

## **Rainer Müller (1989): Gesundheitspolitische Anmerkungen zu problematischen Lebenslagen alter Menschen**

Mit dem Thema Altwerden und Altsein stellen sich ambivalente Gefühle und Reaktionen ein, da man mit Sterben und Tod konfrontiert wird. Hinter der Fassade des derzeitigen "Booms" öffentlicher und wissenschaftlicher Beschäftigung mit Altern, Sterben und Tod verbirgt sich zum großen Teil ein abwehrender Verdrängungsmechanismus. Das Medizinsystem mit seiner Idealisierung des langen Lebens, seinem Heilungsversprechen und dem technischen Kampf gegen den Tod kann als eine institutionalisierte Form der nicht gelungenen Auseinandersetzung mit Sterben und Tod interpretiert werden. (Illich 1981) Unsere Gesellschaft hat für das Alter kein verbindliches Leitmotiv mehr zur Hand bzw. kein neues entwickelt.

Für Alte werden öffentliche bzw. gesellschaftliche Funktionen nicht bereitgehalten. (Schwarz 1988, Göckenjan, v. Kondratowitz 1988) In diesem Vakuum kann sich die Fixierung auf Krankheit, auf Medizin und sonstige therapeutische Szenen ausdehnen.

Altwerden und Altsein hat aus rein quantitativen Gesichtspunkten an Brisanz gewonnen. Nach Modellberechnungen wird der Anteil der über 65jährigen zwischen 1984 und dem Jahre 2030 von 21 % auf 37 % anwachsen. (Deutscher Bundestag 1986, S. 30) Die Altersphase dehnt sich deutlich aus. Sie macht vor allem bei Frauen fast ein Drittel des Lebens aus. Durch Frühverrentung und Arbeitslosigkeit verjüngt sich das Alter ebenfalls. Alte Menschen stellen keine homogene Gruppe dar. Der Altersprozess hängt von einer Vielzahl von Einflussfaktoren auf unterschiedlichen Ebenen ab: z. B. Körperlichkeit (Konstitution, Krankheitsbiographie), soziale Einbettung und Kompetenz, ökonomische Ressourcen, zeitgeschichtliche Erfahrung in der Biographie, Umweltbedingung im engeren und weiteren Sinn. Die schichtenspezifische soziale Ungleichheit bestimmt auch die Altersproblematik.

Gesundheitspolitisch von Bedeutung ist hier, dass erstens von gesundheitlichen Risiken und Schädigungen insbesondere durch Erwerbsarbeit vermehrt und verstärkt Angehörige der unteren sozialen Schichten betroffen sind (Müller 1985), und dass zweitens zusätzlich diesen Personengruppen und Familien Möglichkeiten und Fähigkeiten, die Risiken und Schädigungen positiv zu bewältigen, weniger zur Verfügung stehen bzw. von ihnen unzulänglich genutzt werden. (Grünauer u. a. 1979)

Gesundheitlicher Verschleiß bei z. T. mangelnden Bewältigungsressourcen - einschließlich kurativer und rehabilitativer Medizin und belastende Arbeits- und Lebensbedingungen zeigen im Lebenslauf nicht selten sich gegenseitig aufschaukelnde Wirkungen.

Ein Abbau der Arbeitsbelastungen und eine humane Gestaltung der Arbeits- und eben auch der Lebensbedingungen findet selten oder überhaupt nicht statt. Wie weit verbreitet selbst heute noch bei einer angeblichen Modernisierung der Arbeitswelt gesundheitschädliche Arbeitsbelastungen sind, hat eine neue Untersuchung gezeigt. (v. Henniges 1987) 5,2 Mill. (25 %) der deutschen Erwerbstätigen arbeiten praktisch immer bzw. häufiger unter Lärm. Ständig oder häufig sind 15 % gesundheitsschädlichem Rauch, Gas, Staub und Dämpfen ausgesetzt. Fast die Hälfte der Erwerbstätigen leidet unter Monotonie und starker Reglementierung ihrer Arbeit (Termindruck, hohe Konzentration, immer dasselbe tun). 80 % der Hilfsarbeiter und 51 % der Facharbeiter klagen über restriktive Arbeitsbedingungen. Die Kumulation dieser Arbeitsrisiken in der aktuellen Arbeitssituation wie auch im Arbeitsleben insgesamt stellt die Basis für die Ausbildung von

chronischen Leiden dar. Frühinvalidität, d. h. Verrentung wegen chronischer, nicht heilbarer Erkrankung, hängt mit erlittenen Mehrfachbelastungen im Arbeitsleben zusammen. (Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung 1984)

Die gesundheitliche Abstiegskarriere über hohe und mehrfache Arbeitsbelastungen, chronische Erkrankungen, Frühinvalidität endet überdurchschnittlich häufig mit dem vorzeitigen Tod. (Volkholz, Schwarz 1984) Ein 35jähriger Hilfsarbeiter hat eine um 9 Jahre kürzere Lebenserwartung als ein gleichaltriger Professor. (Pröbsting 1984) Die Lebenserwartung eines 50jährigen Frührentners liegt im Durchschnitt gegenüber gleichaltrigen Männern der Gesamtbevölkerung um 8 Jahre niedriger. Bei den Frauen in diesem Alter beträgt der Unterschied 6 Jahre.

Fernere Lebenserwartung in Jahren, im Alter x BU/EU-Rentner und Wohnbevölkerung

| vollendetes<br>Alter x | Männer<br>BU/EU-Bevölkerung |         | Frauen<br>BU/EU-Bevölkerung |         |
|------------------------|-----------------------------|---------|-----------------------------|---------|
|                        | 1983/85                     | 1982/84 | 1983/85                     | 1982/85 |
|                        | 1                           | 2       | 3                           | 4       |
| 25                     | 21,87                       | 47,58   | 28,45                       | 53,70   |
| 30                     | 21,42                       | 42,84   | 28,48                       | 48,83   |
| 35                     | 19,84                       | 38,11   | 27,23                       | 43,99   |
| 40                     | 18,30                       | 33,46   | 26,14                       | 39,21   |
| 45                     | 17,08                       | 28,94   | 25,06                       | 34,51   |
| 50                     | 16,38                       | 24,62   | 23,89                       | 29,91   |
| 55                     | 15,81                       | 20,57   | 22,57                       | 25,46   |
| 60                     | 14,35                       | 16,78   | 20,14                       | 21,17   |

Quelle: Spalte 1 und 3: Rehfeld/Scheitl 1986, S. 747 ff.  
Spalte 2 und 4: Stat. Jahrbuch 1986, S. 76

Arbeiter gehen früher und häufiger in Frührente als Angestellte. Im Alter von 54 Jahren waren 1979 bereits 20 % des Ausgangsbestandes der Arbeiter in Frührente gewechselt. Bei den Angestellten lag der Anteil bei lediglich 5 %. (Schuntermann 1986)

Die gesundheitlichen Probleme im Alter zu einem erheblichen Ausmaß auf erlittene Belastungen und Beanspruchungen des Arbeitslebens zurück. Der sozioökonomische Status bzw. die Schichtzugehörigkeit einer Person bestimmt nicht nur die Qualität des Arbeitslebens, sondern alle Dimensionen des Daseins: z. B. Einkommen, Wohnung, soziale Teilhabe, Zugang zu sozialen Unterstützungsleistungen, persönliche Bewältigungskompetenz von Belastungen und Problemlagen. In den Defiziten alter Menschen drücken sich somit auch Mängel einer Sozial- und Gesundheitspolitik aus, die zu struktureller Prävention schädlicher Arbeits- und Lebensbedingungen, zu Rehabilitation prekärer gesundheitlicher und sozialer Lagen sowie zu einer guten wirtschaftlichen Sicherung nicht für alle Bürger in der Lage war bzw. ist.

Welche große Bedeutung das Medizinsystem für alte Menschen hat und wie stark Altern medikalisiert wurde, soll schlaglichtartig mit einigen Zahlen zum Arztkontakt und Arzneimittelkonsum belegt werden. Die Zahlen sind u. a. vor folgendem Hintergrund zu analysieren.

Ältere Patienten sind auf die naturwissenschaftlich/technisch dominierte Medizin hin sozialisiert und hegen überzogene Erwartungen an die Hilfsfähigkeit der Medizin. Diese Fixierung wird bei alten und sich unwohl fühlenden Menschen verstärkt durch die nicht seltene soziale Isolation und den generellen Verlust des zentralen gesellschaftlichen Leitmotivs wie Erwerbsarbeit, Familie oder Partner.

Etwa 70 % der über 70jährigen hatte 1984 je Quartal mindestens einmal Kontakt mit einem Allgemeinarzt. Internisten wurden von etwa 20 % dieser Bevölkerungsgruppe aufgesucht. (Sachverständigenrat für die Konzentrierte Aktion im Gesundheitswesen 1987, S. 271, 272) Je Quartal betrug die durchschnittliche Kontakthäufigkeit beim Allgemeinarzt bei Männern etwa 2,5 und bei Frauen 3,0.

Die überdurchschnittlich hohe Inanspruchnahme ist einerseits Ausdruck für gesundheitliche Störungen zugleich aber auch Indikator für das Hilfesuchen eben hinsichtlich sozialer Probleme der älteren Menschen.

Die hohe Medikalisation von Älteren wurde ebenfalls bei einer repräsentativen Studie in Göteborg/Schweden herausgefunden und empirisch gut belegt. (Landahl 1987) 61 % der 70jährigen Männer und 77 % der gleichaltrigen Frauen nahmen regelmäßig mindestens ein Arzneimittel im Durchschnitt 3,1 bzw. 3,4 Medikamente zugleich. Im Alter von 82 Jahren wurden nur 10 % der Männer und 3 % der Frauen keine Pharmaka verordnet.

Anzahl der Probanden (in Prozent) nach Zahl der konsumierten Medikamente

|                                | Alter (Jahre) |     |     |     |     |     |     |     |
|--------------------------------|---------------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
|                                | 70            |     | 75  |     | 79  |     | 82  |     |
|                                | M             | F   | M   | F   | M   | F   | M   | F   |
| n                              | 449           | 524 | 331 | 413 | 209 | 328 | 126 | 216 |
| > 1 Me-<br>dikament            | 61            | 77  | 74  | 90  | 79  | 89  | 90  | 97  |
| > 5                            | 14            | 18  | 17  | 27  | 20  | 34  | 28  | 56  |
| durch-<br>schnittliche<br>Zahl | 3,1           | 3,4 | 3,3 | 3,7 | 3,5 | 4,3 | 3,9 | 5,4 |

Quelle: Landahl 1987, S. 180

In der Bundesrepublik wird in der Altersgruppe 71 bis 80 Jahre, das sind 7,7 % aller Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung mit 23,5% aller Arzneimittelausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung, im statistischen Durchschnitt jeder Patient mit fast 3 Arzneimitteln dauertherapiert. (Schwabe, Paffrath 1987, S. 471)

In dieser Altersgruppe der 71-80jährigen wurden 668 Verordnungen je Tausend

Versicherte für Novodigal und 200 für Lexotanil registriert. In der Gruppe der 81jährigen und älteren nimmt Adumbran den 4. Rangplatz der häufigsten Arzneiverordnungen ein.

Eine derartig häufige Verordnung von Arzneimitteln für alte Menschen stellt selbst ein vorrangiges Gesundheitsrisiko wegen unerwünschter medikamentöser Nebenwirkungen dar. Bei über 20 % von Alterspatienten sollen solche Nebenwirkungen durch Medikamente auftreten. (Platt 1985, S. 3546) Das Risiko steigt mit der Zahl der verordneten Medikamente. (Kruse u. a. 1983, S. 30) Fast 40 % der untersuchten älteren Patienten kannten nicht ein einziges ihrer Medikamente. Patienten mit unerwünschten Arzneimittelnebenwirkungen konnten in 79 % der Fälle kein Medikament benennen.

An diesen Missständen im Umgang mit Arzneimitteln wird deutlich, dass eine ausschließliche Orientierung auf medizinische und hier insbesondere medikamentöse Therapie den Problemlagen älterer Menschen auch in gesundheitlicher Hinsicht nicht angemessen ist, sondern dass gerade eben auch medizinische Therapien in ein soziales Unterstützungs- und Betreuungssystem eingebunden sein müssen, wenn sie effektiv wirken sollen. Hier sind psychologische Patientenführung und aktivierende Rehabilitation entscheidend sowie eine soziale und menschliche Gestaltung der Lebensbedingungen der älteren Bürger notwendig.

## Literatur

Deutscher Bundestag (Hg.): Antwort der Bundesregierung, Drucksache 10/1807 vom 31.07.1984

Deutscher Bundestag (Hg.): Unterrichtung durch die Bundesregierung, vierter Familienbericht, Drucksache 10/6145 vom 13.10.1986

Göckenjan, G., v. Kondratowitz, H.-J. (Hg.): Alter und Alltag, Frankfurt 1988

Grünauer, F. u. a.: Untersuchungen zur Schichtenspezifität der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und der Krankheitsverläufe in der sozialen Krankenversicherung, herausgegeben vom Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung, Bonn 1979

v. Henniges, H.: Auswirkungen moderner Technologie auf Arbeitsbedingungen, in: Beiträge für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 1987, S. 309-418

Illich, I.: Nemesis der Medizin, Reinbek 1981

Kruse, W. u. a.: Unerwünschte Arzneimittel-Wirkungen bei geriatrischen Patienten, in: Deutsches Ärzteblatt, Heft 13, 1983, S. 25-32

Landahl, St.: Drug Treatment in 70-82-year-old Persons, in: Acta Med Scand 1987, 221, S. 179-184

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Sozialordnung, Baden-Württemberg (Hg.):

Frühinvalidität, Stuttgart 1984

Müller, R.: Soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod, in: Milles, D., Müller, R. (Hg.): Berufsarbeit und Krankheit, Frankfurt 1985, S. 224-233

Platt, D.: Medikation im Alter, in: Deutsches Ärzteblatt, Heft 47, 1985, S. 3546-3548

Pröbsting, H.: Entwicklung der Sterblichkeit, in: Wirtschaft und Statistik, 1, 1984, S. 13-24

Rehfeld, U., Scheitel, O.: Die Rentnersterblichkeit 1985, in: Deutsche Rentenversicherung, 11, 1986, S. 729-750

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Jahresgutachten 1987, Baden-Baden 1987

Schwabe, U., Paffrath, D. (Hg.): Arzneiverordnungs-Report'87, Stuttgart, New York 1987

Schwarz, D.: Leben, Lebenslauf. Alter und Tod, in: Psychologie und Gesellschaftskritik, Heft 1/2, 1988, S. 7-25

Schuntermann, M. F.: Das Berentungsrisiko wegen Erwerbsminderung, in: Deutsche Rentenversicherung, 3/4, 1986, S. 237-257

Volkholz, V., Schwarz, F.: Längsschnittanalyse von Mobilität und Krankenstand, Dortmund 1984