

## FETTER

Über ein Lebensgefühl



## Intervention

Die Scham, die viele Dicke wegen ihrer Konstitution und Kondition empfinden, entspricht auf seltsame Weise jener Verschämtheit, mit der viele in unserer näheren Umgebung es vermeiden, mit uns über unseren Exzess an Lebendgewicht zu sprechen. Selbst gute Freunde, so meine Erfahrung, sprechen einem Übergewichtigen gegenüber das Problem kaum jemals an – zumindest nicht solange er selbst es nicht tut. Es ist eine Scheu, eine Form des Beschweigens, die vermutlich der Ahnung entstammt, dass man damit an einen höchst privaten und schmerzhaften Bereich rühren würde – dass man sein dickes Gegenüber damit unendlich beschämen würde und sich selbst irgendwie gleich mit. Nur, ich weiß nicht genau, ob ich das richtig oder falsch finden soll.

Natürlich schätze ich Takt und Rücksichtnahme, gerade von Fremden. Es gibt diese Momente, in denen Kinder, die auf der Straße in einem Pulk an einem vorbeilaufen, sich noch mal umdrehen, grinsend, tuschelnd; bei ihnen ringt die brutale Ehrlichkeit noch mit der Höflichkeit, die ihre Eltern ihnen beibringen. Das zu erleben, ist nicht so übel wie bei Shakespeare, wo der buckelige Richard III. davon spricht, „daß Hunde bellen, hink' ich wo vorbei“. Aber der Mann vermochte aus dergleichen ja noch ein gewisses Vergnügen zu gewinnen; so verdreht ist nicht jeder.

Auffällig aber ist schon, dass Leute, die einen besser kennen, das Thema Fettleibigkeit oft als *too hot to handle* betrachten. Da herrscht ein zuvorkommendes, vorbeugendes, heimliches Fremdschämen. Einer aus meiner fachmännisch betreuten Abnehmgruppe berichtete kürzlich über ein Abendessen mit einer Bekannten. Am Ende eines langen Gesprächs gestand sie ihm, erst zögerlich und nur durch sein Insistieren schließlich überzeugt, ein Detail ihres ersten Treffens mit ihm. Er hatte ihr vorgeschlagen, sie solle das Restaurant aussuchen, in das sie gehen wollten, und das hatte sie getan – zuvor aber, so berichtete sie erst jetzt, hatte sie dort nachgesehen, ob die Stühle wohl kräftig sein würden, sein Gewicht zu tragen. Das nenne ich feinfühlig.

Als wir in der Abnehmgruppe darüber redeten, ob man es als Dicker überhaupt als hilfreich erlebt hätte, wenn beispielsweise Lebenspartner einen auf das Problem mit dem Gewicht angesprochen hätten, einen dazu ermutigt hätten, dagegen anzugehen, waren vor allem die Frauen fast ausnahmslos der Meinung: Auf keinen Fall. Das wäre total kontraproduktiv gewesen. Das muss einem keiner sagen.

„Du musst was machen mit deinem Gewicht“, sagte sie. Es war eine Grenzverletzung.

Das wäre verletzend gewesen. Das vor allem: enorm verletzend.

Mich selbst konfrontierte vor ein paar Jahren, ich war schon seit geraumer Zeit vom Status des Dicken in jenen des Fetten gewechselt, eine gute Freundin mit der Feststellung: „Von deinen anderen Freunden sagt dir das keiner, aber du musst echt was unternehmen mit deinem Gewicht. Das geht so nicht mehr.“ Ich empfand das als Grenzverletzung, so gut ich auch mit ihr befreundet war. Als sehr verletzend. Aber: Die gesellschaftliche Konvention, die sie damit gebrochen hatte, hatte mich nur zum Schein geschützt, mit einem Kokon des Respekts umgeben, war nur scheinbar zu meinem Besten gewesen. Letztlich war diese Intervention einer der Momente, die mich bei allen inneren Widerständen dazu brachten, mit dem Abnehmprogramm anzufangen. Ich musste selbst so weit kommen. Aber eine gezielte Unverschämtheit von außen half.

Unser Autor berichtet hier regelmäßig über den Kampf mit dem Übergewicht und wechselt sich mit „Flugschreiber“ ab, der Kolumne, in der Skispringer Severin Freund von seiner Vorbereitung auf Olympia 2014 erzählt.



Werkzeug: Eine Sammlung alter Messer, die für Genitalverstümmelungen verwendet wurden; die Messer hat eine Frauenschutzorganisation in Ghana gesammelt.

Foto Sven Torfinn/Lauf

# Sie nennen es „das Gefühl“

Eine brutale Erfahrung: Anusha ist beschnitten. Doch mit einer neu entwickelten Operation hat ein Arzt ihr Genital rekonstruiert. Eine Hoffnung treibt die Frau besonders an.

VON SELINA MARX

Abgelehnt. Die Operation wird nicht bezahlt. Eingriffe im Bereich der plastischen Chirurgie gehören leider nicht zu ihren Leistungen. Mehr will die Krankenkasse nicht dazu sagen. Für Anusha, 19, bricht eine Welt zusammen. Lange hat sie auf den Bescheid der Kostenübernahme gewartet. Sogar einen OP-Termin hatte sie schon. Sie weint: „Ich wollte mit der Vergangenheit abschließen.“ Doch die Vergangenheit holt sie immer wieder ein. Häufig hat sie Unterleibsschmerzen.

Auch heute, an dem Tag, an dem der Brief der Krankenkasse angekommen ist. Es ist unser zweites Treffen. Anusha, die ihren richtigen Namen lieber nicht gedruckt sehen möchte, sitzt am Ufer des Rheins und schaut auf die Wellen. Ein schlankes Mädchen mit schwarzen Rastazöpfen und großen braunen Augen, die einen immer nur kurz anschauen und dann sofort zu Boden blicken. Sie zieht die dunkle Lederjacke enger um ihren schmalen Körper und erzählt: „Man hat uns gesagt, es gebe ein großes Fest. Da war ich acht Jahre alt. Alle Mädchen in meinem Alter sind mit ihren Müttern und den anderen Frauen in den Wald gegangen. Wir haben gesungen und getanzt und gelacht. Wir haben uns alle furchtbar gefreut.“

Ihre schmalen Hände fahren mit schnellen Bewegungen über die Wiese. Hier und da reißt sie einzelne Grashalme aus der Erde. „Dann haben sie mich gepackt. Meine Arme und Beine festgehalten. Mein Hörschen war weg. Und dann waren da nur noch Schmerzen. Ich hab' so laut geschrien. Und so geweint. Ich weiß sonst nichts mehr. Ich glaube, es war ein Messer.“ Aus den Grashalmen sind ganze Büschel geworden.

Wenn Anusha von der Vergangenheit erzählt, wird ihre Stimme schneller, aber nie verliert sie ihren weichen Klang, nie wird sie zornig. „Ich bin nicht wütend auf meine Eltern. Auch nicht auf meine Mutter. Sie wusste es ja nicht besser. Sie ist nicht hier in Deutschland und weiß nicht, dass es auch ohne Beschneidung geht.“

Auf die Frage, ob sie ihren Eltern verzeihen könne, schaut sie verwirrt. Für sie gibt es nichts zu verzeihen. Die Beschneidung ist ein übliches Ritual in Gambia. Anushas Mutter, ihre Schwester und ihre Freundinnen – alle teilen dieses Schicksal.

Typ II, die mittlere Stufe der weiblichen Genitalbeschneidung, wird Gynäkologe Christoph Zerm später in Düsseldorf feststellen. Von einer Klitorisdektomie und einer Exzision sprechen die Experten. Vereinfacht gesagt, wurden Anushas Klitoris und ihre inneren Schamlippen weggeschnitten. Bereits eine Beschneidung nach Typ I, die Klitorisentfernung, sei mit einer Penisamputation gleichzusetzen, erklärt Zerm nüchtern. „Werden die Schamlippen einer Frau zusätzlich entfernt, so würde das für den Mann die Entfernung des Hodensacks bedeuten.“

Der Arzt kümmert sich um Anusha, seit sie vor rund drei Jahren nach Düsseldorf gekommen ist. Er war es auch, der sie damals ins Universitätsklinikum Aachen brachte und sie Dan mon O'Dey, Oberarzt an der Klinik für Plastische Chirurgie, vorstellte. Er hat neue Operationstechniken zur Rekonstruktion des Genitalbereichs entwickelt. Damit kann er nicht nur die klitorale Empfindung verstärken, sondern auch die äußere Form des Genitals wiederherstellen. Manche seiner Patientinnen gelangen nach der Operation sogar wieder zum Orgasmus. Wichtiger sei aber, dass sich die Frauen wieder mit ihrem Geschlecht identifizieren könnten, erklärt O'Dey. 24 000 beschnittene Frauen leben schätzungsweise in Deutschland.

Als Anusha von den Operationstechniken erfuhr, wollte sie sofort mitmachen. Die 19-Jährige sitzt einige Wochen vor der Absage der Krankenkasse auf der Couch im Beratungszentrum von Jawahir Cumar, die beschnittene Frauen und Mädchen berät. Auch Anusha kommt regelmäßig vorbei: „Ich weiß, dass mir etwas fehlt. Dass ich keine vollständige Frau bin. Es ist so ein Gefühl in mir, und das macht mich traurig.“ Sie betrachtet das Bild an der gegenüberliegenden Wand. Darauf ist ein zusammengenähter Pfirsich abgebildet. Während ihrer Periode will sie sich wegen der starken Unterleibsschmerzen am liebsten nur im Bett verkriechen, erzählt sie. Doch wenn sie dort zu lange ist, fühlt sie sich noch einsamer. Einen Freund zu haben, kann sie sich nicht vorstellen: „Ich habe nichts mit Sex oder so zu tun. Ich kann doch keine Gefühle haben.“

Sie schlingt die Arme um ihren Körper, als fröste sie, und schaut zu Cumar. Doch die nickt bloß und sagt nichts. Sie will zuhören. Ratschläge gibt sie nur auf konkrete Nachfrage. Cumar und ihr Gynäkologe Zerm haben Anusha zu den Voruntersuchungen nach Aachen begleitet und mit der Krankenkasse verhandelt. Vergeblich, wie sich dann herausstellte.

Zwei Monate nach dieser Absage sitzt Anusha bei einem dritten Treffen in einem Café in Düsseldorf. Sie bestellt Kakao und er-

Ihren Eltern will sie nichts vorwerfen. Die Beschneidung ist in Gambia üblich.

zählt von ihren Bewerbungen um einen Ausbildungsplatz. Dabei berührt sie immer wieder den Arm ihres Gegenübers. Als wolle sie sichergehen, dass sie Gehör findet. Sie redet schnell, beinahe hastig. Unruhig rutscht sie dabei auf dem Holzstuhl hin und her, während ihre Augen immer wieder durch das Café wandern. Dann platzt es aus ihr heraus: „Die Krankenkasse hat den Antrag doch angenom-

men.“ Sie strahlt. Gemeinsam mit Beraterin Cumar sei sie noch mal zu ihrem Sachbearbeiter gefahren. Doch der Mann habe wieder abgelehnt. „Da habe ich angefangen zu weinen. Ich war so traurig“, erzählt sie. Der Mann beschwichtigte sie, ging weg, um sich mit einem Kollegen zu beraten. „Der war eine Ewigkeit weg“, sagt Anusha. Dann die gute Nachricht: Man habe es sich anders überlegt. Die Operationskosten würden übernommen, da es sich nicht wie bisher angenommen, um eine ästhetische, sondern eine rekonstruktive Operation handle.

„Jetzt wird alles anders“, Anusha wickelt eine schwarze Haarsträhne um ihren Finger. „Ich werde mich wie eine richtige Frau fühlen.“ Es ist besonders dieser Wunsch, der sie antreibt. Dabei kann sie das Frausein nicht in Worte fassen. „Es ist, als würde etwas fehlen, etwas Wichtiges.“

Ein viertes Treffen: Anusha sitzt in der Mitte des Krankenhausbettes. Die blassgrüne Decke ist zurückgeschlagen. Durch die Tür dringen die üblichen Krankenhaushausgeräusche: Geschirrkloppern, Stimmengewirr, dazwischen Husten. Ob sie noch Fragen habe. O'Deys Stimme ist sanft. Aber Anusha schüttelt nur müde den Kopf. Sie haben genug über die morgige Operation gesprochen.



Opfer im Film: „Wüstenblume“, nach dem Buch von Waris Dirie.

Foto A.D.C.

## DER LANDARZT



## Hausverbot

VON DR. THOMAS ASSMANN

Vor drei Wochen hörte ich plötzlich mitten in der laufenden Sprechstunde Lärm durch meine Tür. Ich wusste sofort, im Flur musste es sehr laut zu gehen, denn Praxistüren müssen so genormt und isoliert sein, dass keine Geräusche ins Arztzimmer hinein oder heraus können. Ich wurde neugierig und öffnete die Tür.

Ein mir bis zu diesem Zeitpunkt unbekannter junger Patient schrie und beschimpfte eine meiner Arzthelferinnen. Ich konnte sofort erkennen, dass meine Mitarbeiter stark eingeschüchtert waren. Der Patient bedrohte sie. Er randalierte – und meine Mitarbeiter ließen sich verunsichern, obwohl sie im Umgang mit „schwierigen Patienten“ geübt sind. Doch dieser Mann war aggressiv. Das volle Wartezimmer war mucksmäuschenstill. Die anderen Patienten schauten sich betreten an oder auf den Boden. Einige wollten sich aufmachen, um das Team zu unterstützen. Ich schickte meine Helferinnen in einen sicheren Raum und ging auf den jungen Mann zu.

Gewalt wird in deutschen Arztpraxen immer mehr zum Thema. Dabei sind die schlimmsten Fälle, die es in die Medien schaffen, nur die Spitze. Etwa fünfzig Prozent meiner Kollegen berichten von verbalen Aggressionen ihrer Patienten, etwa fünf Prozent berichten von Attacken mit einer Waffe.

In den letzten Jahren nimmt die Gewalt in den Arztpraxen zu, aber nicht nur dort – auch die Gewalt an Schulen, auf Bahnhöfen, in Jobcentern oder U-Bahn-Stationen. Da stellt sich mir die Frage: Warum? Wird der Druck in unserer Gesellschaft immer höher, oder sind die Menschen anders geworden? Ich habe darauf keine abschließende Antwort.

Zurück zu meinem Patienten. Er ist drogen- und alkoholabhängig, gleichzeitig vorbestraft und psychisch krank. Zahllose Krankenhausaufenthalte hat er hinter sich. In manchen Kliniken hat er Hausverbot. Und nun stand er in meiner Praxis. Was sollte ich machen?

Ich bat den Patienten in eins der Arztzimmer und versuchte ihn zu beruhigen. Er habe sich darüber

Der Umgang mit aggressiven Patienten ist schwierig und manchmal gefährlich.

aufgeregt, dass meine Mitarbeiterin nicht sofort auf seine Wünsche reagiert habe, sagte er mir. Ich hörte ihm zu. Es gelang mir, die Situation zu entspannen. Schließlich verließ er mit seinen Medikamenten die Praxis. Doch dieser Fall beschäftigte unser Praxisteam noch länger: Meine Mitarbeiter hatten Angst, dass er noch einmal kommt. Wenn ja, wie sollten sie reagieren?

Wir beschlossen, uns Hilfe bei der Ärztekammer zu suchen. Für den Fall, dass der Patient noch einmal kommen sollte, gab ich meinen Mitarbeitern die Anweisung, sich in einen sicheren Raum zurückzuziehen und mich sofort zu verständigen. In solchen Fällen müssen wir Ärzte und unser Team den richtigen Weg finden, zwischen der eigenen Sicherheit und der Versorgung des kranken Patienten abzuwägen. Dafür gibt es keine Patentlösung.

Vor zwei Tagen nun kam der Patient wieder zu uns. Meine Mitarbeiter handelten wie besprochen. In einem längeren Gespräch berichtete er mir, wie verzweifelt er sei. Der Alkohol habe sein Leben zerstört. Aufgrund seines unkontrollierten aggressiven Verhaltens wolle ihn kein Krankenhaus mehr aufnehmen. Er versicherte mir aber, dass er sich dringend ändern wolle und Hilfe suche – wir werden nun versuchen, ihm zu helfen.

Ich wünsche Ihnen eine gute Woche – Ihr Landarzt

Dr. Assmann wechselt sich hier im Wochenschrift mit „Auf Station“ ab, dem Erfahrungsbericht einer Klinikärztin.