

# Gesundheitsberatung für die Frau in der zweiten Lebenshälfte<sup>1</sup>

Johannes Bitzer, Franziska Zogg

Die Sprechstunde für Frauen in der menopausalen Übergangsphase stellt eine besondere Herausforderung dar: Die Patientinnen präsentieren sich häufig mit zahlreichen Symptomen und Problemen auf der körperlichen, psychischen und auf der sozialen Ebene, die vom klimakterischen Syndrom bis hin zur Depression, vom Wunsch nach kosmetischen Veränderungen bis hin zur Angst vor Alterskrankheiten, Krebs, Osteoporose, Alzheimer usw. reichen. Die Symptome und Beschwerden sind meist bedingt durch zahlreiche, verschiedenartige Ursachen, die wiederum von genetischen bis hin zu sozialpsychologischen Faktoren reichen. Und schliesslich bietet die Medizin heute ein breites Spektrum von Interventionsmöglichkeiten, die eine sorgfältige Nutzen-Risiko-Analyse erforderlich machen, die ihrerseits wiederum vieler Informationen und eines informed consent seitens der Patientinnen bedürfen. Deshalb braucht es ein strukturiertes Beratungskonzept, welches im folgenden dargelegt werden soll.

*Les consultations avec des patientes en cours de ménopause sont particulièrement délicates. Les patientes présentent souvent de nombreux symptômes et divers problèmes physiques, psychiques ou au plan social, depuis le syndrome climactérique à la dépression, du souhait de chirurgie esthétique à la peur de la vieillesse, du cancer, de l'ostéoporose, de la maladie d'Alzheimer, etc. Les symptômes et les douleurs proviennent en général de causes très différentes, allant des facteurs génétiques à des facteurs psychologiques. La médecine actuelle propose certes toute une palette d'interventions possibles, mais qui exigent une soigneuse analyse du risque couru par rapport au bénéfice obtenu. Ces analyses requièrent à leur tour beaucoup d'informations et un «informed consent» des patientes. L'article ci-dessous développe un concept de conseil structuré devenu fort nécessaire.*

## Diagnostischer Prozess

### Phase 1: Erfassen der Probleme, Beschreibung und erste Einteilung

Zunächst geht es um die breite Erfassung der Symptome und Probleme. Der Arzt soll zunächst aktiv zuhören und der Patientin Zeit und Raum geben, ihre Beschwerden und Anliegen vorzubringen. Häufig handelt es sich um körperliche und psychische Beschwerden und gleichzeitig um psychosoziale Belastungen. Durch Nachfragen gelingt es, den subjektiven Grad der Belastung und des Leidens zu erfassen und zu definieren. Die Patientin soll damit die Möglichkeit erhalten, ihre Problematik zu artikulieren:

«Mich stören die Blutungen ...» – «Ich weiss nicht, was los ist ...» – «Ich bin immer so müde ...» – «Ich schlafe schlecht ...» – «Irgendwie ist alles anders ...»

Für den Arzt ergeben sich daraus die ersten diagnostischen Hypothesen:

- Klimakterisches Syndrom?
- Eine endokrine Erkrankung?
- Eine depressive Episode?
- Ängste vor dem Älterwerden, vor Erkrankungen?
- Sorgen wegen Veränderungen in der Familie, in der Partnerschaft usw.?

Diese Hypothesen sollten zunächst möglichst breit angelegt sein, um nicht frühzeitig in eine diagnostische Einbahnstrasse zu gelangen.

Danach können zur differentialdiagnostischen Eingrenzung die für den menopausalen Übergang typischen Symptome erfragt werden. Dies kann mit Hilfe eines Fragenkatalogs geschehen, wie er in der «Menopause Rating List» zusammengefasst ist (Abb. 1). Es handelt sich dabei um zwölf Symptome, die drei Grundkategorien zugeordnet werden: somatovegetative, psychische und urogenitale Beschwerden. Wichtig ist hierbei, dass die einzelnen Symptome im Hinblick auf die

1 Bericht vom Seminar D2: «Wechseljahre: Ein Kommunikationsproblem» an der 7. Fortbildungstagung des KHM, 30.06.–01.07.05 in Luzern.

Symptome	Keine 0 Punkte	Milde 1 Punkt	Mittelstarke 2 Punkte	Starke 3 Punkte
Hitzewallungen				
Schwitzen				
Angstzustände				
Schlafstörungen				
Depressionen				
Reizbarkeit				
Erschöpfung				
Herzbeschwerden				
Muskel u. allg. Schmerzen				
Urogenitalsymptome				
Vaginaltrockenheit				
Sexualität				
<b>Summe</b>				

Score: 0 –12 kein klimakterisches Syndrom  
 13 –12 leichtes klimakterisches Syndrom  
 19 –24 mittleres klimakterisches Syndrom  
 25 –36 ausgeprägtes klimakterisches Syndrom

**Abbildung 1**  
Menopause Rating Scale.

ihnen von der Patientin zugeschriebene Beeinträchtigung erfasst werden. Ausgehend von den Symptomen und der subjektiv bewerteten Belastung können mögliche Auswirkungen auf die allgemeine Befindlichkeit und das individuelle Handlungsvermögen im beruflichen und privaten Bereich erfragt werden.

Mit dem Erfassen der Laienhypothese wird diese erste diagnostische Phase abgeschlossen. Die Patientin wird dabei nach ihren Vorstellungen über die möglichen Ursachen der von ihr beobachteten Veränderungen gefragt:

- Was glaubt sie selbst?
- Ist es die Abänderung, ist es das Älterwerden?
- Spielt familiärer Stress eine wichtige Rolle?
- Sind es andere Ängste und Sorgen?

**Tabelle 1.** Systematische Erfassung.

	Risiken	Befunde	Diagnosen
Kardiovaskuläres Profil	Übergewicht; Vater früh an HIV verstorben	BD 150/100, erhöhte LDL	Leichte Hypertonie
Malignitätsprofil	Mutter postmenopausal Mammakarzinom	Hohe Mammographiedichte	Zustand nach Mammabiopsie
Psychologisches, psychisches Profil	Familiäre Belastung mit Ehemann	Schwierige ökonomische Situation	
Urogenitales Profil		Mittlerer Deszensus	Uterus myomatosus
Knochen, Bewegungsapparat	Familiäre Osteoporose		
Endokrines Profil			
Immunologie, Infektionen			
Sexualmedizinisches Profil		Lang bestehende globale Libidostörung	

- Glaubte sie an eine verborgene, eventuell bösartige Erkrankung?

Diese Konzepte sollten verstanden und in den weiteren Dialog zwischen Patientin und Arzt einbezogen werden.

**Phase 2: Erfassen der Person, Gesundheits- und Risikoprofil**

Die Menopausensprechstunde ist eine ideale Gelegenheit, mit der Patientin zusammen eine gesundheitliche Standortbestimmung zu machen.

Es geht um die systematische Erfassung folgender Systeme:

- Kardiovaskuläres System
- Endokrin-metabolisches System
- Urologisch-gynäkologisches System
- Bewegungsapparat und Knochen
- Psychisches System und ZNS
- Immunologisches System und Infektionen
- Präkanzerosen und Malignome

Für jedes dieser Systeme sollten familiäre und persönliche Risiken sowie durchgemachte und aktuelle Erkrankungen erfasst werden (Tab. 1, mit fiktivem Beispiel). Zu dieser Standortbestimmung gehört die gynäkologische Untersuchung mit Krebsabstrich und eventuell mit einem Ultraschall des inneren Genitale. Entsprechend der jeweiligen Richtlinien können auch eine Mammographie, Knochendichtemessungen und andere Untersuchungen indiziert sein. Die drei wichtigsten Risikoverhaltensmuster sollten erfragt werden:

- Raucht die Patientin, bewegt sie sich in ausreichendem Mass, ernährt sie sich gesund?
- Frage nach den gesundheitlichen Ressourcen der Patientin: Was tut sie aktiv für ihre Gesundheit?
- Welche Vorstellungen hat sie darüber, was sie gesund erhält usw.?

**Phase 3: Erstellen einer umfassenden menopausalen Diagnose, über die in geeigneter Weise mit der Patientin gesprochen wird**

Dies geschieht durch eine Zusammenfassung der Symptome und Beschwerden, des MRS-Scores, der subjektiven Zufriedenheit mit Wohlbefinden und Handlungsvermögen sowie dem Risiko und Ressourcenprofil. Danach können Ärztin und Patientin in den therapeutischen Prozess eintreten.

**Therapeutischer Prozess**

Auch beim therapeutischen Prozess lassen sich verschiedene Phasen unterscheiden:

**Phase 1: Definition der Therapieziele**

Grundsätzlich lassen sich folgende Therapieziele unterscheiden:

- Linderung der Symptome und Beschwerden sowie Verbesserung der Lebensqualität
- Früherkennung von Erkrankungen
- Gesundheitsförderung und Altersprävention

Es ist wichtig, dass die Patientin die Möglichkeit erhält, ihre Ziele zunächst zu definieren:

- Was möchte sie, dass sich verändert?
- Was ist für sie wichtig, wo setzt sie Prioritäten?

Diese Liste oder therapeutische Patientinnenagenda ist individuell äusserst verschieden und hängt von vielen persönlichen und sozioökonomischen Faktoren ab. Die Liste reicht von der Linderung alltäglicher Beschwerden bis hin zum Wunsch, leistungsfähig und attraktiv zu bleiben, vom Wunsch sich vor Krebs zu schützen bis hin zur Verbesserung des sexuellen Erlebens und der Partnerbeziehung.

Nachdem die therapeutische Patientinnenagenda definiert ist, kann der Arzt eventuell zusätzliche Ziele vorschlagen, zum Beispiel die kardiovaskuläre Prävention oder die Prävention der Osteoporose.

**Phase 2: Informationen über Therapieoptionen**

Die Informationsvermittlung ist ein bidirektionaler Prozess und keine Einbahnstrasse. Da sehr viele therapeutische Optionen zur Verfügung stehen, empfiehlt es sich, die Patientin nach ihrem Vorwissen und ihren Einstellungen zu fragen. Eventuell kann ein Überblick über folgende Therapieoptionen gegeben werden (siehe weiter unten):

Lebensführung:

- Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung

Phytotherapeutika:

- Phytoöstrogene, pflanzliche Präparate

Hormone und hormonähnliche Substanzen:

- Östrogene, Gelbkörperhormon und Gestagene, Androgene, STEAR und SERMS

Nicht hormonelle Medikamente:

- Statine, Aspirin®, Vitamine usw.

**Phase 3: Die (gemeinsame) Entscheidungsfindung**

**In der Menopausensprechstunde ist die gemeinsame Entscheidungsfindung eine zentrale Notwendigkeit. Dies deshalb, weil es keine für alle Frauen gültige, risikofreie Therapie oder Präventionsstrategie gibt, das heisst, es handelt sich um eine an Präferenzen orientierte Entscheidung.**

Diese Art von Entscheidung setzt eine individuelle Nutzen-Risiko-Abwägung voraus, da keine der zur Verfügung stehenden Optionen für jede Frau einen effektiven Nutzen und kein Risiko mit sich bringt und nicht jede Option für jede Frau praktisch umsetzbar ist. Nutzen-Risiko-Abwägungen bedürfen aber eines informierten Umgangs mit Risikowahrscheinlichkeiten und -zahlen. Um dies mit möglichst grosser Sicherheit zu gewährleisten, sollten vom Arzt folgende Fragestellungen beachtet werden:

- Risikozahlen an Alltagsbeispielen verdeutlichen: Was ist sehr niedrig, niedrig, mässig, hoch, sehr hoch?
- In welchem Bereich bewegen wir uns normalerweise in der Medizin?
- Die Ärztin sollte nicht relative, sondern absolute Risiken angeben, am besten bezogen auf eine Grundeinheit wie zum Beispiel 1000 Frauen.
- Negativen Risikozahlen sollten auch immer positive Chancenzahlen gegenübergestellt werden, das heisst 4 von 1000 unerwünschte Ereignisse bedeutet auch, dass bei 996 Personen dieses Ereignis nicht eintritt.
- Wenn möglich sollte der Arzt die Risiken visualisieren (Abb. 2).

**Phase 4: Erstellen eines Therapieplans**

Aus der gemeinsamen Entscheidungsfindung entsteht ein Therapieplan. Dieser beinhaltet häufig verschiedene Elemente:

Massnahmen der Lebensführung:

- Ernährung, Bewegung, Stressbewältigung, Entspannung

Phytotherapeutika:

- Phytoöstrogene. Es handelt sich um östrogenähnliche Substanzen, die in Pflanzen gefunden werden.

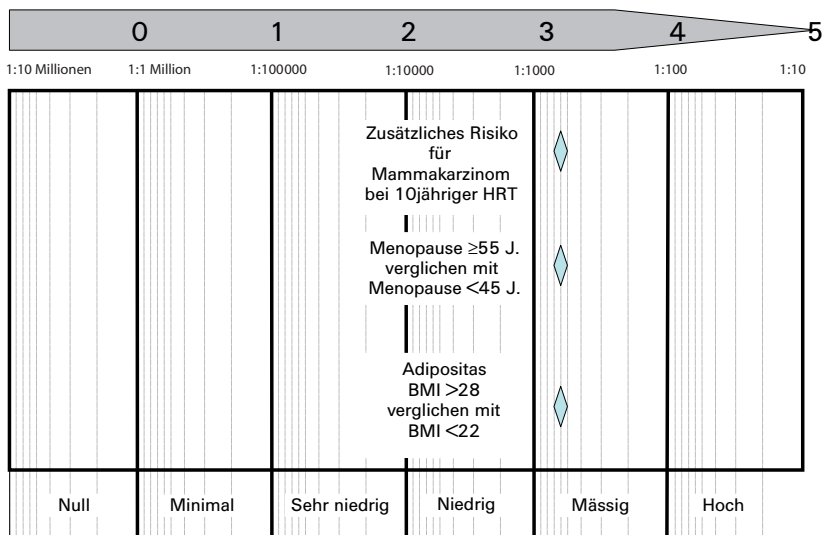


Abbildung 2

Die wichtigsten Vertreter sind Isoflavone und Lignane. Erstere findet man vor allem in Sojaprodukten, letztere vorwiegend in komplexeren Gemüsen.

- Von der Deutschen Kommission E als möglicherweise wirksam für die Therapie menopausaler Beschwerden genannte pflanzliche Präparate sind: Cimicifuga racemosa, Sojapräparate, Isoflavone (Rotklee), Agnus castus, Melissa officinalis, Gingko biloba oder Ginseng.

Individualisierte Hormontherapie:

- Bei vorhandenem Uterus Kombinationstherapie mit Östrogen und Gestagen in möglichst niedriger Dosierung, zunächst sequentiell, später kontinuierlich, jährliche Neuevaluation (siehe oben).
- Transdermale Östrogengabe besonders geeignet bei starken Raucherinnen, Einnahme von anderen Medikamenten, chronischen Darmerkrankungen, Lebererkrankungen, eventuell auch bei den Patientinnen, bei denen gleichmässige Östrogenspiegel gewünscht sind, wie etwa bei Diabetes Typ 2, metabolischem Syndrom, Hypertriglyzeridämie oder Migräne.
- Auswahl des Gestagens kontrovers. Mikronisiertes Progesteron oder dem Progesteron am nächsten kommende Präparate?
- Tibolon als Alternative zur klassischen Kombinationstherapie. Was das Risikopotential betrifft, zurzeit noch widersprüchliche Resultate (Resultate reichen von protektiven Effekten auf Brust und Endometrium bis zu erhöhten Risiken für eine maligne Transformation dieser Zielorgane).
- SERMS wirkt nicht bei klimakterischen Beschwerden, wirksam in der Osteoporoseprophylaxe, eventuell auch protektiv für die Brust.

Nichthormonelle Medikamente:

- Statine, Aspirin® und Betablocker sind wichtige Instrumente der kardiovaskulären Protektion.

### Phase 5: Praktische Umsetzung und regelmässige Evaluation

Zur Umsetzung des Therapieplans in die Praxis braucht die Patientin häufig die Unterstützung und Begleitung durch die Ärztin. Insbesondere die verhaltensbezogenen Veränderungen, die bei den meisten Patientinnen einen sehr wichtigen Teil des Therapieplans ausmachen, bedürfen der kontinuierlichen Motivationsförderung im Dialog. Wichtig ist dabei auch die gemeinsame Evaluierung der gewünschten und real

erreichten Ziele. Daraus ergeben sich eventuell Neuanpassungen des Therapieplans oder auch erneute diagnostische Interventionen. Ganz wichtig ist die Vernetzung und Zusammenarbeit zwischen Allgemeinärzten, Gynäkologen und anderen Fachspezialisten.

---

**Durch patientinnenzentrierte Kommunikation, strukturierte Edukation und gemeinsame Entscheidungsfindung mit der Patientin sowie durch supportive Begleitung und multidisziplinäre Zusammenarbeit kann die Gesundheitsberatung der Frau in der Menopause einen wichtigen Beitrag zur Frauengesundheit leisten.**

---

Dies bedeutet in der Praxis folgendes: Jede Spezialistin, jeder Spezialist sollte die gesundheitlichen Probleme einer Patientin in ihrer Gesamtheit und in ihrer Wechselwirkung verstehen sowie wissen, welchen Einfluss therapeutische Interventionen in einer Körperregion (Spezialisierung) auf andere Regionen und Bereiche hat:

- In der kardiovaskulären Risikoerfassung und Prävention sollten Hausarzt, Internist und Gynäkologe zusammenarbeiten.
- Bei der Risikoerfassung bezüglich bestimmter Malignome müssen sich Gynäkologe und Onkologe verständigen, ebenso wie bei den Fragen zur Knochengesundheit Hausarzt, Östologe, Endokrinologe und Gynäkologe miteinander kommunizieren sollten.
- Bei der Klärung und Lösung psychosozialer Probleme braucht es die Zusammenarbeit von Hausarzt, Gynäkologe, Psychiater und (eventuell) Sexologe.

Jedes dieser Gebiete verlangt für sich viel Fachwissen, das aber in der Praxis zum Nutzen der Patientin zusammengeführt werden sollte.

---

Prof. Dr. med. Johannes Bitzer  
Abteilungsleiter gynäkologische Sozialmedizin  
und Psychosomatik  
Universitäts-Frauenklinik  
4031 Basel  
jbitzer@uhbs.ch