

herea Menopause Network

Das zweite Meeting des herea Expert Boards war dem Austausch bezüglich der grundlegenden Diagnostik in der Menopause-Sprechstunde gewidmet. Die herea Experten verglichen Art und Ausmass von Anamnese und Diagnostik, stellten grundlegende Parallelen und nur geringfügige Unterschiede in der Herangehensweise fest. Zum Einstieg führte Prof. Dr. Petra Stute durch die im Menopausezentrum in Bern gängige Praxis bei der Erstkonsultation von Patientinnen mit menopausalen Beschwerden:

Bereits vor Beginn der Sprechstunde füllen die Patientinnen einen Symptomfragebogen aus. Im Menopausezentrum Bern wird der „Modifizierte ICF-gelinkte Menopause Rating Scale (MRS II)“ [1] als erweiterte Version des MRS-II [2] verwendet. Der modifizierte MRS II-Fragebogen erfasst neben den drei Symptomdomänen somato-vegetativ, psychologisch und urogenital drei weitere potentielle Menopausesympptome: Veränderungen des Gewichts, Kopf- und Nackenschmerzen und Hautveränderungen. Sowohl der modifizierte als auch der herkömmliche MRS-II-Fragebogen erfragen die Symptome auf einer Skala von 0 bis 4, wobei 0 für „keine“ und 4 für „sehr starke Symptome“ steht (maximaler MRS-II-Gesamtscore = 44 Punkte). Diese quantitative und visuelle Erfassung der einzelnen Symptomintensitäten ermöglicht eine übersichtliche Darstellung des individuellen Beschwerdebildes zu Beginn der Sprechstunde. Anschliessend erfolgt eine ausführliche Anamnese, um mögliche Kontraindikationen zu ermitteln. Auch die subjektive Erwartungshaltung der Patientin bezüglich des Therapieerfolges wird erfasst. Basierend auf diesen Wünschen wird die Begleitung und Therapie für jede menopausale Patientin individuell gestaltet. Im Anschluss an dieses Gespräch erfolgt eine Staturerhebung (Gewicht, Blutdruck, Puls, Bauchumfang) und eine laborchemische Analyse (Blutbild, Schilddrüsenwerte, Elektrolyte, Lipidstatus, HbA1C, FSH, LH, Prolaktin, Estradiol, Gesamttestosteron, DHEA-S, Cortisol, Vitamin D Status, Holotranscobalamin, Ferritin, CRP und Transferrin Sättigung).

Vergleichend mit der vorgestellten Praxis im Menopausezentrum Bern wurden die verschiedenen Vorgehensweisen bei der Erstkonsultation im Expertenboard diskutiert.

Als wichtiger Faktor, der das Vorgehen massgeblich beeinflusst und mitunter für die Unterschiede zwischen den Instituten verantwortlich ist, konnte die Abrechenbarkeit einzelner Leistungen herausgestellt werden. Hier kommen länderspezifische (Deutschland, Österreich, Schweiz) Unterschiede zum Tragen: Beispielsweise können in der Schweiz vereinzelte Untersuchungen im Rahmen der Konsultation über die Grundversicherung abgerechnet werden, die in Deutschland als sog. IGeL-Leistungen der Patientin privat in Rechnung gestellt werden. Diese Unterschiede manifestieren sich zum Beispiel darin, dass vor dem Beginn einer menopausalen Hormonersatztherapie nicht standardmässig eine Ultraschalluntersuchung des inneren weiblichen Genitals ohne Vorliegen einer spezifischen Indikation durchgeführt wird.

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.

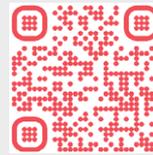
J. Gynäkol. Endokrinol. CH 2023 · 26:197
<https://doi.org/10.1007/s41975-023-00325-8>

© The Author(s), under exclusive licence to Springer-Verlag GmbH Austria, ein Teil von Springer Nature 2023

herea ♀

herea Menopause Network

www.herea-network.com



Im herea Expert Board findet ein regelmässiger Austausch über medizinische Themen und Fragestellungen zur Menopause statt.

Ein weiterer Faktor, der den Umfang der standardmässigen Diagnostik beeinflusst, ist die Frage nach der therapeutischen Konsequenz einzelner erhobener Parameter. Hier ergeben sich zum Teil unterschiedliche Herangehensweisen der einzelnen Expertinnen und Experten, zum Beispiel im Hinblick auf den Umfang der standardmässigen Labordiagnostik oder weiterführenden Diagnostik bezüglich der Knochengesundheit. Es gilt zu erwähnen, dass gemäss der S3-Leitlinie Peri- und Postmenopause [3] die Menopause bei über 45-jährigen Frauen anhand klinischer Parameter diagnostiziert werden soll. In bestimmten Fällen (z. B. frühe Menopause/prämatüre Ovarialinsuffizienz) soll eine laborchemische FSH-Bestimmung zur Menopausediagnostik herangezogen werden. Hinsichtlich Knochengesundheit ist gemäss der S3-Osteoporose-Leitlinie [4] vor dem 60. Lebensjahr bei Fehlen von Risikofaktoren keine Knochendichtemessung erforderlich, wohingegen bei Vorliegen von Risikofaktoren das 10-Jahres-Frakturrisiko mittels FRAX [5] (WHO Fracture Risk Assessment) evaluiert und bei Vorliegen eines erhöhten Osteoporoserisikos basierend auf FRAX eine Knochendichtemessung durchgeführt werden sollte.

Die gängige Praxis in den Instituten der teilnehmenden Expertinnen und Experten weicht in folgenden Kriterien teilweise ab:

- Dauer der Erstkonsultation (variiert zwischen 15–60 Minuten)
- Umfang der Labordiagnostik bei Erstkonsultationen
- Verwendung eines standardisierten Anamnesebogens vor oder während der Sprechstunde im Vergleich zur freien Anamneseerhebung

Zusammenfassend stellte sich heraus, dass die grundlegende Diagnostik in den unterschiedlichen Instituten länderübergreifend synchron stattfindet.

Literatur

1. Honermann L et al (2020) An extended Menopause Rating Scale II: a retrospective data analysis. *Climacteric* 23(6):608–613. <https://doi.org/10.1080/13697137.2020.1775808>
2. Heinemann K, Ruebig A, Potthoff P et al (2004) The Menopause Rating Scale (MRS) scale: a methodological review. *Health Qual Life Outcomes* 2:45
3. S3-Leitlinie Peri- und Postmenopause – Diagnostik und Interventionen. Bd. Version 02.03.2020
4. DVO-Leitlinie 2023; Zur Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose bei postmenopausalen Frauen und bei Männern, DVO Osteoporose Leitlinien – DVO e.V., dv-osteologie.org
5. Kanis JA et al (2005) Assessment of fracture risk. *Osteoporos Int* 16(6):581–589