Psychologie und Medizin
Traumpaar oder Vernunftehe?

Hendrik Berth (Hrsg.)

PABST

Hendrik Berth (Hrsg.)

Psychologie und Medizin - Traumpaar oder Vernunftehe?

Festschrift für Prof. Dr. Friedrich Balck
zum 65. Geburtstag

PABST SCIENCE PUBLISHERS
Lengerich, Berlin, Bremen, Miami,
Riga, Viernheim, Wien, Zagreb

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

Das Werk, einschließlich aller seiner Teile, ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

© 2010 Pabst Science Publishers, D-49525 Lengerich

Druck: PrintGroup Sp. z.o.o.
Titelgrafik: Klaus Wegmann, Dresden
ISBN 978-3-89967-620-4

Inhaltsverzeichnis

Psychologie und Medizin - Traumpaar oder Vernunftehe? Ein Vorwort
Hendrik Berth 9

Demographischer Wandel in Deutschland - Welche Konsequenzen ergeben sich hieraus für die Medizin?
Yve Stöbel-Richter & Elmar Brähler 23

Die Bereitschaft von Angehörigen für die Mitarbeit in Altenpflegeheimen
Axel Bartels 39

Einflussfaktoren auf den Behandlungserfolg bei Hüftendoprothetik
Csilla Jeszenszky & Maike Lippmann 55

Unzufriedenheit mit dem eigenen Körpergewicht nach Einkommensarmut: eine Mehrebenenanalyse in der Region Augsburg
Thomas von Lengerke & Andreas Mielck 69

Geschlechterspezifik der gesundheitlichen und sozialen Situation immigrierter Ärztinnen und Ärzte in Deutschland
Sabine Aßmann, Eva Haufe & Klaus Scheuch 81

Rehabilitationspsychologische Aspekte der Hämodialyse und Transplantation
Gabriele Helga Franke 97

Bedürfnis nach psychosozialer Beratung und Inanspruchnahme psychosozialer Hilfen bei Krebspatienten
Andreas Dinkel, Hendrik Berth, Gérard Tchitchekian, Frank Dörre & Friedrich Balck 107

Ist Religiosität eine Ressource gegen psychische Belastung für Studierende der Medizin?
Constantin Klein 119

Der Einfluss von Genesungserwartungen („returning to normal“) auf das psychische Befinden und die Lebensqualität bei allogen stammzelltransplantierten Patienten
Sabine Kunze, Andreas Dinkel, Uwe Koch & Friedrich Balck …....…… 145

Formative Evaluation einer psychologischen Kurzzeitintervention für Patienten im klinischen Kontext einer Blutstammzelltransplantation (BSZT)
Anja Neumann, Rainer Ordemann, Anja Fleischmann & Friedrich Balck 155

Psychotherapeutische Strategien in der palliativen Behandlung onkologisch Erkrankter
Gérard Tchitchekian ……..…...…….. 165

Psychisches Befinden und Lebensqualität von Patienten mit Prostatakarzinom und ihren Partnerinnen
Stephanie Drössler ……. 191

Therapeutische Beziehung im Kontext von Therapeuten-Patienten Bindungsorganisation
Katja Petrowski & Peter Joraschky ……...…… 203

Persönlichkeitseigenschaften und die psychische Verarbeitung von Arbeitslosigkeit
Hendrik Berth, Peter Förster, Elmar Brähler, Markus Zenger & Yve Stöbel-Richter ……..……. 219

MenCo Sachsen 2007 - ein Mentoring- und Coaching-Projekt für Medizinstudierende aus Sachsen
Anja Fleischmann, Kerstin Gerth, Elmar Brähler & Dorothee Alfermann 231

Meinungen und Einstellungen zur Prädiktiv- und Pränataldiagnostik in Familien mit Heredo-Ataxien
Friedmar R. Kreuz …… …… 243

Die sprachinhaltsanalytische Erfassung des prä- und postoperativen Angstniveaus
Hendrik Berth & Friedrich Balck …….. 255

Emergency Medical Personnel's Emotional Response to the London Bombings - 7 July 2005: Cross-sectional study of linguistic markers
Wolfgang Meyer, Friedrich Balck, Hendrik Berth, Gareth Davies, David Lockey, Luke Solomons & Andreas Dinkel ……..... 269

Anxiety in spouses of brain-injured patients early after the incident: A study using computerized content analysis
Andreas Dinkel, Hendrik Berth, Wolfgang Meyer, Katrin Wolf & Friedrich Balck ……... 283

Autorinnen und Autoren …… 293

Psychologie und Medizin - Traumpaar oder Vernunftehe? Ein Vorwort

Hendrik Berth

In der Internetenzyklopädie Wikipedia findet man unter dem Stichwort „Vernunftehe“ folgende Definition: „Die Vernunftehe ist eine Heirat aus rationalen Gründen. Eine solche Ehe basiert, sofern sie nicht arrangiert wurde, im Regelfall auf gegenseitiger (auch körperlicher) Zuneigung und Interesse der beiden Ehepartner, jedoch nicht auf Verliebtheit, wie sie bei der romantischen Liebesbeziehung auftritt. Dementsprechend stehen Lustgefühle und Sexualität nicht im Vordergrund dieser Beziehungsform. Stattdessen wägen beide Partner sorgfältig ab, ob genug anderweitige Gemeinsamkeiten vorhanden sind, die eine sichere Basis für eine langlebige Beziehung bilden können. Beide Partner gehen davon aus, dass die Gefühle füreinander im Laufe der Ehe wachsen, bis beide Liebe füreinander empfinden.“ (http://de.wikipedia.org/wiki/Vernunftehe, 28.01.2010).

Das Fachgebiet Medizinische Psychologie ist (im Sinne einer Vernunftehe?) seit der Änderung der Approbationsordnung im Jahre 1970 elementarer Bestandteil der Ausbildung von Medizinstudenten in Deutschland. Medizinische Psychologie ist „die Anwendung von Erkenntnissen und Methoden der Mutterwissenschaft Psychologie auf Probleme der Medizin … Das heißt, der medizinische Kontext bestimmt die psychologische Fragestellung und die Art und Weise der Problemlösung. Vom Gegenstand her definiert, beschäftigt sich die Medizinische Psychologie mit dem Erleben und Verhalten des Menschen und deren Beeinflussung (Intervention) unter den Bedingungen und in der Situation des Krankseins einschließlich der Aspekte Helfer-Patient-Beziehung und soziale Interaktionen in medizinischen Einrichtungen. Ausgehend von einem Kontinuum zwischen gesund und krank ist die Medizinische Psychologie in die Bereiche Prävention, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und Nachsorge integriert.“ (Schröder, 2008, S. 359).

Formal betrachtet sind es (mindestens) drei Aspekte, mit denen sich die Medizinische Psychologie an den deutschen Universitätsklinika auseinandersetzt: Lehre, Forschung und Krankenversorgung. Die bereits erwähnte Lehre für Studierende der Humanmedizin erfuhr im Jahre 2003 mit der Änderung der ärztlichen Approbationsordnung eine deutliche Aufwertung: Der Umfang an Pflichtveranstaltungen im vorklinischen Studienabschnitt wurde nahezu verdoppelt. Die Forschung in der Medizinischen Psychologie präsentiert sich - wie in der oben dargestellten Definition zu erahnen ist - in einer Breite, die sich hier nicht ansatzweise abbilden lässt. Von A (wie etwa Angehörige in der Medizin) bis Z (wie z. B. Zahnmedizin und Psychologie) reicht das Forschungsspektrum (für einen Überblick vgl. Balck, 2005). Die dabei eingesetzten Methoden umspannen die gesamte Bandbreite aktueller psychologischer Verfahren, von bildgebenden Verfahren, neurophysiologischen Messungen im weitesten Sinne, Fragebögen (vgl. Berth & Balck, 2003) und Beobachtungsmethoden bis hin zu inhaltsanalytischen Techniken.

Krankenversorgung war und ist für die meisten medizinpsychologischen Abteilungen an den deutschen Universitäten ein elementarer und wichtiger Bestandteil der täglichen Arbeit. Viele der genuin somatisch erkrankten Patienten profitieren sehr von einer angemessenen begleitenden psychologischen Unterstützung. Dies trifft nahezu für alle Krankheiten zu. Bekanntere Beispiele sind etwa Betreuung von Menschen mit Krebs (Psychoonkologie), von Diabetikern (Psychodiabetologie), von Personen mit Hauterkrankungen (Psychodermatologie) oder die von nierenkranken Patienten (Psychonephrologie, vgl. Balck, Koch & Speidel, 1985).

Die enge Verzahnung von Krankenversorgung, Forschung und Lehre unter dem verbindenden Label des Fachgebiets Medizinische Psychologie führte dazu, dass sich die „Vernunftehe“ von Psychologie und Medizin mehr und mehr in eine Traumpartnerschaft wandelte. Entscheidend hierfür war und ist die engagierte gemeinsame Zusammenarbeit vieler Medizinpsychologen mit ihren ärztlichen Kollegen.

An der Medizinischen Fakultät Carl Gustav Carus der Technischen Universität Dresden ist die Medizinische Psychologie ein relativ „neues“ Fachgebiet (vgl. Balck, 2006). Die Fakultät selbst wurde erst im Oktober 1993 gegründet. Sie kann jedoch auf eine lange Geschichte zurückblicken. Bereits 1748 gab es ein „Königlich-Polnisches und Kurfürstlich-Sächsisches Collegium Medico-Chirurgicum“. Der heutige Namensgeber Carl Gustav Carus (1789 bis 1869) kam 1814 als Professor für Geburtshilfe und Leiter der königlichen Hebammenschule nach Dresden. Seit 1901 befand sich am heutigen Gelände der Fakultät/des Universitätsklinikums das Stadtkrankenhaus Johannstadt, 1954 wurde die Medizinische Akademie be-

gründet. Die Abkürzung „MedAk“ ist auch heute noch bei vielen Dresdnern verbreiteter als die korrekten Bezeichnungen „Universitätsklinikum“ bzw. „Medizinische Fakultät“. Nach der deutschen Wiedervereinigung 1990 wurde die bis dato eigenständige Medizinische Akademie als Fakultät in die Technische Universität Dresden integriert. Damit einher ging auch der Aufbau eines vorklinischen Abschnitts des Medizinstudiums, das bislang an anderen Universitäten (z. B. Humboldt-Universität zu Berlin) erfolgte. Die Medizinische Psychologie war auch in Dresden angekommen.

Bereits seit 1995 war Friedrich Balck als Lehrbeauftragter für Medizinische Psychologie nach Dresden gekommen, im April 1996 wurde er hier zum Professor berufen. Geboren wurde Friedrich Balck am 4. März 1945 in Leer (Ostfriesland). Dort machte er 1965 Abitur. Er studierte Psychologie, Philosophie und Soziologie in Hamburg, wo er 1982 bei Peter R. Hofstätter mit dem Thema „Zufriedenheit in der Zweierbeziehung. Eine empirische Untersuchung zu Konfliktstrategien und zum Konfliktverhalten zufriedener und unzufriedener Freundes- und Ehepaare“ promovierte. Bereits vier Jahre später habilitierte sich Friedrich Balck bei Bernhard Dahme mit der Arbeit „Das Erleben der Hämodialysebehandlung durch den Patienten und seinen Ehepartner“. Wichtige, ausgewählte Stationen seines wissenschaftlichen Wirkens vor der Dresdner Zeit waren u. a. die Universität in Hamburg (wo er 1972 als wissenschaftliche Hilfskraft begann), die Medizinische Hochschule Lübeck (Akademischer Rat) und die Freie Universität Berlin (Vertretungsprofessur für Klinische Psychologie).

Im Zehnjahresbericht der Medizinischen Psychologie (Balck, 2006) ist detailliert nachzulesen, wie sich unter Leitung von Prof. Dr. Friedrich Balck wahrhaftig aus dem Nichts die heutige Abteilung Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie mit derzeit 12 Mitarbeitern (Stand März 2010) entwickelte. Neben dem Aufbau eines Curriculums Medizinische Psychologie, dessen umfassende Umgestaltung nach der neuen Approbationsordnung 2003 (vgl. Balck, Dinkel & Berth, 2005; Balck et al., 2006), der Herausgabe eines eigenen Lehrbuchs (Berth, Balck & Brähler, 2008) und anderen Erfolgen in der Lehre gibt es zahlreiche weitere Meilensteine der Entwicklung, die hier nur in Auszügen erwähnt werden können: Es erfolgte die Einrichtung einer nachgefragten psychosozialen Beratungsstelle für Medizinstudierende sowie der Aufbau und die Etablierung eines erfolgreichen Konsiliardienstes für zahlreiche Abteilungen und Kliniken des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden. Von der Qualität der Forschung zeugen die eingeworbenen Drittmittelprojekte, die sich in vielen Publikationen niederschlugen. Zahlreiche medizinische Doktorarbeiten und psychologische Diplomarbeiten wurden vergeben und betreut.

Die Homepage der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie des Universitätsklinikums Dresden (http://www.medpsy.de, 28.01.2010) nennt fünf Schwerpunktbereiche in der Forschung:

1. Familie, Angehörige und Krankheit (Beispielprojekt: „Differentielle psychologische, psychosoziale und ökonomische Merkmale der ambulanten spezifischen Hauspflege (home care) und der stationären Klinikversorgung schwerkranker und sterbender Tumorpatienten“, vgl. Balck, 2003a; Balck, Tchitchekian & Berth, 2008; Balck et al., 2006, 2009),
2. Psychosoziale Faktoren in der medizinischen Behandlung (Beispielprojekt: „Psychische und körperliche Befindlichkeit chronisch niereninsuffizienter Patienten unter der Dialyse und Transplantation im Verlauf von zehn Jahren“, vgl. Balck, 2008),
3. Psychische Aspekte bei Krankheitsentstehung und Krankheitsverlauf (Beispielprojekt: „Psychologische Konsequenzen von Terroranschlägen bei professionellen Helfern“, vgl. Meyer et al., 2009),
4. Evaluation (Beispielprojekt: „Einstellungen zu genetischen Untersuchungen“, vgl. Balck, Berth & Meyer, 2009) und
5. Berufliche Sozialisation (Beispielprojekt: „Geschlechtsspezifische Determinanten der Studienwahl und beruflicher Pläne Studierender im Fach Humanmedizin“, vgl. Aßmann, Schneiderat & Balck, 2008).

Durch die Abteilung wurden weiterhin einige Tagungen und Kongresse organisiert, u. a. die XX. Arbeitstagung Psychonephrologie 2005 und der 14. Kongress „Psychologie in der Medizin“ der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie 2002 (vgl. Balck, Berth & Dinkel, 2002).

Paarbeziehungen im weitesten Sinne beschäftigten Friedrich Balck - wie dargestellt - wissenschaftlich bereits in Dissertation und Habilitation. Diesem Thema ist er stets treu geblieben (vgl. z. B. Balck, 2003; Balck & Cierpka, 2003; Scheib & Balck, 2003b; Wiegand-Grefe, Zander & Balck, 2001; Wiegand-Grefe et al., 2003; Zander, Balck, Rotthaus & Strack, 2001). Prof. Dr. Friedrich Balck engagierte sich viele Jahre in der Deutschen Gesellschaft für Systemische Therapie und Familientherapie (DGSF), war dort u. a. lange Zeit als Herausgeber der Zeitschrift „Kontext“ tätig und organisierte 2001 die 1. Jahrestagung der Gesellschaft in Dresden. Auch als Paar- und Familientherapeut arbeitete er erfolgreich mit zahlreichen Patienten.

Dieses Paarthema in mehrerer Hinsicht aufgreifend, lautete der Titel eines Symposiums im März 2010 anlässlich des 65. Geburtstags von Prof. Dr. Friedrich Balck

„Psychologie und Medizin - Traumpaar oder Vernunftehe?“. Einige der Tagungsbeiträge sowie ausgewählte Texte von (ehemaligen) Mitarbeiten, von Kollegen und Freunden sind in diesem - Prof. Dr. Friedrich Balck gewidmeten - Band versammelt. Das Themenspektrum der versammelten Kapitel ist demzufolge sehr weitreichend und umfassend: Es gibt Beiträge, die sich mit wissenschaftlichen Phänomenen befassen, die ebenfalls im weitgefächerten Interessenspektrum von Friedrich Balck liegen, Beiträge aus Projekten, an denen Friedrich Balck mitarbeitete und Texte aus Projekten, die von ihm initiiert und geleitet wurden. Er ist daher selbst auch einige Male als Mitautor aufgeführt.

Yve Stöbel-Richter und Elmar Brähler von der Universität Leipzig schildern in ihrem Beitrag („Demographischer Wandel in Deutschland - Welche Konsequenzen ergeben sich hieraus für die Medizin?“), wie sich die Bevölkerung Ost- und Westdeutschlands in den letzten Jahrzehnten entwickelte. Sie zeigen u. a. die Folgen der zurückgegangenen Geburtenraten, Ost-West-Migration und des steigenden Erstgraviditätsalters. Die ständige Zunahme der Lebenserwartung der deutschen Bevölkerung beschreiben sie als einen Faktor, der dazu führt, dass die Schrumpfung der Bevölkerung geringer ausfällt, als von vielen Demographen befürchtet.

Mit der zunehmenden Alterung der Bevölkerung ergeben sich auch für die Medizin neue, spezifische Anforderungen. Axel Bartels widmet sich in seinem Text „Die Bereitschaft von Angehörigen für die Mitarbeit in Altenpflegeheimen“ dem wichtigen Thema der Pflege älterer Menschen. Neben formellen Systemen, wie Pflegediensten und Altenpflegeheimen, spielen hier informelle Systeme, wie die Angehörigen, eine zunehmende Rolle. Die Ergebnisse der vorgestellten Studie zeigen, dass viele Angehörige pflegebedürftiger Menschen bereit sind, sich verstärkt in der Betreuung zu engagieren. Diese Bereitschaft steigt, je besser die Beziehung zu der zu pflegenden Person ist.

Mit Förderung der Roland Ernst Stiftung für Gesundheitswesen wird an der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie der TU Dresden zur Zeit ein Projekt „Psychologische Faktoren als Prädiktoren des Behandlungsverlaufs und des Behandlungsergebnisses bei orthopädischen Operationen" durchgeführt. Das Kapitel „Einflussfaktoren auf den Behandlungserfolg bei Hüftendoprothetik“ illustriert anhand des Krankheitsbildes Coxarthrose, wie wichtig psychologische Faktoren für die Behandlung somatischer Krankheiten sein können. Csilla Jeszenszky und Maike Lippmann stellen in ihrem Literaturüberblick, neben patienten- und therapiebezogenen Merkmalen im weitesten Sinne, die Bedeutung psychologischer und psychosozialer Faktoren dar, u. a. von Persönlichkeitseigenschaften und subjektiven Erwartungen.

Die Studie von Thomas von Lengerke (Hannover) und Andreas Mielck (Neuherberg) ist ein gelungenes Beispiel für die Verknüpfung der Erkenntnisse verschiedener Fachdisziplinen: Soziologie, Medizin und Psychologie. Sie berichten für die KORA-Studiengruppe Ergebnisse einer umfassenden Untersuchung mit mehr als 4000 Studienteilnehmern. Sie zeigen, dass die Zufriedenheit mit dem eigenen Körpergewicht bei Männern dann größer ist, wenn diese als individuell einkommensarm einzuschätzen sind. Bei Frauen spielt die individuelle Einkommensarmut für die Zufriedenheit keine Rolle. Hier zeigte sich ein entsprechender Effekt nur in einkommensarmen (kommunalen) Umgebungen.

Sabine Aßmann, Eva Haufe und Klaus Scheuch schildern in ihrem Beitrag „Geschlechterspezifik der gesundheitlichen und sozialen Situation immigrierter Ärztinnen und Ärzte in Deutschland“ die Ergebnisse einer Befragung von 77 Ärztinnen und 58 Ärzten, die aus Russland, Kasachstan oder der Ukraine nach Sachsen zugewandert sind. Sie zeigen u. a., dass auch für die Berufsgruppe der Ärzte Migration als belastendes Lebensereignis eingestuft werden kann.

Gabriele Helga Franke (Magdeburg-Stendal) gibt in ihrem Kapitel „Rehabilitationspsychologische Aspekte der Hämodialyse und Transplantation“ einen umfassenden, aktuellen Überblick über den Stand der Forschung im Bereich der Psychonephrologie (vgl. dazu auch Balck et al., 1985, Balck, 2007, 2008; Aßmann & Balck, im Druck). Neben medizinischen Aspekten der chronischen Niereninsuffizienz stehen dabei insbesondere psychosoziale und psychische Belastungen sowie Ressourcen der Patienten im Fokus.

Durch den psychosozialen Arbeitskreis des Tumorzentrums Dresden e. V. angeregt, wurde 2004 eine Untersuchung zum Betreuungsbedarf bei Krebspatienten in Sachsen durchgeführt. Andreas Dinkel (München) und Kollegen stellen in ihrem Beitrag „Bedürfnis nach psychosozialer Beratung und Inanspruchnahme psychosozialer Hilfen bei Krebspatienten“ ausgewählte Ergebnisse dieser Studie vor. Von den 429 Teilnehmern äußerten 36,6 % das Bedürfnis nach professioneller Beratung, darunter waren 29,5 % die trotz Beratungswunsch keine Beratung in Anspruch genommen hatten. Frauen berichteten in höherem Ausmaß einen nichtrealisierten Beratungswunsch. Männer gaben häufiger an, keine beratungsbedürftigen Probleme zu haben.

Befragungen von Studierenden der Medizin haben in der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologe in Dresden eine lange Tradition. Zu den vielfältigen Themen dieser Erhebungen gehörten in den letzten Jahren u. a. Studienwahlmotive und berufliche Ziele (z. B. Aßmann, Schneiderat & Balck, 2008), Ein-

stellungen zur Organspende (z. B. Balck, 2000), Einstellungen zu genetischen Untersuchungen (z. B. Berth, Dinkel & Balck, 2003), die psychometrischen Überprüfung neuer Testverfahren (z. B. Dinkel et al., 2005) oder die psychische Befindlichkeit der Studentinnen und Studenten (z. B. Dinkel et al., 2003; Dinkel, Berth & Balck, 2004, 2008). Constantin Klein (Universität Bielefeld) greift das letztgenannte Thema auf und fragt: „Ist Religiosität eine Ressource gegen psychische Belastung für Studierende der Medizin?“. Dabei zieht er Daten einer Dresdner Studentenerhebung heran.

Die Beiträge von Sabine Kunze und Kollegen sowie von Anja Neumann und Kollegen haben einige Gemeinsamkeiten: Beide beschäftigten sich mit Patienten vor/nach einer Blutstammzelltransplantation, und beide Projekte wurden durch die Deutsche José Carreras Leukämie-Stiftung gefördert. Sabine Kunze et al. zeigen die Bedeutsamkeit von Genesungserwartungen (insbesondere bzgl. Arbeit und körperlicher Betätigung) vor der Transplantation für die Befindlichkeit (insbesondere Depressivität) nach der Transplantation. Anja Neumann et al. berichten erste Ergebnisse einer Pilotstudie zur Wirksamkeit eines Problemlösetrainings im klinischen Alltag einer Knochenmarktransplantations-Station. Aufgrund u. a. dieser ersten Daten zur Machbarkeit wurde für das Projekt durch den Drittmittelgeber eine Fortsetzung bewilligt.

Gérard Tchitchekian (München) weist im Kapitel „Psychotherapeutische Strategien in der palliativen Behandlung onkologisch Erkrankter“ darauf hin, dass die klassischen psychotherapeutischen Verfahren zur Behandlung psychischer Störungen entwickelt wurden und daher nicht ohne Weiteres in der Therapie körperlich Erkrankter (Krebspatienten) zum Einsatz kommen können. In seinem umfassenden Überblick geht er u. a. auf Entspannungsverfahren, kognitive Therapie, Konzepte der Achtsamkeit und Akzeptanz, die Bedeutung von Werten, Lebenssinn und Würde, die Strategisch-Behaviorale Therapie oder auch die Sinnzentrierte Therapie in der palliativen psychoonkologischen Versorgung ein. Die praktische Anwendung der Techniken wird durch eine Fallvignette demonstriert.

Unter den Forschungsschwerpunkten der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie nimmt, wie bereits dargestellt, die Bedeutung von Familie und Angehörigen in der Bewältigung von Erkrankungen einen besonderen Stellenwert ein. Stephanie Drössler beschreibt im Kapitel „Psychisches Befinden und Lebensqualität von Patienten mit Prostatakarzinom und ihren Partnerinnen“ erste Ergebnisse einer Studie. Sie zeigt u. a., wie die Lebenszufriedenheit - gemessen mit dem Fragebogen LeZu (Balck, 2003c) - durch ein Prostatakarzinom massiv beeinträchtigt wird. Dies gilt gleichermaßen für Patient und Partnerin.

Viele Studien konnten zeigen: Psychotherapie wirkt. Doch was sind die Faktoren, die eine psychotherapeutische Behandlung wirksam und effektiv machen? In einem aktuellen Literaturüberblick stellen Katja Petrowski und Peter Joraschky die „Therapeutische Beziehung im Kontext von Therapeuten-Patienten Bindungsorganisation“ umfassend dar. Sie zeigen, wie bedeutsam die Bindungsrepräsentationen sowohl auf Seiten des Patienten als auch auf Seiten des Therapeuten für das optimale Miteinander im Rahmen einer Therapie sind. Die empirischen Befunde sind jedoch nicht einheitlich und zeigen weiteren Forschungsbedarf auf.

Anhand von Daten einer bereits seit 1987 laufenden Längsschnittstudie ist im Beitrag von Hendrik Berth, Peter Förster, Elmar Brähler, Markus Zenger und Yve Stöbel-Richter („Persönlichkeitseigenschaften und die psychische Verarbeitung von Arbeitslosigkeit“) dargestellt, wie aktuelles psychisches Befinden neben der erlebten Arbeitslosigkeit auch von stabilen und überdauernden Persönlichkeitseigenschaften, insbesondere dem Neurotizismus, (negativ) beeinflusst wird.

Vom Europäischen Sozialfonds (ESF) und dem Freistaat Sachsen erfuhr ein Projekt zur Karriereförderung von Medizinstudierenden eine Drittmittelförderung. Hier kooperierten die Universität Leipzig (Prof. Dr. Dorothee Alfermann, Prof. Dr. Elmar Brähler) und die Medizinische Psychologie in Dresden. Seit November 2009 kann dieses Projekt „MenCo“ erneut und nun über zwei Jahre gefördert fortgesetzt werden. Anja Fleischmann, Kerstin Gerth, Elmar Brähler und Dorothee Alfermann zeigen in ihrem Beitrag, wie das Projekt im Jahr 2007 aufgebaut war. Sie stellen weiterhin erste Ergebnisse der Evaluation dieser Maßnahme dar, die von einer hohen Zufriedenheit der Teilnehmer zeugen.

Das Fachgebiet der Humangenetik ist eine der medizinischen Disziplinen, die sich durch einen besonders raschen Wissenszuwachs auszeichnet. Als eines der bekannteren Beispiele sei etwa das Human Genome Projekt benannt (http://www.genome.gov, 28.01.2010). Bei allen (molekularen) Forschungserfolgen im Labor sollte jedoch stets bedacht werden, dass hinter Zellen, Chromosomen und Genen Menschen stehen, deren psychologische und psychosoziale Bedürfnisse nicht zu vergessen sind. Friedmar Kreuz präsentiert aus diesem Themenspektrum aktuelle Daten zum Thema Einstellungen zur Prädiktiv- und Pränataldiagnostik in Familie mit Heredo-Ataxien.

Ein bislang in dieser Einführung noch nicht erwähntes Interessengebiet von Friedrich Balck stellt die Sprachinhaltsanalyse nach Gottschalk und Gleser (1969) dar. Bereits aus den 1970er Jahren existieren dazu erste Publikationen (Schöfer, Koch & Balck, 1979a, 1979b). Dieses Thema wird in Dresden nach wie vor beforscht.

Im Beitrag von Hendrik Berth und Friedrich Balck „Die sprachinhaltsanalytische Erfassung des prä- und postoperativen Angstniveaus“ ist dargestellt, wie eine an der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie am Universitätsklinikum Dresden entwickelte Computerversion der Gottschalk-Gleser-Sprachinhaltsanalyse im klinisch-operativen Setting zum Einsatz kommen kann.

Ebenfalls mittels der Gottschalk-Gleser-Sprachinhaltsanalyse untersuchten Wolfgang Meyer und Kollegen (London) nach den Terroranschlägen vom 7. Juli 2005 in der britischen Hauptstadt Notärzte des Helicopter Emergency Medical Service („Emergency Medical Personnel's Emotional Response to the London Bombings - 7 July 2005: Cross-sectional study of linguistic markers“). Die Ergebnisse zeigen, dass ein Grossteil der beteiligten professionellen Helfer nach diesem Einsatz unter psychischen Belastungen litt. Auch diese Forschungen zur Bewältigung der beruflichen Belastung von Notärzten haben in Dresden eine lange Forschungstradition (vgl. z. B. Meyer & Balck, 1998, 2000, 2001, 2002; Meyer, Balck, Dinkel & Berth, 2006; Meyer et al., 2009).

Der Beitrag von Andreas Dinkel und Kollegen „Anxiety in spouses of brain-injured patients early after the incident“ verwendet auch die Technik der Sprachinhaltsanalyse nach Gottschalk und Gleser (1969). 71 Angehörige von Patienten mit Schädelhirntrauma oder Subarachnoidalblutung wurden kurz nach der Verletzung des Patienten interviewt. In Auswertung dieser Interviews wurde eine neue Skala für das Gottschalk-Gleser-Verfahren entwickelt, die unter dem Namen „threat anxiety“ die Skalen Todes-, Verletzungs- und Trennungsangst zusammenfasst. Besonders die Emotion Verletzungsangst war im Vergleich zu den anderen Affektskalen bei den Angehörigen der Patienten deutlich ausgeprägt.

Anders als beim Stichwort „Vernunftehe“ gibt es für den Begriff „Traumpaar“ im Internet keine allgemein gültige Definition, die sich auch auf zwei Wissenschaftsdisziplinen wie Psychologie und Medizin anwenden ließe. Ein Traumpaar sind dann z. B. „ein Mann und eine Frau, von denen viele glauben, dass sie sehr gut zueinander passen“ (http://de.thefreedictionary.com/Traumpaar, 28.01.2010). Während also der Ausgangszustand (Vernunftehe) relativ klar scheint, bleibt das Ziel (Traumpaar) etwas unscharf.

Friedrich Balcks umfassende Verdienste zur Traumpaarwerdung von Medizin und Psychologie in den vergangenen 15 Jahren in Dresden sind mit seiner Emeritierung nicht beendet. Der 65. Geburtstag ist kein Abschied, sondern vielmehr der Beginn eines neuen Lebensabschnitts. Viele drittmittelgeförderte Forschungsprojekte harren des Abschlusses und der Publikation, Diplomarbeiten und Dissertationen wol-

len zu Ende gebracht werden. Als Mitglied des Vorstands der Sächsischen Krebsgesellschaft und in anderen Gremien warten zahlreiche Aufgaben auf ihn. Vermutet werden darf auch, dass Friedrich Balcks Familie sich sehr freut, wenn von der nun neu gewonnenen Zeit ein Teil auch ihr zukommt.

Literatur

Aßmann, S. & Balck, F. (im Druck). Dialyse und Armutsrisiko. Erscheint in: *Das Gesundheitswesen*.

Aßmann, S., Schneiderat, G. & Balck, F. (2008). Warum Medizin - Unterscheiden sich männliche und weibliche Studierende in ihren Beweggründen für ein Medizinstudium und in ihren beruflichen Plänen? In E. Brähler, D. Alfermann & J. Stiller (Hrsg.), *Karriereentwicklung und berufliche Belastung im Arztberuf* (S. 73-83). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Balck, F. (2000). Beziehungen zwischen Einstellungen zur Organtransplantation und zum Arztberuf bei Medizinstudenten. In H. W. Knüsebeck & F. Muthny (Hrsg.), *Einstellungen zur Organspende und ihre klinische Relevanz* (S. 5-21). Lengerich: Pabst.

Balck, F. (2003a). Onkologische Palliativ-Pflege: Wie belastet sind die Angehörigen? In H. Günther & G. Ehninger (Hrsg.), *Anthropologische Grundlagen und aktuelle Herausforderungen in der Onkologie* (S. 74-83). Regensburg: Roderer.

Balck, F. (2003b). Interventionen in der Familientherapie. *Kontext, 34*, 372-385.

Balck, F. (2003c). LEZU. Lebenszufriedenheitsfragebogen. In J. Schumacher, A. Klaiberg & E. Brähler (Hrsg.). *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden* (S. 195-199). Göttingen: Hogrefe.

Balck, F. (Hrsg.) (2005). *Anwendungsfelder der Medizinischen Psychologie*. Heidelberg: Springer.

Balck, F. unter Mitarbeit von Berth, H., Dinkel, A., Fleischmann, A. & Lippmann, M. (2006*). Zehn Jahre Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie in Dresden 1996 bis 2006*. Lengerich: Pabst.

Balck, F. (2007). Die Compliance nephrologischer Patienten. Ein häufiges Problem mit gravierenden Konsequenzen. *Dialyse Aktuell, 6*, 32-38.

Balck, F. (2008). Die psychische Situation des Dialysepatienten. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 17*, 5-8.

Balck, F., Berth, H. & Dinkel, A. (Hrsg.) (2002). *medizinpsychologie.com. State of the Art der Medizinischen Psychologie 2002*. Lengerich: Pabst.

Balck, F., Berth, H. & Meyer W. (2009). Attitudes Toward Genetic Testing in a German Population. *Genetic Testing and Molecular Biomarkers, 13*, 743-750.

Balck, F. & Cierpka, M. (2003). Problemdefinition und Behandlungsziele. In M. Cierpka (Hrsg.), *Handbuch der Familiendiagnostik.* (2. Aufl.) S. 107-122. Berlin: Springer.

Balck, F., Dinkel, A. & Berth, H. (2005). Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie im DIPOL®-Curriculum. *Ärzteblatt Sachsen, 16*, 497-498.

Balck, F., Dinkel, A., Tchitchekian, G. & Berth, H. (2009). Beanspruchung der Partner von Krebspatienten in der palliativen Situation. In U. Koch & J. Weiss (Hrsg.), *Psychoonkologie. Eine Disziplin in der Entwicklung* (S. 94-113). Göttingen: Hogrefe.

Balck, F., Kirschgens, A., Tchitchekian, G. & Berth, H. (2006). Hilfebedarf und Unterstützungsmöglichkeiten für Angehörige. In U. Koch, K. Lang, A. Mehnert & C. Schmeling-Kludas (Hrsg.), *Die Begleitung schwer kranker und sterbender Menschen. Grundlagen und Anwendungshilfen für Berufsgruppen in der Palliativversorgung* (S. 183-191). Stuttgart: Schattauer.

Balck, F., Koch, U. & Speidel, H. (Hrsg.) (1985). *Psychonephrologie. Psychische Probleme bei Niereninsuffienz.* Berlin: Springer.

Balck, F., Schönhöfer, F., Tchitchekian, G., Dinkel, A. & Berth, H. (2006). Neue Wege in der Psychologieausbildung für Medizinstudenten. Erfahrungen mit dem DIPOL® Modell. In G. Krampen & H. Zayer (Hrsg.), *Didaktik und Evaluation in der Psychologie* (S. 403-414). Göttingen: Hogrefe.

Balck, F., Tchitchekian, G. & Berth, H. (2008). Bewältigungsstrategien von Angehörigen schwer körperlich Erkrankter. In T. Bals, A. Hanses & W. Melzer (Hrsg.), *Gesundheitsförderung in pädagogischen Settings. Ein Überblick über Präventionsansätze in zielgruppenorientierten Lebenswelten* (S. 65-78). Weinheim: Juventa.

Berth, H. & Balck, F. (Hrsg.) (2003). *Psychologische Tests für Mediziner.* Heidelberg: Springer.

Berth, H., Dinkel, A. & Balck, F. (2003). Chancen und Risiken genetischer Diagnostik. Ergebnisse einer Umfrage in der Allgemeinbevölkerung und bei Medizinstudierenden. *Zeitschrift für Medizinische Psychologie, 12*, 177-185.

Dinkel, A., Berth, H. & Balck, F. (2004). Prävalenz psychischer Beschwerden und problematischen Essverhaltens bei weiblichen und männlichen Medizinstudierenden. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, 52*, 137-149.

Dinkel, A., Berth, H. & Balck, F. (2008). Belastungen und psychische Beschwerden von Medizinstudierenden: Ein Überblick. In E. Brähler, D. Alfermann & J. Stiller (Hrsg.), *Karriereentwicklung und berufliche Belastung im Arztberuf* (S. 11-35). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Dinkel, A., Berth, H., Exner, C., Rief, W. & Balck, F. (2003). Psychische Symptome bei Studentinnen in Ost- und Westdeutschland. Eine Replikation nach 10 Jahren. *Verhaltenstherapie, 13*, 184-190.

Dinkel, A., Berth, H., Exner, C., Rief, W. & Balck, F. (2005). Deutsche Adaptation der Restraint Scale zur Erfassung gezügelten Essverhaltens. *Diagnostica, 51*, 67-74.

Gottschalk, L.A. & Gleser, G.C. (1969). *The measurement of psychological states through the content analysis of verbal behavior*. Berkeley, CA: University of California Press.

Meyer, W. & Balck, F. (1998). Bewältigungsstrategien im Rettungsdienst. *Notfallmedizin, 24*, 150-154.

Meyer, W. & Balck, F. (2000). Affektive Reaktionen von Ärzten bei präklinischen Reanimationen. *Notfall & Rettungsmedizin, 3*, 13-21.

Meyer, W. & Balck. F. (2001). Resuscitation decision index: a new approach to decision-making in prehospital CPR. *Resuscitation, 48*, 255-263.

Meyer, W. & Balck, F. (2002). Notärzte im Umgang mit psychisch belastenden Einsatzsituationen. Bewältigungsstrategien und notärztliche Persönlichkeit. *Notfall- und Rettungsmedizin, 5*, 89-95.

Meyer, W., Balck, F., Dinkel, A. & Berth, H. (2006). Psychische Verarbeitung nach einem terroristischen Anschlag. Eine Untersuchung bei Notärzten und Rettungssanitätern nach den Bombenattentaten vom 7. Juli 2005 in London. *Notfall- und Rettungsmedizin, 9*, 321-326.

Meyer, W., Berth, H., Solomons, L., Pajonk, F.-G. & Balck, F. (2009). Verarbeitungsstrategien von Ersthelfern nach einem Terroranschlag: Sechs Monats-Follow-Up bei Londoner Rettungsdienstpersonal nach dem 7. Juli 2005. *Wiener Medizinische Wochenschrift, 159*, 288-295.

Scheib, P. & Balck, F. (2003). Prozess- und Ergebnisforschung der Familientherapie. In M. Wirsching & P. Scheib (Hrsg.), *Paar- und Familientherapie* (S. 651-661). Berlin: Springer.

Schöfer, G., Koch, U. & Balck, F. (1979a). Test-Criteria of the Gottschalk-Gleser Content Analysis of Speech: Objectivity, Reliability, Validity in German Studies. In L. A. Gottschalk (Ed.), *The Content Analysis of Verbal Behavior. Further Studies* (pp. 119-147). New York: Spectrum.

Schöfer, G., Koch, U. & Balck, F. (1979b). The Gottschalk-Gleser content Analysis of Speech. A normative study (The Relationship of Hostile and Anxious Affects to Sex, Sex of the interviewer, Socioeconomic class and age). In L. A. Gottschalk (Ed.), *The Content Analysis of Verbal Behavior. Further Studies* (pp. 95-118). New York: Spectrum.

Schröder, C. (2008). Psychologie, Medizinische. In H. Berth, F. Balck & E. Brähler (Hrsg.), *Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie von A bis Z* (S. 359-362). Göttingen: Hogrefe.

Wiegand-Grefe, S., Zander, B. & Balck, F. (2001). Zur Effektivität Systemischer Therapie. *Kontext, 32*, 290-304.

Wiegand-Grefe, S., Zander, B., Balck, F., Wirsching, M. & Cierpka, M. (2003). Präsentierte Probleme in der Familientherapie: Spektrum im Familienzyklus, Klassifizierung und Effektivität ihrer Behandlung. *Kontext, 34*, 351-371.

Zander, B., Balck, F., Rotthaus, W. & Strack, M. (2001). Effektivität eines systemischen Behandlungsmodells in der stationären Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 50*, 325-341

Demographischer Wandel in Deutschland - Welche Konsequenzen ergeben sich hieraus für die Medizin?

Yve Stöbel-Richter & Elmar Brähler

1. Einleitung

Der demographische Wandel einer Gesellschaft umfasst sämtliche Veränderungsprozesse im Kontext von Geburten, Lebenserwartung, Mortalität, Mobilität und Morbidität. Die Auswirkungen dieser Veränderungen betreffen alle gesellschaftlichen Bereiche, so z. B. Wirtschaft und Arbeit, Gesundheit und Pflege, Familien, soziale Netzwerke und soziale Dienste. „Das Altern und Schrumpfen einer Bevölkerung wirft neue Fragen auf, wie jene nach der Beziehung zwischen Altersstruktur und Innovationsfähigkeit einer Volkswirtschaft oder eines Unternehmens. Es kann aber auch alte Probleme, wie die Bereitstellung adäquater Pflegeleistungen, verschärfen und andere, wie die Jugendarbeitslosigkeit, entschärfen“ (Tivig & Hetze, 2007, S. 4). Durch abnehmende Kinderzahlen und die gleichzeitig steigende Lebenserwartung entstehen hohe Kosten für eine alternde Gesellschaft bei gleichzeitig sinkender Leistungsfähigkeit (Kröhnert, Medicus & Klingholz, 2006).

Auch wenn die gegenwärtige Situation der Bevölkerungsentwicklung unterschiedlich interpretiert wird (Vergreisung der Bevölkerung oder Chancen der Zuwanderung), kann postuliert werden, dass die Bevölkerung eines Gebietes immer in Bewegung ist und sich mit der Entwicklung der Menschen und bestimmten ökonomischen Bedingungen verändert (Merbach et al., 2004).

Die Begriffe demographischer Wandel und Bevölkerungsentwicklung können inzwischen als Synonyme betrachtet werden.

2. Demographische Entwicklung in Deutschland zwischen 1945 und 2009

Der demographische Wandel in Deutschland kann hauptsächlich durch einen starken Rückgang der Geburtenzahlen und die zunehmende Alterung der Bevölkerung sowie die Zuwanderung von AusländerInnen und AussiedlerInnen beschrieben werden (Eisenmenger et al., 2006; Grünheid, 2006). Bereits seit 1975 wurden in der Bundesrepublik (alte Bundesländer) weniger Kinder geboren, als Menschen starben. Das hat in den letzten Jahren zu einem Schrumpfen der Bevölkerung geführt; eine langfristig stabile Bevölkerungsentwicklung gehört damit der Vergangenheit an (Leip, 2004; Kröhnert, Medicus & Klingholz, 2006; Tivig & Hetze, 2007). Seit 2003 nimmt die Bevölkerung in Deutschland kontinuierlich ab, die Schere zwischen Geburten und Sterbefällen ist auch zukünftig durch Zuwanderungen nicht mehr ausgleichbar (Statistische Ämter des Bundes und des Landes, 2007).

Konkret in Zahlen bedeutet das, dass im März 2009 in Deutschland 81.882 Millionen Menschen lebten, dies waren 260.000 bzw. 0,3 % Personen weniger als im vergleichbaren Vorjahreszeitraum (Statistisches Bundesamt, 2009a). Der mangelnde Ausgleich zwischen den hohen Sterbefallüberschüssen und den Zuwanderungssaldi stellt sich zwischen den alten und neuen Bundesländern unterschiedlich dar: in Westdeutschland gibt es mehr Zuwanderung und somit steigende Bevölkerungszahlen; 1991 bis 1993 und 1997 konnte sogar ein Geburtenüberschuss registriert werden. Im Gegensatz dazu sinken die Bevölkerungszahlen in Ostdeutschland – sowohl im Ergebnis von Geburtendefiziten bzw. Sterbefallüberschüssen als auch von Wanderungsverlusten (Grünheid, 2006; Statistische Ämter des Bundes und des Landes, 2007).

Nach dem II. Weltkrieg hatte Deutschland einen Teil seines Territoriums verloren und viele Menschen waren durch den Krieg vertrieben und damit heimatlos geworden. Nach 1945 wurde eine Vielzahl von Flüchtlingen aus den ehemaligen Ostgebieten aufgenommen, wodurch die Einwohnerzahl pro Quadratkilometer einen neuen Höchststand erreichte. Ca. 4 Millionen Russland-Deutsche und Spätübersiedler aus Polen und anderen osteuropäischen Ländern wurden in das Land aufgenommen. Bis zum Jahr 1950 wurden im westlichen Deutschland rund 8,1 Millionen Vertriebene und Flüchtlinge, von 1951 bis Ende 1988 rund 1,6 Millionen Aussiedler aus Ost-, Ostmittel- und Südosteuropa gezählt (Bade & Oltmer, 2004). Zusätzlich wurden Gastarbeiter, vor allem aus Italien und der Türkei, ins Land geholt, was zu einem weiteren Ansteigen der Bevölkerungszahlen führte.

Als im Jahr 1949 zwei deutsche Teilsstaaten mit unterschiedlichen politischen Systemen gegründet wurden – die Bundesrepublik Deutschland und die DDR – verlor die DDR sehr viele Menschen durch Flucht, vor allem in die Bundesrepublik Deutschland. Vom September 1949 bis zum Mauerbau im August 1961 flüchteten "offiziell" mindestens 2,7 Millionen Menschen aus dem Gebiet der ehemaligen DDR. Schätzungen gehen jedoch von weitaus höheren Zahlen aus, da die amtliche Statistik nur diejenigen erfasste, deren Weg über die Notaufnahmelager führte, nicht aber diejenigen, die direkt bei Verwandten und Bekannten im Westen Aufnahme fanden (Bade & Oltmer, 2004).

Zusammenfassend kann also festgehalten werden, dass es durch die historischen Gegebenheiten in den Jahren nach dem II. Weltkrieg, aber auch durch den hieraus folgenden wirtschaftlichen Aufschwung, zunächst zu einem Bevölkerungswachstum kam – einerseits durch Zuwanderungen (Aus- und Umsiedler, Gastarbeiter), andererseits durch einen Anstieg der Geburten, welcher bis in die Mitte der 60er Jahre andauerte.

In den 60er Jahren wurde mit der Pille ein sehr wirksames Antikonzeptionsmittel eingeführt. Dies führte sowohl in West- als auch in Ostdeutschland zu einem rapiden Absinken der durchschnittlichen Kinderzahlen. Vom Rekordjahr 1964 mit 1,35 Millionen Geburten hatte sich die jährliche Geburtenzahl bis zum Jahr 2005 auf rund 700.000 nahezu halbiert (DIA, 2005; Grünheid, 2006). Durch die Pille war die Entscheidung für ein Kind bzw. dagegen erstmalig konkret planbar und konnte bewusst getroffen werden.

In der DDR wurden zu Beginn der 70er Jahre eine Reihe umfangreicher pronatalistischer Maßnahmen eingeführt, um einem weiteren Absinken der Geburtenzahlen entgegenzuwirken. Dazu zählten die Verkürzung der Arbeitszeit für Mütter mit mehreren Kindern, sowie deren Urlaubsverlängerung, zinslose Kredite für junge Eheleute, die bei der Geburt von Kindern teilweise erlassen wurden, die Einführung des so genannten Babyjahres und der Ausbau von Kinderbeutreuungseinrichtungen. Dies führte zu einem Anstieg der Geburtenzahlen bis zum Jahr 1980 auf 1,94 Kinder pro Frau (Eisenmenger et al., 2006), wobei nicht eindeutig geklärt ist, ob es sich hierbei teilweise auch um ein Vorziehen der Kinderplanung handelte. Immerhin betrug das durchschnittliche Alter der Frauen bei der Geburt des ersten Kindes 1980 21,6 Jahre und im Jahr 1989 22,9 Jahre (Cornelißen, 2005).

Nach dem Ende der DDR und dem „Beitritt“ zur Bundesrepublik Deutschland kam es zu einem dramatischen Absinken der Geburtenzahlen in den neuen Ländern. Die Statistik wies zeitweilig Werte von 0,77 Kindern pro Frau auf (Cornelißen, 2005; Grünheid, 2006). Dies war der niedrigste ermittelte Wert, den es je in einem Land gegeben hat. Seit Mitte der 90er Jahre sind die Geburtenzahlen in den neuen Bundesländern wieder angestiegen. Hatte die durchschnittliche Kinderzahl im Jahr 1991 noch 30 % unter dem westdeutschen Niveau gelegen, so betrug diese im Jahr 2004 pro Frau 1,31 und war damit nur noch um 5 % niedriger als in den alten Bundesländern. Dabei trugen vor allem Frauen zwischen 25 und 35 Jahren zu diesem Geburtenanstieg bei; die Zahl der Geburten hatte sich in dieser Altersgruppe im Zeitraum zwischen 1991 und 2004 mehr als verdoppelt: Im Jahr 1991 brachten 1000 Frauen dieser Altersgruppe ca. 400 Kinder zur Welt, im Jahr 2004 waren es 900 (Eisenmenger et al., 2006).

Aber die Wiedervereinigung wirkte sich hinsichtlich der Geburtenentwicklung auch auf Westdeutschland aus, da vor allem in den ersten Jahren nach dem Mauerfall ca. eine Million überwiegend junger Menschen von Ost nach West gezogen war und diese zunächst mit der Etablierung im neuen Arbeits- und sozialen Umfeld beschäftigt war. Dies kann als eine Erklärung herangezogen werden, weshalb auch in den alten Bundesländern die Kinderzahl je Frau zwischen 1990 und 1995 von 1,45 auf 1,34 sank.

Was im allgemeinen nur wenig bis gar nicht thematisiert wird, ist die gegenläufige Entwicklung der Kinderzahlen je Frau in Ost und West seit 1997; in Ostdeutschland stieg die Zahl bis zum Jahr 2006 von 1,04 auf 1,30 kontinuierlich an, in Westdeutschland hingegen sank sie von 1,44 auf 1,34 (Hoßmann, Kröhnert & Klingholz, 2009).

Insgesamt geht die Bevölkerung zurück, da „die Zahl der Gestorbenen die Zahl der Geborenen immer mehr übersteigt; die Nettozuwanderung – der Saldo der Zuzüge nach und der Fortzüge aus Deutschland – kann die dadurch entstehende Lücke nicht schließen. Bei der niedrigen Geburtenhäufigkeit von etwa 1,4 Kindern je Frau, die bereits seit über dreißig Jahren relativ konstant ist und für die Zukunft weitgehend unverändert angenommen wird, fällt jede neue Generation um ein Drittel kleiner aus als die ihrer Eltern. … Die Zahl der Sterbefälle wird dagegen zunehmen, denn die geburtenstarken Jahrgänge, die heute im mittleren Alter sind, rücken im Vorausberechnungszeitraum in das hohe Alter auf, in dem die Sterblichkeit natürlicherweise größer ist. … Im Jahr 2060 werden voraussichtlich etwa 527 000 bis 553 000 mehr Menschen sterben, als Kinder geboren werden“ (Statistisches Bundesamt, 2009a, S. 13).

3. Exkurs zu den Schwierigkeiten bei der Erfassung von statistischen Zahlen zur Geburtenentwicklung

Bis zum Jahr 2006 war es grundsätzlich in Deutschland schwierig, konkrete statistische Berechnungen zur Geburtenentwicklung aufzustellen, viele Angaben beruhten auf Schätzungen bzw. auf Teilstichproben, wie z. B. dem Mikrozensus, so dass Interpretationen eher behutsam vorgenommen werden sollten. Genaue Zahlen, etwas aus Volkszählungen, gab es seit den 80er Jahren nicht mehr; die letzten Volkszählungen fanden im früheren Bundesgebiet 1987 und in der ehemaligen DDR 1981 statt (Statistisches Bundesamt, 2009a). Nichts desto trotz wurden in den letzten Jahren verschiedene Thesen aufgestellt, um Ursachen des allgemeinen Geburtenrückgangs zu analysieren. Die folgenden Abschnitte setzen sich kritisch mit diesen Thesen auseinander (vgl. hierzu auch Stöbel-Richter & Brähler, 2006).

Vielfach wurde in statistischen Aufstellungen impliziert, dass die Daten des Statistischen Bundesamtes, aus dem Mikrozensus, dem Sozioökonomischen Panel etc. über alle demographischen Entwicklungen in Deutschland genaue Auskünfte ermöglichen. Dabei war jedoch vor allem die genaue Zahl der kinderlosen Männer und Frauen in Deutschland mehr als vage, ganz davon abgesehen, dass hierbei nicht zwischen gewollter und ungewollter Kinderlosigkeit unterschieden wird. Da es sich um einen veränderlichen Prozess handelt und im Lebensverlauf auch aus einer gewollten eine ungewollte Kinderlosigkeit werden kann, ist die Erhebung dieser Zahlen durch amtliche Statistiken unmöglich.

Hinsichtlich der aktuellen Kinderzahlen pro Mann oder Frau bzw. Paar galten im Mikrozensus „all jene Frauen als kinderlos, die zum Befragungszeitpunkt noch keine Kinder haben, aber später welche bekommen. Hinzu kommen alle Frauen, deren Kinder zwar noch im Haus leben, aber bereits 18 Jahre alt sind. Ebenso sämtliche Frauen, deren Kinder bereits ausgezogen sind. […] Auch solche Frauen gelten als kinderlos, deren Kinder zwar noch nicht volljährig sind, aber momentan nicht im mütterlichen Haushalt wohnen" (Schwendtker, 2006, S. 2). Diese Art der Zählung führte dazu, dass die Zahl der Kinderlosen nicht nur falsch, sondern völlig überschätzt berechnet wurde.

Im Gegensatz dazu können Surveybefragungen zwar die vielfältigen Facetten von Elternschaft besser erfassen, dabei ist jedoch die Repräsentativität ihrer Stichproben nicht in jedem Fall vollständig gewährleistet (Heß-Meining & Tölke, 2005).

Die Daten, die durch die Standesämter an das Statistische Bundesamt gemeldet wurden, zählten Kinder nur durch, sofern sie ehelich geboren waren. Eine Frau, die zwei Kinder in ihrer ersten Ehe hatte, fing wieder bei Eins an, sofern sie nach einer Scheidung und erneuten Heirat noch ein Kind bekommen hatte. Für außereheliche Kinder wurde gar keine Reihenfolge erfasst.

Im Jahr 2006 wurde aufgrund dieser defizitären Zählungen eine repräsentative Sondererhebung „Geburten in Deutschland“ durchgeführt. Im Dezember 2007 wurden diese Daten veröffentlicht. Darüber hinaus wurden im Herbst 2007 das Mikrozensusgesetz und das Bevölkerungsstatistikgesetz vom Gesetzgeber angepasst, wodurch nunmehr im Jahr 2008 im Mikrozensus alle 15- bis 75-jährigen Frauen nach der Zahl der geborenen Kinder befragt werden konnten (Mikrozensus, 2008).

4. Aktuelle Fertilitätsentwicklung

Die aktuelle Fertilitätsentwicklung in Deutschland wird häufig mit Schlagwörtern wie „steigendes Erstgraviditätsalter“, „kinderlose Akademikerinnen“, „gravierender Rückgang der Geburtenzahlen“ beschrieben. Diese „Schlagwörter“ werden in den folgenden Abschnitten aufgegriffen und ausgeführt.

„Im Jahr 2008 lebten in Deutschland rund 20,5 Millionen Mütter im Alter von 16 bis 75 Jahren (Geburtsjahrgänge 1933 bis 1992).“ 6,4 Millionen dieser Frauen hatten ein Kind, 8,7 Millionen 2 Kinder und 4,5 Millionen 3 oder mehr Kinder (Statistisches Bundesamt, 2009b, S. 8).

Für Deutschland charakteristisch ist der Aufschub der Erstelternschaft zugunsten anderer Lebensalternativen. Darüber hinaus wird aufgrund gestiegener Opportunitätskosten sowie eines enorm hohen Erziehungsanspruchs die Kinderzahl auf eine Größe beschränkt, die unter den entsprechenden gegebenen Lebensbedingungen vertretbar erscheint. Eine beschränkte Kinderzahl ergibt sich aber auch aus der Entwicklung, dass die Entscheidung zur Elternschaft grundsätzlich nach hinten verschoben wird; das durchschnittliche Erstgraviditätsalter liegt inzwischen bei 28 Jahren. Der Anteil der sog. Spätgebärenden (Frauen über 34 Jahre) ist in den letzten zwei Jahrzehnten von 1,3 % auf 22 % erheblich gestiegen. Dies führt dazu, dass inzwischen 70 % aller Schwangerschaften von den Medizinern als Risikoschwangerschaften eingestuft werden, was wiederum enorme Mehrkosten und diagnostischen Aufwand nach sich zieht (Cornelißen, 2005; Saleth, 2005; Wirth & Dümmler, 2005).

Das Aufschieben der (Erst-)Elternschaft wird häufig auch als so genannter Timing- bzw. Tempoeffekt diskutiert (vgl. Sobotka, 2005; Kohler & Ortega, 2004). Dieser Anpassungsprozess in den neuen Bundesländern an die Fertilitätsmuster der alten Bundesländer hat zu einer sogenannten „Geburtenlücke“ geführt. Im Jahr 1997 lag die zusammengefasste Geburtenziffer in den neuen Bundesländern zum ersten Mal seit der Wiedervereinigung wieder über eins. 2001 lag sie mit knapp 1,2 nur noch knapp unter dem Niveau der alten Bundesländer (Leip, 2005).

Die durchschnittliche Kinderzahl kann, ebenso wie die endgültige Kinderlosigkeit als genauer Wert erst nach Abschluss der fertilen Phase endgültig angegeben werden; so beträgt sie für die Kohorte der 1958 geborenen Frauen in den alten Bundesländern 1,6 Kinder, in den neuen Bundesländern 1,8 (Statistisches Bundesamt, 2009b). Einfluss auf die Entwicklung dieser Zahl hat einerseits die durchschnittliche Zahl der Kinder pro Frau und andererseits die zahlenmäßige Veränderung der Frauen, die kinderlos bleiben. Der Anteil letzterer ist in den vergangenen Jahren kontinuierlich gestiegen: betrug er in den Jahrgängen 1933 bis 1948 kontinuierlich 11-12 %, so stieg er für die Kohorten der zwischen 1964 und 1968 geborenen Frauen bereits auf 21 %, beträgt für die im Jahr 2008 35-39-Jährigen 26 % und für die 30- bis 34-Jährigen 43 % (Statistisches Bundesamt, 2009b). Selbst wenn die derzeit 30- bis 34-jährigen Frauen ihre Familienplanung noch nicht abgeschlossen haben, sinkt mit zunehmendem Erstgravididitätsalter die Wahrscheinlichkeit für ein zweites oder gar drittes Kind (Sobotka, 2005). Besonders viele kinderlose Frauen leben in den Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg.

Dabei entscheiden sich Frauen in den neuen Bundesländern häufiger für eine Mutterschaft, allerdings dann eher für **ein** Kind, während in den alten Bundesländern der Anteil der kinderlosen Frauen größer ist, ebenso wie der Anteil der Mehrkindfamilien.

Neben der Polarisierung zwischen (Mehrkind-)Elternschaft und Kinderlosigkeit findet auch eine Entkopplung von Ehe und Elternschaft statt; vor allem in den neuen Bundesländern ist das Lebensmodell der allein erziehenden (jungen) Mutter sehr häufig anzutreffen. Gängig ist inzwischen aber auch die Heirat nach der Geburt des ersten Kindes bzw. ein Zusammenleben mit Kind ohne Trauschein (Dorbritz, Höhn & Naderi, 2005).

Lag der Anteil außerehelicher Geburten 1980 noch in den meisten europäischen Ländern unter 10 Prozent, so betrug er zwei Jahrzehnte später im Durchschnitt bereits knapp 30 Prozent. Dabei unterscheiden sich jedoch alte und neue Bundesländer erheblich – im Jahr 2006 worden im Osten ca. 57 %, im Westen 23 % aller Kinder unehelich geboren (ZDWA, 2009). Deutschland liegt allerdings mit einem Wert von 30 Prozent nicht-ehelicher Geburten im Jahr 2006 im mittleren europäischen Durchschnitt. Allgemein gehen in westeuropäischen Ländern hohe Quoten nicht-ehelicher Geburten tendenziell mit hohen Geburtenziffern einher; neuere Partnerschaftsformen stehen somit keineswegs in Widerspruch zu einer Familienorientierung (Heß-Meining & Tölke, 2005). In der aktuellen Studie des Berlin-Institutes für Bevölkerung und Entwicklung (2008) wird auch dieser Indikator als Grad für Emanzipation interpretiert: In allen westeuropäischen Ländern, die eine Gesamtfertilitätsrate von mehr als 1,7 Kindern je Frau aufweisen, wird ein größerer Anteil aller Kinder außerhalb von Ehen geboren als in Deutschland.

Um die Zahl der kinderlosen Akademikerinnen gab es viele Debatten, 40 % in Westdeutschland (Grünheid, 2004; Scharein & Unger, 2005) sind inzwischen widerlegt, da man bei diesem Wert, basierend auf dem Mirkozensus, nur die im Haushalt lebenden Kinder der 35-39-jährigen Hochschulabsolventinnen berücksichtigt hatte. Die aktuellen Zahlen aus dem Mikrozensus 2008 zeigen, dass sich gerade Frauen mit Hochschulabschluss sehr spät für eine Familiengründung entscheiden und dementsprechend auch jenseits der 35 noch Kinder bekommen. Für die alten Bundesländer werden hier 26 % kinderlose Frauen mit hoher Bildung angeben. Im Gegensatz dazu hatten bei den ostdeutschen Frauen mit hohem Bildungsstand nur 9 % keine Kinder (Statistisches Bundesamt, 2009b).

Scharein und Unger (2005) legen dar, dass die Angaben zu den kinderlosen Akademikerinnen stark entsprechend der zugrunde gelegten Datenbasis (Mikrozensus oder Sozio-ökonomisches Panel – SOEP) differieren und zusätzlich davon abhängen, wie der Begriff „akademisch“ definiert wird.

In der Analyse von Blossfeld und Huinink (1991; vgl. auch Huinink & Kreyenfeld, 2004) zeigte sich ein Zusammenhang zwischen Ausbildungsdauer, Kinderlosigkeit und dem Alter beim Übergang zur ersten Elternschaft: mit zunehmender Dauer der Ausbildung wächst die Zahl der Kinderlosen und umso höher ist das Alter bei der Geburt des ersten Kindes.