



NOVEMBER 2019  
SPECIAL ISSUE

2

GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES  
GEMEINSAM GETRAGEN VON RKI UND DESTATIS

# Journal of Health Monitoring

**30 Jahre nach dem Fall der Mauer:  
Regionale Unterschiede in der Gesundheit  
der Bevölkerung Deutschlands**

Journal of Health Monitoring · 2019 4(S2)  
DOI 10.25646/6076  
Robert Koch-Institut, Berlin

Thomas Lampert, Stephan Müters,  
Benjamin Kuntz, Stefan Dahm,  
Enno Nowossadeck

Robert Koch-Institut, Berlin  
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheits-  
monitoring

Eingereicht: 11.06.2019  
Akzeptiert: 28.08.2019  
Veröffentlicht: 01.11.2019

# 30 Jahre nach dem Fall der Mauer: Regionale Unterschiede in der Gesundheit der Bevölkerung Deutschlands

## Abstract

Nach dem Fall der Mauer im November 1989 wurden große gesellschaftliche Anstrengungen unternommen, um die Lebensbedingungen und sozialen Teilhabechancen in den neuen Bundesländern an die in den alten Bundesländern anzugleichen. Infolgedessen haben sich auch die Ost-West-Unterschiede in der Gesundheit deutlich verringert, in vielen Fällen bereits im Laufe der 1990er-Jahre. Dies lässt sich beispielsweise in Bezug auf die Lebenserwartung und die Herz-Kreislauf-Mortalität feststellen. Auch mit Blick auf das Gesundheitsverhalten hat eine deutliche Annäherung stattgefunden. So sind heute nur noch sehr geringe Unterschiede zum Beispiel beim Tabakkonsum oder in der Verbreitung der Adipositas zu beobachten. Die Ergebnisse zeigen aber auch, dass der Blick auf die verbleibenden Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland zu kurz greift. Stattdessen sollte eine kleinräumigere Betrachtung unter Berücksichtigung der regional unterschiedlichen Lebensverhältnisse angestrebt werden.

◆ REGIONALE UNTERSCHIEDE · NEUE UND ALTE BUNDESLÄNDER · LEBENSERWARTUNG · GESUNDHEIT · RISIKOFAKTOREN

## 1. Einleitung

Nach dem Fall der Mauer im November 1989 wurden große gesellschaftliche Anstrengungen unternommen, um die Lebensbedingungen und sozialen Teilhabechancen in den neuen Bundesländern an die in den alten Bundesländern anzugleichen. Im Verlauf der letzten 30 Jahre konnte in vielen Bereichen eine Annäherung erreicht werden. So liegen die Tariflöhne in Ostdeutschland inzwischen bei 98 Prozent des Westniveaus und die Angleichung der Renten in Ost und West soll bis 2024 vollzogen sein [1]. Auch in Bezug auf den Lebensstandard, das heißt die Ausstattung mit als wichtig erachteten Konsum- und Gebrauchsgütern, und die subjektive Zufriedenheit mit den Lebensbedingungen

haben sich die Ost-West-Unterschiede wesentlich verringert [2]. Andererseits liegt die Arbeitslosenquote und der Anteil der Personen, die von Armut betroffen oder bedroht sind, in den neuen Bundesländern noch immer deutlich höher als in den alten Bundesländern. Dies lässt sich allerdings nicht allein auf die DDR-Vergangenheit zurückführen, sondern ist auch vor dem Hintergrund der aktuellen wirtschaftlichen, sozialen und demografischen Entwicklungen zu sehen.

Wanderungsprozesse als immanenter Bestandteil gesellschaftlicher Veränderungen waren seit der Wiedervereinigung in den neuen und den alten Bundesländern deutlich unterschiedlich ausgeprägt. Die Zuwanderung aus dem Ausland fokussierte sich insbesondere auf die alten

Bundesländer. Zudem weisen und wiesen die alten Bundesländer Zuwanderungsgewinne aus den neuen Bundesländern auf. Die neuen Bundesländer haben im Gegenzug sehr starke Wanderungsverluste gegenüber den alten Bundesländern erlitten. Abgewandert sind überwiegend junge Menschen, vor allem junge, gut ausgebildete Frauen (die sogenannte altersselektive Abwanderung) [3]. Damit verließen auch Frauen die schrumpfenden Regionen, die später selbst noch Kinder bekamen oder bekommen können. Dies führte zu einer Spirale aus Abwanderung und abnehmenden Geburtenzahlen [4]. Zwar gibt es mittlerweile Hinweise auf eine zunehmende Rückwanderung [5], doch überwiegen bei den Rückwanderern Männer.

Welche Bedeutung den Veränderungen der Lebensbedingungen und Teilhabechancen in den neuen und alten Bundesländern für die Gesundheit der Menschen zukommt, hat der im Jahr 2009 veröffentlichte Bericht „20 Jahre nach dem Mauerfall: Wie hat sich die Gesundheit in Deutschland entwickelt?“ eindrücklich gezeigt [6]. Der Bericht, der vom Robert Koch-Institut im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit erstellt wurde, bilanzierte die gesundheitliche Entwicklung in Ost- und Westdeutschland und griff dazu auf eine breite Datengrundlage zurück. Das Spektrum der behandelten Themen reichte vom Krankheits- und Sterbegeschehen über das Gesundheitsverhalten und damit assoziierten Risikofaktoren bis hin zur Gesundheitsversorgung. Wie ein fünf Jahre später vorgelegter Nachfolgeartikel auch [7], machte dieser Bericht deutlich, dass sich viele Ost-West-Unterschiede in der Gesundheit verringert haben oder nicht mehr bestehen. Dies gilt zum Beispiel für die mittlere Lebenserwartung, die subjektive Gesundheit und auch für viele chronische Erkrankungen und

zugrunde liegende Risikofaktoren. Außerdem wurde offensichtlich, dass der Blick auf verbleibende Ost-West-Unterschiede zu kurz greift und stattdessen eine kleinräumigere regionale Betrachtung unter Berücksichtigung der regional unterschiedlichen Lebensverhältnisse, zum Beispiel in Bezug auf die Wirtschaftskraft und die Beschäftigungs- und Einkommenschancen, anzustreben ist [6–8].

Der vorliegende Beitrag des Journal of Health Monitoring knüpft an die Vorgängerberichte an und befasst sich anlässlich des 30. Jahrestages des Mauerfalls mit der Frage, ob und inwieweit sich die beschriebenen Entwicklungen weiter fortgesetzt haben. Dazu werden zunächst die mittlere Lebenserwartung und die Sterblichkeit betrachtet (Kapitel 3.1). Anschließend wird auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen und psychische Störungen eingegangen (Kapitel 3.2 bis Kapitel 3.4). Neben der subjektiven Gesundheit (Kapitel 3.5) werden zudem als wichtige Einflussfaktoren der Tabakkonsum, die Adipositas sowie die sportliche Inaktivität (Kapitel 3.6 bis Kapitel 3.8) behandelt. Abschließend wird an einigen Beispielen verdeutlicht, wie wichtig eine kleinräumige Analyse von Ost-West-Unterschieden, nach Möglichkeit unter Berücksichtigung der zum Teil beträchtlichen Unterschiede in den Lebensbedingungen und Teilhabemöglichkeiten, ist (Kapitel 3.9).

## 2. Methode

Für den vorliegenden Beitrag wird auf eine breite Datengrundlage zurückgegriffen. Allerdings setzt die Betrachtung erst nach der Wiedervereinigung Deutschlands im Jahr 1990 ein, da nur sehr wenige Studien und andere Datenquellen zur Verfügung stehen, um die gesundheitliche

Situation von Menschen in der damaligen DDR mit der von Menschen in der alten Bundesrepublik zu vergleichen. Nach 1990 wurden weitreichende Anstrengungen unternommen, um die Datenlage für solche Vergleiche zu verbessern. Beispielsweise wurde in den Jahren 1991 und 1992 vom Robert Koch-Institut in den neuen Bundesländern ein Gesundheitssurvey durchgeführt, der sich weitgehend an den zuletzt in den Jahren 1990 und 1991 in den alten Bundesländern stattgefundenen Gesundheitssurveys orientierte [9, 10]. Im Zeitraum von 1997 bis 1999 gab es mit dem Bundes-Gesundheitssurvey 1998 den ersten gesamtdeutschen Gesundheitssurvey [11]. Für den vorliegenden Bericht wurden weitere Surveys des Robert Koch-Instituts ausgewertet, so die Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1, 2008–2011) [10] und mehrere Wellen der Studie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA) aus den Jahren 2009, 2010, 2012 und 2014/2015 [12]. Für Aussagen zu Herz-Kreislauf-Erkrankungen wurden Angaben zur Lebenszeitprävalenz (jemals im Laufe des Lebens an dieser Erkrankung erkrankt) einer bedeutsamen kardiovaskulären Erkrankung (selbstberichtete ärztliche Diagnose eines Schlaganfalls, einer Herzinsuffizienz, eines Herzinfarkts oder einer anderen koronaren Herzkrankheit) herangezogen. Die Prävalenz einer aktuellen depressiven Symptomatik wurde in der Studie GEDA 2014/2015-EHIS mit dem Patient Health Questionnaire (PHQ-8) erhoben [13].

Für Auswertungen der Zahl der Inzidenzfälle (Zahl der Neuerkrankungen) beziehungsweise der Inzidenzraten (Zahl der Neuerkrankungen je 100.000 Einwohnerinnen bzw. Einwohner) werden Daten des Zentrums für Krebsregisterdaten am Robert Koch-Institut herangezogen.

Neben den Daten des Robert Koch-Instituts werden für den vorliegenden Beitrag unter anderem Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) des Deutschen Institutes für Wirtschaftsforschung [14] und des Mikrozensus des Statistischen Bundesamtes [15, 16] genutzt. Wichtige Einblicke liefern zudem weitere Datenquellen der amtlichen Statistik, wie zum Beispiel die Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung [17], die Todesursachenstatistik [18] oder die Krankenhausdiagnosestatistik [19]. Ergänzt werden diese durch Ergebnisse einzelner gesundheitswissenschaftlicher Studien oder Erhebungen wie der Bestandserhebung des Deutschen Olympischen Sportbundes zur Anzahl der Mitglieder in Sportvereinen [20].

Um Erkrankungs- und Sterbehäufigkeiten von Bevölkerungsgruppen mit unterschiedlicher Altersstruktur zu vergleichen, wurden Altersstandardisierungen auf Basis der alten Europastandardbevölkerung vorgenommen [21]. Um regionale Unterschiede in der Gesundheit unterhalb der Bundesländerebene analysieren und bewerten zu können, sollten sie im Zusammenhang mit Unterschieden in den Lebensbedingungen und Teilhabemöglichkeiten betrachtet werden. Das Robert Koch-Institut hat hierzu einen Index entwickelt, der auf Basis verschiedener Indikatoren, darunter Arbeitslosigkeit, Beschäftigtenquote, Haushaltsnettoeinkommen, Schuldnerquote, Steuereinnahmen und Schulabgänger ohne Abschluss, regionale Unterschiede in Bezug auf sozioökonomische Deprivation misst (German Index of Socioeconomic Deprivation, GISD) [22]. Mehrdimensionale Indizes auf regionaler Ebene haben den Vorteil, dass sie nicht nur einzelne Aspekte, sondern die Gesamtheit sozioökonomischer Vor- und Nachteile in Sozialräumen abbilden können.

## Der Ost-West-Unterschied in der Lebenserwartung hat sich bereits während der 1990er-Jahre deutlich verringert.

### 3. Ergebnisse

#### 3.1 Lebenserwartung

Kurz nach der Wiedervereinigung lag die mittlere Lebenserwartung bei Geburt in den neuen Bundesländern noch deutlich unter der in den alten Bundesländern. Frauen in den neuen Bundesländern konnten bei Geburt im Mittel mit 77,2 Jahren Lebenserwartung rechnen, Frauen aus den alten Bundesländern mit 79,5 Jahren. Bei Männern war der Unterschied mit 69,9 Jahren im Vergleich zu 73,1 Jahren noch größer. In den Folgejahren haben sich die Ost-West-Unterschiede in der mittleren Lebenserwartung bei Geburt schnell verringert. Bei Frauen kam es bereits bis zum Jahr 2000 zu einer weitgehenden Angleichung. Seit den Jahren 2015/2017 liegt die mittlere Lebenserwartung von Frauen in den neuen Bundesländern sogar geringfügig über der in den alten Bundesländern [23, 24]. Bei Männern kam es zu keiner vollständigen Angleichung der Lebenserwartung, der Ost-West-

Unterschied fällt aber inzwischen deutlich geringer aus. Wie bei den Frauen ist dies auf die Entwicklung in den 1990er-Jahren zurückzuführen. Der verbliebene Unterschied von etwas mehr als einem Jahr zuungunsten von Männern in den neuen Bundesländern hat sich seitdem nicht weiter verringert (Tabelle 1).

Eine entsprechende Entwicklung ist für die fernere Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren zu beobachten. Zu Beginn der 1990er-Jahre lag die fernere Lebenserwartung von Frauen und Männern aus den neuen Bundesländern noch ein bis zwei Jahre unter der von Frauen und Männern aus den alten Bundesländern. Inzwischen ist es zu einer weitgehenden Angleichung gekommen. Bei Frauen liegt die fernere Lebenserwartung in den neuen Bundesländern inzwischen geringfügig höher als in den alten Bundesländern. Männer aus den neuen Bundesländern haben im Alter von 65 Jahren nach wie vor eine etwas niedrigere fernere Lebenserwartung als Männer aus den alten Bundesländern.

**Tabelle 1**  
Entwicklung der mittleren Lebenserwartung bei Geburt ( $e_0$ ) und der ferneren Lebenserwartung mit 65 Jahren ( $e_{65}$ ) in den neuen und alten Bundesländern nach Geschlecht

Quelle: Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung [17]

	Frauen				Männer			
	1991/1993	1999/2001	2007/2009	2015/2017	1991/1993	1999/2001	2007/2009	2015/2017
$e_0$								
Deutschland	79,01	81,07	82,53	83,18	72,47	75,00	77,33	78,36
Neue Bundesländer	77,18	80,53	82,37	83,22	69,86	73,69	76,27	77,25
Alte Bundesländer	79,48	80,72	82,57	83,17	73,11	75,43	77,58	78,61
Differenz	-2,30	-0,19	-0,20	0,05	-3,25	-1,74	-1,31	-1,36
$e_{65}$								
Deutschland	18,02	19,44	20,52	21,00	14,34	15,79	17,22	17,80
Neue Bundesländer	16,69	18,90	20,20	21,05	13,26	15,17	16,75	17,44
Alte Bundesländer	18,35	19,59	20,60	20,99	14,58	15,92	17,32	17,89
Differenz	-1,66	-0,69	-0,40	0,06	-1,32	-0,75	-0,57	-0,45

## Die Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen hat sich in den neuen Bundesländern in den letzten 30 Jahren an die in den alten Bundesländern angenähert.

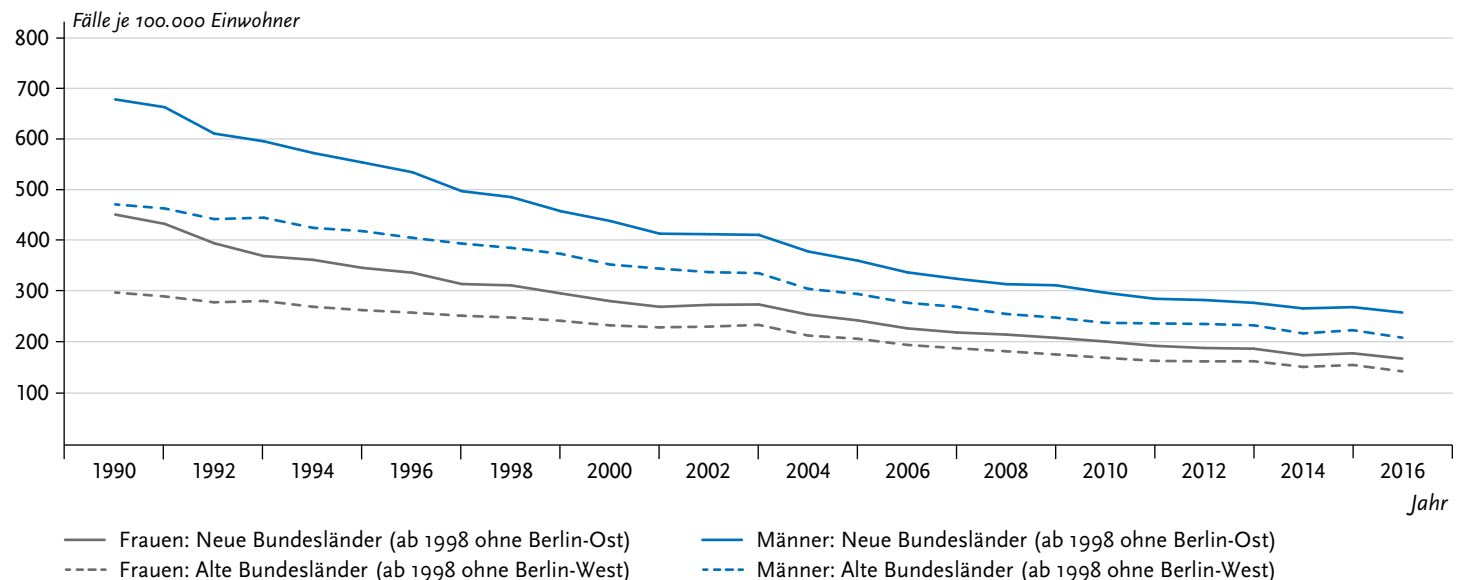
### 3.2 Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Die Häufigkeit von Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist in den neuen Bundesländern höher als in den alten Bundesländern. Nach Daten der GEDA-Studie aus den Jahren 2009, 2010 und 2012 betrug die Lebenszeitprävalenz einer bedeutenden kardiovaskulären Erkrankung (selbstberichtete ärztliche Diagnose von Herzinfarkt, anderer koronarer Herzkrankheit, Schlaganfall oder Herzinsuffizienz) in den neuen Bundesländern (mit Berlin) 13,0% und war damit höher als in den alten Bundesländern (ohne Berlin) mit 11,7% [25].

Auch die Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist in den neuen Bundesländern erhöht (**Abbildung 1**). Die Angleichung an das Niveau der Bundesrepublik begann

aber nach 1988, nachdem bereits in den 1980er-Jahren die Herz-Kreislauf-Mortalität zu sinken begonnen hatte [24]. Im Jahr 1990 betrug die kardiovaskuläre altersstandardisierte Sterblichkeit in der damaligen DDR gegenüber jener in der alten Bundesrepublik das 1,52-fache bei Frauen und das 1,44-fache bei Männern. Danach sank diese Übersterblichkeit und betrug 2016 das 1,18-fache bei Frauen und das 1,24-fache bei Männern.

Mehr als die Hälfte der kardiovaskulär bedingten Todesfälle werden durch acht Risikofaktoren verursacht (verhaltensbezogene Risikofaktoren wie sportliche Inaktivität, risikoreicher Alkoholkonsum, Rauchen und geringer Obst- und Gemüseverzehr sowie krankheitsnahe Risikofaktoren wie Adipositas, Bluthochdruck, Diabetes und Fettstoffwechselstörung), die größtenteils vermeidbar sind [26]. Für diese



**Abbildung 1**  
 Entwicklung der Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen (altersstandardisiert) in den neuen und alten Bundesländern 1990–2016 nach Geschlecht  
 Quelle: Todesursachenstatistik [18]



wurde die regionale Verteilung in Deutschland anhand der Daten der GEDA-Studie aus den Jahren 2009, 2010 und 2012 untersucht. Bei allen acht Risikofaktoren wurden deutliche Prävalenzunterschiede zwischen den Bundesländern gefunden. In den ostdeutschen Bundesländern mit Ausnahme von Berlin wurden die höchsten Prävalenzen von sportlicher Inaktivität, Adipositas, Hypertonie und Diabetes bei beiden Geschlechtern und von riskantem Alkoholkonsum bei den Männern beobachtet. Beim Rauchen nahmen die drei Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen vordere Rangplätze ein (vgl. [Kapitel 3.6](#)). Der Anteil der Bevölkerung, der weniger als eine Portion Obst, Gemüse oder Saft pro Tag verzehrt, war im Saarland am höchsten [27].

### 3.3 Krebserkrankungen

Die Zahl der Krebsneuerkrankungen (ohne nicht-melanotische Hauttumoren) betrug im Jahr 2014 nach Schätzungen des Zentrums für Krebsregisterdaten am Robert Koch-Institut bei Frauen etwa 227.000 und bei Männern 249.000 Fälle. Die häufigsten Krebserkrankungen bei Frauen waren 2014 Brustkrebs mit einem Anteil von 30,5% aller Neuerkrankungen, Darmkrebs (12,3%) sowie Lungenkrebs (8,5%). Bei Männern traten Prostatakrebs mit 23,0% aller Neuerkrankungen, Lungenkrebs (13,9%) und Darmkrebs (13,3%) am häufigsten auf [28]. Zwischen 1970 und 2014 hat sich die Zahl der jährlichen Krebsneuerkrankungen verdoppelt. Etwa zur Hälfte ist dieser Anstieg durch die demografische Alterung, also durch die Verschiebung der Altersstruktur der Bevölkerung in Richtung eines größeren Anteils höherer Altersgruppen, erklärbar: Für die

meisten Krebsarten steigt das Erkrankungsrisiko mit dem Lebensalter an [29, 30]. Weitere Faktoren, wie beispielsweise Veränderungen von verhaltensbedingten Risikofaktoren, Krebsfrüherkennungsuntersuchungen und verbesserte diagnostische Verfahren haben ebenfalls zum Anstieg beigetragen [30].

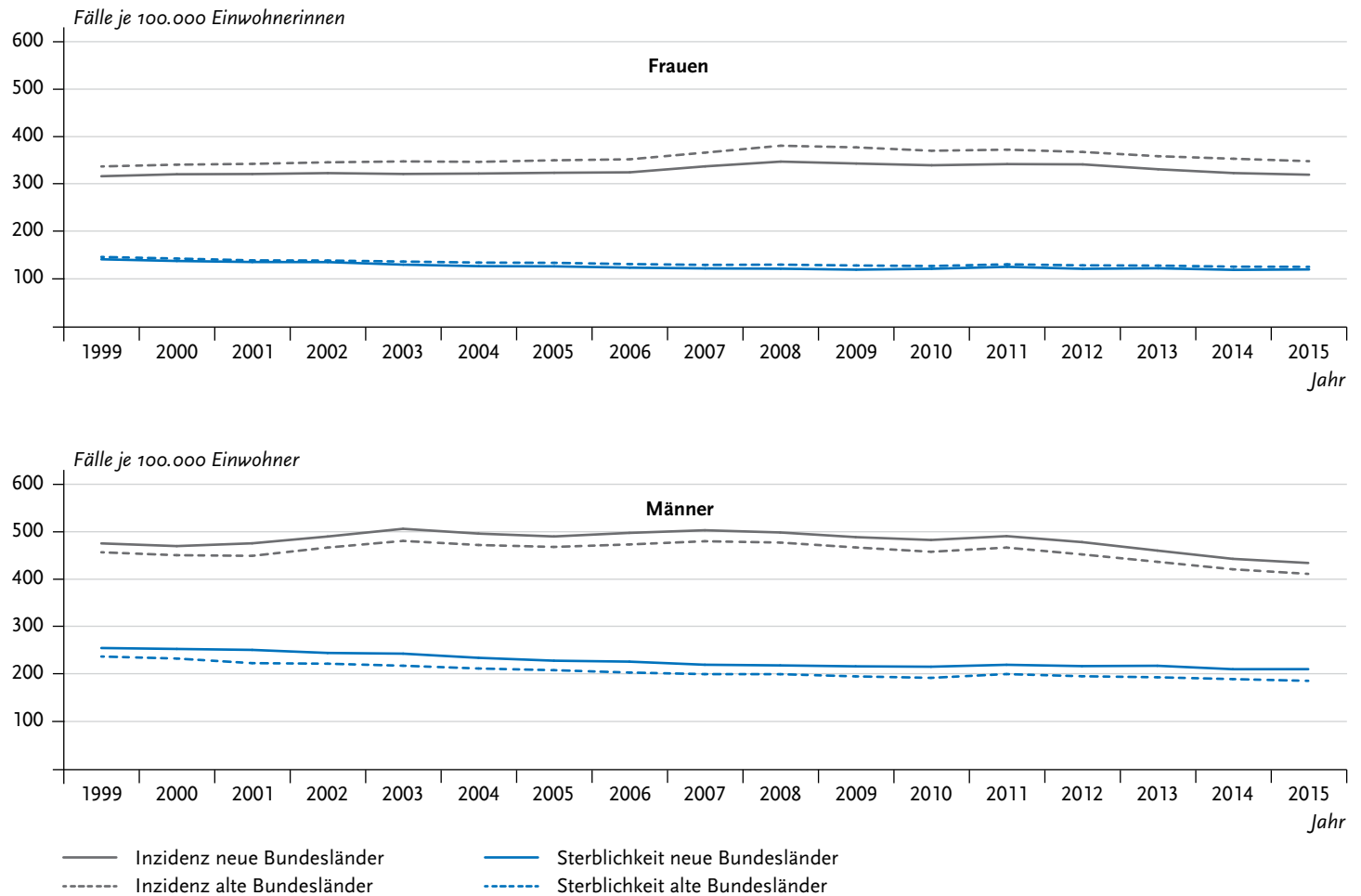
Die Unterschiede in den Neuerkrankungsraten (Inzidenzfälle je 100.000 Einwohnerinnen bzw. Einwohner) für Krebs insgesamt variieren zwischen den neuen und den alten Bundesländern. Frauen in den neuen Bundesländern haben niedrigere Inzidenzraten als Frauen in den alten Bundesländern, bei Männern ist es umgekehrt ([Abbildung 2](#)). Dabei haben sich die Unterschiede in den zurückliegenden Jahren kaum verändert. Die Sterblichkeit ist rückläufig, unterscheidet sich zwischen den neuen und den alten Bundesländern bei Frauen jedoch nur geringfügig ([Abbildung 2](#)). Bei Männern sind die Unterschiede zuungunsten der neuen Bundesländer größer, diese haben sich im hier dargestellten Zeitraum nicht verringert.

Für Lungenkrebs ergibt sich ein anderes Bild. Bei insgesamt steigender Tendenz sind die Inzidenzraten wie auch die Sterblichkeit an Lungenkrebs bei Frauen in den neuen Bundesländern niedriger als bei Frauen in den alten Bundesländern. Bei Männern ist die Situation anders. Hier sind Inzidenz und Sterblichkeit in den neuen Bundesländern bei insgesamt sinkenden Trends höher als in den alten Bundesländern ([Abbildung 3](#)). Die Unterschiede bei Frauen zwischen den neuen und den alten Bundesländern haben sich ausgeweitet, weil die Sterblichkeit in den alten Bundesländern schneller angestiegen ist als in den neuen. Dies ist vor allem dem lange Zeit höheren Anteil an Raucherinnen in den alten Bundesländern geschuldet

(vgl. Kapitel 3.6). Erst in den letzten Jahren haben sich die Raucherquoten zwischen Ost und West angeglichen [7].

Da sich Folgen des Rauchens oftmals erst Jahrzehnte später in Lungenkrebserkrankungen manifestieren, erkrankt etwa die Hälfte der Betroffenen erst jenseits des

70. Lebensjahres, also häufig erst Jahrzehnte nach dem Beginn des Rauchens. Daher werden sich die gesunkenen Einstiegsraten in den Tabakkonsum erst nach weiteren zwei bis drei Jahrzehnten im Neuerkrankungs- und Sterblichkeitsgeschehen widerspiegeln [31].

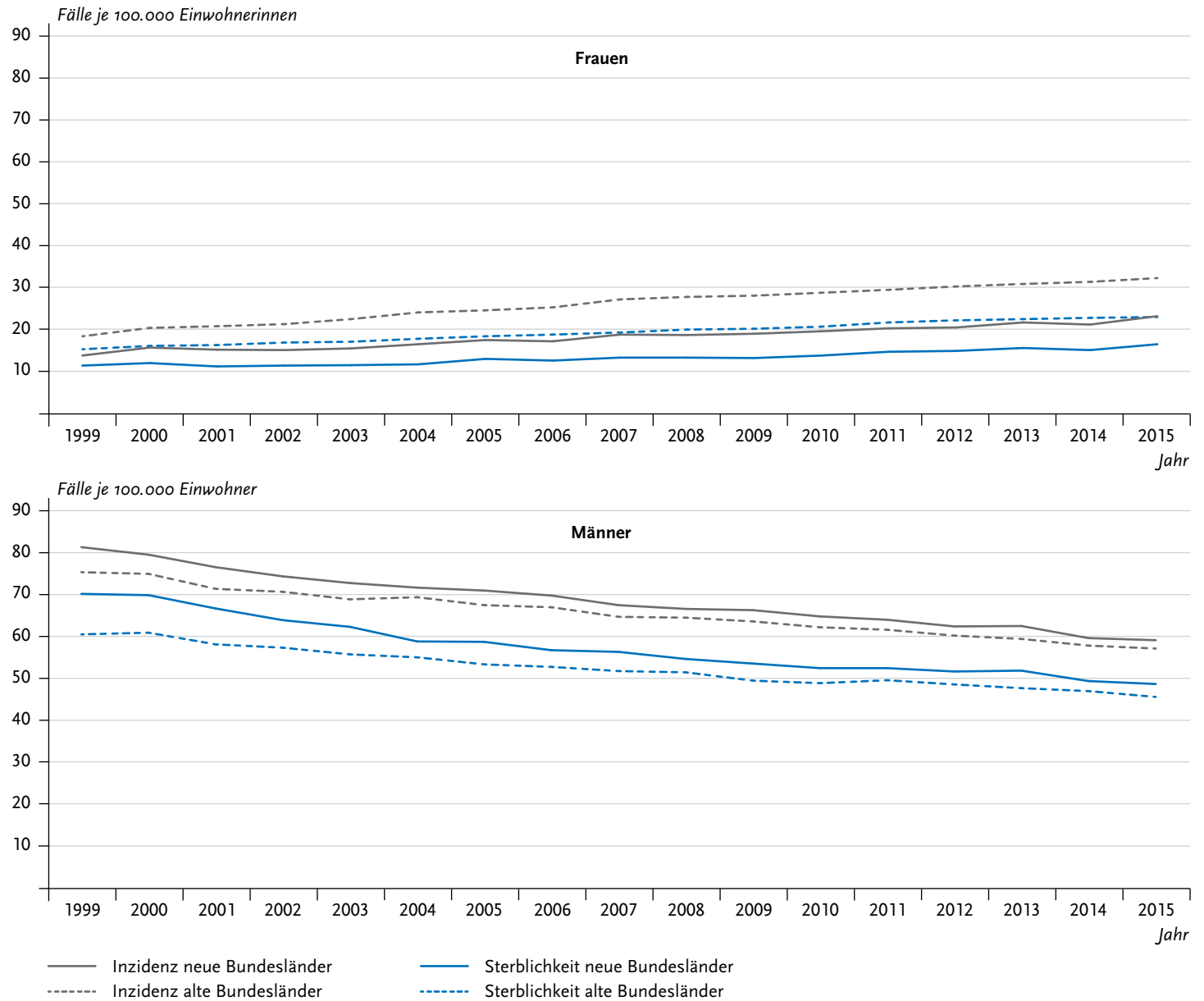


**Abbildung 2**  
 Entwicklung der Inzidenz und Sterblichkeit  
 an Krebs (ICD-10: C00–C96, ohne C44)  
 je 100.000 Einwohner (altersstandardisiert)  
 in den neuen und alten Bundesländern  
 1999–2015 nach Geschlecht

Quelle: Zentrum für Krebsregisterdaten [28]

ICD-10=Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision





**Abbildung 3**  
 Entwicklung der Inzidenz und Sterblichkeit  
 an Lungenkrebs (ICD-10: C33–C34)  
 je 100.000 Einwohner (alterstandardisiert)  
 in den neuen und alten Bundesländern  
 1999–2015 nach Geschlecht

Quelle: Zentrum für Krebsregisterdaten [28]

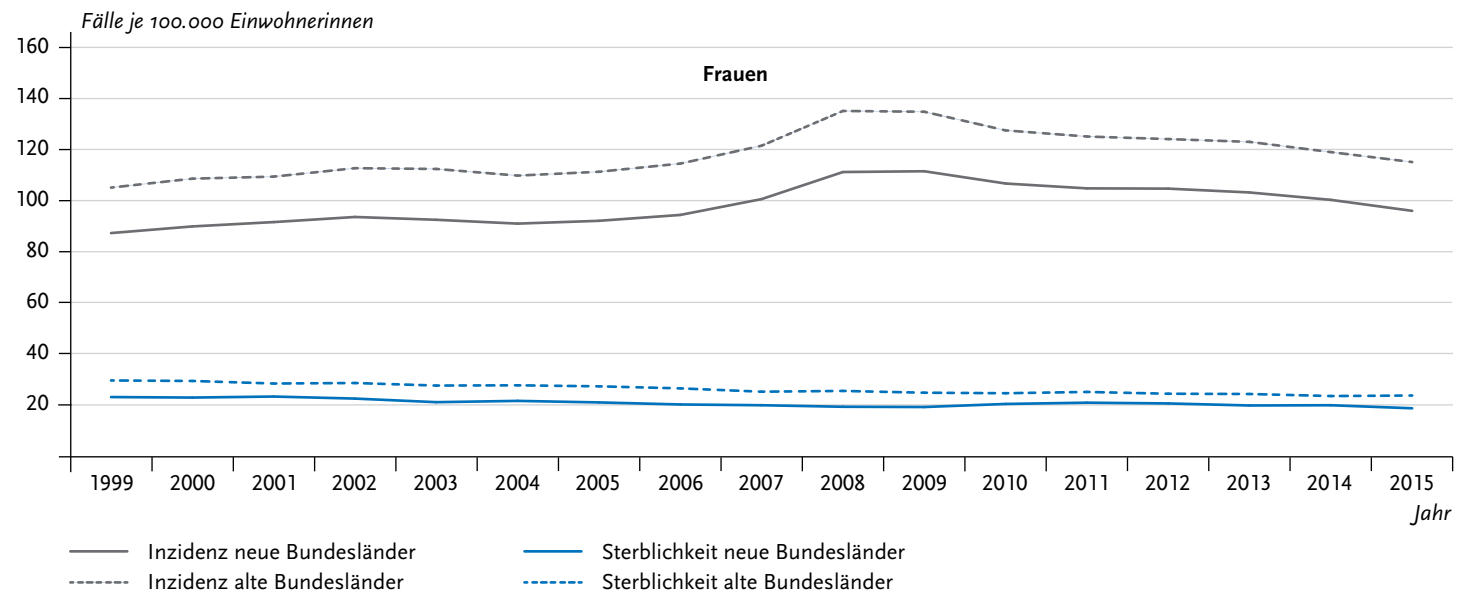
ICD-10= Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision

Die Neuerkrankungsraten bei Brustkrebs sind in den neuen und den alten Bundesländern bis 2008/2009 angestiegen, insbesondere seit dem Jahr 2005. Seitdem sind die Inzidenzraten rückläufig (Abbildung 4). Dies ist das Ergebnis des von 2005 bis 2009 etablierten Mammographie-Screening-Programms [32]. Für Frauen von 50 bis 69 Jahren ist die Teilnahme an diesem Programm kostenfrei. Durch dieses Programm werden Tumoren zu einem früheren Zeitpunkt diagnostiziert. Infolge dieses Vorziehens des Diagnosezeitpunktes steigen die Inzidenzraten zunächst an und sinken anschließend wieder [30]. Über den gesamten Beobachtungszeitraum liegen die Neuerkrankungsraten bei Brustkrebs in den alten Bundesländern deutlich höher als in den neuen Bundesländern.

Die Brustkrebssterblichkeit hat seit Beginn der 1990er-Jahre sowohl in den neuen als auch in den alten Bundesländern abgenommen (Abbildung 4). Dabei liegen die Sterberaten in den alten Bundesländern etwa 20 % höher als in den neuen Bundesländern. Als Schutzfaktoren für Frauen in Ostdeutschland werden höhere Geburtenraten, ein niedrigeres Alter bei Geburt des ersten Kindes, seltenere Kinderlosigkeit und andere Lebensstilfaktoren vermutet [30, 33–35].

### 3.4 Psychische Störungen

Psychische Störungen weisen eine große Verbreitung auf und haben eine hohe Krankheitslast [36]. Auswertungen des Zusatzmoduls zur Psychischen Gesundheit der Studie



ICD-10=Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision

**Abbildung 4**  
 Entwicklung der Inzidenz und Sterblichkeit an Brustkrebs (ICD-10: C50) je 100.000 Einwohnerinnen (altersstandardisiert) in den neuen und alten Bundesländern 1999–2015

Quelle: Zentrum für Krebsregisterdaten [28]

## Depressionen sind in den neuen Bundesländern etwas seltener als in den alten Bundesländern.

DEGS<sub>1</sub> (DEGS<sub>1</sub>-MH) des Robert Koch-Instituts zeigen eine 12-Monats-Prävalenz für psychische Störungen von 27,7% für die deutsche Allgemeinbevölkerung im Alter von 18 bis 79 Jahren. Die Unterschiede zwischen den neuen und den alten Bundesländern sind dabei eher gering. Während bei 36,6% der Frauen in den neuen Bundesländern irgendeine psychische Störung festgestellt worden ist, sind es bei Frauen in den alten Bundesländern 33,7%. Bei den Männern beträgt die Prävalenz 20,4% in den neuen Bundesländern gegenüber 23,0% in den alten Bundesländern [7, 37].

Die Prävalenz einer aktuellen depressiven Symptomatik in Deutschland liegt laut GEDA 2014/2015-EHIS bei 10,1% [13]. In Ostdeutschland ist sie mit 9,1% etwas niedriger als in Westdeutschland mit 10,3%. Bei den Frauen aus den neuen Bundesländern weisen 10,8% eine depressive Symptomatik auf gegenüber 11,7% der Frauen aus den alten Bundesländern. Bei den Männern beträgt die Prävalenz 7,3% gegenüber 8,9%. Die in GEDA 2014/15-EHIS ebenfalls erhobene 12-Monats-Prävalenz einer selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression liegt in Deutschland bei 8,1% [38], in Ostdeutschland mit 6,6% ebenfalls niedriger als in Westdeutschland mit 8,3%. Frauen aus den neuen Bundesländern leiden zu 8,8% unter einer ärztlich diagnostizierten Depression, Frauen aus den alten Bundesländern zu 9,8%. Bei den Männern beträgt die Prävalenz 4,2% gegenüber 6,7%. Differenzierte Betrachtungen nach Bundesländern zeigen sowohl für die depressive Symptomatik als auch für selbstberichtete ärztliche Depressionsdiagnosen ein häufigeres Vorkommen in den alten Bundesländern. Eine Ausnahme stellt Bayern mit einer geringeren Prävalenz dar. Zudem zeigt sich, dass die Prävalenzen in den Stadtstaaten über denen in den Flächenstaaten liegen [13].

Vergleichbare Verteilungsmuster zwischen den neuen und alten Bundesländern finden sich auch in Abrechnungsdaten der Krankenkassen in Bezug auf depressive Erkrankungen [13, 38, 39]. So wird in den alten Bundesländern eine Depression häufiger diagnostiziert als in den neuen, und zwar unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Alters- und Geschlechtsstruktur [39]. Als mögliche Erklärungen werden neben der Krankheitsverbreitung unter anderem Unterschiede im Versorgungssystem diskutiert. Diagnosen sollten von Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie von Psychiaterinnen und Psychiatern gestellt werden. Insbesondere bei Psychotherapeutinnen und -therapeuten gibt es in den alten Bundesländern eine deutlich höhere Versorgungsdichte als in den neuen Bundesländern, sodass in den alten Bundesländern bessere Möglichkeiten der Diagnose bestehen [39–41].

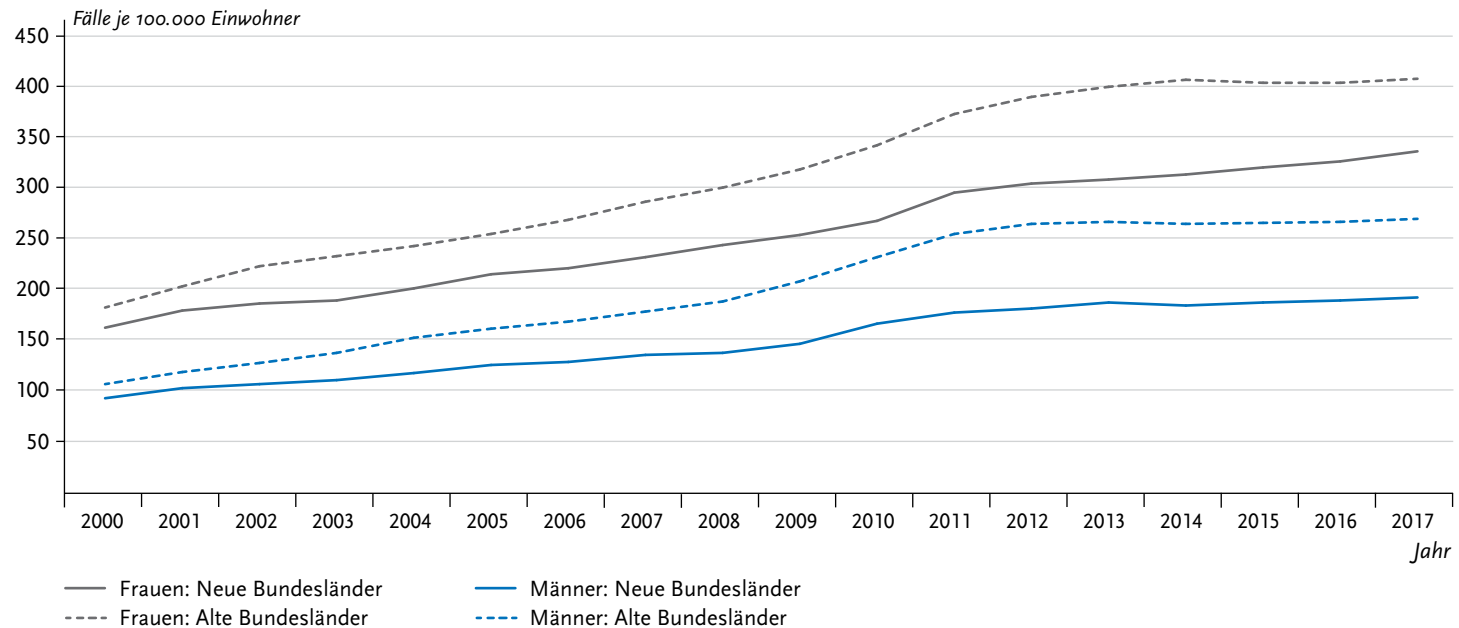
Anhand der Krankenhausdiagnosestatistik können weitere Hinweise auf die Versorgung psychischer Störungen gewonnen werden. Für die stationären Fallzahlen psychischer und Verhaltensstörungen ist für den Zeitraum von 2000 bis 2011 ein deutlicher Anstieg zu beobachten, der sich aber seitdem nicht weiter fortgesetzt hat. Diese Entwicklung ist gleichermaßen für Frauen und Männer in den neuen und alten Bundesländern festzustellen. Die Unterschiede zwischen den neuen und den alten Bundesländern haben sich seit der Jahrtausendwende nicht mehr ausgeweitet.

Anders sieht es aus, wenn bestimmte Erkrankungsgruppen betrachtet werden. Dies gilt zum Beispiel für affektive Störungen (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesund-

heitsprobleme, 10. Revision, ICD-10: F30–F39), zu denen die Depression zählt, sowie für neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (ICD-10: F40–F48). Während die stationären Fallzahlen in der Diagnosegruppe der affektiven Störungen in Westdeutschland höher sind als in Ostdeutschland (Abbildung 5), sind diejenigen der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen bei Frauen und Männern in Ostdeutschland höher (Abbildung 6). Dabei wurden die Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland zwischen 2000 bis etwa 2012 größer; seitdem entwickeln sie sich nicht weiter auseinander.

### 3.5 Subjektive Gesundheit

Aussagen zur Entwicklung der subjektiven Gesundheit sind unter anderem anhand der Daten des Sozio-oekonomischen Panels möglich. Betrachtet man den Anteil der Frauen und Männer im Alter von 18 bis 79 Jahren, die ihren allgemeinen Gesundheitszustand als gut oder sehr gut bewerten, dann sind nur sehr geringe Ost-West-Unterschiede zu verzeichnen. Diese waren bereits zu Beginn der 1990er-Jahre schwach ausgeprägt. Über die letzten 20 Jahre hat sich der Anteil der Frauen und Männer mit sehr guter oder guter selbsteingeschätzter

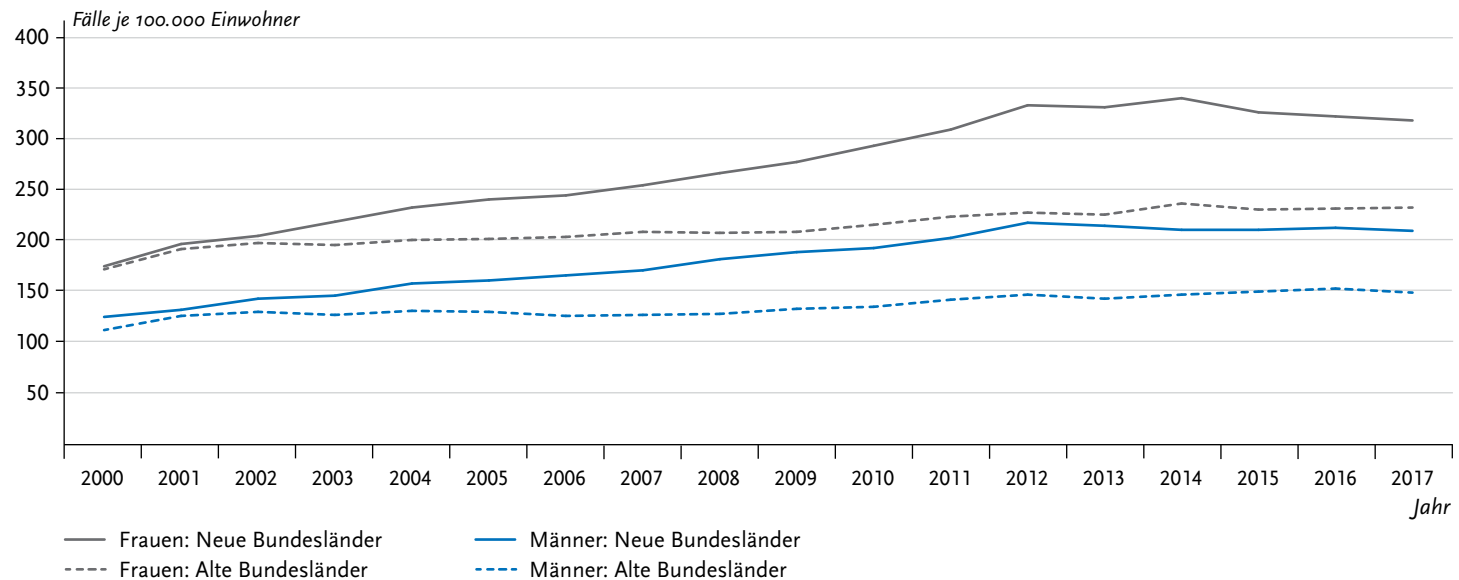


**Abbildung 5**  
Entwicklung der stationären Fallzahlen für affektive Störungen (ICD-10: F30–F39) je 100.000 Einwohner (altersstandardisiert) in den neuen und alten Bundesländern 2000–2017 nach Geschlecht

Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik [19]

ICD-10= Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision

**Abbildung 6**  
 Entwicklung der stationären Fallzahlen  
 für neurotische, Belastungs- und  
 somatoforme Störungen (ICD-10: F40–F48)  
 je 100.000 Einwohner (altersstandardisiert) in  
 den neuen und alten Bundesländern  
 2000–2017 nach Geschlecht  
 Quelle: Krankenhausdiagnosestatistik [19]



ICD-10= Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision

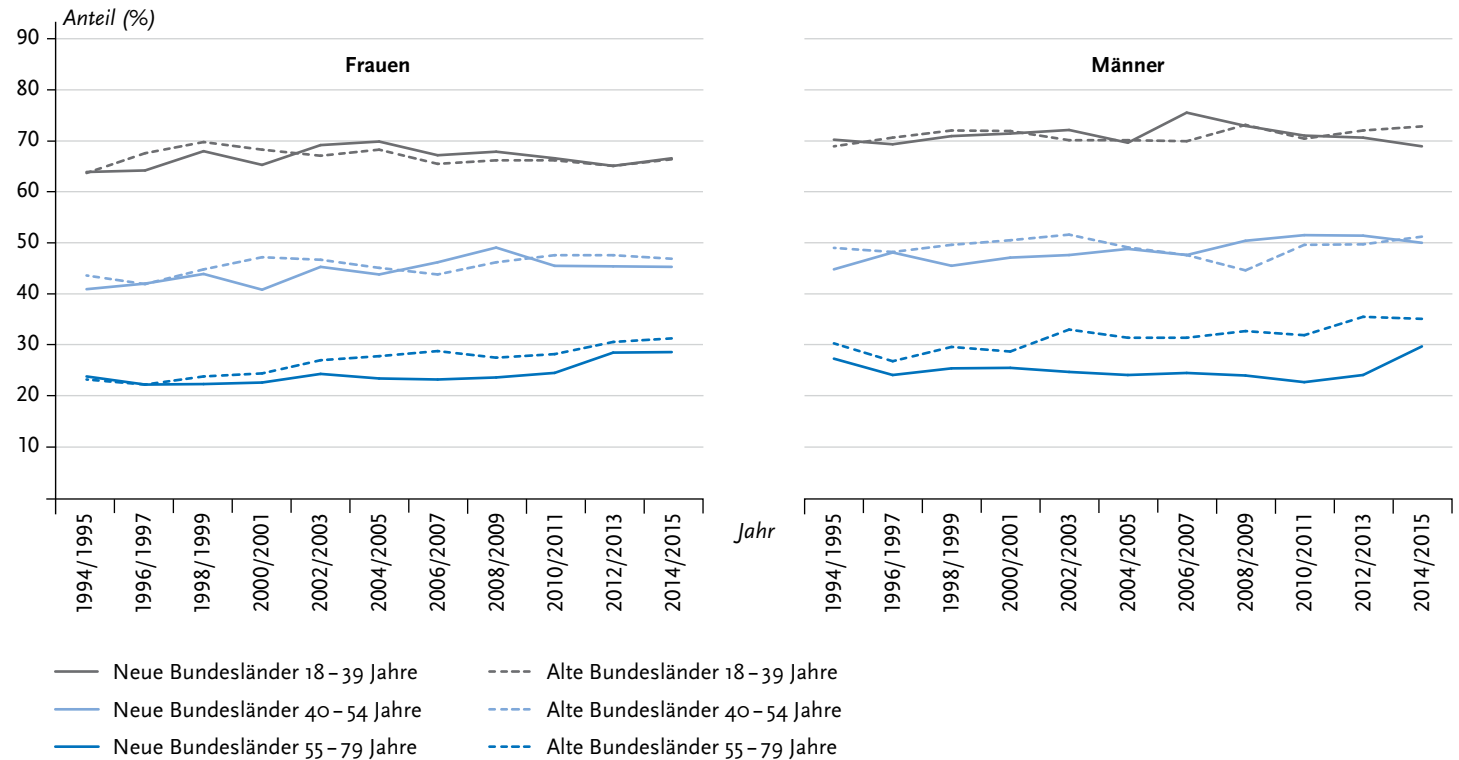
## Beim Rauchen und der Adipositas bestehen keine bedeutsamen Ost-West-Unterschiede mehr.

Gesundheit nicht wesentlich verändert. Dies gilt sowohl für die neuen als auch für die alten Bundesländer. Eine nach Altersgruppen differenzierte Betrachtung bestätigt dies für die 18- bis 39-jährige und die 40- bis 54-jährige Bevölkerung. Einzig für die 55- bis 79-jährige Bevölkerung ist festzustellen, dass der Anteil der Frauen und Männer mit sehr guter oder guter subjektiver Gesundheit zugenommen hat. Dies kommt in den alten Bundesländern deutlicher zum Ausdruck als in den neuen Bundesländern. Infolgedessen sind vor allem bei Männern dieser Altersgruppe inzwischen deutlichere Ost-West-Unterschiede als zu Beginn der 1990er-Jahre zu beobachten (Abbildung 7).

### 3.6 Rauchen

Mit Daten der Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts kann die Entwicklung des Tabakkonsums in der 25- bis 69-jährigen Bevölkerung der neuen und alten Bundesländer für den Zeitraum 1990 bis 2015 nachgezeichnet werden (Abbildung 8). Kurz nach der Wiedervereinigung lag der Anteil der Männer, die rauchen, in den neuen Bundesländern mit 40,6% gegenüber 39,2% etwas höher als in den alten Bundesländern [42]. Seit Beginn der 2000er-Jahre ist der Tabakkonsum bei Männern insgesamt rückläufig, wobei der leichte Ost-West-Unterschied weitgehend erhalten geblieben ist. Bei Frauen, die insgesamt seltener rauchen als Männer,

**Abbildung 7**  
**Prävalenz „guter“ oder „sehr guter“**  
**selbsteingeschätzter Gesundheit in den neuen**  
**und alten Bundesländern nach Geschlecht**  
 Quelle: SOEP 1994–2015 [14],  
 eigene Berechnungen

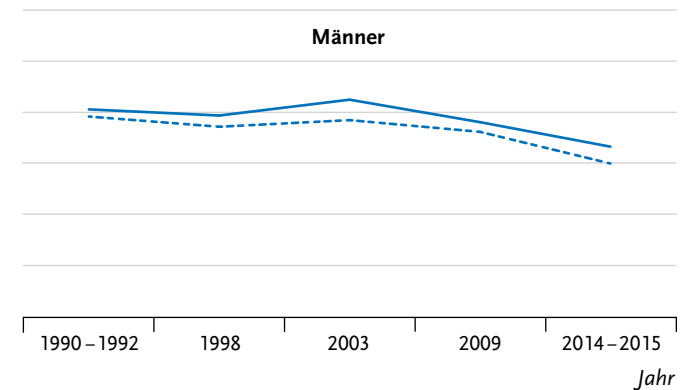
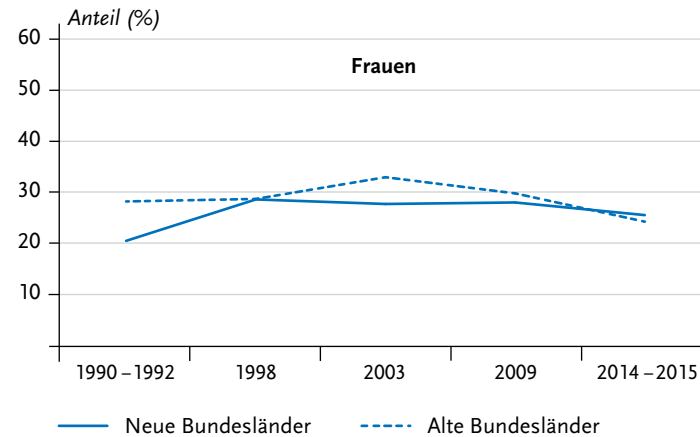


lag die Rauchquote zu Beginn der 1990er-Jahre in den neuen Bundesländern mit 20,5% deutlich unter der Quote der alten Bundesländer von 28,3%. Bis zum Ende der 1990er-Jahre glichen sich die Rauchquoten der ost- und westdeutschen Frauen aneinander an. Seit Beginn der 2000er-Jahre ist der Anteil der Raucherinnen in den neuen Bundesländern relativ konstant geblieben. Die Rauchquote bei Frauen in den alten Bundesländern nahm dagegen zunächst weiter zu, um ab 2003 deutlich zurückzugehen. Zuletzt lag der Anteil der Raucherinnen in Westdeutschland sogar ein wenig niedriger als in Ostdeutschland (Abbildung 8).

Mit den Daten des Mikrozensus 2017 können Rauchquoten in der Bevölkerung ab 15 Jahren in den einzelnen Bundesländern ermittelt werden (Tabelle 2) [15]. Bei Männern ist die Rauchquote mit 33,4% in Mecklenburg-Vorpommern am höchsten. Auch in Thüringen und Sachsen-Anhalt sowie den Stadtstaaten Berlin und Bremen liegt sie mit jeweils um die 30% vergleichsweise hoch. Relativ selten rauchen Männer aus dem Saarland, Hessen, Rheinland-Pfalz und Bayern (Rauchquote < 25%). Bei Frauen findet sich die höchste Rauchquote in Bremen mit 24,2%, gefolgt von Mecklenburg-Vorpommern mit 22,1% und

**Abbildung 8**  
**Entwicklung der Rauchquoten in der**  
**25- bis 69-jährigen Bevölkerung in den neuen**  
**und alten Bundesländern nach Geschlecht**

Quelle: Gesundheitssurveys des  
 Robert Koch-Instituts, aktualisiert  
 nach Lampert 2010 [42]



Thüringen mit 21,7%. Frauen aus Bayern und Sachsen haben im Ländervergleich mit jeweils 16,6% die niedrigste Rauchquote.

Bundesland	Frauen %	Männer %	Gesamt %
Baden-Württemberg	17,4	25,1	21,2
Bayern	16,6	24,6	20,5
Berlin	21,3	29,9	25,5
Brandenburg	20,2	29,0	24,5
Bremen	24,2	30,9	27,4
Hamburg	18,9	27,8	23,2
Hessen	17,5	24,8	21,1
Mecklenburg-Vorpommern	22,1	33,4	27,7
Niedersachsen	19,2	26,7	22,9
Nordrhein-Westfalen	19,4	26,0	22,6
Rheinland-Pfalz	18,6	24,9	21,7
Saarland	17,7	23,5	20,6
Sachsen	16,6	26,5	21,4
Sachsen-Anhalt	20,0	29,8	24,8
Schleswig-Holstein	20,0	27,1	23,5
Thüringen	21,7	30,8	26,2
<b>Deutschland</b>	<b>18,6</b>	<b>26,4</b>	<b>22,4</b>

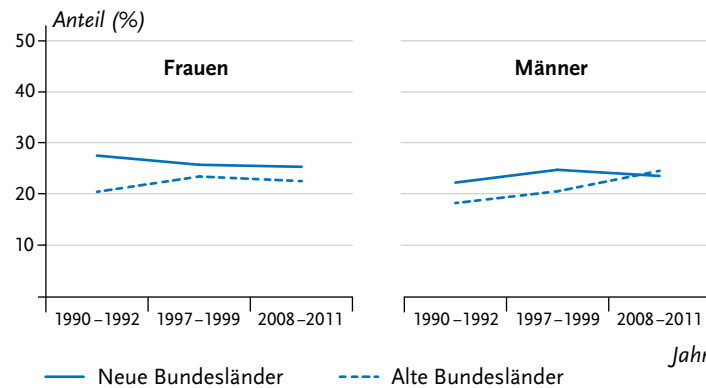
**Tabelle 2**  
**Rauchquoten ab 15 Jahren**  
**nach Geschlecht und Bundesland**  
 Quelle: Mikrozensus 2017 [15]

### 3.7 Adipositas

Für die ersten Jahre nach der Wiedervereinigung wurde auf Basis von Messdaten bei beiden Geschlechtern eine deutlich höhere Adipositasprävalenz in den neuen im Vergleich zu den alten Bundesländern festgestellt. Seitdem ist die Prävalenz in Deutschland weiter angestiegen [43]. Die Unterschiede zwischen neuen und alten Bundesländern sind dabei langsam zurückgegangen [9]. Nach den aktuellsten zur Verfügung stehenden Messdaten aus DEGS1 bestehen keine signifikanten Ost-West-Unterschiede mehr in der Verbreitung von Adipositas bei Männern im Alter zwischen 25 und 69 Jahren; bei Frauen finden sich noch geringe Unterschiede zuungunsten der neuen Bundesländer (Abbildung 9) [7]. Zu berücksichtigen ist, dass die DEGS1-Daten bereits in den Jahren 2008 bis 2011 erhoben wurden. Die nächsten Messdaten werden durch die Gesundheits- und Ernährungsstudie in Deutschland (gern-Studie) bereitgestellt, die das Robert Koch-Institut gemeinsam mit dem Max Rubner-Institut in den Jahren 2020 bis 2022 durchführen wird.



**Abbildung 9**  
**Entwicklung von Adipositas in der**  
**25- bis 69-jährigen Bevölkerung in den neuen**  
**und alten Bundesländern nach Geschlecht**  
 Quelle: Gesundheitssurveys des  
 Robert Koch-Instituts, modifiziert nach  
 Finger et al. 2016 [9]



Für eine Analyse regionaler Verteilungsmuster kann auf Selbstangaben zu Größe und Gewicht aus dem Mikrozensus zurückgegriffen werden. Dabei ist zu berücksich-

tigen, dass die anhand von Selbstangaben ermittelten Prävalenzen zumeist deutlich niedriger liegen als die Prävalenzen, denen Messwerte zugrunde liegen, da ein Teil der Befragten dazu neigt, das eigene Körpergewicht zu unterschätzen und die eigene Körpergröße zu überschätzen [44]. Nach den Daten des Mikrozensus 2017 sind die höchsten Prävalenzen in Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt und Thüringen mit insgesamt über 20% zu beobachten. Am geringsten ist der Anteil der Menschen mit Adipositas in den Stadtstaaten Hamburg und Berlin (Tabelle 3). Dies ist auch vor dem Hintergrund der im Durchschnitt jüngeren Bevölkerung in den Stadtstaaten zu interpretieren [16].

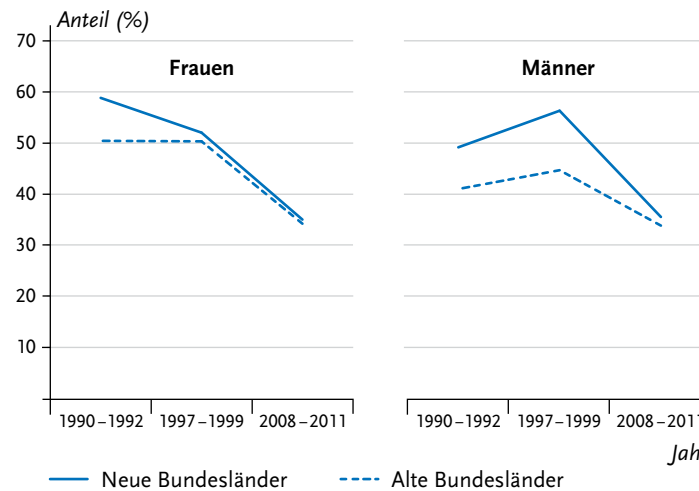
### 3.8 Sportliche Inaktivität

Mit den Daten der Untersuchungssurveys des Robert Koch-Instituts kann gezeigt werden, dass kurz nach der Wiedervereinigung die Sportbeteiligung in den neuen Bundesländern geringer war als in den alten Bundesländern (Abbildung 10). In der Gruppe der 25- bis 69-jährigen gaben 49,2% der Männer im Osten und 41,0% der Männer im Westen an, keinen Sport zu treiben. Bei Frauen traf dies auf 58,7% in den neuen und auf 50,3% in den alten Bundesländern zu. Zum Ende der 1990er-Jahre hatten sich die Ost-West-Unterschiede bei Männern ausgeweitet, während sich bei Frauen keine Unterschiede mehr abzeichneten. Zuletzt ist das Ausmaß sportlicher Inaktivität sowohl in den neuen als auch in den alten Bundesländern deutlich zurückgegangen. Ost-West-Unterschiede zeigen sich nunmehr weder bei Frauen noch bei Männern.

**Tabelle 3**  
**Prävalenz von Adipositas nach**  
**Geschlecht und Bundesland**  
 Quelle: Mikrozensus 2017 [16]

Bundesland	Frauen %	Männer %	Gesamt %
Baden-Württemberg	13,2	16,4	14,9
Bayern	12,9	17,3	15,2
Berlin	12,2	13,8	13,0
Brandenburg	17,1	19,5	18,3
Bremen	14,6	18,1	17,8
Hamburg	10,0	12,8	12,2
Hessen	14,0	18,2	16,1
Mecklenburg-Vorpommern	20,0	23,5	21,8
Niedersachsen	14,5	18,5	16,6
Nordrhein-Westfalen	14,6	18,4	16,5
Rheinland-Pfalz	15,3	19,9	17,7
Saarland	11,8	19,6	16,3
Sachsen	17,8	18,2	18,0
Sachsen-Anhalt	19,8	21,7	20,8
Schleswig-Holstein	12,8	17,9	15,4
Thüringen	19,5	21,4	20,4
<b>Deutschland</b>	<b>13,2</b>	<b>16,4</b>	<b>16,3</b>

**Abbildung 10**  
Entwicklung der sportlichen Inaktivität in der 25- bis 69-jährigen Bevölkerung in den neuen und alten Bundesländern nach Geschlecht  
Quelle: Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts, modifiziert nach Finger et al. 2016 [9]



**Die Menschen in den neuen Bundesländern sind seltener in Sportvereinen aktiv als die Menschen in den alten Bundesländern.**

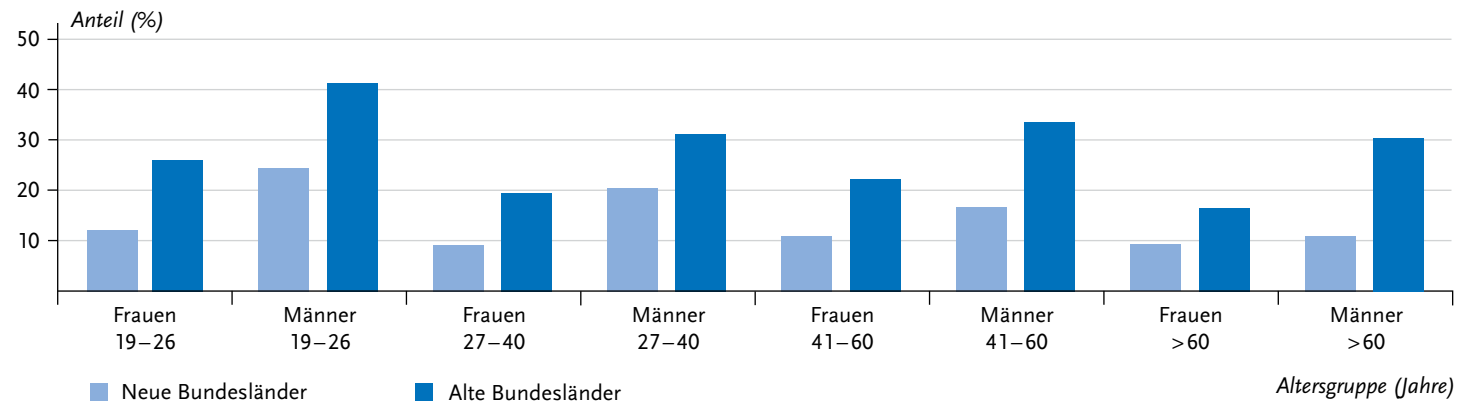
Aufschlussreich sind auch die Statistiken des Deutschen Olympischen Sportbundes [20]. Diese zeigen für das Jahr 2018, dass in den neuen Bundesländern ein deutlich geringerer Anteil der Bevölkerung in einem Sportverein organisiert ist als in den alten Bundesländern. Dies wird über alle Altersgruppen hinweg bei Frauen und Männern

gleichermaßen deutlich (Abbildung 11). Die höchsten Anteile an Vereinsmitgliedern finden sich im Saarland mit 37 %, in Rheinland Pfalz mit 35 % sowie in Bayern, Baden-Württemberg und Hessen mit jeweils rund 34 %. In den neuen Bundesländern sind hingegen lediglich zwischen 13 % und 18 % der Bevölkerung Mitglied in einem Sportverein.

### 3.9 Kleinräumige Unterschiede

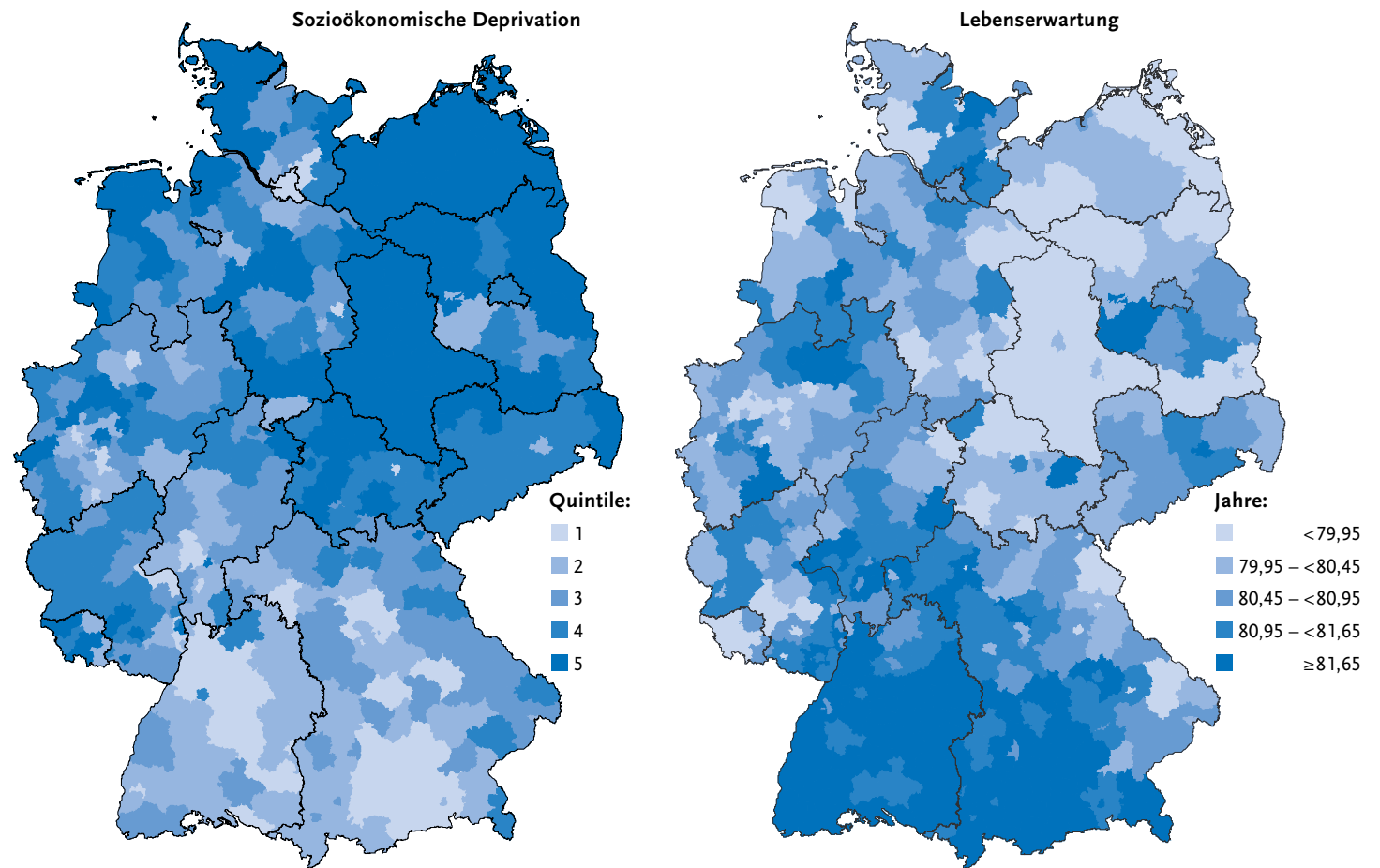
Eine Unterscheidung zwischen Ost- und Westdeutschland oder nach einzelnen Bundesländern greift oftmals zu kurz, um regionale Unterschiede in der Gesundheit zu analysieren. Mit Blick auf viele Gesundheitsindikatoren ist festzustellen, dass auch innerhalb der Bundesländer zum Teil erhebliche regionale Unterschiede bestehen. Sofern dies möglich ist, sollten deshalb auch regionale Analysen unterhalb der Bundesländerebene durchgeführt werden, so zum Beispiel für die 96 Raumordnungsregionen in Deutschland, die 401 Kreise und kreisfreien Städte oder die 4.504 Gemeindeverbände.

**Abbildung 11**  
Mitglieder in einem Sportverein in Bezug auf die jeweilige Gesamtbevölkerung in den neuen und alten Bundesländern (zum 31.12.2017) nach Geschlecht und Alter  
Quelle: Deutscher Olympischer Sportbund, Bestandserhebung 2018 [20]



Aus **Abbildung 12** ist zu ersehen, wie sich die mittlere Lebenserwartung bei Geburt und die sozioökonomische Deprivation zwischen Kreisen und kreisfreien Städten unterscheidet. Demnach gibt es in Sachsen-Anhalt, Thüringen und Brandenburg vergleichsweise viele

Kreise und kreisfreie Städte mit niedriger mittlerer Lebenserwartung, während es in Bayern und Baden-Württemberg viele Kreise und kreisfreie Städte mit hoher Lebenserwartung gibt. Dabei fällt auf, dass in den Kreisen und kreisfreien Städten mit im Mittel niedriger



1. Quintil=geringste Deprivation bis 5. Quintil=höchste Deprivation

**Abbildung 12**  
Regionale Unterschiede  
(Kreise und kreisfreie Städte) in Bezug auf  
sozioökonomische Deprivation und mittlere  
Lebenserwartung bei Geburt

Quelle: Kroll et al. 2017 [22]; INKAR,  
eigene Berechnungen

Lebenserwartung die sozioökonomische Deprivation am höchsten ist und umgekehrt. Die Differenz in der mittleren Lebenserwartung zwischen den Kreisen und kreisfreien Städten mit der geringsten und der höchsten sozioökonomischen Deprivation kann mit etwa fünf Jahren beziffert werden.

Auch für viele andere Gesundheitsindikatoren kann gezeigt werden, dass eine differenzierte regionale Analyse sinnvoll ist und zum Teil zu anderen oder zusätzlichen Erkenntnissen führt. Ein Beispiel hierfür sind Arbeitsunfähigkeitstage (AU-Tage) aufgrund von psychischen Störungen. Für Versicherte bei Betriebskrankenkassen (BKK) konnte hierzu anhand von Abweichungen vom Bundesdurchschnitt von 2,8 AU-Tagen im Jahr 2017 gezeigt werden, dass es vor allem in Mecklenburg-Vorpommern, Brandenburg und Sachsen-Anhalt viele Kreise und kreisfreie Städte mit einem deutlich über dem Bundesdurchschnitt liegenden Wert gibt. Gleiches gilt aber auch für einige alte Bundesländer wie zum Beispiel Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen und das Saarland. Die größten Abweichungen in Richtung weniger AU-Tage sind wiederum für Bayern und Baden-Württemberg festzustellen und damit erneut für Kreise und kreisfreie Städte mit tendenziell geringerer sozioökonomischer Deprivation. Aber auch im nördlichen Nordrhein-Westfalen, an der Nordseeküste Schleswig-Holsteins und Teilen Sachsens finden sich Kreise und kreisfreie Städte mit deutlich weniger AU-Tagen als im Bundesdurchschnitt. Insgesamt verdeutlichen diese Ergebnisse, dass eine Analyse auf kleinräumiger Ebene hilfreich ist, zum Beispiel für regionale Planungen von Versorgungsstrukturen, Prävention und Gesundheitsförderung [45].

#### 4. Diskussion

Die vorgestellten Ergebnisse zeigen, dass sich die gesundheitliche Situation in den neuen und alten Bundesländern kurz nach der Wiedervereinigung in vielen Bereichen unterschied. Nach 30 Jahren gemeinsamer Entwicklung kann in vielen Fällen eine Annäherung, zum Teil sogar eine Angleichung der Ost-West-Unterschiede in der Gesundheit beobachtet werden. Auffallend ist dabei, dass sich diese Annäherung oftmals schon in den ersten 10 bis 15 Jahren nach der Wiedervereinigung vollzog und positiven Entwicklungen zuzuschreiben ist, die sich in Ostdeutschland schneller vollzogen als in Westdeutschland. Beispiele hierfür sind der Anstieg der mittleren Lebenserwartung und der Rückgang der Herz-Kreislauf-Mortalität. Bisweilen kommt die Annäherung allerdings auch dadurch zustande, dass der Osten, ausgehend von einer besseren Situation, quasi im negativen Sinne zum Westen aufgeschlossen hat. Zu verweisen ist diesbezüglich auf den Anstieg des Tabakkonsums bei ostdeutschen Frauen in den 1990er-Jahren.

Für eine weitgehende Nivellierung der Ost-West-Unterschiede sprechen auch die Ergebnisse zur gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen, die nach der Wiedervereinigung geboren sind. Diese wurden im vorliegenden Beitrag nicht thematisiert, waren aber Gegenstand eines Berichts, den das Robert Koch-Institut anlässlich des 20. Jahrestages der Wiedervereinigung Deutschlands publiziert hat [8, 46]. Diesem Bericht zufolge ließen sich bereits in den 2000er-Jahren keine Unterschiede mehr in der Verbreitung allergischer Erkrankungen und von Adipositas zwischen Kindern und Jugendlichen aus den neuen und alten Ländern beobachten.

Auch bei der Inanspruchnahme von Impfungen, die zunächst in den neuen Bundesländern höher war und der Teilnahme an den Früherkennungsuntersuchungen für Kinder (U-Untersuchungen), die in den alten Bundesländern einen größeren Zuspruch erfuhren, haben sich die Ost-West-Unterschiede inzwischen deutlich verringert. Angesichts dieser Ergebnisse kann angenommen werden, dass Ost-West-Unterschiede in den nachfolgenden Geburtsjahrgängen eine immer geringere Rolle spielen werden [8, 46].

Die Frage nach den Gründen für die Verringerung der Ost-West-Unterschiede sowie die noch vorhandenen regionalen Disparitäten in der Gesundheit ist nicht einfach zu beantworten. Für die Annäherung der Gesundheitschancen in den neuen und alten Ländern dürfte die im Zuge des Einigungsprozesses erfolgte Verbesserung des allgemeinen Lebensstandards in Ostdeutschland, der nur mit erheblichen Investitionen und Aufbauhilfen möglich war, einen wesentlichen Beitrag geleistet haben. Neben der wirtschaftlichen Umstrukturierung und der mittlerweile erfolgten Entspannung der Arbeitsmarktsituation sowie Verbesserungen in Bezug auf die Stadtentwicklung, Wohnbedingungen und Umwelteinflüsse ist insbesondere auf die sehr rasch vollzogene Einbeziehung in die sozialen Sicherungssysteme und das System der Gesundheitsversorgung zu verweisen.

Außer den allgemeinen Prozessen dürften weitere Entwicklungen eine Rolle für die Verringerung beziehungsweise das Fortbestehen der Ost-West-Unterschiede gespielt haben, wobei diese je nach betrachtetem Gesundheitsindikator sehr unterschiedlich sein können. So ist bei dem nach wie vor zu beobachtenden Unterschied

in der vereinsgebundenen Sportbeteiligung zu berücksichtigen, dass der Vereinssport in der DDR für den Breitensport eine geringere Bedeutung hatte als in der Bundesrepublik und stärker im Zeichen der Förderung des Leistungssports stand. Dass die Impfquoten lange Zeit bei Kindern in den neuen Ländern höher waren als in den alten Ländern, dürfte nicht zuletzt mit der für viele ansteckende Krankheiten geltenden Impfpflicht in der DDR zusammenhängen. Umgekehrt ist die zunächst in den neuen Ländern geringere Teilnahme am Krankheitsfrüherkennungsprogramm für Kinder vor dem Hintergrund zu erklären, dass dieses Programm in Ostdeutschland nach der Wiedervereinigung neu eingeführt wurde.

Für die Gesundheitsunterschiede zwischen den Bundesländern und auf Ebene der Kreise und kreisfreien Städte ist insbesondere auf die differenziellen Lebensbedingungen und Teilhabechancen zu verweisen, die im vorliegenden Beitrag anhand des German Index of Socioeconomic Deprivation kenntlich gemacht wurden, oftmals aber auch an Einzelindikatoren wie der Armutsrisikoquote, der Arbeitslosenquote oder dem Bruttoinlandsprodukt festgemacht werden. Zum Teil dürften die beschriebenen Zusammenhänge auf die sozialräumliche Segregation von Personen in unterschiedlichen Lebenslagen zurückzuführen sein. Die Ergebnisse von Mehrebenenanalysen verweisen aber darauf, dass die Qualität des Sozialraums auch unabhängig von der individuellen sozialen Lage einen Einfluss auf die Gesundheitschancen der Menschen hat [22, 47].

Die Analyse kleinräumiger Unterschiede verweist angesichts der sukzessiven Nivellierung der Ost-West-Unterschiede auf die zunehmende Notwendigkeit, andere

regionale Kriterien als Ost und West oder auch Bundesländer in den Blick zu nehmen. Das können kleinräumig-orientierte Ansätze sein wie NUTS2-Regionen, Raumordnungsregionen oder auch kreis- oder gemeindebasierte Analyseansätze. Neben solchen Konzepten, die sich an administrativen Abgrenzungen orientieren, sind zudem Stadt-Land-Analysen oder, etwas stärker differenziert, siedlungsstrukturelle Typisierungen ebenso von Bedeutung wie GPS-basierte Gesundheitsforschung.

Abschließend ist darauf zu verweisen, dass sich die Entwicklung der beiden Teile Deutschlands nach dem Fall der Mauer nicht auf einer „Insel“, sondern im europäischen Kontext vollzog. Durch den Zusammenbruch des sozialistischen Systems in Europa fanden ähnliche Umbrüche wie in den neuen Ländern auch in Polen, Tschechien, Ungarn und anderen osteuropäischen Staaten statt. Im Vergleich zu diesen Staaten, in denen die gesellschaftlichen Transformationsprozesse ohne Anschluss an ein ökonomisch starkes Land und der damit verbundenen Möglichkeit weitreichender Investitionen und Aufbauhilfen erfolgte, zeichneten sich die positiven Entwicklungen in der Gesundheit und Lebenserwartung in Ostdeutschland deutlich stärker und schneller ab [48, 49].

**Korrespondenzadresse**

PD Dr. Thomas Lampert  
Robert Koch-Institut  
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring  
General-Pape-Str. 62–66  
12101 Berlin  
E-Mail: [LampertT@rki.de](mailto:LampertT@rki.de)

**Zitierweise**

Lampert T, Müters S, Kuntz B, Dahm S, Nowossadeck E (2019)  
30 Jahre nach dem Fall der Mauer: Regionale Unterschiede in der  
Gesundheit der Bevölkerung Deutschlands.  
Journal of Health Monitoring 4(S2): 2–25.  
DOI 10.25646/6076

Die englische Version des Artikels ist verfügbar unter:  
[www.rki.de/journalhealthmonitoring-en](http://www.rki.de/journalhealthmonitoring-en)

**Datenschutz und Ethik**

GEDA und DEGS<sub>1</sub> unterliegen der strikten Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes und wurden von der beziehungsweise dem Bundesbeauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit in Deutschland genehmigt. Die zuständige Ethikkommission der Charité – Universitätsmedizin Berlin hat DEGS<sub>1</sub> unter ethischen Gesichtspunkten geprüft und der Studie zugestimmt (No.EA2/047/08). Die Teilnahme an GEDA und DEGS<sub>1</sub> war freiwillig. Die Teilnehmenden wurden über die Ziele und Inhalte der Studien sowie über den Datenschutz informiert und gaben ihre schriftliche Einwilligung (informed consent).

Die Daten des Sozio-oekonomischen Panels unterliegen den Bestimmungen des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG). Das heißt die im Interview erhobenen Daten



werden im SOEP anonymisiert, sodass einzelne Befragte nicht mehr erkennbar sind.

### Förderungshinweis

GEDA und DEGS<sub>1</sub> wurden finanziert durch das Bundesministerium für Gesundheit und das Robert Koch-Institut.

### Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

### Literatur

1. Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (Hrsg) (2019) Jahresbericht der Bundesregierung zum Stand der Deutschen Einheit 2018. BMWi, Berlin. <https://www.bmwi.de/Redaktion/DE/Publikationen/Neue-Laender/jahresbericht-zum-stand-der-deutschen-einheit-2018.html> (Stand: 18.04.2019)
2. Statistisches Bundesamt, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (Hrsg) (2018) Datenreport 2018. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn
3. Leibert T, Wiest K (2010) Ist die ländliche Peripherie männlich? In: Nationalatlas aktuell 4 (11.2010) 11 [24.11.2010]. Leibniz-Institut für Länderkunde, Leipzig
4. Nowossadeck E, Fiebig J (2017) „Älter, weniger, bunter“: der demografische Wandel in Deutschland. UMID: Umwelt und Mensch – Informationsdienst 2:62-72
5. Fuchs M, Nadler R, Roth D et al. (2017) Rückwanderung von Erwerbspersonen – aktuelle Deutschlandzahlen im regionalen Vergleich. In: Nationalatlas aktuell 11 (05.2017) 4 [22.05.2017]. Leibniz-Institut für Länderkunde, Leipzig.
6. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2009) 20 Jahre nach dem Fall der Mauer: Wie hat sich die Gesundheit in Deutschland entwickelt? Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. RKI, Berlin. <https://edoc.rki.de/handle/176904/3221> (Stand: 18.04.2019)
7. Prütz F, Rommel A, Kroll LE et al. (2014) 25 Jahre nach dem Fall der Mauer: Regionale Unterschiede in der Gesundheit. GBE kompakt 5(3). Robert Koch-Institut, Berlin. <https://edoc.rki.de/handle/176904/3129> (Stand: 18.04.2019)
8. Lampert T, Ziese T, Kurth BM (2010) 20 Jahre Deutsche Einheit: Gesundheitliche Entwicklungen und Trends in den neuen und alten Bundesländern. Aus Politik und Zeitgeschichte 45:32-39
9. Finger JD, Busch MA, Du Y et al. (2016) Zeitliche Trends kardio-metaboler Risikofaktoren bei Erwachsenen. Dtsch Arztebl International 113(42):712-719
10. Scheidt-Nave C, Kamtsiuris P, Gosswald A et al. (2012) German health interview and examination survey for adults (DEGS) - design, objectives and implementation of the first data collection wave. BMC Public Health 12:730
11. Bellach BM, Knopf H, Thefeld W (1998) Der Bundes-Gesundheitssurvey 1997/98. Gesundheitswesen 60 Suppl 2:S59-68
12. Lange C, Jentsch F, Allen J et al. (2015) Data Resource Profile: German Health Update (GEDA)—the health interview survey for adults in Germany. Int J Epidemiol 44(2):442-450
13. Bretschneider J, Kuhnert R, Hapke U (2017) Depressive Symptomatik bei Erwachsenen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2(3):81-88. <https://edoc.rki.de/handle/176904/2788> (Stand: 18.04.2019)
14. Goebel J, Grabka MM, Liebig S et al. (2019) The German Socio-Economic Panel (SOEP). Journal of Economics and Statistics 239(2):345-360
15. Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2018) Mikrozensus – Fragen zur Gesundheit – Rauchgewohnheiten der Bevölkerung 2017. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
16. Statistisches Bundesamt (Hrsg) (2018) Mikrozensus – Fragen zur Gesundheit – Körpermaße der Bevölkerung 2017. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
17. Statistisches Bundesamt (2019) Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung. <http://www.gbe-bund.de> (Stand: 18.04.2019)
18. Statistisches Bundesamt (2019) Todesursachenstatistik, Sterbefälle, Sterbeziffern (je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert). <http://www.gbe-bund.de> (Stand: 28.04.2019)
19. Statistisches Bundesamt (2019) Krankenhausstatistik – Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern. <http://www.gbe-bund.de> (Stand 24.5.2019)
20. Deutscher Olympischer Sportbund (Hrsg) (2018) Bestands-erhebung 2018. DOSB, Frankfurt am Main



21. Robert Koch-Institut (Hrsg) (2015) Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin.  
<https://edoc.rki.de/handle/176904/3248> (Stand: 24.5.2019)
22. Kroll LE, Schumann M, Hoebel J et al. (2017) Regionale Unterschiede in der Gesundheit – Entwicklung eines sozioökonomischen Deprivationsindex für Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(2):103-120.  
<https://edoc.rki.de/handle/176904/2648.2> (Stand: 18.04.2019)
23. Nowossadeck E, Von der Lippe E, Lampert T (2019) Entwicklung der Lebenserwartung in Deutschland – Aktuelle Trends. *Journal of Health Monitoring* 4(1):41-48.  
<https://edoc.rki.de/handle/176904/5910> (Stand: 05.04.2019)
24. Grigoriev P, Pechholdova M (2017) Health Convergence Between East and West Germany as Reflected in Long-Term Cause-Specific Mortality Trends: To What Extent was it Due to Reunification? *Eur J Popul* 33(5):701-731
25. Dornquast C, Kroll LE, Neuhauser HK et al. (2016) Regionale Unterschiede in der Prävalenz kardiovaskulärer Erkrankungen. *Dtsch Arztebl International* 113(42):704-711
26. World Health Organization (Hrsg) (2009) Global health risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks. WHO, Geneva
27. Diederichs C, Neuhauser H, Kroll L et al. (2017) Regionale Unterschiede in der Prävalenz von kardiovaskulären Risikofaktoren bei Männern und Frauen in Deutschland. *Bundesgesundheitsbl* 60(2):151-162
28. Zentrum für Krebsregisterdaten im Robert Koch-Institut (2019) Datenbankabfrage zu aktuellen Krebsstatistiken für Deutschland. [www.krebsdaten.de/abfrage](http://www.krebsdaten.de/abfrage) (Stand: 27.05.2019)
29. Nowossadeck E, Barnes B, Kowalski C (2018) Demografische Alterung und Krebs. *Onkologie heute* 3:48-50
30. Barnes B, Kraywinkel K, Nowossadeck E et al. (2016) Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016. Robert Koch-Institut, Berlin
31. Wienecke A, Kraywinkel K (2018) Tabakassoziierte Krebserkrankungen in Deutschland – Entwicklung der Inzidenz und Mortalität seit 1995. *Bundesgesundheitsbl* 61(11):1399-1406
32. Starker A, Buttmann-Schweiger N, Krause L et al. (2018) Krebsfrüherkennungsuntersuchungen in Deutschland: Angebot und Inanspruchnahme. *Bundesgesundheitsbl* 61(12):1491-1499
33. Troisi R, Bjørge T, Gissler M et al. (2018) The role of pregnancy, perinatal factors and hormones in maternal cancer risk: a review of the evidence. *J Intern Med* 283(5):430-445
34. Nelson HD, Zakher B, Cantor A et al. (2012) Risk factors for breast cancer for women aged 40 to 49 years: a systematic review and meta-analysis. *Ann Intern Med* 156(9):635-648
35. Albrektsen G, Heuch I, Hansen S et al. (2005) Breast cancer risk by age at birth, time since birth and time intervals between births: exploring interaction effects. *Br J Cancer* 92(1):167-175
36. Plass D, Vos T, Hornberg C et al. (2014) Entwicklung der Krankheitslast in Deutschland. *Dtsch Arztebl International* 111(38):629-638
37. Jacobi F, Höfler M, Siegert J et al. (2014) Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res* 23(3):304-319
38. Thom J, Kuhnert R, Born S et al. (2017) 12-Monats-Prävalenz der selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2(3):72-80.  
<https://edoc.rki.de/handle/176904/2787> (Stand: 18.04.2019)
39. Bramesfeld A, Grobe T, Schwartz FW (2010) Prevalence of depression diagnosis and prescription of antidepressants in East and West Germany: an analysis of health insurance data. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 45(3):329-335
40. Melchior H, Schulz H, Härter M (2014) Stellenwert regionaler Variationen in der Prävalenz und Behandlung depressiver Erkrankungen und Implikationen für die Versorgungsforschung. *Bundesgesundheitsbl* 57(2):224-233
41. Rommel A, Bretschneider J, Kroll LE et al. (2017) Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen – Individuelle Determinanten und regionale Unterschiede. *Journal of Health Monitoring* 2(4):3-23.  
<https://edoc.rki.de/handle/176904/2899.2> (Stand: 27.05.2019)
42. Lampert T (2010) Tabakkonsum, sportliche Inaktivität und Adipositas. Entwicklungen in den neuen und alten Bundesländern seit der Wiedervereinigung Deutschlands. In: Brähler E, Mohr I (Hrsg) 20 Jahre deutsche Einheit. Facetten einer geteilten Wirklichkeit. Psychosozial-Verlag, Gießen, S. 275-290
43. Mensink GBM, Schienkiewitz A, Haftenberger M et al. (2013) Übergewicht und Adipositas in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl* 56(5-6):786-794

44. Mensink GBM, Lampert T, Bergmann E (2005) Übergewicht und Adipositas in Deutschland 1984-2003. Bundesgesundheitsbl 48(12):1348-1356

---

45. Knieps F, Pfaff H (Hrsg) (2018) BKK Gesundheitsreport 2018. Arbeit und Gesundheit Generation 50+. Zahlen, Daten, Fakten mit Gastbeiträgen aus Wissenschaft, Politik und Praxis. MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin

---

46. Lampert T (2010) 20 Jahre Deutsche Einheit: Gibt es noch Ost-West-Unterschiede in der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen? GBE kompakt 1(4). Robert Koch-Institut, Berlin. <https://edoc.rki.de/handle/176904/3089> (Stand: 18.04.2019)

---

47. Dragano N, Bobak M, Wege N et al. (2007) Neighbourhood socioeconomic status and cardiovascular risk factors: a multi-level analysis of nine cities in the Czech Republic and Germany. BMC Public Health 7:255

---

48. Nolte E, Shkolnikov V, McKee M (2000) Changing mortality patterns in East and West Germany and Poland. I: Long term trends (1960–1997). J Epidemiol Community Health 54(12):890-898

---

49. Nolte E, Scholz R, Shkolnikov V et al. (2002) The contribution of medical care to changing life expectancy in Germany and Poland. Soc Sci Med 55(11):1905-1921

---

## Impressum

### Journal of Health Monitoring

#### Herausgeber

Robert Koch-Institut  
Nordufer 20  
13353 Berlin

#### Redaktion

Susanne Bartig, Johanna Gutsche, Dr. Birte Hintzpeter,  
Dr. Franziska Prütz, Dr. Martina Rabenberg, Dr. Alexander Rommel,  
Dr. Livia Ryl, Dr. Anke-Christine Saß, Stefanie Seeling,  
Martin Thißen, Dr. Thomas Ziese  
Robert Koch-Institut  
Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring  
Fachgebiet Gesundheitsberichterstattung  
General-Pape-Str. 62–66  
12101 Berlin  
Tel.: 030-18 754-3400  
E-Mail: [healthmonitoring@rki.de](mailto:healthmonitoring@rki.de)  
[www.rki.de/journalhealthmonitoring](http://www.rki.de/journalhealthmonitoring)

#### Satz

Gisela Dugnus, Kerstin Möllerke, Alexander Krönke

ISSN 2511-2708

#### Hinweis

Inhalte externer Beiträge spiegeln nicht notwendigerweise die  
Meinung des Robert Koch-Instituts wider.



Dieses Werk ist lizenziert unter einer  
Creative Commons Namensnennung 4.0  
International Lizenz.



Das Robert Koch-Institut ist ein Bundesinstitut im  
Geschäftsbereich des Bundesministeriums für Gesundheit