

unterschiedlichen Vorzeichen der Indizes zeigen, dass eine leichte Konzentration der Arztbesuche bei den niedrigeren Einkommen nur für die separat betrachteten ABL-Daten vorliegt, während in den NBL und Deutschland insgesamt eine marginale Konzentration bei den oberen Einkommen vorhanden ist. Zu den gleichen Ergebnissen mit den gleichen Daten, aber unterschiedlichem Instrumentarium gelangt auch⁷.

Krankenhaustage

Die weitaus am stärksten konzentrierte Variable waren die *Krankenhaustage*. Hier lag der Konzentrationsindex für die ABL bei $-0,0585$ ($-0,0684$), für die NBL bei $-0,0647$ ($-0,0934$) und für Gesamtdeutschland bei $-0,0114$ ($-0,0316$). Dies bedeutet, dass Personen aus den unteren Einkommensschichten im Durchschnitt etwas länger im Krankenhaus lagen als Personen mit höherem Einkommen, und dies sowohl in den ABL wie den NBL.

Kosten der Inanspruchnahme

Da die Krankenhausbehandlung weitaus kostenträchtiger ist als die ambulante ärztliche Versorgung und die Krankenhaustage auch merklich bei den unteren Einkommen konzentriert waren, ergab sich auch für die Kostenverteilung eine Konzentration bei den unteren Einkommen, sowohl für die ABL $-0,0453$ ($-0,0558$), die NBL $-0,0476$ ($-0,0668$) als auch für ABL + NBL $0,0005$ ($-0,0176$).

Umverteilungswirkungen

Da sich für die beiden Bedarfsindikatoren SAH und ADL fast identische Verteilungen des Versorgungsbedarfs auf die einzelnen Einkommensgruppen ergaben, führte auch der Vergleich von Versorgungsbedarf und Inanspruchnahme zu nahezu identi-

schon Ergebnissen. Die LeGrand-Indizes für den Bedarfsindikator *Gesundheitszustand (SAH)* betragen für die ABL $-0,0318$ ($-0,0364$), für die NBL $-0,0353$ ($-0,0462$) und für ABL + NBL $0,0047$ ($-0,0052$). Für *Behinderung (ADL)* ergaben sich LeGrand-Indizes von $-0,0288$ ($-0,0335$) für die ABL, $-0,0325$ ($-0,0426$) für die NBL und $0,0086$ ($-0,0003$) für ABL + NBL.

Haushaltsgrösse, Gesundheitszustand und Inanspruchnahme

Es wurde getestet, ob neben Einkommen, Alter und Geschlecht auch die *Grösse des Haushalts* einen Einflussfaktor für den Gesundheitszustand darstellt. Ein Grund hierfür könnte sein, dass Mitglieder eines Haushalts ein gegenseitiges „Gesundheitsmonitoring“ ausüben, das sich in einem besseren Gesundheitszustand niederschlägt. Diese Hypothese wurde durch eine zusätzliche getrennte Auswertung nach Ein- und Mehrpersonenhaushalten untersucht. Die Ergebnisse dieser Auswertungen stützen die Vermutung nicht. Zwar waren unstandardisierte kleinere Unterschiede zwischen den beiden Haushaltstypen festzustellen, doch liessen sich diese Differenzen auf die unterschiedliche *Altersstruktur* der Haushalte zurückführen: Bei den Einpersonenhaushalten waren die oberen Altersklassen (und darunter insbesondere Frauen) stark überrepräsentiert. Eine Standardisierung nach den Merkmalen „Alter“ und „Geschlecht“ ergab für beide Haushaltstypen nahezu identische Werte.

Diskussion

Die Datenbasis des Sozio-ökonomischen Panels bietet, im Vergleich zu anderen Datenkörpern, wie etwa den Daten der Deutschen Herz-Kreislauf-Präventionsstudie

(DHP), den Vorteil einer grösseren Population sowie eines unklassierten Haushaltsnettoeinkommens. Ein Nachteil ist sicherlich, dass der Datenkörper nur relativ kursorische Fragen zum Gesundheitszustand beinhaltet, während z.B. die DHP hier wesentlich differenzierter ist.

Einen methodischen Diskussionspunkt stellt die Frage dar, ob die Daten standardisiert werden sollten oder nicht. Das Instrumentarium bietet die Möglichkeit, Bedarfs- und Inanspruchnahmeindikatoren gegeneinander zu halten. Hierbei ist vor allem interessant, ob es Einkommensbereiche gibt, bei denen Bedarf und Inanspruchnahme deutlich auseinanderklaffen. Eine Standardisierung würde die Effekte verwischen, da nicht der tatsächliche Bedarf mit der tatsächlichen Inanspruchnahme verglichen werden würde, sondern ein fiktiver (d.h. standardisierter) Bedarf der Gruppe mit einer fiktiven Inanspruchnahme der Gruppe. Zudem erfordert die Standardisierung eine Bildung von Gruppen, über die standardisiert wird, was für die Berechnung der Konzentrationsindizes nicht notwendig ist, so dass die Ergebnisse unnötig ungenau werden. Da die Daten der Konzentrationsmessung bezüglich SAH, ADL und der Inanspruchnahmevariablen aber eine eigene, von der Umverteilungsanalyse getrennte Qualität besitzen, für die eine Bereinigung um alters- und geschlechtsspezifische Effekte von Interesse sein könnte, haben wir die Berechnungen auch für die standardisierten Daten durchgeführt und jeweils in Klammern hinter den Werten für die unstandardisierten Daten angegeben.

Die Ergebnisse der einzelnen Konzentrationsmessungen seien hier noch einmal im Überblick zusammengestellt.

Zum Vergleich: Die Konzentration des äquivalenzierten Haushaltsnettoeinkommens betrug 1990 in Westdeutschland $0,26$ und $0,18$ in

- rund 25 Milliarden Tonnen Kohlendioxid werden jährlich in die Lufthülle der Erde ausgestossen. Dazu trägt ein Durchschnitts-US-Amerikaner 19 Tonnen bei, 14 Tonnen kommen vom Durchschnitts-Deutschen, ein typischer-Drittwelt-Bewohner aber nur etwa 0,7 Tonnen.

Interessanterweise ist unter Anwendung solcher Kriterien gerade der Ein-Personen-Haushalt die problematischste Lebensform: seine typischen Muster bezüglich Wohnen, Ernährung, Reisen, Luxusgüterkonsum etc. sind überdurchschnittlich energieaufwendig und produzieren überdurchschnittlichen Schadstoffausstoss. Unter Anwendung dieser Kriterien wäre selbst die „Globale Null-Kind-Familie“ wohl keine Lösung für die Überlastungsprobleme der Erde.

Damit rückt in der Problembeschreibung ein Untersuchungsgegenstand in das Blickfeld für den wir ganz sicher die wahren Experten sind, nämlich unsere westlichen Lebensformen, angefangen von der Lebensweise des Einzelnen, über die kollektiven Lebensstile, bis hin zu Nationen übergreifenden typischen Lebensarten in modernen Konsumgesellschaften. Aus ökologischer Sicht entscheiden diese Grössen in viel stärkerem Masse darüber, wieviel Mensch die Erde verträgt. Dazu noch ein Beispiel mit Bezug auf (zu viele?) Kinder: das durchschnittliche US-amerikanische Baby verursacht doppelt soviel Umweltschaden wie ein schwedisches, dreimal soviel wie ein italienisches, dreizehnmal soviel wie ein brasilianisches, fünfundreissigmal soviel wie ein indisches und zweihundertachtzigmal soviel wie ein Kind aus Tschad oder Haiti.

Die drastische Bevölkerungszunahme in den Entwicklungsländern als quantitatives Problem und die qualitative Überbelastung des Lebensraumes Erde in den reichen Industrienationen sind zwei Seiten der gleichen Medaille „Überbevölkerung“. In den Entwicklungsländern sind die Folgen heute schon katastrophal; die mangelnde gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung dort ist eine Konsequenz, die aus der Sicht der Public Health in erster Linie wahrgenommen wird. Auf der Suche nach Lösungen muss uns jedoch immer die Komplexität der Zusammenhänge bewusst bleiben. Die relevanten Faktoren, d. h. sowohl die Bedingungen als auch die Konsequenzen der demographischen Fehlentwicklungen, sind sozialer, ökonomischer, ökologischer, kultureller und medizinischer Natur. Aus der Komplexität dieser Zusammenhänge ergibt sich gerade die hohe Relevanz dieses Themas für Public Health als genuin interdisziplinäres Fach. „Alle, die der Idee einer globalen Public Health Entwicklung verpflichtet sind, sind aufgerufen, über Lösungen nachzudenken.“ (Siegrist, 1996). Ergänzend ist dem hinzuzufügen: mit gebührender Zurückhaltung, bei weltanschaulich geprägten Vorschlägen für Interventionen in anderen Kulturen, und mit grosser Anstrengung, wenn es um die Analyse unseres eigenen politischen Versagens und die Korrektur unseres kollektiven ökologischen Fehlverhaltens geht.

Thomas Abel

¹ Siegrist, J. Bevölkerungswachstum und Public Health. Soz Präventivmed 1996, 41: 269.