

Rostocker Zentrum zur Erforschung des Demografischen Wandels
Rostock Center for the Study of Demographic Change
Konrad-Zuse-Strasse 1 · D-18057 Rostock · Germany
Tel.: + 49 (0) 381 2081 – 0 · Fax: +49 (0) 381 2081 – 202
www.rostockerzentrum.de

ROSTOCKER ZENTRUM – DISKUSSIONSPAPIER
ROSTOCK CENTER – DISCUSSION PAPER

No. 19

Jugend ist Zukunft – Die Zukunft der Jugend

Christina Westphal
Rembrandt Scholz
Gabriele Doblhammer

July 2008

Jugend ist Zukunft – Die Zukunft der Jugend

Christina Westphal

Rostock Center for the Study of Demographic Change
westphal@rostockerzentrum.de

Rembrandt Scholz

Rostock Center for the Study of Demographic Change
scholz@demogr.mpg.de

Gabriele Doblhammer

Rostock Center for the Study of Demographic Change and University of Rostock
doblhammer@rostockerzentrum.de

ROSTOCKER ZENTRUM – DISKUSSIONSPAPIER
ROSTOCK CENTER – DISCUSSION PAPER

No. 19

Juli 2008

Rostocker Zentrum zur Erforschung des Demografischen Wandels

Rostock Center for the Study of Demographic Change

Konrad-Zuse-Strasse 1 · D-18057 Rostock · Germany

Tel.: + 49 (0) 381 2081 – 0 · Fax: +49 (0) 381 2081 – 202

www.rostockerzentrum.de

Accepted by the 'editorial board'*

Any opinions expressed here are those of the author(s) and do not necessarily reflect those of the Institute. The Discussion Papers often represent preliminary work and are circulated to encourage discussion. Citation of such a paper should account for its provisional character. A revised version may be available directly from the author.

The Rostock Center for the Study of Demographic Change is a local and virtual research center and a place of communication between science and politics. The center is associated with the University of Rostock and the Max Planck Institute for Demographic Research

*Members of the 'editorial board': Laura Bernardi, Gabriele Doblhammer, Michaela Kreyenfeld, Michael Kuhn, Marc Luy, Claudia Neu, Gerda Neyer, Steffen Schoon, Carsten Ochsén, Rembrandt Scholz, James W. Vaupel

Jugend ist Zukunft – Die Zukunft der Jugend

1 Einleitung

Zukünftig wird sich unsere Bevölkerung stark verändern. Auf der einen Seite werden wir immer älter, gegenwärtig liegt die Lebenserwartung in Deutschland für Männer bei 76,64 und für Frauen bei 82,08. Wenn auch die zahlenmäßige Zunahme von älteren Personen zwangsläufig zu einer Erhöhung des Pflegebedarfs führen wird [8], werden aufgrund des technologischen Fortschritts, der guten medizinischen Versorgung und einer verbesserten Gesundheit immer mehr Menschen eine längere Zeit ihres Lebens gesund und aktiv verbringen können.

Demgegenüber steht eine immer kleiner werdende Zahl von Kindern und Jugendlichen. Die Ursache hierfür liegt in einem Rückgang der durchschnittlichen Kinderzahl pro Frau, in Verbindung mit einem Aufschub von Geburten in immer höhere Gebäralter [14] [11] und dem Anstieg der Kinderlosigkeit [12]. Im Jahr 2006 lag die Geburtenziffer in Deutschland unter dem Reproduktionsniveau von 2,1 Kindern pro Frau bei 1,33. [16]. Dies führt zu einer Verschiebung der Bevölkerungsstruktur - gegenwärtig sprechen wir von einer alternden und schrumpfenden Bevölkerung, die weitreichende Konsequenzen für alle gesellschaftlichen Bereiche nach sich zieht [20]. Ein stetig wachsender Anteil älterer Menschen steht einem immer kleiner werdenden jungen Bevölkerungsanteil gegenüber. Dazu kommt eine starke regionale und internationale jugendspezifische Abwanderung, vor allem aus ländlichen, strukturschwachen Regionen in städtische strukturstarke Räume. Dementsprechend ändern sich die Angebots- und Nachfragestrukturen auf dem Arbeitsmarkt, in der Verwaltung und im öffentlichen Versorgungsbereich. Während beispielsweise der Bedarf an medizinischen Versorgungseinrichtungen für die Älteren zunimmt, ist bei den Jüngeren mit starken Rückgängen zu rechnen. Dies soll im Folgenden am Beispiel der Nachfrage von Krankenhausbetten und der Diagnosestruktur in der Pädiatrie im Ost-West-Vergleich und unter Berücksichtigung unterschiedlicher Siedlungsstrukturen erörtert werden. Ziel ist es, die zukünftige Entwicklung der Zahl der Kinder und Jugendlichen im Alter 0 bis unter 15 bis zum Jahr 2050 abzuschätzen, um Rückschlüsse über die absolute Diagnosehäufigkeit ausgewählter Krankheiten im Zeitverlauf zu ziehen. Dazu wird

auf der Grundlage der 11. koordinierten Bevölkerungsprognose des Statistischen Bundesamtes auf Bundes- und Länderebene [17] [18] sowie der Bevölkerungsprognose des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung [4] für die Jahre 2002 bis 2020 ermittelt, wie sich die Zahl der Kinder und Jugendlichen in den kommenden Jahrzehnten entwickeln wird. Mit Hilfe der Krankenhausdiagnosestatistik der Jahre 2000-2004 wird anschließend die Behandlungshäufigkeit der einzelnen Diagnosen in der Altersgruppe der 0 bis unter 15-Jährigen bis zum Jahr 2050 prognostiziert.

2 Daten und Methoden

2.1 Daten

2.1.1 Die 11. koordinierte Bevölkerungsprognose

Die 11. koordinierte Bevölkerungsprognose ist eine vom statistischen Bundesamt und den statistischen Landesämtern herausgegebene Bevölkerungsvorausberechnung, die aufgrund koordinierter Annahmen der Länder die Bevölkerungsentwicklung Deutschlands bis zum Jahr 2050 darstellt. Als Basis dient der Bevölkerungsbestand vom 31.12.2005. Die zugrunde liegenden Annahmen zeigen die absehbaren künftigen Entwicklungen aus heutiger Sicht auf und erlauben es, den Einfluss der demografischen Komponenten Mortalität, Fertilität und Migration auf die Zusammensetzung der zukünftigen Bevölkerung abzuschätzen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Bevölkerungsprognosen die Zukunft nicht vorhersagen können, sondern lediglich aufzeigen, wie sich die Bevölkerungszahl und die Bevölkerungsstruktur unter bestimmten Annahmen entwickeln würden [18]. Da die zukünftige Entwicklung der Bevölkerung neben den demografischen Größen auch von anderen Faktoren beeinflusst wird, die zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht abzusehen sind, haben Bevölkerungsprognosen Modellcharakter. Dennoch ist das Wissen um die Prognosen bedeutend, um auf die künftigen Herausforderungen, die an die Gesellschaft gestellt werden, reagieren zu können.

2.1.2 Die Raumordnungsprognose des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung (BBR)

Das Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung ist seit mehr als 25 Jahren Herausgeber der Raumordnungsprognose, eine kleinräumige, bundesweit flächendeckende Bevölkerungsprognose, die kontinuierlich im Abstand von drei bis fünf Jahren veröffentlicht wird. Ihr Ziel ist es, Zukunftsinformationen, insbesondere über die Nutzung des Raumes in räumlicher Differenz, zum Zweck der Politikberatung bereitzustellen. Die aktuelle Prognose hat den Zeithorizont Ende 2002 bis 2020 und betrifft die Bevölkerung, die privaten Haushalte, Erwerbspersonen und den Wohnungsmarkt.

Für die Bevölkerungsprognose wird die Methode der jahrgangsweisen Bevölkerungsfortschreibung angewandt, d.h. es wird der Bevölkerungsbestand der Gegenwart mit Hilfe der wahrscheinlichen Bevölkerungsbewegungen in die Zukunft fortgeschrieben. Der folgenden Analyse liegt die Bevölkerungsprognose auf Gemeindeebene zugrunde [4].

2.1.3 Die Diagnosestatistik

Die Diagnosestatistik wurde 1993 deutschlandweit einheitlich eingeführt und ist ein selbstständiger Bestandteil der jährlichen amtlichen Krankenhausstatistik. Die Diagnosedaten werden jährlich von den statistischen Landesämtern in den Krankenhäusern des jeweiligen Bundeslands erhoben [3]. Die Diagnosestatistik ist eine Totalerhebung, d.h. sie erfasst die Gesamtheit der Krankenhäuser in Deutschland [2]. Ausgeschlossen von der Erhebung sind die Rehabilitations- und Vorsorgeeinrichtungen und reine Tages- und Nachtkliniken ohne vollstationäre Betten sowie Krankenhäuser im Straf- und Maßregelvollzug, Polizeikrankenhäuser und der ambulante Bereich. Die Erhebung bezieht sich auf vollstationäre Behandlungen der aus den Krankenhäusern entlassenen Patienten [3]. Dabei werden Behandlungsfälle erfasst, d.h. wird ein Patient innerhalb eines Jahres mehrmals aus der vollstationären Behandlung entlassen, so wird er auch mehrmals in der Statistik erfasst. [2] [3]. Die Diagnosestatistik erfasst die Hauptdiagnose der Patienten, d.h. diejenige Diagnose, auf die der überwiegende Teil der Verweildauer bzw. der erbrachten medizinischen Leistung anrechenbar ist. Die Hauptdiagnosen werden nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten und Todesursachen – der sogenannten ICD Skala – klassifiziert und kodiert. Gegenwärtig erfolgt die Verschlüsselung der Hauptdiagnosen nach ICD-10.

2.2 Methoden

2.2.1 Modellrechnungen zur Bevölkerungsentwicklung

Für die Bevölkerungsprognose wurden die Daten der 11. koordinierten Bevölkerungsprognose des Statistischen Bundesamtes verwendet. Der Prognosezeitraum sind die Jahre 2006-2050. Die folgende Darstellung betrachtet die Entwicklung der 0-15-Jährigen Bevölkerung nach der Basisannahme 1,4 Kinder, mittlere Lebenserwartung und Zuwanderung von 100000, die so genannte „mittlere Variante“.

Ebenfalls wurde untersucht, ob es Unterschiede zwischen den alten und den neuen Bundesländern gibt. Für den Ost-West-Vergleich wurde die durch das statistische Bundesamt vorgenommene Einteilung zugrunde gelegt, in der Berlin nicht enthalten ist. Zusätzlich wurde die Veränderung der 0-15-Jährigen nach Gemeindetypen für die neuen und alten Bundesländer getrennt untersucht. Dazu wurden die Daten des Bundesamtes für Bauwesen und Raumordnung herangezogen. Die BBR unterteilt die Gemeinden nach ihrer Größe in Große Großstädte, Kleinere Großstädte, Große Mittelstädte, kleine Mittelstädte, Kleinstädte, Große Landgemeinden und kleine Landgemeinden. Die Prognose der BBR erstreckt sich über den Zeitraum 2002 bis 2020.

2.2.2 Diagnosehäufigkeit

In einem zweiten Schritt wurden durch die Verknüpfung der Diagnosestatistik mit der Bevölkerungsprognose die Häufigkeiten der Hauptdiagnosen bei Jugendlichen im Alter von 0-15 Jahren bis zum Jahr 2050 für das gesamtdeutsche Bundesgebiet prognostiziert, mit dem Ziel, Aussagen über den zukünftigen Bedarf an Kinderkrankenhäusern mit den untersuchten Spezialisierungen abschätzen zu können. Da es sich dabei um eine Verknüpfung einer personen- und einer fallbezogenen Statistik handelt, gehen wir davon aus, dass die Behandlungshäufigkeit in Zukunft unverändert bleibt. Es sei vorangestellt, dass die Ergebnisse zwar eine Tendenz verdeutlichen, die in den einzelnen Regionen Deutschlands ähnlich ist, konkrete Problemregionen lassen sich anhand der gewählten Untersuchungskriterien nicht identifizieren.

Es werden nach der ICD-10-Skala Diagnosen, die bereits im Kindes- und Jugendalter gestellt werden und eine vollstationäre Behandlung notwendig machen, betrachtet. Dazu zählen folgende Krankheitsklassen: Krankheiten, Verletzungen und Vergiftungen (A00-T98) die Neubildungen (C00-D48), psychische und Verhaltensstörungen

(F00-F99), Krankheiten des Nervensystems (G00-G99), Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99), Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93), Krankheiten des Urogenitalsystems (N00-N99), bestimmte Zustände mit Ursprung in der Perinatalperiode (P00-P96), angeborene Fehlbildungen, Deformitäten, Chromosomenanomalien (Q00-Q99), Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde (R00-R99) sowie Verletzungen, Vergiftungen und andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98). Des Weiteren werden die Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen miteinbezogen (Z00-Z99).

Die Ergebnisse beruhen auf einer Status-Quo-Analyse, die annimmt, dass die Bedingungen eines Referenzjahres konstant bleiben [2]. In der folgenden Analyse wurde der Anteil der 0-15-Jährigen Behandlungsfälle, der eine bestimmte Krankheit nach Diagnosegruppe im Verhältnis zur Gesamtbevölkerung in dieser Altersgruppe hat, für die Jahre 2000-2004 errechnet. Da innerhalb dieser vier Jahre Schwankungen der Behandlungshäufigkeit auftraten, wurde das arithmetische Mittel der vier Jahre berechnet und dieser Wert für die folgenden Kalenderjahre konstant gehalten. Anschließend wurde die prognostizierte Bevölkerung der 0-15 Jährigen bis 2050 mit der Behandlungshäufigkeit ins Verhältnis gesetzt und somit die absolute Zahl der zukünftiger Behandlungsfälle von Kinder und Jugendlichen in den einzelnen Diagnosegruppen bis 2050 errechnet. Schließlich wurde die relative Veränderung bis 2050 in Bezug auf das Basisjahr 2006 abgebildet. Die Berechnungen wurden nach Altersgruppen und nach Geschlecht getrennt durchgeführt und anschließend für beide Geschlechter aufaddiert.

3 Ergebnisse

3.1 Die Entwicklung der Zahl der 0 bis unter 15-Jährigen bis 2050

Im Jahr 2006 gab es in der Bundesrepublik Deutschland 11.5 Mio. Kinder und Jugendliche in der Altersgruppe 0 bis unter 15 [18]. Die Betrachtung der Veränderung der 0 bis unter 15-Jährigen, zeigt einen einheitlichen Trend: Die Zahl wird bis zum Jahre 2050 deutlich sinken. Es zeigt sich jedoch ein Spektrum dieses Trends je nach der Annahmen, die der Prognose zugrunde liegt. Geht man, bei einer durchschnittlichen Kinderzahl pro Frau (TFR) von 1,4, von einem positiven Wanderungssaldo von

300.000 (W3) Personen aus, wird ein Rückgang der 0 bis unter 15-Jährigen auf 78% des jetzigen Bestandes prognostiziert. Ohne Migration (Null-Variante (W0)) würde die Zahl der Kinder und Jugendlichen auf 57% zurückgehen. Der Wert für die „mittlere Variante“ (W1: Migrationssaldo 100.000) liegt bei 66%. Das heißt, je nachdem, welche Annahme von Zuwanderung zugrunde gelegt wird, verringert sich bei unveränderter TFR die Zahl der 0 bis unter 15-Jährigen Mädchen und Jungen in Deutschland um ein Viertel oder sogar auf die Hälfte.

Betrachtet man auf Basis der mittleren Variante die Veränderung der 0 bis unter 15-Jährigen im Ost-West-Vergleich (Abb.1), werden Unterschiede zwischen den alten und neuen Bundesländern deutlich. Während die Zahl der Kinder und Jugendlichen in den alten Bundesländern bis zum Jahr 2050 kontinuierlich um 35% sinkt, steigt die Zahl der 0 bis unter 15-Jährigen in den neuen Bundesländern bis zum Jahr 2011 leicht an und sinkt dann bis zum Jahr 2050 auf 70% des Ausgangsniveaus des Jahres 2006.

Eine Betrachtung dieser Entwicklungen nach Altersgruppen zeigt für die alten Bundesländer (Abb.1), dass die Zahl der Kinder und Jugendlichen in allen Altersgruppen kontinuierlich um 30-40% im Vergleich zu 2006 sinkt. In den neuen Ländern geht der Anteil der 0 bis unter 5-Jährigen und der 5 bis unter 10-Jährigen ebenfalls kontinuierlich bis auf 65% zurück. Der Anteil der 10 bis unter 15-Jährigen hingegen steigt bis zum Jahr 2015 um 20% an und sinkt dann bis 2030 langsam wieder auf das Ausgangsniveau. Ab 2030 sinkt die Zahl der 10 bis unter 15-Jährigen auf 80% des heutigen Wertes. Hierbei handelt es sich um die Geburtskohorten seit 1990. Der Anstieg erklärt sich – nach dem Tief in den Jahren kurz nach der Wiedervereinigung – durch einen Anstieg der Geburten seit dem Jahr 1998.

In den alten Bundesländern ist der Rückgang der 0 bis unter 15-Jährigen in den Städten Hamburg und Bremen weniger stark als für die anderen Bundesländer. Bis zum Jahr 2028 wird für Hamburg sogar ein Anstieg der Zahl um 10% erwartet. Danach sinkt auch hier die Zahl der Kinder auf 73% des Ausgangsniveaus. In Bremen sinkt die Zahl der 0 bis unter 15-Jährigen zunächst, steigt dann aber bis 2028 wieder auf das Ausgangsniveau und geht dann bis 2050 auf 75% des heutigen Wertes zurück. Für die anderen Bundesländer verläuft der Rückgang nahezu parallel, wobei Bayern knapp 10% weniger Rückgang zu verzeichnen hat als Niedersachsen, das Bundesland mit den größten Verlusten (Abb. 2).

In den neuen Bundesländern (Abb. 3) verlaufen die Entwicklungen nahezu parallel. Bis zum Jahr 2012 steigt die Kinderzahl leicht an und sinkt dann bis zum Jahr

2050 je nach Bundesland auf 65-77% des heutigen Niveaus. Dabei ist der Rückgang der Kinderzahlen in Sachsen am geringsten, gefolgt von Mecklenburg Vorpommern. Den größten Rückgang verzeichnet Sachsen-Anhalt. Auffällig ist die Entwicklung in Brandenburg. Hier ist der Rückgang der 0 bis unter 15-Jährigen bis zum Jahr 2033 stärker als in den anderen Bundesländern, liegt aber im Jahr 2050 mit 70% des heutigen Niveaus im Mittelfeld.

Ebenso lässt sich für die Betrachtung nach Gemeindetypen bis zum Jahr 2020 ein Rückgang der 0 bis unter 15 Jährigen verzeichnen. Auch hier gibt es Unterschiede zwischen den alten und den neuen Bundesländern. In den alten Bundesländern (Abb. 4) sinkt laut BBR die Zahl der 0 bis unter 15-Jährigen bis zum Jahr 2020 kontinuierlich je nach Gemeindetyp auf 75-90% des Ausgangsniveaus im Jahr 2002. Dabei ist der Rückgang in den großen Großstädten am geringsten, der in den kleinen Landgemeinden am größten. In den neuen Bundesländern (Abb. 5) beträgt der Rückgang der Kinder und Jugendlichen im Alter 0 bis unter 15 bis zum Jahr 2020 ebenfalls zwischen 10% und 25%. Auch hier ist der Rückgang in den Großstädten geringer als für die anderen Gemeindeformen. Eine Ausnahme bilden jedoch die großen Landgemeinden. Bis 2008 sinkt der Anteil der 0 bis unter 15-Jährigen um 15%, steigt dann aber bis 2020 wieder auf 90% des Ausgangsniveaus von 2002 an. Eine Erklärung dafür ist die Stadtumlandwanderung, d.h. häufig ziehen Personen in die größeren Gemeinden, die Großstädte umgeben, in die so genannten Speckgürtel. Vor allem in den neuen Bundesländern ist somit eine Zunahme der Zuzüge in diese Gebiete zu verzeichnen.

3.2 Entwicklung der Diagnosehäufigkeit bei Kindern und Jugendlichen bis 2050

Durch die Verknüpfung der Diagnosestatistik mit der Bevölkerungsprognose (mittlere Variante), ergeben sich die Fall-Häufigkeiten ausgewählter Hauptdiagnosen bei Jugendlichen im Alter von 0 bis unter 15 Jahren bis zum Jahr 2050. Die Diagnosen haben nach Alter und Geschlecht unterschiedliche Verteilungen. Tabelle 1 stellt die Anzahl der 0 bis unter 15-Jährigen nach Altersgruppen auf 100.000 Personen der Gesamtbevölkerung in der jeweiligen Altersgruppe an einzelnen Diagnosegruppen dar. Die prognostizierte Veränderung der absoluten Zahl der Diagnosehäufigkeit in den verschiedenen Altersgruppen für die Jahre 2006, 2025 und 2050 lässt erkennen (vgl. Tab. 1), dass für alle Diagnosegruppen die absoluten Häufigkeiten zurückgehen

werden. Wurden beispielsweise im Jahr 2006 noch 106.163 Fälle an Krankheiten, Verletzungen und Vergiftungen bei den 0-1-Jährigen registriert, wird die absolute Häufigkeit bis 2025 auf 96.568 Fälle, bis 2050 auf 76.450 Fälle zurückgehen. Das ist, analog zum Bevölkerungsrückgang, ein Rückgang um 30%. Ebenso nimmt die Zahl der Behandlungsfälle für alle anderen Diagnosen um durchschnittlich 30%-40% ab. Das trifft auch auf Diagnosen zu, die hier nicht explizit aufgeführt wurden[19].

4 Schlussfolgerungen

Vergleicht man die Entwicklung der Gesamtbevölkerung mit den 0 bis unter 15-Jährigen bis zum Jahr 2050, lässt sich also insgesamt feststellen, dass der Rückgang der Kinder und Jugendlichen für alle Altersgruppen deutlich über dem der restlichen Bevölkerung liegt. Während die Gesamtbevölkerung bis zum Jahr 2050 um ca. 15% zurückgehen wird, sinkt die Zahl der Kinder und Jugendlichen je nach Altersgruppe und je nach Annahme um 30-40%.

Aufgrund des starken Geburteneinbruchs nach der Wiedervereinigung im Osten Deutschlands gibt es unterschiedliche Entwicklungstendenzen in Ost- und Westdeutschland. Während in der Altersgruppe der 0 bis unter 10-Jährigen der Rückgang in den neuen und den alten Bundesländern relativ kontinuierlich verläuft und zwischen 30% und 40% liegt, gibt es deutliche Unterschiede in der Altersgruppe der 10 bis unter 15-Jährigen. Hier steigt der Anteil der Kinder und Jugendlichen in den neuen Bundesländern zunächst um 20%, sinkt dann aber bis 2050 auf 80% des Ausgangsniveaus, während der Rückgang in den alten Bundesländern weiterhin kontinuierlich ist. Dies hat jedoch nicht nur die medizinische Versorgungsstruktur, sondern wirkt sich auch auf den zukünftigen Bedarf an Kindergärten, Schulen und Schulstandorte aus. Ebenso betroffen sind Freizeiteinrichtungen wie zum Beispiel Sportvereine. Für die stationäre Krankenhausversorgung bedeutet das, dass bei gleich bleibender stationären Behandlungshäufigkeit und unverändertem Risikoprofil der Kinder und Jugendlichen die absolute Zahl der zu behandelnden Fälle in den verschiedenen Diagnosegruppen bis 2050 um 30-40% des heutigen Niveaus sinken wird. Aus der Public Health- und Jugendforschung ist jedoch bekannt, dass sich das Risikoprofil von Erkrankungen stark nach sozialer Herkunft unterscheidet [9] [10] [15]. Aufgrund von anhaltenden schichtspezifischen Unterschieden im Geburtsverhalten von Frauen sowie zunehmen-

der Kinderarmut, könnten sich demnach in Zukunft auch die Risikoprofile der Kinder und Jugendlichen verändern [5] [13].

Am wenigsten von dem Rückgang der Kinder- und Jugendlichen sind die Großstädte betroffen (-10%), d.h. hier ist in den nächsten Jahren mit einem annähernd stabilen Patientenaufkommen in der untersuchten Altersgruppe zu rechnen. Das Patientenaufkommen in kleineren Städten und Gemeinden hingegen wird deutlich geringer werden. Nur in den neuen Bundesländern ist aufgrund der Stadtumlandwanderung zunächst mit einem erhöhten, später dann mit einem relativ konstanten Patientenaufkommen zu rechnen. Die Gesundheitspolitik steht somit vor der Aufgabe, in stark alternden und oft auch schrumpfenden Regionen die medizinische Versorgung der Bevölkerung zu garantieren. Dabei wird sicherlich aufgrund der sich ändernden Altersstruktur der Schwerpunkt bei den Alten und Hochaltrigen liegen, ohne dass die adäquate medizinische Versorgung in den frühen Lebensjahren darunter leiden darf. Eine Reihe von Studien hat gezeigt, dass Gesundheit und Krankheit im mittleren und hohen Alter wesentlich von den Lebensumständen in den ersten Lebensjahren abhängt [1] [6] [7], sodass der Grundstein für eine weitere positive Entwicklung von Lebenserwartung und Gesundheit bereits im Kindheits- und Jugendalter gelegt wird.

Literatur

1. Barker D J P. Mothers, Babies and Diseases in Later Life. British Medical Journal Publishing Group, London 1994
2. Bost H. Die Diagnosen der Krankenhauspatienten Rückblick auf die Entwicklung 1994 bis 1999 und Prognose für 2010. Gesundheitswesen. Monatsheft 2/2001
3. Bömermann H, Hauswirth A. Anmerkungen zur Methodik und Qualitätsbewertung der amtlichen Diagnosestatistik. Berliner Statistik. Monatsschrift 8/2002
4. Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (Hrsg.): Raumordnungsprognose 2020/2050. CD-ROM. Bonn 2006
5. Corak M, Fertig M, Tamm M. A Portrait of Child Poverty in Germany. Unicef Innocenti Working Paper 2005-03 2005
6. Doblhammer G. The Late Life Legacy of Very Early Life. Springer, Berlin, Heidelberg, New York 2004
7. Doblhammer G, Vaupel J W. Lifespan Depends on Month of Birth. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America. 98(5), 2934-2939 2001
8. Doblhammer G, Westphal C, Ziegler U. Pflegende Familienangehörige brauchen mehr Unterstützung – Bedarfsprognosen zeigen einen Anstieg häuslichen Pflegepotenzials in Deutschland bis 2030. Demografische Forschung aus Erster Hand, Jahrgang 3, Nr.4, 2006
9. Hurrelmann K. Gesundheitssoziologie. Eine Einführung in sozialwissenschaftliche Theorien von Krankheitsprävention und Gesundheitsförderung. 6. Auflage, Juventa Verlag Weinheim und München 2006
10. Hurrelmann K, Klocke A, Melzer W, Ravens-Sieberer U (Hrsg). Jugendgesundheitssurvey. Internationale Vergleichsstudie im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO. Juventa Verlag Weinheim und München 2003
11. Konietzka D, Kreyenfeld M. Angleichung oder Verfestigung von Differenzen? Geburtenentwicklung und Familienformen in Ost- und Westdeutschland. Berliner Debatte Initial 2004, 15(4): 26-41
12. Konietzka D, Kreyenfeld M. Ein Leben ohne Kinder: Kinderlosigkeit in Deutschland. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften 2007
13. Kreyenfeld M, Konietzka D. Education and Fertility in Germany (im Erscheinen)

14. Kreyenfeld, M. Crisis or Adaption – reconsidered: A Comparison of East and West German fertility patterns in the first six years after the „Wende“. European Journal of Population 2003, 19(3): 303-329
15. Mielck, A. Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Verlag Hans Huber 2005
16. Statistisches Bundesamt. Zusammengefasste Geburtenziffer 2005, Wiesbaden
17. Statistisches Bundesamt. Bevölkerung Deutschlands nach Bundesländern bis 2050. Ergebnisse der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung nach Ländern. Wiesbaden 2007
18. Statistisches Bundesamt. 11. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung – Annahmen und Ergebnisse. Wiesbaden 2006
19. Statistisches Bundesamt. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen, Wiesbaden 2008
20. Uhlenberg P. Population Aging and Social Policy. Annual Review of Sociology 1992, 18: 449-433
21. Westphal C, Scholz R, Doblhammer G. Die Zukunft der Kinderkrankenhäuser – Die demografische Entwicklung der 0-15 jährigen Kinder in Deutschland bis 2050. Sonderheft des Zentralblattes für Chirurgie, im Erscheinen

Abbildungen

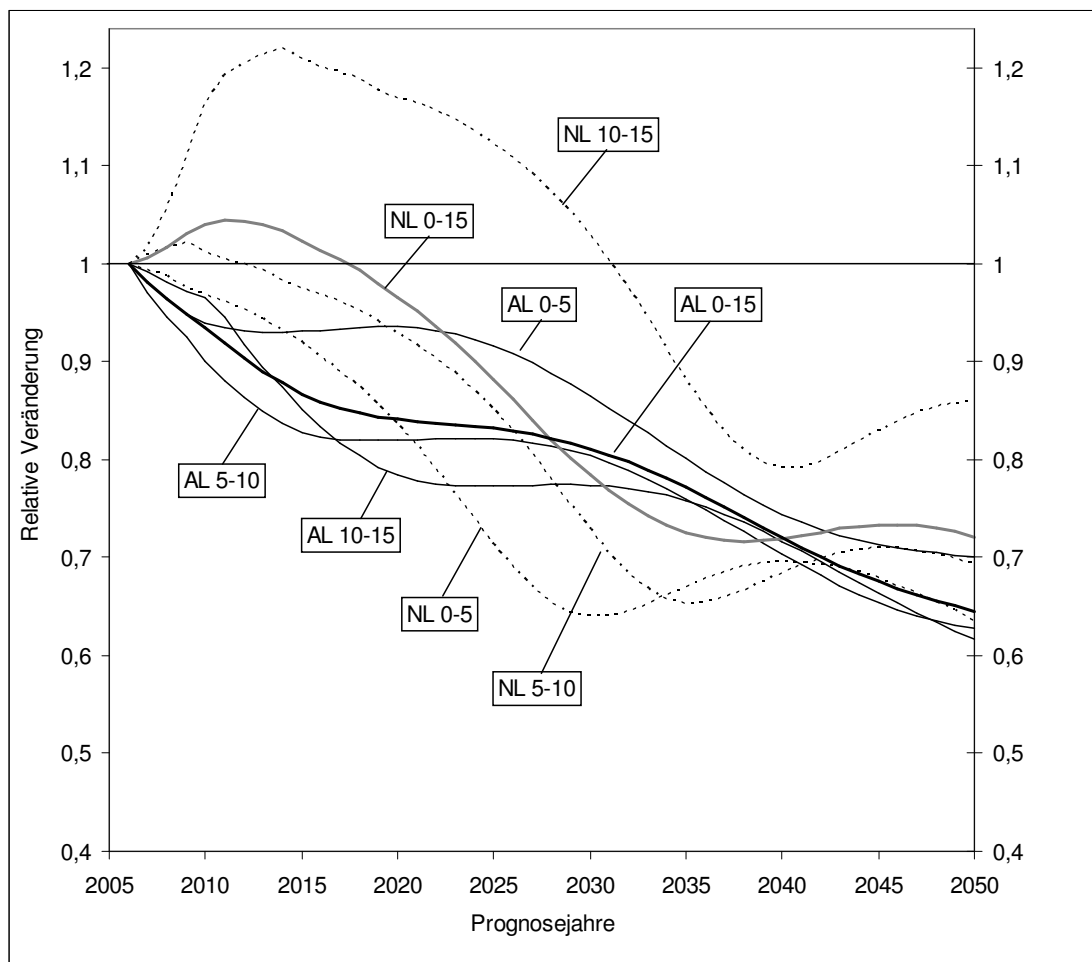


Abb. 1: Entwicklung der 0 bis unter 15-Jährigen nach Altersgruppen, Neue (NL) und Alte Länder (AL) (ohne Berlin) 2006 – 2050, mittlere Variante; Quelle: 11. koordinierte Bevölkerungsprognose des Statistischen Bundesamtes 2007, eigene Darstellung

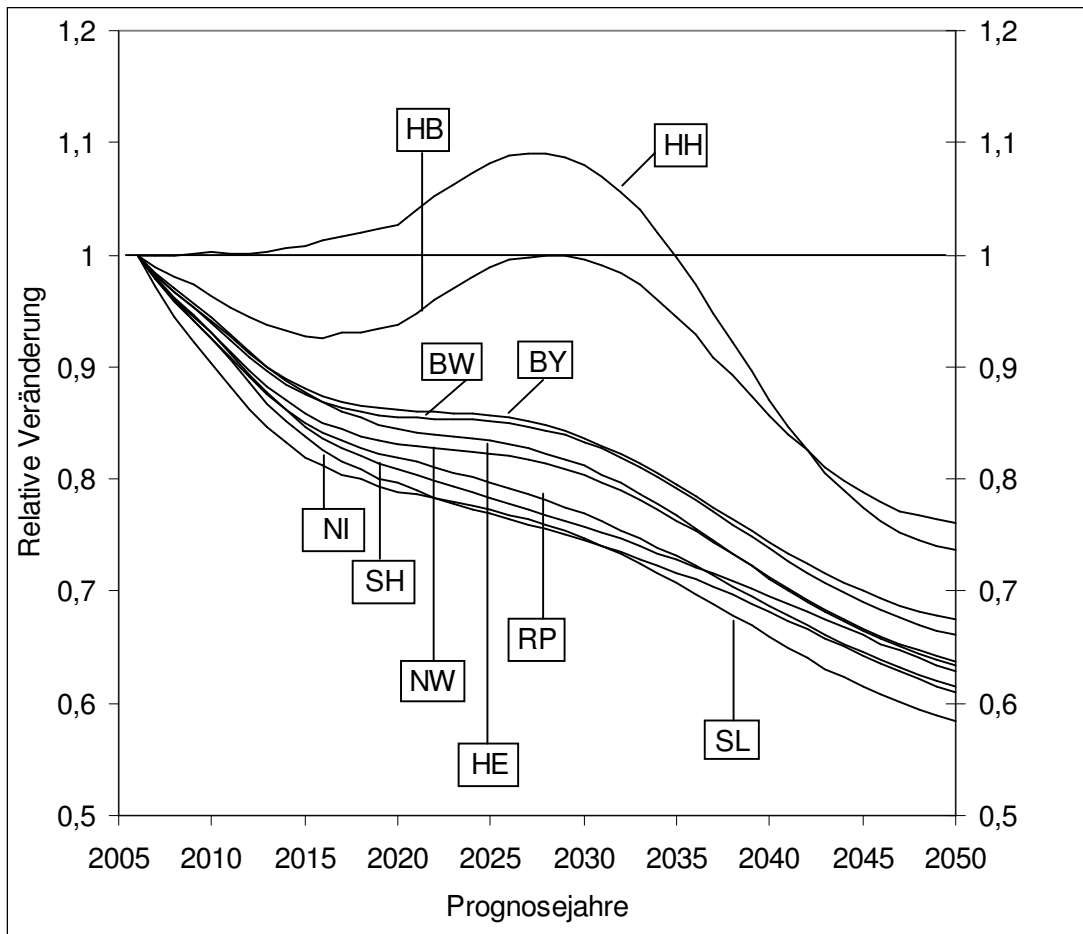


Abb. 2: Veränderung der 0 bis unter 15-Jährigen nach Bundesländern West (ohne Berlin) 2006-2050
 Quelle: 11. koordinierte Bevölkerungsprognose, Statistisches Bundesamt 2007;
 Legende: BW: Baden-Württemberg, BY: Bayern, HB: Bremen, HE: Hessen, HH: Hamburg, NI: Niedersachsen, NW: Nordrhein-Westfalen, RP: Rheinland-Pfalz, SH: Schleswig-Holstein, SL: Saarland

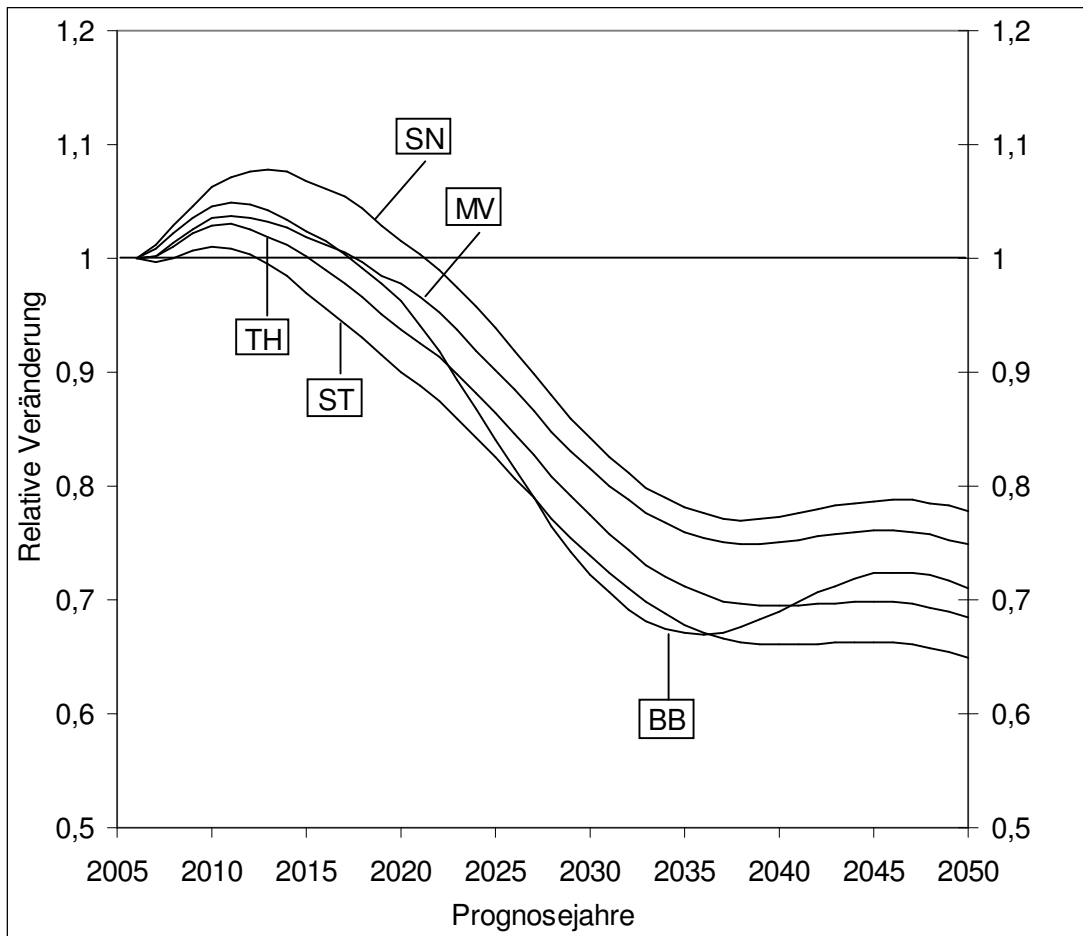


Abb. 3: Veränderung der 0 bis unter 15-Jährigen nach Bundesländern Ost (ohne Berlin) 2006-2050
 Quelle: 11. koordinierte Bevölkerungsprognose, Statistisches Bundesamt 2007
 Legende: BB: Brandenburg, MV: Mecklenburg-Vorpommern, SN: Sachsen, ST: Sachsen-Anhalt, TH: Thüringen

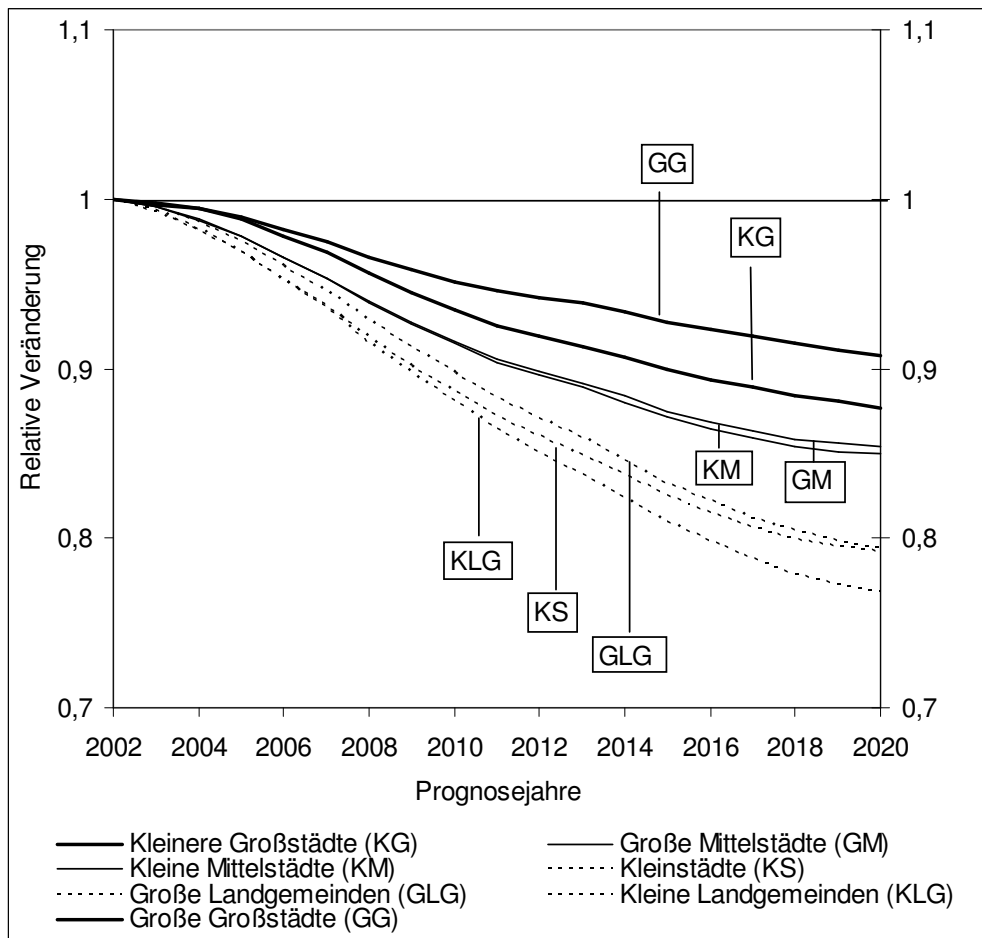


Abb. 4: Veränderung der 0 bis unter 15-Jährigen nach Gemeindetypen 2002-2020; Alte Bundesländer (ohne Berlin); Quelle: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung 2006, eigene Darstellung

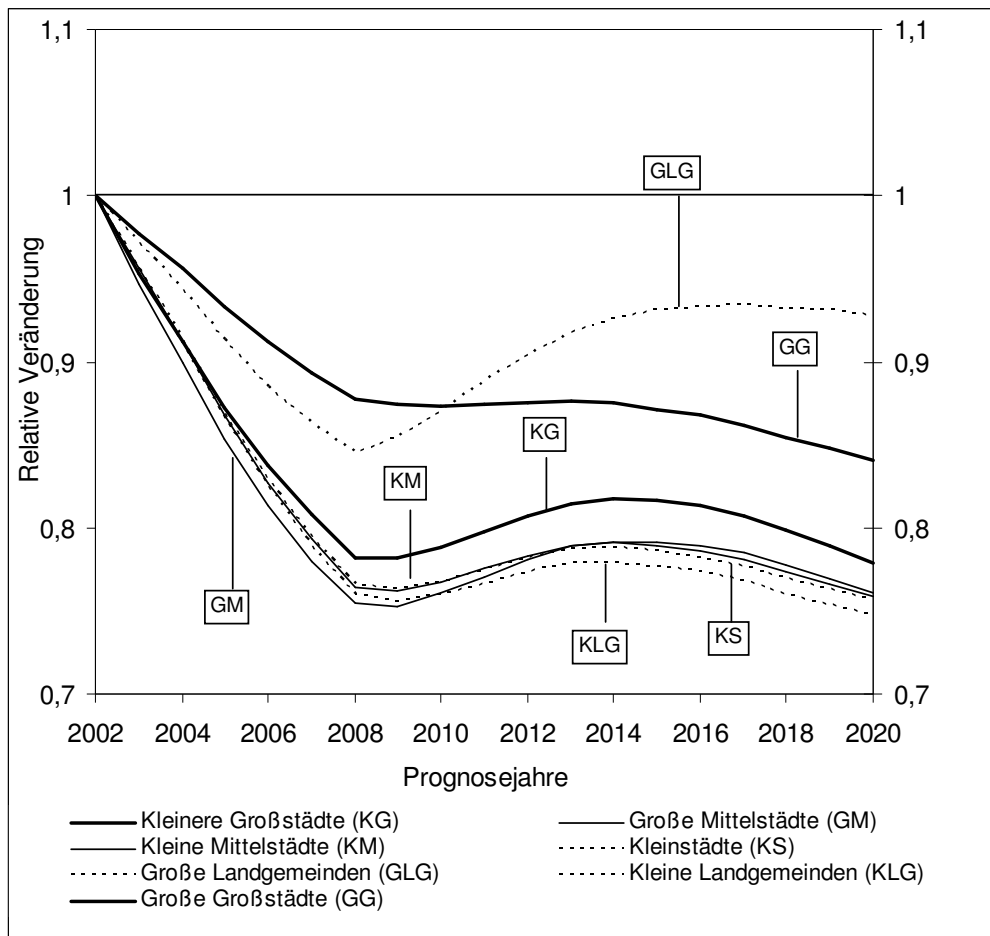


Abb. 5: Veränderung der 0 bis unter 15-Jährigen nach Gemeindetypen 2002-2020; Neue Bundesländer (ohne Berlin); Quelle: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung 2006, eigene Darstellung

Tab. 1: Prognostizierte behandelte Fälle der 0 bis unter 15-Jährigen nach Diagnosen und Altersgruppen für die Jahre 2006-2025-2050 und durchschnittliche Prävalenz auf 100 000 der Jahre 2000-2004

Diagnose	männlich				weiblich			
	0-1	1-5	5-10	10-15	0-1	1-5	5-10	10-15
A00-T98 - Krankheiten, Verletzungen und Vergiftungen								
Prävalenz	30.951	16.584	9.298	7.624	25.310	12.819	7.275	7.136
2006	106.163	240.803	186.434	158.050	82.258	228.531	177.042	149.892
2025	96.568	213.605	155.470	129.154	74.918	202.162	147.101	122.064
2050	76.450	166.008	119.578	102.393	58.973	157.053	112.883	96.751
C00-D48 - Neubildungen								
Prävalenz	249	448	325	278	380	453	260	257
2006	853	6.498	6.525	5.766	1.235	6.167	6.196	5.468
2025	776	5.764	5.441	4.711	1.125	5.455	5.148	4.453
2050	614	4.480	4.185	3.735	885	4.238	3.951	3.529
J00-J99 - Krankheiten des Atmungssystems								
Prävalenz	2.788	5.311	2.480	781	1.944	3.772	2.031	828
2006	9.562	77.121	49.732	16.194	6.317	73.190	47.227	15.358
2025	8.698	68.410	41.473	13.234	5.754	64.745	39.240	12.507
2050	6.886	53.166	31.898	10.492	4.529	50.298	30.112	9.913
K00-K93 - Krankheiten des Verdauungssystems								
Prävalenz	1.883	1.057	833	1.181	916	691	695	1.254
2006	6.460	15.354	16.710	24.479	2.978	14.572	15.868	23.216
2025	5.876	13.620	13.935	20.004	2.712	12.890	13.185	18.906
2050	4.652	10.585	10.718	15.859	2.135	10.014	10.118	14.985
N00-N99 - Krankheiten des Urogenitalsystems								
Prävalenz	788	561	405	237	432	402	262	227
2006	2.704	8.149	8.115	4.905	1.405	7.733	7.706	4.652
2025	2.460	7.228	6.767	4.009	1.280	6.841	6.403	3.789
2050	1.947	5.618	5.205	3.178	1.007	5.315	4.913	3.003
P00-P96 - Bestimmte Zustände mit Ursprung in der Perinatalperiode								
Prävalenz	15.853	217	7	2	13.565	179	3	1
2006	54.376	3.152	146	48	44.087	2.991	139	45
2025	49.462	2.796	122	39	40.153	2.646	115	37
2050	39.157	2.173	94	31	31.607	2.056	89	29
Q00-Q99 - Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten, Chromosomenanomalien								
Prävalenz	2.921	1.139	484	264	2.255	614	305	213
2006	10.019	16.534	9.710	5.463	7.330	15.691	9.221	5.181
2025	9.113	14.666	8.097	4.464	6.676	13.880	7.662	4.219
2050	7.215	11.398	6.228	3.539	5.255	10.783	5.879	3.344
S00-T98 - Verletzungen, Vergiftungen und andere Folgen äußerer Ursachen								
Prävalenz	1.147	2.296	1.723	2.074	1.043	1.914	1.215	1.386
2006	3.934	33.336	34.545	43.002	3.390	31.637	32.804	40.782
2025	3.578	29.571	28.807	35.140	3.088	27.986	27.257	33.211
2050	2.833	22.981	22.157	27.859	2.431	21.742	20.916	26.324

Quelle: Eigene Berechnung nach Diagnosestatistik (ICD-10), StaBuA 2007 und Human Mortality Database (HMD) und 11. koordinierter Bevölkerungsprognose des StaBuA 2007