

Während der Podiumsdiskussion wagten die AKF-Frauen der ersten und zweiten Stunde einen Blick zurück auf die letzten zwanzig Jahre – und einen weiteren in die Zukunft der Frauengesundheitsbewegung.

Kerstin Wolff (Historikerin), Moderatorin

Die Probleme und Themen der 1990er Jahre des letzten Jahrhunderts beschäftigen uns heute immer noch. Das wird der Rückblick auf die letzten zwanzig Jahre des AKF-Engagements zeigen. Der Fortschritt scheint eine Schnecke zu sein. Was sind also die Themen im AKF und in der Gesellschaft gewesen? Was ist aus ihnen geworden? Was ist nach wie vor wichtig für uns und die Frauengesundheitsbewegung?

Auf diesem Podium wird sich Maria Beckermann mit „den Wechseljahren: Wider das negative Image“ beschäftigen, Karin Bergdoll zum Thema „Gewalt gegen Frauen“ sprechen und Gudrun Kemper über „Brustkrebs: Rückblick und Stand“ der Dinge. Beate Schücking und Christine Cloytved (Gesundheitswissenschaftlerin und freiberufliche Dozentin) widmen sich der Schwangerschaft und Geburt, Helga Seyler wird die Gesundheit von homo- und bisexuellen Frauen in den Blick nehmen. Wo also sind wir vor zwanzig Jahren gestartet und was hat sich seither verändert?

Karin Bergdoll (2. Vorsitzende des AKF)

Ich begrenze mich heute auf die häusliche Gewalt – körperliche, psychische, sexuelle und Freiheitsberaubung. Auf die internationalen Dimensionen werde ich nicht eingehen. 1976 wurde das erste Frauenhaus in Berlin eröffnet. Heute gibt es 353 Frauenhäuser, 615 Fachberatungsstellen sowie eine bedeutende Forschung. Das ist eine gute Bilanz. Es gibt noch immer Probleme, beispielsweise mit der Finanzierung der Frauenhäuser und der Ausweitung von Hilfeangeboten oder der psychologischen Versorgung von Frauen und ihren Kindern. Meine Frage am heutigen Vormittag aber ist: Haben wir über das Hilfesystem eine Enttabuisierung des Themas erreicht? Ist häusliche Gewalt vom Kavaliersdelikt zum Verbrechen aufgerückt? Ich meine nicht. Wir verwalten hier nur. Betroffene werden gut versorgt. So aber haben wir die Gewalt verkauft. Die strukturelle Gewalt hat nicht abgenommen, sie ist mitten in unserer Gesellschaft. Alle drei Minuten wird eine Frau in Deutschland vergewaltigt. Mir geht es um diesen politischen Aspekt: Gewalt darf nicht nur verwaltet werden. Wir müssen sie aktiv bekämpfen. Dazu habe ich einige Anregungen. I have a dream. Wir könnten einen deutschen Frauenrat zur Bekämpfung, zur Abschaffung der Gewalt an Frauen und des demütigenden und diskriminierenden Frauenbildes einrichten. Zusammenschließen sollten sich die Frauen des Hilfesystems; auch Betroffene, die in Einrichtungen Schutz gesucht haben; kompetente Frauen oder Gruppen wie „Aufschrei“, die sexistische Anmache, Sexismus in der Werbung oder die Schönheitsoperationen bei Frauen kritisieren; medica mondiale und Terre des Femmes, die strukturelle Gewalt auch international angreifen. Wir müssen die Kräfte bündeln! Ich hätte nichts dagegen, wenn eine Ministerin Schirmherrin wäre. An Themen und Gegenmaßnahmen mangelt es nicht, uns würde viel einfallen. Es wird Zeit, dass wir ein Tribunal zusammenrufen: Uns reicht's. Wir klagen an. Das ist meine Vorstellung und vielleicht habt ihr ja noch weitere Ideen.

Der zweite Schwerpunkt: gesundheitliche Versorgung gewaltbetroffener Frauen. Da gibt es schon viel, Erkennen, Dokumentation, Umgang mit gewaltbetroffenen Frauen. Aber das Problem ist: In den ärztlichen Praxen und Kliniken ist das nicht angekommen, nicht weil sich die Ärztinnen und Hebammen verschließen

würden. Es gibt sicher einen Mangel an Erfahrungen, doch das Hauptproblem liegt darin, dass die aufwendige Arbeit nicht honoriert wird. Der AKF und andere Frauenorganisationen sollten sich aktiv für angemessene Vergütungen einsetzen.

Gudrun Kemper (Schriftführerin des AKF)

Wir können den Bogen weiterspannen: Auch beim Thema Brustkrebs gibt es seit langem und viel Erfahrungen. Die steigenden Erkrankungsraten heute zeigen die Aktualität des Problems. Als die psychosomatisch arbeitende Ärztin Ingrid Olbricht im Jahr 1975 ihre Arbeit zu Mammografien und Thermografien veröffentlichte, ging sie von 20.000 - 25.000 Neuerkrankungen in Westdeutschland aus. In der DDR wurden 5.000 Neuerkrankungen jährlich geschätzt. Frau Olbricht näherte sich dem Thema nicht nur medizinisch sondern auch psychologisch, soziologisch, ethisch, ökologisch, medizinhistorisch. 1985 veröffentlichte sie ihre Untersuchung „Die Brust als das enteignete Organ“. Bereits Anfang der 1990er Jahre nannte sie auch ökologische Aspekte wie endokrine Rezeptoren beim Namen. Der AKF wird das Nachdenken über diese Aspekte weiter verfolgen. Warum ist Brustkrebs die häufigste Erkrankung bei Frauen? 1999 widmete der AKF eine ganze Jahrestagung dem Thema „BRUST 2000“. Die Versorgung – und weniger die Ursachenforschung – steht seitdem im Vordergrund: Genetik, Interventionen, Bildung von Brustkrebszentren, Medikamente, bei denen über die extreme Preisgestaltung eine Profitorientierung erkennbar ist. 1999 wurden die Neuerkrankungen auf jährlich 50.000 geschätzt. Die Gynäkologin Friederike M. Perl stellte in ihrem Vortrag für die AKF-Jahrestagung „BRUST 2000“ die „Risikofaktoren und Früherkennung für Brustkrebs“ auf dem Prüfstand und beschrieb das Problem der Überdiagnose und deren Vorverlagerung. Christine Brunswick, Sprecherin der National Breast Cancer Coalition (NBCC) in den Vereinigten Staaten entfernte sich seit 2002 von einseitigen „Früher ist besser“-Strategien. 2013 ist das Phänomen der Überdiagnose aktueller denn je, weil die doppel-seitige Entfernung der Brust sowohl bei erkrankten Frauen als auch genetisch vorbelasteten einen Aufwärtstrend erlebt. Schon 1999 stellte Friederike Perl fest, dass die Mortalität bei Brustkrebs seit 70 Jahren unverändert sei. Das trifft auch heute unverändert zu. Perl nannte dies einen „Unfähigkeitsbeweis“. Was das Screening verändert, ist aber die Anzahl der Neuerkrankungen, die aktuell auf 72.000 geschätzt wird – bei unveränderter Sterblichkeitsrate.

Maria Beckermann (1. Vorsitzende des AKF)

Der AKF hat sich von Anfang an gegen die Medikalisierung von Lebensphasen ausgesprochen. Eine der ersten Tagungen beschäftigte sich genau mit diesem Thema. In unserer Gruppe der Frauenärztinnen haben wir uns schon immer damit auseinandergesetzt, wie aus dem „Übergang“ eine Krankheit gemacht wurde. Wir konnten erleben, wie wir von den Meinungsmachern unter Druck gesetzt worden sind. Wir haben unsere eigenen Recherchen gemacht, weil wir den offiziellen Stellungnahmen von Fachgesellschaften nicht mehr geglaubt haben. Ein Ergebnis habe ich im Jahr 2001 veröffentlicht, im Swiss Medical Forum, das in Deutschland leider wenig bekannt war, weil es nicht in der MEDLINE (Medical Literature Analysis and Retrieval System Online) gelistet war. Dort werden die Nachweise der internationalen Literatur aus der Medizin angezeigt. Ich habe die Vor- und Nachteile der Hormonbehandlung in den Wechseljahren untersucht, auf jedes mögliche Organ

und die Befindlichkeit. Ich bin zu dem Schluss gekommen, dass es keine Beweise gab für die versprochenen Vorteile: längere Lebenserwartung, weniger Herzinfarkte, bessere Lebensqualität. Übrig blieb ein geringfügiger Beweis, dass die Knochendichte im Alter weniger stark abnimmt solange die Hormone genommen werden. Doch wenn man sie absetzt, ist nach fünf Jahren die Knochendichte so als hätte man die Hormone nicht genommen. Andererseits konnte ich Hinweise auf Risiken finden, auf Thrombosen, Embolien und damit verbundenem, erhöhtem Brustkrebsrisiko. All das war bekannt. Trotzdem nahm die Hormontherapie Aufschwung. Unser AKF-Flyer zu Hormonen in den Wechseljahren, den wir mittlerweile aktualisiert haben und der viel nachgefragt wird, ist zu Tausenden verteilt worden. 2002 wurde die WHI-Studie veröffentlicht – die größte, randomisierte Doppelblinduntersuchung. Es ging nicht darum nachzuweisen, ob Hormone gegen Wechseljahresbeschwerden helfen, sondern ob sie einen vorbeugenden Effekt haben. Die Ergebnisse entsprechen denen meiner Recherche. Es gibt hohe Risiken, mehr Herzinfarkte, sehr viel mehr Schlaganfälle und mehr Demenz bei Frauen, die über 65 Jahre alt sind und Hormone nehmen. Diese Studie führte dazu, dass die Rate der Hormonverordnungen zwischen dem 45sten und 65sten Lebensjahr von zuvor 40 Prozent auf 20 Prozent fiel.

Als Mitglied im Beirat der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatik, mit der wir als AKF kooperieren, konnte ich an der S3 Leitlinie mitarbeiten. Allein über den AKF hätte ich sicher kein Mandat dafür bekommen. S3 Leitlinien sind Behandlungsempfehlungen für Ärztinnen und beruhen auf qualitativ hochwertigen Studien. Ich konnte damals viel durchkämpfen. Die 2009 verabschiedete Leitlinie „Hormontherapie in der Peri- und Postmenopause“ weist viele der genannten Risiken auf. Ich dachte, jetzt läuft alles in ruhigen Bahnen. Doch da wagen die Fachgesellschaften, die Berufsverbände – ohne die Leitlinienkommission zu informieren – eine Renaissance der Hormontherapie aus dem Hut zu zaubern. Wir haben uns als AKF-Fachgruppe wieder eingemischt und was mich besonders gefreut hat: Wir haben zum internationalen Tag der Frau eine Presseerklärung zur Hormonverordnung und ein wissenschaftliches Hintergrundpapier veröffentlicht. Die Leitlinienkommission und die Fachgesellschaft für Psychosomatik haben mir ihr Vertrauen ausgesprochen und auch bei der Aktualisierung der S3 Leitlinie im Jahr 2014 werde ich wieder dabei sein. Dennoch: Ohne eine Gruppe im Hintergrund kann man solche Prozesse nicht durchhalten und alleine gegen den Strom schwimmen. Das geht nicht ohne den AKF.

Helga Seyler (Fachgruppe Gesundheit lesbischer und bisexueller Frauen im AKF)

Zwanzig Jahre Rückblick bedeutet: Lesbische und bisexuelle Frauen waren die ersten zehn Jahre wenig vertreten. 2003 wurde die Fachgruppe Gesundheit lesbischer und bisexueller Frauen im AKF gegründet. Als ein Jahr später das erste Mal ein Vortrag im Plenum der AKF-Tagung gehalten wurde, gab es noch tumultartige Szenen. Heute ist das Thema für den AKF wesentlich. Der AKF ist damit weit vorne, auch wenn hier wie andernorts immer noch die Frage gestellt wird: Was ist denn das besondere an der Gesundheit von homo- und bisexuellen Frauen? Diskriminierung beeinträchtigt, besonders im psychischen Bereich. Wenn Jugendliche keine guten sozialen Umstände haben, auch das Coming out. Diskriminierungen können den Zugang zu gesundheitlicher Versorgung erschweren. Das Beispiel Suchterkrankungen: die Tabakindustrie hat spezielle, an die Zielgruppe ‚lesbische Frauen‘ gerichtete Werbung entwickelt. Das Image von einem ‚coolen‘, ‚nicht weiblichem‘ Rollenverständnis wird mit Rauchen verknüpft. Auch in anderen Bereichen der Suchterkrankungen

bedarf es besonderer Angebote der Prävention. Das Beispiel Kinderwunsch: Es gibt eine deutliche Benachteiligung beim Zugang zur Reproduktionsmedizin. Das verändert sich langsam ein wenig. Noch immer gibt es viele rechtliche Hürden, um den Kinderwunsch zu erfüllen. Das Beispiel Alter und Pflege: Ein Bewusstsein für andere Bedürfnisse fehlt weitgehend. Hier ist Sensibilisierung und Fortbildung nötig, die in die Ausbildung integriert werden muss. Das Beispiel Forschung: Es gibt zu wenig Daten über die Versorgungssituation – anders als im Englisch sprachigen Raum. Beispiel Situation der professionellen Gesundheitsarbeiterinnen: Hier hat das Thema Diversity noch keinen Eingang gefunden. Das betrifft nicht nur lesbische Frauen. Bei den Zugewanderten gibt es zwar Aufmerksamkeit was die Sprachkompetenzen anbelangt, aber nicht bezogen auf ihren Blick, ihre Kultur und die entsprechenden, eigene Qualitäten. Welche Bedingungen brauchen wir, damit sie als Bereicherung gesehen werden? Und das gilt eben auch für lesbische und bisexuelle Frauen. Bislang ist es noch sehr vom individuellen Engagement Einzelner abhängig, ob und in wieweit ihre Sichtweisen und Bedürfnisse in Institutionen aufgegriffen werden, statt dies stärker strukturell zu verankern.

Beate Schücking (Arbeitsgruppe Maternal Health im AKF)

Ich danke Maria Beckermann für ihre Vorreiterinnenleistung. Dank ihres Engagements ist das Thema Anti-Aging entlarvt worden. Und wenn ich mich so umschaue: Ihr macht das mit dem Anti-Aging ziemlich gut. Es hat sich in der Gesellschaft einiges verändert. Wenn ich an die ersten Diskussionen 1990 mit Studentinnen erinnere: Geht das überhaupt mit zwei lesbischen Müttern? Darüber ‚durfte‘ man kaum sprechen. Heute habe ich Doktorandinnen, die mit Frauen verheiratet sind und Kinder haben. Das ist das völlig normal und das stimmt mich zufrieden. Zu meinem Thema Schwangerschaft, Geburt und Hebammenwissen, dass ich mir heute mit Christine Cloytved teile: Vor 20 Jahren war der Dammschnitt die häufigste Operation, heute ist es der Kaiserschnitt. Das ist kein Fortschritt im eigentlichen Sinne. Der AKF tut einiges, damit sich das ändert und dieses Thema kommt in Bewegung. Aber es entsetzt mich dennoch, wie hoch eine Kaiserschnitttrate erst steigen muss, bevor eine breite Mehrheit dies unerträglich findet.

Wir haben damals den Bedarf an Forschung erkannt. Ich habe eine international vernetzte Frauengruppe aufgebaut. Auch auf dem Nährboden des AKF finde ich die Forschung in anderen Ländern und der Austausch von Wissenschaftlerinnen, die wir heute betreiben können, beachtlich. Ich selbst habe mich besonders mit der Gesundheit von Müttern beschäftigt. Wie geht es Müttern nach der Geburt? Weltweit gibt es kaum mehr als „dead oder alive“. Wie es den Frauen geht, dazu gibt es in der Forschung noch viel zu tun. Es ist schon eine Menge geschehen, damit die Forschungsergebnisse zugänglich sind, auch in englischen Journalen publiziert werden und der Transfer in die Praxis gelingt. Doch in Deutschland mangelt es an Zugänglichkeit der Datenbanken. In Norwegen beispielsweise hat die gesamte Bevölkerung über nationale Lizenzen Zugang zu sämtlichen Journalen. Aktuell setze ich mich für solche nationalen Lizenzen in Deutschland ein. Das Bundesforschungsministerium ließ schon verlauten, dass dies schrecklich teuer sei. Natürlich ist das teuer, weil wir ein großes Land sind. Dennoch ist der Zugang zu evidenzbasiertem Wissen sehr wichtig. Ich selbst habe mir lange nicht klar gemacht, dass dieser Zugang beim Cochrane Zentrum aufhört, das ein internationales Netzwerk von ÄrztInnen und WissenschaftlerInnen repräsentiert, die sich an den Grundsätzen evidenzbasierter Medizin orientierten. In den ärztlichen Praxen kann sich kaum jemand leisten, sich in die teuren Datenbanken einzukaufen. Es muss noch viel passieren, für die Professionellen, aber auch für die Frauen

allgemein, die das Internet nutzen. Zu guter Letzt freut es mich sehr, dass der Hebammenberuf in einem langsamen Prozess akademisiert werden konnte. Hebammen können Professorinnen werden und diesen Prozess selbst mitgestalten. Mittlerweile gibt in Deutschland eine Handvoll Studiengänge mit Hebammenprofessorinnen.

Christine Cloytved (Arbeitsgruppe Maternal Health im AKF)

Welche Studiendesigns brauchen wir für welche Forschungsfragen? Diese Fragen sollten wir nicht nur den Forscherinnen alleine überlassen. Und wir sollten überlegen, wo es noch Forschungsbedarf gibt und dies dem Cochrane-Netzwerk zur Kenntnis bringen. Ich selbst erstelle Berichte über die ambulante und stationäre Arbeit von Hebammen seit 1999. So lassen sich Forschungsbedarfe und Transparenz in der Arbeit der Hebammen herstellen. Mein drittes Thema ist der Mutterpass. Das bearbeite ich auch, doch niemand wertet die Daten aus. Sie verschwinden. Deshalb kann ich mir gut vorstellen, dass die AKF-Arbeitsgruppe Maternal Health eine Sammelstelle wird, in Kooperation mit dem Runden Tisch. So könnten wir neue Forderungen an den Mutterpass formulieren. Mein letztes Thema: Ist vor zwanzig Jahren das Wochenbett kraftvoller erlebt worden? Das erzählen die Hebammen. Die Frauen arbeiten sich an Idealen ab. Vielleicht können wir hier für mehr Entspannung sorgen. Von ärztlicher Seite ist dieses Thema immer stiefmütterlich behandelt worden. Es geht um Lebensentwürfe von Frauen und Mädchen, die realisierbar erscheinen und um solche, die sich aufgrund rollenspezifischer Belastungen und traditioneller Rollenmuster schwerer erfüllen lassen. Diskutiert werden Vorstellungen zu Familie, Beruf und deren Vereinbarkeit. Eine wichtige Frage ist, wie sich Enttäuschungen oder Glück im Lebensverlauf auf die gesundheitliche Situation von Frauen und Mädchen auswirken. Was haben Depressionen und Angststörungen, die bei Frauen doppelt so häufig wie bei Männern diagnostiziert werden, mit nicht erfüllten Erwartungen in Lebensverläufen zu tun? Sind die verfügbaren Angebote in der medizinischen oder psychotherapeutischen Versorgung geschlechtsspezifisch und zielgruppenorientiert? Welche Verbesserungen sind notwendig und wo muss der AKF sich künftig mehr einmischen?

Diskussion mit dem Publikum

Was unter ‚Fortschritt‘ und ‚Gestaltungsmacht für Frauen‘ zu verstehen ist, das bleibt kontrovers, ambivalent und fordert zu weiterem Nachdenken auf.

Weil nur erforscht wird, wofür es Geld gibt, würden die Daten im Mutterpass nicht ausgewertet. Das sei nur ein Beispiel von vielen. Es müssten mehr Frauen in die Spitzenpositionen der Medizin kommen. Neunzig Prozent der Chefarztpositionen und 94 Prozent der medizinischen Lehrstühle sind mit Männern besetzt. Mit der Initiative „Pro Quote in der Medizin“ könne sich das ändern. Eine andere Perspektive auf Zugangsbeschränkungen betrifft Versicherte und Patientinnen mit besonderen Bedarfen. Viele Praxen seien immer noch nicht rollstuhlgerecht, reproduktionsmedizinische Angebote für lesbische Frauen eingeschränkt, Frauen mit anderem kulturellem Hintergrund wenig berücksichtigt. Unterbelichtet werde weiterhin die Nachsorge und Prävention beim Mammakarzinom. Die Ressourcen fließen in die Diagnose. Die Baustellen, um überhaupt zu vermeiden, dass Frauen erkranken und wenn sie krank sind, besser zu versorgen, sind immer noch zu wenig

finanziert. An diesen Stellen sollte der AKF lauter werden.

Gerade was die Forschung anbelangt seien die Frauenärztinnen zu naiv und wenig strategisch gewesen, so eine weitere Position. Sie hätten tolle Themen – zur Versorgung erkrankter Frauen, zur Frühgeburtlichkeit – aber weiterhin kein Geld. Es bedürfe mehr Bündnispolitik mit jenen, die in Forschungsinstitutionen sitzen, auch seitens des AKF.

Beispiel Trauma-Therapie: Hier sei die Bestandsaufnahme der letzten 15 Jahre verheerend. Die Angebote reichten quantitativ nicht aus. Qualitativ werde man auf Richtlinienverfahren festgelegt. Als Ärztin in der eigenen Praxis sei wenig zu ändern. In den Verbänden gäbe es nur Anpassung. Die Therapeutinnen müssten in die Politik, dort wo die Fleischtöpfe sind und sich einmischen. Die Mitarbeiterin in einem Frauenhaus sieht auch eher Rückschritte. Statt der früheren Forderungen, das Vertrauen in den eigenen Körper zu stärken, eigene Geburtspositionen zu erkämpfen, gäbe es heute Überdiagnose beim Brustkrebs und insgesamt eine fortschreitende Medikalisierung.

Beispiel häusliche Gewalt: Sie werde tatsächlich eher verwaltet als bekämpft. Und auch wenn mehr Frauen in politischen Gremien sind, an die wirklichen Machtfragen kämen sie auch heutzutage nicht heran. Um diese Grenzen zu durchstoßen müssten neue Formen und Wege gefunden und nicht allein Positionen mit Frauen besetzt werden. In puncto häuslicher Gewalt, so die Erfahrung einer Juristin, die auf elf Jahre Gewaltschutz zurückschauen kann, habe es schon einen positiven Bedeutungswechsel gegeben und das sei mehr als bloßes Verwalten. Für die Frauen in der ehemaligen DDR hätten die letzten zwanzig Jahre durchaus Fortschritte gebracht, erklärte eine Zuhörerin. Freie Wahl der Ärztin, Frauen mit eigenen Niederlassungen, eine lesbische Frauenbeauftragte in Leipzig oder Geburtshäuser, in denen Frau so gebären kann wie sie möchte, all das habe es zu DDR-Zeiten nicht gegeben.

Aber nicht nur die Aktiven in der Frauenbewegung, die feministischen Gesundheitsarbeiterinnen und die strukturellen Bedingungen haben sich verändert. Einige Zuhörerinnen machten darauf aufmerksam: Auch die Patientinnen oder ratsuchenden Klientinnen; sie sind weniger kritisch als noch vor Jahren. Maria Beckermann und Gudrun Kemper machen die Erfahrung, dass Frauen mehr Brustkrebs-Diagnostik wollen. Beim Thema Wechseljahre habe die Anti-Aging-Welle Spuren hinterlassen. Das Denken in gesellschaftlichen Dimensionen bliebe auf der Strecke. So beobachtet Maria Beckermann, dass die typischen Zeichen von Wechseljahren Hitzewallungen sind, die aber nicht für sich sondern im Sozialkontakt zum Problem würden. Wenn Frauen ihre Bluse öffnen, die Fenster aufreißen oder sich ungeniert mit einem kalten Waschlappen über die Stirn wischen könnten, gäbe kein Problem. Zu problematisieren seien weniger die Erscheinungen der Wechseljahre sondern die soziale Stellung älterer Frauen in dieser Gesellschaft. Die Antwort müsste doch sein: Statt Scham – inklusive gesundheitsschädigendem Stress, Herzklopfen und hohem Blutdruck – sollten wir die Hitzewallungen nicht mehr verstecken. Sicher sei die Distanz von Frauen zur Hormon'therapie' in den Wechseljahren größer geworden. Einerseits. Andererseits sei die Medikalisierung so weit verbreitet, dass selbst kritische Journalistinnen fragen, wie sich Frauen auf die Wechseljahre vorbereiten könnten. Die Antwort müsste doch sein: Die kommen von alleine und gehen von alleine. Es ist die Angst davor, mit der sich Frauen beschäftigen müssten und Gründe für eine intensivere Selbstfürsorge, die gäbe es zu jedem Zeitpunkt – auch ohne Wechseljahre.