeder Neuerung stellen sich Hunderte von selbsternannten Wächtern der Bisherigen in den Weg. Sie verteidigen einerseits etablierte Honorarströme, andererseits sind diese frustrierten Kleingeister nicht in der Lage selbst etwas Neues zu schaffen und rächen sich, indem sie das Neue behindern. Es handelt sich dabei um ein bekanntes Phänomen in der Forschung und in der Geschichte der Medizin, es gibt eine Menge Literatur darüber, allerdings aus dem englischsprachigen Raum.

Eine Literaturliste kann auf Verlangen zugeschickt werden.

12. Man kann nicht verstehen, warum bei einer Erkrankung mit wandernden Schmerzen es genügen soll, eine handvoll bestimmter Punkte operativ freizulegen?

Antwort: Die Antwort ist ganz einfach. Im operierten Quadranten werden die Punkte durchgängig gemacht, die erfahrungsgemäss am häufigsten den Fluss der bioelektrischen Energie der Nerven behindern. Durch den Wegfall der pathologischen Afferenzen des Führungsquadranten wird die Gesamtsumme der repräsentierten der pathologischen Afferenzen so stark reduziert, dass sie nicht mehr die Bewusstseinschwelle erreicht und das Ich sagt: Ich habe keine Schmerzen mehr.

Um diese Zusammenhänge zu verstehen, muss man sich schon wissenschaftlich mit dem Problemkreis Schmerzentstehung, Schmerzleitung, Schmerzverarbeitung und Schmerzrepräsentation beschäftigt haben, sonst besteht die Gefahr genauso dumm daher zu reden, wie im Mittelalter die Seefahrer, die Angst vor den Grenzen der Welt hatten und befürchteten am Rand der Erdscheibe herunterzufallen.

13. Wenn die Methode so gut ist, warum erscheint sie nicht auf Kongressen?

Antwort: Wiederum ist die Antwort einfach. Im deutschsprachigen Raum haben die Gegner, die sich vor der Entdeckung fürchten müssen, folgende Vorgehensweise beschlossen:

Wir beschäftigen uns nur mit anerkannten Methoden.

Die Bauer´sche Methode ist nicht anerkannt. Solange wir uns nicht mit ihr beschäftigen, wird sie nicht anerkannt. Damit ist das Problem gelöst.

Diese Ärzte haben jedoch das Wichtigste vergessen. Es sind die Patienten, die durch Anwendung der neuen Methode beschwerdefrei werden, die keine Ruhe geben und auf lange Sicht eine Abstimmung mit den Füßen durchführen. Die Bauer´sche Methode eröffnet den leidgeplagten Patienten die Möglichkeit auf Heilung. Alle anderen Behandlungskonzepte können dagegen nur vorübergehend lindern.

14. Warum übernehmen die Kassen die Kosten nicht, obwohl sie billiger davon kämen?

Antwort: Die Kassen und ihre Berater hinken immer dem medizinischen Fortschritt hinterher. Es darf an dieser Stelle an die Schwierigkeit erinnert werden, die die ersten Kniegelenks-Arthroskopiker hatten. Es darf an Herrn Prof. Semm erinnert werden, der die Schlüsselloch-Chirurgie entwickelt hat, dem man in den ersten Jahren sogar die Approbation entziehen wollte und der erst jetzt nach 25 Jahren die Preise verliehen bekommt, die ihm von Anfang an zustanden. Die Kassen sind auf den Medizinischen Dienst angewiesen. Diesbezüglich verweise ich auf den im Kapitel [„Viel Feind - viel Ehr“](#) veröffentlichten anonymen Brief.

Printed from/Imprimée de/Gedruckt von:

http://www.fms-bauer.com/Bauer/Fragen/body_fragen.html