

# JOURNAL FÜR MENOPAUSE

GRAZIOTTIN A

*Der Gynäkologe und seine Verantwortung für die  
Gesundheitserwartung von Frauen*

*Journal für Menopause 2001; 8 (Sonderheft 1) (Ausgabe für  
Schweiz), 30-34*

*Journal für Menopause 2000; 7 (Sonderheft 1) (Ausgabe für  
Deutschland), 31-35*

**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**



# DER GYNÄKOLOGE UND SEINE VERANTWORTUNG FÜR DIE GESUNDHEITSERWARTUNG VON FRAUEN

## ZUSAMMENFASSUNG

Die *Differenz* zwischen *Lebenserwartung* und *Gesundheitserwartung* hat sich in verschiedenen Ländern der westlichen Welt verdoppelt oder sogar verdreifacht. Folglich besteht die Herausforderung darin, den Gewinn an Lebensjahren zu erhalten, ohne die enormen Kosten in physischer, emotionaler, persönlicher und sozialer Hinsicht, die eine Verlängerung der *Lebensjahre* mit sich bringen, die die gewonnenen Jahre eines Kranken mehr zu einem Fluch als zu einem Geschenk werden lassen.

Der Gynäkologe „der Wahl“ ist der lebenslange ärztliche Begleiter fast jeder westlichen Frau. Mit dieser *Lebensspannenperspektive* trägt er die Verantwortung für die Verbesserung seines „ärztlichen Impaktfaktors“, das heißt seiner Fähigkeit zu Heilen und zu Betreuen, um auf diese Weise einen Beitrag zur Gesundheitserwartung aller Frauen durch Erhaltung der *bestmöglichen Funktionsfähigkeit* und *Verhinderung von Morbidität* zu leisten. Dieses Ziel kann durch frühzeitige interventionelle Maßnahmen und Interventionen im Erwachsenenalter ebenso wie durch peri- und postmenopausale Präventiv- und Behandlungsmaßnahmen angestrebt werden. Die Hormonsubstitutionstherapie ist ein ausgezeichnetes Mittel, das maximalen Nutzen bringt, wenn sie auf jede einzelne Frau individuell zugeschnitten wird und eine lebenslange Maßnahme darstellt, die sich zuerst auf den Lebensstil und die zwischen jeder Frau und ihrem Gynäkologen geteilte Ver-

antwortung zur Erzielung eines umfassenden und erfolgreichen Gesundheitsprogrammes konzentriert.

## EINLEITUNG

„Add life to years, not only years to life“. Dieses Motto, das besagt „Es kommt nicht darauf an, wie alt wir werden, sondern darauf, wie wir alt werden“, war in den achtziger Jahren in aller Munde und dazu bestimmt, die Bedeutung der Lebensqualität gegenüber einer einfachen Lebensverlängerung hervorzuheben. Zu jener Zeit war jedoch der Unterschied zwischen *Lebens-* und *Gesundheitserwartung* noch nicht quantifiziert. Erst vor kurzem wurde mit der Definition dieses kritischen Unterschieds beim Menschen begonnen (Tabelle 1).

(Gutes) Altern ist ein Sieg des menschlichen Willens und der Ausdauer, von mentaler und emotionaler Verpflichtung, von Technik und Medizin. Es ist das letztendlich positive Outcome eines multifaktoriellen Prozesses, der sowohl die Person als auch

die Qualität des sozialen Supportsystems miteinbezieht. Mit Beginn des dritten Jahrtausends kommen in bezug auf die Verlängerung der Lebensspanne, die durch eine Häufung von Erkrankungen getrübt zu sein scheint, welche die letzten Jahre für den alternden Menschen, seine Angehörigen und die Pflegepersonen sowie die Gesellschaft insgesamt zu einer schwierigen und häufig unglücklichen Zeit machen können, neue Herausforderungen auf uns zu.

Im Verlauf des 20. Jahrhunderts hat sich, zumindest in der westlichen Welt, die Lebenserwartung um 50 % erhöht. Akute Erkrankungen stellen keine Haupttodesursache mehr dar. In den entwickelten Ländern stirbt man an chronischen Erkrankungen, degenerativen Erkrankungen, metastasierenden Karzinomen, Immunschwächen und weiteren Erkrankungen, welche zu Behinderung, Immobilität und Abhängigkeit führen und das Sterben zu einem langen, schmerzhaften und kostenintensiven Prozeß machen [1]. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts betrug die durchschnittliche Lebensspanne ca. 45 Jahre, und der Tod trat gewöhnlich aufgrund akuter Erkrankungen ein. Hospitalisierung oder Abhängigkeit dauerten nur Tage oder höchstens Wochen. Die durchschnittliche Lebensspanne betrug 1950 bereits 58 Jahre, und die Hospitalisierung oder Abhängigkeit dauerte Wochen oder Monate, während 1999 die durchschnittliche Lebensspanne für Frauen bei 80 Jahren lag und der Tod chronischen Erkrankungen zuzuschreiben war. Hospitalisierung und Abhängigkeit können sich über Monate oder Jahre hinausziehen [1–3].

Tabelle 1: Lebenserwartung (LE) versus Gesundheitserwartung (GE) in ausgewählten Ländern (bei Männern) (modifiziert nach Lunenfeld [1])

Land	LE	GE	Differenz (Krankheitsjahre)
Italien	75,1	66,4	8,7
USA	70,1	55,5	14,6
Kanada	73,0	67,0	6,0
GB	71,8	58,7	13,1
Frankreich	70,7	61,9	8,8
China	66,6	61,6	5,1

Der Unterschied zwischen *Lebenserwartung* und *Gesundheits-erwartung* hat sich fast verdreifacht, wenn wir Männer in den USA (14,6 Jahre) mit denen in China (5,1) vergleichen (Tabelle 1). Dieser Unterschied scheint bei den Frauen ähnlich zu sein, obgleich – soweit der Autorin bekannt ist – bedauerlicherweise keine standardisierten Vergleichsdaten für die verschiedenen Länder vorliegen. Wenn man jedoch sein Augenmerk auf spezifische Erkrankungen wie die Alzheimerische Krankheit richtet, beläuft sich der durchschnittliche Unterschied zwischen Gesundheits- und Lebenserwartung bei Frauen auf neun bis zehn Jahre: Bei der senilen Form mit Beginn nach dem 65. Lebensjahr treten die ersten Symptome mit 72 Jahren auf, die Diagnose wird gewöhnlich im 75. Lebensjahr gestellt, die Institutionalisierung folgt im Alter von 78 Jahren, und der Tod beendet schließlich diesen langen und leidvollen Abschied von der Welt mit 81 Jahren. Dem soeben Ausgeführten kommt noch weitere Bedeutung zu, wenn man bedenkt, daß 50 % der über 80jährigen Menschen an Demenz leiden. Die Einnahme von Östrogen, selbst für die Dauer von nur einem Jahr, reduziert die Alzheimer Krankheit um jährlich 5 %, mit einem kumulativen Effekt einer 50%igen Reduktion, wenn eine Einnahme von 5 bis 8 Jahren angesetzt wird. Im Gegensatz dazu ist bei einer nicht mit Hormonsubstitution behandelten iatrogenen prämaternen Menopause zu erwarten, daß die Alzheimer Krankheit um 3,2 Jahre früher einsetzt. Die Alzheimer Krankheit ist ein natürliches menschliches Modell sowohl für die protektive Wirkung von

Sexualhormonen bei der Hinauszögerung des Krankheitsbeginns – und folglich für die Erhöhung der Gesundheits-erwartung – als auch für die Rolle des Gynäkologen bei der Verbesserung dieser Verlängerung. Die gleichen Mechanismen scheinen nicht nur bei der Modulation des Auftretens und der Progression von Diabetes, Osteoporose oder kardiovaskulären Erkrankungen eine Rolle zu spielen, sondern auch bei weniger häufig berücksichtigten Krankheiten wie Morbus Parkinson, da Östrogene die Neuroplastizität des gesamten Nervensystems verbessern.

Die Herausforderung ist folglich eindeutig: Was können wir als Ärzte zur Erhaltung des Lebensgewinns leisten, ohne gleichzeitig zu den mit der Lebensverlängerung einhergehenden, zunehmenden physischen und emotionalen Leiden beizutragen? Und wie sieht der Arzt aus, der zur Modulation des Alternsprozesses der Frauen die besten Voraussetzungen mitbringt? Als „Gesundheitsratgeber“ ist ein guter Hausarzt sicherlich der erste Anlaufpunkt. Die kritische Rolle, die weibliche Sexualhormone bei der Modulation des Alterungsprozesses spielen, besonders in der Menopause [2–4], die Fachkenntnisse, die der Gynäkologe in diesem komplexen Bereich mitbringt, und die Möglichkeit, das gesamte Leben der Frau über „der Arzt der Wahl“ zu sein, geben ihm jedoch eine große Chance und Verantwortung, „der“ Arzt zu sein, der die Frau in ihrer Lebensspannenperspektive betreut.

---

## SEXUALHORMONE UND DER ALTERUNGSPROZESS INSGESAMT

---

In der wissenschaftlichen Literatur sind reichlich Daten zur Beziehung zwischen Sexualhormonen – vornehmlich Östrogenen – und dem Alterungsprozeß nach der Menopause zu finden [2–4]. Kumulative Daten scheinen darauf hinzudeuten, daß die Hormonsubstitutionstherapie die Hinfälligkeit und Morbidität hinauszuzögert und die Gesundheits-erwartung um durchschnittlich 30–40 % zu verbessern vermag, wenn der Hormonersatz über mindestens 5 Jahre erfolgt. Es empfiehlt sich daran zu denken, daß Östrogen eine „lymphähnliche Flüssigkeit“ ist, die den gesamten weiblichen Körper „nährt“: eine Metapher, deren Relevanz seit 1995, als der  $\beta$ -Östrogenrezeptor entdeckt wurde, an Bedeutung gewonnen hat [5–6]. Inzwischen ist abgeklärt, daß Östrogene durch einfache oder erleichterte Diffusion in die Zellen und den Nukleus eindringen. Im Nukleus können sie mit dem  $\alpha$ - oder  $\beta$ -Rezeptor durch Aktivierung einer Kaskade nukleärer Abläufe interagieren, die abhängig sind von: 1. der spezifischen Verteilung von  $\alpha$ - und  $\beta$ -Rezeptoren (da sich in verschiedenen Geweben große Konzentrationsunterschiede in den Zellen finden: Kolon, Lunge und Hirnrinde sind zum Beispiel äußerst reich an  $\beta$ -Rezeptoren und weisen fast keine  $\alpha$ -Rezeptoren auf, während Brust, Endometrium und Hypothalamus eine relativ höhere  $\alpha$ -Rezeptorkonzentration aufweisen, anscheinend aber auch – wenngleich weniger –  $\beta$ -Rezeptoren exprimieren);

2. dem resultierenden Typ und relativen prozentualen Anteil von Dimeren (Homodimere  $\alpha$ - $\alpha$  oder  $\beta$ - $\beta$  oder Heterodimeren  $\alpha$ - $\beta$ ) und der weiteren komplexen Interaktion zwischen Dimeren und der Domäne von Repressor- und Aktivator-Proteinen; 3. dem Zusammenspiel zwischen Steroidhormonen (entweder endogenen oder exogenen, meist jedoch nicht ausschließlich durch die Hormonsubstitutionstherapie) und den sogenannten phenolischen Östrogenen (Phytoöstrogene: Isoflavone, Lignane und Cumarane [7]), da die letzteren eine höhere Affinität zu dem  $\beta$ -Östrogenrezeptor aufweisen, bei dem zunehmend eine antiproliferative Wirkung nachgewiesen wird (Jan-Ake Gustafsson, persönliche Mitteilung). Aufgrund der verbreiteten Diffusion des Östrogenrezeptors in allen weiblichen Geweben ist es inzwischen einfacher zu verstehen, warum die Hormonsubstitutionstherapie und eine ausgewogene, phytoöstrogenhaltige Ernährung den Alterungsprozeß durch einen holistischen Ansatz durchschnittlich um ein Drittel ändern kann. Dies bedeutet, daß die enge, überspezialisierte Perspektive – Knochen versus Herz-Kreislauf versus Gehirn oder Urogenitaltrakt – überwunden wird und mehr die Bedürfnisse der Frau als menschliches Wesen angesprochen werden, um ihr zu helfen, auf die bestmögliche Weise alt zu werden. Die Behandlung muß den Risikofaktoren und spezifischen Organvulnerabilitäten angepaßt werden, jedoch immer unter der Erkenntnis, daß das Altwerden ein alles durchdringender Prozeß ist. Gene, Lebensstil und Sexualhormone tragen alle zu dieser holistischen Auswirkung

auf die Qualität des Alterns einer jeden einzelnen Zelle und eines jeden Gewebes bei. Daran ist stets zu denken, da sektorielle Ansätze in Mode waren und es bedauerlicherweise weiterhin sind.

---

## DER GYNÄKOLOGE UND DIE GESUNDHEITSERWARTUNG VON FRAUEN

---

Der Gynäkologe der Wahl ist der lebenslange ärztliche Begleiter einer Frau. Mit dieser *Lebensspannenperspektive* liegt die Verantwortung zur Verbesserung seines „ärztlichen Impaktfaktors“, das heißt seiner Fähigkeit zu heilen und zu betreuen, bei ihm, um auf diese Weise einen Beitrag zur Erhaltung der *höchstmöglichen Leistungsfähigkeit* und zur *Verhinderung von Morbidität* und so zur *Gesundheitserwartung* einer jeden Frau zu leisten. Er kann den Alterungsprozeß modulieren und optimieren durch:

- Frühzeitige interventionelle Maßnahmen und Interventionen im Erwachsenenleben, die auf maximale Funktionsfähigkeit und Knochenmasse-Peaks und eine optimale Body-Composition (Veränderung der Fett-Muskel-Relation) abzielen. Das schließt die Förderung eines gesunden Lebensstiles mit ein, mit Aktivitäten im Freien, einer ausgewogenen, ballaststoffreichen Ernährung mit viel Obst, Gemüse, Soja und Hülsenfrüchten (und folglich Steigerung einer lebenslang aufgebauten Basis der protektiven Aufnahme von Phytoöstrogenen [7]) mit adäquater

Zufuhr von Pflanzenöl (wie zum Beispiel Olivenöl), einer verminderten Aufnahme von tierischem Eiweiß und tierischen Fetten ebenso wie eine ausreichende Zufuhr von Kalzium (durchschnittlich 1000 g/Tag), Vitamin D, Antioxidantien (wie beispielsweise Vitamin A, C und E) und Vermeidung von übermäßigem Alkohol- und Tabakkonsum; Gesundheits- und Sexualerziehung; Kontrazeption und die Prävention akuter Erkrankungen. Neben einer rein medizinischen Intervention sollte der einfühlsame Gynäkologe die Förderung eines festen Supportsystems anregen, welches dem Anlehnungsbedürfnis durch Zuneigung, Liebe und Freundschaft Boden verleiht und die Motivation zu leben steigern kann [8]. Diese psychologischen Faktoren tragen alle zur Lebensfreude und zur inneren emotionalen Quelle der Kunst des Altwerdens bei. Einsamkeit ist einer der stärksten und dennoch unterbewerteten Faktoren, der das Sich-Ergeben in den Alterungsprozeß und die damit einhergehenden Erkrankungen beschleunigt [8].

- Perimenopausale Interventionen, die auf die Modulation des Einflusses der hormonellen Umstellung auf das körperliche und emotionale Wohlbefinden abzielen [2–3]. Die ärztlichen Interventionen sollten die Qualität des Lebensstils überprüfen. Geachtet werden muß dabei auf die Quantifizierung täglicher Aktivitäten und des Alkoholkonsums. Erst vor kurzem wurde nachgewiesen, daß unzureichende tägliche körperliche Bewegung und

hoher Alkoholkonsum die stärksten kausalen Faktoren für eine Gewichtszunahme in der Perimenopause sind [9]. Vermeidung von Adipositas und folglich damit einhergehender kardiovaskulärer Erkrankungen, von Diabetes, Brust- und Gebärmutterkrebs, weiterhin Kontrolle des Bluthochdrucks und der Schilddrüsenfunktion sowie Kontrolle der Osteoporose sind obligatorisch. Weitere modifizierbare familiäre und persönliche Risikofaktoren sind sorgfältig anhand einer detaillierten Familien- und Eigen-Anamnese zu erheben. Da der Fokus der Interventionsstrategien in bestimmten Fällen geändert werden muß, empfiehlt sich eine Aktualisierung der Krankengeschichte einer Frau spätestens bei Eintritt der Menopause. Die Möglichkeit einer präventiven Hormonsubstitutionstherapie sollte gemeinsam mit der Patientin sorgfältig evaluiert werden, um das Ob, Wer, Wann und Wie lange behandelt werden soll zu optimieren. Es gilt weiterhin zu ermitteln, welches Hormon bezüglich Hormontyp, Verabreichungsmodus, Dosierung, Schema (zyklisch versus kontinuierlich kombiniert, bei vorhandenem Uterus) für die individuelle Patientin zum Erreichen des „goldenen“ klinischen Endpunktes am besten geeignet ist. Sie soll sich unter einer Hormonersatztherapie viel besser fühlen als ohne eine solche Therapie. Hierbei handelt es sich verständlicherweise auch um den wirkungsvollsten Compliance-Faktor [10].

Periodische gründliche klinische Screenings auf Brust- und

Gebärmutterkrebs ebenso wie auf kolorektale und andere pathologische Veränderungen, sind gegebenenfalls anzuregen.

- Therapeutische Interventionen müssen beginnen, sobald der pathologische Vorgang diagnostiziert wird, und sollen Folgendes einschließen: Kontrolle von Bluthochdruck, Hyperlipidämie, Diabetes, Osteoporose, Adipositas und Depression (nicht nur auf die Qualität der geistigen Gesundheit, sondern auch auf ihren potentiell negativen Dominoeffekt auf die Lebensqualität und schlechte Einhaltung der medikamentösen und rehabilitativen Behandlung; Motivation ist das oberste Gebot, besonders beim Alterungsprozeß). Rehabilitationsstrategien sollten bei Erkrankungen des Beckenbodens, Inkontinenz, nach Frakturen, zur Hinauszögerung weiterer Hinfälligkeit (der Behinderungs-Schwelle) und zur Hintanhaltung von Abhängigkeit angeregt werden. Der Hormonsubstitutionstherapie kommt hier ein besonderer Stellenwert zu, wobei eindeutig klar gemacht werden sollte, daß es „niemals zu spät ist, mit dem Hormonersatz zu beginnen“, vorausgesetzt, daß die Dosierung reduziert und an das Alter der Patientin angepaßt wird. Anhand einer vor kurzem durchgeführten prospektiven Studie mit 3,5jähriger Laufzeit, an der über 65jährige Frauen teilnahmen, die mit 0,3 mg konjugierten Östrogenen und 2,5 mg Medroxyprogesteronazetat behandelt wurden, wurde der Nachweis erbracht, daß die Behandlung gegen Osteoporose, zur Lipidreduktion und

zur Steigerung des subjektiven Wohlbefindens wirksam ist [4]. Die einfache und verbreitete Anwendung der Standard-Hormonerstz-Dosierung für jede Frau sollte auf eine an das menopausale Alter, das anagra-phische Alter, das Gewicht, das selektive Organrisiko, die Familien- und Eigen-Anamnese und die Präferenzen der Patientin angepaßte Dosierung umgestellt werden.

---

## SCHLUSSFOLGERUNG

---

Der Gynäkologe wird zum lebenslangen ärztlichen Begleiter einer jeden Frau, zumindest in den westlichen Ländern. Die Länge der von einer Frau genossenen Gesundheitserwartung ist der umfassendste Weg zur Evaluierung des „ärztlichen Impakt-factors“, das heißt also der Fähigkeit, mit der der Gynäkologe durch Präventivmaßnahmen und Behandlungsstrategien einen Einfluß auf ihre lebenslange Gesundheit ausübt. Diese Maßnahmen sind noch wirksamer, wenn die Beziehung zwischen Arzt und Patientin auf gegenseitigem Verständnis, Dialog und Vertrauen beruht [10].

Hierfür ist zwar eine längere Erstkonsultation erforderlich. Wenn jedoch die Behandlung – Lebensstil-Intervention einschließlich Hormonersatz und gegebenenfalls weitere Medikamente – wirklich zufriedenstellend und gut angepaßt ist, dann ist die Frau spontan zur Compliance bereit, gesünder, besser gestimmt und dem Alternsprozeß besser angepaßt. Die in einer gut laufenden Erst- oder Zweitkonsultation „ver-

lorene“ Zeit wird „wieder aufgeholt“, weil ein erhöhtes Wohlbefinden objektiv und subjektiv die Gesundheit insgesamt physisch und emotional widerspiegelt und schließlich zur Steigerung der Gesundheitserwartung führt. Letztendlich sollte dieses Ziel von jedem einfühlsamen Gynäkologen angestrebt werden.

#### Literatur:

1. Lunenfeld B. Aging for men. In: Studd J (ed). The management of the menopause. The millennium review. Parthenon Publishing, London, 2000; 3–10.
2. Studd J (ed). The management of the menopause. The millennium review. Parthenon Publishing, London, 2000; (recommended for a comprehensive up-date).
3. Birkhäuser MH, Rozembaum H. Proceedings of the IV European Congress on Menopause, Vienna. ESKA Ed. Paris, 1998.
4. Recker RR. The bone sparing effect of low dose continuous estrogen and progesterone with calcium and vitamin D in elderly women. Abstract in the Syllabus of "The New Science of HRT", Miami, 2000; 20–2.
5. Kuiper CGJM, Enmark E, Peltö-Huikko M, et al. Cloning a novel estrogen receptor expressed in rat prostate and ovary. Proc Natl Acad Sci 1996; 93: 5925–30.
6. Manassiev N, Keating F, Whitehead M. Selective estrogen receptor modulators: a review for the clinician. In: Studd J (ed). The management of the menopause. The millennium review. Parthenon Publishing, London, 2000; 69–84.
7. Murkies AL, Wilcox G, Davis SR. Phytoestrogens: clinical review. J Clin Endocrinol Metabol 1998; 83: 297–303.
8. Graziottin A. Sexuality in the elderly. In: Birkhäuser MH, Rozembaum H (eds). Proceedings of the IV European Congress on Menopause, Vienna. ESKA ed, Paris, 1998.
9. Crawford SL, Casey VA, Avis NE, McKinlay SM. A longitudinal study of weight and the menopause transition: results from the Massachusetts Women's Health Study. Menopause 2000; 7: 96–104.
10. Graziottin A. Strategies for effectively addressing women's concerns about the menopause and HRT. Maturitas 1999; 33: S15–S23



#### Alessandra Graziottin MD

*Dr. Graziottin ist zur Zeit Direktorin der gynäkologischen Abteilung am San Raffaele Hospital, EUR, Rom, Italien.*

*Sie schloß ihr Medizinstudium 1978 an der Universität von Padova ab. Dort spezialisierte sie sich 1982 auf Gynäkologie und Geburtshilfe und 1985 auf Onkologie. Im Anschluß an ihre fünfjährige Ausbildung zur Psychotherapeutin wurde sie auch in die Nationale Ärztliche Liste für Psychotherapeuten mit Schwerpunkt Sexualwissenschaft aufgenommen. Nach ihrer Facharztausbildung für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Onkologie an den Universitäten von Padua und Genua arbeitete sie als Chefärztin an einem Privatkrankenhaus in Mailand. Sie wurde 1998 zur Direktorin des Schwerpunktzentrums für Sexualmedizin und Gynäkologie sowie des Menopausen-Centers am H. San Raffaele Resnati, Mailand, Italien, ernannt.*

*Dr. Graziottin hat mehr als 200 wissenschaftliche Arbeiten und acht Bücher über verschiedene Aspekte der weiblichen Sexualmedizin, Beckenbodendysfunktion, Hormonsubstitutionstherapie und die Menopause sowie Aufklärungsbroschüren zur Empfängnisverhütung, Menopause und Dyspareunie veröffentlicht. Sie wird häufig als führende Expertein und Referentin zu den Themen Menopause und weibliche Sexualmedizin auf internationale Tagungen eingeladen. Vom Februar bis März 1998 wurde sie von der Australian Menopause Society als Gastprofessorin des Jahres eingeladen und hielt Vorlesungen an den einflußreichsten australischen Universitäten. Im Oktober 1998 wurde sie als einziges Gynäkologen-Mitglied in den Ausschuß der Ersten Internationalen Konsensus-Konferenz zur Weiblichen Sexuellen Dysfunktion eingeladen, die in Boston stattfand. Sie ist ein aktives Mitglied des Ausschusses der Italienischen Menopause-Gesellschaft, der Italienischen Interdisziplinären Beckenboden-Gesellschaft und des Italienischen Menopause-Projektes (Vereinigung von mehr als dreihundert Menopausekliniken in öffentlichen Krankenhäusern in einem allgemeinen Forschungsprojekt).*

*Seit 1984 ist Frau Dr. Graziottin regelmäßige Kolumnistin an italienischen nationalen Tageszeitungen, Frauen- und Gesundheitszeitschriften und tritt als Gast in nationalen Fernseh- und Radioprogrammen auf. Sie setzt sich engagiert für die Gesundheitserziehung von Frauen und die Sexualmedizin ein.*

#### Korrespondenzadresse:

*Alessandra Graziottin MD  
I-10128 Turin, Italien, Via San Secondo 19  
e-mail: graziott@tin.it*

# 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](#)