

Chronische Unterbauchschmerzen und Vulvodynie

Eine diagnostisch-therapeutische Herausforderung

In der gynäkologischen Praxis gelten Frauen mit chronischen Schmerzen im Unterbauch und im Vulvabereich als schwierige Patientinnen. Die Frauen sind in ihrer Lebensqualität schwer beeinträchtigt, fühlen sich aber mit ihren Schmerzen von den Ärzten nicht ernst genommen, da keine Grunderkrankung offensichtlich und der Leidensweg lang ist. Im Folgenden werden Daten zur Epidemiologie und zum Umgang mit den Patientinnen dargestellt. Aufgrund eines umfassenden Abklärungsprozesses werden für verschiedene Gruppen gezielte Therapiekonzepte entwickelt.

JOHANNES BITZER, BRIGITTE FREY

Chronische Unterbauchschmerzen (Chronic pelvic pain, CPP) sind intermittierende und konstante Schmerzen unterhalb des Nabels, welche seit mindestens sechs Monaten bestehen (Definition der Pelvic Pain Society aus dem Jahr 1999).

Unter *Vulvodynie* werden schmerzhaft empfundene Empfindungen im Bereich der Vulva verstanden – hierzu gehören Brennen, Irritation, Druckgefühl, Wundsein –, welche mehr als drei Monate andauern (International Society for the Study of Vulvovaginal Diseases, 1999).

Beiden klinischen Syndromen sind folgende Merkmale gemeinsam:

- Es handelt sich um schwere Schmerzsyndrome mit schwerer Beeinträchtigung der Lebensqualität.
- Es existieren jeweils vielfältige Bezeichnungen für die klinischen Bilder.
- Es liegt jeweils eine komplexe Ätiopathogenese vor, welche von folgenschweren Grunderkrankungen bis zu unerklärten Leidenszuständen reicht.
- Die Abklärung gestaltet sich schwierig und verlangt eine multidisziplinäre Diagnostik.
- In der Literatur werden zahlreiche Therapieformen gefunden, die von der Phytotherapie über die Psychotherapie bis hin zur Chirurgie reichen.
- Die Patientinnen werden häufig als schwierig und herausfordernd erlebt.

Epidemiologische Fakten

Chronic pelvic pain (CPP)

In der Praxis des gynäkologischen Grundversorgers klagten Frauen über chronische Unterbauchschmerzen (CPP) gleich häufig wie über Migräne und Rückenschmerzen. Eine nordamerikanische und britische Untersuchung in solchen Arztpraxen (community survey) zeigt eine ähnliche Jahresprävalenz die-

ser Erkrankungen, welche bei 15 bis 17 Prozent liegt. Eine von sechs Frauen leidet also unter CPP. Nur ein Drittel der betroffenen Frauen sucht medizinische Hilfe.

Den Daten zufolge werden 2 bis 10 Prozent aller gynäkologischen Konsultationen wegen chronischer Unterbauchschmerzen in Anspruch genommen. 10 bis 20 Prozent aller Laparoskopien und 10 Prozent aller Hysterektomien werden in den USA wegen CPP durchgeführt.

Vulvodynie

Die Lebenszeitprävalenz von Schmerzen im Bereich der Vulva wird auf 20 Prozent geschätzt. Fünf Prozent der Frauen unter 25 Jahren leiden unter vulvären Beschwerden. In der gynäkologischen Grundversorgung (primary care) findet man eine Prävalenz von 15 Prozent. Eine Untersuchung in Boston/USA bei knapp 5000 Frauen ermittelte eine Prävalenz vulvärer Beschwerden von 16 Prozent. 40 Prozent der betroffenen Frauen suchten keine medizinische Hilfe.

Der Umgang mit den Patientinnen

Aus der Literatur ist ersichtlich, dass viele Patientinnen, welche unter CPP oder Vulvodynie leiden, sich oft mit ihren Schmerzen nicht ernst genommen fühlen und den Eindruck haben, dass ihnen die Ärzte nicht zuhören. Frauen mit vulvären Beschwerden schämen sich häufig ihrer Symptome und sind deshalb besonders empfindsam dafür, in den Konsultationen nicht wahr- und ernst genommen zu werden. Gezeigt hat sich aber, dass der Verlauf der CCP-Erkrankung wesentlich von der Qualität der Erstkonsultation abhängt. Dieser Beobachtung ist besondere Beachtung zu schenken.

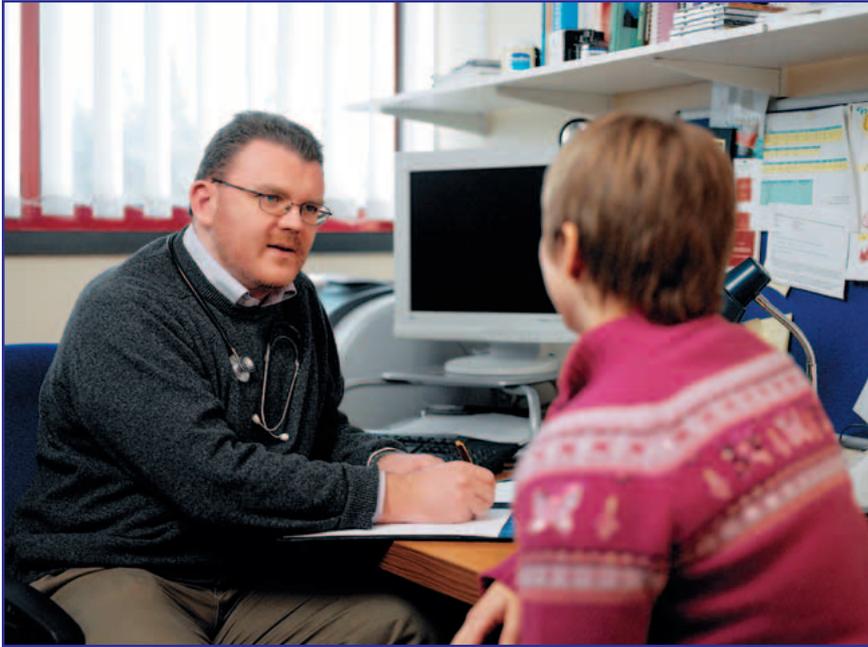


Foto: Ferring Pharmaceuticals

Gemeinsame Entscheidungsfindung und Therapiebewertung von Arzt und Patientin: Chronische Schmerzen im Bereich des Unterbauchs und der Vulva verlangen einen breiten diagnostischen und therapeutischen Prozess. Geduld ist angesagt; schon kleine Schritte sind oft schon ein Fortschritt.

Folgende Konsequenzen sind daraus für die Praxis zu ziehen.

- a. Patientinnen mit diesen Beschwerden sollen ernst genommen werden und es soll ihnen aktiv zugehört werden. Dazu gehört, dass die Schmerzen sorgfältig exploriert werden, möglichst mit einer Quantifizierung und Visualisierung (Schmerzskala). Den Frauen sollte der Raum gegeben werden, über ihre persönlichen Erfahrungen zu berichten, über die psychosozialen Folgen der Schmerzen, verstärkende und abschwächende Faktoren sowie über den bisherigen Umgang mit dem Schmerz.
- b. Von Anfang an sollte das Konzept der Schmerzabklärung breit angelegt sein: Statt im Ausschlussverfahren – zuerst die somatische Abklärung, wenn diese negativ ist, wird die Patientin zum Psychiater überwiesen – sollten von Beginn an die Grundlagen für ein breiteres Verständnis des chronischen Schmerzes gelegt werden. Dazu wird darauf hingewiesen, dass dem Schmerz in den allermeisten Fällen nicht eine Ursache, sondern mehrere Faktoren zugrunde liegen. Von Anfang an müssen daher körperliche und seelische Faktoren berücksichtigt werden.

Diagnostische Schritte

Gezielte Fragen

Nach der offenen Exploration sollte in der zweiten Phase des diagnostischen Gesprächs gezielt gefragt werden nach:

■ Zyklusabhängigkeit der Beschwerden

Zyklusabhängige Schmerzen deuten meistens auf eine gynäkologische Ursache bei chronischen Unterbauchschmerzen hin, wobei zu beachten ist, dass es prämenstruelle Verstärkungen der Schmerzperzeption auch beim Irritable Bowel Syndrome (IBS) und bei Depressionen gibt. Bei Patientinnen mit Vulvodynie deutet eine Verstärkung der Symptomatik in der lutealen Phase am ehesten auf eine zyklische Vulvovaginitis hin, besonders wenn die Schmerzen einen Tag nach dem Geschlechtsverkehr auftreten.

■ Defäkationssymptome

Fragen nach Schmerzen bei der Defäkation sind wichtig in der differenzialdiagnostischen Abklärung zum IBS. Das IBS kann sowohl eine Ursache von CPP als auch eine Begleiterkrankung sein. Im Auge zu behalten sind die «Rome-Kriterien» für die Diagnostik des IBS, welche davon ausgehen, dass es sich um

mindestens zwölf Wochen andauernde oder rekurrende Bauchschmerzen mit mindestens zwei der drei folgenden Kriterien handelt:

- Nachlassen der Schmerzen nach Defäkation
 - Assoziation mit Veränderungen der Defäkationsfrequenz
 - Assoziation mit Veränderungen der Form und des Aussehens des Stuhls.
- Mit diesen Kriterien wird eine 90-prozentige Sensitivität erreicht.

■ Miktionsymptome

Die interstitielle Zystitis kann eine Ursache oder ein Begleitsymptom sein für CPP. Denn: 10 Prozent der Patientinnen mit interstitieller Zystitis leiden unter Vulvodynie. Die Leitsymptome sind: häufiges Wasserlassen, imperativer Harndrang, Brennen in der Urethra.

Der Fragebogen nach O'Leary ist sensitiv und kann einen Potassium-Sensibilitätestest in der Blase ersetzen. Der Symptomindex wird berechnet aus der Häufigkeit von imperativem Harndrang pro Monat, aus der Häufigkeit von Miktionsintervallen von weniger als zwei Stunden und dem Auftreten von Nykturie. Dies wird in Beziehung gesetzt zum Grad der Belastung durch Drang, Häufigkeit, Brennen und Nykturie.

■ Schmerzhafte Veränderungen im Bewegungssystem

Patientinnen mit CPP zeigen in einer Untersuchung muskulös skelettale Veränderungen im Sinn von Verhärtungen im Rückenbereich und der Schulterregion. Ausserdem, aber seltener, findet man Zeichen peripherer Neuropathien. Wegen der häufig erhöhten Schmerzsensibilität auch in anderen Körperregionen ist auch die differenzialdiagnostische Abklärung der Fibromyalgie wesentlich.

Die biomedizinische und psychosoziale Anamnese

In der Allgemeinanamnese sind die *Familienanamnese* bezüglich Schmerzsyndrome und chronische Erkrankungen bei den Eltern oder Geschwistern zu erheben wie auch die *Individualanamnese* bezüglich vorangegangener urologischer, gastroenterologischer, orthopädischer und psychiatrischer Erkrankungen.

Insbesondere vorangegangene *gynäkologisch-geburtshilfliche Erkrankungen und Operationen* sind zu erfragen.

Viele Autoren weisen darauf hin, dass bei Patientinnen mit chronischen Schmerzsyndromen häufig in der Vorgeschichte Phasen von (sexueller) Gewalt zu finden sind. Einfühlsame Fragen *nach sexuellen Grenzüberschreitungen und eventuell erlittener Gewalt* sind deshalb wichtig.

Basale klinische Untersuchungen

Bei der *allgemeinen körperlichen Untersuchung* ist zu beachten: Die Patientin wird aufgefordert, in liegender Position beide Beine anzuheben, während der/die Untersuchende die Schmerzregion mit der Hand palpirt. Bei myofaszialen Schmerzen nimmt die Intensität bei diesem Manöver zu. Bei der Fibromyalgie werden die Schmerzen in allen vier Quadranten des Körpers angegeben, wobei mindestens elf typische Punkte am Körper mit verspannter Muskulatur vorliegen müssen, die auf Druckschmerzempfindlich sind.

Bei der *gynäkologischen Untersuchung* ist das behutsame Vorgehen und die genaue Erklärung, eventuell mit einem Spiegel, wesentlich. Es sollte auf allgemeine Anspannungszeichen geachtet werden. Bei der Inspektion und kolposkopischen Untersuchung der Vulva ist auf Farbveränderungen, Erosionen und Ulzerabläschen zu achten. Die *mikrobiologische Abklärung* muss auf Candida, virale Infekte und Chlamydien erfolgen.

Von Bedeutung sind *objektivierbare Zeichen einer Endometriose*. Dazu gehören tastbare Veränderungen der uterusakralen Ligamente, eine Lateralisierung der Zervix, eine Zervikalstenose oder/und ein Adnextumor.

Der so genannte *Q-Tip-Test* gilt als pathognomisches Zeichen für eine Vestibulitis. Dabei wird mit einem Wattetupfer der Introitus abgetastet. Typisch sind Schmerzen bei 3 und 9 Uhr im Bereich der hinteren Kommissur.

Bei der *Tastuntersuchung* ist ferner darauf zu achten, welcher Tonus im Bereich der Beckenbodenmuskulatur besteht, insbesondere auch im Hinblick auf Anspannung und Druckdolenz im Sinne des Vaginismus.

Die gynäkologische Ultraschalluntersuchung

Diese ist effizient in der Abklärung von Adnexbefunden und einer Adenomyosis, aber nicht effizient in der Abklärung von peritonealen Endometrioseherden.

Die multidisziplinäre Abklärung und Konsiliaruntersuchungen

Bei denjenigen Patientinnen, bei denen die bisherigen Schritte zur keiner eindeutigen Diagnose geführt haben, müssen weitere Spezialisten hinzugezogen werden. Für beide chronischen Schmerzsyndrome können drei Gruppen pathogenetischer Faktoren von Bedeutung sein:

- urologische Faktoren (interstitielle Zystitis, Urethrasyndrom)
- orthopädisch rheumatologische Faktoren (spinale Erkrankungen, Beckenerkrankungen) und
- systemische Faktoren (Fibromyalgie, Depression, Somatisierung und Substanzmissbrauch).

Bei der CPP liegt häufig eine Komorbidität mit gastrointestinalen Erkrankungen vor wie IBS, Divertikulitis, entzündliche Darmerkrankungen, Hernien und Konstipation. Bei der Vulvodynie geht es um die differenzialdiagnostische Abgrenzung zum Lichen, zur Steroidvulvitis, zur Kontaktdermatitis, Psoriasis, seborrhoischen Dermatitis, Pemphigus und zum Erythema multiforme.

Schliesslich bleibt bei Patientinnen mit chronischen Unterbauchschmerzen, bei denen die genannten Abklärungen ohne wesentliche erklärende Befunde geblieben sind, die Frage, ob eine Laparoskopie sinnvoll ist. Dabei wird kontrovers diskutiert:

- Für eine *Laparoskopie* spricht, dass sie den Goldstandard für die Diagnose einer Endometriose darstellt und in diesem Zusammenhang den Patientinnen helfen kann, ihre Schmerzen zu erklären.
- Gegen eine *Laparoskopie* spricht, dass ein Drittel bis die Hälfte der Laparoskopien keinen verwertbaren Befund ergeben und immerhin operative Risiken vorhanden sind (mit einer Mortalität von 1:10 000, mit Organverletzungen von 2,4:1000, von denen zwei Drittel eine Laparotomie erforderlich machen).

Zu erwartende Diagnosen

Bei 65 Prozent der Frauen mit chronischen Unterbauchschmerzen wird keine spezifische (ätiopathogenetische) Diagnose gestellt. Wird eine Diagnose gestellt, handelt es sich in 90 Prozent um gynäkologische, gefolgt von gastroenterologischen Erkrankungen und an dritter Stelle um Erkrankungen des Bewegungsapparates. Bei den gynäkologischen Erkrankungen hängt die Prävalenz von der Spezialisierung der behandelnden Klinik ab: In endokrinologischen Kliniken wird häufig eine Endometriose gefunden, während in infektiologischen Kliniken (NS-Kliniken?) gehäuft eine chronische Adnexitis respektive eine PID als Ursache für chronische Unterbauchschmerzen gefunden wird.

Bei Beschwerden in der Vulva findet man bei 47,5 Prozent der Frauen dermatologische Ursachen, bei 39,8 Prozent Störungen der Beckenbodenfunktion, bei 32,3 Prozent die dysästhetische Vulvodynie, bei 20,1 Prozent Fissuren an der hinteren Kommissur, bei 19,9 Prozent ein vulvovestibuläres Syndrom und bei 12,1 Prozent andere Ursachen.

Therapiekonzepte bei CPP und Vulvodynie

Das Therapiekonzept orientiert sich an den drei Gruppen, die im Rahmen der diagnostischen Abklärung identifiziert werden:

- *Gruppe 1:* Patientinnen, bei denen eine organische Erkrankung die Schmerzsymptomatik vollständig oder zum grössten Teil erklärt. Hier richtet sich die Therapie nach der Grunderkrankung.
- *Gruppe 2:* Patientinnen, bei denen eine organische Erkrankung die Schmerzsymptomatik nur unvollständig und nur teilweise erklärt.
- *Gruppe 3:* Patientinnen, bei denen keine organische Erkrankung die Schmerzsymptomatik erklärt.

Für die beiden letzteren Gruppen muss auf der Basis eines für die Patientin verständlichen Störungsmodells ein individualisierter Behandlungsplan entwickelt werden nach folgenden vier Schritten (vgl. Kasten):

Kasten 1:

Therapeutische Prozesse bei chronischen Schmerzen

(Beispiel: CPP und Vulvodynie)

Bei unvollständiger und fehlender Erklärungsmöglichkeit der Schmerzsymptomatik durch eine organische Krankheit (diagnostische Gruppen 2 und 3) wird mit der Patientin ein individualisierter Behandlungsplan nach folgenden vier Schritten entwickelt:

■ **Schritt 1: Entwicklung eines Störungs- oder Krankheitsmodells**

Der Patientin werden der Unterschied zwischen Schmerztyp 1 (Schmerz als Zeichen für eine Gewebsschädigung und Krankheit) und Schmerztyp 2 (Schmerz hat sich «verselbstständigt») und mögliche Hintergründe in der eigenen Krankheitsgeschichte erklärt.

■ **Schritt 2: Erarbeitung eines breiten Therapieplans**

Der Patientin wird die Palette der therapeutischen Optionen vorgestellt, unter Einbezug der biomedizinischen, psychologischen und sozialen Interventionsmöglichkeiten. Diese Informationsvermittlung verlangt Zeit, ist jedoch besonders wichtig, um zu einer gemeinsamen Therapieentscheidung zu kommen.

Für den Therapieerfolg sind eine stabile Arzt-Patientin-Beziehung, eine lang dauernde gezielte Behandlung, unspezifische gesundheitsfördernde Massnahmen und gezielte, meist medikamentöse Interventionen erforderlich (vgl. Kasten 2).

■ **Schritt 3: Einbezug in die Therapieplanung und -entscheidung**

Dazu gehört, dass gemeinsam realisierbare Ziele definiert werden, die darin bestehen können, die Schmerzen nicht vollständig, aber bis zu einem gewissen Grad zu beseitigen. Der Fokus sollte auf Verbesserung der Lebensqualität gesetzt werden.

■ **Schritt 4: Therapiebegleitung**

Die strukturierte Kontrolle der erreichten oder nicht erreichten Ziele mit der gemeinsamen Evaluation ist ganz wesentlich. Diese kann mit Hilfe einer Schmerzskala oder eines Schmerztagebuchs erfolgen. Je nach klinischer Situation muss eventuell erneut in eine diagnostische Phase und in eine neue Therapieentscheidung eingetreten werden.

Schritt 1: Entwicklung eines Störungs- oder Krankheitsmodells

Für die Patientinnen ist es zu verstehen, dass es zwei Schmerztypen gibt.

Beim Schmerztyp 1 ist der Schmerz ein Zeichen für eine Gewebsschädigung und Krankheit (z. B. beim entzündeten Blinddarm). Hier liegt die ärztliche Arbeit darin, die Krankheit zu erkennen, sie zu behandeln und damit den Schmerz auszuschalten.

Beim Schmerztyp 2 hat sich der Schmerz auf der Ebene der Nerven verselbstständigt. Der Schmerz, nicht mehr unbedingt ein Zeichen für eine Gewebsschädigung, wird selber zur Erkrankung. Ein Beispiel sind Kopf- und Rückenschmerzen, bei denen keine sichtbaren Defekte vorliegen. Hier ist es die ärztliche Aufgabe, den Patientinnen im Umgang mit der Schmerzkrankheit beizustehen.

Im Einzelfall können den Frauen die biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren erläutert werden, die zum

Schmerz beitragen. Dabei lassen sich lang zurückliegende, so genannte prädisponierende Faktoren von auslösenden und aktuell erhaltenden Faktoren unterscheiden. Dieses Schmerzverständnis legt die Grundlage für den Therapieplan.

Schritt 2: Erarbeitung eines breiten Therapieplans

Angesichts der komplexen Pathogenese der Schmerzsyndrome mit starken individuellen Unterschieden ist es wichtig, die breite Palette von therapeutischen Optionen vorzustellen, wobei biomedizinische, psychologische und soziale Interventionen berücksichtigt werden. Diese Informationsvermittlung nimmt etwas Zeit in Anspruch, ist jedoch besonders wichtig, um im nächsten Schritt zu einer gemeinsamen Therapieentscheidung zu kommen.

Für alle Patientinnen mit chronischen Schmerzsyndromen in der Gynäkologie (CPP und Vulvodynie) sind elementare therapeutische Interventionen hilfreich.

■ **Stabile Arzt-Patientin-Beziehung und Psychoedukation**

Dies bedeutet, dass die Patientin sich auf eine lang dauernde, tragende und supportive Beziehung zum Arzt verlassen kann. Sie muss auf dem langen Weg zur Besserung ihrer Befindlichkeit einen ärztlichen Partner finden, der Rückschläge ertragen kann und sich stetig um Besserung bemüht. Mit diesem Arzt/dieser Ärztin gemeinsam muss sie ein Verständnis für den Schmerz und die bedingenden Mechanismen entwickeln und dies mit ihm teilen. Durch die ärztlichen Informationen und Erklärungen erhält sie mehr Kontrolle und fühlt sich den Schmerzen weniger ausgeliefert.

■ **Eine lang dauernde gezielte Behandlung**

Dieser therapeutische Pfeiler zielt darauf ab, den Teufelskreis aus chronischem Schmerz, Übersensibilität, Anspannung und Angst zu durchbrechen. NSAID, sakrale Nervenstimulation, physikalische und Neuraltherapie bieten sich therapeutisch an. Erfolg versprechend sind auch kognitiv psychotherapeutische Interventionen, die dabei helfen sollen, die sekundären verstärkenden Reizprozesse zu unterbrechen, indem die Patientin lernt, Körpersignale weniger ängstlich zu interpretieren und dadurch die vegetative Erregtheit herabzusetzen. In speziellen Fällen kann die Schmerzgrundtherapie ergänzt werden durch Antidepressiva und schwache Opioide.

■ **Unspezifische gesundheitsfördernde Massnahmen**

Diese Massnahmen stellen eine wichtige Ergänzung dar, indem sie die Ressourcen der Patientin zu aktivieren versuchen. Dazu gehören gezielte Aktivität, Physiotherapie, eventuell auch eine Ernährungsumstellung.

■ **Gezielte therapeutische Interventionen:**

Bei Vulvodynie:

- Azyklovir beim Verdacht auf eine Herpesinfektion, die als Schmerzauslöser zugrunde liegen könnte
- Lidocain als lokale Schmerzstillung
- Kortison (Injektion) als antiinflammatorische Behandlung
- Interferon

Kasten 2:

Gezielte therapeutische Interventionen bei CPP und Vulvodynie

Im Rahmen eines zwischen Arzt/Ärztin und Patientin gemeinsam erarbeiteten Therapieplans sind neben den stabilen Grundvoraussetzungen einer Langzeittherapie und der Anwendung allgemeiner gesundheitsfördernder Massnahmen je nach individueller Situation der Patientin folgende spezifische Massnahmen sinnvoll:

Bei Vulvodynie:

- Virostatikum (z. B. Azyklovir) beim Verdacht auf eine Herpesinfektion, die als Schmerzauslöser zugrunde liegen könnte
- Lidocain als lokale Schmerzstillung
- Kortison (Injektion) als antiinflammatorische Behandlung
- Interferon
- Medikamente, die bei neuropathischen Schmerzen eingesetzt werden, wie Gabapentin und Carbamazepin.

Bei chronischen Unterbauchschmerzen (Chronic pelvic pain, CPP):

- Ovulationshemmer im Langzyklus, Danazol, LHRH-Analoga und Langzeitgestagene, sofern eine Endometriose eine Rolle spielt
- Ggf. chirurgische Interventionen (jedoch umstritten!).

- Medikamente, die bei neuropathischen Schmerzen eingesetzt werden, wie Gabapentin und Carbamazepin.

Bei CPP:

- Ovulationshemmer im Langzyklus, Danazol, LHRH-Analoga und Langzeitgestagene, sofern eine Endometriose eine Rolle spielt
- chirurgische Interventionen (jedoch umstritten!). Es gibt Studien, bei denen chronische Unterbauchschmerzen durch eine Hysterektomie deutlich gelindert wurden. Dies gilt wohl vor allem bei der Adenomyosis.

Schritt 3: Einbezug in die Therapieplanung und -entscheidung

Da die therapeutischen Interventionen

und Therapiepläne häufig individuell sind und auf keiner eindeutigen Evidenz beruhen respektive die Nutzen-/Risiko-Abschätzung individuell erfolgen muss, ist es besonders wichtig, die Patientin in die Therapieplanung einzubeziehen. Dazu gehört, dass gemeinsam die Ziele definiert werden, die beispielsweise darin bestehen können, die Schmerzen nicht vollständig, aber bis zu einem gewissen Grad zu beseitigen (z. B. auf der visuellen Schmerzskala von einer 8 auf eine 4 oder eine 3 zu kommen). Dazu gehört auch, über realistische Ziele zu verhandeln und den Fokus auf eine Verbesserung der Lebensqualität und nicht auf ein komplettes Verschwinden der Symptome zu legen. Die Patientin sollte in einfachen Worten die verschiedenen Therapieoptionen mit Vor- und Nachtei-

len und der zugrunde liegenden Evidenz vorgestellt bekommen. Entscheidend sind die Vorerfahrung der Patientin, ihre Überzeugungen bezüglich Wirksamkeit, die Therapieoption aus ärztlicher Sicht und die Bewertung der Patientin dafür. Daraus entsteht eine gemeinsame Therapieentscheidung (shared decision making).

Schritt 4: Therapiebegleitung

Die strukturierte Kontrolle mit der gemeinsamen Evaluation ist ganz wesentlich. Diese kann mit Hilfe einer Schmerzskala oder eines Schmerztagebuchs erfolgen. Es geht darum, zu beschreiben, was erreicht wurde und welche Schwierigkeiten aufgetreten sind. Je nach klinischer Situation muss erneut in eine diagnostische Phase und eine neue gemeinsame therapeutische Entscheidung eingetreten werden.

Als grundlegende Leitlinie für den betreuenden Arzt dieses Patientinnenklientels gilt: nicht die Geduld zu verlieren! Auch kleine Schritte bedeuten Fortschritt im Therapiemanagement. ■

Prof. Dr. med. Johannes Bitzer

(Korrespondenzadresse)

Abteilungsleiter Gynäkologische Sozialmedizin

und Psychosomatik

Universitätsfrauenspital Basel

Spitalstrasse 21

4031 Basel

Tel. 061-265 90 43

E-Mail: jbitzer@uhbs.ch

Literatur beim Verfasser.

Schmerzbewältigung – «erste Hilfe» übers Netz

Infos für Patienten, Angehörige und Fachkreise unter:

- www.pain.ch: Schweizerische Gesellschaft zum Studium des Schmerzes
- www.schmerzpatienten.ch: Vereinigung Schweizer Schmerzpatienten
- www.schmerzinfo.ch: Interessengemeinschaft Chronischer Schmerz (für Patienten, Angehörige, auch Fachkreise)
- www.schmerz.ch: Schmerzprogramm der Krebsliga Schweiz
- www.lebenohneschmerz.ch: Informationen für Menschen mit chronischen Schmerzen (Service für Patienten und Angehörige)
- www.headache.ch: Schweizerische Kopfwehgesellschaft
- www.neurohelp.ch: Online-Ratgeber für Betroffene bei Kopfweg, Migräne- und Cluster-Kopfschmerz, MS, RLS, ALS, Narkolepsie, Parkinson, Epilepsie, neuropathischem Schmerz.