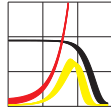


Max-Planck-Institut
für demografische Forschung



Rostocker Zentrum zur
Erforschung des Demografischen Wandels

EDITORIAL

Blick auf das Umfeld

Demografische Prozesse unterscheiden sich nach Alter, Geschlecht, Region und zahlreichen anderen soziodemografischen, geografischen und ökonomischen Faktoren. Doch welche Unterschiede in diesen Faktoren führen zu differenzieller Fertilität und Mortalität?

Demografische Forschung Aus Erster Hand zeigt auf den Seiten 1 und 2 am Beispiel Bulgariens, dass der Wunsch nach Kindern ein wichtiger Erklärungsfaktor der realisierten Kinderzahl ist. Einstellungen, Normen und die Kontrolle über sozio-ökonomische, vor allem berufliche Faktoren bestimmen hauptsächlich den Kinderwunsch von Frauen und Männern. Die Effekte sind jedoch sehr unterschiedlich, wenn man nach der Rangfolge der Geburt unterscheidet. Der Wunsch nach einem ersten Kind wird vor allem durch gesellschaftliche Normen bestimmt. Einstellungen und die Kontrolle über wesentliche sozio-ökonomische Faktoren entscheiden hingegen über den Wunsch nach einem zweiten Kind.

Die anderen beiden Beiträge in dieser Ausgabe widmen sich Aspekten der medizinischen Versorgung in Deutschland. Eine Studie zum Mortalitätsunterschied zwischen Ost- und Westdeutschland auf Seite 4 zeigt, dass die seit der deutschen Einheit verbesserte medizinische Versorgung im Osten wesentlich zur Konvergenz der Lebenserwartung beigetragen hat. Die Lebenserwartung ostdeutscher Frauen ist nunmehr auf das Niveau der Westdeutschen gestiegen. Die ostdeutschen Männer haben ebenfalls aufgeholt; ihre Lebenserwartung ist heute nur noch 0,8 Jahre niedriger als die der Westdeutschen.

Auf Seite 3 werden Konsequenzen der zu erwartenden Bevölkerungsschrumpfung und -alterung für die Verteilung der medizinischen Ressourcen zwischen Jung und Alt für Deutschland berechnet. Die Projektionen bis 2050 zeigen, dass die stationären Behandlungsfälle der Unter-15-Jährigen um etwa ein Drittel zurückgehen werden. Dennoch ist die Gesundheitspolitik gefordert, in stark alternden Regionen die Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche zu gewährleisten. Dies erscheint umso wichtiger, da Gesundheit im Alter auch durch Gesundheit im Kindheits- und Jugendalter beeinflusst wird.

Alexia Prskawetz

Gesellschaftliche Normen und soziale Netzwerke entscheidend Erklärung des Kinderwunsches in Bulgarien

Die Einflussfaktoren für die Entscheidung zu einem ersten oder zweiten Kind sind unterschiedlich. Eine Studie zum Kinderwunsch in Bulgarien verdeutlicht, dass die Entscheidung zu einem ersten Kind vor allem von Normen abhängt. Der Wunsch, ein zweites Kind zu bekommen, wird jedoch stärker von Kosten-Nutzen-Abwägungen sowie ökonomischen Bedingungen bestimmt. Solche paritätsspezifischen Faktoren sollten in sozialpolitischen Maßnahmen zur Förderung der Familie berücksichtigt werden.

Der Kinderwunsch stellt ein wesentliches Element im Entscheidungsprozess für oder gegen ein Kind dar. Dies trifft besonders auf moderne Gesellschaften zu, welche individuellen Präferenzen eine entscheidende Bedeutung zuerkennen. Der Kinderwunsch erfährt daher steigende Beachtung sowohl von Seiten der politischen Entscheidungsträger als auch der Wissenschaft. Eine kürzlich im European

Journal of Population veröffentlichte Studie*, die in Zusammenarbeit des Wiener Instituts für Demographie mit der Bocconi-Universität Mailand entstand, untersucht die Bestimmungsfaktoren des Kinderwunsches am Beispiel Bulgariens. Die demografische Entwicklung in Bulgarien ist unter anderem durch einen starken Rückgang der Fertilität in den vergangenen zwei Jahrzehnten gekennzeichnet (vgl. *Demografische Forschung Aus Erster Hand* 2/2009). So sank die Gesamtgeburtenrate auf derzeit etwa 1,3. Trotz der sehr niedrigen Geburtenraten besteht in Bulgarien weiterhin die Norm, ein Kind zu haben, und die Anteile der Kinderlosen sind im europäischen Vergleich relativ niedrig.

Die neue Studie untersucht den Prozess, der zur Ausbildung eines Kinderwunsches führt. Entsprechend der Theorie des geplanten Verhaltens (Ajzen 1991) beeinflussen Einstellungen, subjektive Normen und wahrgenommene Verhaltenskontrolle unmittelbar Intentionen, welche wiederum unmittelbar auf das Verhalten eines Menschen wirken (Abbildung 1). Konkret angewendet auf die Frage

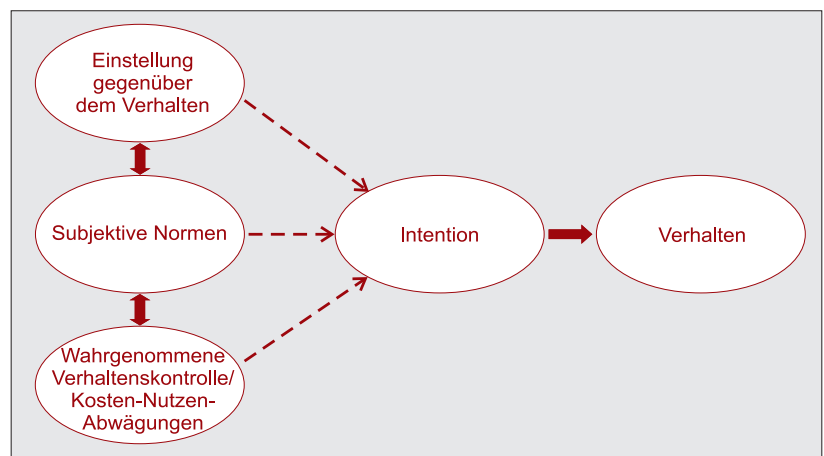


Abb. 1: Schematisches und vereinfachtes Modell der Theorie des geplanten Verhaltens.



→ des Kinderwunsches, beziehen sich Einstellungen auf die erwarteten Konsequenzen, die die Geburt eines Kindes nach sich ziehen wird. Subjektive Normen sind dadurch geprägt, ob nahe Verwandte und Freunde, deren Meinung das Individuum schätzt, zustimmen oder ablehnen, dass die Person ein Kind bekommt. Unter wahrgenommener Verhaltenskontrolle wird die subjektiv wahrgenommene Möglichkeit verstanden, ein Kind zu bekommen; dies beinhaltet jene Faktoren, die eine Person als hemmend für die Erfüllung des Kinderwunsches erachtet.

Die Studie basiert auf einer Umfrage zu Geburten, die 2002 in Bulgarien durchgeführt wurde. Die Umfrage beinhaltet ein speziell konstruiertes Modul, um die Theorie des geplanten Verhaltens zu testen, die Einstellungen von Frauen und Männern zum Kinderwunsch zu erfragen sowie den Einfluss von Normen zu erforschen. Die etwa 6300 Teilnehmer der Studie beantworteten unter anderem zwölf Fragen, die sich auf die Möglichkeit, innerhalb der nächsten zwei Jahre ein (weiteres) Kind zu bekommen, beziehen. So sollten die Studienteilnehmer etwa bei der Frage nach ökonomischen Schwierigkeiten einschätzen, inwieweit es ihre finanzielle Lage verschlechtern würde, wenn sie in den kommenden zwei Jahren ein Kind bekommen würden.

In der Datenanalyse werden positive und negative Einstellungen unterschieden. Normen werden gemessen, indem die Befragten zunächst eine Liste von Freunden, Verwandten und anderen ihnen nahe stehenden Personen erstellten, welche ihre privaten Entscheidungen beeinflussen. Sie sollten danach angeben, wieviele Kinder jede dieser Personen hat. Im Folgenden wurde erfragt, wie stark jede dieser Personen zustimmen oder es ablehnen würde, wenn die befragte Person in den nächsten zwei Jahren ein Kind bekäme. In der statistischen Analyse (Tabelle 1) werden Normen mittels zweier Variablen abgebildet: die Meinung von wichtigen Bezugspersonen sowie die Anzahl ihrer Kinder.

Wahrgenommene Verhaltenskontrolle wird in der Umfrage durch zwei Fragen erfasst: Zum Einen wurde gefragt, in welchem Ausmaß die Entscheidung, ein (weiteres) Kind zu bekommen, von ökonomischen und beruflichen Bedingungen, der Wohnsituation und der Gesundheit abhängt. Zum Anderen sollten die Befragten ihre Möglichkeiten einschätzen, diese Bedingungen selbst zu bestimmen beziehungsweise diese zu kontrollieren. In den statistischen Modellen werden diese Informationen durch eine zusammengefasste Variable repräsentiert, welche beide Aspekte einschließt.

Im Fokus der Analyse steht die Frage nach der Absicht, innerhalb der nächsten zwei Jahre, ein (weiteres) Kind zu bekommen. Die befragten Frauen und Männer hatten vier Antwortmöglichkeiten – sicher nein, wahrscheinlich nein, wahrscheinlich ja,

Tab. 1: Richtung der Einflussfaktoren zur Absicht, ein erstes oder zweites Kind innerhalb der nächsten zwei Jahre zu bekommen:

	Absicht, ein erstes Kind innerhalb der nächsten zwei Jahre zu bekommen		Absicht, ein zweites Kind innerhalb der nächsten zwei Jahre zu bekommen	
	Frauen	Männer	Frauen	Männer
Einstellungen				
Positiv	++	+	+++	+
Negativ	-	-	--	--
Normen				
Meinung wichtiger Bezugspersonen	+++	+	++	+
Kinder wichtiger Bezugspersonen	+	n.s.	n.s.	n.s.
Wahrgenommene Verhaltenskontrolle	n.s.	n.s.	++	++

Anm.: (+) erhöht die Absicht, (++) erhöht die Absicht stark, (+++) erhöht die Absicht sehr stark; (-) reduziert die Absicht, (- -) reduziert die Absicht stark; (n. s.) nicht signifikant.

sicher ja. Die Autoren analysierten die Daten mittels logistischer Regressionsmodelle. Berücksichtigt wurden hier auch sozio-demografische Hintergrundfaktoren der Studienteilnehmer, wie Alter, Partnerschaftsstatus, Anzahl der Geschwister, Bildung, Größe der Wohnung, Erwerbsstatus, Haushaltseinkommen, Religiosität, allgemeine Einstellung zur Elternschaft, psychische Gesundheit, Desorientierung und Austausch von Unterstützung im sozialen Netzwerk.

Unterschiedliche Modelle wurden einzeln für Männer und Frauen sowie getrennt nach der Absicht ein erstes beziehungsweise zweites Kind zu bekommen berechnet (Tabelle 1; ausgewiesen wird nur die Richtung der Koeffizienten). Negative Vorzeichen besagen, dass die Wahrscheinlichkeit, sich ein Kind zu wünschen, sinkt; positive Vorzeichen stehen entsprechend für eine steigende Wahrscheinlichkeit des Kinderwunsches.

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass der Kinderwunsch stark von Einstellungen, Normen und wahrgenommener Verhaltenskontrolle beeinflusst wird; dies ist unabhängig von den genannten Hintergrundfaktoren. Diese Ergebnisse gelten fast ausnahmslos sowohl für Männer als auch für Frauen, unterscheiden sich jedoch nach Parität. Normen sind wichtiger für die Absicht, ein erstes Kind zu bekommen, während Einstellungen wesentlicher für die Absicht sind, ein zweites Kind zu bekommen. Dies lässt sich aus der Stärke des statistischen Zusammenhanges schließen. Wahrgenommene Verhaltenskontrolle ist lediglich für die Absicht, ein zweites Kind zu bekommen, wichtig. Hier unterscheiden sich Personen mit einem sicheren Kinderwunsch von den drei anderen Kategorien.

Diese Ergebnisse haben mehrere Implikationen für sozialpolitische Maßnahmen. Grundlegend ist zu schlussfolgern, dass mögliche familienpolitische Strategien unterschiedliche Effekte auf die drei Konzepte – Einstellungen, Normen und wahrgenommene Verhaltenskontrolle – haben werden. Bisherige Studien haben gezeigt, dass Normen, die die Absicht beeinflussen, ein erstes Kind zu bekommen, nur in geringem Maß von sozialpolitischen Maßnahmen gesteuert werden. Normen sind Teil eines längerfristigen Wertewandels und sind daher eher unabhängig von kurz- oder mittelfristigen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen.

Anders ist dies jedoch in Bulgarien bei dem Wunsch nach einem zweiten Kind. Sollen sozialpolitische Maßnahmen darauf abzielen, die Geburtenzahlen zu erhöhen, könnten sie sich auf den Bereich der Einstellungen richten, die die Absicht beeinflussen, ein zweites Kind zu bekommen. Aktionen von politischen Entscheidungsträgern, der Einfluss der Medien und der Gesellschaft können Auswirkungen auf die Wahrnehmung von Kosten und Nutzen von Kindern haben. Auch die wahrgenommene Verhaltenskontrolle – welche nur für die Absicht, ein zweites Kind zu bekommen, wesentlich ist – könnte durch politische Maßnahmen veränderbar sein, da sie in enger Beziehung zu den ökonomischen Einschränkungen für eine Familienweiterung steht.

Die Ergebnisse der bulgarischen Studie legen nahe, dass familienpolitische Maßnahmen je nach Kinderzahl unterschiedlich konzipiert sein sollten. Nachdem der normative Kontext in Bulgarien die meisten kinderlosen Personen dahingehend beeinflusst, wenigstens ein Kind zu haben, könnte hier ein Programm, welches ein niedrigeres Alter bei der Geburt des ersten Kindes fördert, dienlich sein. Im Gegensatz dazu könnten sich andere Strategien an Personen richten, die bereits ein Kind haben; diese Maßnahmen müssten sich dann auf den Übergang zum zweiten Kind konzentrieren.

In den deutschsprachigen Ländern zum Beispiel, wo das geringe Fertilitätsniveau mit einem niedrigen Kinderwunsch einhergeht, ist der normative Druck, wenigstens ein Kind zu haben, vermutlich geringer als in Bulgarien. Daher könnten sich familienpolitische Maßnahmen hier darauf richten, den Übergang zur Elternschaft zu vereinfachen und nicht nur dessen Zeitpunkt zu beeinflussen. Zu diesem Zweck sind besonders sozialpolitische Maßnahmen relevant, die auf eine bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familienleben abzielen, wie in der vorigen Ausgabe von *Demografische Forschung Aus Erster Hand* dargestellt wurde.

Maria Rita Testa

Literatur:

Ajzen, I.: The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes* 50(1991)2: 179-211.

* Billari, F.C., D. Philipov and M.R. Testa: Attitudes, norms and perceived behavioural control: explaining fertility intentions in Bulgaria. *European Journal of Population* 25(2009) [online first].

Verlagern sich medizinische Ressourcen von Jung zu Alt?

Demografische Trends und stationäre Behandlungsfälle bei Kindern und Jugendlichen

Die steigende Lebenserwartung stellt die Gesundheitspolitik vor die Aufgabe, in Regionen mit starker Bevölkerungsalterung und -schrumpfung die medizinische Versorgung zu garantieren, wobei es zu Umschichtungen hin zu den höheren Altern kommen wird. Die medizinische Versorgung der Kinder und Jugendlichen darf darunter jedoch nicht leiden.

In einer Studie des Rostocker Zentrums zur Erforschung des Demografischen Wandels wurde auf Basis der 11. koordinierten Bevölkerungsprognose (mittlere Variante) des Statistischen Bundesamtes die zukünftige Entwicklung der Zahl der Kinder und Jugendlichen im Alter 0 bis 14 in Deutschland bis zum Jahr 2050 ermittelt. Anschließend wurde mit Hilfe der Krankenhausdiagnostik der Jahre 2000 bis 2004 die Behandlungshäufigkeit wichtiger Diagnosegruppen in der Altersgruppe der 0- bis 14-Jährigen bis zum Jahr 2050 vorausgeschätzt.

Die Zahl der Alten (60+ Jahre) wird bis 2050 um 35 Prozent, die der Hochaltrigen (80+ Jahre) um 166 Prozent steigen, während die der Kinder und Jugendlichen um 30 bis 40 Prozent zurückgehen wird (Abbildung 1a). Dabei ist der Rückgang in Ost- und Westdeutschland in allen Altersgruppen relativ ähnlich, mit Ausnahme der 10- bis 14-Jährigen in den östlichen Bundesländern. Ihr Anteil steigt zunächst bis zum Jahr 2015 um 20 Prozent, sinkt danach aber bis 2050 auf 85 Prozent des heutigen Wertes. Hierbei handelt es sich um die ab 1994 Geborenen. Der Anstieg bis 2015 erklärt sich aus der Entwicklung der Geburten nach der deutschen Einheit: Nachdem die Zahl der Geburten in den ersten Jahren nach 1990 stark gesunken war, stieg sie von 1994 an wieder kontinuierlich, erreichte aber längst nicht das Niveau der Jahre vor 1990. Der Rückgang ab 2015 erklärt sich auch aus der geringeren werdenden Anzahl potenzieller Mütter, wenn die wenig besetzten Geburtsjahrgänge selbst Kinder bekommen.

Unterschiedliche Entwicklungstendenzen zeigen sich auch in der kleinräumigen Betrachtung. In den westlichen Bundesländern fällt der Rückgang in Großstädten am geringsten aus, in kleinen Landgemeinden am stärksten. Im Osten hingegen ist der Rückgang in den großen Landgemeinden am geringsten, gefolgt von den Großstädten. Dies liegt hier vor allem an der Stadt-Umland-Wanderung, also den Zuzügen aus den Großstädten in die umliegenden größeren Gemeinden.

Die Betrachtung der stationären Behandlungsfälle ausgewählter Krankheiten im Kindes- und Jugendalter zeigt, dass diese in den jeweiligen Altersgruppen unterschiedlich häufig vertreten sind. Kleinkinder bis zu einem Jahr werden am häufigsten stationär wegen „Erkrankungen mit Ursprung in der Perinatalperiode“ behandelt. Die häufigste Diagnosegruppe

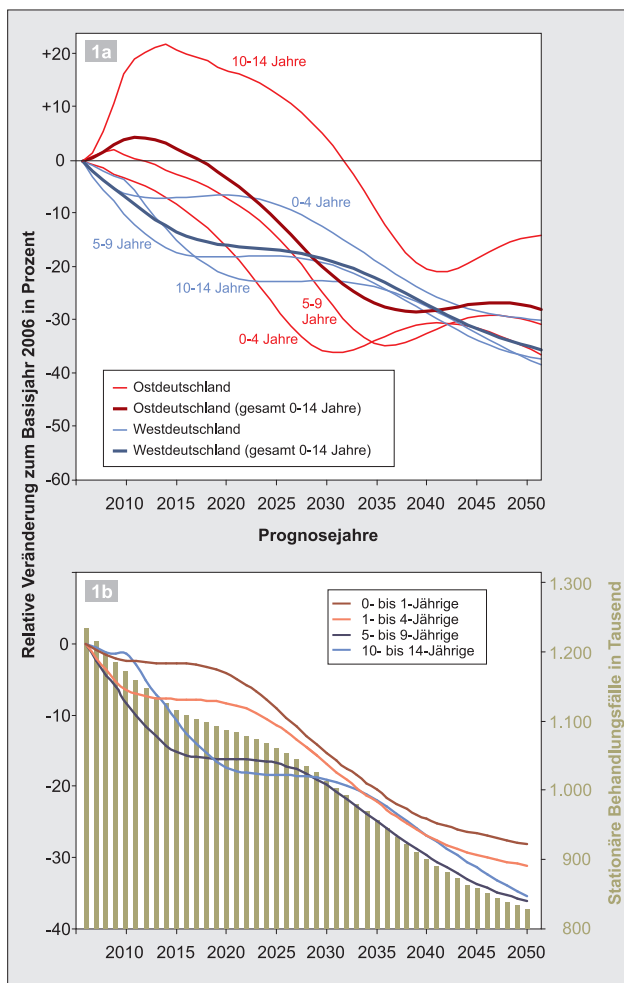


Abb. 1a: Anzahl der 0- bis 14-Jährigen in Deutschland 2006-50. Quelle: 11. koordinierte Bevölkerungsprognose des Statistischen Bundesamtes.

Abb. 1b: Prognose der relativen Veränderung der stationären Behandlungsfälle bei den 0- bis 14-Jährigen 2006-50 nach Altersgruppen und Prognose der stationären Behandlungsfälle bei den 0- bis 14-Jährigen 2006-50. (Eigene Darstellung.)

bei Kindern im Alter von einem bis neun Jahre sind „Krankheiten des Atmungssystems“. Die 10- bis 14-Jährigen werden am häufigsten wegen „Verletzungen, Vergiftungen und anderen Folgen äußerer Ursachen“ in ein Krankenhaus eingewiesen, wobei Jungen generell ein höheres Behandlungsaufkommen haben als Mädchen.

Berücksichtigt man die Bevölkerungsentwicklung, so wird die Zahl der stationären Behandlungen bei den Unter-Ein-Jährigen sowie bei den Ein- bis Vierjährigen über alle Diagnosegruppen hinweg bis zum Jahr 2020 um nicht mehr als zehn Prozent sinken. Hingegen reduziert sich die Zahl der Behandlungsfälle für die Altersgruppen 5 bis 14 bis zum Jahr 2020 auf knapp 80 Prozent. Danach findet sich für alle Altersgruppen ein Rückgang um 30 bis 40 Prozent im Vergleich zum Ausgangsjahr 2006. Die absolute Zahl der zu behandelnden Fälle wird im Jahre 2050 um etwa 400.000 niedriger sein als 2006 (Abbildung 1b).

Der Großteil des Rückgangs kommt aus der Altersgruppe der Ein- bis Vierjährigen gefolgt von den Fünf- bis Neunjährigen.

Grundlage für die Prognose ist die Annahme, dass das Risikoprofil der Kinder und Jugendlichen und die Behandlungshäufigkeit gleich bleiben. Das Risikoprofil von Erkrankungen, Unfällen und den klassischen Risikofaktoren wie Rauchen, Ernährung und sportliche Betätigung unterscheidet sich jedoch stark nach sozialer Herkunft. Da die Kinderarmut in den vergangenen Jahren trotz einer Annäherung der Kinderzahl zwischen den Bildungsgruppen zugenommen hat, werden sich die Risikoprofile der Kinder und Jugendlichen vermutlich in Zukunft aber auch verändern.

Die Gesundheitspolitik steht somit vor der Aufgabe, in stark alternden und oft zugleich schrumpfenden Regionen die medizinische Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Ressourcenverschiebungen in höhere Altersgruppen sind dabei zwangsläufig die Folge der Bevölkerungsalterung. Vor allem in schrumpfenden Regionen könnte es zu Schließungen und Zusammenlegungen von stationären Behandlungseinrichtungen kommen. Dabei muss aber auch die optimale medizini-

sche Versorgung von Kindern und Jugendlichen gewährleistet bleiben, denn ein Grundstein für die weitere positive Entwicklung der Lebenserwartung und Gesundheit im Alter wird bereits im Kindheits- und Jugendalter gelegt. So hat eine Reihe von Studien gezeigt, dass zum Beispiel Diabetes und Herz-Kreislauf-Erkrankungen ihre Wurzeln in den frühen Lebensjahren haben.

Christina Westphal und Gabriele Doblhammer

Literatur:

Westphal, C., R. Scholz und G. Doblhammer: Die Zukunft der Kinderkrankenhäuser: die demografische Entwicklung der 0- bis 15-jährigen Kinder in Deutschland bis 2050. Zentralblatt für Chirurgie 133(2008)6: 525-530.

Verbesserte medizinische Versorgung zahlt sich aus

Lebenserwartungen in Ost- und Westdeutschland haben sich schnell angenähert

Die Lebenserwartung hat sich in den vergangenen 50 Jahren in Deutschland stark erhöht. Besonders bemerkenswert ist die Zunahme im Osten seit 1990. Innerhalb von nur 15 Jahren stieg die Lebenserwartung hier um etwa sechs Jahre. Gründe dafür sind vor allem die Angleichung der Lebensverhältnisse und Veränderungen der medizinischen Versorgung seit der deutschen Einheit.

Vor 1989 waren alle Altersgruppen von der Ost-West-Differenz der Lebenserwartung betroffen. Besonders große Unterschiede verursachte die Sterblichkeit in den höheren Altersgruppen, die in Ostdeutschland viel höher war als im Westen. Nach 1990 kam es sehr schnell zu einer Annäherung der Lebenserwartung, da vor allem die Sterberaten im höheren Alter im Osten Deutschlands überproportional zurückgingen.

Bei Frauen liegt die Lebenserwartung heute bei etwa 82 Jahren und ist in Ost- und Westdeutschland auf gleichem Niveau. Für Männer in Ostdeutschland beträgt die Lebenserwartung heute 76 Jahre, während sie bei westdeutschen Männern knapp 1,5 Jahre höher ist. Diese Differenz ist weitgehend durch die höhere Sterblichkeit von Männern im jungen und mittleren Erwachsenenalter im Osten zu erklären.

Eine neue Studie des Max-Planck-Instituts für demografische Forschung Rostock* ist der Frage nachgegangen, wie die Angleichung der Lebenserwartung in Ost- und Westdeutschland erreicht wurde. Dazu wurde die Lebenserwartung im Altersbereich von 0 bis 75 Jahren zu den Zeitpunkten 1990 bis 1994 und 2000 bis 2004 untersucht. Sterbefälle

IMPRESSUM

Herausgeber: James W. Vaupel, Max-Planck-Institut für demografische Forschung, Rostock, in Kooperation mit Wolfgang Lutz, Institut für Demographie der Österreichischen Akademie der Wissenschaften, Wien, und Gabriele Doblhammer, Rostocker Zentrum zur Erforschung des Demografischen Wandels
ISSN: 1613-5822

Verantwortlicher Redakteur: Gabriele Doblhammer (V.i.S.d.P.)
Redaktionsleitung: Nadja Milewski
Wissenschaftliche Beratung: Roland Rau
Technische Leitung: Silvia Leek
Druck: Stadtdruckerei Weidner GmbH, 18069 Rostock
Anschrift: Max-Planck-Institut für demografische Forschung
Konrad-Zuse-Str. 1, 18057 Rostock, Deutschland
Telefon: (+49) 381/2081-143 · Telefax: (+49) 381/2081-443
E-Mail: redaktion@demografische-forschung.org
Web: www.demografische-forschung.org
Erscheinungsweise: viermal jährlich
Namentlich gekennzeichnete Beiträge geben nicht notwendigerweise die Meinung der Herausgeber oder der Redaktion wieder.

Der Abdruck von Artikeln, Auszügen und Grafiken ist nur bei Nennung der Quelle erlaubt.
Um Zusendung von Belegexemplaren wird gebeten.



Max-Planck-Gesellschaft zur Förderung der Wissenschaften e.V.

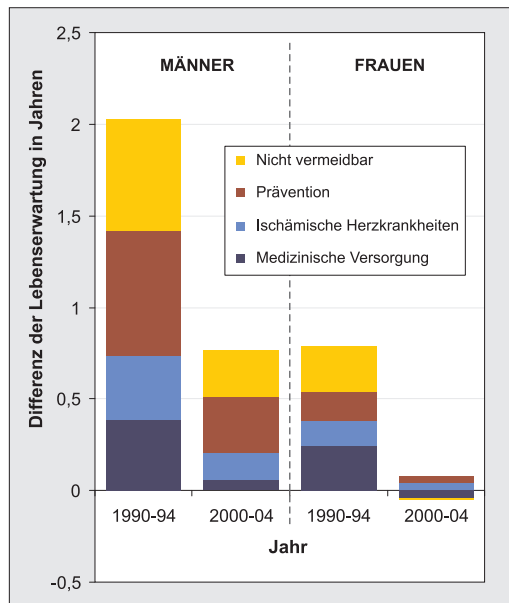


Abb. 1: Differenz der Lebenserwartung nach Vermeidbarkeit (im Altersbereich 0 bis 75 Jahre) zwischen West- und Ostdeutschland zu den Zeitpunkten 1990-94 und 2000-04. Quelle: Statistische Landesämter (eigene Berechnungen).

wurden nach dem Konzept der „vermeidbaren Sterblichkeit“ klassifiziert. Das Konzept beurteilt, ob Sterbefälle durch effektive und rechtzeitige medizinische Versorgung oder Prävention vermeidbar sind und, wenn ja, wodurch. Die Klassifikation nach Nolte et al. (2002) teilt hierzu Sterbefälle im Altersbereich von 0 bis 75 Jahren in drei Gruppen ein:

- ☛ durch adäquate medizinische Versorgung vermeidbar;
- ☛ durch entsprechende Prävention vermeidbar (Lungenkrebs, Verkehrsunfälle, Leberzirrhose);
- ☛ ischämische Herzkrankheiten, also teils durch gesundheitsrelevantes Verhalten, teils durch entsprechende medizintechnische Versorgung vermeidbar.

Die übrigen Sterbefälle gelten als nicht vermeidbare Sterbefälle. Mit Hilfe dieser Klassifikation lassen sich die Ursachen der Angleichung der Lebenserwartung zwischen Ost und West bewerten.

Abbildung 1 zeigt die Differenz der Lebenserwartung zwischen Ost- und Westdeutschland, aufgeteilt nach den Gruppen der Vermeidbarkeit. Bei Männern liegt die Lebenserwartung in Ostdeutschland im Zeitraum 1990 bis 1994 zwei Jahre unter der Lebenserwartung der Westdeutschen. Etwa ein Drittel dieser Differenz lässt sich durch höhere Sterblichkeit im Bereich der Prävention im Osten erklären, wovon besonders die jungen und mittleren Erwachsenenalter betroffen sind. Ein weiteres Drittel wird dem Bereich der medizinischen Versorgung und den ischämischen Herzkrankheiten zugeordnet. Dies betrifft vor allem die höheren Altersklassen.

Bei Frauen ist die Differenz der Lebenserwartung geringer. Zum ersten Analysezeitpunkt, direkt nach der deutschen Einheit, beträgt der Unterschied

0,8 Jahre. Hier ist etwa ein Drittel der Differenz der besseren medizinischen Versorgung im Westen geschuldet.

Zehn Jahre später gibt es bei Frauen keinen Unterschied mehr in der Lebenserwartung (im Alter 0 bis 75). Bei Männern ist er auf 0,8 Jahre geschrumpft. Ost-West-Unterschiede in der Sterblichkeit, die aus Versorgungsunterschieden resultieren, sind aufgehoben. Jedoch bestehen noch große Unterschiede in der Sterblichkeit, die hinsichtlich Prävention im gesundheitspolitischen Bereich und des gesundheitsrelevanten Verhaltens vermeidbar ist.

Wenn sich die gesellschafts- und sozialpolitischen Änderungen in den vergangenen 20 Jahren in Ostdeutschland auch nicht alle positiv auf die Lebensbedingungen ausgewirkt haben und es in manchen Bereichen weiter Diskrepanzen zwischen Ost und West gibt – die Veränderungen im Gesundheitsbereich haben die Lebensqualität der Menschen verbessert. Eine Angleichung der Lebensbedingungen in gesundheitsrelevanten Bereichen in Ost und West führte

zu einer Angleichung der Lebenserwartung, wobei Frauen eine Vorreiterrolle einnehmen. Zu beachten ist, dass sich die Untersuchung nur auf den Altersbereich 0 bis 75 Jahre bezieht, wodurch ein großer Teil der Sterbefälle nicht berücksichtigt wird. Es ist plausibel anzunehmen, dass die Verbesserungen in der medizinischen Versorgung sich besonders auch auf höhere Altersgruppen positiv ausgewirkt haben. Die Höhe der Lebenserwartung hängt von dem Niveau der medizinischen Versorgung ab und kann durch die Verbesserung von Prävention forciert werden. Um das erreichte Niveau zu halten, darf die Aufmerksamkeit in diesem Bereich nicht nachlassen.

Eva Kibele und Rembrandt Scholz

Literatur:

* Kibele, E. und R. Scholz: Trend der Mortalitätsdifferenzen zwischen Ost und West unter Berücksichtigung der vermeidbaren Sterblichkeit. In: Die Bevölkerung in Ost- und Westdeutschland: demografische, gesellschaftliche und wirtschaftliche Entwicklungen seit der Wende, I. Cassens, M. Luy und R. Scholz (Eds.). VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden 2009, 124-139 (VS Research: Demografischer Wandel – Hintergründe und Herausforderungen).

Nolte, E., R. Scholz, V. Shkolnikov and M. McKee: The contribution of medical care to changing life expectancy in Germany and Poland. Social Science and Medicine 55(2002)11: 1905-1921.