

Soziale Statuslage und gesellschaftliches Altern nach koronarer Bypassoperation

Bernhard Borgetto, Uta Gerhardt

Abteilung Medizinische Soziologie der Universität Giessen

Untersuchungen in den USA, Großbritannien, Skandinavien, der Schweiz und auch der Bundesrepublik Deutschland haben in den letzten 20 Jahren vielfach gezeigt, dass zwischen der arbeitsrechtlichen Stellung der Bypassoperierten und ihrer postoperativen Berufsrückkehr ein statistischer Zusammenhang besteht^{1–5}. Während Selbständige und Beamte/Angestellte hohe bis mittlere Rückkehreraten in den Beruf haben, haben Arbeiter – insbesondere An- und Ungelernte – eine statistisch niedrige Chance der Arbeitswiederaufnahme. Beispielsweise fand eine in der zweiten Hälfte der siebziger Jahre an der Universitätsklinik Erlangen durchgeführte Studie, dass 50% der 50jährigen Arbeiter, aber 80% der 50jährigen Angestellten/Beamten ins Berufsleben zurückkehrten, und eine im gleichen Zeitraum am Klinikum der Justus-Liebig-Universität Giessen durchgeführte Studie fand, dass etwa 25% der körperlich Tätigen, aber über 70% der nicht körperlich Tätigen ihre Erwerbstätigkeit wiederaufnahmen^{6,7}.

Der überwiegenden Mehrheit der postoperativ nicht mehr Berufstätigen wird eine Erwerbsunfähigkeitsrente gewährt. Diese erhält nach dem geltenden Sozialrecht jeder Bürger der Erwerbsbevölkerung in Deutschland, der aus gesundheitlichen Gründen mit einem Grad der Behinderung von mindestens 50 (aus 100) nicht mehr wie vorher zur Erwerbsarbeit fähig ist, aber keinen Schonarbeitsplatz finden kann, der seinem veränderten Leistungsvermögen entspricht. Mit dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben und der Gewährung einer Erwerbsunfähigkeitsrente ist für den Betroffenen ein Statusübergang von der Erwerbstätigkeit zum Rentnerdasein verbunden. Insofern das Rentnerdasein in unserer Gesellschaft für die Alten charakteristisch ist, gleicht der Beginn einer Frühberentung (Erwerbsunfähigkeitsberentung) einem vorgezogenen Übergang in den Ruhestand, d.h. einem „vorzeitigen“ *gesellschaftlichen Altern* des Betroffenen^{8,9} – wobei die gesetzliche Altersgrenze für den Übergang in den Ruhestand bei einem Lebensalter von 65 Jahren, aber das durchschnittliche Alter des Ausscheidens aus dem Erwerbsleben heute in Deutschland mehr als 5 Jahre darunter liegt¹⁰.

Der (überwiegend medizinisch-epidemiologischen) Forschung über Rehabilitation bei koronarer Herzkrankung (Sklerose der Koronargefäße) durch

Bypassoperation ist es trotz Langzeitbeobachtung in Multicenter-Vergleichsstudien nicht gelungen, einen systematischen Zusammenhang zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation auf statistisch zufriedenstellendem Niveau nachzuweisen^{11,12,3}. Insgesamt kommen im Patientengut der verschiedenen Studien sowohl Gruppen vor, die trotz optimaler medizinischer Rehabilitation aus dem Erwerbsleben ausscheiden, neben solchen, die trotz mißglückter Revaskularisation ins Berufsleben zurückkehren, als auch die Gruppen der nach erfolgloser Revaskularisation Frühberenteten und der nach erfolgreicher Operation bis zur Altersberentung wieder Berufstätigen¹³.

In der modernen Industriegesellschaft besteht ein Bild des „Normallebenslaufs“, der chronologisch standardisiert und am Erwerbssystem orientiert ist. Die so im Vordergrund stehende „Prozessierung durch Arbeitsmarkt und staatliche Leistungssysteme“¹⁴ beinhaltet eine möglichst lückenlose Erwerbsbiographie sowie eine anschließende Altersberentung. Frührente und Altersrente sind daher strikt zu trennende Orientierungsanlässe des *gesellschaftlichen Alterns*.

In diesem Sinne kann die Rückkehr in das Erwerbsleben und darauf folgende Altersberentung bei gelungener medizinischer Rehabilitation als *normale* Form des gesellschaftlichen Alterns konzipiert werden. Frühberentung trotz positiver medizinischer Rehabilitation erscheint dagegen gesellschaftlich als verfrühtes *akzeleriertes* Altern. Bei negativer medizinischer Rehabilitation ermöglicht die Frühberentung jedoch eine *adäquate* Altersform. Schliesslich wird die Rückkehr zur Arbeit nach misslungener medizinischer Rehabilitation gesellschaftlich durchaus positiv bewertet und als *retardiertes* Altern betrachtet. Da weder die medizinische noch die berufliche Rehabilitation irreversibel sind, werden sie empirisch als Verläufe erfasst, zu Typen verdichtet und den vier Altersformen zugeordnet.

Da Frühberentung insgesamt bei Arbeitern (blue-collar workforce) wesentlich häufiger als bei Angestellten/Beamten/Selbständigen (white-collar workforce) ist, und da umgekehrt Berufsrückkehr bei den Angestellten/Beamten/Selbständigen wesentlich häufiger und die Frühberentung seltener ist, kann die Hypothese aufgestellt werden, dass die vier Formen des gesellschaftlichen Alterns sich

nicht gleichmäßig über die arbeitsrechtlichen Gruppierungen verteilen. Es ist zu prüfen, ob die soziale Schicht oder Statuslage, der ein Patient aufgrund seiner Berufsposition angehört, mit größerer oder geringerer Wahrscheinlichkeit eine Alternsform als postoperatives *Schicksal* aufgrund gesellschaftlicher Benachteiligung bzw. Bevorteilung nahelegt. Daran schließt sich die Frage an, ob diese Alternsform nicht auch als *intendierte Handlungsfolge* der Bypassoperation, die durch die Sozialgesetzgebung ermöglicht wird, anzusehen ist.

Ziele, Material und Methode der Untersuchung

Die Studie „Aortokoronarer Venenbypass und Rückkehr zur Arbeit“ (DFG-Projekt seit 1987/1990) hat drei Ziele: (1) das Verhältnis der medizinischen und beruflichen Rehabilitation als biographisches Geschehen am Einzelfall aufzuzeigen, (2) typische Verlaufsmuster des Berufsrückkehr-Berentungsgeschehens zu erkennen, (3) die Ermöglichungskontexte für typische Verlaufsmuster zu ermitteln, insbesondere ob soziale Schicht (Statuslage) und Krankheitserklärung durch Patienten(ehepaare) und Arzt bestimmte Verläufe (Alternsformen) wahrscheinlich(er) machen. (Im folgenden werden nur die Patienten-, nicht die Arztinterviews ausgewertet, und nur die Daten zur Statuslage, nicht zur Krankheitserklärung, was indessen anderwärts gesondert geschieht¹⁵).

Die Fälle für das Untersuchungskollektiv wurden nach Kriterien ausgewählt, die entsprechend den Ergebnissen bisheriger Forschung sowohl aus medizinischer als auch aus gesellschaftlicher Sicht eine optimale Chance zur postoperativen Arbeitsaufnahme sicherstellen: (1) Operationsalter ≤ 55 Jahre (Ausnahmen bis 57 Jahre), (2) voller Erwerbsstatus zum Operationszeitpunkt, (3) linksventrikuläre Auswurffraktion (LVEF) $> 50\%$. Um sowohl die Langzeitentwicklung der medizinisch-beruflichen Rehabilitation als auch deren Feinstruktur angemessen erfassen zu können, werden in der Studie eine retrospektive (Operationszeitraum: 1977–1980) und eine prospektive Kohorte (Operationszeitraum: 1987–1988) untersucht. Zugleich ergibt sich durch die Variation des Operationszeitraumes als historisches Datum die Möglichkeit, den jeweiligen Stand des medizinischen Wissens und Fortschritts in die Analyse miteinzubeziehen.

In der retrospektiven Teilstudie wurde nach folgendem zweistufigen Auswahlverfahren vorgegangen: (1) 147 Patienten wurden aus der Kartei einer zentralen Klinik ausgewählt, die a) nach dem 1.1.1976 angiographiert worden waren, b) danach sich einer Bypassoperation unterzogen, und c) möglichst zwei der Auswahlkriterien (LVEF, Alter) erfüllten. (2) Deren Hausärzte wurden durch Fragebogen bezüglich Angaben a) zum Überleben der ca.

vor 10 Jahren operierten Patienten b) zu deren medizinischem und c) beruflichem Status befragt. Von den 115 zurückgesandten Fragebögen waren 107 auswertbar, 8 wurden unbeantwortet zurückgeschickt. Von den 92 Patienten, die überlebt hatten, wurden diejenigen ausgewählt, die die Auswahlkriterien erfüllten, sowie einige aus Vergleichsgründen. Dabei wurde beispielsweise darauf geachtet, Fälle mit möglichst verschiedenartigen Berufen auszuwählen. Insgesamt wurden 1987–1989 40 Patienten-/Familieninterviews und 36 Hausarztinterviews durchgeführt.

Für die prospektive Teilstudie wurden zunächst alle merkmalsrelevanten Bypassoperationsfälle der herzchirurgischen Abteilung einer Universitätsklinik ab dem Stichtag 1.4.1987 ermittelt. Bis September 1988 war eine Fallzahl von 40 erreicht. Die Patienten wurden 1 Monat präoperativ, 3 Monate postoperativ und 18 Monate postoperativ befragt, wenn möglich mit Lebensgefährten/in. Die Hausärzte wurden einmal präoperativ und 18 Monate postoperativ befragt. Zusätzlich wurde jeweils ein Mitglied des Operationsteams 1–3 Monate postoperativ befragt.

Die Studienpopulationen von 30 Fällen entstanden durch Herausnahme der Fälle mit unvollständigem Material (z. B. wegen Verweigerung der Folgeinterviews, Versterben des Patienten während des Forschungszeitraums etc.).

Die Leitfadenterviews orientierten sich an einem biographischen Ablaufschema. Das Tonbandmaterial wurde transkribiert und so aufbereitet, dass Verlaufprofile für jeden Einzelfall entstanden, die das Ablaufschema zu 12 Themenkomplexen (siehe Abb. 1) zusammenfassen.

Die auf den Verlaufprofilen aufgebauten Fallrekonstruktionen werden durch vergleichende Betrachtung zu Gruppen ähnlicher Fälle geordnet. Dabei werden verkürzte Verlaufprofile (Verlaufsschemata) zugrundegelegt. Die Falldynamik wird als paralleler Verlauf der medizinischen und der beruflichen Rehabilitation operationalisiert. Als

-
- 1) Krankheitsbeginn und Operationsentscheidung
 - 2) Präoperative berufliche Arbeitsteilung
 - 3) Präoperative eheliche Krankheitskontrolle
 - 4) Operation und Operationsfolgen
 - 5) Eheliche postoperative Krankheitskontrolle
 - 6) Beruf
 - 7) Eheliche, berufliche und häusliche Arbeitsteilung
 - 8) Berufsrückkehrentscheidung, Berufsrückkehr, Folgen der Berufsrückkehr
 - 9) Berentungsentscheidung, Berentung, Folgen der Berentung
 - 10) Heutige gesundheitliche Arbeitsteilung
 - 11) Heutige häusliche und berufliche Arbeitsteilung
 - 12) Krankheitsvorstellungen, -konzepte, -erklärung(en)
-

Abb. 1. Biographisches Ablaufschema für Interviews und Themenliste für Verlaufprofile.

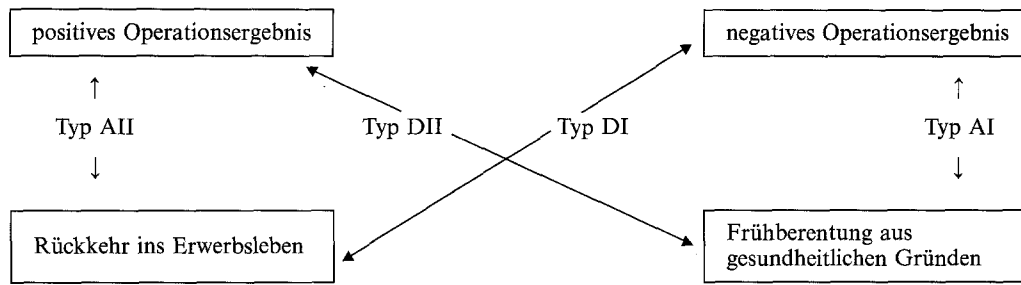


Abb. 2. Adäquanz- und Diskrepanztypen als Verhältnis von medizinischer und beruflicher Rehabilitation.

Kriterium für positives oder negatives Operationsergebnis gilt der postoperative klinische Status bezüglich der Herzerkrankung; die berufliche Rehabilitation orientiert sich am Erwerbsstatus. So kann für jeden Fall zu jedem Zeitpunkt ein Verhältnis beider Verläufe bestimmt werden. Dieses Verhältnis wird analog zu den am Alltagsverständnis orientierten Formen des gesellschaftlichen Alterns gefaßt als vier Typen der Adäquanz- oder Diskrepanz (siehe Abb. 2): (1) adäquates Altern (Adäquanztyp I), (2) normales Altern (Adäquanztyp II), (3) akzeleriertes Altern (Diskrepanztyp I) und (4) retardiertes Altern (Diskrepanztyp II).

Die Statuslage der 60 Fälle wird anhand der Schichtungsskala bestimmt, die Johann Handl für 1920–1940 Geborene standardisiert hat¹⁶. Dabei wird der Beruf auf einer dreissigstufigen Skala geortet, die nach den Kriterien Einkommen, Bildung und Hausbesitz zustande gekommen ist. Für unsere Untersuchungspopulation, die diese Altersjahrgänge umfaßt, ist eine solche Statusbestimmung angemessen, da die biographisch-beruflichen Lebensverläufe der Patienten vor allem in den ersten beiden Jahrzehnten der Nachkriegszeit nur bei einer Skala berücksichtigt sind, die über die gebräuchliche Messung anhand des Merkmals Berufsprestige hinausgeht. Die dreissig Stufen der Skala werden zu sechs Statuslagen zusammengefasst: (I) Freie Berufe, Manager, leitende Angestellte und Beamte; (II) Selbständige mit größeren Betrieben, gehobene Angestellte und Beamte; (III) Selbständige mit kleineren Betrieben, mittlere Angestellte und Beamte; (IV) Werkmeister, Meister, einfache Angestellte und Beamte; (V) Vor- und Facharbeiter; (VI) An- und ungelernete Arbeiter.

Ergebnisse

Zwei Verlaufsschemata (auf die prä- und postoperative Phase des klinischen und beruflichen Verlaufs konzentriert) verdeutlichen zunächst exemplarisch, wie ein Fallverlauf von Diskrepanztyp I bzw. II aussieht.

FALL 17 R (akzeleriertes Altern, Diskrepanztyp I)
 Operationsalter 41 Jahre; soziale Statuslage VI.

Berufsverlauf präoperativ

Waldarbeiter im Akkord und Nebenerwerbslandwirt mit jahrzehntelanger Doppelbelastung.

Klinischer Verlauf präoperativ

Herzinfarkt 14 Jahre präoperativ, A.p. (Angina pectoris) erstmals stärker 12 Jahre präoperativ, Verminderung der Leistungsfähigkeit in den folgenden Jahren bei fehlender Inanspruchnahme eines Arztes, „zufällige Entdeckung“ der Herzbeschwerden anlässlich eines Belastungs-EKG 2 Monate präoperativ, Diagnose KHK und Operationsempfehlung durch die Angiographieklinik.

Klinischer Verlauf peri- und postoperativ

Keine kardialen Operationskomplikationen, AHB (Anschlussheilbehandlung), keine A.p.-Symptomatik danach.

Beruflicher Verlauf postoperativ

Rückkehr zur Arbeit direkt nach der AHB (AII), Minderung der physischen Spannkraft, Hausarzt fördert Entscheidung zur Frühberentung, 1,5 Jahre postoperativ erfolgt Erwerbsunfähigkeitsberentung im Alter von 43 Jahren (DI).

FALL 22 R (retardiertes Altern, Diskrepanztyp II)

Operationsalter 49 Jahre; soziale Statuslage I.

Berufsverlauf präoperativ

Hochschulstudium und beruflicher Aufstieg in einer Bank, seit 1974 Prodirektor, 1977/1978 im Gespräch für den Vorstand.

Klinischer Verlauf präoperativ

Herzinfarkt 2 Jahre präoperativ, vorher „keine echten Erinnerungen an Symptome“, Empfehlung einer Angiographie, die der Patient nicht annimmt, weiterer schwerer Herzinfarkt, Operationsempfehlung anlässlich einer sich anschließenden Angiographie.

1. AI-AI:	Frühberentung bei dauerhaft negativem klinischen Status
2. AI-DI:	Frühberentung bei schlechtem, später Besserung des klinischen Status
3. DI-AI:	Frühberentung bei gutem, später Verschlechterung des klinischen Status
4. DI-DI:	Frühberentung bei dauerhaft positivem klinischen Status
5. AII-AI:	Frühberentung nach Arbeitsaufnahme bei gutem, später Verschlechterung des klinischen Status
6. AII-DI:	Frühberentung nach Arbeitsaufnahme bei dauerhaft positivem klinischen Status
7. AII-AII:	Erwerbsleben bei dauerhaft positivem klinischen Status
8. AII-DII:	Erwerbsleben trotz Verschlechterung des klinischen Status
9. DII-AI:	Frühberentung nach Arbeitsaufnahme bei dauerhaft negativem klinischen Status
10. DII-DI:	Frühberentung nach Arbeitsaufnahme bei schlechtem, später Verbesserung des klinischen Status
11. DII-AII:	Erwerbsleben bei Verbesserung des klinischen Status
12. DII-DII:	Erwerbsleben bei dauerhaft negativem klinischen Status

Abb. 3. Adäquanz- und Diskrepanztypen im Zeitablauf.

Klinischer Verlauf peri- und postoperativ

Angstzustände postoperativ, Symptomatik postoperativ vermindert, Wiederkehr der Symptomatik 35 Monate postoperativ.

Berufsverlauf postoperativ

Rückkehr in den Beruf 4 Monate postoperativ, zuerst halbtags und nach kurzem ganztags bis heute (Interviewzeitpunkt), allerdings Verzicht auf die Option einer Vorstandskandidatur.

Die vier Adäquanz- und Diskrepanztypen können „rein“ auftreten, d. h. über die gesamte beobachtete Zeitphase bei einem Fallverlauf dieselben bleiben. Oder der Typus wechselt über Zeit, d. h. zum Beispiel von Diskrepanz II zu Adäquanz I, wenn ein Patient, der nach unzureichender Revaskularisation nach der Operation zunächst in seinen Beruf zurückkehrt, diesen nach einiger Zeit aus gesundheitlichen Gründen aufgibt. Abbildung 3 zeigt, welche Verläufe nach dem deutschen Sozialgesetzbuch möglich sind. Grundsätzlich sind mehr als zwei Wechsel denkbar, solche Fälle traten aber im Material nicht auf.

Die Verlaufsbewegungen im Beobachtungszeitraum bei der retrospektiven und prospektiven Studienpopulation sind in Tabelle 1 und 2 enthalten. In der retrospektiven Studienpopulation bleiben 21, in der prospektiven Studienpopulation 26 Fälle stabil; d. h. sie verkörpern „rein“ einen der vier Adäquanz- oder Diskrepanztypen. Die Gesamtheit der Fälle wird jeweils einem *Haupttyp* zugeordnet; als Haupttyp gilt dabei derjenige Alterstyp, der bei den nicht-stabilen Fällen langfristig (retrospektive

Tab. 1. Verlauf der Rehabilitation bei der retrospektiven Studienpopulation (N=30).

t ₁	t ₂	AI	DI	AII	DII	Σ
AI		4	–	/	/	4
DI		1	3	/	/	4
AII		1	2	12	4	19
DII		–	–	1	2	3
Σ		6	5	13	6	30

t₁ = 18–24 Monate postoperativ, t₂ = 7–8 Jahre postoperativ.

Tab. 2. Verlauf der Rehabilitation bei der prospektiven Studienpopulation (N=30).

t ₁	t ₂	AI	DI	AII	DII	Σ
AI		4	–	/	/	4
DI		–	8	/	/	8
AII		–	1	13	1	15
DII		2	–	–	1	3
Σ		6	9	13	2	30

t₁ = 3–4 Monate postoperativ, t₂ = 18–24 Monate postoperativ.

Teilstudie) oder zum Zeitpunkt der Berufs-Berentungsentscheidung bestimmend ist.

Entsprechend werden die Einzelfälle als Haupttypus (Retardierung, Normalität, Adäquanz und Akzeleration) bestimmt.

Abbildung 4 zeigt, dass sich die vier Haupttypen keineswegs gleichmäßig über das Spektrum der sozialen Ungleichheit verteilen.

Die soziale Statuslage I begünstigt im Fallmaterial nur DII-Verläufe. Die soziale Statuslage II ist die einzige, die alle Verlaufsformen ermöglicht. Statuslage III umfaßt vor allem Fälle mit DII- und AII-Verlauf. Die Statuslagen IV–VI fördern alle Verlaufsformen ausser DII.

Zugleich zeigt sich, dass Adäquanztyp II in allen Statuslagen ausser I entsteht, während sich Adäquanztyp I überwiegend in den Statuslagen IV–VI entwickelt. Andererseits kommt Diskrepanztyp I in allen Statuslagen ausser I vor, allerdings begünstigt Statuslage VI offenbar diesen Verlaufstypus. Schliesslich kommt Diskrepanztyp II überhaupt nur bei den oberen Statuslagen vor.

Die soziale Dynamik der Altersvorgänge bedeutet, dass die Statuslage Ausgangspunkt für den prä- und peri-/postoperativen Verlauf ist. Der Lebensweg der Patienten konkretisiert sich zum Zeitpunkt der Operationsentscheidung in ihrer Berufsstellung, und diese wiederum ist Bestimmungsmoment ihrer Statuslage. Insofern ist die Statuslage bedingendes – allerdings nicht bestimmendes – Element der weiteren Entwicklung, die vom präoperativen beruflichen und medizinischen Ist-Zustand über die Operation (insbesondere Erfolg/Misserfolg der Revaskularisation) hinführt zur Entscheidung über den Wiedereintritt ins Berufsleben oder das Ausschei-

klinischer Status negativ						klinischer Status positiv					
berufliche Rehabilitation: Rückkehr zum Arbeitsmarkt											
I	II	III	IV	V	VI	I	II	III	IV	V	VI
01 R	27 R	34 R					16 R	08 R	30 R	02 R	25 R
07 R		35 R					19 R	09 R	31 R	38 R	09 P
22 R		39 R					20 R	26 R	01 P	10 P	19 P
		34 P					21 R	21 P	07 P	37 P	36 P
		nach oben aufschliessen					24 R		18 P	36 P	
									27 P		
									29 P		
									38 P		
									40 P		
RETARDIERUNG						NORMALITÄT					
ADÄQUANZ						AKZELERATION					
				10 R	03 R						05 R
				28 R	13 R	16 P					17 P
				06 P	03 P	15 R					37 R
				22 P	23 P	32 R					40 R
	17 P									08 P	05 P
							02 P	14 P	26 P	11 P	28 P
										35 P	32 P
I	II	III	IV	V	VI	I	II	III	IV	V	VI
berufliche Rehabilitation: Frühberentung											
klinischer Status negativ						klinischer Status positiv					

- I: Freie Berufe, Manager, leitende Beamte und Angestellte.
- II: Selbständige mit größeren Betrieben, gehobene Angestellte und Beamte.
- III: Selbständige mit kleineren Betrieben, mittlere Angestellte und Beamte.
- IV: Werkmeister, Meister, einfache Angestellte und Beamte.
- V: Vor- und Facharbeiter.
- VI: An- und ungelernte Arbeiter.

Abb. 4. Haupttypen, retrospektiv und prospektiv nach sozialer Statuslage.

Tab. 3. Fälle mit stabilem Typenverlauf, nach Statuslagen (N=47).

	Schicht/Statuslage					
	I	II	III	IV	V	VI
AI				10 R, 28 R, 22 P	13 R, 03 P, 23 P	32 R, 16 P
DI		02 P	14 P	26 P	37 R, 08 P 11 P, 35 P	05 R, 40 R 05 P, 28 P
AII		16 R, 19 R 20 R, 21 R 24 R	08 R, 09 R 26 R, 21 P	31 R, 01 P 07 P, 18 P 27 P, 29 P 38 P, 40 P	02 R, 38 R 10 P, 37 P 39 P	25 R, 36 P 36 P
DII	07 R	27 R	34 P			

den per Frühberentung. Die 47 Fälle mit stabilem Typenverlauf zeigen in besonders „reiner“ Ausprägung die charakteristischen Statuslagen. Tabelle 3 zeigt deutlich, dass diese zu unterscheidenden Haupttypen des Alterns hinführen.

Diskussion

Dass mehr Arbeiter als Angestellte/Beamte Frührente beziehen, wurde in der Literatur seit längerem

darauf zurückgeführt, dass die soziale Ungleichheit Arbeiter sowohl gesundheitlich als auch gesellschaftlich stärker benachteiligt^{17,18}. Schott vermutet beispielsweise, dass die Frühberentung in der BRD „als arbeitsmarktpolitisches Steuerungsinstrument Verwendung findet“¹⁸. Unser Datenmaterial kann diese Sichtweise relativieren.

Die vier Alternsformen bei stabil verlaufenden Fällen ergeben im Schichtenaufriß: *Normales Altern* kommt wohl in allen Statuslagen vor, allerdings besonders in den mittleren Schichten. *Ad-*

äquates Altern kommt vor allem in den unteren Schichten vor. *Akzeleriertes* Altern hat eher einen Schwerpunkt bei den untersten Statuslagen. Demgegenüber kommt *retardiertes* Altern nur bei den oberen Statuslagen vor.

Dieser Befund wiederholt in neuer Form ein aus der sozialepidemiologisch-klinischen Forschung bekanntes Ergebnis: Die Literatur konnte bisher keine positive Korrelation zwischen medizinischer und beruflicher Rehabilitation nach Bypassoperation ermitteln^{11,12,3}. Nun weist die verbreitete Bereitschaft vor allem der un- und angelernten Arbeiter, auch bei *erfolgreicher* Revaskularisation im Rahmen des geltenden Sozialrechts eine Erwerbsunfähigkeitsberentung in Anspruch zu nehmen, in eine andere Richtung.

Einerseits bestimmen sehr wohl soziale Ungleichheiten am Arbeitsmarkt die Rahmenbedingungen der Erwerbstätigkeit. Woll-Schumacher charakterisiert die allgemeine Arbeitsmarktlage älterer Arbeitnehmer wie folgt: „Sie sind innerbetrieblich wie arbeitsmarktpolitisch immobil, so dass es ihnen unter Bedingungen eines schnellen technischen und organisatorischen Wandels selten gelingt, ihre bestehenden Arbeitsplätze ohne Statusverluste zu behalten“¹⁹. Sie verweist dabei zugleich auf die umso fühlbareren Schwierigkeiten, einen „neuen eignungsgerechten Arbeitsplatz zu bekommen“¹⁹, wenn beispielsweise durch die koronare Herzerkrankung oder die Operation verursachte Leistungsverminderung oder Leistungsunfähigkeit besteht oder droht. Diese Situation veranlasst viele der körperlich Tätigen, die vor allem in Statuslage V und VI zu finden sind, die durchaus akzeptable, das Risiko des Arbeitsmarktes vermeidende Frühberentung zu „wählen“. Andere Patienten – vor allem solche in den Oberschichten – machen keinen Gebrauch von der Möglichkeit zur Frühberentung, selbst wenn ihre Revaskularisation misslungen ist. Andererseits sind Statuslage und gesellschaftliches Altern bei Bypassoperierten durch einen Spielraum für die Entscheidung zur Arbeitswiederaufnahme oder Berentung miteinander so verbunden, dass auch die „Berufsintegration“²⁰ der Patienten eine Rolle spielt. Die typischerweise extrinsische Arbeits- und Berufsmotivation der unteren Schichten und die typischerweise intrinsische Arbeits- und Berufsmotivation der oberen Schichten spielt – neben der Einschätzung der Lage am Arbeitsmarkt entsprechend der Chancenstruktur einfacher oder gehobener Berufe – in die Situation hinein.

Damit erhöht sich für einen Arbeiter aus der unteren Schicht die Wahrscheinlichkeit für eine Frühberentung, wenn a) diese die Sicherung der sozialen Existenz erlaubt und b) er eine extrinsische Arbeitsmotivation aufweist. Fälle, in denen an- und ungelernete Arbeiter zur Arbeit zurückkehren, bestätigen indirekt diese Erklärung: Nach einem dreisemestrigen Chemiestudium in der ehemaligen DDR weist der Fall 25 R eine intrinsische Arbeits-

motivation auf, die für die höheren Statuslagen typisch ist. Eine eher extrinsische Arbeitsmotivation wird für Fall 36 P nicht handlungsleitend, da er im Falle einer Berentung seine Werkwohnung verlassen müsste.

Am entgegengesetzten Ende des Schichtenspektrums kann dagegen gezeigt werden, dass eine hohe Wahrscheinlichkeit für eine Rückkehr zur Arbeit besteht, wenn a) diese die Sicherung der sozialen Existenz erlaubt und b) sich eine intrinsische Arbeitsmotivation zeigt. Auch hier widersprechen die Fälle, in denen Angehörige der Oberschicht berentet werden, nicht dieser Erklärung:

Bei Fall 02 P handelt es sich um einen Angestellten in einer verantwortlichen Position, den seine Alkoholprobleme für seine Firma problematisch gemacht haben. Für ihn bietet die Rückkehr zur Arbeit nicht die Möglichkeit zur Sicherung seiner sozialen Existenz. Bei Fall 17 P wird dagegen nach einem gescheiterten Arbeitsversuch deutlich, dass hier sein gesundheitlicher Zustand die Rückkehr zur Arbeit verhindert.

Wenn also die Patienten peri- oder postoperativ „überlegen“, ob sie in ihren Beruf zurückkehren oder aus dem Erwerbsleben ausscheiden, sind sie nicht nur von äusseren Faktoren getrieben, sondern haben selbst eine gewisse Entscheidungsfreiheit. Gesellschaftliches Altern kann daher in den unterschiedlichen Statuslagen ein durch den einzelnen jeweils „gewollter“ Vorgang sein.

Zusammenfassung

Der Statusübergang vom Erwerbsleben zur Berentung stellt für den Einzelnen den Prozess des gesellschaftlichen Alterns dar. Dabei kann es sich sowohl um Alters- als auch um Frühberentung handeln. In Verbindung mit der Qualität der medizinischen Rehabilitation finden sich vier Formen des gesellschaftlichen Alterns: normales, akzeleriertes, adäquates und retardiertes Altern.

In einer qualitativen Studie über Patienten nach Bypassoperation werden empirische Verläufe der Rehabilitation untersucht. Diese Verläufe beinhalten die Formen gesellschaftlichen Alterns als individuellen Vorgang. Es wird die Hypothese überprüft, ob für verschiedene soziale Statuslagen unterschiedliche Formen typisch sind. Dabei wird gleichzeitig die Frage aufgeworfen, ob Frühberentung ausschliesslich als schichtspezifisches Schicksal oder auch als intendierte Handlungsfolge aufzufassen ist.

Résumé

Statut et évolution sociales après pontage coronarien
Le passage de la vie active à celle de rentier est souvent vécu comme un processus de vieillissement

social, qu'il s'agisse d'une rente de vieillesse ou d'une retraite anticipée. Quatre formes de vieillissement social peuvent être déterminées en relation avec la réadaptation médicale: le vieillissement normal, accéléré, adéquat et retardé. Nous présentons une étude qualitative sur l'évolution empirique auprès des patients ayant subi un pontage coronarien et bénéficié d'une réadaptation. L'hypothèse consiste à savoir si, d'une part, pour chaque catégorie sociale, des variations typiques du vieillissement social existent et, d'autre part, si une retraite anticipée peut être considérée comme une évolution liée à cette catégorie sociale ou, au contraire, aussi comme la conséquence d'un choix personnel.

Summary

Status and social evolution after coronary bypass

For the individual the status passage from employment to retirement means a process of social aging. Retirement can involve old-age pensions or disability pensions. Regarding the quality of medical rehabilitation, four forms of social aging emerge: normal, accelerated, adequate and delayed aging. Empirical courses of rehabilitation are explored in a qualitative study on patients after Coronary Bypass Surgery. These courses comprise in each case a specific form of social aging as individual process. The hypothesis is verified whether different forms of aging are typical for different SES. Furthermore the question is ventured whether early retirement is a status-bound destiny or an individual strategy.

Literaturverzeichnis

- 1 de Busk RF, Blomquist CG, Kouchoukos NT. et al. Identification and treatment of low-risk patients after acute myocardial infarction and coronary-artery bypass graft surgery. *N Engl J Med* 1986; 314:161–166.
- 2 Love JW. Employment status after coronary bypass operations and some cost considerations. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1980; 80:68–72.
- 3 Russell RO, Abi-Mansour P, Wenger NK. Return to work after coronary artery bypass surgery and percutaneous transluminal angioplasty: Issues and potential solutions. *Cardiol* 1986; 73:306–322.
- 4 Varnauskas E., *European Coronary Surgery Study Group*. Survival, myocardial infarction and employment status in a prospective randomized study of coronary bypass surgery. *Circulation*, 1985; 72 (Suppl V):90–101.
- 5 Vetter HO, Hofmann H, Glonner K et al. Employment status: Pre- and postoperative characteristics. In: Walter PJ, ed. *Return to Work After Coronary Artery Bypass Surgery*. Berlin/Heidelberg: Springer 1985:30–37.
- 6 Hacker RW, Riedl H, Guggenmoos-Holzmann I, Torka M. Employment status after coronary artery bypass surgery. In: Walter PJ, ed. *Return to Work After Coronary Artery Bypass Surgery*. Berlin/Heidelberg: Springer, 1985:43.
- 7 Walter P, Thies B, Gerhardt U. Wieviele Personen nehmen nach einer Koronaroperation ihre Arbeit wieder auf? *Med Klin Prax* 1983; 78 (Nr. 8):276.
- 8 Gerhardt U. Altersdynamik und Rehabilitation nach koronarer Bypassoperation. *Z f Gerontol* 1992; 25:243–254.
- 9 Gerhardt U. Frühberentung und Handlungsrationaliät. Zur Statusdynamik bei Arbeitern nach koronarer Bypassoperation. *Soz Welt* 1992; 43:422–448.
- 10 Verband der Rentenversicherungsträger. Stellungnahme zu: Sozialepidemiologische Studie „Leben mit dem Herzinfarkt“ der Projektgruppe „Laiensysteme und Rehabilitation“ des Instituts für Soziologie der Universität Oldenburg. *Deutsche Rentenvers* 1988; Nr. 4–5:203–208.
- 11 Almeida D, Bradford JM, Wenger NK, King SB, Hurst W. Return to work after coronary bypass surgery. *Circulation* 1983; 68 (Suppl V):205–213.
- 12 Hammermeister KE, de Rouen TA, English MT et al. Effect of surgical vs. medical therapy on return to work in patients with coronary artery bypass disease. *Am J Cardiol* 1979; 44:105–111.
- 13 Gerhardt U, Thönnessen J. Aortokoronarer Venenbypass und Rückkehr zur Arbeit. Zwischenbericht DFG-Projekt. Giessen/Bonn-Bad Godesberg 1990:21–22.
- 14 Kohli M. Die Institutionalisierung des Lebenslaufs. In: *Kölner Z f Soziologie und Sozialpsychologie*, 1985; 37:1–29.
- 15 Rockenbach B, Gerhardt U. Vom Fall zur Struktur. Verstehende Typenbildung von Krankheitsdeutungen bei Bypassoperationen. In: Stuhr U, Deneke FW, Hg. *Die Fallgeschichte*. Heidelberg; Asanger 1992:152–187.
- 16 Handl J. Sozioökonomischer Status und der Prozess der Statuszuweisung – Entwicklung und Anwendung einer Skala. In: Handl J, Mayer KU, Müller W, Hg. *Klassenlagen und Sozialstruktur*. Frankfurt: Campus 1977:101–153, 247–263.
- 17 Ricke J, Karmaus W, Höh R. Frühinvalidität – Arbeiterschicksal? *Jahrb Krit Med*, 1977; 2:148–161.
- 18 Schott T. Ursachen und Folgen von Erwerbsunfähigkeit nach Herzinfarkt. *Z f Sozialreform* 1987; 33:742.
- 19 Woll-Schumacher I. Soziale Schichtung im Alter. In: Geissler R., Hg. *Schichtung und soziale Lebenschancen*. Stuttgart: Enke 1987:186.
- 20 Voges W. Einige Bestimmungsgründe der Entscheidung für oder gegen den Vorruhestand. In: Schmähl W, Hg. *Verkürzung oder Verlängerung der Erwerbsphase*. Tübingen: Mohr (Siebeck) 1988:64–87.

Korrespondenzadresse:

Bernhard Borgetto
Klinikum der Justus-Liebig-Universität Giessen
Abteilung Medizinische Soziologie
Friedrichstrasse 24
D-35392 Giessen/Deutschland