

Prof. Dr. Mandy Mangler

Die Chef-
ärztin, die
Frauen eine
Stimme gibt.

DLF Kultur

DAS GROSSE GYN BUCH

Selbstbewusst für
den eigenen Körper entscheiden

Sex, Zyklus, Wechseljahre
aus weiblicher Sicht
neu verstehen

Krankheiten erkennen
und therapieren



Insel



Prof. Dr. Mandy Mangler

Das große Gynbuch

Unter Mitarbeit von
Esther Kogelboom und
Regina Carstensen

Illustrationen von
Smilla Leßmann

Insel

Inhalt

10 Die Gynäkologie · Ein konservativ geprägtes Fach

- 13 Verinnerlichte Frauenfeindlichkeit
- 15 Mein Weg in die Gynäkologie
- 19 Patriarchal geprägte Strukturen haben Nachteile für alle

Unser Körper

Was er kann, was er braucht und was ihm Lust bereitet

22 Spieglein, Spieglein in der Hand · Die Anatomie von Vulva und Vagina

- 27 Wie pflege ich meine Vulva?
- 28 Ist Ausfluss normal?
- 29 Runzeln, Haare, Größe: Wie hübsch ist meine Vulva?

32 Klitoris · Die große (!) Unbekannte

- 33 Klitoris zum Nachvollziehen
- 35 Die Geschichte der Entdeckung unseres Lustorgans

38 Eine erfüllte Sexualität

- 43 Von A- bis G-Punkt: die erogenen Zonen von Vulva und Vagina
- 45 Der weibliche Orgasmus in Labor und Wissenschaft
- 48 Lust, zu kommen
- 53 Solosex: schön, gesund und nützlich

56 Der Beckenboden · Was uns im Inneren zusammenhält

- 59 Die Kraft des Beckenbodens testen und trainieren

62 Mythos Jungfernhäutchen · Geschichte einer Täuschung

- 66 Blutungen bei der (ersten) vaginalen Penetration

68 Alles über Brüste

- 69 Warum sie politisch sind
- 71 Evolutionäre Bedeutung und Anatomie der Brust
- 73 Die »Brustwarze« oder Mamille
- 74 »Brust Awareness«, Spannungen, Schmerzen und Zysten
- 75 Der BH

Themen & Phasen

in unserem Leben

- 78 **Meine Gynäkologin und ich · Die Hausärztin für die Frauen**
.....
- 79 Als junges Mädchen
- 80 Eine passende Gynäkologin finden
- 84 Die gynäkologische Untersuchung oder: Es muss nicht immer vaginal sein
- 87 Queere Menschen in Gynäkologie und Geburtshilfe
- 90 **Der Zyklus · Es lohnt sich, ihn gut zu kennen**
.....
- 91 **Startpunkt: die Menstruation**
- Von der Binde bis zur Tasse: Menstruationsprodukte
 - Wenn sie nicht, zu stark oder zu schmerzhaft kommt: Störungen der Menstruation
- 103 **Die Eizelle reift heran: die Follikelphase**
- 105 **Besser als ihr Ruf: die Lutealphase**
- PMS – oder wie Frauen für krank erklärt werden
- 111 Zyklusphasen für sich nutzen
- 113 **Verhütung · Eine ungerecht verteilte Last**
.....
- 114 Wie berechnet sich der Pearl-Index?
- 115 Coitus interruptus
- 115 Kondome und Femidome: schützen auch vor sexuell übertragbaren Krankheiten
- 116 **Natürliche Familienplanung: hormonfrei und vielseitig**
- Knaus-Ogino- oder Kalendermethode
 - Symptothermale Methode: mit Blick auf Basaltemperatur und Zervixschleim verhüten
- 119 Sterilisation
- 120 **Die Pille**
- Pillenpause
 - Die Nebenwirkungen: Thrombosen, Depressionen, Libidoverlust
 - Für wen kann die Pille das richtige Verhütungsmittel sein?
- 128 **Die Dreimonatsspritze**
- 129 **Intrauterinsysteme: die Spirale und ihre jüngeren Schwestern**
- 131 **Jeweils für drei Wochen: der Verhütungsring**
- 131 **Unter die Haut: das Hormonstäbchen**
- 132 **Postkoitalpille: die »Pille danach«**
- 133 **Verhütung für den Mann**
- Vasektomie: Durchtrennung der Samenleiter
 - Vasalge
 - Samenleiterventil
 - Hodenwärmern
- 135 **Verhütung der Zukunft**
- 136 **Sexualisierte Belästigung und Gewalt · Nur Ja heißt Ja**
.....
- 139 **Was kann ich nach einem sexualisierten Übergriff tun?**
- 144 **Fruchtbarkeit und Kinderwunsch · Schwanger werden**
.....
- 145 **Mutterwerden als Standardeinstellung?**
- 148 **Ich möchte schwanger werden**
- Anti-Müller-Hormon & Co.
 - Kann ich meine Fruchtbarkeit stärken?
 - Befruchtungssex: Wann und wie oft, und hilft der Kopfstand danach?
- 155 **Schwanger werden nach der Pille: die Post-Pill-Amenorrhoe**
- 156 **Medical und Social Freezing oder Eizellvorsorge: Kryokonservierung von Eizellen**

- 158 **Was tun, wenn ich nicht so einfach schwanger werde?**
- Endometriose und Fruchtbarkeit
 - Progesteron, das Gelbkörperhormon
 - Clomifen
 - hCG
 - Insemination
 - »Künstliche Befruchtung«: In-vitro-Fertilisation (IVF) und Inzazytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)
- 164 **Ungewollt kinderlos**
- 166 **Schwangerschaft · Die ganz normale Ausnahmezeit**
-
- 167 **Eizelle trifft Spermium**
- 168 **Sichere und unsichere Anzeichen**
- 170 **Wie berechnet man Schwangerschaftswochen und Geburtstermin?**
- 171 **Die Dos and Don'ts**
- Alkohol und Alkoholfreies
 - Nikotin: sehr schädlich
 - Kaffee: ganz in Maßen
 - Medikamente: gut hingucken
 - Kosmetika und Weichmacher
 - Sex: ist gut
 - Sport: ist auch gut
 - Reisen: gern, aber vielleicht nicht überallhin
 - Job: Die Arbeitgeberin ist in der Pflicht
 - Sehr sinnvoll: Impfen gegen Keuchhusten und Grippe
 - Essen: Über Toxoplasmose, Listerien und alles, was gesund ist
- 184 **Cytomegalie**
- 185 **Erbrechen und Übelkeit**
- 188 **Lob der Hebamme**
- Von der weisen Fachfrau zur Masterin der Hebammenwissenschaft
 - Schwangerschaftsbetreuung durch die Hebamme – vor, während und nach der Geburt
- 192 **Pränataldiagnostik: Ultraschall und Bluttests**
- Ersttrimester-Screening: die frühe Feindiagnostik
 - Der NIPT-Test: nicht invasiver Pränataltest zur Erkennung von Trisomien
 - Die späte Feindiagnostik
 - Der Ultraschall vor der Geburt
 - B-Streptokokken
- 198 **Gestosen – schwangerschaftsbedingte Erkrankungen**
- Präeklampsie
 - HELLP-Syndrom
 - Schwangerschaftsdiabetes
- 203 **Es geht (zu früh?) auf die Geburt zu**
- Zervixinsuffizienz und Frühgeburtlichkeit
 - (Vorzeitiger) Blasensprung
- 208 **Die Geburt · Eine existenzielle Situation**
-
- 209 **Geburtsvorbereitung: Was kann ich tun?**
- Von klassisch über hypnotisch bis achtsam
 - Ich habe Angst! Geburt und Psyche
 - Wohnzimmer, Geburtshaus oder (hebammengeleiteter) Kreißsaal – wo bekomme ich mein Kind?
- 215 **Wie wollen wir gebären?**
- Es geht in die richtige Richtung – wenn auch langsam
- 220 **Es geht los!**
- Latenzphase und Eröffnungsphase
 - Austrittsphase
 - Gegen den Schmerz: Von Akupressur über Elektrostimulation bis PDA
- 225 **(Wunsch-)Kaiserinschnitt: *Sectio caesarea***
- Primärer und sekundärer Kaiserinschnitt
 - Was geschieht nach der OP?
 - Die Diskussion um den Kaiserinschnitt
- 231 **Besondere Kindslagen: Sternenguckerin, Beckenendlage, Querlage, Schulterdystokie**
- Sternenguckerin oder Gleichblick
 - Beckenendlage und äußere Wendung
 - Querlage
 - Schulterdystokie

- 233 **Direkt nach der Geburt des Babys**
- Auspulsieren und abnabeln
 - Die Plazentageburt
 - Das Bonding mit dem Baby
- 235 **Das Wochenbett · Ankommen und Hormonumstellung**
-
- 236 **Die einzelnen Phasen**
- Woche eins
 - Woche zwei
 - Woche drei
 - Die Wochen vier bis acht
- 239 **Ist das noch der Babyblues oder schon eine Wochenbettdepression?**
- Vorbeugen mit Schlaf, Verständnis und guter Ernährung
- 241 **Die Ernährung des Säuglings**
- Das Baby stillen
 - Stillen als Verhütungsmethode
 - Ersatzmilch und Abpumpen
- 246 **Sex im Wochenbett und danach**
- 249 **Aborte oder kleine Geburten · Die sogenannten Fehlgeburten**
-
- 250 **Blutungen in der Schwangerschaft – nicht immer droht ein Abort**
- 251 **Windei und Molenschwangerschaft**
- 252 **Extrauterinschwangerschaften – im Eileiter oder Bauchraum**
- Klinische Symptome
 - Therapie der Eileiterschwangerschaft
 - PUL: die nicht lokalisierbare Schwangerschaft
- 256 **»Missed abortion« – und wie es weitergehen kann**
- Option 1: Abwarten
 - Option 2: Medikamente
 - Option 3: Operation
- 260 **Komplikationen: Febrile Aborte und Asherman-Syndrom**
- 260 **Nach dem Abort**
- 261 **Der Umgang mit dem Verlust**
- 263 **Antikörpertherapie und Rhesusprophylaxe**
- 265 **Wenn es mehrmals hintereinander geschieht – habituellem Abort**
- 266 **Spätabort/Stillgeborene**
- 268 **Der selbstbestimmte Schwangerschaftsabbruch**
-
- 271 **Das Vorgehen bei einer unerwünschten Schwangerschaft**
- Medikamentöser Schwangerschaftsabbruch
 - Telemedizinischer Abbruch
 - Operativer Schwangerschaftsabbruch
- 275 **Und danach?**
- 276 **Späte Schwangerschaftsabbrüche und Fetozide**
- 278 **Wechseljahre und Postmenopause · Eine starke Zeit**
-
- 279 **Ein Lebensabschnitt – viele Vorbehalte**
- Namen einer Lebensphase
- 284 **Alles im Umbruch: Was passiert jetzt im Körper?**
- Prä-, Peri- und Postmenopause: Stufen des Wandels
 - Wenn der Zyklus zu früh aus dem Rhythmus kommt
- 289 **Wechseljahre und weibliche Organe**
- Die Eierstöcke: auch jenseits der Menopause wichtig
 - Die Gebärmutter: vom Aufruhr zur Ruhe
 - Die Brust: großflächiger Umbau
- 290 **Hitzewallungen und andere Beschwerden**
- Hitzeschübe – wie sie entstehen, was hilft
 - Die Hormonersatztherapie: ein Allheilmittel?
 - Ein schwacher Beckenboden und die Folgen
 - Osteoporose
 - Trockenheit in Vulva und Vagina
 - Nicht nur hormonbedingt: Schlafstörungen
 - Depressionen und depressive Verstimmungen
- 307 **Partnerschaft und Sexualität: anders und stärker**
- 308 **Lust am Altern**

Gesundheit & Krankheit

Vorsorgen, schützen und heilen

312 **Vorbeugen · Immer eine gute Investition**

312 **Freudige und tragische Ereignisse – und alles dazwischen**

313 **Krankheiten haben oft mehr als eine Ursache**

314 **Vorsorge: Den Erkrankungen einen Schritt voraus**

316 **Gesund leben · Speziell für Frauen**

316 **Ungünstige und positive Einflüsse**

- Nikotin: eine echte Übeltäterin
- Alkohol: am besten so wenig wie möglich
- Harte Drogen: keine gute Idee
- Schädlich, doch manchmal auch nützlich: Cannabis
- Ernährung, Gewicht und Bewegung: Stellschrauben mit großer Wirkung

326 **Was sich sonst noch auf die Gesundheit auswirkt**

- Stress
- Psychische Faktoren
- Sex, Lust und Sinnlichkeit

330 **Myome, Endometriose und andere gutartige Krankheiten**

330 **Myome – Knoten in den Muskeln der Gebärmutter**

- Wachsen? Ruhen? Myome sind nicht immer berechenbar
- Therapie: Wann sie nötig ist und welche Möglichkeiten es gibt
- Manchmal unumgänglich: die Operation
- Alternative Behandlungsmethoden
- Von der Ernährung bis zu grünem Tee: Myom-Prävention

346 **Polypen – Gewebearhängsel in der Gebärmutter**

346 **Endometriose – eine mysteriöse Krankheit im Verborgenen**

- Bis heute ein Rätsel: Wie entsteht Endometriose?
- Welche Erscheinungsformen gibt es?
- Ein ständiger Wandel: Wie die Krankheit verläuft
- Meist langwierig: Diagnose und Therapie
- Inseln der Selbstwirksamkeit

358 **Fehler im System: Gutartige Erkrankungen der Eierstöcke**

- Zysten am Eierstock
- PCO-Syndrom (PCOS)

369 **Harnwegsinfekte, Pilze und Entzündungen im Genitalbereich · Wenn die natürliche Abwehr durcheinanderkommt**

369 **Eine bakterielle Schranke: das Mikrobiom von Vulva und Vagina**

- Wann das Mikrobiom aus dem Gleichgewicht gerät
- Wie man die nützlichen Bakterien unterstützen kann

373 **Blasenentzündung (Zystitis)**

- Wärme, Tee und Einfachzucker: vorbeugen und therapieren
- Sich impfen lassen

377 **Pilzerkrankungen**

379 **Bakterielle Vaginose**

381 Sexuell übertragbare Krankheiten · Ihr großes Comeback

384 HIV

- Der Verlauf der Erkrankung
- Einer Ansteckung vorbeugen: die Präexpositionsprophylaxe
- Für den Notfall: die Postexpositionsprophylaxe
- Therapie einer HIV-Erkrankung
- HIV und Schwangerschaft

390 Syphilis (Lues)

- Die vier Stadien der Krankheit
- Behandlung: je eher, desto besser

394 Tripper (Gonorrhö)

- Früh behandeln, um die Eileiter zu schützen
- Prävention – eigentlich ganz einfach

396 Weitere sexuell übertragbare Krankheiten, vor denen wir uns schützen sollten

- Chlamydien
- Herpes genitalis
- Trichomoniasis
- Hepatitis A, B und C

401 Krebserkrankungen · Auf dem Weg zu einer individualisierten Therapie

405 Was ist Krebs eigentlich?

408 Von Operation bis Antikörper: die wichtigsten Therapieformen

- Operation
- Chemotherapie
- Strahlentherapie
- Radiochemotherapie
- Therapien, die das Immunsystem einbeziehen
- Antihormonelle Therapie
- Supportivtherapie
- Alternative Wege

419 Heilung

420 Brustkrebs (Mammakarzinom)

- Aktiv vorbeugen, Risikofaktoren entgegenreten, Heilungschancen stärken
- Vorsorge und Diagnose
- Brustkrebs in der Medizingeschichte
- Formen von Brustkrebs
- Am Puls der Forschung: Brustkrebstherapie
- Perspektiven

446 Eierstockkrebs (Ovarialkarzinom)

- Ein Tumor, der sich nicht leicht entdecken lässt
- Eine Entscheidung mit Tragweite: Prävention bei Gen-Mutationen
- Eisprünge als Risikofaktor
- Symptome, die auf Eierstockkrebs hinweisen
- Therapie
- Heilungsperspektiven

454 Krebs des Gebärmutterkörpers (Endometriumkarzinom)

- Symptome und Diagnose
- Therapie: Oft genügt eine gezielte Operation
- Auch genetische Faktoren spielen eine Rolle
- Risikofaktoren und Möglichkeiten der Prävention

457 Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom)

- Die Rolle des Humanen Papillomvirus (HPV)
- Risikofaktor Nikotin
- Früherkennung: Pap-Abstrich, Screening, erweiterte Methoden
- Diagnose und Therapie

468 Das Vulvakarzinom

- Selbstbetrachtung – ein wirksames Mittel zur Früherkennung
- Diagnose und Therapie

472 Die Zukunft der Gynäkologie · Selbstbestimmt und digital

476 Stichwortverzeichnis

483 Auswahl der wichtigsten Literatur

494 Dank

Ein konservativ geprägtes Fach

Die Gynäkologie

Manchmal ist es eine Herausforderung, einen weiblichen Körper zu haben – einen Zyklus, eine Menstruation und Brüste. Es ist eine Herausforderung, Sexualität aus weiblicher Perspektive zu leben, schwanger zu sein oder es gerade nicht werden zu wollen und durch die Wechseljahre zu gehen. Mit einem weiblichen Körper krank zu sein, ist es sowieso. Denn oft ist der klare Blick darauf verstellt durch alte Rollenbilder, Projektionen und Mythen – auch und gerade in der Medizin, wo man immer noch vom Mann als Norm ausgeht. Selbst unseren eigenen Blick auf unseren Körper prägen diese Vorstellungen und nehmen damit Einfluss auf unser ganzes Leben.

Wie alle medizinischen Fachrichtungen ist auch die Frauenheilkunde lange Zeit eine durch und durch männlich geprägte Wissenschaft gewesen. Im deutschen Sprachraum wurden erst Anfang des 20. Jahrhunderts Frauen an den Universitäten voll zugelassen. Zwar hat die Frauenheilkunde mit circa 77 Prozent Gynäkologinnen und 23 Prozent Gynäkologen heute insgesamt mit den größten Frauenanteil unter den medizinischen Fächern. In den Spitzenpositionen allerdings, bei den Leitungen der Fachabteilungen, Lehrstühle und Kliniken, sind 81 bis 87 Prozent von Männern besetzt. Und an der Spitze des Berufsverbandes für Gynäkologie stand noch überhaupt nie eine Frau. Damit sind selbst in der Frauenheilkunde auf Jahre, wenn nicht Jahrzehnte hinaus die Ausbildung, die Leitlinien für die Behandlung und die vorherrschende medizinische Meinung von Männern geprägt. Das hat ernste Folgen für die Sicht auf die Patientinnen, für ihre Gesundheit und auch für ihr Selbstbild. »Nirgendwo in der Medizin gibt es so viel Macht über Frauenkörper wie in der Gynäkologie«, sagt die ehemalige Vizevorsitzende des Deutschen Ärztinnenbundes, Prof. Gabriele Kaczmarczyk, die lange als Frauenbeauftragte an der Berliner Charité gearbeitet hat.

In der Medizin ganz allgemein ging man lange Zeit davon aus, dass Frauenkörper den Männerkörpern so ähnlich wären, dass man Frauen einfach als etwas kleinere Männer mitdenken könnte. So wurden in den meisten Medikamentenstudien bis in die 1990er-Jahre überhaupt keine Frauen als Probandinnen eingeschlossen – zu groß war die Angst,

sie könnten unterdessen schwanger werden und die Medikamente das ungeborene Kind schädigen. Seither ist ein Veränderungsprozess in Gang gekommen, aber von einer sinnvollen Repräsentation von Frauen sind wir weit entfernt. Es ist aufwendiger, sie in den Studien zu berücksichtigen, denn dann ist es notwendig, den Zyklus der Frau mitzudenken und auch zu unterscheiden zwischen Frauen vor und nach den Wechseljahren, zwischen Personen, die hormonell verhüten, und welchen, die das nicht tun. Um zu soliden Ergebnissen zu kommen, wäre es sogar notwendig, mehr Frauen als Männer in Studien einzuschließen.

Frauenkörper sind nicht nur anatomisch, sondern auch immunologisch, genetisch und hormonell anders als Männerkörper – Unterschiede, die sich in jedem Fachgebiet auswirken. Deswegen brauchen sie eine auf sie zugeschnittene Medizin. Dass dieses Wissen in der Breite nicht konsequent umgesetzt wird, kann lebensgefährlich werden. Ein klassisches Beispiel ist der Umstand, dass Frauen nach einem Herzinfarkt prozentual häufiger sterben als Männer, weil sie andere Symptome zeigen. Diese sind aber weniger bekannt. Die Ernsthaftigkeit ihrer Erkrankung wird deshalb, etwa in der Notaufnahme, öfter übersehen, und sie werden nicht schnell genug behandelt.

Nun würde man meinen, dass diese Übertragung von ursprünglich für Männer entwickelten Therapien, die für Frauen nicht so ganz passen, in der Gynäkologie kaum ein Problem sein kann – schließlich geht es hier ja von vornherein explizit um den weiblichen Körper. Doch weit gefehlt. Die Dosierung von Medikamenten ist ein Beispiel dafür, wie auch in der Frauenheilkunde auf Forschung an Männerkörpern zurückgegriffen wird. Dabei verkennt man, dass diese Medikamente auf Frauen anders wirken und zum Beispiel mehr oder andere Nebenwirkungen nach sich ziehen.

Viele Probleme einer männlich dominierten Gynäkologie resultieren jedoch auch daraus, dass der Blick eines Arztes auf den weiblichen Körper naturgemäß ein anderer ist als der der Patientin selbst und der einer Ärztin. Bestimmte Forschungsfragen stellen die Männer in den Entscheidungspositionen und den entsprechenden Forschungsgruppen einfach nicht, weil sie ihre Relevanz nicht im Blick haben. Sie sehen den Frauenkörper aus ihrer männlichen Perspektive. Ich habe einige Zeit gebraucht, um diesen Mechanismus zu verstehen.

Wenn man im Krankenhaus einen venösen Zugang legt, um eine Infusion zu platzieren, kann dieser Zugang »para« liegen, also daneben, und

dann fließt auch die Infusion daneben. So liegt auch ein Teil der Gynäkologie ein wenig »para«. Immer wieder leicht daneben.

Die davon berührten Bereiche sind vielfältig. Das fängt bei den Begrifflichkeiten an. Zum Beispiel werden Vulva und Vagina immer noch unter dem Begriff »Scheide« zusammengefasst, was eine unzulässige Vereinfachung ist. Es wird auch immer noch vom »Jungfernhäutchen« gesprochen – obwohl nichts dergleichen existiert. Verhütung ist ein großes Thema, das ungleich zwischen den Geschlechtern verteilt ist. Wir setzen, auch in der Gynäkologie, nach wie vor viel zu oft Sexualität mit der Penetration der Vagina gleich. Vielfach wird nicht konsequent umgesetzt, dass für einen Schwangerschaftsabbruch kein Klinikaufenthalt nötig ist, sondern er mithilfe eines Medikaments auch zu Hause erfolgen kann. Oder dass eine Frau immer, auch als Gebärende im Kreißaal, Chefin über ihren Körper sein kann und sollte.

Operationen wie zum Beispiel Gebärmutterentfernungen werden durchgeführt, ohne dass überhaupt klar ist, was dies für die Körperintegrität, Sexualität und Orgasmusfähigkeit der Patientin bedeutet. Die Forschungsgruppen, die sich wissenschaftlich mit der Hysterektomie befassen, stellen dazu keine zielgerichteten Fragen. Sie fragen nach den Folgen für die vaginale Penetration, nicht aber nach den Folgen für die Orgasmusfähigkeit der Patientin. Infolgedessen gibt es dazu auch keine adäquate Information.

Einmal diskutierte ich während eines Kongresses mit ein paar männlichen Kollegen die Nebenwirkungen einer bestimmten Operationstechnik in Bezug auf die weibliche Sexualität. Ein Kollege verkündete, die Lubrikation, also die Befeuchtung der Vagina, sei durch den Eingriff unverändert und damit auch die weibliche Sexualität. Ich fragte ihn, was denn mit der Klitoris sei. Ist die Patientin nach der OP noch in der Lage, Lust zu empfinden? Der Kollege schaute mich ratlos an. Die Klitoris und die weibliche Lust hatte er gar nicht in seine Überlegungen einbezogen – wohl aber war es ihm aus seiner männlichen Perspektive wichtig, dass die Vagina der Frau weiterhin befeuchtet ist und damit penetrierbar bleibt. Allerdings zeigen Studien, dass Vulva und Vagina auch feucht werden können, wenn eine Stimulation erfolgt, die gar nicht als erregend empfunden wird. Die Diskussion endete damit, dass der Kollege fassungslos den Raum verließ und sich draußen sammeln musste. Sein Weltbild war erschüttert worden, und es fiel ihm schwer, damit umzugehen.

Deutschlandweit wurde bis vor Kurzem auf keinem deutschen OP-Aufklärungsbogen die Vulva korrekt abgebildet. Es fehlte dort die Klitoris, unser Lust- und Orgasmusorgan. Mit Hartnäckigkeit und in Zusammenarbeit mit der klugen Redaktion dieser Aufklärungsbögen habe ich schließlich eine Korrektur bewirken können, die 2023 umgesetzt wurde. Das Argument gegen eine korrekte Abbildung der Klitoris war: Das ist zu kompliziert. Das verstehen die Frauen nicht. Das mag schon sein, wenn sie direkt vor einer Operation zum ersten Mal davon hören, dass ihre Klitoris vier Schenkel hat und tief in den Körper hineinreicht. Aber dann ist es doch allerhöchste Zeit, dass sie davon erfahren (mehr dazu ab S. 32). Mit dem gleichen Argument könnte man dafür plädieren, es wäre besser gewesen, der Menschheit vorzuenthalten, dass die Erde doch keine Scheibe ist.

Verinnerlichte Frauenfeindlichkeit

In unserem Podcast »Gyncast« arbeite ich als Ärztin zusammen mit Esther Kogelboom vom *Tagesspiegel* und Anna Kemper von der *Zeit*, zu Beginn auch mit der Journalistin Julia Prosinger. Den Mythen, denen wir darin auf den Grund gehen, liegt häufig eine von uns allen auch selbst verinnerlichte Misogynie, also Frauenfeindlichkeit, zugrunde. Ein Körper, und ganz besonders ein Frauenkörper, ist niemals neutrales medizinisches Terrain. Keine von uns kann sich vollkommen von den überlieferten Zuschreibungen und Zugriffen freimachen, denen der weibliche Körper von jeher ausgesetzt ist – als Lustobjekt oder Gefäß zum Austragen der Nachkommen. Und selbstverständlich wirken diese Vorstellungen auch in die Medizin hinein.

In unserem Podcast wollten wir Gesundheitsinformationen vermitteln und zunächst nur zehn Folgen aufnehmen. Doch war zu jedem gynäkologischen Thema, das wir betrachtet haben, noch so viel mehr zu sagen, und wir stießen in allen Ecken auf so viel Staub, den es zu entfernen galt, dass wir inzwischen ohne ein definiertes Ende mit dem Format weitermachen – auch dank des enormen Rücklaufs der Hörerinnen. Wir konnten damit ein interaktives Format etablieren, in dem wir Umfragen starten und Statistiken erheben, die auch wissenschaftlich interessant sind. Wir merken: Der Aufklärungsbedarf ist groß, und zwar in jeder Generation. Auch dies hat uns dazu bewogen, dieses Buch zu schreiben.

Ich möchte darin in einer ausdrücklich und kompromisslos frauenzentrierten Sichtweise über unseren Körper, über seine Gesundheit, aber auch über mögliche Krankheiten und deren Therapien aufklären. Bei vielen Themen rund um unseren Körper bestehen selbst bei sehr gut informierten Patientinnen eklatante Informationslücken und Irrtümer, das stelle ich immer wieder fest.

In meinem täglichen Wirken als Ärztin versuche ich die Menschen, die zu mir kommen, zu verstehen, ihre Bedürfnisse und Krankheiten zu erkennen und in ihrem Leben eine positive Wirkung zu erzielen. Sei es durch das Heilen einer Erkrankung oder durch die Stärkung der eigenen Kräfte und des eigenen Wissens. Ich kann mich darum kümmern, dass meine Patientinnen, die sich aufgrund einer Erkrankung oder bei einer Geburt in einer verletzlichen Situation befinden, selbstbestimmt gesünder werden beziehungsweise gestärkt weiterziehen können.

Und genau hier schließt sich dieses Buch an: Ich möchte, dass es die Leserin mit einem größeren Wissen über ihren Körper ausstattet und sie ermutigt, bei der Ärztin die richtigen Fragen zu stellen und selbstbewusst und auf Augenhöhe zu einer Behandlung zu gelangen, die zu ihr passt. Ich wünsche mir, dass es den einen oder anderen Perspektivenwechsel anregt, der das Leben der Leserin im Kleinen oder im Großen zum Positiven verändert. Und ich möchte bewirken, dass die Leserinnen sich in ihrem Körper wohlfühlen, dass sie gut für ihn sorgen und möglichst gesund bleiben.

Ein Wort dazu, *wie* ich in diesem Buch schreibe: Die Fachzeitschrift, die die meisten Gynäkologinnen in Deutschland lesen, heißt »Frauenarzt«. Mit einigen Kolleginnen des Berliner Berufsverbands habe ich eine Petition ins Leben gerufen, die darauf abzielt, die Zeitschrift umzubenennen. Circa 5000 Menschen haben unterschrieben, darunter mehrere Hundert Gynäkologinnen. Obwohl der Titel aus der Zeit gefallen ist, wurde die Zeitschrift bisher nicht umbenannt. Ich fühle mich durch das Wort »Frauenarzt« nicht angesprochen. Ich bin kein Frauenarzt, ich bin Frauenärztin. Für dieses Buch habe ich mich entschieden, bis auf einige begründete Ausnahmen das generische Femininum zu benutzen, so wie ich es auch in meinem täglichen Leben tue: Ich spreche also von Gynäkologinnen und Frauenärztinnen, von Patientinnen und Forscherinnen und meine damit alle Geschlechter gleichermaßen. Dabei ist mir bewusst, dass das Wort »Frauenärztin« schon in seinem ersten Wortteil manche queeren Menschen ausschließt, die uns Gynäkologinnen gleichwohl konsultieren.

Daher wechsele ich ab und schreibe manchmal bewusst neutral auch von Menschen oder Personen, die in unsere Praxen kommen. So hoffe ich, dass sich alle meine Leser*innen, ungeachtet ihrer Geschlechtsidentität, angesprochen fühlen können.

Vielleicht lesen Sie dieses Buch von vorne bis hinten, vielleicht blättern Sie zu den Kapiteln, die gerade für Sie selbst, Ihre Töchter, Mutter, Tanten, Nichten, Freundinnen und lieben Menschen wichtig sind? Jedenfalls freue ich mich sehr, wenn wir von hier an zu Verbündeten werden und das Buch Ihnen wie eine Freundin mit gynäkologischem Wissen zur Seite steht.

Mein Weg in die Gynäkologie

Während meines Medizinstudiums im Berlin der Jahrtausendwende war ich lange Zeit unsicher, welche Fachrichtung ich einschlagen sollte. Mit dem Fach Frauenheilkunde hatte ich über Jahre hinweg so gut wie gar keine Berührungspunkte, allgemein hat es keinen großen Stellenwert im Medizinstudium. In der Lehre wird ihm nicht viel Zeit gewidmet, die gesellschaftspolitische Komponente komplett ausgeblendet. Frauenheilkunde aus der spezifischen Perspektive der Frau, zum Beispiel wenn es um weibliche Sexualität geht oder um Schwangerschaftsabbrüche, von denen jährlich in Deutschland immerhin circa 100 000 durchgeführt werden, oder aber eine Betrachtung des für uns so alltäglichen BHs aus einer medizinisch-wissenschaftlichen Perspektive – in der universitären Lehre findet dies selten bis nie seinen Platz.

Erst gegen Ende meines Studiums überlegte ich konkreter, welche Fachrichtung ich wählen sollte. In einer seltsam plötzlichen Eingebung wurde mir klar: Ich bin Gynäkologin. Inzwischen bin ich Chefärztin zweier Berliner Vivantes-Kliniken und damit, wie oben schon ausgeführt, als Frau in der Minderheit. In einem Fach, in dem mittlerweile mehrheitlich Frauen arbeiten und die Patientinnen weiblich sind, finden sich in der deutschen Hauptstadt nur drei weibliche Chefärztinnen – von insgesamt 21. In der Universitätsmedizin sieht es nicht besser aus: Als ich mit Mitte 30 in der Charité für ein Jahr zur kommissarischen Chefärztin der Gynäkologie wurde, war ich die erste Frau in dieser Position und bin die bisher einzige geblieben.

An einem Mangel an qualifiziertem weiblichem Nachwuchs kann das nicht liegen. In einer kürzlichen Zählung der Bundesärztekammer kam

man auf bundesweit 18 427 Gynäkologinnen, davon 77 Prozent weiblich. Deutschlandweit nähert sich der Anteil der Oberärztinnen an den Unikliniken in der Gynäkologie der 70-Prozent-Marke. Aber die Berufungskommissionen sowohl für die Professuren als auch für die Führungspositionen in den Kliniken sind überwiegend männlich besetzt, und es fehlen moderne Karriereangebote wie das »Job Sharing«, also die Möglichkeit, eine Führungsaufgabe zu teilen.

Umso öfter versuche ich, mich in meiner Funktion als Klinikleiterin öffentlich zu äußern und auch unbequeme Forderungen zu stellen. Ich denke, dass meine Stimme in Vertretung der vielen Frauen und Familien gehört werden sollte. Deswegen habe ich entschieden, mich im Berufsverband der »Frauenärzte« Berlins zu engagieren. Außerdem repräsentiere ich als gewählte Vertreterin auch die Berliner Chefärzte und Chefärztinnen. Bis vor Kurzem war ich Vorsitzende der sehr traditionsreichen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in Berlin, als dritte Frau nach 120 männlichen Vorsitzenden seit 1840.

Als mir 2022 der Berliner Frauenpreis verliehen wurde, hat mich das sehr gerührt. Wir befanden uns im Roten Rathaus, dem Sitz der Bürgermeisterin. Die Gesundheitssenatorin und die Staatssekretärinnen verliehen mir den Frauenpreis des Landes Berlin. An diesem Abend sprachen wir über die strukturelle Vernachlässigung von Themen, die für Frauen wichtig sind, zum Beispiel auch darüber, dass die weibliche Anatomie in Studien kaum erforscht wird.

Eines meiner Anliegen ist es in diesem Zusammenhang, bei gynäkologischen Kongressen die Frauenquote anzuheben: Durchschnittlich liegt sie in der Gynäkologie bei 21 Prozent. Es gibt zahlreiche »*all male panels*«, also gynäkologische Veranstaltungen, bei denen auf dem Podium nur Männer über Frauenerkrankungen oder weibliche Sexualität sprechen. Ich kontaktiere dann häufig die Kongressleitung, frage, warum die Frauenquote so niedrig ist, und biete an, bei der Rekrutierung von Referentinnen zu unterstützen. Oft erhalte ich ablehnende Antworten, man ist sich keiner Schuld bewusst. Die gängigste unter den Standardausreden ist: »Wir haben keine qualifizierte Frau gefunden.« Auch deswegen habe ich gemeinsam mit meiner großartigen Kollegin, der Brustspezialistin Dr. Marion Paul, 2021 den Berliner Krebskongress organisiert und nur weibliche Referentinnen eingeladen. Wir wollten damit ein Zeichen setzen und konnten dieses Argument entkräften. Wir hätten ein wochenlanges Pro-

gramm füllen können mit hochkarätigen Referentinnen; es war leicht, sie zu finden. Manchen Kongressorganisatorinnen ist eine gerechte Besetzung der Podien schlicht kein Anliegen, sie finden, »der Beste« solle zum Vortrag eingeladen werden. Eine mehrfache, sich selbst verstärkende Diskriminierung: Frauen haben es strukturell schwerer, eine Spitzenposition zu erlangen. Und dann werden sie, weil sie die nicht innehaben, nicht auf Podien eingeladen, was ja wiederum karrierebildend wäre. Ich finde, dass jedes Mal hinterfragt werden sollte, warum man Frauen keine Stimme gibt.

Die führenden Medizinzeitschriften haben dies längst begriffen. Die internationale Lancet-Gruppe mit 18 Medizinjournalen hat 2019 einen »Diversity Pledge« formuliert, um die Frauenquote und die Repräsentation von Frauen in der Medizin zu erhöhen, und für männlich besetzte Podien das Wort »Manel« geprägt – eine Kombination aus »Man« und »Panel«. Das »Berliner Ärzteblatt« wurde von der starken Berliner Ärztekammer progressiv umbenannt in »Berliner Ärzt:innen«.

In meiner Klinik arbeiten überwiegend Oberärztinnen und ein Oberarzt. Man könnte mich nun fragen, warum ich die Stellen nicht paritätisch besetze. Dies würde ich in einem anderen Setting sehr wahrscheinlich tun. Doch ich möchte die 77 Prozent der Frauen in der Frauenheilkunde abbilden. Außerdem möchte ich die ungerechten Quoten anderer Abteilungen ausgleichen.

Auch gibt es Studien, die darauf hindeuten, dass es tatsächlich einen Unterschied macht, ob eine Person von einer Medizinerin oder einem Mediziner behandelt wird. Eine Untersuchung hat aufgezeigt, dass die Wahrscheinlichkeit, dass ein operierter Mensch 30 Tage nach seiner Entlassung aus dem Krankenhaus noch lebt, größer ist, wenn eine Ärztin operierte, als wenn ein männlicher Mediziner am OP-Tisch stand. Der kranke Mensch wird seltener erneut eingewiesen, es gibt weniger Komplikationen, und der Krankenhausaufenthalt ist im Mittel kürzer. Die Forschenden kamen zu dem Schluss, dass männliche und weibliche Operierende Medizin anders praktizieren: »Frauen halten sich eher an die Leitlinien einer Klinik, wenden mehr präventive Maßnahmen an, kommunizieren patientenorientierter, erledigen Standarduntersuchungen genauso gut oder besser, leisten mehr psychosoziale Beratung.«

Die Studien enthielten weitere Thesen: Eine davon ist, dass die wenigen weiblichen Operateurinnen, die sich in dem stark kompetitiven Umfeld

durchgesetzt hatten, schlichtweg fachlich besser waren, außerdem, dass Frauen Medizin ganzheitlicher verstehen und dadurch komplexere Therapien anschließen, die in mehr Gesundheit resultieren.

Eine Studie, die sich damit beschäftigte, ob die Übereinstimmung des Geschlechts zwischen Patientin beziehungsweise Patient und Operateur beziehungsweise Operateurin eine Auswirkung auf das Ergebnis hat, kam zu dem Schluss, dass insbesondere die Kombination weibliche Patientin – weibliche Operateurin ein niedrigeres Risiko für Komplikationen birgt. Insgesamt ein interessantes Feld, das weiterer Untersuchungen bedarf.

Die erste Frau, die 1919 in Deutschland im Fach Medizin, aber auch überhaupt habilitierte und damit eine Lehrbefugnis erwarb, war Adele Hartmann. Sie hatte dafür hart kämpfen müssen. Heutzutage findet man über sie sehr wenig, kaum ein Bild, kaum einen Nachweis. Männer derweil haben es perfektioniert, ihre Namen ständig zu wiederholen und sich so gegenseitig zu bestärken und in eine Tradition zu setzen. Medizinprodukte, Krankheiten und Operationstechniken heißen oft so wie ihre Erfinder oder Entdecker. Menschen wie Adele Hartmann dagegen hat man vergessen und erst sehr spät minimal gewürdigt – 2002 etwa mit der Benennung einer Straße in München. Die Adele-Hartmann-Straße befindet sich in der Nähe des Klinikums Großhadern, ist 70 Meter lang und endet in einer Sackgasse. Das nach ihr benannte Programm an der Ludwig-Maximilians-Universität soll nun die Berufung von Professorinnen fördern. Das ist schön, aber vergleichsweise wenig. Dass ich 94 Jahre nach ihr ebenfalls habilitieren konnte, verdanke ich auch Adele Hartmann und allen anderen, die dafür die strukturellen Voraussetzungen geschaffen haben.

Betrachten wir zum Vergleich Rudolf Virchow. Er war in seiner Zeit ein bekannter Mediziner und Politiker, begann 1843 als »Unterarzt« an der Charité, hat sehr viele klinische Beobachtungen, Tierexperimente und Leichenöffnungen durchgeführt. Auch Virchow musste sich wie Hartmann zunächst gegen ältere Ärzte durchsetzen, die ihn anmaßend fanden und seine Leistungen verkannten.

Seine Frau Rose Mayer war die Tochter des bekannten und einflussreichen Gynäkologen Carl Wilhelm Mayer, und Roses Brüder wurden in bester Familientradition Ärzte. Rose wäre 100 Jahre später sicherlich auch Ärztin geworden – da sie aber 1832 geboren wurde, durfte sie nicht studieren. Stattdessen bekam sie sechs Kinder mit Rudolf Virchow, der von ihrem Vater beruflich sehr unterstützt wurde, und organisierte das

gemeinsame Privat- und Sozialleben. Sie sorgte dafür, dass er sich um nichts als die Medizin und seine Karriere kümmern musste. Dennoch hat Rudolf Virchow zeit seines Lebens Frauen nicht nur *nicht* unterstützt, er setzte sich aktiv gegen das Medizinstudium für Frauen ein. Zu Rudolf Virchows 200. Geburtstag hielt ich als Vorsitzende der Berliner Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie ihm zu Ehren einen Vortrag. Je tiefer ich mich in sein Lebenswerk eindachte, desto klarer wurde mir, dass er ohne seine Frau Rose niemals die gleiche Leistung hätte erbringen können. Auch deshalb beendete ich meinen Vortrag mit der Forderung, das »Rudolf-Virchow-Klinikum« der Charité in »Rose-und-Rudolf-Virchow-Klinikum« umzubenennen.

Patriarchal geprägte Strukturen haben Nachteile für alle

Vor Kurzem hat mich ein Brandenburger Journalist interviewt. Die Schlagzeile seines Artikels lautete: »Chefärztin Mandy Mangler sieht in der Frauenheilkunde ein »massives Männerproblem««. Als ich das las, musste ich kurz schlucken, denn natürlich sind nicht Männer das Problem, sondern patriarchale Strukturen. Diese Strukturen, die zum großen Teil von Männern geschaffen wurden, gereichen ihnen häufig zum Vorteil. Sie verschaffen ihnen Privilegien. Aber auch Männer erfahren dadurch Nachteile.

Zum Beispiel fanden die Chefarzt-Runden, als ich 2016 in meiner Klinik angefangen habe, einmal im Monat von 17 bis 20 Uhr statt. Für mich war es schwierig, diese Runden, die zudem meist nicht sehr effektiv waren, in meinen Tagesablauf zu integrieren. Jede Person, die ein Leben außerhalb des Berufes hat oder für Kinder zuständig ist, weiß, wie wichtig diese Zeit ist, in der man vielleicht zusammen isst, den Tag reflektiert, Hausaufgaben bespricht und gemeinsam den nächsten Tag plant. Nachdem ich also einige Zeit abgewartet hatte, habe ich darum gebeten, dass wir die Treffen zu einem anderen Zeitpunkt abhalten. Von Witzen auf meine Kosten über Ablehnung und Häme bis hin zu offener Aggression waren daraufhin alle Reaktionen dabei.

Eine fordernde Frau, die Strukturen ändern will? Das ist bedrohlich und muss abgewehrt werden – egal, ob ihr Vorschlag sinnvoll ist oder nicht. Für die Kritiker ging es sicher auch darum, unter Beweis zu stellen, dass sie bis in den Abend hinein in ihrer Klinik unverzichtbar sind. Nach

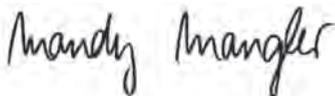
einigen hitzigen Debatten finden diese Besprechungen jetzt um 14:30 Uhr statt. Es hat sich also gelohnt, den Unmut auszuhalten – für meinen eigenen Alltag und den meiner Mitstreiterinnen und Nachfolgerinnen.

Wenn wir über mehr Aufstiegschancen für Frauen reden, kommen wir oft zu dem Punkt, an dem wir gegeneinander diskutieren: Frauen gegen Männer oder Männer gegen Frauen. Dabei geht es mir eher darum, dass wir gemeinsam Neues erschaffen und patriarchale Strukturen überwinden. Damit auch Männer nicht belächelt oder benachteiligt werden, wenn sie in Elternzeit gehen wollen. Auch Männer leiden, wenn sie sich an veraltete Regeln halten müssen, die ihr Familienleben belasten und nicht mehr in die Zeit passen. Auch männliche Ärzte lassen sich nicht gerne anschreien! Dennoch passen sie sich vielfach an die vorhandenen Strukturen an, ich erlebe sie oft als passiv, gehorsam, ja unterwürfig. Sie sind damit vielleicht loyal gegenüber den ihnen hierarchisch übergeordneten Personen, nicht aber der Sache gegenüber. Mutige Frauen könnten ihre Verbündeten dabei sein, eine menschlichere Arbeitswelt zu gestalten.

Und niemand sollte vergessen: Männer genießen sehr viele Privilegien, derer sie sich gar nicht mehr unbedingt bewusst sind. Sie heben sich gegenseitig in Positionen, sie sind starke Netzwerker. Dass individuelle Leistung oft eine untergeordnete Rolle spielt, erkennt man an den fachlich und menschlich unfähigen Männern, die bestimmte Chefposten besetzen. Eine Frau, die mit neuen Ideen in diese Kreise vordringt, stört da.

Ich frage mich in meinem täglichen Leben oft: Was kann ich tun, damit wir gemeinsam eine geschlechtergerechte Gesellschaft herbeiführen? Ich glaube, sie wäre zivilisierter und effektiver, wenn Führungspositionen und auch Teams so divers abgebildet wären, wie unsere Gesellschaft es ist.

Für Männer scheint unser Hinterfragen und der Wunsch nach Weiterentwicklung oft eine existenzielle Bedrohung zu sein. Offensichtlich ist es für uns Frauen jedoch auf eine noch viel grundlegendere Art existenziell, im Sinne von überlebenswichtig, medizinisch mitgedacht zu werden und in der Forschung vertreten zu sein. Schauen wir uns das doch in den nachfolgenden Kapiteln einmal genauer an.



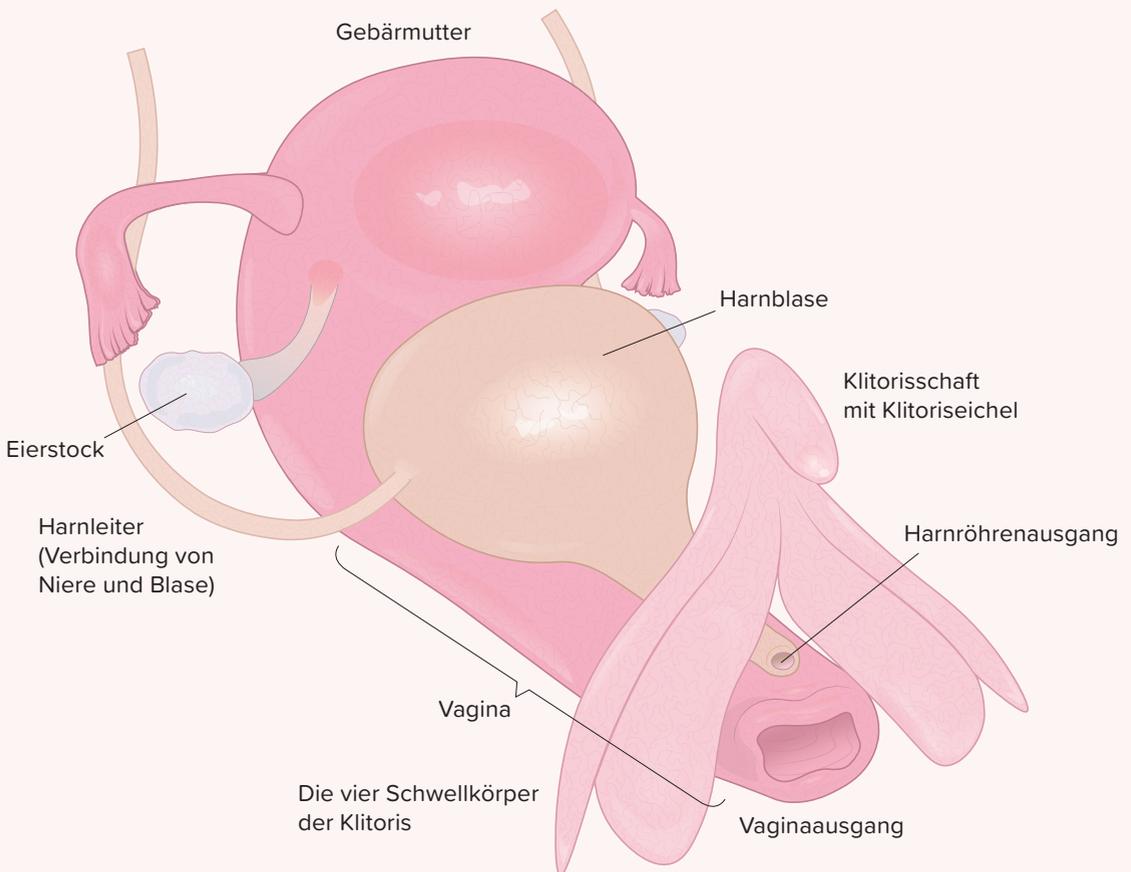
Mandy Mangler
im Sommer 2024

Die große (!) Unbekannte

Klitoris

Die weibliche Anatomie im Becken

Kein anderes Organ wurde so fulminant fehleingeschätzt, ausradiert und ignoriert wie die Klitoris. Besonders erstaunlich ist das, wenn man – wie hier – sieht, wie groß sie ist.



Klitoris zum Nachvollziehen

Betrachtet man die eigene Vulva im Spiegel, lässt sich dort, wo die beiden inneren Vulvalippen zusammenkommen, der Schaft der Klitoris mit der Eichel erkennen, die umhüllt ist von der Klitorisvorhaut. Diese Vorhaut kann man vorsichtig zurückziehen, sodass die Klitoriseichel besser zu betrachten ist. Da Klitoris und Penis anatomisch aus den gleichen Strukturen bestehen, werden auch die gleichen Begriffe dafür verwendet. Beide entstehen aus derselben embryonalen Anlage, dem Genitalhöcker. Klitoriseichel und -schaft sind ohne Erregung sichtbar und tastbar. Auch die Verbindung zwischen dem Klitorisschaft und der Symphyse, also dem Knochen darüber, lässt sich ertasten. Sie ist länglich und beinhaltet Nerven und Blutgefäße. Hinter dem Klitorisschaft setzt die Klitoris sich fort in die Klitorisschwellkörper.

Pro Seite finden sich zwei davon, die hinter den Vulvalippen liegen, jeweils seitlich von Harnröhre und Vagina. Man kann es sich so vorstellen, als würde die Klitoris mit ihren vier Schenkeln, zwei hinteren, schmaleren und zwei vorderen, voluminöseren, auf Vagina und Harnröhre sitzen wie auf einem Pferderücken. Der Begriff »Klitoris«, der übersetzt »kleiner Hügel« bedeutet, berücksichtigt insofern nur den außen liegenden Teil des Organs.

Am einfachsten ist die Lokalisation der vorderen beiden Schenkel nachzuvollziehen. Wenn die Vulva erregt ist, denn dann füllen ihre Schwellkörper sich mit Blut, und die Vulvalippen erscheinen dadurch vergrößert. Beim Tasten fühlen sie sich aufgeplustert an. Die beiden anderen Schwellkörper befinden sich parallel an den Lustbeinästen, früher Schambeinäste genannt. Man findet sie am besten, wenn man von der Symphyse entlang des Knochens seitlich Richtung Vagina tastet. Sie zeigen sich, anders als Fett- und Bindegewebe, im nicht erregten Zustand durch ein weiches, etwas federndes Gefühl beim Tasten, im erregten Zustand fühlen sie sich etwas praller an.

Die vier Schwellkörper sowie der Schaft sind anatomische Teile der Klitoris, die miteinander verbunden sind. Die Klitoris besteht aus kavernoösem (von Hohlräumen durchzogenem) und spongiösem (schwammartigem) Gewebe – auch hier ähneln sich Klitoris und Penis. An der Eichel der Klitoris sitzen allerdings rund 8000 Nervenenden, die sehr erregbar sind, während die Eichel des Penis mit nur etwa der Hälfte aufwartet. Die