

Andreas Hinz, Oliver Decker (Hg.):

Gesundheit im gesellschaftlichen Wandel
Altersspezifik und Geschlechterrollen

Forschung Psychosozial

Andreas Hinz, Oliver Decker (Hg.):

Gesundheit im gesellschaftlichen Wandel

Altersspezifik und Geschlechterrollen

Festschrift zum 60. Geburtstag von Elmar Brähler

Psychosozial-Verlag

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen
Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet
über <<http://dnb.ddb.de>> abrufbar.

Originalausgabe
© 2006 Psychosozial-Verlag
Goethestr. 29, D-35390 Gießen.
Tel.: 0641/77819; Fax: 0641/77742
E-Mail: info@psychosozial-verlag.de
www.psychosozial-verlag.de

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form (durch
Fotografie, Mikrofilm oder andere Verfahren) ohne schriftliche Genehmigung
des Verlages reproduziert oder unter Verwendung elektronischer Systeme
verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlagabbildung: Stefanie Flauger, 2005
Umschlaggestaltung nach Entwürfen des Ateliers Warminski, Büdingen.
Druck: Majuskel Medienproduktion GmbH, Wetzlar.

www.majuskel.de
Printed in Germany
ISBN 3-89806-446-8

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	7
Demografische Entwicklung und Gesundheit	
Was kann die Medizinsoziologie zum gesunden Altern beitragen? <i>Johannes Siegrist</i>	13
Gesundheit im Alter: Die Bedeutung von Körpererleben, Körperbeschwerden und psychischen Anpassungsprozessen an den alternden Körper <i>Thomas Gunzelmann & Aike Hessel</i>	29
Kinderwunsch in der Paarinteraktion: Determinanten, Kommunikation und Zusammenhang mit Rollenerwartungen <i>Yve Stöbel-Richter, Hendrik Berth & Andreas Hinz</i>	47
Gesellschaftliche Determinanten für Gesundheit	
Alters- und Geschlechtsabhängigkeit von Sozialschichtindikatoren sowie deren Bedeutung für Zusammenhänge zwischen Sozialschicht und Gesundheit <i>Andreas Hinz & Yve Stöbel-Richter</i>	63
Geschlechterdifferenzen in den Gesundheitsfolgen von Arbeitslosigkeit. Ergebnisse der Sächsischen Längsschnittstudie <i>Hendrik Berth, Peter Förster, Katja Petrowski, Yve Stöbel-Richter & Friedrich Balck</i>	78
Arztberuf im Wandel? Geschlecht, Gesundheit und berufliche Belastung <i>Dorothee Alfermann & Jeannine Stiller</i>	93
Ausgewählte Patientengruppen	
Durch Dick und Dünn – Ess-Störungen und Adipositas im demografischen und soziokulturellen Wandel <i>Uwe Berger, Jenny Rosendahl & Bernhard Strauß</i>	109

Die geschlechtsspezifische Erfassung körperlicher Beschwerden bei PsychotherapiepatientInnen mit dem „Gießener Beschwerdebogen“ (GBB) von Brähler & Scheer <i>Cornelia Albani, Gerd Blaser, Ulrike Rietz, Thomas Villmann & Michael Geyer</i>	124
Die Paardynamik bei der Lebendorganspende im Gießen-Test <i>Oliver Decker & Merve Winter</i>	144
Das Gesundheitssystem im Wandel – demografische und medizinische Aspekte der Patientenbeteiligung am Beispiel der Tumorbehandlung <i>Jochen Ernst & Reinhold Schwarz</i>	159
Patientenzufriedenheit: Abhängigkeit von Alter und Geschlecht <i>Christiane Bleich, Silke Pawils & Uwe Koch</i>	179
Einstellung zur Gesundheit und gesundheitsepidemiologische Forschung	
Typen des Gesundheitsverhaltens in der deutschen Bevölkerung – Ergebnisse einer Repräsentativbefragung unter dem Blickwinkel von Alter und Geschlecht <i>Christina Schröder & Harry Schröder</i>	203
Sollte man die finanziellen Mittel für die Behandlung psychischer Erkrankungen kürzen? <i>Matthias C. Angermeyer, Herbert Matschinger & Georg Schomerus</i>	215
Nutzen und Grenzen von Repräsentativerhebungen zur Gesundheitsthematik <i>Andreas Hinz</i>	230
Verzeichnis der Autorinnen und Autoren	240

Vorwort

Die komplexen gesellschaftspolitischen Wandlungen der letzten Jahrzehnte betreffen das Gesundheitssystem in besonderer Weise. Im Kontext tief greifender demografischer, sozialer und auch wirtschaftlicher Umwälzungen steht das System der medizinischen Versorgung unter einem massiven Reformdruck, mit dem bisweilen die prinzipielle Frage verknüpft wird, ob es in seiner jetzigen Ausgestaltung überhaupt langfristig in der Lage ist, die anstehenden Herausforderungen zu bewältigen. Ein wesentlicher Auslöser des Reformbedarfs ist dabei die demografische Entwicklung, die mit dem Schlagwort „Alternde Gesellschaft“ umschrieben wird (vgl. dazu den Beitrag von Siegrist in diesem Band). Diese Entwicklung widerspricht in zunehmendem Maße den Basisannahmen des so genannten Generationenvertrages der solidarisch organisierten Finanzierung der Sozialversicherungssysteme. Die Aufgabe von Medizinpsychologie und Medizinsoziologie ist es hier, den älter werdenden Menschen nicht nur als Symptomträger und Kostenfaktor zu sehen, sondern als Subjekt mit begründetem Anspruch auf ein möglichst hohes Maß an Lebensqualität und sozialer Partizipation.

In der medizinsoziologischen Forschung setzt sich verstärkt die Erkenntnis durch, dass das Geschlecht bei Fragen nach Gesundheit und Krankheit von besonderer Bedeutung ist. Dies betrifft nicht die einfache Tatsache, dass gewisse Erkrankungen nur bei Männern oder nur bei Frauen auftreten, sondern eher die unterschiedlichen Prävalenzen von Erkrankungen der beiden Geschlechter und vor allem deren Hintergründe und Präventionsmöglichkeiten. Zusätzlich ist der unterschiedliche Zugang zu medizinischen Leistungen in Abhängigkeit vom Geschlecht ein wichtiges Thema: Männer und Frauen haben nicht nur ein unterschiedliches Gesundheits- und Inanspruchnahmeverhalten, sondern sie erhalten auch unterschiedliche Leistungen im Gesundheitssystem.

Aus diesen Aspekten (Alter und Geschlecht) leitet sich der Untertitel des vorliegenden Buches ab: Die verschiedenen Themenbereiche, in denen sich gesellschaftliche Wirkungen auf gesundheitsbezogenes Handeln abspielen, werden in diesem Buch speziell unter der Perspektive von Alter und Geschlecht thematisiert.

Dieses Buch ist Professor Elmar Brähler gewidmet. Er ist Direktor der Abteilung für Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie und vertritt wie nur wenige andere die beiden Aspekte des gemeinsamen Faches gleichermaßen. In

seiner Eigenschaft als Medizinpsychologe wird er besonders als Testautor geschätzt. Er hat Fragebögen wie den Gießener Beschwerdebogen und den Gießen-Test (die in diesem Buch auch zum Einsatz kommen) mit entwickelt, sich um die Normierung zahlreicher Verfahren verdient gemacht (vgl. Beitrag von Hinz in diesem Band) und hat mehrere Bücher mit Zusammenstellungen zu verschiedenen Testverfahren (Brickenkamp Handbuch psychologischer und pädagogischer Tests, Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie, Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden) mit herausgegeben. Auf soziologischer Seite befasst sich Elmar Brähler ebenfalls mit einer Fülle von Themen. Beispiele dazu sind: Werte, Rechtsextremismus und Alltagskultur. Ein wichtiges Anliegen von Elmar Brähler ist es, seine wissenschaftlichen Erkenntnisse auch öffentlich wirksam werden zu lassen. So sieht man ihn zu den verschiedensten Themen auf Pressekongressen, in Zeitungen und im Fernsehen.

Am 3. März 2006 wird Elmar Brähler 60 Jahre alt. Da fällt es nicht schwer, unter seinen wissenschaftlichen Mitstreitern Personen zu finden, die ihre Forschungsergebnisse zu dem komplexen Thema dieses Buches in Form eines Beitrags zusammenstellen und gleichzeitig Elmar Brähler in Form ihres Buchbeitrags gratulieren wollen. So entsteht ein bunter Blumenstrauß an wissenschaftlichen Arbeiten, wobei das einigende Band dieses Blumenstraußes die Verbindung gesellschaftlicher Bedingungen und gesundheitlicher Faktoren ist. Gleichzeitig gibt dieser Band der kollegialen Verbindung der Autoren zu Elmar Brähler Ausdruck. Die Autoren haben der Versuchung widerstanden, explizit auf all das einzugehen, was Elmar Brähler zu den von ihnen bearbeiteten Themen geleistet hat. Somit erhält der Blumenstrauß einen eigenständigen Wert, der über den Anlass des Buches, den Geburtstag von Elmar Brähler, hinausweist und als Standortbestimmung der Forschungen zu Gesellschaft und Gesundheit verstanden werden kann.

Die Beiträge dieses Buches greifen verschiedene Aspekte der gesellschaftlichen Veränderungen mit ihrer Beziehung zu Gesundheit und Krankheit auf.

Der Artikel von Siegrist skizziert die wesentlichen demografischen Entwicklungslinien und leitet daraus Folgerungen für die älter werdende Gesellschaft ab. Was kann die Medizinsoziologie zu dieser Thematik beitragen? Sein Plädoyer ist, dass die Gesellschaft die Ressourcen an sozialer Produktivität, welche ältere Menschen verkörpern, nicht verschenken darf. Mit der gesundheitlichen Lage älterer Menschen beschäftigt sich die Arbeit von Gunzelmann und Hessel. Neben der Steigerung der Lebenserwartung ist die niedrige Geburtenzahl eine Wurzel für die

demografischen Verzerrungen unserer Gesellschaft. Stöbel-Richter und Mitarbeiter gehen in ihrem Beitrag der Frage nach, welches die Motive für den Kinderwunsch sind, und welche gesellschaftlichen Bedingungen und Einstellungen dem Kinderwunsch entgegenstehen: Was kann oder muss geschehen, damit die Kinderzahl wieder steigt?

Spezielle gesellschaftliche Determinanten für Gesundheit und Krankheit werden in den folgenden Beiträgen abgehandelt. In der Arbeit von Hinz und Stöbel-Richter wird die Beziehung zwischen Sozialschicht und Gesundheit thematisiert. Es ist bekannt, dass sich Angehörige höherer sozialer Schichten einer besseren Gesundheit erfreuen als Angehörige unterer Schichten. Der Beitrag geht der Frage nach, inwieweit dieser Zusammenhang durch Alter und Geschlecht mit vermittelt sein kann. Das Ergebnis ist, dass es sich auch nach präziser methodischer Auswertung um einen substanziellen Schichtgradienten handelt. Arbeitslose Jugendliche sind gesundheitlich stärker belastet als erwerbstätige. Dies belegt eine Studie von Berth und Mitarbeitern, wobei hier ein besonderes Gewicht auf die geschlechtsdifferenzierte Betrachtung gelegt wird. Gesellschaftliche Bedingungen wirken nicht nur auf Patientinnen und Patienten, sondern auch auf die Ärztinnen und Ärzte. Alfermann und Stiller gehen in ihrer Studie der Frage nach, welches heute die Belastungsfaktoren im Arztberuf sind, wie sich dies bei den verschiedenen Fachrichtungen bei beiden Geschlechtern im Einzelnen darstellt, und inwieweit sich Siegrists Modell beruflicher Gratifikationskrisen zur Darstellung der beruflichen Situation der Ärzte bewährt.

Im Folgenden werden ausgewählte Patientengruppen beschrieben. Eine Erkrankungsform, bei welcher das Wirken gesellschaftlicher Einflüsse offensichtlich ist (wenngleich die konkreten Wirkungswege weiterhin wenig verstanden sind), stellen die Ess-Störungen dar. Berger und Mitarbeiter zeichnen ein Bild von Ess-Störungen und Adipositas im demografischen Wandel. Psychotherapiepatientinnen und -patienten werden in der Studie von Albani und Mitarbeitern untersucht, und die komplexen Beziehungen zwischen körperlicher und psychischer Symptomatik werden an dieser Klientel exemplarisch analysiert. Im darauf folgenden Beitrag widmen sich Decker und Winter der Lebendorganspende. Der medizinische Fortschritt macht neben der schon länger praktizierten Nierenspende auch die Leber-spende als Lebendorganspende möglich. Was der medizinisch-technische Fortschritt jedoch nicht kann, ist eine Antwort auf die Frage zu geben, warum nach wie

Was kann die Medizinsoziologie zum gesunden Altern beitragen?¹

Johannes Siegrist

1. Einleitung

Die rasche Zunahme des Anteils älterer Menschen an der Bevölkerung stellt vermutlich das einschneidendste demographische Kennzeichen moderner Gesellschaften dar. Neben einer weiteren Senkung der Säuglings- und Kindersterblichkeit im Laufe des 20. Jahrhunderts trug – und trägt weiter – das Sinken der Sterblichkeit in den höheren Altersgruppen zu einer deutlichen Steigerung der Lebenserwartung bei. Damit erhöht sich nicht nur die Chance für einen großen Teil der Menschen, das 60., 70. und 80. Lebensjahr zu erreichen, sondern es wächst zugleich die Zahl der Hochaltrigen. Für das Jahr 2010 wird beispielsweise in Deutschland mit etwa 4 Millionen über 80-Jährigen gerechnet. Obwohl die Verschiebung der Altersstruktur ein globales Phänomen ist, tritt sie doch gegenwärtig in den westlichen Industriegesellschaften am deutlichsten zutage. Hier beobachten wir auch einen soziologischen Vorgang großer Tragweite, die Ausdifferenzierung zweier Altersphasen, die mit den Begriffen „drittes“ und „viertes“ Lebensalter bezeichnet werden.

Gegenüber dem traditionell dreigliedrigen Lebenslauf – Entwicklung und Ausbildung; Erwerbsleben und aktive Familienphase; Ruhestand – entsteht eine Ausdehnung der Endphase des Lebenslaufs in zwei deutlich unterscheidbare Sequenzen. Im dritten Lebensalter, d. h. einer Spanne, die typischerweise von Mitte der 50er Jahre bis Anfang der 80er Jahre reicht, ist der überwiegende Teil der Menschen noch bei vergleichsweise guter Gesundheit und in der Lage, das Leben auto-

¹ Dieser Beitrag basiert auf einem unveröffentlichten Vortrag anlässlich eines Symposiums der Arbeitsgruppe „Chancen und Probleme einer alternden Gesellschaft“ der Akademien Leopoldina und acatech im April 2005.

nom zu gestalten. Erst die vierte Phase ist typischerweise von irreversiblen Abbau, von Funktionseinschränkungen und chronischen Leiden gekennzeichnet.

Eine der großen Herausforderungen für die Gesellschaft insgesamt – und für die Medizin im Besonderen – liegt in der Schaffung von Bedingungen, welche es einer großen Zahl von Menschen ermöglichen, gesund alt zu werden. Gesundes Altern ist ein Prozess, der sich auf den drei Ebenen biologischer, psychologischer und soziologischer Forschung analysieren und gestalten lässt. Neben der biomedizinischen Grundlagenforschung und der klinischen Forschung vermögen Medizinische und Klinische Psychologie sowie Medizinische Soziologie hierzu neues Wissen beizusteuern. Nachfolgend wird nach einer kurzen Skizzierung wichtiger biomedizinischer Zugänge zur Analyse gesunden Alterns ein medizinsoziologischer Ansatz zur Diskussion gestellt, der wesentlich auf das dritte Lebensalter zugeschnitten ist, indem er den Sachverhalt sozialer Produktivität in den Mittelpunkt stellt. Abschließend werden einige Folgerungen für die Forschung sowie für die gesellschaftspolitische Praxis diskutiert.

2. Biomedizinische Ansätze: Gesunderhaltung und Altern

Uns Menschen stehen drei grundlegende Mechanismen zur Gesunderhaltung zur Verfügung: erstens Reparatur, zweitens Regeneration bzw. Kompensation und drittens Protektion. Überall dort, wo die Stabilität bzw. Kontinuität des Lebensprozesses bedroht ist, gelangen sie zum Einsatz. Diese Mechanismen spielen sich auf der Ebene von Zellen, Geweben und Organen ab, sie betreffen jedoch in einzelnen Aspekten auch den Organismus als Ganzes. Mangelnde Fähigkeit zur Gesunderhaltung des Organismus und seiner Elemente ist nicht gleichzusetzen mit dem Prozess biologischen Alterns. Dennoch bestehen zwischen beiden Phänomenen substantielle Überschneidungen. Denn mit zunehmendem Alter verringert sich die Wahrscheinlichkeit, dass Protektion, Regeneration, Kompensation und Reparatur zuverlässig funktionieren. Damit einher geht die Entwicklung chronisch-degenerativer Krankheiten, übrigens häufig in Form sog. Ko-Morbiditäten. Die Medizin widmet sich daher mit besonderer Intensität dem Studium der genannten Mechanismen, um Krankheiten besser erkennen, behandeln und verhüten und Alterungsprozesse positiv beeinflussen zu können.

Zweifelloso liegt das handlungsleitende Erkenntnisinteresse gegenwärtiger medizinischer Grundlagenforschung auf den molekulargenetisch zu erfassenden Prozessen, in der Hoffnung, Reparatur, Regeneration und Protektion auf den elementaren und komplexen Ebenen des Organismus im Sinne der Gesunderhaltung, der kausalen Therapie von Krankheiten und der Retardierung von Alterungsprozessen beeinflussen zu können. Die genannten Mechanismen spielen aber darüber hinaus bereits heute in der klinischen Medizin eine bedeutende Rolle, wie nachfolgend stichwortartig erläutert wird.

Reparatur

Es ist unbestritten, dass medizinische Interventionen der Reparatur in Form von Organersatz und Organtransplantation zur Erhöhung der Lebenserwartung und zur Verbesserung der Lebensqualität einen signifikanten Beitrag geleistet haben und weiterhin leisten werden. Niere, Herz und Leber sind wichtige Organe, die sich bei entsprechender Histokompatibilität zur Allotransplantation eignen. Neben menschlichem Gewebe wird teilweise auch tierisches Gewebe zur Allotransplantation verwendet, so z. B. bei Herzklappenersatz. Künstliche Prothesen bilden eine weitere, an Bedeutung rasch zunehmende Strategie der Reparatur, so insbesondere in der Orthopädie (Hüft- und Kniegelenk-Prothesen), aber auch bei sog. Neuroprothesen, für den Ersatz einfacher sensorischer und motorischer Funktionen (Hörprothesen, Ganghilfen).

Der Stellenwert von Organtransplantation und künstlichem Organersatz wird in der Medizin der Zukunft weiter anwachsen, wenn auch die noch nicht befriedigend gelösten Probleme der Immunabwehr, der dauerhaften Begleitmedikation (Antikoagulantien, Antibiotika, Entzündungshemmer) sowie die oft prekäre Kosten-Wirksamkeits-Relation diesem Lösungsansatz Grenzen setzen.

Regeneration bzw. Kompensation

Umso wichtiger wird die Beeinflussung des zweiten oben genannten Mechanismus, der Regeneration bzw. Kompensation. Hierbei geht es um eine Optimierung der Funktionsweise von Organen mit eingeschränktem Leistungsvermögen, in erster Linie durch systemische oder lokale Applikation der Stammzellen-Therapie. Dabei übernehmen adulte oder embryonale Stammzellen die Aufgabe der Erneuerung des beschädigten Gewebes durch kontinuierliche Zellteilung und funktionale

Adaptation. Die gezielte lokale Applikation molekularer Wirkstoffe ergänzt diesen Therapieansatz, in den gegenwärtig gewaltige Investitionen fließen und an den große Hoffnungen geknüpft werden, so u. a. die Hoffnung, dass es gelingt, irreversible Schäden des Nervensystems zu beheben, beispielsweise durch Wiederauwachsen durchtrennter Nervenfasern oder durch Ersetzen von Gehirngewebe, dessen Funktionalität zerstört ist. Die ethischen Konflikte, welche durch die embryonale Stammzellforschung hervorgerufen werden und welche aus deontologischer und aus utilitaristischer Sicht unterschiedlich bearbeitet werden, und die Spannung zwischen innovativer Forschungsarbeit und unsicherem therapeutischen Nutzen kennzeichnen die ambivalente Situation, in welcher die regenerative Medizin sich gegenwärtig befindet.

Neben der Regeneration eröffnet der Mechanismus der Kompensation weitere Lösungsmöglichkeiten, so insbesondere bei der Funktionserhaltung des Zentralen Nervensystems. Seit langem ist bekannt, dass das menschliche Gehirn eine erstaunliche Plastizität besitzt, die es in die Lage versetzt, ausgefallene Funktionen in einem umgrenzten Bereich durch Aktivierung anderer Regionen zu kompensieren. Bereits heute wird die neuronale Plastizität zu Therapiezwecken genutzt. Aufsehen erregende Entwicklungen sind in nächster Zukunft vermutlich in einem Bereich zu erwarten, der als „Brain-Computer Interface“ (BCI) bezeichnet wird. Hierbei kommuniziert das Gehirn über Prinzipien des Biofeedback mit dem Computer und lernt auf diese Weise, intentionale Signale zu senden und erhaltene Information zu verarbeiten. Dieses Verfahren kann beispielsweise bei der Rehabilitation nach Schlaganfall sowie bei seltenen Krankheitsbildern wie „Locked in-Syndrom“ oder „amyotrophe Lateralsklerose“ mit ermutigendem Erfolg angewandt werden.

Protektion

Die größte Reichweite kommt aufgrund seiner präventiven Bedeutung dem dritten Mechanismus zu: der Protektion. Hier konzentriert sich das Forschungsinteresse vorwiegend auf die molekularbiologischen Prozesse der Zellfunktion und Zellteilung. Es ist bekannt, dass der Lebensprozess auf kontinuierliche Zellteilung angewiesen ist, ebenso, dass die Integrität von Zellen durch Schädigungen im Zellkern und in den Mitochondrien bedroht wird, die durch sog. Sauerstoffradikale erfolgen. Etwa ein Prozent des Sauerstoffs, den wir einatmen, wird in freie Radikale umgewandelt, und je intensiver Stoffwechselprozesse in unserem Organismus ablaufen, umso mehr „oxidativer Stress“ wird erzeugt. Sauerstoffradikale schädigen die