

Prof. Michael D Mueller
Gynäkologie und Gynäkologische Onkologie
Universitätsklinik für Frauenheilkunde Inselspital Bern

Chronische gynäkologische Unterbauchschmerzen: oft eine Herausforderung in der täglichen Praxis

Chronische gynäkologische Unterbauchschmerzen (CPP) werden heutzutage eher als Syndrom denn als Symptom konzeptualisiert. Ihre Pathophysiologie ist multifaktoriell: Periphere Auslöser (Endometriose, Adenomyose, Verwachsungen, PID, „Pelvic Congestion Syndrom“, myofasziale Dysfunktion und nicht-gynäkologische viszerale Erkrankungen) erzeugen anhaltende nozizeptive Reize, die durch periphere Sensibilisierung, viszeral-viszerale Kreuzsensibilisierung und zentrale Sensibilisierung verstärkt und durch ein übererregbares Nervensystem aufrechterhalten werden, das durch neuroendokrine, immunologische und psychosoziale Faktoren moduliert wird.

Chronische Unterbauchschmerzen (CPP) sind anhaltende Schmerzen, die mindestens sechs Monate andauern und das Becken, den Unterbauch oder den unteren Rücken betreffen, unabhängig davon, ob sie zyklisch, nicht zyklisch oder gemischt sind (Speer LM et al. American Family Physician [2016]).

Chronische Unterbauchschmerzen (CPP) werden heute nicht mehr nur als lokal begrenztes Symptom, sondern als eigenständiges, multidimensionales Schmerzsyndrom verstanden, das organische, psychologische und psychosoziale Faktoren umfasst und die Lebensqualität erheblich beeinträchtigen kann. Das frühere organzentrierte Verständnis wurde zunehmend durch einen mechanismusbasierten Ansatz ersetzt, der auch psychologische, soziale und sexuelle Aspekte berücksichtigt. Fehlt eine nachweisbare organische Ursache, wird CPP als chronisches regionales oder funktionelles Schmerzsyndrom eingeordnet.

Die Prävalenz von CPP bei Frauen wird je nach Definition mit 5,7–26,6% angegeben; häufig wird eine Prävalenz von rund 26% der erwachsenen Frauen genannt. Die großen Unterschiede beruhen vor allem

auf der fehlenden einheitlichen Definition, welche die Vergleichbarkeit epidemiologischer Studien erschwert. In den USA ist CPP der Grund für etwa 40% der Laparoskopien und 12% der Hysterektomien, obwohl die Ursache bei den meisten Patientinnen nicht gynäkologisch ist.

Pathophysiologie

CPP lässt sich am besten als ein durch mehrere Mechanismen und mehrere Organe bedingter Schmerzzustand verstehen und nicht als Manifestation einer einzelnen Erkrankung. Die Pathophysiologie wird meistens entlang dreier miteinander interagierender Achsen erklärt:

- 1) periphere (viszerale und somatische) Schmerzgeneratoren;
- 2) Sensibilisierung des Zentralnervensystems sowie neuro-immun-endokrine Modulation;
- 3) alle diese Aspekte werden von biopsychosozialen Faktoren überlagert.

1) Periphere Schmerzgeneratoren

Periphere Auslöser sind die Quellen nozizeptiver Reize auf Gewebeebene. Bei gynäkologischem CPP sind die Hauptursachen oft:

- **Endometriose**

Auf Gewebeebene verursachen endometriotische Läsionen aktiv Schmerzen durch eine erhöhte lokale Ausschüttung von Zytokinen, angiogenen Faktoren und Nervenwachstumsfaktoren sowie durch eine veränderte Verteilung der Nervenfasern innerhalb und um ektopische Implantate herum (McKinnon et al., Hum Reprod [2016]; Lu T et al. Trends Immunol [2026]). Klinisch manifestieren sich diese Veränderungen als schwere Dysmenorrhö, zyklische und azyklische CPP, Dyspareunie und Infertilität (Abb. 1). Bemerkenswerterweise korreliert die Schmerzintensität nur schwach mit dem Krankheitsstadium

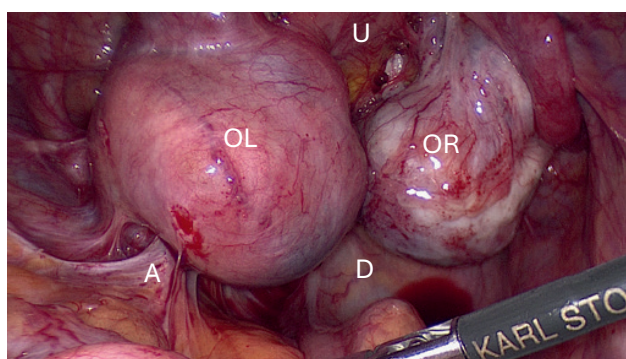


Abb. 1. Tief infiltrierende Endometriose mit Verwachsungen zwischen beiden Ovarien (Kissing Ovaries: OR = Ovar rechts, OL = Ovar links), Verwachsungen zwischen Ovar links und Beckenwand (A); Uterus (U) und Darm (D).

- **Adenomyose**

Endometriumdrüsen und -stroma-ähnliches Gewebe im Myometrium, welches sich durch Menorrhagie, Dysmenorrhö und chronische Schmerzen äußert (Abb. 2).

- **Weitere gynäkologische Ursachen**

Pelvic Congestion Syndrom, entzündliche Erkrankungen des Beckens und postoperative Verwachsungen nach gynäkologischen Operationen.

- **Nicht-gynäkologische periphere Ursachen ...**

... die häufig gleichzeitig auftreten und oft die eigentliche Ursache für „Beckenschmerzen“ sind: Reizdarmsyndrom, interstitielle Zystitis/Blasenschmerzsyndrom,

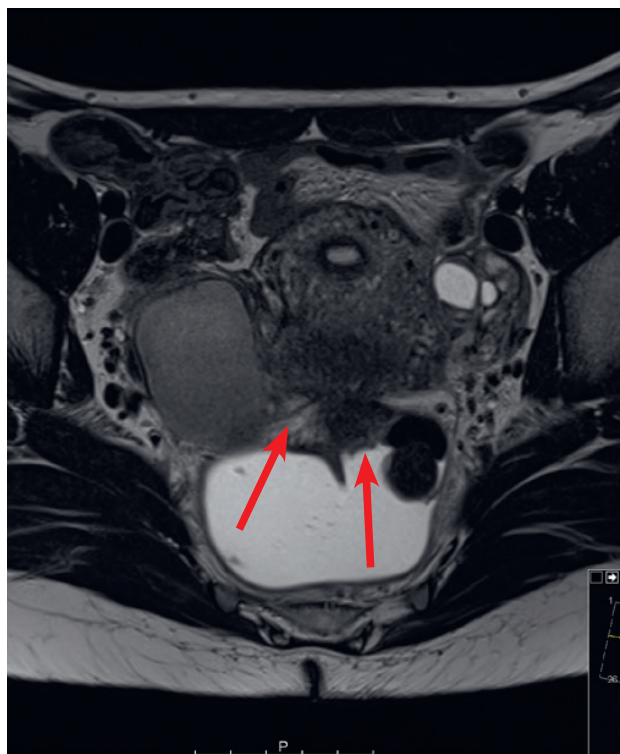


Abb. 2. MRI mit Nachweis einer Adenomyose (†) und einer Darmendometriose (rote Pfeile)

myofasziale Beckenbodenschmerzen, Vulvodynie und neuropathische Entrapmentsyndrome. Muskuloskeletale Schmerzen und Funktionsstörungen treten bei 50–90% der CPP-Patienten auf.

2) *Periphere Sensibilisierung und neurogene Entzündung*

Anhaltende Gewebeverletzungen und Entzündungen führen zu einer peripheren Sensibilisierung, indem sie die Aktivierungsschwelle primärer Nozizeptoren senken. Im Becken setzen sensorische Nerven Neurotransmitter und Neuropeptide frei, die eine neurogene Entzündung auslösen und benachbarte Organe zusätzlich sensibilisieren. Entzündungen, Nervenverletzungen, Ischämie und metabolischer Stress können dadurch nicht nur das betroffene Organ, sondern auch andere Beckenstrukturen funktionell beeinträchtigen.

Da die Beckenorgane gemeinsame afferente Nervenbahnen nutzen, können Reize eines Organs zu einer viszeral-viszeralen Kreuzsensibilisierung führen. Dieser Mechanismus erklärt die häufige Überlappung von Endometriose, Reizdarmsyndrom (IBS), Blasen-schmerzsyndrom, Vulvodynie und Dysmenorrhö. Bis zu 50% der Patientinnen mit chronischen Beckenschmerzen weisen gleichzeitig urogenitale oder gastrointestinale Beschwerden auf. Das klinische Korrelat ist die viszerale Hyperalgesie, ein zentraler Mechanismus chronischer Beckenschmerzen.

Die zentrale Sensibilisierung (CS) gilt als wesentlicher Faktor der Schmerzchronifizierung. Eine anhaltende Übererregbarkeit spinaler und supraspinaler Schmerzbahnen verstärkt und verlängert die Schmerzempfindung und erklärt das häufige gemeinsame Auftreten verschiedener chronischer Schmerzsyndrome wie Endometriose, Blasen-schmerzsyndrom, Vulvodynie, myofasziale Beckenbodenschmerzen, IBS und primäre Dysmenorrhö. Insbesondere bei jungen Frauen mit

Endometriose könnte eine frühe zentrale Sensibilisierung langfristige Veränderungen der Schmerzverarbeitung bewirken (Vercellini P et al. J Clin Med 2026).

Endometriose verdeutlicht das Zusammenspiel von peripherer und zentraler Sensibilisierung, immunologischen Veränderungen sowie hormonellen und neuroendokrinen Faktoren. Diese Mechanismen können erklären, weshalb Schmerzen trotz erfolgreicher operativer oder hormoneller Behandlung persistieren und häufig mit Komorbiditäten wie IBS, Blasen-schmerzsyndrom oder Vulvodynie assoziiert sind.

3) *Biopsychosoziale Faktoren*

Neben neurobiologischen Mechanismen beeinflussen biopsychosoziale Faktoren das Schmerzerleben wesentlich. Psychische Belastungen, traumatische Erfahrungen sowie Begleiterkrankungen wie Fibromyalgie, Migräne, Schlaf- und Stimmungsstörungen oder kognitive Beeinträchtigungen verstärken die Beschwerden. CPP sollte deshalb als multidimensionales Schmerzsyndrom verstanden werden, bei dem periphere, zentrale, psychologische und soziale Faktoren gemeinsam berücksichtigt werden müssen und eine rein organzentrierte Sichtweise nicht ausreicht.

Diagnostik (Table 1)

Die Beurteilung beginnt mit einem **biopsychosozialen Ansatz** und nicht mit der Suche nach einem einzelnen „Schuldorgan“. Wie oben erwähnt, ist CPP meist das Ergebnis mehrerer gleichzeitig bestehender Schmerzzustände, die auf einer Überempfindlichkeit des Zentralnervensystems beruhen; daher muss die Abklärung darauf abzielen, jeden beitragenden „Schmerzerreger“ – gynäkologischer, urologischer, gastrointestinaler, muskuloskelettaler, neurologischer und psychoso-

Tab. 1. Empfohlene Vorgehensweise, abgeleitet aus den Empfehlungen von ACOG, EAU und Konsenspapieren

FAZIT für die Praxis: Diagnostik

1. Ausführliche Anamnese mit Schwerpunkt auf Schmerzcharakteristika, Zyklizität, allen Organsystemen, psychosozialen Faktoren und komorbiden funktionellen Schmerzsyndromen.
2. Multisystemische körperliche Untersuchung einschließlich der Bauchdecke, des Bewegungsapparats, der äußeren Genitalien und einer Beckenbodenuntersuchung und gynäkologische Untersuchung.
3. Gezielte Laboruntersuchungen entsprechend den Befunden.
4. Transvaginaler Ultraschall als bildgebendes Verfahren der ersten Wahl
5. Empirische Therapie bei wahrscheinlichen Ursachen (NSAIDs, hormonelle Suppression, Behandlung von identifiziertem komorbidem Reizdarmsyndrom oder Blasenschmerzsyndrom) vor invasiver Abklärung.
6. Diagnostische Laparoskopie nur bei Verdacht auf Endometriose, die nicht auf eine empirische Therapie anspricht, oder zur gleichzeitigen chirurgischen Behandlung.
7. Frühzeitige Überweisung an ein multidisziplinäres Team, wenn sich die Schmerzen nicht bessern oder wenn zentralisierte Schmerzmerkmale überwiegen.

zialer Art – zu identifizieren anstatt den Schmerz einer einzigen Diagnose zuzuordnen.

Die Anamnese ist der aussagekräftigste Bestandteil der CPP-Abklärung und erfordert in der Regel einen längeren Termin als eine standardmäßige gynäkologische Untersuchung. Sie sollte immer folgende Punkte berücksichtigen:

- **Schmerzmerkmale** – Art, Intensität, Lokalisation, Ausstrahlung oder Übertragung sowie zeitlicher Verlauf.
- **Zyklizität und Einflussfaktoren** – Zusammenhang mit der Menstruation, körperlicher Aktivität, Stress, Geschlechtsverkehr, Stuhlgang und Blasenentleerung
- **Überprüfung der Organsysteme** – Symptome der weiblichen Geschlechtsorgane, der Blase/des Harntrakts, des Darms, des Bewegungsapparats (Rücken, Bauchwand, Beckenboden, Hüfte) sowie neurologische Symptome
- **Psychosoziales Screening** – Depressionen, Angstzustände, früherer körperlicher oder sexueller Missbrauch sowie Schlafstörungen
- **Komorbide Schmerz- und Funktionsstörungen** – Reizdarmsyndrom (IBS), Blasenschmerzsyndrom, Fibromyalgie, Migräne, Vulvodynie, Dysmenor-

rhö – die häufig gemeinsam mit CPP auftreten und oft auf eine zentrale Sensibilisierung hindeuten.

Eine strukturierte, multisystemische Untersuchung ist unerlässlich:

- **Allgemeine und abdominale Untersuchung;** Inspektion, Palpation auf Druckempfindlichkeitspunkte und Triggerpunkte an der Bauchdecke, Beurteilung von Narben, Hernien und ausstrahlendem Schmerzmuster.
- **Untersuchung des Bewegungsapparats und des Beckengürtels:** Bei 50–90 % der CPP-Patientinnen lassen sich muskuloskelettale Faktoren feststellen.
- **Untersuchung der äußeren Genitalien und der Vulva** – Sichtprüfung auf Läsionen und Dermatosen; Test mit einem Wattestäbchen (Q-Tip) auf Vulvodynie/Vestibulodynie.
- **Bimanuelle Untersuchung und Spekulumuntersuchung:** Knotenbildung im hinteren Fornix und im uterosakralen Bereich; Abtasten des Musculus obturatorius internus und des Musculus piriformis auf Tonus, Druckempfindlichkeit und Triggerpunkte; myofasziale Beckenschmerzen treten häufig gemeinsam mit Endometriose auf.

Trauma-informierte Technik – klare Einwilligung, langsames Vorgehen und die Erlaubnis für die Patientin, Pausen einzulegen – reduziert Ängste und verbessert die Diagnostik.

Die Differentialdiagnose sollte nach Organsystemen gegliedert sein und ausdrücklich Störungen der Schmerzverarbeitung einbeziehen:

Kategorie	Typische Ursachen
Gynäkologisch	Endometriose, Adenomyose, Leiomyome, Erkrankungen der Adnexe, Beckenkongestionssyndrom, chronische Beckenentzündung, Ovarialrest-Syndrom, Erkrankungen der Vulva, Verwachsungen
Urologisch	Blasenschmerzsyndrom/interstitielle Zystitis, wiederkehrende Harnwegsinfekte, Harnröhrensyndrom
Gastrointestinal	Reizdarmsyndrom, entzündliche Darmerkrankungen, chronische Verstopfung
Muskel-Skelett-System	Myofasziale Schmerzen im Beckenboden, Kokzygodynie, Funktionsstörung des Iliosakralgelenks, Hüftpathologie, Triggerpunkte an der Bauchdecke
Neurologisch	Pudendus-, Ilioinguinal-, Iliohypogastrikus- oder Genitofemoralneuralgie; zentralisierte Schmerzen (zentrale Sensibilisierung)
Psychosozial	Depression, Angstzustände, PTBS, Missbrauch in der Vorgeschichte

Leider gibt es kein Standard-Laborprofil für CPP; Untersuchungen sollten sich **an der Anamnese und den körperlichen Befunden orientieren** und nicht reflexartig angeordnet werden. Entsprechend den letzten Publikationen wird der Speicheltest in Zukunft sicher eine wichtige Rolle in der Diagnostik der Endometriose spielen.

Bildgeberisch sollte als Erstuntersuchung immer eine Transvaginal-Sonographie durchgeführt werden, sowohl zum Ausschluss anatomischer Anomalien als

auch zur Abklärung häufiger gynäkologischer Ursachen wie Endometriome, tief infiltrierende Endometriose, Adenomyose, Myome usw.

Die MRT kommt zum Einsatz, wenn die Ultraschalluntersuchung keine eindeutigen Ergebnisse liefert oder wenn eine tief infiltrierende Endometriose oder Adenomyose charakterisiert werden muss (Abb. 3).

Duplex- und Farbdoppler-Sonographie sowie MR-Angiographie sind die besten Verfahren zur Diagnose eines „Pelvic Congestion syndroms“ bzw. einer Beckenveneninsuffizienz, und bei Verdacht auf Pudendusneuralgie wird die Querschnittsbildgebung eingesetzt, um eine Nervenkompression auszuschließen.

Die diagnostische Laparoskopie hat die Abklärung bei CPP historisch gesehen dominiert – sie machte etwa 40% aller gynäkologischen Laparoskopien aus –, doch ihr diagnostischer Ertrag und ihr klinischer Nutzen sind bescheidener als allgemein angenommen. Die Laparoskopie sollte sich vor allem auf Fälle beschränken, in denen ein starker Verdacht auf Endometriose besteht und eine empirische Therapie versagt hat, oder wenn Symptome und Bildgebung eine gleichzeitige Behandlung rechtfertigen.

Da die zentrale Sensibilisierung ein wesentlicher Faktor für die Chronifizierung ist, sollte bei der Beurteilung ausdrücklich nach ihren klinischen Merkmalen gesucht werden: weit verbreitete Hyperalgesie, Überschneidungen mit mehreren funktionellen Schmerzsyndromen (Reizdarmsyndrom, Blasenschmerzsyndrom, Fibromyalgie, Migräne), unverhältnismäßige Druckempfindlichkeit bei der Untersuchung und eine im Verhältnis zur identifizierbaren Pathologie unverhältnismäßige Beeinträchtigung. Die Identifizierung zentraler Schmerzen ist therapeutisch von Bedeutung – sie lenkt die Behandlung hin zu zentral wirkenden Medikamenten, kognitiv-verhaltenstherapeuti-

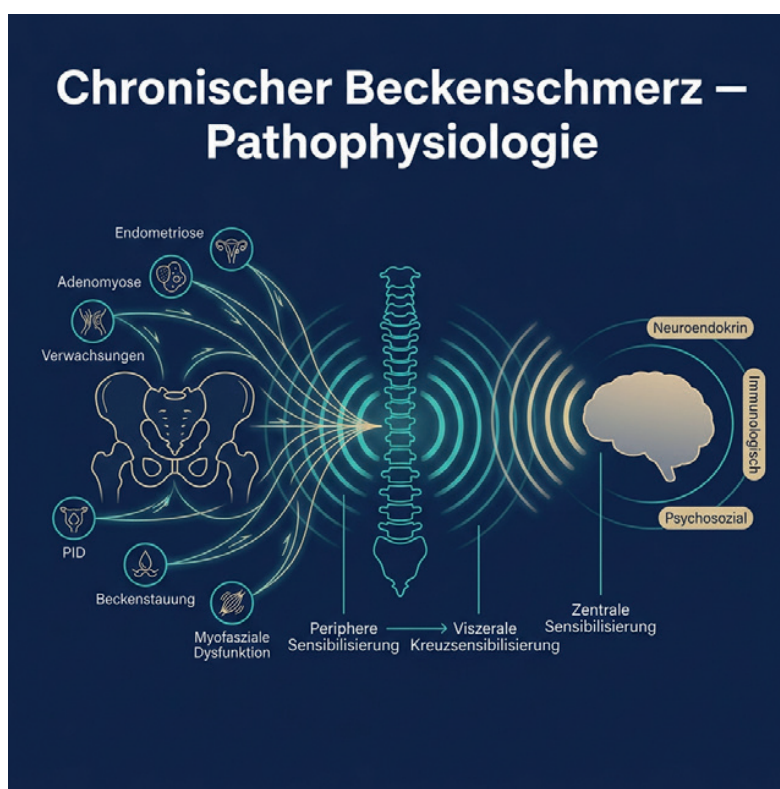


Abb. 3. Die drei Achsen der Entstehung von CPP: 1) periphere (viszerale und somatische) Schmerzgeneratoren; 2) Sensibilisierung des Zentralnervensystems sowie neuro-immun-endokrine Modulation; 3) alle diese Aspekte werden von biopsychosozialen Faktoren überlagert

schen Ansätzen und physischer Rehabilitation statt weiterer organorientierter Untersuchungen.

Sechs validierte Bewertungsinstrumente für den routinemäßigen klinischen Einsatz decken die für einen gynäkologischen Besuch relevantesten biopsychosozialen Dimensionen ab: Schmerzintensität, umfassende Anamnese, endometriosebezogene Lebensqualität (HRQoL), zentralisierte Schmerzen, Auswirkungen auf Sexualität/Dyspareunie sowie den Blasen-Schmerz-Faktor. Es sind: NRS (0–10): Schmerzintensität (eindimensional); IPPS-Fragebogen zur Beurteilung von Unterleibsschmerzen (umfassende Erfassung mehrerer Bereiche [Schmerzen, gynäkologische/urologische/gastrointestinale/muskuloskelettale Beschwerden, sexuelle und psy-

chosoziale Aspekte]; EHP-5 [Endometriose-bezogene Lebensqualität]; CSI [Central Sensitization Inventory] [Symptome zentraler Sensibilisierungssyndrome]; FSFI [Sexuelle Funktion einschließlich Dyspareunie [6 Domänen]]; O'Leary-Sant ICSI/ICPI (Blasenschmerzen/IC-Symptome + Belästigung). Für Forschungsprotokolle oder den Einsatz in spezialisierten Schmerzprogrammen zusätzlich hinzufügen: den vollständigen EHP-30 für eine detaillierte Analyse der HRQoL auf Skalenebene.

Therapie und multimodales Management

Aktuelle Konsensdokumente stimmen überein, dass bei der Behandlung multifaktorielle Ursachen – ein-

schließlich zugrunde liegender zentraler Sensibilisierung bzw. noziplastischer Schmerzen – berücksichtigt werden sollten und ein interdisziplinärer Ansatz verfolgt werden sollte, der Selbsthilfe, Schmerzaufklärung, Verhaltenstherapie, Physiotherapie, Pharmakotherapie sowie psychologische und medizinische Behandlungen kombiniert.

Daraus ergeben sich zwei operative Konsequenzen: (i) identifizierbare Erkrankungen (Endometriose, Adenomyose, IC/BPS, IBS, myofasziale Dysfunktion) sind entsprechend ihrer jeweiligen Merkmale zu behandeln, und (ii) gleichzeitig sind zentrale Sensibilisierung, funktionelle Beeinträchtigung und psychosoziale Modulatoren anzugehen. Die Evidenzbasis selbst stellt eine Einschränkung dar: Eine systematische Übersicht über Interventionen bei nichtzyklischer CPP ergab, dass die meisten Studien von geringer Qualität und heterogen waren, was eine Datensynthese und eindeutige Aussagen zur Überlegenheit eines einzelnen Ansatzes ausschließt (Yunker A et al. 2012).

Die Aufklärung über Schmerzen – die Vermittlung von Wissen über periphere Schmerzquellen, zentrale Sensibilisierung und das biopsychosoziale Modell – bildet die Grundlage jedes leitlinienbasierten Ansatzes. Gemeinsame Entscheidungsfindung, das Setzen funktioneller Ziele und klare langfristige Erwartungen werden als Teil der Behandlung selbst betrachtet.

Pharmakologische Therapie

Die medikamentöse Behandlung sollte auf dem Verständnis der peripheren und zentralen Schmerzgeneratoren aufbauen und in der Regel mehrere Wirkstoffklassen kombinieren, anstatt die Dosis eines einzelnen Medikaments zu erhöhen:

- **NSAIDs** – Mittel der ersten Wahl bei nozizeptiven/entzündlichen Schmerzen und Dysmenorrhö; in Konsensdokumenten und AAFP-Übersichtsarbeiten als sinnvolle empirische Therapie empfohlen.
- **Hormonale Suppression** – kombinierte orale Kontrazeptiva, Gestagene (Medroxyprogesteron-Depot, Dienogest), Levonorgestrel-Spirale, GnRH-Agonisten und -Antagonisten +/- Add-back – bei Endometriose, Adenomyose und zyklischer CPP. Bei Verdacht auf Endometriose befürwortet der Leitlinienkonsens einen therapeutischen Versuch, ohne auf die laparoskopische Bestätigung zu warten, wobei bei Versagen der Erstlinientherapie Mittel der Zweitlinie (GnRH-Antagonisten, -Agonisten) eingesetzt werden können.
- **Medikamente gegen neuropathische Schmerzen** – Gabapentin, Pregabalin, trizyklische Antidepressiva, SNRI (Duloxetin) sind potenziell wirksame Medikamente bei CPP. Frauen mit vorwiegend neuropathischen Symptomen (brennende, stechende Schmerzen) und geringerer Angst/Depression sprechen eher darauf an, während zentralisierte Schmerzsyndrome oder erhebliche psychische Belastungen eine begrenzte Besserung vorhersagen.

Tab. 2. Empfohlenes stufenweise Vorgehen bei der Therapie der CPP

Fazit für die Praxis II : Therapie

- Aufklärung über das biopsychosoziale Krankheitsmodell.
- Behandlung identifizierbarer Grunderkrankungen.
- Frühzeitiger Beginn einer multimodalen Therapie (Medikamente, Physiotherapie, Psychotherapie).
- Ergänzung mechanismenorientierter Medikamente.
- Eskalation zu interventionellen oder operativen Verfahren nur bei entsprechender Indikation.
- Frühzeitige Überweisung an spezialisierte interdisziplinäre Schmerzzentren bei unzureichendem Therapieerfolg.

- **Antidepressiva und Anxiolytika** – zielen auf gleichzeitig bestehende Depressionen/Angstzustände ab und modulieren die absteigende Schmerzhemmung.
- **Lokalanästhetika und Triggerpunkt-Injektionen** – bei identifizierbaren myofaszialen Schmerzen der Bauchdecke oder des Beckenbodens.
- **Opioide** – bewusst eingeschränkte Rolle; eine Monotherapie ist bei chronischen, nicht krebserkrankten Schmerzen mit zentraler Sensibilisierung im Allgemeinen ungeeignet.

Chirurgische Therapie

Die chirurgische Behandlung ist identifizierbaren, chirurgisch behebbaren Pathologien vorbehalten und stellt bei undifferenziertem CPP keine Erstlinientherapie dar. Die Exzision oder Ablation der Endometriose ist die wichtigste chirurgische Indikation bei gynäkologischer CPP; der Konsens spricht für eine vollständige Resektion mit postoperativer medikamentöser Therapie. Eine Adhäsionslyse kommt nur bei symptomatischen, fokalen Adhäsionen in Betracht; der Nutzen hinsichtlich der Schmerzen ist ungewiss. Zusatzoperationen wie die Präsakrale Neurektomie oder die Laser Uterine Nerve Ablation (LUNA) sollten heutzutage mangels Evidenz nicht mehr durchgeführt werden. Nach einer Hysterektomie, das letzte Mittel bei Schmerzen uterinen Ursprungs, die auf eine organerhaltende Therapie nicht ansprechen, tritt eine signifikante Besserung nur in etwa der Hälfte der Fälle ein, selbst wenn die Schmerzen uterinen Ursprungs zu sein scheinen. Andere gezielte Eingriffe wie Triggerpunkt-Injektionen, Hernienoperation, Appendektomie bei chronischen Schmerzen im rechten Unterbauch, Myomektomie bei symptomatischen Myomen und Behandlung von Beckenkongestion können, wenn richtig indiziert, sich auch positiv auswirken. Selbst bei maximalem laparoskopischem Einsatz erzielen etwa 20% der CPP-Patientinnen unbefriedigende Ope-

rationsergebnisse; für diese verbleibende Gruppe ist eine Überweisung an ein integriertes Schmerzzentrum und die Behandlung einer gleichzeitig bestehenden Depression besser geeignet als eine erneute Operation.

Ganzheitliche und Komplementäre Ansätze

Da muskuloskelettale und myofasziale Beschwerden bei einem Großteil der Patientinnen vorliegen, gehört die Beckenbodenphysiotherapie bereits zur Erstlinientherapie. Sie umfasst manuelle Techniken, Biofeedback, Haltungs- und Bewegungsübungen sowie neuromuskuläres Training. Persistierende Triggerpunkte können durch gezielte Injektionen behandelt werden.

Psychologische Verfahren – insbesondere die kognitive Verhaltenstherapie – stellen einen zentralen Bestandteil der Behandlung dar. Sie sollten frühzeitig und nicht erst nach Versagen anderer Therapien eingesetzt werden. Ergänzend kommen achtsamkeitsbasierte Verfahren, Acceptance-and-Commitment-Therapie (ACT) sowie traumainformierte Betreuung zum Einsatz.

Bei therapieresistenten Beschwerden können interventionelle Verfahren wie sakrale Neuromodulation, Rückenmarksstimulation oder gezielte Nervenblockaden erwogen werden. Auch komplementäre Verfahren, insbesondere Akupunktur, können ergänzend eingesetzt werden, wenngleich die Evidenz begrenzt bleibt.

Die Therapie sollte stets an den zugrunde liegenden Phänotyp angepasst werden. Dazu gehören beispielsweise hormonelle Therapien oder operative Maßnahmen bei Endometriose und Adenomyose, blasenorientierte Therapien bei IC/BPS, Behandlungen des Reizdarmsyndroms, Maßnahmen gegen myofasziale Schmerzen oder neuropathische Schmerztherapien.

Prognose

CPP ist überwiegend eine chronische Erkrankung mit langfristig stabilem Verlauf. Nur etwa ein Viertel der Patientinnen zeigt im Langzeitverlauf eine deutliche Besserung, vollständige Schmerzfreiheit bleibt selten. Der Verlauf im ersten Jahr erlaubt häufig bereits Rückschlüsse auf die Langzeitprognose.

Interdisziplinäre Behandlungsprogramme führen nachweislich zu:

- geringerer Schmerzintensität,
- verbesserter Lebensqualität,
- weniger Arzt- und Notfallkonsultationen,
- besserer körperlicher Funktion,
- höherer Selbstwirksamkeit sowie
- deutlicher Reduktion von Schmerzkatastrophisierung und Depression. Diese Vorteile wurden in mehreren prospektiven Studien und aktuellen systematischen Übersichtsarbeiten bestätigt.

Faktoren für den Behandlungserfolg

Der Langzeiterfolg wird weniger durch die anatomische Diagnose als vielmehr durch psychosoziale Faktoren bestimmt. Besonders ungünstig wirken:

- Schmerzkatastrophisierung,
- Depression,
- Angststörungen sowie
- hohe somatische Symptombelastung.

Diese Faktoren beeinflussen Prognose und Lebensqualität stärker als beispielsweise das Vorliegen einer Endometriose. Daher gewinnt eine phänotyporientierte Behandlung zunehmend an Bedeutung.

Lebensqualität und gesellschaftliche Auswirkungen

CPP führt häufig zu einer erheblichen Einschränkung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, insbeson-

dere bei Endometriose. Viele Patientinnen leiden zusätzlich unter sexuellen Funktionsstörungen, psychischen Belastungen und verminderter Arbeitsfähigkeit. Angst- und Depressionserkrankungen treten deutlich häufiger auf als in der Allgemeinbevölkerung.

Auch die volkswirtschaftlichen Folgen sind erheblich. Der größte Kostenanteil entsteht durch Produktivitätsverluste, wobei die Schmerzintensität den wichtigsten Einflussfaktor darstellt. Eine wirksame Schmerztherapie verbessert daher nicht nur die individuelle Lebensqualität, sondern reduziert auch die gesellschaftliche Belastung.

Nachsorge

CPP erfordert eine strukturierte Langzeitbetreuung. Regelmäßig sollten Schmerzintensität, Lebensqualität, funktionelle Einschränkungen sowie psychologische Faktoren standardisiert erfasst werden. Therapieziele sollten sich nicht ausschließlich auf Schmerzreduktion konzentrieren, sondern auch Funktion, Arbeitsfähigkeit, Selbstwirksamkeit und Lebensqualität berücksichtigen.

Kernaussage

Chronische gynäkologische Unterbauchschmerzen sind eine multifaktorielle Erkrankung, bei der periphere Schmerzursachen, zentrale Sensibilisierung und psychosoziale Faktoren eng miteinander interagieren. Der größte Behandlungserfolg wird durch eine frühzeitige, langfristige und interdisziplinäre Versorgung erzielt. Entscheidend für die Prognose sind weniger die anatomische Diagnose als vielmehr beeinflussbare psychosoziale Faktoren wie Katastrophisierung, Angst und Depression.