



Dr. med. Volker
STOLZENBACH

Chronisches Beckenschmerzsyndrom CPPS – Chronic Pelvic Pain Syndrome

Das multimodulare Behandlungsprogramm
nach Dr. med. Volker Stolzenbach

Inhaltsverzeichnis

Hintergründe

- Definition und Häufigkeit 4
- Akut, chronisch, chronifiziert – was bedeutet das? 5

Was ist das CPPS?

- Ein Chamäleon unter den Schmerzkrankheiten 6
- Das Wesen des CPPS – drei Dimensionen 7
- Ursachen für die Entstehung eines CPPS 9

Diagnostik des CPPS

- Anamnese und Untersuchung 10

Das multimodulare Behandlungskonzept nach Dr. med. Stolzenbach

- Einleitung 11
- Das CPPS-Kurzprogramm zur Akutbehandlung (Kernmodule) 12
- Die Langzeitbehandlung (Standardmodule) 16
- Die ergänzenden Zusatzmodule 22

Liebe Patientin, lieber Patient,

Sie leiden seit Monaten, oft auch schon seit Jahren, unter Schmerzen in der Becken- und Genitalregion? Vielleicht haben Sie zusätzlich Probleme beim Wasserlassen, Stuhlgang oder Geschlechtsverkehr? Vielleicht sind diese Probleme, z.B. der Harndrang, auch viel schlimmer als die Schmerzen?

Es wurden bereits vielfältige Untersuchungen, oft auch mehrfach, durchgeführt. Ein erheblicher krankhafter Befund, der Ihre starken Beschwerden erklärt, ist dabei nie herausgekommen. Es sind schon verschiedene Behandlungsversuche erfolgt – alle ohne länger anhaltenden Erfolg. Darunter waren vielleicht auch mehrfache wochen- und monatelange Antibiotikakuren.

Ihr Beschwerdebild ist dem „**Chronischen Beckenschmerzsyndrom**“ zuzuordnen, im englischen Sprachraum wird es „Chronic Pelvic Pain Syndrome“ (CPPS) genannt. Das chronische Beckenschmerzsyndrom hat unter den Ärzten, zu denen die Patienten mit ihren Schmerzen gehen (vor allem Urologen und Gynäkologen), einen sehr problematischen Ruf: „Keiner kennt die Ursache“, „Keiner weiß, was das CPPS eigentlich ist“, „Nichts hilft“. Diese gängigen Einschätzungen sind glücklicherweise falsch. Die Ursachen, die zum CPPS geführt haben, sind bei den meisten Patienten aufzufinden und es gibt klare Erkenntnisse über die Veränderungen, die das CPPS ausmachen. Das Wichtigste aber ist, dass es ein **Behandlungsprogramm** gibt, das den meisten Betroffenen eine rasche und nachhaltige Besserung bringt. Es besteht aus Modulen, die je nach Patient unterschiedlich miteinander kombiniert werden. Die **Kernmodule** bewirken bei den meisten Patienten eine schnelle Besserung. Nur mit zusätzlichem Einsatz der **Standardmodule** und ggf. einzelner **Zusatzmodule** ist aber in der Regel eine anhaltende Besserung bis hin zur dauerhaften Beschwerdefreiheit zu erzielen.

In dieser Broschüre möchte ich Ihnen Kenntnisse über das CPPS und dessen Behandlung vermitteln. Sie ist recht umfangreich, sodass sie etwas Ausdauer beim Lesen erfordert. Ich denke aber, dass dies unvermeidlich ist. Die Behandlung ist komplex und zeitaufwändig und wird für jeden Patienten individuell angepasst. Ihre Mitarbeit ist bei der Behandlung absolut notwendig – nur dann führt sie auch langfristig zum Erfolg. Nur wenn Sie genau verstehen, wo ihre Schmerzen herkommen und was die Behandlungsmodule im Einzelnen bewirken, können Sie auch optimal mitarbeiten und Erfolg haben.



Ich wünsche Ihnen beim Lesen der Broschüre viele neue Erkenntnisse. Es ist der erste Schritt auf dem Weg zur Besserung oder, im besten Fall, zur vollständigen Schmerzfreiheit.



Dr. med. Volker Stolzenbach

Facharzt für Orthopädie und spezielle Schmerztherapie
International tätiger Referent für Chronic Pelvic Pain
(u.a. Südamerika, Brasilien)

Hintergründe

Definition

Das chronische Beckenschmerzsyndrom (CBSS), im englischen Sprachraum Chronic Pelvic Pain Syndrome (CPPS), steht für anhaltende oder wiederkehrende, chronische Schmerzen in der Beckenregion, die durch einen spezifischen urologischen, gynäkologischen, proktologischen, orthopädischen oder internistischen Befund nicht zu erklären sind.

Der Begriff Beckenschmerzsyndrom beschreibt nur einen Teil der Beschwerden. Viele Patienten haben teilweise quälende Funktionsstörungen der Blase (vor allem Harndrang), des Enddarmes (z.B. Verstopfung, Durchfälle, Hämorrhoiden) oder der Sexualfunktionen (z.B. Scheidenkrämpfe, mangelnde Erektion). Bei einigen Patienten sind diese Funktionsstörungen viel schlimmer als die manchmal nur leichten Schmerzen, die ggf. nur als Druckgefühl empfunden werden.

Das CPPS steht in dem Ruf „Keiner kennt die Ursachen“, „Keiner weiß, was es eigentlich ist“, „Nichts hilft“. Tatsächlich kann man aber bei den meisten Patienten Ursachen feststellen und einen eindeutigen krankhaften Befund erheben, der die Beschwerden erklärt. Es kann eine Behandlung durchgeführt werden, die nicht nur den meisten Patienten innerhalb weniger Wochen hilft, sondern bei konsequenter Durchführung auch die so häufigen Rezidive seltener werden lässt oder verhindert.

Häufigkeit

Das CPPS ist eine sehr häufige chronische Schmerzerkrankung. Studien gehen davon aus, dass zwischen 5-15% der Bevölkerung betroffen sind, wobei Frauen etwa doppelt so oft wie Männer*. Es ist damit ähnlich häufig wie chronische Rückenschmerzen.

Bei Männern ist das CPPS, oft auch chronische Prostatitis genannt, die häufigste urologische Diagnose bei unter 50-Jährigen. Bei Frauen erfolgen bis zu 10% aller Vorstellungen beim Frauenarzt wegen CPPS-Beschwerden. Das CPPS tritt am häufigsten zwischen den 15. und 50. Lebensjahr auf. Leider gehen die Schmerzen nach dem 50. Lebensjahr nur selten zurück.

Die große Häufigkeit des CPPS ist kaum bekannt, weder bei der Ärzteschaft noch bei den Patienten. Dies wird im Wesentlichen daran liegen, dass alles, was mit Wasserlassen, Stuhlgang und Geschlechtsverkehr zu tun hat, tabuisiert ist und man über Probleme und Schmerzen in der Region einfach nicht gerne spricht. Dazu kommt, dass die Beschwerden beim CPPS von Patient zu Patient oft sehr unterschiedlich sind – ganz anders als beim Rückenschmerz. Der einzelne CPPS-Patient denkt oft, dass er der Einzige ist, der an so seltsamen Beschwerden leidet, bei denen nichts hilft.

Das CPPS wird durch vier Faktoren definiert



Zeit

Die Beschwerden bestehen seit mindestens sechs Monaten fortlaufend oder in Intervallen.



Ort

Schmerzen in der Beckenregion irgendwo von vorne unterhalb des Bauchnabels bis hinten zum Steißbein und Kreuzbein.



Funktionsstörungen

Funktionsstörungen der Organe im Becken sind häufig – müssen aber nicht bei jedem Patienten bestehen.



Fehlende Ursache

Eine andere Erkrankung in der Region, welche die Beschwerden erklären könnte, wurde durch Fachuntersuchungen ausgeschlossen.

Akut, chronisch, chronifiziert – was bedeutet das?

Für die erfolgreiche Behandlung von Schmerzen spielt es eine entscheidende Rolle, in welche der drei genannten Gruppen das Schmerzgeschehen eingeordnet werden kann.

Akute Schmerzen

Akute Schmerzen sind lebenswichtig. Sie entstehen zum Beispiel, wenn man sich verbrennt oder ein Bein bricht. Sie haben eine Warnfunktion und bewirken, dass man die Hand von der heißen Herdplatte wegzieht. Während der Beinbruch heilt, veranlassen die Schmerzen, dass man sich schont. Ist die Verletzung abgeheilt, also die Ursache der Schmerzen wieder weg, sind die akuten Schmerzen auch wieder verschwunden.

Chronische Schmerzen

Chronisch bedeutet, dass die Schmerzen mehr als sechs Monate anhalten. Wenn die anhaltenden Schmerzen eine entsprechende Ursache, z.B. ein verschlissenes Kniegelenk haben, dann sind auch diese Schmerzen „normal“. Das gilt dann, wenn die Schmerzen auch wieder verschwinden, wenn ihre Ursache beseitigt wird, z.B. durch eine Operation mit Kniegelenksersatz.



Chronifizierte Schmerzen

Problematisch in der Behandlung sind chronifizierte Schmerzen. Vor allem, wenn Schmerzen sehr stark und quälend sind und vielleicht noch dazu besonders lange anhalten, können sie chronifizieren. Das gilt auch, wenn sie mit einer starken Emotion verbunden sind, wie sexueller oder anderer körperlicher Gewalt. Dort wo der Schmerz entsteht, beim CPPS also im Becken, werden die Schmerzrezeptoren empfindlicher, „schlafende“ Rezeptoren werden aktiviert. Es werden mehr Schmerzimpulse „abgefeuert“.

Im Normalfall kommt nicht jeder Schmerzimpuls im Gehirn an. Ein großer Teil wird auf dem Weg dorthin weggefiltert. Bei der Chronifizierung funktionieren die Filterstationen nicht mehr richtig und die Schmerzreize kommen ungebremst, wie auf einer Autobahn, im Gehirn an. Und dieses Gehirn wurde durch die ständigen Schmerzreize auch noch empfindlicher (sensibilisiert) und empfindet jeden einzelnen Reiz unangemessen stark. Schließlich wird der Schmerz noch emotional bewertet und als „heftig, quälend, vernichtend, lähmend“ wahrgenommen. Dieser Prozess ist gemeint, wenn von Schmerzgedächtnis, zentraler Sensibilisierung oder neuroplastischen Schmerzen gesprochen wird.

Chronifizierte Schmerzen sind besonders schwierig und auch langwierig zu behandeln. Die gute Nachricht dabei ist, dass beim CPPS die Schmerzen auch nach Jahren bei den meisten Patienten nicht oder zumindest nicht schwerwiegend chronifiziert sind.

Was ist das CPPS?

Ein Chamäleon unter den Schmerzkrankheiten

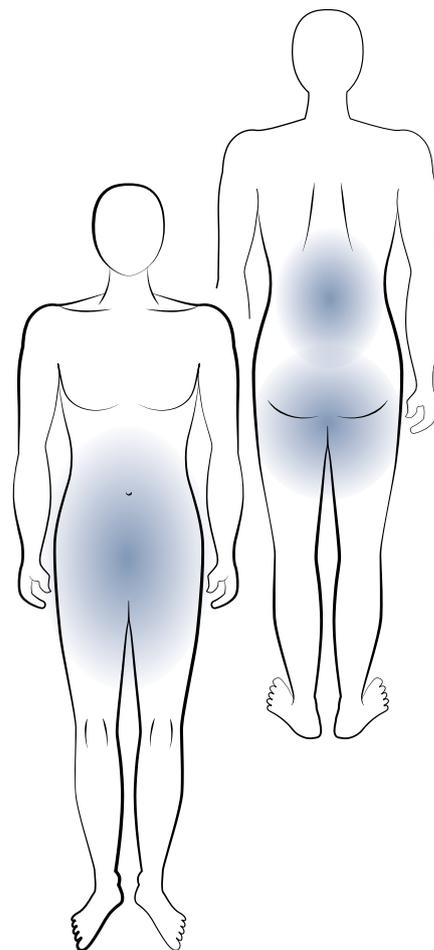
Das Beschwerdebild ist sehr vielgestaltig.

Die Schmerzen können dauernd bestehen, aber auch wochen- und monatelange Pausen einlegen. Sie können tief im **Becken** empfunden werden, aber auch im **Genitale**, der **Dammregion**, am **Steißbein** oder in der Region der **Blase**. Sie können in die **Oberschenkelinnenseiten**, den **Unterbauch**, das **Gesäß** oder den **Rücken** ausstrahlen.

Die Schmerzstärke variiert von dumpfer unangenehmer Spannung bis hin zu stärksten Schmerzen, deretwegen Opioide (starke morphium-artige Schmerzmittel) eingenommen werden. Nach dem Wasserlassen, Stuhlgang oder Geschlechtsverkehr sind die Schmerzen oft verstärkt (manchmal aber auch geringer).

Häufig sind auch Funktionsstörungen der Blase z.B. mit häufigem **Harndrang**, verzögertem Beginn des Urinierens, schwachem Harnstrahl, **Brennen** beim und vor allem nach dem Urinieren. Ebenfalls recht häufig sind Störungen beim **Stuhlgang**, z.B. Verstopfung und Durchfall, die auch in unregelmäßigem Wechsel auftreten können. Störungen beim **Geschlechtsverkehr** betreffen vor allem die Schmerzen dabei und danach. Dazu kommt auch noch oft eine mangelnde **Erektionsfähigkeit**.

Hinter vielen urologischen, gynäkologischen und proktologischen Diagnosen steckt in Wahrheit ein CPPS. Im Folgenden eine Auswahl der Häufigsten.



Diagnose	
Chronische Prostatitis	überwiegend CPPS
Vulvodynie	häufig CPPS
Vaginismus	häufig CPPS
Levator ani Syndrom	überwiegend CPPS
Proctalgia fugax	häufig CPPS
Coccygodynie	häufig CPPS
Pudendusneuralgie	häufig CPPS
Interstitielle Cystitis (IC)	überwiegend CPPS (Die echte IC ist selten, kann in der Folge auch ein CPPS verursachen)
Endometriose	Die Endometriose ist ein gynäkologisches Krankheitsbild, das häufig zusätzlich ein CPPS verursacht.

Das Wesen des CPPS – drei Dimensionen

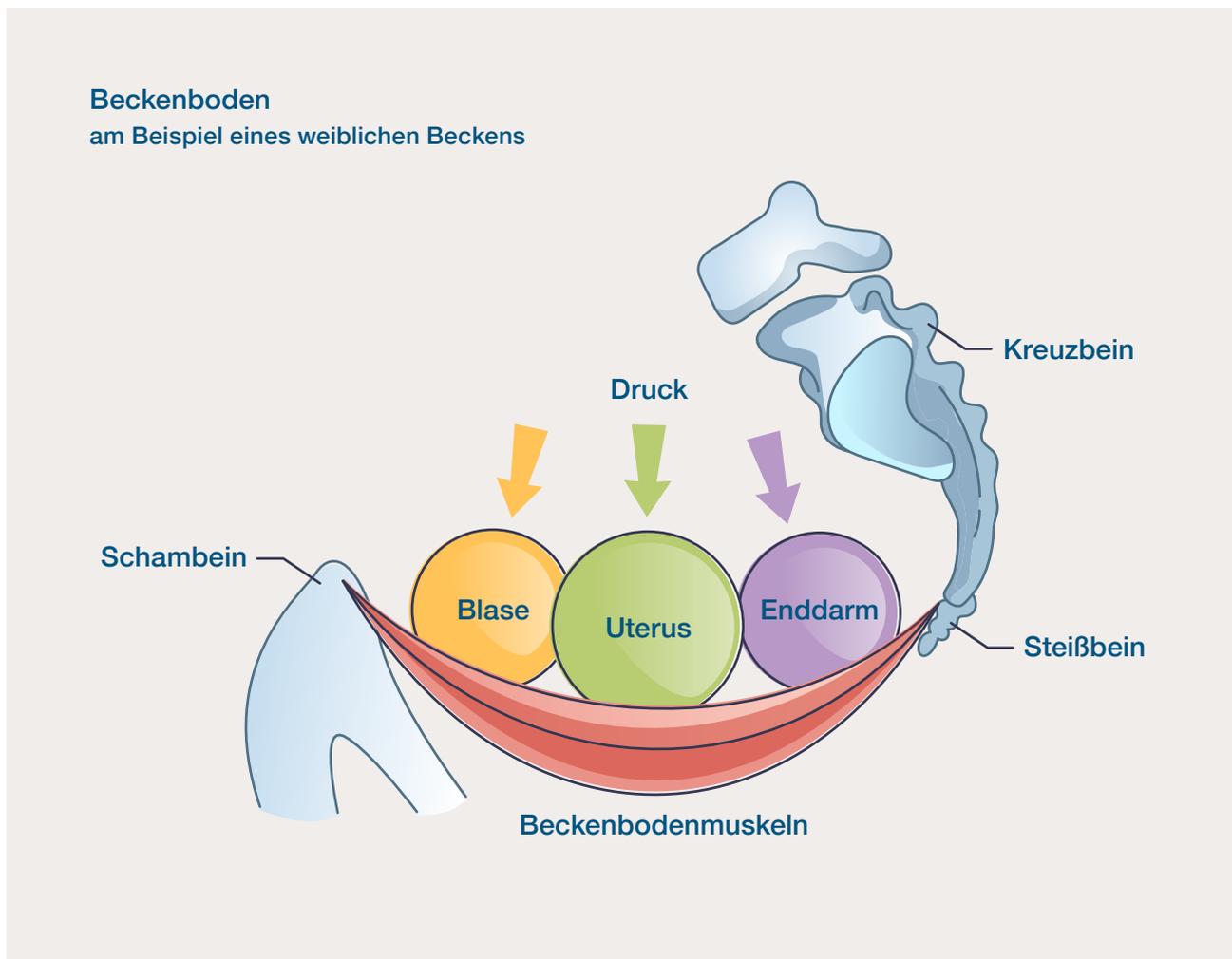
Typisch für das CPPS ist, dass organspezifische Untersuchungen in der Beckenregion keine Befunde ergeben, die die Schmerzen sowie die häufigen Funktionsstörungen von Blase, Darm und beim Geschlechtsverkehr erklären. Die überwiegend fehlenden krankhaften Untersuchungsbefunde erklären sich daraus, dass es sich beim CPPS nicht um kranke, geschädigte oder zerstörte Gewebe oder Organe handelt, sondern „nur“ um eine Funktionsstörung der Muskeln des Beckenbodens, verbunden mit einer Fehlregulation des vegetativen Nervensystems.

1. Die muskuläre Dimension

Die Ursache für die Beschwerden beim CPPS ist eine **(anhaltende) Verkrampfung der Beckenbodenmuskulatur**. Einzelne Muskeln des Beckenbodens oder der ganze Beckenboden sind dauerhaft angespannt, verkrampft und oft auch dauerhaft verkürzt. Gleichzeitig sind sie mit besonders schmerzhaften Triggerpunkten durchsetzt. Dies erklärt die Schmerzen beim CPPS.

Die **verkürzten und verkrampften Muskeln** verhindern die natürliche Bewegung des Beckenbodens. Das fein ausbalancierte Wechselspiel von Anspannung und Entspannung benötigen die mit dem Beckenboden in Verbindung stehenden Organe (Blase, Darm, Harnröhre, Geschlechtsorgane) für eine korrekte Funktion. Dies erklärt die häufigen Funktionsstörungen von Blase, Darm und beim Geschlechtsverkehr beim CPPS.

Der typische Befund des verspannten oder verkrampften Beckenbodens wird von den vom Patienten aufgesuchten Urologen, Gynäkologen oder Proktologen oft nicht festgestellt, da Ärzte dieser Fachgruppen bei ihrer Untersuchung in der Regel andere Organe fokussieren als die Muskeln.



2. Die neurovegetative Dysregulation

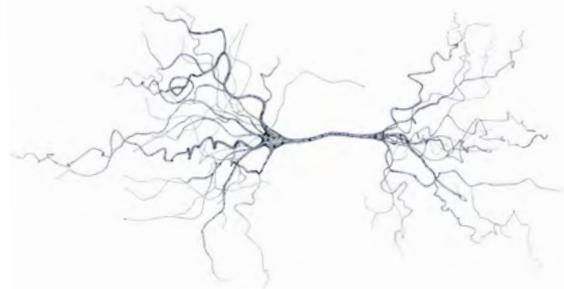
Neben der Verkrampfung von Muskeln des Beckenbodens spielt bei allen CPPS-Patienten eine **Fehlregulation des vegetativen Nervensystems** eine wesentliche Rolle. Das Nervensystem gliedert sich in das somatische (willentlich gesteuerte) und das vegetative (unbewusste) Nervensystem. Das somatische Nervensystem ist zuständig für unsere Bewegungen, alles was wir tun, denken und sprechen. Das vegetative Nervensystem funktioniert automatisch und wir haben willentlich nur sehr begrenzten Einfluss darauf. Dennoch wird es durch unser Verhalten, wenn auch unbewusst, stark beeinflusst. Es steuert die Funktion der inneren Organe, Herz, Atmung, Verdauung, Stoffwechsel, Ausscheidung, Sexualfunktionen.

Das vegetative Nervensystem gliedert sich in die beiden Gegenspieler Sympathikus und Parasympathikus. Der **Sympathikus** ist der „Powerernerv“ und bereitet den Körper auf Kampf oder Flucht, also auf Höchstleistung vor. Das Herz schlägt schneller, der Blutdruck steigt und die Muskeln spannen an, bis hin zu den Muskeln des Beckenbodens. Der **Parasympathikus** ist der „Erholungsnerv“ und regeneriert den Körper nach erfolgter Höchstleistung. Er fördert die Verdauung, leitet Reparaturvorgänge von strapazierten und verletzten Geweben ein und versorgt Muskeln und Gehirn mit neuer Energie. Im Normalfall wechselt sich die Aktivität von Sympathikus und Parasympathikus ab. Ist das vegetative Nervensystem im Gleichgewicht, so kann der Körper Höchstleistungen erbringen und sich danach wieder erholen.

Tatsächlich befinden sich die meisten Menschen in unserer modernen schnelllebigen Welt im Dauerstress. Sogar außerhalb der Arbeit gibt es Freizeitstress und Urlaubsstress. Der Sympathikus wird dauernd angeheizt, der Parasympathikus ist entsprechend inaktiv und der Körper kann sich nicht mehr entspannen und regenerieren. Das vegetative Nervensystem kommt aus dem Gleichgewicht.

Doch es braucht beim CPPS gar keinen äußeren Stress. Das CPPS selbst verursacht schon genug Stress für eine andauernde Aktivierung des Sympathikus. Anhaltende Schmerzen und Funktionsstörungen in der Beckenregion verursachen psychischen Stress. Dies wird verstärkt durch jede Untersuchung, die nicht zur Erklärung der Beschwerden führt und durch jeden Behandlungsversuch, der erfolglos bleibt, ebenso durch die Unsicherheit über die Diagnose. Es kommen Fragen auf wie: „Werde ich das jemals wieder los?“, „Wird das immer schlimmer?“, „Vielleicht habe ich eine unheilbare Krankheit, die keiner erkennt?“.

In der Folge wird der Sympathikus maximal aktiviert und der Parasympathikus, der Erholungs- und Regenerationsnerv, maximal gebremst bis hin zur Inaktivität. Diese Dysregulation verstärkt laufend die Überspannung und Verkrampfung der Muskeln des Beckenbodens – ein klassischer Teufelskreis.



3. Das Schmerzgedächtnis, zentrale Sensibilisierung, neuroplastische Schmerzen

Nicht nur das vegetative Nervensystem kommt durch den Stress und die Dauerängste im Zusammenhang mit den Schmerzen in eine Schiefelage. Auch im **Gehirn** finden fatale Lernprozesse und Neuverknüpfungen zwischen den Nervenzellen statt. In der Folge werden Schmerzen stärker und quälender wahrgenommen. Teilweise ist sogar der Beckenboden wieder entspannt und trotzdem lassen die Schmerzen nicht nach. Diese Entwicklung ist mit den Begriffen Schmerzgedächtnis, zentrale Sensibilisierung und neuroplastischen Schmerzen gemeint.

Info:

Die Ausprägung dieser drei Dimensionen in der Schmerzproblematik eines jeden Patienten kann stark variieren. Die Auswahl der Behandlungsmodule richtet sich dabei nach den vorherrschenden Komponenten. Dass das Schmerzgedächtnis eine größere Rolle spielt, zeigt sich meistens dann, wenn die Module für die Muskelverspannung und die vegetative Dysregulation keine durchgreifende Besserung bewirken.



Ursachen für die Entstehung eines CPPS

Die wohl häufigste Ursache für die Entstehung eines CPPS ist Stress. Die akute Stressreaktion versetzt den Körper in Kampf- oder Fluchtbereitschaft. Dazu werden u.a. die Muskeln der vorderen Rumpfseite bis hin zum Beckenboden angespannt, Puls und Blutdruck steigen an. Der Körper reagiert auf Stress immer mit diesem gleichen Muster. Was bei akuter Bedrohung sinnvoll ist, um den Körper auf Kampf oder Flucht vorzubereiten, ist bei anhaltendem Stress schädlich. Der Körper kommt aus der Anspannung gar nicht mehr heraus und aus der dauernden Anspannung werden anhaltende Verkrampfungen und Verkürzungen der betroffenen Muskeln.

Es gibt eine Vielzahl anderer Ursachen für die Entstehung eines CPPS, von denen ich hier nur die Häufigsten anführe. An erster Stelle stehen bakterielle Entzündungen in der Beckenregion, vor allem wenn sie länger anhalten (Blasenentzündung, Prostataentzündung, Darmentzündungen). An zweiter Stelle stehen Verletzungen des Beckenbodens unter der natürlichen Geburt. In vielen Fällen kommt es dabei zu erheblichen Einrissen in Muskeln des Beckenbodens, die Narben und Schwachstellen in den verletzten Muskeln hinterlassen, die den Boden für die Entstehung eines CPPS bilden können. An dritter Stelle stehen Operationen in der Beckenregion, meistens gynäkologischer oder urologischer Art. Auch Sportverletzungen oder Fehlhaltungen können ein CPPS verursachen. Häufig ist auch eine Kombination verschiedener Ursachen.

Diagnostik des CPPS

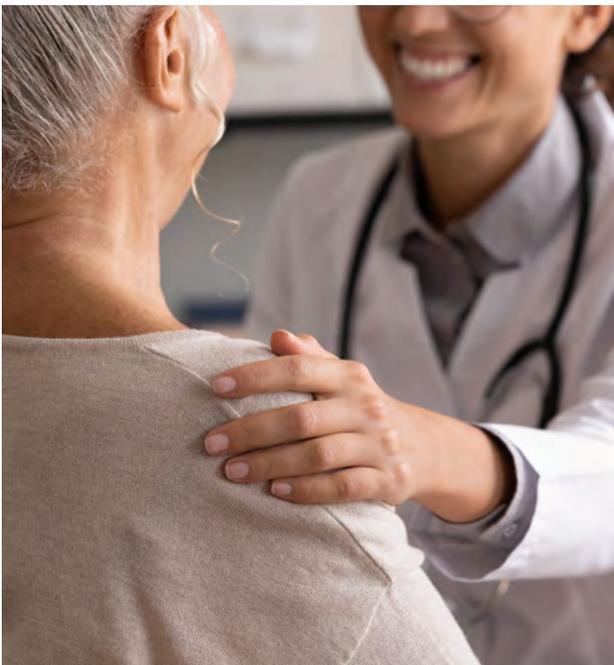
Anamnese

So unterschiedlich wie die Beschwerden beim CPPS sind auch die Vorgeschichten und die Verläufe. Typisch sind oft jahrelange Schmerzlafbahnen, immer wieder Untersuchungen durch Urologen oder Gynäkologen sowie vielfältige Behandlungsversuche, oft auch mit mehrfachen und wochenlangen Antibiotikatherapien. Viele Behandlungsversuche bewirken eine kurzzeitige Besserung der Beschwerden, um dann nach Wochen oder wenigen Monaten in einem Rückfall zu enden. Verstärkte Beschwerden in stressreichen Lebensabschnitten sind häufig. Oft bestehen Störungen beim Wasserlassen, Stuhlgang und Geschlechtsverkehr. Häufig mit Stress einhergehende Beschwerden wie Zähneknirschen oder Zähnepressen und Kopfschmerzen kommen ebenfalls oft vor.

Untersuchung

Soweit noch nicht erfolgt, ist eine fachärztliche Untersuchung durch den Urologen, Gynäkologen, Proktologen oder Gastroenterologen zu veranlassen, um Erkrankungen auf diesen Fachgebieten auszuschließen. Typischerweise ergeben diese Untersuchungen keine die Beschwerden erklärenden Befunde.

Tatsächlich findet sich aber beim CPPS, besonders bei Harndrangproblematik, häufig ein **verdickter Blasenmuskel**. Bei diesen Patienten ist auch die Harnentleerung auffällig mit oft verzögertem Beginn und ungleichmäßigem verzögertem Urinfluss. Beides sind Befunde, die der Urologe feststellen kann. Allerdings muss hierfür bei der Sonografie gezielt die Dicke des Blasenmuskels gemessen werden und eine Uroflowmetrie durchgeführt werden.



Der **manuelle Tastbefund** des Beckenbodens ist die zentrale Untersuchung, um ein CPPS festzustellen. Über den Anus kann der gesamte Beckenboden abgetastet werden. Hierbei wird die Spannung und die Druckempfindlichkeit der einzelnen Muskeln des Beckenbodens beurteilt und nach Triggerpunkten gesucht. Der Druck auf die Triggerpunkte ist schmerzhaft und löst typischerweise genau die Schmerzen aus, die der Patient kennt und bei der Untersuchung wiedererkennt. Dazu gehören auch Schmerzausstrahlungen in den Hoden, den Penis, die Vulva (äußere weibliche Geschlechtsteile), den Unterbauch oder die Oberschenkelinnenseiten. Der auffällige Tastbefund des Beckenbodens mit erhöhter Muskelspannung und schmerzhaften Triggerpunkten ist beweisend für das Vorliegen eines CPPS.

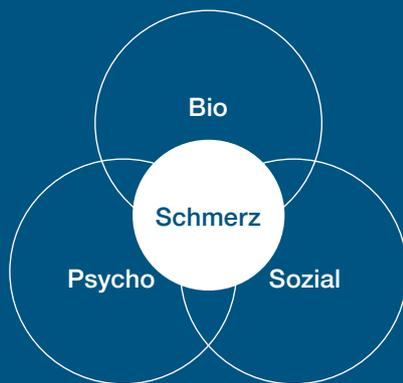
Ergänzende Untersuchungen

Stress ist eine wesentliche Ursache für die Entstehung des CPPS. Das CPPS selbst ist ein zusätzlicher ausgeprägter **Stressfaktor**, sodass jeder CPPS-Patient unter einer Dysregulation des vegetativen Nervensystems mit Daueraktivität des Sympathikus (Powernerve) und einer Schwäche des Parasympathikus (Erholungs- und Regenerationsnerven) leidet. Die Aktivität und die Funktionsbereitschaft des Parasympathikus lässt sich durch die **Herzratenvariabilität** (HRV) messen. Mit psychologischen Fragebögen wird nach Hinweisen für eine psychische Belastung oder Erkrankung gesucht.

Es wird nach Hinweisen für Schmerzchronifizierung gesucht. Ein erweiterter manualtherapeutischer Befund umfasst die ganze Wirbelsäule, die Hüftgelenke, die Armbewegungen sowie die Kopf- und Halsgelenke.

Das multimodulare Behandlungskonzept nach Dr. med. Volker Stolzenbach

Seit mehr als 20 Jahren fordern deutschsprachige Fachgesellschaften für Urologie und Gynäkologie in ihren Leitlinien die Entwicklung multimodaler Behandlungsprogramme für das CPPS. Der **multimodale Ansatz** ist wissenschaftlich anerkannter Standard in der Behandlung chronischer Schmerzpatienten.

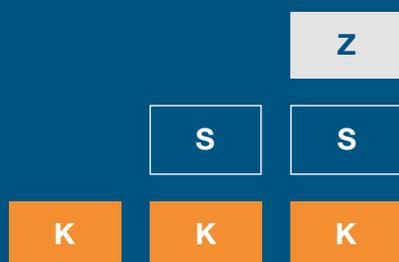


Das bio-psycho-soziale Schmerzmodell

Grundlage ist das bio-psycho-soziale Schmerzmodell. Die ganzheitliche Betrachtung des chronisch Schmerzkranken berücksichtigt die Wechselwirkungen zwischen den verschiedenen Ebenen. Die anhaltende Verkrampfung mit Schmerzen und die häufigen Funktionsstörungen (biologische Ebene) bewirken auf der psychischen Ebene eine veränderte, verstärkte Schmerzempfindung (zentrale Sensibilisierung, Schmerzgedächtnis). Die Schmerzen und die häufigen Funktionsstörungen bewirken Beeinträchtigungen in Beruf und täglichen Aktivitäten, oft verbunden mit sozialem Rückzug.

Spezialisten verschiedener Fachgruppen entwickeln gemeinsam ein Behandlungsprogramm. Dies sind beim CPPS vor allem der behandelnde Arzt (Schmerztherapeut) und ein auf den Beckenboden spezialisierter Physiotherapeut, ggf. auch ein Psychologe mit Schwerpunkt Schmerztherapie und ein Entspannungs- bzw. Stressmanagementtrainer. Zwischen den beteiligten Therapeuten finden Besprechungen statt, um die Behandlung dem Behandlungsfortschritt entsprechend laufend anzupassen.

Bei meiner Recherche habe ich in Deutschland kein bestehendes multimodales Behandlungskonzept für das chronische Beckenschmerzsyndrom gefunden. Ich habe deshalb selbst ein solches Konzept entwickelt. Dabei hat mir geholfen, dass ich mich als Triggerpunktspezialist (Vorstand der IGTM – Internationale Gesellschaft für Schmerz- und Triggerpunktmedizin e.V.) mit muskulär verursachten Schmerzen und Störungen gut auskenne und als Arzt für spezielle Schmerztherapie multimodales Vorgehen schon bei anderen chronischen Schmerzen (vor allem bei Rückenschmerzen) kenne und praktiziere.



Behandlungsmodule

Es gibt eine Vielzahl von Behandlungsmodulen, die beim CPPS eingesetzt werden. Dabei gibt es **Kernmodule**, die bei den meisten Patienten eine rasche Linderung der Beschwerden bewirken. Es gibt **Standardmodule**, die zusammen mit den Kernmodulen die Basis des multimodularen Behandlungskonzeptes darstellen und es gibt **Zusatzmodule**, die nur bei einzelnen Patienten eingesetzt werden.

Die von mir entwickelte multimodulare Behandlung bewirkt bei der Mehrzahl der Patienten eine rasche und durchgreifende Besserung der Beschwerden. Außerdem erreicht sie bei konsequenter Durchführung, dass die beim CPPS so häufigen Rezidive seltener werden oder ganz aufhören. Die optimale multimodulare Behandlung des CPPS ist zeitaufwändig und benötigt viel Mitarbeit seitens des Patienten.

Das CPPS-Kurzprogramm zur Akutbehandlung

Echte multimodale Therapie ist sehr zeitaufwändig.

Es geht auch anders! Aber...

Mit den Kernmodulen, die auf den folgenden Seiten dargestellt werden, kann bei den meisten CPPS-Patienten innerhalb weniger Wochen eine durchgreifende Besserung der Schmerzen und oft auch der begleitenden Funktionsstörungen von Blase oder Darm erreicht werden. Die Kernmodule greifen auf der rein körperlichen, der biologischen Ebene ein. Die psychischen und sozialen Komponenten, die nach dem aktuellen bio-psycho-sozialen Schmerzmodell eigentlich mitbehandelt werden müssen, werden hier noch ausgeklammert. Dies kommt dem verständlichen Wunsch vieler Patienten entgegen, die einen relativ **schnellen und einfachen Weg** suchen und sich auch mit ihrer Psyche nicht beschäftigen wollen. Ganz wichtig ist jedoch, dass bereits zu Beginn der Behandlung der Grad der psychischen Beteiligung und der Grad der Schmerzchronifizierung eingeschätzt werden und der Patient auf die ggf. hohe Wahrscheinlichkeit für das Wiederauftreten seiner Schmerzen nach einigen Wochen oder Monaten hingewiesen wird.

Warum sich die Behandlung allein mit den Kernmodulen dennoch lohnt:

- **Schnelle Besserung:** Die alleinige Behandlung mit den Kernmodulen bewirkt bei den meisten CPPS-Patienten eine durchgreifende Beschwerdeverbesserung innerhalb weniger Wochen.

- **Mögliche Beschwerdefreiheit:** Bei einigen Patienten kommt es danach, trotz vorhergehender Beschwerdedauer von mehr als einem Jahr, nicht zur Rückkehr der Beschwerden.

- **Vertrauen schaffen:** Der Arzt kann die Schmerzzursache tasten und die manuelle Behandlung, die Neuraltherapie und die Stoßwellentherapie bewirken rasche Linderung – das schafft Vertrauen.

- **Weitere Module:** Dieses so geschaffene Vertrauen führt dazu, dass der Patient sich im Falle des Rückfalls wieder an den Arzt wendet und dann in der Regel offener ist, für das aufwändigere multimodale Vorgehen, das von ihm mehr Mitarbeit erfordert.

- **Flexibilität:** Auch im Falle des Rückfalls, der beim CPPS eher die Regel als die Ausnahme ist, bleibt es dem Patienten freigestellt, ob er sich wieder „nur“ für eine Akutbehandlung entscheidet oder für die (aufwändigere) multimodulare Behandlung.

- **Hinweis auf Chronifizierung:** Wirkt die Akutbehandlung nicht oder nur unzureichend, so ist dies ein dringender Hinweis auf das Vorliegen einer fortgeschrittenen Schmerzchronifizierung, die unbedingt ein umfangreiches multimodales Vorgehen erfordert.

Die multimodale Behandlung ist, nach aktuellem wissenschaftlichem Standard (s. Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.), für chronische Schmerzpatienten und damit auch für die meisten CPPS-Patienten der beste Weg zur dauerhaften Besserung oder Beschwerdefreiheit. Dieser Weg ist allerdings zeitaufwändig und benötigt intensive Mitarbeit der Patienten und ist für viele Patienten nur mühsam umzusetzen. Die wiederholte Akutbehandlung mit Kernmodulen, wenn die Beschwerden wiederkommen, ist durchaus medizinisch vertretbar. Jeder Rückfall der CPPS-Beschwerden ist aber Anlass, den Patienten zur langfristiger besser wirksamen multimodularen Therapie zu motivieren.

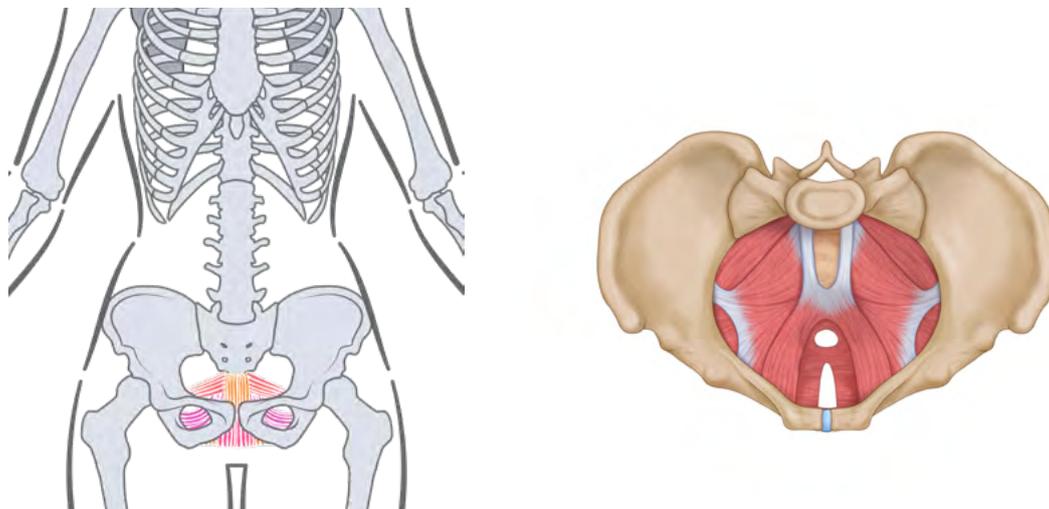
K1 Manuelle Behandlung des Beckenbodens

Ziel: Lösung von Verkrampfungen und Triggerpunkten

Schon zur Diagnosestellung ist die rektale Untersuchung notwendig. Die Befunderhebung zeigt verspannte und druckempfindliche Zonen in den Muskeln des Beckenbodens sowie fast immer schmerzhafte Triggerpunkte. Bei Druck auf diese Triggerpunkte werden die typischen Schmerzen des Patienten ausgelöst, die häufig nicht nur in der Tiefe des Beckenbodens empfunden werden, sondern auch als Ausstrahlung in Penis, Hoden, Vulva, Oberschenkelinnenseiten, ...

An die Untersuchung schließt sich unmittelbar die manuelle rektale Behandlung des Beckenbodens an. Verkürzte und verspannte Muskeln werden mit zunächst sanftem, dann zunehmend stärkerem Druck massiert und gedehnt, Triggerpunkte durch direkten Druck behandelt. Die Intensität richtet sich nach dem Schmerz, der dabei ausgelöst wird. Er muss für den Patienten jederzeit erträglich sein. Um dies zu gewährleisten, bleibt der Therapeut bei der Behandlung in ständigem Gespräch mit dem Patienten. Dieses bewirkt auch eine Ablenkung von der unangenehmen Situation der rektalen Behandlung. Die manuelle rektale Untersuchung und Behandlung des Beckenbodens gehört zu jeder Therapiesitzung in meiner Praxis. Durch die manuelle Behandlung werden vor allem verkürzte Muskeln entspannt, gedehnt und in ihrer Funktion verbessert. Eine fokussierte Stoßwellentherapie kann besonders wirksam die Triggerpunkte im Beckenboden auflösen und ist damit oft eine wichtige Ergänzung, um schnelle Fortschritte zu erzielen. Die Kombination beider Behandlungsmodule bewirkt oft die schnellsten Fortschritte in der Behandlung.

Bei Patientinnen kann die manuelle Behandlung des Beckenbodens auch über den vaginalen Zugang erfolgen. Auf den Beckenboden spezialisierte Physiotherapeuten benutzen oft den vaginalen Zugang. Ich selbst mache das in meiner Praxis nicht.



Was sind Triggerpunkte?

Triggerpunkte (TP) sind kleinste Zonen im Muskel, die sich in dauernder maximaler Kontraktion (Verkrampfung) befinden. Bei Druck auf die TP werden typischerweise beim Patienten genau die Schmerzen ausgelöst, die er kennt und unter denen er leidet. TP können im Gegensatz zu einem „nur“ verspannten Muskel nicht durch Dehnung und Eigenübungen gelöst werden. Dazu braucht es Behandlung durch einen Arzt oder Therapeuten, am wirksamsten in Form einer Kombination aus manueller Behandlung und der Stoßwellentherapie. TP machen in der Regel nur einen sehr kleinen Teil des Muskels aus (wenige Prozent). Sie veranlassen jedoch den gesamten, eigentlich gesunden Muskel, sich zu verspannen und auf längere Sicht auch zu verkürzen.

K2 Löschung der Triggerpunkte mit der Piezo-Stoßwelle

Warum müssen Triggerpunkte gelöscht werden?

Die im Kernmodul 1 geschilderte manuelle Behandlung des Beckenbodens dehnt und entspannt zwar wirksam die verkürzten und verspannten Muskeln, kann aber nur teilweise die Triggerpunkte löschen. Dem Patienten geht es in der Regel direkt nach der manuellen Behandlung wesentlich besser, weil die Muskeln gelockert sind. Die verbliebenen Triggerpunkte veranlassen aber den Muskel, sich innerhalb von Stunden bis wenigen Tagen erneut zu verkürzen. Die Schmerzen kommen sehr schnell wieder. Werden die Triggerpunkte im Beckenboden nicht gelöscht, so muss die Behandlung auf längere Sicht erfolglos bleiben.

Warum Stoßwellentherapie?

Die fokussierte Stoßwellentherapie ist das wirksamste Verfahren zur Löschung muskulärer Triggerpunkte. Triggerpunkte lassen sich zwar auch rein manuell löschen, jedoch selbst unter optimalen Bedingungen deutlich schlechter als mit Hilfe der Stoßwelle. Die Triggerpunkte im Beckenboden sind manuell besonders schlecht zugänglich, sodass hier die Stoßwelle besonders große Vorteile bietet.

Was sind fokussierte Stoßwellen?

Stoßwellen sind Druckwellen, die gebündelt und fokussiert auf das Zielgewebe gerichtet werden. Diese Fokussierung ermöglicht eine hohe Energiedichte und damit Wirkung im erkrankten Gewebe und gleichzeitig eine niedrige Energiedichte und damit niedrige Belastung des umgebenden gesunden Gewebes. Der bekannteste Einsatz der Stoßwellentherapie ist die Zertrümmerung von Nierensteinen. Die für die Triggerpunkte im Beckenboden verwendete Stoßwelle ist vom Wirkprinzip her die gleiche Stoßwelle. Sie ist aber von der Energiedichte her deutlich schwächer, da keine Steine zertrümmert werden müssen sondern „nur“ Triggerpunkte gelöscht.

Wie läuft die Stoßwellentherapie ab?

Die Druckwelle wird im Handstück des Stoßwellengerätes erzeugt. Dieses Handstück mit einem Silikonpolster wird mit Ultraschallgel auf den Damm, neben dem Anus oder neben dem Steißbein aufgelegt. So können die erzeugten Druckwellen ungehindert in das Gewebe eindringen. Verwendet wird ein speziell für den Beckenboden entwickeltes Handstück, mit dem Triggerpunkte in allen Bereichen des Beckenbodens erreicht werden können. In der Regel appliziere ich je Sitzung 8000 Impulse auf die Triggerpunkte in den Muskeln des Beckenbodens. Die Behandlung ist unangenehm, jedoch nicht schmerzhafter als die vorhergehende manuelle Behandlung. Die Intensität wird in ständiger Rücksprache mit dem Patienten so gesteuert, dass die Behandlung „gut aushaltbar“ ist. Die Patienten verspüren in der Regel bereits direkt nach der Behandlung eine Erleichterung der Schmerzen. Die Stoßwellentherapie wird in der Regel zusammen mit der manuellen Behandlung des Beckenbodens in wöchentlichen Abständen durchgeführt.



Fotos: ELvation® Medical GmbH



K3 Neuraltherapie

Ziel: Dämpfung des Sympathikus zur Korrektur der vegetativen Dysregulation

Die Verkrampfung von Muskeln des Beckenbodens ist die eine Komponente des CPPS, die Dysregulation des vegetativen Nervensystems mit Überaktivität des Sympathikus ist die andere Komponente.

Mit Neuraltherapie kann sehr wirksam der Sympathikus gedämpft werden. Damit wird dem Parasympathikus, dem Nerv für Erholung und Regeneration, die Möglichkeit gegeben, wieder verstärkt zu arbeiten.

In der Neuraltherapie werden kurz wirkende lokale Betäubungsmittel (fast jeder kennt sie von der Spritze beim Zahnarzt) benutzt, um den Sympathikus zu dämpfen. Besonders wirksam beim CPPS ist es, wenn man dabei die lokalen Ganglien des Sympathikus, welche die Beckenregion steuern, infiltriert. Nach kurzzeitiger, harmloser Ausschaltung dieser Nervenzentren, beginnen sie wieder mit ihrer Arbeit. Durch diesen Vorgang normalisiert sich häufig ihre zuvor gestörte Funktion. Das funktioniert ähnlich wie die „Reset“-Taste am Computer, wenn dieser nicht richtig arbeitet.



Eine Sonderform der Neuraltherapie sind Procain- oder Procain-Basen-Infusionen. Für einige Patienten mit starker Chronifizierung sind sie eine Option. Dabei wird das lokale Betäubungsmittel Procain, das auch sonst bei der Neuraltherapie verwendet wird, zusammen mit einer Base (Natriumhydrogencarbonat) in einer Kochsalzlösung als Infusion in eine Armvene verabreicht. In der Regel werden zwei bis drei Infusionen in der Woche gegeben, die jeweils 30–60 Minuten dauern. Dabei wird mit einer kleinen Dosis Procain begonnen, die von Infusion zu Infusion gesteigert wird. Meistens werden 6–10 Infusionen durchgeführt.

Die Neuraltherapie erreicht häufig zusammen mit der lokalen Behandlung der verkrampften Muskeln des Beckenbodens eine rasche Besserung der Schmerzen. Sie ist auch dann anwendbar, wenn die rektale Behandlung oder die Stoßwellentherapie nicht möglich sind.

Die Langzeitbehandlung mit dem multimodularen Behandlungskonzept

Die **Akutbehandlung** mit den Kernmodulen bewirkt bei der Mehrzahl der Patienten innerhalb weniger Wochen einen wesentlichen Rückgang der Beschwerden. Diese Besserung ist aber nur bei einigen Patienten von Dauer. Bei vielen kommt es innerhalb von Wochen bis Monaten zu einer erneuten Verschlechterung. Das ist typisch für chronische Schmerzkrankheiten und ganz besonders für das CPPS.

Für chronische Schmerzkrankheiten gilt seit vielen Jahren schon die Erkenntnis, dass diese nur in einem **multimodalen Behandlungskonzept** nachhaltig erfolgreich behandelt werden können (s. Deutsche Schmerzgesellschaft e. V.). Dieses besteht, außer den Kernmodulen zur Akutbehandlung, aus den **Standardmodulen**, die möglichst für alle Patienten eingesetzt werden, sowie verschiedenen **Zusatzmodulen**, die bei einzelnen Patienten mit speziellen Problemen hilfreich sind. Eine wichtige Rolle spielt dabei ein speziell in der Behandlung von CPPS-Patienten erfahrener Physiotherapeut.

Standardmodule

S1 Atemübungen für Zwerchfell und Beckenboden und zur Harmonisierung des vegetativen Nervensystems



Ziel: Aktivierung des Parasympathikus und sanfte Mobilisation der Bauchorgane und des Beckenbodens.

Es gibt zwei Arten der Atmung, die normalerweise immer zusammenarbeiten. Die Brustatmung funktioniert in der Einatmung durch ein Heben und Weiten des Brustkorbs. Die Ausatmung erfolgt durch Entspannung der Muskeln.

Bei der Bauchatmung wird zur Einatmung das Zwerchfell angespannt. Es zieht sich dabei nach unten und dehnt damit die Lunge aus. Gleichzeitig werden die Bauchorgane nach unten gegen den Beckenboden gedrängt. Bei der Ausatmung entspannt sich das Zwerchfell und wandert wieder nach oben. Zwerchfell und Beckenboden arbeiten dabei im Wechselspiel zusammen. Spannt sich das Zwerchfell an, so entspannt und senkt sich der Beckenboden. Entspannt und hebt sich das Zwerchfell, so spannt der Beckenboden an und hebt sich.

Bei Patienten mit CPPS sind die Muskeln des Beckenbodens verkürzt und verkrampft. Er bewegt sich bei der Bauchatmung nicht ausreichend mit. Dadurch haben fast alle Patienten mit einem CPPS eine stark verminderte Bauchatmung. Regelmäßiges und bewusstes Trainieren der Bauchatmung übt auf die verkürzte Muskulatur des Beckenbodens einen sanften Dehnimpuls aus, der wesentlich dazu beiträgt, die durch Verspannung gestörte Funktion des Beckenbodens zu normalisieren.

Das tägliche Üben der Bauchatmung trägt nicht nur zu einer Entspannung des Beckenbodens bei, sondern auch zu Harmonisierung des vegetativen Nervensystems, das bei CPPS-Patienten regelmäßig im Sinne einer zu starken Sympathikusaktivität verschoben ist.

Die Atemübungen sollen mehrfach täglich für drei bis zehn Minuten durchgeführt werden. Das ist nicht länger als eine Zigarettenpause und kann überall, auch im Stehen oder Sitzen, erfolgen. Es gibt dazu viele Videos im Internet. Geben Sie dazu z.B. bei YouTube die Begriffe „Bauchatmung“ oder „Atemübung Entspannung“ oder „4 6 Atmung“ ein. Am besten fangen Sie gleich damit an und verbessern dann Ihre Technik unter Anleitung eines Physiotherapeuten.

S2 Physiotherapie

2.1 Wahrnehmungsübungen für den Beckenboden

Ziel: Vorübung zur Entspannung des Beckenbodens

Ursache für die Schmerzen und Funktionsstörungen beim CPPS sind die Verkrampfungen und die Triggerpunkte in den Muskeln des Beckenbodens. Im Gegensatz zu anderen Muskeln, die wir sehen und anfassen können, liegen die Muskeln des Beckenbodens tief im Inneren des Körpers und entziehen sich dem direkten Zugang. Viele Menschen haben keinen Bezug zu ihrem Beckenboden. Sie können ihn nicht bewusst anspannen oder entspannen. Dass sich der Beckenboden unserer bewussten Wahrnehmung und Kontrolle weitgehend entzieht, ist unproblematisch, solange er problemlos funktioniert.

Ist er dauerhaft verkrampft (wie beim CPPS) werden die fehlende Wahrnehmung und aktive Kontrolle des Beckenbodens zum Problem. Die Patienten müssen erst einmal lernen, ihren Beckenboden bewusst wahrzunehmen, ihn kontrolliert und vorsichtig anzuspannen, aber vor allem, ihn auch wieder locker zu lassen. Dies ist ein durchaus mühsamer und langwieriger Lernprozess. Die Wahrnehmungsübungen für den Beckenboden sind die Grundvoraussetzung dafür, dass der Patient wieder die Kontrolle über seinen Beckenboden gewinnt und die dauerhafte Verkrampfung überwindet.



2.2 Dehnübungen für die Muskeln der inneren und äußeren Beckenregion

Ziel: Entspannung der Muskeln des Beckenbodens und der außen am Becken ansetzenden Muskeln

Wenn die Patienten gelernt haben, ihren Beckenboden wahrzunehmen, ihn vorsichtig anzuspannen und ihn auch aktiv locker zu lassen, erfolgt in der nächsten Stufe die Muskeldehnung. Diese betrifft nicht nur die Muskeln des Beckenbodens, sondern auch die Muskeln, die außen am Becken ansetzen. Fast immer sind Bauchmuskeln, Rückenmuskeln, Gesäßmuskeln und innere Oberschenkelmuskeln ebenso verkürzt und verspannt wie der Beckenboden.

Kräftigungsübungen, insbesondere die so verbreiteten Kegelübungen für den Beckenboden, sollten unterlassen werden, solange noch Schmerzen ausgehend vom Beckenboden bestehen. Sie würden die bestehenden Verkrampfungen verstärken und so die Lösung der Triggerpunkte und die Entspannung des Beckenbodens verhindern. Erst wenn die Patienten im Laufe der Behandlung schmerzfrei geworden sind, kann vorsichtig mit Kräftigungsübungen begonnen werden.



2.3 Manuelle Behandlung von Muskeln und Triggerpunkten der äußeren Beckenmuskulatur

Ziel: Lösung von Verkrampfungen, Verklebungen und Triggerpunkten

Die meisten Patienten, die unter einem CPPS leiden, haben neben den Verkrampfungen und Triggerpunkten der inneren Muskulatur (Beckenboden) ebenso Verkrampfungen in Muskeln der Umgebung (vor allem Oberschenkelinnenseiten, Gesäß, unterer Rücken, Bauchmuskeln). Die Probleme der äußeren Muskeln haben einen großen Einfluss auf den Beckenboden. Werden sie nicht mitbehandelt, so kann auch der Beckenboden nicht anhaltend entspannen.

2.4 Faszienbehandlung in der Bauch- und Beckenregion

Ziel: Verringerung der Muskelspannungen, Verbesserung von Bewegung und Durchblutung

Faszien sind ein netzartiges, elastisches Bindegewebe, das den ganzen Körper durchzieht. Tiefe Faszien umschließen Muskelfasern, Muskelbündel und ganze Muskeln, Knochen, Gelenke, aber auch die inneren Organe.

Die oberflächliche Körperfazie bildet die Grenzschicht zwischen der Haut mit Unterhaut zu den tieferen Körperregionen. Faszien haben keinen Anfang und kein Ende. Sie stehen alle miteinander in Verbindung und natürlich ziehen sie auch in den Beckenboden. Werden Faszien nicht regelmäßig gedehnt, werden sie unelastisch und neigen zur Verklebung. Das behindert die Muskeln und Organe, die sie umschneiden und durchziehen, an ihrer Funktion und stört deren Durchblutung.

Faszien kann man durch manuelle Techniken, die teilweise an sanfte Massagen erinnern, lösen und geschmeidig machen. Eine Lösung der Faszien des Unterbauchs bewirkt oft indirekt eine gute Entspannung des Beckenbodens. Besonders wichtig ist die Faszientherapie bei Patientinnen, die man rektal oder vaginal nicht behandeln kann, sei es, weil die direkte Behandlung des Beckenbodens zu schmerzhaft ist oder weil sie, z.B. nach einem Missbrauch, nicht zugelassen werden kann. Als sanfte und dennoch wirksame Methode schafft sie bei diesen oft schwierig zu behandelnden Patientinnen und Patienten Vertrauen und ermöglicht manchmal, dass im Verlauf der Behandlung auch andere Therapieformen zugelassen werden.



2.5 Manuelle Behandlung des Beckenbodens von innen und außen

Ziel: Entspannung und Funktionsverbesserung des Beckenbodens

Physiotherapeuten mit spezieller Ausbildung für die Behandlung des Beckenbodens (www.ag-ggup.de) und einigen Osteopathen beherrschen manuelle Techniken, mit denen sie die Muskeln des Beckenbodens direkt dehnen und lockern können. Dabei arbeiten sie zum Teil von außen, aber auch vaginal oder rektal. Für eine erfolgreiche Behandlung des CPPS ist es sehr vorteilhaft, wenn der Physiotherapeut oder der behandelnde Arzt den Beckenboden auch von innen behandelt.

S3 Eigenübungen

Ziel: Unterstützung der physiotherapeutischen Behandlung

Wesentlich für den anhaltenden Erfolg der Behandlung ist die Mitarbeit des Patienten. Dafür erlernt er während der physiotherapeutischen Behandlungen Übungen, die er selbst zuhause (möglichst täglich) durchführt. Die tägliche Übungsdauer sollte mindestens 30 Minuten betragen.

- Atemübungen zur Bauchatmung
- Wahrnehmungs- und Entspannungsübungen für den Beckenboden
- Dehnübungen für die äußeren und inneren Beckenmuskeln
- Ggf. zusätzliches Hautrollen als Selbstbehandlung der Körperfaszie im Unterbauch- und Genitalbereich

S4 Stressanalyse und Stressmanagement

Ziel: Dämpfung des überaktiven Sympathikus

Stress ist der wahrscheinlich wichtigste Faktor bei der Entstehung und Unterhaltung des CPPS. Zu dem Stress aus unserem beruflichen und privaten Umfeld kommt ein weiterer wichtiger Stressfaktor hinzu: Chronischer Schmerz. Vor allem, wenn dem Patienten die Ursache seiner Schmerzen und die Behandlungsmöglichkeiten nicht bekannt sind, bewirkt er eine zusätzliche starke Stressbelastung.



Der Stresslevel wird nicht nur subjektiv empfunden, er lässt sich auch objektiv messen, z.B. durch Bestimmung der Stresshormone in Blut, Speichel oder Urin und auch sehr gut mit der Herzratenvariabilität (HRV) – siehe nebenstehendes Bild.

Die HRV gibt nicht nur Auskunft über den Stresslevel, sondern auch über die aktuelle Aktivität des Parasympathikus (Erholungs- und Regenerationsnerv) und sein Potential für eine wieder bessere oder „normale“ Aktivität. Die HRV misst, wie stark sich der Herzschlag bei Einatmen und Ausatmen verändert. Eine starke Änderung der Pulsfrequenz (hohe HRV) ist dabei ein Zeichen für eine gute, gesunde Anpassungsfähigkeit des vegetativen Nervensystems. Bei einem hohen Stresslevel bleibt die Pulsfrequenz weitgehend gleich (niedrige HRV).

Die Bedeutung der HRV für die Gesundheit war offenbar schon vor 1750 Jahren bekannt. Dem chinesischen Arzt Wang Shuhe (180 – 270 n. Chr.) wird folgendes Zitat zugesprochen: „Wenn der Herzschlag so regelmäßig wie das Klopfen des Spechts oder das Tröpfeln des Regens auf dem Dach wird, wird der Patient innerhalb von vier Tagen sterben.“ Ganz so dramatisch ist es glücklicherweise nicht. Dennoch eignet sich das HRV sehr gut, um den Stresslevel zu bestimmen, belastende Tätigkeiten zu identifizieren und das Absinken des Stresslevels durch Entspannungsübungen oder Meditation zu dokumentieren. Nach der Bestimmung des aktuellen Stresslevels müssen berufliche und private Stressoren identifiziert werden. Es wird überlegt, ob und wie einzelne Stressoren abgebaut werden können. Wie kann man mit Stressoren umgehen, die man nicht abbauen kann, sodass sie weniger stark belasten? Nicht zuletzt wird der Patient angehalten, ein Entspannungstraining zu erlernen und auch regelmäßig zu praktizieren, um Stress aktiv abzubauen.

S5 **Edukation**

Ziel: Zusammenhänge der Krankheitsentstehung, das bio-psycho-soziale Schmerzmodell und Schmerzmanagement verstehen.

Es ist inzwischen allgemein anerkannt, dass chronische Schmerzen auch immer eine psychische Dimension haben. Diese Zusammenhänge, das aktuelle bio-psycho-soziale Schmerzmodell, dem Patienten zu vermitteln, ist die erste Aufgabe der Psychoedukation. Die zweite Aufgabe ist, wirksame Interventionsmechanismen zu vermitteln. Dazu gehören z.B. Schmerzbewältigungstraining, Stressbewältigung, Pausenmanagement, kognitive Umstrukturierung und viele mehr. Der erste Schritt der (Psycho)-Edukation ist schon mit dieser Broschüre erfolgt. Sie haben Informationen über die Entstehung des CPPS erhalten, verstehen was die Krankheit CPPS ausmacht, wie die Diagnostik abläuft und wie eine dauerhaft erfolgreiche Behandlung ablaufen kann.

S6 **Entspannungstraining und Meditation**



Ziel: Korrektur der vegetativen Dysbalance

Die stressbelastenden Faktoren wie Beruf, Familie, Pflege von Angehörigen etc. sind oft nur unzureichend abzubauen. Eine wirksame Methode, um die Stressbelastung des Körpers zu reduzieren, sind Entspannungsverfahren. Wenn ein Entspannungsverfahren täglich über Wochen und Monate praktiziert wird, führt dies zuverlässig zur Minderung des Stresslevels, was sich auch mit den Methoden der Herzratenvariabilität und der Bestimmung der Stresshormone nachweisen lässt.

Dabei ist es zweitrangig, welches Entspannungsverfahren gewählt wird. Entscheidend ist, dass das Verfahren für den Patienten verfügbar ist, zu ihm passt und konsequent täglich durchgeführt wird. Zum Einsatz kommen z.B. Jacobson-Entspannung, Autogenes Training, Yoga, Meditation.

S7 **Coaching**

Ziel: Unterstützung des Patienten bei Problemen im Verlauf, insbesondere bei Rückfällen

Coaching ist ein sehr wirksames Mittel, um Menschen in schwierigen Lebenslagen bei der Lösung ihrer Probleme zu helfen. Die effektive Behandlung chronischer Beckenschmerzen mit dem multimodularen Behandlungsprogramm fordert vom Patienten erhebliche Verhaltensänderungen – regelmäßige Übungen für den Beckenboden, regelmäßige Atemgymnastik, Entspannungstraining und oft noch mehr. Wir alle wissen, wie schwierig es ist, Verhaltensänderungen dauerhaft umzusetzen. Nicht ohne Grund ist es so schwer, mit dem Rauchen aufzuhören oder abzunehmen. Ein Mitglied des Behandlungsteams, das den Patienten besonders gut kennt, übernimmt die Tätigkeit des Coachings. Es bespricht und hilft, auch unabhängig von den Behandlungsterminen, bei Problemen in der Umsetzung der Behandlungsmodule. Das geht auch telefonisch. Der Coach ist auch der Ansprechpartner bei den fast unvermeidbaren Rückschlägen und Rezidiven.

Die ergänzenden Zusatzmodule

Die Kernmodule und die Standardmodule bilden die Basis der multimodularen Therapie des CPPS. Sie werden je nach Verfügbarkeit in der Nähe des Wohnortes des Patienten bei den meisten CPPS-Patienten eingesetzt.

Besondere Situationen erfordern besondere Maßnahmen. Das CPPS ist sehr variantenreich und auch der Schweregrad der Schmerzen und/oder Funktionsstörungen kann sehr unterschiedlich sein. Um spezielle Probleme, die nur bei einem Teil der Patienten vorliegen, wirksam zu behandeln, gibt es verschiedene Zusatzmodule, die individuell ergänzend eingesetzt werden.

Zusatzmodule

Z1 Psychotherapeutische Einzelbehandlung

Ziel: Erkennen und behandeln zusätzlicher psychischer Erkrankungen oder schwerwiegender Konfliktsituationen, z.B. Traumatisierung durch Missbrauch, posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

Wenn das psychologische Screening mit standardisierten Testbögen oder die Stressanalyse Hinweise auf eine wesentliche psychische Störung ergeben, wie z.B. eine Neurose, Depression oder zwanghafte Störung oder auch, was beim CPPS relativ häufig ist, eine Missbrauchsvorgeschichte, dann wird der Patient vor Einleitung der sonst üblichen Behandlung einem schmerztherapeutisch erfahrenen Psychologen vorgestellt. Dieser entscheidet dann, ob der Patient wie üblich behandelt werden kann, oder eine parallel verlaufende psychotherapeutische Einzelbehandlung notwendig ist. In Einzelfällen kann eine Lokalbehandlung mit den Kernmodulen erst nach einer psychotherapeutischen Vorbehandlung erfolgen.



Z2 Multikanal-EMG und Biofeedback

Ziel: Zusatzinformation bei unklarem Tastbefund und Funktionsstörung des Beckenbodens – Entspannung des Beckenbodens

Bei manchen Patienten ist der Tastbefund nicht sicher aussagekräftig über die betroffenen Muskeln des Beckenbodens. Bei diesen kann mit der vaginal oder rektal einsetzbaren MAPLe-Sonde ein Multikanal-EMG des Beckenbodens abgeleitet werden, das differenzierte objektive Befunde zu den verschiedenen Muskeln des Beckenbodens liefert. Mit dem EMG (Elektromyografie) wird die elektrische Aktivität der Muskelfasern gemessen. Bei Anspannung ist die elektrische Spannung hoch, bei Entspannung niedrig. Beim Biofeedbacktraining wird eine möglichst niedrige Spannung angestrebt, entsprechend einer Entspannung des Beckenbodens.



Foto: MAPLe® Novuqare Pelvic Health B.V.

Für das Training zuhause gibt es auch ein einfacheres Gerät, das zu Lasten der gesetzlichen und der privaten Krankenkassen verordnet werden kann.

Wie so oft bei chronischen Schmerzen, stellt sich auch beim Biofeedbacktraining der Erfolg erst nach einer Weile des regelmäßigen Übens ein. Es dauert meistens vier bis acht Wochen bis sich merkliche Erfolge einstellen.

Z3 Vagusstimulation mit TENS-Gerät

Ziel: Verbesserung der Aktivität des Parasympathikus

Neben der Verkrampfung der Muskeln des Beckenbodens liegt bei allen Patienten mit CPPS eine Dysregulation mit Überaktivität des Sympathikus (Power nerv) und Inaktivität des Parasympathikus (Erholungs- und Regenerationsnerv) vor (siehe Kapitel „Das Wesen des CPPS“). Beim Gesunden ist bei Belastung vor allem der Sympathikus aktiv, in Ruhe vor allem der Parasympathikus. Bei einigen CPPS-Patienten ist der Parasympathikus, dessen wichtigster Nerv der Vagusnerv ist, nicht nur in Ruhe kaum aktiv, er lässt sich auch durch tiefe Atmung kaum noch aktivieren. Manchmal reichen die regelmäßigen Atemübungen nicht aus, um eine Aktivierung des Parasympathikus wieder in Gang zu bringen.



Für diese Patienten, oder einfach zur besseren und schnelleren Aktivierung des Parasympathikus, kann man mit einer sanften Elektrostimulation mit einem speziellen TENS-Gerät den Vagusnerv anregen (transcutane Vagus-Nerv-Stimulation – tVNS). Dabei wird der Vagusnerv mittels einer Ohrelektrode täglich für 20–30 Minuten aktiviert. Die Intensität stellt der Patient sich selbst auf ein angenehmes Kribbeln ein.

Während der Behandlung ist der Patient mobil und kann sich bewegen. Wie beim Biofeedbacktraining für zuhause, ist das Gerät über die Krankenkassen ordnungsfähig und die Vagusstimulation kann täglich selbst durchgeführt werden.

Z4 Medikamentöse Begleitbehandlung

Ziel: Linderung der CPPS-bedingten Beschwerden

Medikamente spielen in der Behandlung des CPPS nur eine untergeordnete Rolle. Die eigentliche Problematik des CPPS, die Verkrampfung der Muskeln des Beckenbodens und die vegetative Dysregulation, lässt sich mit Medikamenten nicht erfolgreich behandeln und schon gar nicht beseitigen. Bei starken Beschwerden kann es dennoch sinnvoll sein, manche Medikamente vorübergehend (vor allem zu Beginn der Behandlung) einzusetzen.



Alphablocker entspannen die (glatte) Muskulatur von Blase und Prostata, die vom vegetativen Nervensystem gesteuert wird. Sie können damit den Harndrang und die gestörte Blasenentleerung lindern. Viele CPPS-Patienten haben Alphablocker schon vom Urologen erhalten. Andere **Muskelentspanner** entspannen Skelettmuskeln, zu denen auch die Muskeln des Beckenbodens gehören. Tatsächlich helfen sie recht gut bei Verspannungen im Nacken – jedoch beim Beckenboden nur selten.

Schmerzmittel vom Typ **Entzündungshemmer** (wie Ibuprofen und Diclofenac) zeigen bei CPPS-Patienten meistens wenig Wirkung. Etwas besser wirkt **Metamizol**. Einige CPPS-Patienten nehmen wegen der starken Schmerzen **Opioide** (morphiumartige Medikamente) ein. Eine Sonderstellung bei den Schmerzmitteln nimmt das **Pregabalin** ein. Es wirkt bei Nervenschmerzen, also den brennenden Schmerzen, die beim CPPS häufig sind und hat zusätzlich eine angstlösende Wirkung. Damit wird die Empfindung der Schmerzen als z.B. quälend, elend und furchtbar gelindert. Generell sollten Schmerzmittel, die Wirkung zeigen, nicht zu Beginn der multimodularen Therapie abgesetzt werden, sondern erst bei zunehmender Besserung der Beschwerden reduziert werden.

Botulinum-Toxin-A, besser bekannt als **Botox**, gilt aktuell als „Wundermittel“ zur Behandlung dauernd verkrampfter Muskeln. Was aus ästhetischen Gründen die Stirnmuskeln entspannt und glättet und zuverlässig bei Zähnepressen/Zähneknirschen hilft, müsste doch auch die verkrampften Muskeln bei CPPS entspannen? Die aktuelle wissenschaftliche Studienlage zeigt jedoch nur hohe Evidenz für Botulinum-Toxin-A gegen starke Harndrangbeschwerden, wie sie beim CPPS häufig vorkommen. Dafür wird Botox vom Urologen im Rahmen einer Blasenspiegelung direkt an mehreren Stellen in den Blasenmuskel gespritzt. Die Wirkung setzt innerhalb von zwei Wochen ein und hält drei bis maximal sechs Monate an. Für die Wirkung von Botulinum-Toxin-A gegen die Schmerzen und andere Funktionsstörungen beim CPPS gibt es zwar immer wieder positive Berichte, jedoch keine qualifizierten Studien, die mehr als eine schwache Evidenz bescheinigen (Stand 2022). Die Injektion von Botulinum-Toxin-A in die Muskeln des Beckenbodens, vor allem in die Triggerpunkte, stellt also immer nur einen Behandlungsversuch dar (off-label-use), der gerechtfertigt sein kann, wenn die Beschwerden auf andere Behandlungen nicht ausreichend ansprechen.

Z5 Komplexe myofasziale Behandlung und Korrektur gestörter Bewegungsmuster

Ziel: Ganzheitliche Behandlung des Bewegungsapparates

Bei CPPS-Patienten beschränken sich die muskulären Verspannungen, Verkürzungen und Triggerpunkte nie allein auf den Beckenboden. Immer sind auch Muskeln betroffen, die außen am Becken ansetzen (Bauchmuskeln, Gesäßmuskeln, innere Oberschenkelmuskeln, ...). Sehr häufig setzen sich diese Probleme entlang der Wirbelsäule fort, bis hinauf zum Hinterkopf, in die Schultermuskulatur und die Kiefermuskeln (Zähneknirschen, Zähnepressen). Zusätzliche Schmerzen fern des Beckenbodens sind die Folge. Auch der CPPS-Patient besteht nicht nur aus Beckenboden und deshalb reicht es nie aus, ausschließlich den Beckenboden zu behandeln. Eine ganzheitliche Sichtweise und eine entsprechende ganzheitliche Behandlung sind notwendig. Bei diesen Patienten reicht es nicht aus, sich allein auf den Beckenboden zu konzentrieren. Hier müssen auch die anderen betroffenen Muskelgruppen nach den Prinzipien der Triggerpunktmedizin behandelt werden.

Dauerhaft verkrampfte und verkürzte Muskulatur wird dysfunktional. Das bedeutet, dass die Muskeln vom Nervensystem nicht mehr richtig angesteuert werden. Häufig sind dadurch ganze Bewegungsabläufe gestört und disharmonisch. Das zeigt sich z.B. durch mangelhaftes Mitschwingen der Arme beim Gehen, das sich mit zunehmender Geschwindigkeit (oder beim Joggen) weiter verschlechtert. Bei einigen Patienten ist es deshalb notwendig, komplexe Bewegungsabläufe wieder neu zu erlernen.



Z6 Schmerzen verlernen – die Chronifizierung umkehren

Ziel: Das Schmerzgedächtnis löschen

Starke und/oder anhaltende Schmerzen neigen zur Chronifizierung. Dabei treten Veränderungen im Nervensystem auf, insbesondere im Gehirn. Diese Veränderungen führen dazu, dass die Schmerzen intensiver, quälender und oft auch ausgedehnter empfunden werden, als es ihrem eigentlichen Auslöser angemessen ist.

Stellen Sie sich einen Wanderer auf einer Bergwiese vor. Der Wanderer (Schmerz) läuft über die Wiese (Nervensystem und Gehirn). Es entsteht eine kaum sichtbare Spur. Immer mehr Wanderer (Schmerzimpulse) kommen und benutzen die schon vorhandene Spur. Aus der Spur wird ein breiter Pfad, auf dem die Wanderer immer schneller vorankommen. So verhält es sich auch mit den Schmerzimpulsen: Sie kommen immer heftiger und ungefilterter im Gehirn an. Sie werden zudem noch intensiver verarbeitet und bewertet. In der Folge werden die Schmerzen als noch stärker und quälender empfunden. Diesen Vorgang nennt man „zentrale Sensibilisierung“, das Ergebnis: Schmerzgedächtnis oder neuroplastische Schmerzen.

Wenn man auf diese Art Schmerzen (unfreiwillig) lernt, müsste man sie dann nicht auch wieder verlernen können? Was so einfach klingt, funktioniert tatsächlich, ist aber nicht leicht. Es benötigt von Seiten des Patienten Ausdauer und Geduld. Dass das Gehirn auch normale Funktion wieder lernen kann, wissen wir von Schlaganfallpatienten. Beim Schlaganfall wird eine Region des Gehirns plötzlich nicht mehr durchblutet. Die Nervenzellen des Gehirns werden in diesem Bereich geschädigt und können nicht mehr arbeiten. Der Patient kann z.B. nicht mehr sprechen oder Arm und Bein auf einer Körperseite nicht mehr richtig bewegen. Das Gehirn hat aber lebenslang die Fähigkeit, sich wieder neu zu vernetzen und damit die geschädigten Gehirnregionen (wenigstens zum Teil) zu ersetzen. Diese Fähigkeit des Gehirns nennt man Neuroplastizität. Durch oft langwieriges und mühsames Training (Rehabilitation) können die meisten Schlaganfallpatienten das Sprechen und die Funktion des gelähmten Armes oder Beines wieder erlernen.

Analog können Patienten mit chronifizierten Schmerzen lernen, ihre gestörte, übermäßige und unangemessene Schmerzempfindung durch eine normale, angemessene Schmerzempfindung zu ersetzen. Auch dies erfolgt durch eine Neuvernetzung von Gehirnzellen und erfordert durchaus ebenso viel Zeit wie die Rehabilitation bei Schlaganfallpatienten – mehrere Monate.

Quellen

S. 4: Hintergründe/Häufigkeit: *vgl. Ayorinde AA, Bhattacharya S, Druce KL, Jones GT, Macfarlane GJ. Chronic pelvic pain in women of reproductive and post-reproductive age: a population-based study. Eur J Pain, 2017. 21: 445. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27634190/>

Bildverzeichnis

S. 4: Das CPPS wird durch vier Faktoren definiert – Flaticon.com

S.14: Löschung der Triggerpunkte mit der Piezo-Stoßwelle – ELvation® Medical GmbH

S. 23: Multikanal-EMG und Biofeedback – MAPLe® Novuqare Pelvic Health B.V.

Das chronische Beckenschmerzsyndrom (CPPS) ist kein „Buch mit sieben Siegeln“, bei dem niemand genau weiß, was es eigentlich ist, und gegen das nichts hilft.

- Das CPPS ist ein genau definiertes Krankheitsbild.
- Es lässt sich eindeutig diagnostizieren.
- Es lässt sich erfolgreich behandeln.
- Die Behandlung ist bei den meisten Patienten langwierig.
- Die Behandlung benötigt die ständige Mitarbeit des Patienten.

**Wir freuen
uns auf Sie!**



Machen wir uns gemeinsam auf den Weg und sagen Ihrem chronischen Beckenschmerz den Kampf an – es lohnt sich!



Dr. med. Volker
STOLZENBACH

Privatpraxis Dr. Stolzenbach Orthopädie & Schmerztherapie

Bahnhofstraße 43
75417 Mühlacker
Tel.: 07041 - 81 89 80
info@dr-stolzenbach.de
www.dr-stolzenbach.de