

# JOURNAL FÜR MENOPAUSE

BITZER J

*Die Kunst der Gesprächsführung in der Menopausen-Sprechstunde*

*Journal für Menopause 2003; 10 (1) (Ausgabe für Schweiz), 23-28*

*Journal für Menopause 2003; 10 (1) (Ausgabe für Deutschland)*

21-27

*Journal für Menopause 2003; 10 (1) (Ausgabe für Österreich)*

19-23

**Homepage:**

**[www.kup.at/menopause](http://www.kup.at/menopause)**

**Online-Datenbank mit  
Autoren- und Stichwortsuche**

ZEITSCHRIFT FÜR DIAGNOSTISCHE, THERAPEUTISCHE UND PROPHYLAKTISCHE ASPEKTE IM KLIMAKTERIUM

**Erschaffen Sie sich Ihre  
ertragreiche grüne Oase in  
Ihrem Zuhause oder in Ihrer  
Praxis**

**Mehr als nur eine Dekoration:**

- Sie wollen das Besondere?
- Sie möchten Ihre eigenen Salate,  
Kräuter und auch Ihr Gemüse  
ernten?
- Frisch, reif, ungespritzt und voller  
Geschmack?
- Ohne Vorkenntnisse und ganz  
ohne grünen Daumen?

**Dann sind Sie hier richtig**



# Die Kunst der Gesprächsführung in der Menopausen-Sprechstunde

J. Bitzer

Die Menopausen-Sprechstunde ist ein wichtiges Instrument zur Förderung der körperlichen, seelischen und sozialen Gesundheit menopausaler Frauen. Die Ziele sind: Erkennung und Behandlung von körperlichen und seelischen Beschwerden und Erkrankungen; Beratung und Hilfe bei psychosozialen Problemstellungen; Gesundheitsförderung und Gesundheitserziehung.

Um diesen Aufgaben gerecht zu werden, braucht die Ärztin/der Arzt kommunikative Fertigkeiten. Diese werden inhaltlich dargestellt und in den einzelnen Schritten erklärt.

**Schlüsselwörter:** Menopause, Sprechstunde, Gesprächsführung, problemorientierte Kommunikation, Patientenagenda, Informationsvermittlung, Entscheidungsfindung

**The Art of Conversation in the Menopause-Consultation.** The menopause-consultation is an important instrument for the promotion of physical, mental, and social health of menopausal women. The objectives are: Detection and treatment of physical and mental problems and diseases; counseling and help with respect to psychosocial problems; health education and -promotion.

To reach these goals, the physician needs specific communicative skills to structure the consultation, work with a patient agenda, listen actively, information exchange, helping decision making etc. These different skills are described and the integration into consultation is explained step by step. *J Menopause 2003; 10 (1): 19–23.*

**Key words:** menopause, consultation, communication, patient agenda, active listening, information exchange, decision making, counseling, psychosocial

In der Menopausen-Sprechstunde kommt eine Vielzahl von Themen zur Sprache: körperliche Symptome, psychische Symptome, psychosoziale Probleme, sexuelle Schwierigkeiten, Fragen und Wunsch nach Informationen, Wunsch nach Gesundheitsvorsorge und Prävention, Früherkennung von Krankheiten, Sorgen und Ängste rund ums Älterwerden, Schönheit und Attraktivität, Zufriedenheit und Compliance mit der Behandlung etc. Dieses wilde Durcheinander von ganz unterschiedlichen Problemen führt nicht selten dazu, daß die einzelne Patientin und ihre Ärztin oder ihr Arzt aneinander vorbeireden, mit anderen Worten: Das, was die Patientin evtl. für wichtig hält, kommt nicht zur Sprache, oder das, was der Ärztin oder dem Arzt am Herzen liegen würde, kommt nicht bei der Patientin an. Die Folgen davon sind vielfältig: Am Augenfälligsten sind Schwierigkeiten mit der Compliance im Hinblick auf die verschriebenen Medikamente; versteckte Folgen sind die wiederholten mannigfaltigen körperlichen Beschwerden unter der Behandlung, die sich auf keine Änderung hin bessern; andere Folgen dieser kommunikativen Schwierigkeiten sind eventuell der Arztwechsel oder auch das Versäumen von Terminen. Es erscheint deshalb sinnvoll, sich noch einmal die Besonderheiten der Menopausen-Sprechstunde klar zu machen. Diese sind:

1. Vielfältige und vielschichtige Probleme bei den Patientinnen (körperliche Symptome, psychische Symptome, psychosoziale Probleme)
2. Vielfältige und vielschichtige Entstehungsbedingungen und Faktoren der Probleme – darunter Prozesse des Älterwerdens, genetische Disposition, Umwelt, Verhalten
3. Als Übergangsphase zum Älterwerden geht es um gesundheitliche Risiken und Früherkennung von Krankheiten
  - prospektive und präventive Medizin
4. Als Übergangsphase zur nachreproduktiven Phase geht es um Gesundheitsverhalten und Gesundheitsförderung (Gewicht, Ernährung, Rauchen, Bewegung)

- Gesundheit als dynamischer Prozeß
- Lebensqualität und Gesundheit
- Biographie, Lebensumstände und Persönlichkeit als wesentliche Determinanten

Diesen vier inhaltlich besonderen Merkmalen der Menopausen-Sprechstunde sind noch die Besonderheiten der Arzt-Patientin-Beziehung beizufügen. Es gibt vielfältige und vielschichtige Erwartungen der Patientinnen an ihre Ärzte. Die Ärzte werden mit ganz verschiedenen Rollen und möglichen Rollenkonflikten konfrontiert: Organmediziner, Präventivmediziner, Endokrinologe, Psychologe und Lebensberater etc. Neben diesen Rollenerwartungen können auch unbewußte Beziehungskonstellationen die Kommunikation erschweren: Der junge männliche Arzt mag eine Sohnbeziehung zur Patientin entwickeln, bei den älteren Ärzten können gemeinsame Ängste vor Älterwerden und Sterben zum gemeinsamen Agieren führen etc.

## Die Kunst der Gesprächsführung, kommunikative Techniken in der Menopausen-Beratung

Um den genannten Besonderheiten gerecht zu werden und den oben beschriebenen Schwierigkeiten zu begegnen, erscheint es wichtig, daß Ärztinnen und Ärzte für die Menopausen-Sprechstunde spezifische kommunikative Fertigkeiten erwerben. Unseres Erachtens lassen sich dabei die kommunikativen Aufgaben folgendermaßen strukturieren:

1. Vollständige Erfassung der Beschwerden (körperlich, psychisch, sozial)
2. Erstellen einer Patientinnenagenda
3. Hilfe bei der Lösung der gemeinsam definierten Probleme
  - Körperliche und/oder psychische Beschwerden und Früherkennung von Krankheiten
  - Hilfe bei psychosozialen Problemen
  - Förderung der Gesundheit durch Risikominderung, Auseinandersetzung mit Lebensqualität, Älterwerden etc.

Aus der Abteilung Sozialmedizin/Psychosomatik, Universitätsfrauenklinik Basel, Schweiz

Korrespondenzadresse: Prof. Dr. med. Johannes Bitzer, Universitätsfrauenklinik Basel, Abteilung Sozialmedizin/Psychosomatik, CH-4031 Basel, Schanzenstraße 46; E-Mail: jbitzer@uhbs.ch

## Vollständige Erfassung der Beschwerden (körperlich, psychisch, sozial)

Die Konsultation wird eröffnet durch das Herstellen einer hilfreichen Beziehung und die Erfassung des gesamten Beschwerdebildes. Damit dies geschehen kann, sind von seiten der Ärztin und des Arztes bestimmte Einstellungen und Fertigkeiten nötig. Die Grundeinstellungen sind in jeder Konsultation gekennzeichnet durch eine grundlegende Offenheit, Wertschätzung der Patientin, emotionale Einstimmung und Zuwendung. Damit die Patientin ihre Probleme schildern kann und zum Zentrum der Konsultation wird, benötigt die Ärztin oder der Arzt Fertigkeiten zum aktiven Zuhören. „Aktiv Zuhören“ bedeutet Augenkontakt, Wahrnehmung der Körpersprache, der Intonation, des roten Fadens in der Erzählung. „Aktiv Zuhören“ wird auch ausgedrückt durch nonverbale Kommunikation – „mit dem ganzen Körper zuhören“. Die Ärztin oder der Arzt sollte in dieser Phase zum Reden ermutigen, der Patientin Raum geben, ihre Situation zu schildern. Dies kann oft durch minimale Ermutigungen, durch offene Fragen oder aufmerksames Schweigen geschehen. Dieses sogenannte „Narrativ“ der Patientin (also ihre Geschichte) wird unterstützt durch Interventionen der Ärztin oder des Arztes, die Akzeptanz und Verständnis ausdrücken. Dazu gehört evtl. das Widerspiegeln von Gefühlen und von Bedeutungen und insbesondere auch die Zusammenfassung des Gehörten.

Mit diesen Fertigkeiten, die darauf abzielen, der Patientin den Raum zu geben, ihre gesamte Befindlichkeit darzustellen, gewinnt die Ärztin oder der Arzt eine „Tour d’horizon“ der möglichen Themen. Wichtig ist in dieser Phase auch, daß bei direkt oder indirekt ausgedrückten Emotionen die Ärztin oder der Arzt diese aufnimmt und gegebenenfalls verbalisiert. Emotional wahrgenommen werden bedeutet für die Patientin, daß sie nicht als eine Nummer unter vielen, sondern als Person angenommen wird.

### Erstellen einer gemeinsamen Patientin-Arzt-Agenda

Dies ist eine wichtige Phase der Gesprächsführung in der Menopausen-Sprechstunde. Die Patientin hat eventuell von ihren Beschwerden, ihren Ängsten und Sorgen, ihren persönlichen Schwierigkeiten, ihrem Gewicht etc. gesprochen, und die Ärztin oder der Arzt muß nun diese Themen, Angebote und Aufträge gemeinsam mit der Patientin ordnen und ihnen eine Bedeutung zuweisen.

Beispiel: *„Sie haben mir von Ihren körperlichen und seelischen Beschwerden erzählt, Sie haben auch darüber gesprochen, welche Auswirkungen das auf Ihre Partnerschaft hat ... Es sind auch Ihre Sorgen bezüglich Ihres Gewichtes und Ihrer Gesundheit angesprochen worden. Ich möchte jetzt versuchen, diese als verschiedene Themen in verschiedene Kreise einzuteilen.“* Der Arzt legt dann ein Blatt zwischen sich und die Patientin und malt unterschiedliche Kreise auf, die er mit den verschiedenen Themen füllt. *„Welche dieser Themen sind besonders wichtig und welche wollen wir zuerst besprechen? Eventuell können wir nicht alle heute besprechen, aber wir werden dann ein anderes Mal darauf zurückkommen.“*

Mit dieser Vorgehensweise gelingt es, die weitere gemeinsame Arbeit zwischen Patientin und Arzt zu strukturieren und den Problemen einen Namen zu geben, der von beiden verstanden wird. Insgesamt lassen sich daraus drei grundlegende Themen ableiten: körperliche und psychi-

sche Beschwerden, psychosoziale Probleme (Beruf, Sexualität, Partnerschaft, Familie, Älterwerden etc.) sowie Fragen und Probleme zur Gesundheitsvorsorge und Gesundheitserhaltung, wie Früherkennung von Erkrankungen, Risikominderung, Gesundheitsförderung etc.

### Spezielle problemorientierte Kommunikation

Nachdem eine therapeutische Beziehung hergestellt ist, die Patientin Raum hatte, ihre Geschichte zu erzählen, und durch die gemeinsame Erstellung einer Agenda das Gespräch strukturiert ist, ergeben sich je nach Agenda und Prioritäten unterschiedliche problemorientierte Beratungs- und Kommunikationsformen.

#### **Körperliche und seelische Beschwerden und Erkrankungen**

Wenn körperliche und seelische Symptome und Beschwerden zum Thema gemacht werden, lassen sich verschiedene Phasen der Kommunikation und Interaktion zwischen Patientin und Arzt unterscheiden. Grundsätzlich gibt es zwei Hauptphasen: erstens die Phase der Klärung der Beschwerden und deren Hintergründe und zweitens die Phase der Suche nach Lösungen.

Zunächst zur Phase der Klärung der Beschwerden und deren Hintergründe. Hierbei können wir vier Schritte unterscheiden, die gemeinsam von der Patientin mit ihrer Ärztin oder ihrem Arzt gegangen werden:

- a) Erfassung der Beschwerden. Dies geschah eventuell bereits am Anfang der Konsultation oder kann jetzt noch einmal durch die beschriebenen Techniken (offene Fragen, aktives Zuhören und Zusammenfassen) vertieft werden.
- b) Gemeinsame Hypothesenbildung über Ursachen und Bedingungen. Dabei ist es wichtig, daß Ärztin oder Arzt sich nicht zu früh in der Konsultation auf eine einzige Entstehungsbedingung einengen bzw. der Patientin die Möglichkeit geben, ihre Vorstellungen einzubringen. Eine hilfreiche Intervention ist z. B.: *„Die Beschwerden können durch eine ganze Reihe von Faktoren bedingt sein, Hormone, Streß ... Wie sehen Sie selbst die möglichen Ursachen?“*
- c) Untersuchungen. Jetzt geht es um die gezielte Anamnese und um den Einsatz von Untersuchungen entsprechend einer evidence based medicine. Auch hier scheint es wichtig, daß die Patientin, wenn möglich, in die Entscheidung mit einbezogen wird: *„Ich schlage Ihnen vor, daß ich zunächst noch einmal ganz gezielte Fragen stelle und wir dann über die Untersuchung gemeinsam entscheiden.“*
- d) Entwicklung einer gemeinsamen Arbeitsdiagnose. Bei diesem Schritt ist es wichtig, die Befunde zusammenzufassen und die Informationen verständlich zu vermitteln. Bsp.: *„Ich möchte die Ergebnisse zusammenfassen: Sie haben seit einigen Monaten bei sich folgende Veränderungen beobachtet: Müdigkeit, Schlafstörungen ... Diese Veränderungen führen zu einer mittelgradigen Einschränkung Ihrer Lebensqualität ... Die Untersuchungen zeigen folgende Befunde ... Ich sehe das so, daß organisch alles in Ordnung ist, aber die in dieser Lebensphase auftretenden hormonellen Veränderungen, eventuell im Zusammenspiel mit Belastungen und Streß, zu den Beschwerden führen. Was meinen Sie dazu?“*

Danach ist die Klärungsphase der körperlichen und psychischen Beschwerden abgeschlossen. Für manche Patientinnen genügt die Klärung der Hintergründe. Sie möchten dann Zeit haben, um sich zu entscheiden, ob sie sich

damit begnügen oder Veränderungen und Lösungen wünschen. Für diejenigen Patientinnen, die sich Lösungen für ihre körperlichen und seelischen Beschwerden wünschen, tritt die Konsultation in die Lösungsphase ein. Auch hier unterscheiden wir vier Schritte:

- a) Gemeinsame Zieldefinition. Man sollte die Prioritäten der Patientin erfassen und in die gemeinsame Zieldefinition einbeziehen. „*Welche Ziele wollen Sie erreichen? Besser schlafen können, Gewicht verlieren, weniger Wallungen haben, weniger gereizt reagieren ... wenn Sie eine Rangordnung aufstellen, was ist ganz oben?*“
- b) Brainstorming über Lösungswege. Dabei geht es um das Erfassen des Wissens von den Vorstellungen der Patientin. Mehrere Optionen erhöhen das Gefühl von Kontrolle. „*Ich schreibe einmal hier auf, welche Lösungen aus Ihrer und meiner Sicht in Frage kommen.*“
- c) Entscheidungsfindung bezüglich Lösungen. Die Ärztin oder der Arzt erstellt eine Vor- und Nachteilsliste. Es geht um die Antizipation von Konsequenzen in bezug auf die Ziele. Bsp.: „*Jeder Weg, über den wir gesprochen haben, hat Vor- und Nachteile. Was ist Ihre Meinung und was sind Ihre Fragen?*“
- d) Praktische Umsetzung des Lösungsplans. Das wofür man sich entschieden hat, muß im Alltag umgesetzt werden. Die Frage ist, welche Schwierigkeiten und welche Barrieren auftreten können. Es geht um konkrete Hilfen. Bsp.: „*Sie haben sich für eine Hormonersatztherapie mit Pflaster/Tabletten/Gel entschieden. Ich möchte mit Ihnen jetzt besprechen, wie das konkret im Alltag aussieht, welche Schwierigkeiten und Probleme auftreten können und wie Sie damit umgehen können.*“

### **Psychosoziale Probleme und Schwierigkeiten**

Auch dabei geht es um eine problemzentrierte Kommunikation. Die Themen sind häufig Schwierigkeiten mit der Sexualität, Probleme in der Partnerschaft, Probleme in der Familie etc. Die folgende Problemstellung soll als Beispiel dienen:

„*Ich weiß nicht recht: Ist es normal, daß ich keine Freude mehr am Sex habe? ... Also für meinen Mann ist es auch nicht mehr so wichtig ...*“

Auch für die ärztliche Kommunikation und Beratung bei psychosozialen Problemen können wir die zwei Hauptphasen in der Gesprächsführung unterscheiden: Klärung der Probleme und Suche nach Lösungen.

Für die Klärungsphase gelten folgende vier Schritte:

- a) Gemeinsames Verstehen der Probleme, „in Worte fassen“. Schwierigkeiten mit der Sexualität verlangen ein einführendes Zuhören und das Finden einer gemeinsamen Sprache. Bsp.: „*Sie sprechen ein wichtiges und häufiges Problem an, nämlich die Veränderung der Sexualität in dieser Lebensphase. Versuchen Sie mir noch einmal zu beschreiben, was sich wie und wann verändert hat ... Was bedeutet ‚keine Freude mehr am Sex‘?*“
- b) Gemeinsame Hypothesenbildung über Ursachen und Bedingungen. Auch hier breite Hypothesenbildung und Einbeziehen der Patientin. Bsp.: „*Die Lust auf Sexualität wird durch verschiedene Faktoren beeinflusst ... Was meinen Sie selbst, welche Faktoren spielen bei Ihnen eine Rolle?*“ Patientin: „*Ich weiß nicht recht, ob es die Hormone sind ... Natürlich haben wir uns auch etwas auseinandergeliebt über die Jahre ...*“ Arzt: „*Also möglicherweise hormonelle Einflüsse und Veränderungen in der Beziehung?*“
- c) Vertiefte Untersuchung, Exploration, psychosoziale Anamnese. Hier erweitert sich die Konsultation auf bis dahin nicht fokussierte Bereiche. Als Orientierung kann

dem Arzt dienen, sich über das Verhalten der Patientin, ihre Entwicklung, über Streß, Konflikte, Affekte und Beziehungen ein Bild zu machen. Bsp.: „*Sexualität ist, wie gesagt, ein sehr persönlicher, komplexer Teil des Lebens. Um Sie zu beraten, möchte ich Sie gerne etwas besser kennenlernen und etwas mehr von Ihnen als Person erfahren. Woher kommen Sie? Was waren in Ihrer Einschätzung wichtige Lebensereignisse oder wichtige Lebensereignisse ...?*“

- d) Biopsychosoziale Diagnose. Dabei geht es um das Zusammenfassen der Befunde und wiederum um eine verständliche Informationsvermittlung. Bsp.: „*Die Untersuchungen haben folgende Ergebnisse gebracht ... Ich bewerte das folgendermaßen: Zum einen erleben Sie im Moment eine hormonelle Veränderung, die zu neuen, teilweise unangenehmen Empfindungen im körperlichen Bereich führt, die aber auch möglicherweise zu einer Veränderung der Stimmung und auch zu einer Abnahme des Interesses an der Sexualität beiträgt. Gleichzeitig spielt sich diese Veränderung vor dem Hintergrund einer Entwicklung ab, die Sie mir beschrieben haben. Demnach hatte sich bereits zuvor eine gewisse Distanzierung und Entfremdung zwischen Ihnen und Ihrem Mann eingestellt. Jeder ist seinen Weg für sich gegangen. Beide Faktoren haben nun dazu beigetragen, daß Sexualität aus dem Eheleben fast verschwunden ist.*“

Nach Beendigung der Klärungsphase besteht wiederum für die Patientin die Möglichkeit, hier die Auseinandersetzung mit dem Problem zu beenden. Sie kann entscheiden, ob sie sich zunächst mit diesen Ergebnissen oder diesen Einschätzungen befassen, oder eine Veränderung herbeiführen will. Möchte sie eine Veränderung, so treten Patientin und Arzt in die Phase der Suche nach Lösungen ein. Auch hier unterscheiden wir wiederum vier Schritte:

- a) Gemeinsame Zieldefinition. Dabei geht es um eine angepaßte und realistische Zieldefinition. Was läßt sich verändern? Was muß eher akzeptiert werden? Bsp.: „*Welche Ziele wollen Sie für Ihre Sexualität erreichen? Was soll sich verändern? Was soll gleichbleiben? ... Wie schätzen Sie die Chancen für die Veränderung ein?*“
- b) Brainstorming über Lösungswege. Hierbei geht es über den Informationsaustausch und die Informationsvermittlung erneut um den Einbezug der Vorstellungen der Patientin. Bsp.: „*Lassen Sie uns gemeinsam über mögliche Lösungswege nachdenken. Wie immer führen eventuell viele Wege nach Rom. Erst einmal der Weg der Hormonbehandlung, zum zweiten die Möglichkeit von Paargesprächen, Besuch von Informationsveranstaltungen, gemeinsames Lesen von Büchern ...*“
- c) Entscheidungsfindung für Lösungen. Im Vordergrund stehen die Individualisierung und die Abklärung von Vor- und Nachteilen der verschiedenen Wege sowie eine Antizipation von Konsequenzen und die Klärung von Erwartungen. Bsp.: „*Nehmen wir an, Sie entscheiden sich für Paargespräche – was sind möglicherweise Vor- und Nachteile? Was wäre zu erwarten?*“
- d) Konkreter Problemlösungsplan, -behandlungsplan. Ähnlich wie bei den körperlichen Beschwerden geht es auch jetzt um die Umsetzung des Veränderungsplans in den Alltag. Die Entwicklung von konkreten Hilfen und der Versuch, die eigene Kompetenz der Patientin zu steigern, stehen im Mittelpunkt des Gespräches.

### **Gesundheitsvorsorge, Gesundheitsförderung**

Dieser Bereich berührt nun die Fragen der Risikominde- rung, der Früherkennung von Erkrankungen, der Förde-

rung der Gesundheit durch Veränderung im Bereich der Ernährung, der Bewegung, des Rauchens etc.

Inhaltlich und von der Gesprächstechnik her ist dies ein von den anderen beiden Bereichen grundsätzlich verschiedener Themenkomplex. Es geht nicht um das Verstehen und die Beseitigung von Symptomen, sondern um Einsicht, Bewußtmachung und Verhaltensänderung.

Der Anlaß zu diesem Gespräch kann von der Patientin selber kommen („Ich habe das Gefühl, daß ich immer mehr zunehme.“) oder aber auch von der Ärztin oder dem Arzt ausgehen: „Ich mache mir Sorgen wegen Ihres Rauchens. Darf ich Sie fragen, wie es mit Bewegung und Sport aussieht?“

Die für diesen Bereich notwendige Gesprächsführung nennen wir „motivational interviewing“. Wir gehen dabei von folgenden Überlegungen aus:

Menschen, die sich mit der Minderung von Risiken und Gesundheitsförderung auseinandersetzen, befinden sich in verschiedenen Phasen. In einer ersten Phase haben sie von einem Risiko oder einer möglicher Verhaltensveränderung entweder noch nichts gehört, oder aber sie beziehen das nicht auf sich.

In einer zweiten Phase wird diese Information zur eigenen Person in Beziehung gesetzt, das heißt, das alternative Verhalten taucht als mögliche Variante für die eigene Person auf. Diese Phase der Kontemplation ist durch Ambivalenz gekennzeichnet. Einerseits gibt es Vorteile beim *Status quo*, z. B. der Genuß des Rauchens (die Beruhigung etc.), andererseits können auch Vorteile der Veränderung wahrgenommen werden (Risikominderung für Lungenkrebs, weniger Ärger mit der Familie etc.). Erst wenn die Nachteile des *Status quo* und die potentiellen Vorteile der Veränderungen so zugenommen haben, daß eine innere Entscheidung für die Veränderungen fällt, tritt die Patientin aus der Kontemplation in die Aktionsphase. Dann gibt es konkrete Planungen zur Umsetzung der Veränderung. Das neue Verhalten wird erst ausprobiert und es werden persönliche Erfahrungen damit gemacht. Wird das Verhalten dann immer wiederholt, kommt es zu einem stabilen, neuen Verhaltensmuster (*maintenance*), und das neue Verhalten wird zu einer Gewohnheit (*habit*).

In jeder dieser Phasen kann ein sogenannter Rückfall geschehen (*relapse*). Dann beginnt der Prozeß der Verhaltensänderung neu.

Für die Beratung ist nun wichtig, daß die beratende Ärztin bzw. der beratende Arzt zunächst einmal versteht, in welcher Phase sich seine Patientin befindet. Je nach Phase (nicht bereit zur Veränderung, unsicher, bereit zur Veränderung) werden sich die Gesprächstechnik und der Gesprächsinhalt verändern müssen. Es geht darum, eine gute Kongruenz bzw. „einen guten Match“ zwischen der individuellen Veränderungsbereitschaft und dem Inhalt des ärztlichen Gespräches zu erreichen.

Die meisten Patientinnen befinden sich in der Sprechstunde im Stadium der Kontemplation bzw. der Unsicherheit. Um diese Patientinnen zu beraten und zu unterstützen, ist es wichtig zu verstehen, daß sich die Bereitschaft zur Veränderung aus zwei Komponenten zusammensetzt. Auf der einen Seite die Wichtigkeit der Veränderung (warum ändern?), auf der anderen Seite das Vertrauen in die eigenen Möglichkeiten zur Veränderung (wie ändern?). Motivation ist in diesem Sinne alles, was die Patientin tut, um Wichtigkeit und Vertrauen im Hinblick auf eine Verhaltensänderung zu steigern. Die Gesprächsführung folgt hier auch verschiedenen Schritten.

Zunächst geht es um das Erfassen der Bereitschaft (*readiness*). Es ist wichtig, konkret zu sein: „Wieviel Gewicht wollen Sie verlieren?“ Dann folgt die Klärung offe-

ner Fragen: „Wie bereit sind Sie, Ihr Eßverhalten zu ändern.“ Schließlich soll die Patientin einen Skalierungsversuch vornehmen: „Wie hoch würden Sie Ihre Bereitschaft zwischen null und zehn einschätzen?“

In einem zweiten Schritt geht es um das Erfassen der Wichtigkeit („Wie wichtig ist es für Sie, auf einer Skala von null bis zehn, fünf Kilogramm Gewicht zu verlieren?“) und des Vertrauens („Wenn Sie sich jetzt gerade entscheiden würden, Gewicht zu verlieren, wie viel Vertrauen haben Sie auf einer Skala von null bis zehn darin, dieses Ziel zu erreichen?“).

Nachdem Wichtigkeit und Vertrauen erfaßt sind, besteht die Möglichkeit, in der Beratung diese beiden Bereiche zu bearbeiten.

Die Wichtigkeit kann durch verschiedene Fragen exploriert und vertieft werden. Zum einen kann der Arzt mehr erfahren: „Sie haben bei der Wichtigkeit für die Gewichtsreduktion den Wert sechs angegeben. Was müßte geschehen, damit die Wichtigkeit auf sieben oder acht ansteigt?“

Der Arzt kann das Pro und Kontra der Veränderungen besprechen und bei der Wichtigkeit in kurzfristige und langfristige Konsequenzen unterscheiden helfen. Er kann die Zweifel und Sorgen über das aktuelle Verhalten herausarbeiten, wenn dies von der Patientin geäußert wird. „Worüber machen Sie sich bezüglich Ihres Gewichtes Sorgen? Versuchen Sie doch einmal, Ihr Verhalten aufzuschreiben.“

Eine weitere Möglichkeit der Vertiefung der Wichtigkeit der Veränderung kann durch Antizipation geschehen: „Stellen wir uns mal vor, Sie hätten das geändert. Wie würden Sie sich fühlen? Wie anders würde Ihr Alltag aussehen?“

Für viele Patientinnen wäre die Reduktion des Gewichtes wichtig, aber sie haben wenig Vertrauen in ihre eigenen Fähigkeiten, ihr Eßverhalten zu verändern. Auch hier kann die Arbeit mit der Skalierung helfen: „Sie haben das Vertrauen beim Wert drei lokalisiert. Was könnte helfen, damit das Vertrauen um ein oder zwei Punkte höher wird?“

Ärztin oder Arzt können mit der Patientin ein Brainstorming durchführen. Was sind Globalziele, was sind Teilziele? Welche sind die alltäglichen kleinen Erfahrungen, die kleinen Schritte? Wo ließen sich sehr spezifische und konkrete Aufgaben formulieren?

Oft geht es darum, vergangene Erfolgs- und Mißerfolgs-erlebnisse zu besprechen: „Was hat schon geholfen? Wo traten Schwierigkeiten auf?“ Mit jeder einzelnen Aufgabe oder jedem einzelnen Teilschritt kann die Ärztin das Vertrauen der Patientin erfassen, wobei versucht werden sollte, ein komplexes Verhalten in viele einfache Schritte aufzugliedern.

## Zusammenfassung

Die Menopausen-Sprechstunde stellt ein wichtiges Instrument zur Förderung der körperlichen, seelischen und sozialen Gesundheit menopausaler Frauen dar. Die Erkennung und Behandlung von körperlichen und seelischen Beschwerden und Erkrankungen, die Beratung und Hilfe bei psychosozialen Problemstellungen und die Gesundheitsförderung mit Hilfe von Früherkennung von Erkrankungen, Risikominderung und Verhaltensänderung sind drei wesentliche ärztliche Aufgaben, deren Umsetzung im Alltag der Konsultation eine strukturierte und durch verschiedene Fertigkeiten gekennzeichnete Gesprächsführung verlangt. Im Bereich körperliche und seelische Be-

schwerden und Erkrankungen ist die Gesprächsführung in die Klärungs- und die Lösungsphase unterteilt. In der Klärungsphase geht es um die vollständige Erfassung der Beschwerden, um die gemeinsame Hypothesenbildung über Ursachen und Bedingungen, die Untersuchungen und die Entwicklung einer gemeinsamen Arbeitsdiagnose. Bei der Lösung sollte eine gemeinsame Zieldefinition erfolgen, dann ein Brainstorming über Lösungswege, eine Entscheidungsfindung bezüglich Lösungen und die praktische Umsetzung des Lösungsplanes. Für jeden dieser Schritte bestehen typische Interventionen und Fertigkeiten. Im Bereich der Hilfe und Beratung bei psychosozialen Problemen lassen sich ebenfalls Klärungs- und Lösungsphasen unterscheiden. Bei der Klärung geht es wiederum um vier Schritte: gemeinsames Verstehen der Probleme und in Worte fassen, gemeinsame Hypothesenbildungen über Ursachen und Bedingungen, vertiefte Untersuchung und Exploration im Sinne der psychosozialen Anamnese

und Zusammenfassen von Problemen und möglichen Ursachen in der biopsychosozialen Diagnose. Bei der Lösung sind die vier Schritte die gemeinsame Zieldefinition, das Brainstorming über Lösungswege, die Entscheidungsfindung bezüglich Lösungen und die praktische Umsetzung des Lösungsplanes. Bei den Patientinnen, bei denen es um Gesundheitsförderung durch Aufklärung und Verhaltensänderung geht, ist eine spezielle Gesprächsführung gefordert. Zunächst geht es um die Erfassung der Bereitschaft zur Veränderung bzw. die Bestimmung des inneren Standortes der Patientin. Dann soll die Ärztin oder der Arzt einerseits die Wichtigkeit der Verhaltensänderung und andererseits das Vertrauen in die eigenen Möglichkeiten zur Verhaltensänderung erfassen und besprechen. Diese beiden Elemente ergeben in ihrem Zusammenwirken die Intensität der Motivation zur Veränderung. An diesen beiden Elementen kann durch gezielte Gesprächsführung gearbeitet und Wichtigkeit und Vertrauen können vertieft werden.

---

**Prof. Dr. med. Johannes Bítzer**

Geboren 1950 in Taiflingen, Deutschland. 1985 Abschluß der Ausbildung und Anerkennung als Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe an der Universitäts-Frauenklinik Basel (Vorsteher: Prof. H. Ludwig). 1993 Habilitation für gynäkologische und geburtshilfliche Psychosomatik. Seit 1994 Leiter der Abteilung „Gynäkologische Sozialmedizin und Psychosomatik“ der Universitäts-Frauenklinik Basel (Vorsteher a.o. Prof. A. C. Almendral, seit 1995 Prof. W. Holzgreve). Seit 1997 Titularprofessur in psychosomatischer Gynäkologie und Geburtshilfe. Seit 1998 Präsident der Internationalen Gesellschaft für Psychosomatische Gynäkologie und Geburtshilfe ISPOG. Ab 1999 Extraordinariat für Gynäkologie und Geburtshilfe.



# Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere Rubrik

## [Medizintechnik-Produkte](#)



Neues CRTD Implantat  
Intica 7 HF-T QP von Biotronik



Artis pheno  
Siemens Healthcare Diagnostics GmbH



Philips Azurion:  
Innovative Bildgebungslösung

Aspirator 3  
Labotect GmbH



InControl 1050  
Labotect GmbH

## e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

## [Bestellung e-Journal-Abo](#)

### Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)