



### Die DAGST e. V.

ist eine originäre Schmerzgesellschaft und setzt sich seit ihrer Gründung 2002 ausschließlich für eine qualitativ hochwertige Ausbildung in ganzheitlicher Schmerztherapie ein.

### Unsere Ziele:

- Bessere Behandlung von Schmerzpatienten durch ganzheitlichen Ansatz
- Berufsbegleitende qualifizierte Schmerztherapie-Ausbildung mit Zertifikat zum Tätigkeitsschwerpunkt „Ganzheitliche Schmerzbehandlung“
- Interaktive Vorträge mit Beteiligung des Auditoriums und Demonstration von Behandlungsverfahren
- Umsetzung der Ergebnisse aktueller Schmerzforschung in die Ausbildung und Therapie
- Intensiver kollegialer Austausch sowie Bildung von interdisziplinären Netzwerken

### Deutsche Akademie für ganzheitliche Schmerztherapie e. V.

1. Vorsitzender Prof. Dr. med. Sven Gottschling (Schriftleitung)
2. Vorsitzende Birgit Scheytt

#### Weitere Informationen:

Fortbildungsbüro DAGST  
Amperstr. 20A  
82296 Schöngeising  
Telefon: 08141 318276-0  
Fax: 08141 318276-1  
E-Mail: kontakt@dagst.de

#### Redaktion:

Christine Höppner  
E-Mail: ch@orgaplanung.de

[www.dagst.de](http://www.dagst.de)

## Naturheilverfahren und die Schulmedizin

# Auch auf die eigene Erfahrung setzen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wenn man in jüngster Zeit die zahlreichen Beiträge in der Boulevardpresse, in wissenschaftlichen Medien und Fernsehsendungen verfolgt, scheint es, als besäße die bislang gern zitierte Aussage „Wer heilt, hat recht“ keine Gültigkeit mehr. Es scheint sogar, als hätte ein regelrechter Kreuzzug der Wissenschaft begonnen, um Heilverfahren der Natur- und Erfahrungsheilkunde nicht nur zu diskreditieren, sondern komplett aus dem Heilwesen zu verbannen. Naturheilverfahren seien wissenschaftlich nicht belegt und würden mit dubiosen und wirkungslosen Diagnose- und Therapieformen den Patienten nur das Geld aus der Tasche ziehen. In dieser Kampagne werden nicht nur Un- oder Halbwahrheiten verbreitet, um Patienten zu verunsichern, die jahrelang von diesen Verfahren profitiert haben, sondern auch wesentliche Fakten verdreht oder gar nicht erst berücksichtigt.

So gibt es für viele komplementäre Verfahren eindeutige und wissenschaftlich fundierte Studien zu deren Wirksamkeit. Gerade die nebenwirkungsfreien Effekte der Akupunktur sind mittlerweile in unzähligen Studien mit modernsten Nachweismethoden eindeutig belegt, gleiches gilt für die regenerativ wirksamen Biophotomodulationseffekte der Low-Intensity-Lasertherapie. Der Nachweis der Übertragung von elektromagnetischen Informationsmustern zwischen Körperzellen in Form von Biophotonen als vielleicht wichtigster interzellulärer Informationsweg ist Basis der Wirksamkeit vieler Naturheilverfahren.

An der Erforschung kostengünstiger komplementärer Heilverfahren besteht oftmals gar kein Interesse, weil diese wirtschaftlich gesehen für mögliche Investoren völlig uninteressant sind und



*„Keinesfalls darf ein Wettstreit darüber entstehen, welche Heilmethode die bessere ist – die Allopathie und Schulmedizin oder die Naturheilverfahren.“*

### Hardy Gaus

Zahnarzt

Dozent für Akupunktur, Naturheilverfahren und ganzheitliche Zahnmedizin, Straßberg

deshalb auch keine Gelder für umfangreiche Studien zur Verfügung gestellt werden. Dabei wären viele dieser Methoden relativ einfach im Rahmen gut konzipierter, placebokontrollierter Doppelblindstudien überprüfbar, insbesondere wenn dazu Globuli oder Tabletten eingenommen werden (z. B. Homöopathie, Bachblüten, Schüssler-Salze).

### Zusammenarbeit ist besser als Konkurrenzdenken

Trotz unserer immensen Fortschritte in Forschung und Medizin sollten wir bescheiden bleiben und uns eingestehen, dass wir vermutlich nie in der Lage sein werden, alle Phänomene und Wirkweisen in unserem Kosmos, einschließlich des Organismus, zu verstehen und wissenschaftlich zu belegen. Natürlich sollte es immer das erstrebenswerte Ziel sein, Dinge auf wissenschaftlicher Basis zu erforschen und zu verstehen. Andererseits sollte aber auch der Empirie ein gewisser Raum eingeräumt werden, solange dies nicht zur Schädigung unserer Patienten führt.

Keinesfalls darf ein Wettstreit darüber entstehen, welche Heilmethode die bessere ist – die Allopathie und Schulmedizin oder die Naturheilverfahren. In diesem Zusammenhang sollte deshalb der Begriff „alternativ“ komplett aus dem medizinischen Wortschatz gestrichen werden. Verantwortungsbewusste Naturheilkundler verwenden den Begriff „komplementär“ und verstehen darunter die kombinierte und situationsabhängige Anwendung beider Heilverfahren auf Basis bislang bekannter anatomischer, physiologischer und biochemischer Erkenntnisse. Die Schulmedizin behält immer ihren berechtigten Stellenwert und ist primär zu berücksichtigen. In jedem Fall aber ist eine ganzheitlich-systemische Betrachtung des Organismus stets von großer Wichtigkeit. Wir brauchen auf Grund des immer umfangreicher werdenden medizinischen Wissens zwar Facharztspezialisierungen, um in den einzelnen Teilgebieten spezifische Probleme besser erfassen zu können. Die Therapie sollte aber immer unter ganzheitlich-systemischen Aspekten erfolgen. Aus der eigenen Erfahrung heraus werden bei der Behandlung eines Patienten komplementäre Heilverfahren umso wichtiger, je chronischer sich ein Beschwerdebild darstellt.

In der Aus- und Weiterbildung der Deutschen Akademie für ganzheitliche Schmerz- und Palliativtherapie finden diese Grundsätze schon immer ihre besondere Berücksichtigung. Wir wollen Fachgesellschaft für all diejenigen Kollegen sein, die Symptome nicht nur unterdrückend behandeln wollen, sondern sich darum bemühen, der Ursache eines Beschwerdebildes möglichst auf den Grund zu gehen. Der Einsatz bewährter komplementärer Verfahren ist dabei wichtiger Bestandteil der Diagnostik und Therapie.



**Hardy Gaus**



Jetzt vormerken:  
Am **21. August 2019** findet in Homburg/Saar statt:

### 9. Homburger Schmerz- und Palliativkongress

Der bewährte Fortbildungstag mit viel Zeit für kollegialen Austausch.

## Kursvorschau

Datum	Kursort	Weiterbildungen
25.6.2019	Ludwigsburg	<b>Kleingruppenseminar</b> Ganzheitliche Verfahren in der Komplementärmedizin Leitung: Alexander Philipp
5.6.2019 17:00–20:00 Uhr	Frankfurt/Main	<b>Kompaktfortbildung (CME-Punkte)</b> Kompaktfortbildung zu aktuellen Themen in der Schmerz- und Palliativversorgung Leitung: Prof. Dr. Sven Gottschling
11.9.2019 17:00–20:00 Uhr	Berlin	Kompaktfortbildung zu aktuellen Themen in der Schmerz- und Palliativversorgung Leitung: Prof. Dr. Sven Gottschling
7.–10.11.2019	Mannheim	<b>Weiterbildung (CME-Punkte)</b> Spezielle Schmerztherapie (2 Blockkurse à 40 Stunden)
28.11.–1.12.2019	Mannheim	Spezielle Schmerztherapie (2 Blockkurse à 40 Stunden)
21.8.2019 15:00–19:00 Uhr	Homburg/Saar	<b>Kongress</b> 9. Homburger Schmerz- und Palliativkongress

Programmänderungen vorbehalten

Alle Kurse können Sie auch bequem online buchen unter [www.dagst.de](http://www.dagst.de).





© New Africa / stockadobe.com (Symbolbild mit Fotomodel)

## Vulvodynie

# Wenn das Becken schmerzt

Brennende Schmerzen im Genital- oder Beckenbereich, die sich nicht durch Antibiotika/Antimykotika bekämpfen lassen und länger als drei Monate andauern, können auf eine Vulvodynie deuten. Neben medikamentösen Ansätzen sollte der Leidensdruck der Patientinnen durch eine multimodale Schmerztherapie gelindert werden. Ein neuer Ansatz ist auch die interdisziplinäre Vulvodynie-Sprechstunde.

### Hintergrund zum Krankheitsbild

Als Vulvodynie (engl. „vulvodynia“) oder Vulvodyniesyndrom werden chronische Schmerzen oder Missempfindungen im Bereich des Scheideneingangs bezeichnet, die länger als drei Monate dauern und sich nicht durch einen hinreichenden körperlichen Befund erklären lassen. Um das Jahr 1975 wurde diese chronische Erkrankung „burning vulva syndrom“ genannt [1]. Die Inzidenz der Vulvodynie beträgt etwa 17 %, die Prävalenz bei Frauen zwi-

schen 16 und 64 Jahren circa 7 % [2, 3]. Die Symptome der Erkrankung gehen mit chronischem Brennen, Stechen und drückenden Schmerzen einher, aber auch mit Schmerzen im Beckenboden. Eindeutige Entzündungszeichen, die die Symptome hinreichend erklären können, gibt es nicht. Die Beschwerden lassen sich durch Berührung, Druck oder Reibung auslösen, treten aber auch spontan auf. Verstärkt werden können die Schmerzen durch enge Kleidung, Fahrradfahren, Stress, Geschlechtsver-

kehr, Berührung sowie das Einführen von Tampons. Häufiger imperativer Harndrang, Nykturie, Dysurie, Schmerzen beim Sitzen, suprapubische Schmerzen im Bereich der Leisten und der Genitalien, Dyspareunie, Rücken- und Unterbauchschmerzen können nebeneinander oder zusammen auftreten (Tab. 1).

Verschiedene wissenschaftliche Untersuchungen zeigten, dass unerklärbare urologischen Schmerzen und Vulvodynie überaus häufig zusammen mit Reizdarm, chronischen Unterbauchschmerzen und Fibromyalgie auftreten. Aber auch Endometriose, chronischer Kopfschmerz sowie kranio-mandibuläre Dysfunktion wurden bei diesen Patientinnen beobachtet [4].

### Ursachen und Auslöser

Häufig tritt die Vulvodynie nach wiederholten Infektionen im Genitalbereich

auf. Allen voran stehen Pilzerkrankung, bakterielle Infektionen und Vireninfektionen. Aber auch Hauterkrankungen, Operationen, Verletzungen von lokalen Nerven, traumatische Erfahrungen oder andere Erkrankungen der Vulva kommen als Schmerzauslöser in Betracht. Weitere Faktoren können chronische Nervenreizungen sein, etwa des Nervus pudendus. Im weiteren Verlauf entwickeln sich häufig Ängste, Unsicherheit und damit An- und Verspannungen der Beckenmuskulatur (**Kasten „Ein typischer Leidensbericht“**).

Noch immer gibt es keine wissenschaftlich gesicherte, nachvollziehbare Ursache. Vermutet wird, dass es sich bei der Vulvodynie um eine Kombination aus körperlichen und psychischen Beschwerden handelt, die sich potenzieren können. Gesichert und durch Magnetresonanztomografie nachgewiesen, scheint aber, dass bei den Patientinnen eine erhöhte Ansprechbarkeit des Nervensystems besteht. Dabei kommt es vermehrt zu erhöhter Aktivität in Hirnregionen, die für Angst eine Rolle spielen – beispielsweise dem Hippocampus, den Basalganglien und dem sensorischen Kortex.

In der Folge entsteht durch Schmerzverarbeitungsstörungen eine Hyperalgesie beziehungsweise im schlimmsten Fall eine Allodynie. Eine andere Arbeitsgruppe vermutet, dass eine Hochregulation von Komponenten des Immunsystems (Mastzellen) mit Überproduktion von inflammatorischen Molekülen sowie eine Hochregulation von neu gebildeten Nervenfasern zur Vulvodynie führen können [5].

### Therapiemöglichkeiten

Vor der Therapie stehen Anamnese und Untersuchung, die schnell länger als eine Stunde dauern kann [6]. So lange es sich beim Untersucher um einen Gynäkologen oder Urologen handelt, gibt es üblicherweise kein größeres Problem. Beim Schmerzmediziner ist die Untersuchung mit einer zum Teil größeren Schamgrenze gekoppelt. Dort muss sie allerdings nicht unbedingt erfolgen, da die Frauen bereits voruntersucht worden sind.

Die medikamentöse Therapie richtet sich nach den bestehenden Symptomen. Da es sich hauptsächlich um brennende Schmerzen handelt, empfehlen sich An-

tidepressiva und Antikonvulsiva, da sie nicht nur die Schmerzschwelle anheben, sondern zusätzlich zu einer Stabilisierung des seelischen Empfindens führen (Ko-Analgetika) [7, 8, 9]. Eine systematische Literaturrecherche ergab jedoch keine Evidenz für eine eindeutige Empfehlung von Antidepressiva bei Vulvodynie. Die Erfolgsraten von Antikonvulsiva liegen gemäß der Literatur bei 50–82% [10, 11].

Eine andere Option könnte Botulinumtoxin A zu sein. Die Injektion von 20–40 Einheiten in die Levatormuskulatur schien in einigen Untersuchungen zu einer Schmerzreduktion beigetragen zu haben [12, 13].

Die Blockade des Nervus pudendus ist eine weitere Möglichkeit, wird jedoch mittlerweile nur noch von wenigen Gynäkologen beherrscht und bedeutet eine zusätzliche Traumatisierung. In einer Publikation beschrieben circa 87% der Patientinnen eine Reduktion der Schmerzen über den Zeitraum der Blockade, jedoch ohne nachhaltigen Effekt auf die Schmerzen. Bei circa 45% der Teilnehmerinnen wurde dennoch auch über die Blockadedauer hinweg eine verlängerte Schmerzreduktion erreicht [14].

Auch die regelmäßige Anwendung von transkutaner elektrischer Nerven-

**Tab. 1: Diagnostische Kriterien einer Vulvodynie**

- Schmerzen und Brennen bei Berührung des Vestibulums (Allodynie) oder dem Versuch der Penetration (Finger, Tampon, Verkehr)
- Druckempfindlichkeit von Vulva oder Vestibulum (z. B. beim Sitzen oder Fahrradfahren)
- Keine oder schwache Rötung, unter Umständen erst nach Provokation (sehr unzuverlässiges Kriterium)
- Ausschluss von Infektionen (z. B. Vulvovaginalkandidose, Herpes genitalis), neurologischer (z. B. Herpesneuralgie, Spinalnervenkompression), dermatologischer (z. B. Lichen planus, Lichen sclerosus) oder neoplastischer Erkrankungen (z. B. vulväre intraepitheliale Neoplasie)
- Dauer der Beschwerden für mindestens drei Monate

stimulation (TENS) mit vaginaler Sonde konnte die Schmerzwerte verbessern, sollte allerdings regelmäßig durchgeführt werden [15]. Das tägliche Eincremen mit Antimykotika beziehungsweise die Einnahme von Antibiotika sollte nach Möglichkeit nicht fortgeführt werden, sofern keine eindeutigen Hinweise auf eine Infektion vorliegen.

Die Vulvodynie/Vestibulodynie kann aber auch ohne spezielle Therapie wieder

### Ein typischer Leidensbericht

Alles begann mit Schmerzen beim Wasserlassen, es brannte im Scheiden- und Harnröhrenbereich. Lena S. (21 Jahre) dachte sich nicht viel dabei, da sie schon öfter eine Blaseninfektion gehabt hatte. Nach einem positiven Abstrich beim Frauenarzt begann die Antibiotikatherapie über mehrere Tage. Die Beschwerden klangen ab. Leider kamen nach den Bakterien die Pilze, aber auch die konnte der Gynäkologe ganz einfach mit Salben und Zäpfchen behandeln.

Die Infektionen häuften sich und damit auch die unerträglichen brennenden und zum Teil drückenden Schmerzen im Genital- und Beckenbereich. Immer häufiger wurden im Wechsel Antibiotika und Antimykotika verordnet. Lena verzweifelte allmählich. Die zu Beginn nachgewiesenen Bakterien wurden immer weniger, die Beschwerden blieben, ohne, dass sich eine gynäkologische Ursache finden ließ. Die Patientin wurde zum Urologen überwiesen, der eine Blasenspiegelung und einen Abstrich nahm. Beides ergab jedoch keinen eindeutigen Befund. Nachdem Lena mehrere Urologen und Gynäkologen konsultiert hatte, die alle keine eindeutige Diagnose feststellen konnten, resignierte sie. Bildete sich Lena am Ende die Beschwerden nur ein?

Nach einem Jahr hatte sich Lenas Leben stark verändert. Sie blieb immer häufiger zu Hause, wusch sich mehrmals täglich und wechselte ständig die Unterwäsche, aus Angst sich zu infizieren. Körperlichen Kontakt zu ihrem Freund stellte sie nach mehreren vergeblichen Versuchen aufgrund der starken Schmerzen beim Penetrieren allmählich ganz ein. Am Ende blieben Frust und Traurigkeit.

**Tab. 2: Reihenfolge und Möglichkeiten der Therapie (nach [19, 20, 21, 22])**

1. Anamnese, gynäkologische Untersuchung, Vulvoskopie, Vaginalflora (Nativpräparat), pH, Ausschluss von gynäkologischen Infektionen, Dermatosen etc.
2. Q-Tip-Test: Schmerzintensität, Ausdehnung
3. Gespräch!
4. Beenden der „Therapie“ mit lokalen Antimykotika, Antiseptika oder Antibiotika
5. Vulvapflege: Wasser, keine Parfüms oder Ähnliches, verträgliche Wäsche und Kleidung, mild fettende Hautpflege
6. Topische Therapie: gegebenenfalls Estriol, gegebenenfalls Wechsel auf weniger progesteron-, androgen- oder östrogenbetonte Pille; Anwendung zytokinhaltiger Creme, Lokalanästhetika
7. Lokale Injektion von Botulinumtoxin A
8. Orale Therapie: Antidepressiva, Antikonvulsiva
9. Multimodaler Ansatz: Gynäkologe, Psychiater/Psychologe/Psychosomatiker, Physiotherapeut, Arbeitsplatztraining, Kunsttherapie, Biofeedback
10. Vestibulektomie/Vestibuloplastik

verschwinden. In einer Studie mit 230 befragten Frauen waren die Symptome bei 21 % nach Jahren nicht mehr vorhanden [4].

Bislang gibt es aber keine klaren Studienergebnisse zur Behandlung der Vul-

vodynie, die irgendein Medikament prädestinieren würden [16]. Generell sollte man sich bei der Therapie nicht nur auf den lokalen Befund beschränken, sondern in Anlehnung an das biopsychosoziale Schmerzmodell neben or-

ganischen Ursachen auch psychische Belastungsfaktoren abklären, um dann eine multimodale Schmerztherapie einzuleiten.

Das multimodale Vorgehen scheint – wie bei allen chronischen Schmerz-erkrankungen – der beste Weg zu sein. Im Vordergrund stehen die Schmerzreduktion und die Psychoeduktion. Leider stellt dieses Vorgehen viele Behandler vor große organisatorische Herausforderungen, da lediglich in medizinischen Zentren verschiedene Fachabteilungen parallel vorhanden sind (Psychosomatiker, Gynäkologen und Schmerzmediziner sowie Physiotherapeuten) (Tab. 2) [17, 18, 19, 20, 21, 22].

### Die Vulvodynie-Sprechstunde

Um genau diesen gynäkologisch dringend behandlungsbedürftigen Patientinnen die bestmögliche Hilfe anzubieten, wurde an der Klinik für Gynäkologie, Geburtshilfe und Reprodukti-

## In der 2. Auflage komplett aktualisiert und erweitert: Gezielte Hilfestellung für chronisch schmerzkrankte Kinder



M. Dobe, B. Zernikow (Hrsg.)  
**Therapie von Schmerzstörungen im Kindes- und Jugendalter**  
 Ein Manual für Psychotherapeuten, Ärzte und Pflegepersonal  
 2., vollst. akt. u. erw. Aufl. 2019. X, 244 S. 33 Abb., 30 Abb. in Farbe. Mit Online-Extras. Brosch.  
 € (D) 54,99 | € (A) 56,53 | CHF 61.00  
 ISBN 978-3-662-58247-3  
 € (D) 42,99 | CHF 48.50  
 ISBN 978-3-662-58248-0 (eBook)

- Das stationäre Schmerztherapieprogramm des Deutschen Kinderschmerzentrums (DKSZ) zeigt die professionelle Behandlung und den Umgang mit schmerzkranken Kindern und Jugendlichen auf
- Plus: Arbeitsmaterialien zur Erhebung von Ressourcen und besonderen Belastungsfaktoren

Umfangreich erweitert und aktualisiert: Das erprobte stationäre Schmerztherapieprogramm des Deutschen Kinderschmerzentrums (DKSZ) als Buch in seiner 2. Auflage. Psychotherapeuten, Pädiater und Schmerztherapeuten finden hier ein Praxisbuch für die professionelle, multifaktorielle Behandlung von schmerzkranken Kindern [...]

€ (D) sind gebundene Ladenpreise in Deutschland und enthalten 7 % für Printprodukte bzw. 19 % MwSt. für elektronische Produkte. € (A) sind gebundene Ladenpreise in Österreich und enthalten 10 % für Printprodukte bzw. 20% MwSt. für elektronische Produkte. Die mit \* gekennzeichneten Preise sind unverbindliche Preisempfehlungen und enthalten die landesübliche MwSt. Preisänderungen und Irrtümer vorbehalten.

onsmedizin des Universitätsklinikums des Saarlandes gemeinsam mit der Abteilung für Anästhesiologie und Schmerzmedizin eine interdisziplinäre, gynäkologische, integrative Schmerzsprechstunde eingerichtet. Aufgrund der großen Bandbreite und Variabilität des Leidens der Patientinnen war der gemeinsame Gedanke dazu entstanden. Die Sprechstunde besteht aus einer onkologisch-integrativ zertifizierten Gynäkologin, dem Leiter der anästhesiologischen Schmerzambulanz mit psychotherapeutischer Zusatzausbildung sowie einer Psychotherapeutin. Die Idee entstand angelehnt an die Herangehensweise der hauptsächlich im angloamerikanischen und indischen Raum bereits bestehenden integrativen Zentren.

Die Behandlung erfolgt nach einem individuell auf jede Patientin zugeschnittenen, interdisziplinären und integrativen Plan. Als Hilfsmittel zur Therapieplanung und zur Modifikation der bereits laufenden Behandlung wird ein etablierter Fragebogen im Sinne eines patientenfokussierten Testsystems („Patient Reported Outcome Measures“) verwendet [23, 24, 25]. Sowohl die Verwendung von Fragebögen als Messsysteme als auch die Durchführung in integrativer, multimodaler Zusammenarbeit bei chronischen Unterbauchschmerzen sind unserer Meinung nach wichtige Bestandteile der individualisierten Schmerztherapie. Hier spielt insbesondere die Einstellung und aktuelle Lebenssituation der Patientinnen eine besondere Rolle [26, 27].

### Arbeitsweise der Sprechstunde

Die Sprechstundenzeit beläuft sich auf 30–60 Minuten pro Patientin. Wichtig ist, dass alle aktuell zu behandelnden Pathologien bereits im Vorfeld ausgeschlossen wurden beziehungsweise bereits behandelt werden. Vor der ersten Therapie wird der oben genannte Fragebogen von der Patientin ausgefüllt und zunächst eine ausführliche Anamnese erstellt. Es ist elementar, bereits zu Beginn der Therapie noch einmal gemeinsam mit der Patientin ein Ziel festzulegen, das im Fokus stehen soll. Bei teilweise sogar jahrelang bestehender Chronifizierung, ist es Sache des Teams, der

Patientin Möglichkeiten vor Augen zu führen, wie das Leben mit einer gut zu behandelnden, chronischen Schmerz-erkrankung aussehen kann. Mit falschen Versprechen wie einer schnell herbeizuführenden vollständigen Schmerzfreiheit sollte man vorsichtig sein, da die Enttäuschung über das nicht Eintreffende die Chronifizierung der Schmerzen verstärken kann. Dennoch kann und sollte man Ziele definieren. Hierbei verwenden wir das biopsychosoziale Schmerzmodell [28].

Es folgt eine körperliche Untersuchung. Dann wird ein integrativer Therapieplan erstellt und ausführlich die notwendigen Komponenten sowie deren Notwendigkeit in einem multimodalen Konzept erklärt. Die Umsetzbarkeit wird mit der Patientin besprochen und zum Beispiel Kontakt zur Psychotherapie oder Selbsthilfe vermittelt. Es folgen Wiedervorstellungen alle 6–8 Wochen zur Kontrolle mit Modifikation der Therapie [29].

---

#### Dr. med. Patric Bialas

Leiter Fachbereich Schmerzmedizin  
Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin  
und Schmerztherapie, Universitäts-  
klinikum des Saarlandes  
Medizinische Fakultät der Universität des  
Saarlandes  
Kirrberger Straße 100  
66421 Homburg  
E-Mail: patric.bialas@uks.eu

---

#### Dr. Eva-Marie Braun

Klinik für Gynäkologie, Geburtshilfe  
und Reproduktionsmedizin, Universitäts-  
klinikum des Saarlandes

---

#### Dipl.-Psych. Svenja Kreutzer

Universität des Saarlandes

---

#### Literatur

1. McKay M. J Reprod Med 1984;29:457
2. Harlow BL et al. J Am Med Womens Assoc (1972) 2003;58:82-8
3. De Andres J et al. Pain Pract 2016;16:204-36
4. Pagano R. Austr N Z J Obstet Gynaecol 1999;39:79-83
5. Lev-Sagie A et al. Am J Obstet Gynecol 2009;200:303.e1-6
6. Mendling W et al. Vestibulodynie. Frauenarzt 2014

7. McKay M. J Reprod Med 1993;38:9-13
8. Smith KB et al. J Sex Med 2013;10:2009-23
9. deBelilovsky C. Gynecol Obstet Fertil 2013;41:505-10
10. Leo RJ. J Sex Med 2013;10:2000-8
11. Zakrzewska JM et al. Cochrane Database Syst Rev 2005;25:CD002779
12. Romito S et al. Gynecol Obstet Invest 2004;58:164-67
13. Yoon H et al. Int J Impot Res 2007;19:84-7
14. Vancaille T et al. Pain Med 2012;13:596-603
15. Murina F et al. BJOG 2008;115:1165-70
16. Goetsch MF. J Reprod Med 2008;53:407-12
17. Bergeron S et al. Pain 2001;91:297-306
18. Farage MA et al. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2005;123:9-16
19. Bachmann GA et al. J Reprod Med 2006;51:447-56
20. Haefner HK et al. J Low Genit Tract Dis 2005;9:40-5
21. Siedentopf F. Geburtshilfe Frauenheilkd 2012;72:1092-8
22. Mandal D et al. Brit J Dermatol 2010;162:1180-6
23. Fischer F et al. Qual Life Res 2018;27:999-1014
24. Liegl G et al. Clin Rehabil 2018;32:84-93
25. Mathias SD et al. Obstet Gynecol 1996;87:321-7
26. Kaiser U et al. Pain 2018;159:673-83
27. Miller RM et al. Curr Pain Headache Rep 2018;22:22
28. Nobis HG et al. Schmerz 2013;27:317-24
29. Braun EM et al. Frauenarzt 2018; 59:918-20