

Manuskript für:

Karin Flaake, Vera King (Hg.):

Männliche Adoleszenz

Bernd Hontschik

Das Ikarus-Syndrom

Adoleszenz und Medizin	1
Adoleszenz und Chirurgie	2
Männliche Adoleszenz und Chirurgie	5
Kasuistik	8
Zusammenfassung	12
Literatur	15

Adoleszenz und Medizin

Was Adoleszenz ist, wird nicht in der Medizin definiert, sondern in der Gesellschaft. Daß dem Erwachsensein in der heutigen Gesellschaft Lebensphasen wie Kindheit und Jugend (Adoleszenz) vorangehen, ist somit Voraussetzung für die Medizin und die in der Medizin Handelnden.

Was hat die Medizin zu bieten in den verschiedenen Lebensphasen?

Wenn Medizin nicht zur Reparaturinstanz kranker oder verletzter ‚trivialer Maschinen‘ verkommen will, muss sie eine bio-psycho-soziale sein, die sich mit ‚nicht-trivialen Maschinen‘ zu befassen hat.

Wenn „Adoleszenz ... eine lebensgeschichtliche Phase (ist), in der der Zusammenhang zwischen körperlichen, psychischen und sozialen Prozessen besonders deutlich wird“ (Flaake und King 1992), müsste sich die Medizin eigentlich auch in ganz besonderer Weise mit diesem Lebensabschnitt, mit den Jugendlichen befassen. Das tut sie aber nicht:

Es gibt Kinderkrankheiten, es gibt Kinderärzte, es gibt eine elaborierte Kinderheilkunde, die sich immer weiter spezialisiert, nicht nur bis zu einer Neonatologie, sondern sogar zu einer ‚Prä-Natologie‘: schon der Embryo im Mutterleib wird untersucht, behandelt, sogar operiert. Es gibt Ärzte für Erwachsene, für jedes Organsystem einen besonderen, wenn es sein muß. Eine vollständige Aufzählung wäre kaum möglich: Erwachsene haben ihren Hausarzt, ihren Internisten, Frauen immer auch ihren Gynäkologen, Männer manchmal auch ihren Urologen usw. Die Medizin für Erwachsene respektiert auch Lebensphasen: entsprechend dem zunehmenden Anteil älterer und hochbetagter Menschen weitet sich auch die Medizin für alte Menschen, die Geriatrie, derzeit sehr aus.

Die Adoleszenz aber wird in der Medizin weitgehend ignoriert. Vielleicht ignorieren aber auch die Adoleszenten die Medizin? Zwar gibt es sehr erhebliche Bemühungen der Kinderärzte, ihr Metier auszuweiten - man hat sich in ‚Ärzte für Kinder- und Jugendheilkunde‘ umbenannt - , aber das hat keinen paradigmatischen Wert, sondern nur einen proklamatorischen beim Kampf um neues Klientel durch Erweiterung der vermeintlichen Zuständigkeit um das Lebensalter der Adoleszenz. Es streiten sich die Jugendheilkundler mit den Frauenheilkundlern, die wiederum ihre Zuständigkeit in das niedrigere Lebensalter (‚I’m not a girl, not yet a woman‘ - Britney Spears) ausdehnen möchten – nebenbei: wohin sollen sich die männlichen Adoleszenten wenden?

Die Frage ist, ob die jüngst erfundene Jugendheilkunde, sei sie von Kinderärzten oder von Frauenärzten propagiert, den Adoleszenten etwas anzubieten hat, was der Besonderheit ihres Lebensalters gerecht wird.

Die Antwort ist: Davon ist weit und breit nichts zu sehen.

Aber nicht nur das. Geschlechtsspezifische Besonderheiten nimmt die Medizin gemeinhin immer so in den Kanon ihrer Fächer auf, indem sie die ärztliche Zuständigkeit aufteilt. Wenn die Adoleszenz eine Lebensphase ist, in der besonders das sexuelle Erwachen, Orientieren, Verhalten und Erleben eine rasante Entwicklung nehmen, körperliche Entwicklungen und Veränderungen besonders rasch und einschneidend geschehen, bräuchte es also keinen Jugendlichenarzt, sondern eine(n) solche(n) für männliche Jugendliche, eine(n) andere(n) für weibliche Jugendliche. Deutlich wird, dass diese Lebensphase in der Medizin nicht nur keinen adäquaten, sondern gar keinen Niederschlag findet. Wenn etwa weibliche Jugendliche wenigstens bei Gynäkologen einen Unterschlupf mit einem Teil ihrer Probleme (z.B. der ‚Pille‘) finden können, so sind männliche Jugendliche vergleichsweise ganz allein gelassen. An dieser Stelle muss allerdings die Frage offen bleiben, ob Jugendliche ein besseres Angebot der Medizin überhaupt in Anspruch nehmen würden, gehört diese Medizin doch zur Welt der Erwachsenen, zu der der Jugendliche (noch) nicht gehört und auch (noch) nicht gehören will: Ein kleiner Stein im Chaos-Mosaik der Adoleszenz ist ja das Mißtrauen gegenüber der Welt der Erwachsenen. Dennoch: die Welt der Erwachsenen hat zumindest im Bereich der Medizin für die Adoleszenz nur einen blinden Fleck zu bieten.

Adoleszenz und Chirurgie

Die Medizin hat für die Adoleszenz also kein spezielles Angebot. Die Chirurgie als eine der tragenden Säulen der Schulmedizin hat zwar auch kein solches, sie kann aber wegen der Besonderheiten ihres Faches auf besondere Weise in das Leben eines Adoleszenten involviert werden.

Das ergibt sich daraus, daß die Chirurgie genau betrachtet ein seltsames Fach ist. Sie definiert sich nur und ausschließlich über ihre Therapiemöglichkeiten. Meistens werden medizinische Facharzt-Disziplinen ja nach Organsystemen definiert, z.B. die Neurologie, die Gynäkologie, die Urologie, die Dermatologie, Augenheilkunde usw. Andere Fächer definieren sich nach der angewandten Technik, z.B. die Radiologie oder die Labormedizin. Wieder andere Fächer definieren sich nach ihrer Zugehörigkeit zu Lebensabschnitten, wie die Pädiatrie oder die Geriatrie. Das alles trifft für die Chirurgie nicht zu.

Die Chirurgie bezieht ihre Identität allein aus ihrer Tätigkeit, aus ihrem Handeln. Wenn es für eine Krankheit oder eine Krankheitsphase eine angemessene operative Therapie gibt, ist die

Krankheit eine chirurgische Krankheit und der Patient ein chirurgischer Patient. Wenn nicht, dann nicht.

Wenn es einen speziellen Zugang der Chirurgie zur Adoleszenz gibt, dann also nur dadurch, daß es in diesem Lebensabschnitt zu altersspezifischen Krankheiten kommt, die einer operativen Therapie bedürfen.

Für die weibliche Adoleszenz sei als Beispiel meine Arbeit über die Appendektomie vorgestellt (Hontschik 1994). Dabei ist zu beachten, dass die Appendizitis natürlich in jedem Lebensalter vorkommen kann. Dennoch gibt es eine besondere Häufung im jugendlichen Alter und einen besonderen Umgang mit der Appendektomie bei weiblichen Jugendlichen. Anlass meiner Untersuchung war die immer wiederkehrende Szene von heftigen, teils aggressiven Auseinandersetzungen zwischen Chirurgen einerseits und Müttern jugendlicher Patientinnen andererseits, die mit Bauchschmerzen in unsere Klinik kamen und appendektomiert werden sollten. Das statistische Bild, das sich aus der Auswertung eines Operationsjahrganges unseres Krankenhauses ergab, war in einer Hinsicht besonders verblüffend: obwohl immer schon und überall etwa zwei Drittel der an akuter Appendizitis Erkrankten männlichen Geschlechts sind, wurden in unserer Klinik zu mehr als zwei Dritteln Frauen appendektomiert. Die Männerkrankheit Appendizitis wurde also von der Frauenoperation Appendektomie konterkariert. Diese Paradoxie war umso krasser, als das Überwiegen der weiblichen Patienten fast allein auf den Anteil von Mädchen und jungen Frauen an den Operationen zurückzuführen war. Dieses Phänomen hat also nichts mit einer krankheitsimmanenten Fehldiagnoserate zu tun.

Womit aber dann? Die Untersuchung zeigte: Die Mädchen und jungen Frauen, die schweigend der Auseinandersetzung zwischen Mutter und Chirurg beiwohnten, tauchten etwa zehn Mal häufiger an Montagen in der chirurgischen Ambulanz auf, als dies nach dem statistischen Zufall zu erwarten gewesen wäre. Die untersuchenden Chirurgen waren zu etwa 20 Prozent häufiger junge männliche Chirurgen, als dies ihrem Anteil am ärztlichen Ambulanzpersonal entsprach. Vorsichtig formuliert: Junge männliche Chirurgen wiesen eine erhöhte Affinität zu jungen weiblichen Patientinnen mit Unterbauchschmerzen auf. Die Fehldiagnoserate bei diesen Mädchen und jungen Frauen betrug ca. 70 Prozent, während sie bei allen männlichen Patienten und bei Frauen sonstigen Lebensalters mit etwas über 20 Prozent der krankheitsimmanenten Fehldiagnoserate (10 bis 15 Prozent) nahe kam. Während die Fehldiagnoserate in der Zeit des Bereitschaftsdienstes auch nur etwa 20 Prozent betrug, schnellte sie in der normalen Arbeitszeit auf fast 60 Prozent hoch. Diese Fehldiagnoserate war also nicht die krankheitsimmanente, und meine weitere Arbeitshypothese fand darin

Ausdruck, dass ich sie die *psychodynamische* Fehldiagnoserate nannte.

Das Behandlungskonzept solcher Fälle unter einem Paradigma, das eine subjektive Realität beim Patienten und beim Arzt und das konstruktivistische Kommunikationsprinzip der nicht-trivialen Maschine des Gegenübers als Black Box voraussetzt, zu dem man nur mit Hilfe semiotischer Konstruktionen eine Passung herstellen kann, ist nicht einfach. Es könnte zum Beispiel so lauten: Es sind hier drei Personen beteiligt, was ja für zwischenmenschliche Beziehungen immer eine ungute Zahl ist. Da in diesen Fällen Tochter und Mutter mit der beschriebenen auffallenden Regelmäßigkeit zum Chirurgen kommen, liegt die Annahme nahe, dass die Bauchschmerzen der immer schweigenden Tochter, das zwingende Verlangen der aggressiven Mutter und das letztlich doch ebenfalls aggressive, weil invasive, aber auch zurückweichende Operieren des Chirurgen eine Widerspiegelung des Grundkonflikts dieser Dreierbeziehung darstellt. Es könnte sich um eine durch Pubertät und Adoleszenz, also durch die erwachende eigenständige Sexualität der Tochter ausgelöste Familienkrise zu handeln, die natürlich am Wochenende eskaliert, und in der spätestens am Montag eine ganz bestimmte Sorte Mann als Ausweg gesucht werden muss und gefunden wird. Das Risiko dieser Töchter, in genau diesem Alter unnötig appendektomiert zu werden, lag in dem untersuchten Operationsjahrgang zehn Mal höher als das männlicher Jugendlicher gleichen Alters oder das jüngerer oder älterer Frauen.

Die Symbolik des Eingriffs in den Unterbauch, die unbewusst einer sexuellen Handlung wie Defloration mit Geschlechts- und Schwangerschaftskontrolle oder einer Strafe oder einer Kastration oder einer Beschneidung mit unsichtbarer, innerer Verstümmelung und sichtbarer, äußerer Vernarbung nahe kommt, diese Symbolik verrät auch das aggressive Element bei der Mutter, die ja nach dem Eingriff immer eine Beruhigung erfährt: Die Mütter befinden sich gerade in einer Lebensphase, in der ihnen das Erfüllen des allgemein angestrebten Frauenbildideals (jung, schlank, glatte Haut, sexuell ansprechend usw.) - personifiziert in der Tochter - immer schwerer gemacht wird. Die immer schweigenden Töchter wiederum sind an einer Art Absolution für die mit ihrem sexuellen Erwachen ausgelöste Familienkrise interessiert und nehmen die Operation quasi als gerechte Strafe in Kauf. Vielleicht ist es auch nur eine Art von Vergegenständlichung des Begriffs *Einschnitt*, welcher ja an jedem Übergang von einer Lebensphase in die andere zu verzeichnen ist. Man könnte solche Gedanken noch weiterspinnen, wenn man eine solche Operation, massenhaft ausgeführt wie bei uns, als zivilisierte Sonderform eines Initiationsritus auffaßt - vielleicht auch als der hier übliche Initiationsritus für Chirurgen.

Begreift man diese Töchter im Sinne Balints als vorgeschobene Patientinnen, die stellvertretend für ihren die ganze Familie betreffenden Adoleszenzkonflikt operiert werden, so kann man auch sagen, dass die Chirurgie hier missbraucht wird, bzw. sich zu einer Art missratener 'Familientherapie', oder wie ich es nennen würde, zu einer *Psychotherapie mit dem Skalpell* missbrauchen lässt.

Mit einer radikalen Umstellung des Indikationskonzepts zur Appendektomie konnten wir in meiner damaligen Chirurgischen Klinik in Frankfurt-Höchst die Zahl der Appendektomien von 600 auf unter 150 im Jahr, also etwa auf ein Viertel senken und damit das Überwiegen der weiblichen Patientinnen und der Fehldiagnosen auf Dauer beenden.

Männliche Adoleszenz und Chirurgie

Als Chirurg ist man generell mit einer eigenartigen Geschlechtsspezifität konfrontiert, muss aber auch bereit sein, diese Eigenartigkeit überhaupt wahrzunehmen: Wenn sich Frauen beim Kampf durch ihre Lebenskrisen in die Hände von Chirurgen begeben, dann mit Appendektomien, Cholecystektomien, Ovarektomien, Hysterektomien, „Total“-Operationen, Verwachsungseingriffen, Blasenanhftungen usw., also immer mit Eingriffen in den Bauchraum. Das ist bei Männern völlig unbekannt, die sich, wenn überhaupt, eher Eingriffen am Bewegungsapparat unterziehen.

Mir ist darüber hinaus bei männlichen Jugendlichen keine spezifische Operation geläufig, die eine so massive Besonderheit in der Adoleszenz aufweist wie die Appendektomie bei weiblichen Jugendlichen. Allerdings findet sich bei der Betrachtung der jugendlichen männlichen Klientel einer chirurgischen Station insofern eine Auffälligkeit, als es sich überzufällig häufig um Unfallpatienten handelt.

Es ergäbe sich also als Arbeitshypothese: So wie sich der abwegige Lösungsversuch der Adoleszenzkrise bei jungen Frauen über Bauchschmerzen und unnötige Blinddarmoperationen im chirurgischen Alltag abbildet, gibt es bei jungen Männern verwandte Vorgänge im Zusammenhang mit sportlichen oder vergleichbaren Gruppenaktivitäten oder im Straßenverkehr, deren chirurgische Widerspiegelung sich auf der unfallchirurgischen Station wiederfindet. Dabei spielen Motorrad-Unfälle eine besondere Rolle, die eine Vielzahl von z.T. offenen Frakturen mit mehrmonatigen stationären Aufenthalten nach sich ziehen können.

Als klinisch tätiger Chirurg macht man eine solche Feststellung zunächst im Sinne eines Eindrucks, den man einmal gewinnt, und der sich über die Jahre immer wieder bestätigt.

Ein Blick in die wissenschaftliche Literatur hingegen, die als sozialpsychologische, psychodynamische oder soziologische eher selten, eigentlich nie Eingang in chirurgische Betrachtungen findet, zeigt aber sogleich, dass dieser Eindruck als Phänomen längst bekannt ist:

„... dass ... männliche Adoleszente zwar in anderer Form, doch mit teilweise analogen Bedeutungen den adoleszenten Geschlechtskörper als Austragungsort adoleszenter Konflikte benutzen. Männliche Adoleszente werden dabei auf andere Weise und in anderen Bereichen auffällig als weibliche (etwa durch riskante bis hin zu gewaltförmigen Handlungen im Straßenverkehr, im Sport oder bei Peer-Group-Aktivitäten). In der männlichen Adoleszenz geht es eher um die Kontrolle der ‚Objekte im Körper der Anderen‘ bzw. um die externalisierende Bearbeitung bzw. Abwehr von Ängsten vor Selbstverlust oder Verschmelzung über die Manipulation und Beherrschung des ‚Objekts im Äußeren‘.“ (King 2003)

Nähert man sich dem Phänomen weder chirurgisch noch soziologisch an, sondern zunächst sozusagen straßenverkehrssoziologisch, so gelangt man erneut an den gleichen Erkenntnispunkt. In einer der neuesten Expertisen über die Straßenverkehrssicherheit in Deutschland (Krampe 2004) wird festgestellt:

„Bei den unter 45jährigen stellen Straßenverkehrsunfälle die häufigste Todesursache dar. Alle 5 Stunden wird ein Heranwachsender bei einem Verkehrsunfall getötet. Junge Erwachsene im Alter von 18 bis 24 Jahren sind die zentrale Risikogruppe im Straßenverkehr. Für sie liegt das Risiko eines tödlichen Verkehrsunfalls fast dreimal so hoch wie in der Gesamtbevölkerung und mehr als doppelt so hoch wie bei den 15- bis 17jährigen, die ebenfalls ein überdurchschnittliches Unfallrisiko tragen. Eine wichtige Rolle spielen motorisierte Zweiräder. Fast jeder zehnte junge Verkehrsteilnehmer kam im Jahr 2002 mit einem Mofa, Moped oder Motorrad zu Schaden. Motorradunfälle sind weitgehend eine Domäne der Männer und gehen überdurchschnittlich häufig tödlich aus. Junge Männer sind im Straßenverkehr deutlich stärker gefährdet als junge Frauen. Sie sind nicht nur häufiger als Frauen in Verkehrsunfälle verwickelt; diese Unfälle verlaufen in der Regel auch deutlich schwerer. In der Altersgruppe der 18- bis 24jährigen werden fast 70 Prozent der Verkehrsunfälle von einem männlichen jungen Fahrer verursacht. Bei jungen Frauen

müssen wir deshalb ... von einer passiven Gefährdung im Straßenverkehr sprechen (als Beifahrerin oder als schuldlos Unfallbeteiligte). Von jungen männlichen Erwachsenen hingegen geht eine überdurchschnittliche aktive, das heißt eine unfallverursachende Gefährlichkeit ... aus. Unter den Unfällen mit Personenschaden, die von einem jungen Fahranfänger verursacht werden, sind die ‚Alleinunfälle‘ am häufigsten. Bei diesen Unfällen verliert der Fahrer die Kontrolle über sein Fahrzeug. Die zeitliche Verteilung des Unfallgeschehens junger Fahranfänger weist ein differenziertes Bild auf: Die Unfälle mit Verunglückten verteilen sich relativ gleichmäßig über den Wochenverlauf. ... Schwere Verkehrsunfälle mit tödlichen Folgen konzentrieren sich hingegen deutlich übers Wochenende.“

Diese statistischen Feststellungen aus einer der aktuellsten Untersuchungen über die Straßenverkehrssicherheit in Deutschland spiegeln sich natürlich in der unfallchirurgischen Arbeit wider. Als Beispiel aus einer Vielzahl unfallchirurgischer Veröffentlichungen hier der Bericht aus der Chirurgischen Universitätsklinik Heidelberg:

„Von 1968 – 1974 wurden ... 467 motorisierte Zweiradfahrer stationär behandelt. 429 Patienten = 92% waren Männer und 38 = 8% Frauen. ... Das Verhältnis Fahrer zu Beifahrer betrug ... etwa 9:1.“ (Feldkamp et al. 1977)

Auch die Nachuntersuchungsergebnisse von Dittmer und Bauer (1982) ergeben sich auf der Grundlage eines „Überwiegens des männlichen Geschlechts - ... 88% Männer gegenüber 12% Frauen“ bei 53 schwerverletzten Motorradfahrern, die im Gegensatz zu den insgesamt 294 polytraumatisierten Unfallpatienten mit fast 40 Jahren einen Altersdurchschnitt von 21,5 Jahren aufwiesen. In einem kleinen Detail der Studie von Dittmer und Bauer findet sich nebenbei ein zunächst etwas irritierender Hinweis: In einer Nachuntersuchung etwa 3 bis 7 Jahre nach dem Polytrauma mit Hilfe von Fragebögen (Rücklaufquote 92 Prozent!) forschten die Autoren nach Veränderungen im Berufsleben, im Freizeitverhalten, im finanziellen Bereich, bei Kontakten, Partnerschaften und im sexuellen Leben. Während die Motorradfahrer (immer so gut wie gleichbedeutend mit ‚jugendlich‘ und ‚männlich‘) in allen befragten Bereichen schlechter oder gleich schlecht im Vergleich mit der Gesamtgruppe der Polytraumatisierten abschnitten, berichteten sie im allerdings nicht weiter spezifizierten ‚sexuellen Bereich‘ nur in 6 Prozent von erheblichen Problemen, die Gesamtgruppe hingegen

in 15 Prozent. Die Irritation besteht darin, dass hier die Frage auftaucht, ob ein Unfall möglicherweise etwas Positives bewirken kann.

Kasuistik

An dieser Stelle möchte ich meine Betrachtungsweise ändern und vom Überblick und der Statistik zum Einzelfall wechseln.

Immer wieder erlebt man als Unfallchirurg Verläufe, die zunächst zumindest Fassungslosigkeit hervorrufen:

„Ein 16jähriger Schüler erwirbt von seinem Freund ein Mofa, weil dieser wegen unfallbedingtem Beinverlust auf die Weiterbenutzung des Fahrzeugs verzichten muss. Er selbst kollidiert bereits einige Wochen später mit einem Personenkraftwagen, dabei wird ein hinten aufsitzender Kamerad tödlich verletzt, während er selbst einen drittgradig offenen Oberschenkelbruch erleidet. Wegen nachfolgender Gasbrandinfektion muss eine sehr hohe kunstlose Oberschenkelamputation vorgenommen werden. Durch diesen Notfalleingriff und über längere Zeit hinweg sich erstreckende Behandlung in der Sauerstoffüberdruckkammer gelingt es, die Lebensgefahr abzuwenden. Nach der letzten Behandlung in der Sauerstoffüberdruckkammer erklärt die Anästhesistin gegenüber dem besorgt wartenden Vater, ‚dass er es wahrscheinlich geschafft habe‘. Der Vater lässt dem Sohn durch die Anästhesistin ausrichten, wie glücklich er über diese Mitteilung sei. Antwort des gerade dem Tode Entronnenen: ‚Mein Vater wird nicht mehr so glücklich sein, wenn ich ihn darum bitte meinen ‚Bock‘ baldigst wieder in Ordnung bringen zu lassen.‘“ (Börner et al. 1982)

Die Adoleszenz ist im Leben eine Krise. Eine Krise ist aber per se noch keine Katastrophe, zunächst eigentlich nur ein notwendiger Schritt, eine Zeit des Neuformierens, hier des Verlierens alter (kindlicher) Verhaltensmuster, des Ausprobierens und schrittweisen Gewinnens neuer Inhalte und Ziele des erwachsenen Lebens. Speziell die Adoleszenzkrise ist mit so starken körperlichen Veränderungen der Selbst- und Fremdwahrnehmung verbunden, dass beim Aufbrechen von Konflikten oder gar Katastrophen in dieser Phase der Körper und seine Möglichkeiten ins Zentrum des Geschehens rücken. Im obigen Fall liegt die Annahme nahe, dass schwerste biographische Brüche bereits vor dem Unfall bestanden haben müssen, an dem risikosuchenden Verhalten des Unfallgeschehens beteiligt waren und nach dem Unfall

unverändert weiter bestehen, woran auch der Verlust des mitfahrenden Freundes und eines ganzen Beines nichts wirklich ändern können. Solche jugendlichen Patienten hadern massiv mit ihrem Schicksal, nehmen es aber nicht in die Hand. Sie suchen nach Schuldigen für den Unfall, und wenn es diese nicht gibt, muss wenigstens ein ‚Ölfleck‘ am Unfallort herhalten. Diese Patienten sind im Krankenhausalltag eine Qual für das medizinische Personal. Sie sind ständig unzufrieden über den Heilverlauf insgesamt, über dessen Langsamkeit und Schmerzhaftigkeit. Nichts wird richtig gemacht. Sie fühlen sich in einer feindlichen Umgebung oder unter Versagern, ob Ärzte, Schwestern, Physiotherapeuten oder Psychologen. Wie ein störrisches Kleinkind bestehen sie auf der Pflicht der anderen, ihre Gesundheit wiederherzustellen. Ein eigenes Mit-Tun ist ihnen dabei fremd. Gespräche über die neue Situation werden verweigert, auffallend häufig auch von der Familie des Verletzten, die viel Zeit am Krankenbett verbringt und typischerweise in die Klagen und Vorwürfe über die nicht ausreichende medizinische und pflegerische Versorgung einstimmt. Wenn dann das Erreichen des Zustands vor dem Unfall offensichtlich unmöglich ist, wie z.B. nach dem Verlust des ganzen Beines, so bestehen diese Patienten wenigstens auf der völligen Wiederherstellung des Motorrades als Zeichen der ungebrochenen Möglichkeit der Fortsetzung des bisherigen Umgangs mit dem Leben. Gar keine Zeit wird dagegen für Gedanken über einen notwendigen Umbau der Wohnung, über einen veränderten Arbeitsplatz oder gar den notwendigen ‚Umbau‘ des Lebens und der Beziehungen verwandt. Was ist für solche Patienten ein *Verlust*, wenn der Verlust des Beines und der Verlust des Freundes nicht zum Innehalten, schon gar nicht zum Umdenken und Umlenken Anlass geben können?

„Jugendliche geben sich bekanntlich exzessiven Triebbefriedigungen wie stoischen Versagungen hin. Sie experimentieren mit ihren körperlichen Kräften und Grenzen und spielen dabei in mehr oder weniger gefährdenden Formen notwendigerweise auch mit dem Risiko und der Destruktion. Denn da die Trennung von der Kindheit, vom kindlichen Körper und kindlichen Beziehungskonstellationen und Welterfahrungen immer auch als Verlust erfahren wird, der in unterschiedlicher Ausprägung auch Schmerzen und Aggressionen hervorruft, schließen solche Trennungsempfindungen auch Phantasien von Zerstörung mit ein im Sinne von: etwas ist für immer unwiederbringlich verloren und damit ‚zerstört‘“. (King 2003)

Die Trennung von der Kindheit mutet beim ersten Hinschauen als etwas zu Beträuerndes an. Es gibt aber Kindheiten, deren Verlust nicht wirklich Angst und Trauer verursachen können.

Der obige Fall beschreibt, dass der Abschied von einer wahrscheinlich schrecklichen Kindheit allerdings auch in eine noch schrecklichere Adoleszenz geschehen kann, ganz zu schweigen von dem erwachsenen Leben, das da bevorsteht, sofern sich dem Jugendlichen eben keine Chance zum Umdenken und Umlenken ergibt.

Ein ganz anderer Verlauf ist mir als ebenfalls prototypische, aber eben andere Kasuistik aus meiner Zeit als unfallchirurgischer Stationsarzt zu Beginn der 80er Jahre bis heute in ‚guter‘ Erinnerung geblieben:

Von der Intensivstation ist am Morgen ein Patient zu uns verlegt worden. Die Stationsschwester bedeutet mir, daß ich doch recht bald einmal nach diesem schauen sollte. Im dem Dreibettzimmer finde ich einen 19jährigen jungen Mann vor, schwächlig, immer wieder schluchzend, das rechte Bein in einem Extensionsgestell fixiert (Oberschenkelhalsfraktur), das linke Bein im oberen Unterschenkeldrittel mehrfach gebrochen und operiert (Verplattung und Verschraubung). Der linke Unterarm ist ebenfalls gebrochen, und da die Osteosynthese nicht stabil durchführbar war, noch im Gips. Der Körper ist von Schürfwunden und Rißwunden übersät, besonders am Kopf, im Gesicht, sind eine Reihe von Defektwunden und Wundnähten zu sehen. Der Junge ist wach und liegt wie apathisch im Bett. Er hatte vor drei Wochen an einem Freitagabend einen Motorradunfall ohne Fremdbeteiligung erlitten, er war alleine unterwegs. An diesem Tag kann ich mir zwar ein ‚chirurgisches‘ Bild von ihm machen, aber er spricht nicht mit mir, antwortet nicht auf Fragen, auch nicht auf Fragen nach Schmerzen oder anderen Symptomen, z.B. Lagerungsschwierigkeiten wegen der Immobilisierung in der Extension und der Frakturen, die noch nicht belastet werden dürfen. Für tröstende Worte ist gar kein Zugang zu finden.

In den folgenden Tagen ändert sich diese Situation nicht. Die Wunden heilen langsam, ohne weitere Komplikationen. Die Extension kann nach weiteren drei Wochen abgebaut und entfernt werden, auch der Gipsverband am Arm. Erstmals kann er sich an den Bettrand setzen, die Krankengymnastik wird intensiviert.

Schwestern, Pfleger und Krankengymnastin erzählen mir immer wieder, wie schwer es ist, mit dem jungen Mann in Kontakt zu kommen. Er spricht zwar inzwischen, aber nur wenig, sozusagen nur das Nötigste. Unter der Woche kommen manchmal seine Eltern vorbei, meistens nur die Mutter. Besonders am Wochenende erhält er aber sehr viel Besuch von jungen Leuten, so daß sich seine Bettnachbarn schon beschwert haben über

den ‚Auflauf‘. Auch danach sei er aber immer niedergeschlagen, bedrückt und in sich gekehrt.

Nach etwa zwei Wochen, während eines eher ruhigen Nachtdienstes muß ich einem Mitpatienten in seinem Zimmer am späten Abend eine Spritze geben. Zum ersten Mal sehe ich den Jungen am Tisch sitzen. Ich setze mich zu ihm, was mir zunächst einen erstaunten Blick einbringt. Ich frage ihn nach seiner Arbeit, nach Familie und Freundin. „Sie können mir sowieso nicht helfen“, sagte er. „Ich kann aber zuhören“ - wieder dieser erstaunte Blick.

Dann bricht es aus ihm heraus. Er wohne noch zu Hause bei seinen Eltern, drittes von vier Kindern, die Geschwister seien alle schon ‚abgehauen‘; sein Vater sei ein Despot und habe ihn gezwungen, eine Lehrstelle als Kfz-Mechaniker anzutreten, obwohl er immer Chemielaborant werden wollte; seine Mutter sei dem Dauerkrach zwischen ihm und seinem Vater nicht gewachsen und dauernd krank. Er habe eine Freundin, aber die dürfe er nicht mit nach Hause bringen, sie sei noch nicht ganz siebzehn. Deswegen würden auch ihre Eltern ‚nix erlauben‘. An dem Freitag, als das mit dem Unfall passiert sei, habe es gerade wieder großen Streit zu Hause gegeben, er sei auf dem Weg zu seiner Freundin gewesen, um mit ihr ins Jugendzentrum zu gehen. Bei der Vorstellung, der Unfall hätte gar mit seiner Freundin auf dem Rücksitz passieren können, fängt er immer wieder bitterlich an zu weinen und ist gar nicht zu beruhigen. Die Mitpatienten, zwei etwa 40jährige Männer mit vergleichsweise einfachen Unfällen, mischen sich immer wieder ins Gespräch ein, wollen ‚dem Vater eins aufs Maul‘ hauen, trösten ihn, wenn er weint („sie hat doch gar nicht mit auf dem Bock gesessen, sei doch froh!“) und bieten ihm Hilfe an bei der Suche nach einer neuen Lehrstelle („Du mußt Dein Ding machen, den Alten mußt Du abhängen, das war bei uns auch nicht anders damals!“). Als er dann noch erzählt, daß er sein Lehrlingsgehalt bis auf 150 Mark zu Hause abliefern müsse, so daß er jetzt nicht einmal seine Freundin anrufen könne, geben ihm beide die Erlaubnis, ihr Telefon am Bett zu benutzen: „Warum hast Du denn nicht schon früher mal was gesagt?“

Ich werde zu einem Notfall gerufen und verabschiede mich mit dem Hinweis, daß ich mir schon vorstellen kann, ihm wenigstens etwas zu helfen. Am nächsten Tag spreche ich mit der Sozialarbeiterin unseres Krankenhauses, sie werde sich kümmern, verspricht sie.

Bei den Visiten ist der Junge mehr und mehr verändert, lächelt auch manchmal, läßt sich helfen, sagt, was er braucht. Er telefoniert viel, die Besucherströme lassen nach, seine Freundin sehe ich hingegen regelmäßig.

Nach weiteren vier Wochen ist das Bein endlich voll belastbar und er kann beginnen, ohne Gehstöcke zu gehen. Es sind keine chirurgischen Komplikationen aufgetreten. Als ich bei einer der letzten Visiten - er ist jetzt schon fast drei Monate auf meiner Station - auf die bevorstehende Entlassung zu sprechen komme, stellt sich heraus, daß er inzwischen eine neue Lehrstelle hat (als Chemielaborant) und vom Krankenhaus aus direkt in eine kleine Wohnung ziehen wird, die er durch Vermittlung eines seiner Bettnachbarn gefunden hat. Vor seinem Vater habe er keine Angst mehr. Er macht einen sehr ruhigen Eindruck, als ob er sich darauf freue, was jetzt auf ihn zukommt.

Solche Fälle habe ich mehrfach erlebt. Der schwere Unfall, die Intensivstation, der lange Krankenhausaufenthalt, das schlagartige, von einer Sekunde auf die andere unbeeinflussbare und völlige Verlassen des bisherigen sozialen Gefüges ermöglichen eine Art Katharsis und führen mitunter zu einer kompletten Neuorganisation des jugendlichen Lebens. Dies führt mich zurück zu der oben erwähnten Frage, ob ein solcher Unfall auch Positives bewirken kann. Die Antwort auf diese Frage wäre so zu verklausulieren: Wenn der Unfall schon hat passieren müssen, dann möge er doch wenigstens zu einer Katharsis führen.

Die Chance zur Katharsis kann auch ungenutzt verstreichen, insbesondere dann, wenn nur die chirurgische Restitution der trivialen Maschine ‚Körper‘ im Mittelpunkt der Behandlung steht, und die Restitution der psychosozialen Unfallfolgen gar nicht oder nur nebenbei von Interesse ist, aber auch dann, wenn die persönlichen, die biographischen Voraussetzungen des unfallverletzten Jugendlichen - wie im ersten Fall – eine wie auch immer geartete Reflexion, wenigstens eine Nachdenklichkeit, gar nicht zulassen können.

Zusammenfassung

Männliche jugendliche Motorradfahrer verunglücken in einem hohen Prozentsatz auf der Basis eines Risikoverhaltens, wie es für diese Lebensphase offensichtlich typisch ist. Es handelt sich um Protest und Auflehnung gegen Vorschriften, Beschneidungen und Einengungen, es kann sich aber auch um Verzweiflung über nachteilige Erwachseneninterventionen von Eltern, Lehrern oder anderen Personen handeln, die die ‚Macht‘ haben. In den spezifischen Belastungssituationen der männlichen Adoleszenz scheinen kurzfristige Erlebnisse der Größe und der Allmacht wichtiger zu sein als Ängste vor

möglichen katastrophalen Folgen des Auslebens von Risiko und Grenzsituationen - Narzißmus kennt keine Vernunft. Für dieses Ausleben des Jugendlichkeitsrisikos bis hin zu Mutproben eignet sich das Motorrad besonders gut, wie jeder sofort nachvollziehen kann, der einmal auf einem Motorrad gesessen und wirklich Gas gegeben hat.

In Anlehnung und Erinnerung an einen meiner chirurgischen Lehrer, Klaus Klemm, möchte ich diese Auffälligkeit der männlichen Adoleszenz das *Ikarus-Phänomen* nennen. Ikarus ist ja bekanntlich gemeinsam mit seinem Vater des Fliegens mächtig gewesen, jedoch entgegen dessen Warnungen beim Fliegen der Sonne zu nahe gekommen, wodurch das Wachs, das die Federn seiner Flügel zusammenhielt, zum Schmelzen kam. Er stürzte ab, fiel ins Meer und ertrank.

Die heutige Medizin, einschließlich der Chirurgie, kennt keinen besonderen, altersspezifischen Umgang mit adoleszenten Patienten. Dennoch wäre dieser besondere Umgang dringend nötig, denn die Lebenskrise der Adoleszenz findet ihre Widerspiegelung in der alltäglichen Medizin, so wie alle anderen Lebenskrisen auch.

Probleme der Adoleszenz finden sich bei der chirurgischen Tätigkeit erst dann, wenn die physiologische Krise dieses Lebensabschnittes in biographischer Zuspitzung auf eine pathologische Katastrophe zusteuert, was sicher nicht die Regel bei dieser Krisenbewältigung ist: nicht jedes adoleszente Mädchen wird am Wochenende Bauchschmerzen bekommen, um am Montag appendektomiert zu werden, nicht jeder adoleszente Junge fährt sich am Wochenende mit seinem Motorrad zum Krüppel.

Man kann die Besonderheit der Repräsentanz der männlichen Adoleszenz in der Chirurgie besser verstehen, wenn man sich gleichzeitig die chirurgische Repräsentanz der weiblichen Adoleszenz vor Augen führt:

In der Chirurgie fallen adoleszente Mädchen durch einen besonderen Umgang und eine besondere Präsentation von Bauchschmerzen auf, wie es in meiner Untersuchung über unnötige Appendektomien bei Mädchen und jungen Frauen beschrieben steht. Dieser Lösungsweg weist eine Richtung ganz nach innen, in den eigenen Körper hinein auf. „Ist das Wochenende der familiäre ‚Hauptkampftag‘, so wird der Montag zum chirurgischen Tag der fehlindizierten Appendektomie bei diesen Patientinnen.“ (Hontschik 1994)

Dieser Weg wird von adoleszenten Jungen nicht beschritten. Diese suchen durch Risiko- und Imponierverhalten bestimmte andere Lösungen, wie zum Beispiel durch das Erreichen hoher Geschwindigkeiten, insbesondere mit motorisierten Zweirädern. Deswegen lernt man als Chirurg solche Jugendlichen als Polytraumatisierte kennen. Dieser Lösungsweg ist ganz nach außen gerichtet, in die Welt, manchmal auch direkt in den Himmel hinein, wie es Ikarus vorgemacht hat. „Schwere Verkehrsunfälle mit tödlichen Folgen konzentrieren sich ... deutlich übers Wochenende.“ (Krampe 2004)

Ob es nach einem so einschneidenden Erlebnis wie dem Überleben eines durch Motorradunfall verursachten Polytraumas bei den betroffenen jungen Männern zu einer Fortsetzung des narzißtischen und selbstzerstörerischen Höhenfluges kommt oder zu einer Katharsis und zu einem Neuanfang, hängt neben den individuellen und biographischen Voraussetzungen der Verunfallten sicher auch (wenn auch nicht immer) davon ab, ob dem jugendlichen Patienten in dieser Richtung Angebote gemacht und Hilfen gegeben werden, im günstigen Falle schon während des zum Teil mehrmonatigen Krankenhausaufenthalts.

Literatur

Börner, M., Winter-Klemm, B und K. Klemm: Der gefallene Ikaros oder der schwerverletzte jugendliche Motorradfahrer – Die grauenvolle Jahresbilanz einer Unfallklinik. Unfallchirurgie 8, 1, 1982

Dittmer, H. und F. Bauer: Ergebnisse der psychischen, sozialen und somatischen Rehabilitation nach Polytrauma, unter besonderer Berücksichtigung der Motorradfahrer. Z.Unfallchir.Vers.med.Berufskr. 80, 84, 1987

Feldkamp, G., W.D. Prall, G. Bühler und K. Junghanns: Unfälle mit motorisierten Zweirädern – Epidemiologie, Klinik, Schutzmöglichkeiten – Eine retrospektive und prospektive Studie. Unfallheilkunde 80, 1, 1977

Flaake, Karin und Vera King: Psychosexuelle Entwicklung, Lebenssituation und Lebensentwürfe junger Frauen.
In: Flaake, Karin / King, Vera (Hg.), Weibliche Adoleszenz. Frankfurt/New York 1992, S. 13-39

Hontschik, Bernd: Theorie und Praxis der Appendektomie (2. Aufl.). Mabuse Verlag, Frankfurt am Main 1994

Hontschik, Bernd und Wolf-Joachim Stelter: Bemerkungen zur Praxis der Appendektomie. Chirurg 61, 906-908, 1990

King, Vera: Der Körper als Austragungsort adoleszenter Konflikte. Analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapie 34, 321, 2003

Krampe, Andreas: Straßenverkehrssicherheit in Deutschland unter besonderer Berücksichtigung der Altersgruppe der 18- bis 24-jährigen Fahranfänger. Expertise zum Weltgesundheitstag 2004, Institut für angewandte Familien-, Kindheits- und Jugendforschung an der Universität Potsdam, 2004

Winter-Klemm, Brigitte: The Icarus phenomen.
In: Coombs, Richard, Stuart Green and Augusto Sarmiento (Eds.): External Fixation and Functional Bracing. Orthotext, London 1986, S. 411-414