



Kernaussagen

- ▶ Seit 1990 haben sich Lebenserwartung und Sterblichkeit in den neuen und alten Bundesländern bei Frauen angeglichen und bei Männern weiter angenähert.
- ▶ Die Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen ging besonders stark zurück, in den neuen stärker als in den alten Bundesländern.
- ▶ Auch die Ost-West-Unterschiede in den Raucherquoten sowie bei der Prävalenz von Adipositas sind zurückgegangen.
- ▶ In der Arztdichte im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung zeigen sich in den neuen und alten Bundesländern regionale Unterschiede.
- ▶ Zur Bewertung der gesundheitlichen Entwicklung in Ost- und Westdeutschland ist es notwendig, auch vergleichende Betrachtungen zwischen den einzelnen Bundesländern sowie tiefer gegliederte Analysen (z. B. auf Kreisebene) durchzuführen.

25 Jahre nach dem Fall der Mauer: Regionale Unterschiede in der Gesundheit

Nach dem Fall der Mauer im November 1989 wurden große gesellschaftliche Anstrengungen unternommen, um die Lebensbedingungen in den neuen Bundesländern an die in den alten anzugleichen oder zumindest anzunähern. In vielen Bereichen konnte eine Annäherung erreicht werden, was sich z. B. im Lebensstandard, d. h. in der Ausstattung mit als wichtig erachteten Konsum- und Gebrauchsgütern, und auch in der subjektiven Zufriedenheit mit den Lebensbedingungen ausdrückt (Statistisches Bundesamt et al. 2011, Statistisches Bundesamt et al. 2013).

Wie sich diese Entwicklungen in der Gesundheit niederschlagen, hat der im Jahr 2009 veröffentlichte Bericht »20 Jahre nach dem Mauerfall: Wie hat sich die Gesundheit in Deutschland entwickelt?« eindrücklich gezeigt (Robert Koch-Institut 2009). Der Bericht, der vom Robert Koch-Institut im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit erstellt wurde, bilanziert die gesundheitliche Entwicklung in Ost- und Westdeutschland und greift dabei auf eine breite Datengrundlage zurück. Das Spektrum der aufgegriffenen Themen reichte vom Krankheits- und Sterbegeschehen über Gesundheitsverhalten und Risikofaktoren bis hin zur Gesundheitsversorgung. Der Bericht machte deutlich, dass sich viele der kurz nach dem Mauerfall zu beobachtenden Ost-West-Unterschiede in der Gesundheit verringert haben oder sogar nicht mehr bestehen. Dies gilt z. B. für die mittlere Lebenserwartung, die subjektive Gesundheit und auch für viele chronische Erkrankungen und zugrunde liegende Risikofaktoren. Außerdem wurde offensichtlich, dass mit Blick auf verbleibende Unterschiede der Ost-West-Vergleich zu kurz greift und stattdessen eine kleinräumigere regionale Betrachtung unter Berücksichtigung der regional unterschiedlichen Lebensverhältnisse, z. B. in Bezug auf die Wirtschaftskraft und die Beschäftigungs- und Einkommenschancen, anzustreben ist (Robert Koch-Institut 2009, Lampert et al. 2010, Lampert 2010a).

Die vorliegende Ausgabe von GBE kompakt befasst sich anlässlich des 25. Jahrestages des Mauerfalls mit der Frage, ob und inwieweit sich die beschriebenen Entwicklungen weiter fortgesetzt haben. Dazu werden zunächst die Sterblichkeit und die mittlere Lebenserwartung betrachtet. Anschließend wird auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Krebserkrankungen und psychische Störungen eingegangen. Als wichtige Einflussfaktoren werden Adipositas, Tabak- und Alkoholkonsum sowie sportliche Aktivität behandelt. Zudem wird auf die Gesundheitsversorgung, insbesondere auf das Angebot ambulanter Versorgung, eingegangen. Wie für den umfassenden Bericht aus dem Jahr 2009 wird auch für den vorliegenden Beitrag auf eine breite Datengrundlage zurückgegriffen, die neben amtlichen Statistiken auch Daten der Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts, der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), der

Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und des Zentrums für Krebsregisterdaten (ZfKD) umfasst.

Lebenserwartung und Sterblichkeit

Die allgemeine Sterblichkeit war in den Jahren nach der Wiedervereinigung in allen neuen Bundesländern sowohl bei Frauen als auch bei Männern höher als in allen alten Bundesländern. Berechnet auf jeweils 100.000 Einwohnerinnen bzw. Einwohner ergab der Vergleich der Sterblichkeit zwischen neuen und alten Bundesländern im Jahr 1990 bei Frauen 815 gegenüber 638, bei Männern 1356 gegenüber 1070 Todesfällen. In der Zwischenzeit haben sich die Sterblichkeitsverhältnisse zwischen Ost- und Westdeutschland bei Frauen angeglichen, bei Männern zumindest angenähert. Für Frauen wurden in beiden Teilen Deutschlands im Jahr 2012 rund 440 Sterbefälle je 100.000 Einwohnerinnen verzeichnet, für Männer 743 gegenüber 651 je 100.000 Einwohner.

Mit Blick auf die mittlere Lebenserwartung zeigt sich ein ähnliches Bild. Zu Beginn der 1990er Jahre lag die mittlere Lebenserwartung bei Geburt in den alten Bundesländern bei Frauen um 2,3 Jahre und bei Männern um 3,2 Jahre höher als in den neuen Bundesländern. Bis 2009/11 verringerte sich dieser Unterschied bei Frauen bis auf 0,2 Jahre, sodass man von einer weitgehenden Angleichung sprechen kann. Dagegen lag die mittlere Lebenserwartung von Männern in den neuen Ländern auch 2009/11 noch 1,4 Jahre unter der in den alten Bundesländern (Tabelle 1).

Entsprechend entwickelte sich auch die fernere Lebenserwartung ab dem 60. Lebensjahr, d. h. die durchschnittliche Zahl der in diesem Alter noch zu erwartenden Lebensjahre. Auch die fernere Lebenserwartung ist in den neuen Bundesländern stärker gestiegen als in den alten Bundesländern und die Ost-West-Unterschiede haben abgenommen. Die Differenz zwischen den neuen und alten Bundesländern betrug 2009/11 noch 0,2

Jahre für Frauen und 0,6 Jahre für Männer (Tabelle 1). Ein differenzierteres Bild ergibt sich, wenn man die fernere Lebenserwartung mit 60 Jahren auf Ebene der 96 für Deutschland ausgewiesenen Raumordnungsregionen betrachtet (Abbildung 1). Dabei zeigt sich, dass neben den Ost-West-Unterschieden auch ein Nord-Süd-Gefälle besteht. Eine vergleichsweise geringe Lebenserwartung ist in Teilen Mecklenburg-Vorpommerns und in Sachsen-Anhalt zu verzeichnen, eine relativ hohe Lebenserwartung in Baden-Württemberg und Bayern. Die Unterschiede zwischen den anderen Bundesländern sind schwächer ausgeprägt. Die fernere Lebenserwartung in den Regionen Sachsens unterscheidet sich beispielsweise kaum von den Verteilungen, die in Niedersachsen oder Nordrhein-Westfalen zu finden sind.

Erläuterung

NBL: Neue Bundesländer bis 1997, einschließlich Berlin Ost, ab 1998 ohne Berlin

ABL: Alte Bundesländer bis 1997 mit Berlin West, ab 1998 mit Berlin

Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Wie häufig Herz-Kreislauf-Krankheiten in der Bevölkerung vorkommen, kann anhand der Häufigkeit stationärer Behandlungen abgeschätzt werden. Im Jahr 2012 gab es in Deutschland 2.860.496 stationäre Behandlungsfälle aufgrund einer Herz-Kreislauf-Erkrankung (1.339.368 Frauen und 1.521.109 Männer). Ein Vergleich verschiedener Regionen ist über altersstandardisierte Fallzahlen möglich. Dabei zeigt sich, dass die altersstandardisierten Fallzahlen mit Hauptdiagnose einer Herz-Kreislauf-Erkrankung seit dem Jahr 2000 insgesamt deutlich gesunken sind, aber in den neuen Bundesländern weiterhin höher liegen als in den alten Bundesländern (2000: 3.280 bzw. 3.053 je 100.000 Einwohner; 2012: 2.841 bzw. 2.637 je 100.000 Einwohner).

Im Jahr 2012 starben 346.217 Personen (199.068 Frauen und 150.149 Männer) an einer Erkrankung des Herz-Kreislauf-Systems; das entspricht rund 40 % aller Sterbefälle (Statistisches Bundesamt 2013a). Betrachtet man den zeitlichen Verlauf, ist ein starker Rückgang der kardiovaskulären Sterblichkeit zu beobachten, einhergehend mit einer Annäherung von Ost und West: Anfang der 1990er Jahre lag die kardiovaskuläre Sterblichkeit bei Frauen und Männern aus den neuen Bundesländern etwa 1,5-mal höher als bei Frauen und Männern aus den alten Bundesländern. Für das Jahr 2012 sind dagegen nur noch vergleichsweise geringe Ost-West-Unterschiede festzustellen (Abbildung 2). Auf den Rückgang der Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen ist ein großer Teil der Verringerung der Ost-West-Unterschiede in Lebenserwar-

Tabelle 1

Entwicklung der mittleren Lebenserwartung bei Geburt und der ferneren Lebenserwartung mit 60 Jahren bei Frauen und Männern in den neuen und alten Bundesländern, 1991/1993, 2002/2004 und 2009/2011

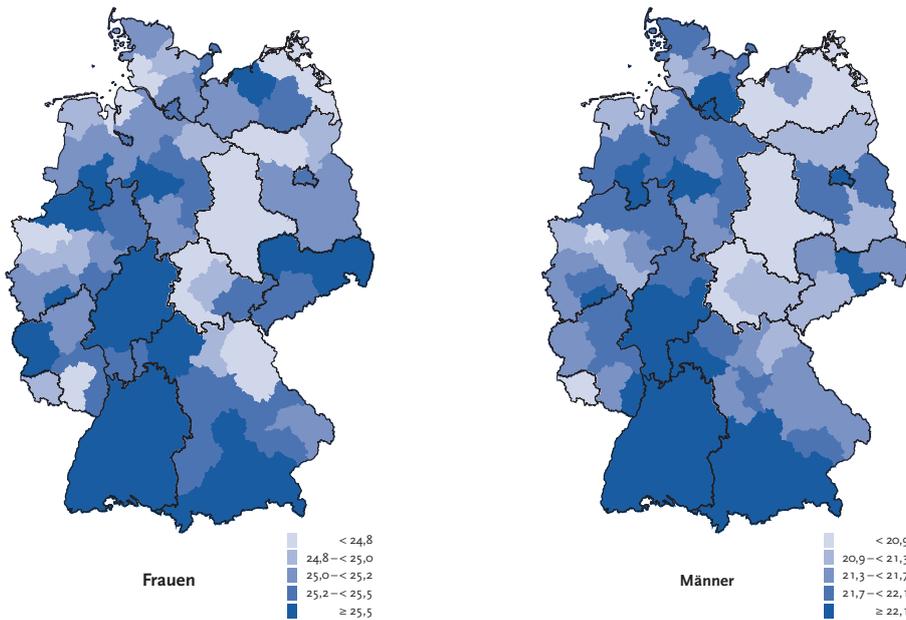
Datenquelle: Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung (Statistisches Bundesamt 2012)

	Frauen			Männer		
	1991/ 1993	2002/ 2004	2009/ 2011	1991/ 1993	2002/ 2004	2009/ 2011
Mittlere Lebenserwartung bei Geburt						
Deutschland	79,0	81,6	82,7	72,5	75,9	77,7
Neue Bundesländer	77,2	81,3	82,6	69,9	74,7	76,6
Alte Bundesländer	79,5	81,6	82,8	73,1	76,2	78,0
Fernere Lebenserwartung mit 60 Jahren						
Deutschland	22,1	24,1	25,0	17,8	20,1	21,3
Neue Bundesländer	20,7	23,7	24,8	16,5	19,5	20,8
Alte Bundesländer	22,5	24,2	25,0	18,1	20,2	21,4

Abbildung 1

Fernere Lebenserwartung mit 60 Jahren bei Frauen und Männern nach Raumordnungsregionen, 2009/2011

Datenquelle: INKAR 2013 (BSR 2013)



tung und Sterblichkeit zurückzuführen. Seit der Jahrtausendwende verläuft die Angleichung zwischen Ost und West allerdings nur noch sehr langsam. Besonders bei den Männern scheinen sich die Unterschiede zwischen neuen und alten Ländern auf dem bislang erreichten Niveau zu verfestigen. Ein Vergleich der einzelnen Bundesländer zeigt, dass sowohl die Erkrankungshäufigkeit als auch die Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen innerhalb Deutschlands tendenziell von Nordosten nach Südwesten abnimmt (Abbildung 3). Für das Jahr 2012 finden sich die höchsten altersstandardisierten Sterberaten in Sachsen-Anhalt, Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen, die niedrigsten Werte verzeichnen nach Hamburg und Berlin die Flächenländer Baden-Württemberg und Hessen. Ausnahmen von diesem Nordost-Südwest-Verlauf ergeben

sich vor allem für die Stadtstaaten und das Saarland. Die beobachteten regionalen Unterschiede stellen sich über einen längeren Zeitraum hinweg weitgehend unverändert dar und entsprechen im Wesentlichen der räumlichen Verteilung bekannter Risikofaktoren für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Robert Koch-Institut 2009).

Krebserkrankungen

Nach Schätzungen des Zentrums für Krebsregisterdaten erkrankten im Jahr 2010 etwa 224.900 Frauen und 252.400 Männer an Krebs. Bei Frauen trat am häufigsten Brustkrebs (31 %), Darmkrebs (13 %) und Lungenkrebs (8 %) auf, bei Männern Prostatakrebs (26 %) Lungenkrebs (14 %) und Darmkrebs (13 %) (Robert Koch-Institut, Gesellschaft der

Abbildung 2

Entwicklung der Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen (ICD-10: I00-I99) bei Frauen und Männern in den neuen und alten Bundesländern, 1990–2012 (Altersstandardisierung: alte Europastandardbevölkerung)

Datenquelle: Todesursachenstatistik (Statistisches Bundesamt 2013b)

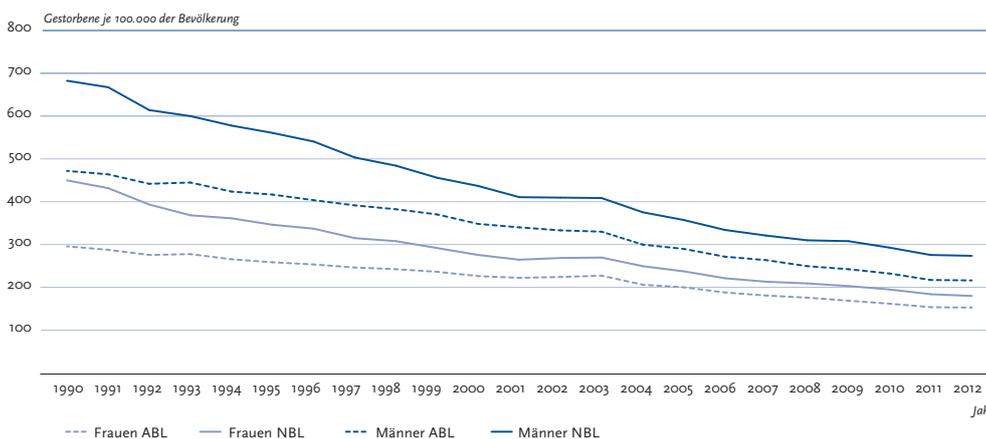
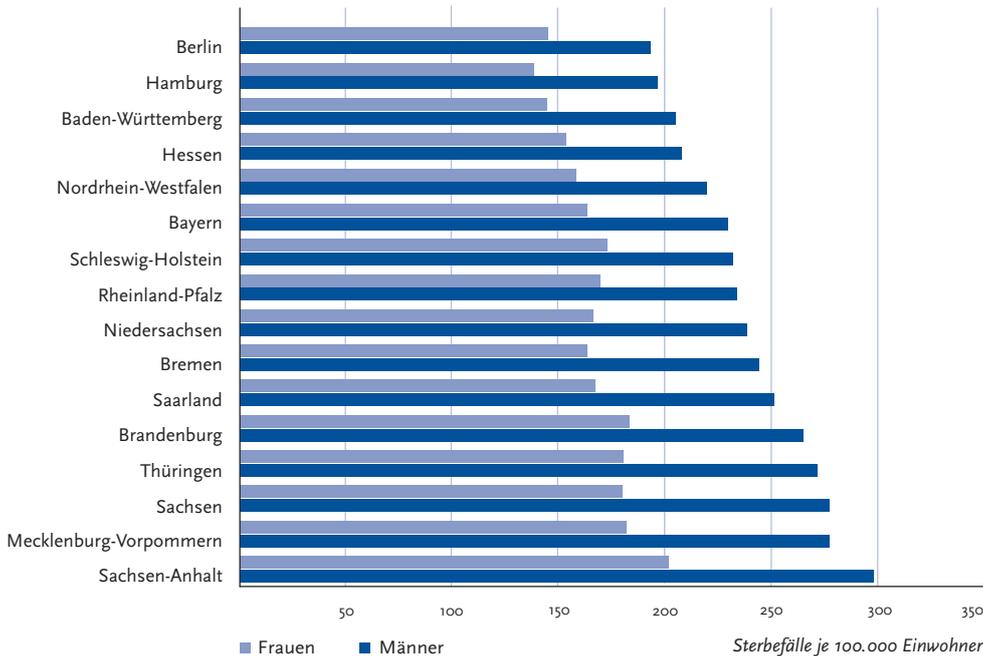


Abbildung 3

Sterblichkeit an Herz-Kreislauf-Erkrankungen (ICD-10: I00-I99) bei Frauen und Männern nach Bundesländern, 2012
(Altersstandardisierung: alte Europastandardbevölkerung)

Datenquelle: Todesursachenstatistik (Statistisches Bundesamt 2013b)



epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. 2013). Die demografische Alterung der Bevölkerung, einhergehend mit einem stark ansteigenden Erkrankungsrisiko bei höherem Alter, führt dazu, dass die Zahl der Neuerkrankungen an bösartigen Tumoren insgesamt zunimmt. An der Entwicklung der altersstandardisierten Erkrankungsraten lässt sich allerdings ablesen, dass es ohne den demografischen Wandel bei Frauen nur zu einem leichten Anstieg und bei Männern sogar zu einem geringen Rückgang der Erkrankungszahlen gekommen wäre (Robert Koch-Institut, Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. 2013).

Im Jahr 2012 waren etwa ein Viertel aller Sterbefälle durch bösartige Neubildungen bedingt. Laut Todesursachenstatistik verstarben im Jahr 2012 in Deutschland 101.531 Frauen und 120.080 Männer an Krebs (Statistisches Bundesamt 2013a); die meisten Todesfälle waren auf Brustkrebs, Prostatakrebs, Lungenkrebs und Darmkrebs zurückzuführen. Kurz nach der Wiedervereinigung konnten bezüglich der Sterblichkeit an bösartigen Neubildungen insgesamt nur geringe Ost-West-Unterschiede beobachtet werden. Differenziert nach einzelnen Krebslokalisationen ergeben sich z. T. größere Unterschiede, z. B. beim Lungen- und beim Brustkrebs.

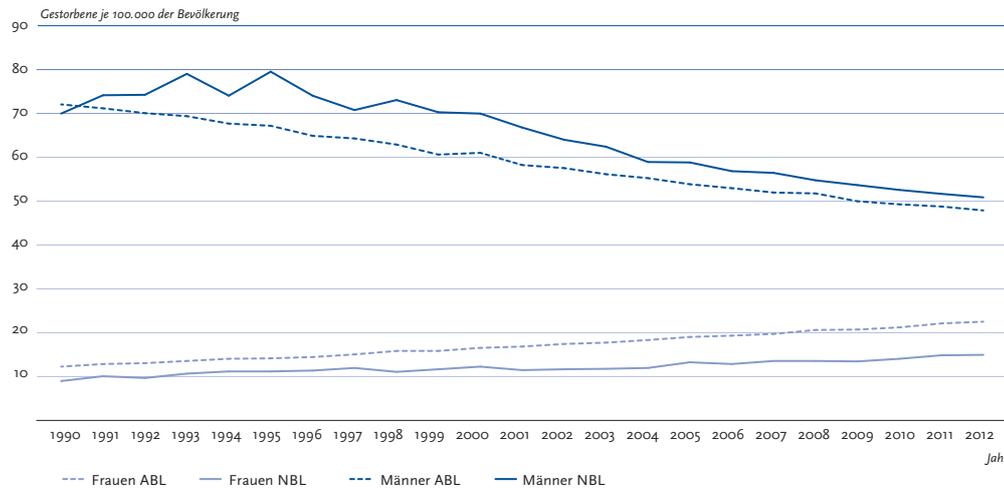
So ist die Sterblichkeit an Lungenkrebs bei Frauen aus den neuen Bundesländern niedriger als bei Frauen aus den alten Bundesländern; im zeitlichen Verlauf sieht man eine Zunahme der Sterblichkeit und leichte Vergrößerung des Ost-West-Unterschieds. Dagegen zeigt sich bei Männern eine höhere Sterblichkeit im Osten Deutschlands, eine Abnahme der Lungenkrebssterblich-

keit im zeitlichen Verlauf und seit Ende der 1990er Jahre eine Verringerung des Ost-West-Unterschieds (Abbildung 4). Anders als beim Lungenkrebs sind beim Brustkrebs höhere Neuerkrankungs- und Sterberaten bei Frauen in den alten Bundesländern zu beobachten (Robert Koch-Institut, Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. 2013). Im Zeitverlauf zeigt sich, dass die Neuerkrankungsraten ab 2005 anstiegen sind, was mit der Einführung des Mammografie-Screenings zusammenhängt. Seit 2009 sind sie wieder leicht rückläufig. Die Sterblichkeit an Brustkrebs nimmt trotz der gestiegenen Neuerkrankungsraten ab. Dabei bleibt ein Ost-West-Unterschied weiterhin bestehen (Abbildung 5). Dieser kann u. a. mit Unterschieden im Reproduktionsverhalten (jüngeres Alter der Erstgebärenden und höhere Geburtenzahl in der DDR) zusammenhängen (Sundmacher et al. 2011, Robert Koch-Institut 2009).

Psychische Störungen

Hinweise auf die aktuelle Verbreitung psychischer Störungen ergeben sich anhand der Krankenhausdiagnosestatistik. Danach nahmen die stationären Fallzahlen je 100.000 Einwohner mit der Hauptdiagnose einer psychischen oder Verhaltensstörung in den Jahren 2000 bis 2012 in Gesamtdeutschland kontinuierlich zu. Es fällt auf, dass die altersstandardisierten Fallzahlen der Männer deutlich über denen der Frauen liegen. Zwischen alten und neuen Bundesländern bestehen nur geringe Unterschiede (Abbildung 6). Dass sich dieser Sachverhalt für einzelne wichtige Erkrankungsgruppen durchaus unterschiedlich

Abbildung 4
Entwicklung der Sterblichkeit an Lungenkrebs (ICD-10: C33-C34) bei Frauen und Männern in den neuen und alten Bundesländern, 1990–2012 (Altersstandardisierung: alte Europastandardbevölkerung)
 Datenquelle: Todesursachenstatistik (Statistisches Bundesamt 2013b)



darstellen kann, kann am Beispiel der affektiven Störungen (ICD-10: F30-F39), zu denen auch die Depression gehört, und der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen (ICD-10: F40-F48) gezeigt werden. In der ersten Diagnosegruppe sind die altersstandardisierten stationären Fallzahlen in den neuen Bundesländern höher, in der letzteren die in den alten Bundesländern. In der Tendenz zeigt sich für beide Diagnosegruppen eine Auseinanderentwicklung der altersstandardisierten Fallzahlen in Ost und West, die nach 2009 weiter zunimmt (vgl. auch Robert Koch-Institut 2009).

An der Entwicklung der stationären Fallzahlen wird die zunehmende Bedeutung psychischer Störungen für das Gesundheitswesen deutlich, es lassen sich jedoch keine Prävalenzen und Inzidenzen ableiten. Schätzungen zur Prävalenz psychischer Störungen sind anhand von Surveydaten möglich. In der »Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland« (DEGS1, 2006–2011) und ihrem

Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH) wurde ein relativ breites Spektrum psychischer Störungen erhoben, das neben manifesten psychischen Erkrankungen auch leichtere, vorübergehende Störungen einschließt. Erste Auswertungen zeigen, dass die 12-Monats-Prävalenz für psychische Störungen in der deutschen 18 bis 79 Jahre alten Allgemeinbevölkerung bei 27,7 % liegt. Dabei bestehen große Unterschiede in verschiedenen Bevölkerungsgruppen, z. B. nach Geschlecht, Alter und Sozialstatus. Zwischen den neuen und alten Bundesländern sind die Unterschiede eher gering (Frauen: 36,6 % vs. 33,7 %, Männer: 20,4 % vs. 23,0 %). Die insgesamt am häufigsten vorkommenden psychischen Störungen sind Angststörungen (15,3 %) und unipolare Depressionen (7,7 %) (Jacobi et al. 2014). Psychische Erkrankungen können auch in Zusammenhang mit Suizidalität stehen bzw. mit der Umsetzung von suizidalen Ideen in selbstschädigende Handlungen verbunden sein. In der Todesursachensta-

Abbildung 5
Entwicklung der Sterblichkeit an Brustkrebs (ICD-10: C50) bei Frauen in den neuen und alten Bundesländern, 1990–2012 (Altersstandardisierung: alte Europastandardbevölkerung)
 Datenquelle: Todesursachenstatistik (Statistisches Bundesamt 2013b)

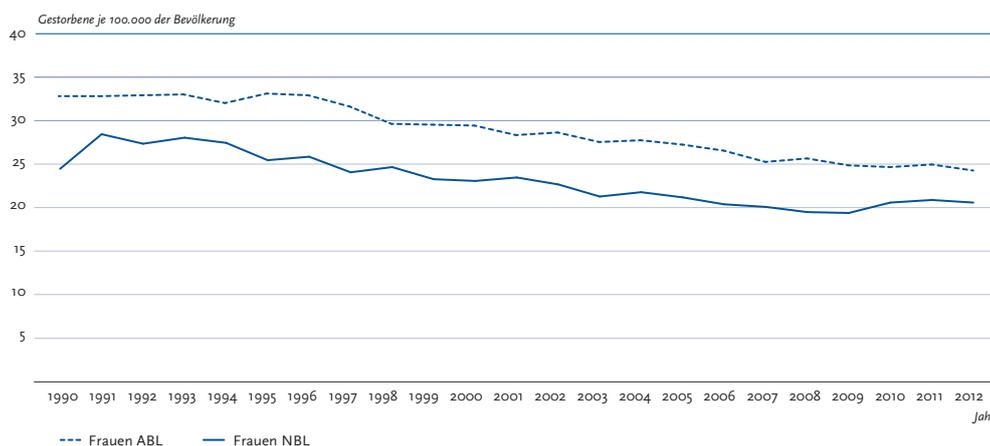
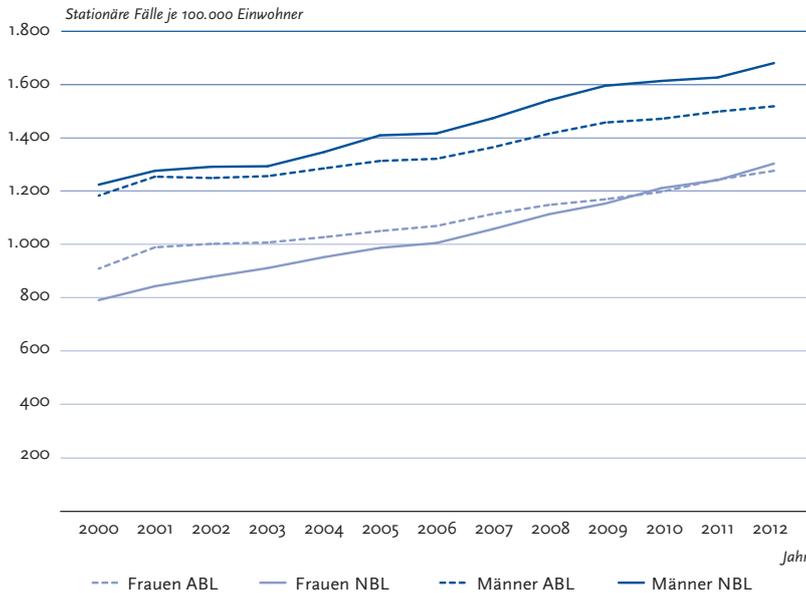


Abbildung 6
Entwicklung der stationären Fallzahlen für Psychische und Verhaltensstörungen (ICD-10 Foo-F99) bei Frauen und Männern in den neuen und alten Bundesländern, 2000–2012 (Altersstandardisierung: alte Europa-standardbevölkerung)

Datenquelle: Krankenhausdiagnosestatistik (Statistisches Bundesamt 2013a)



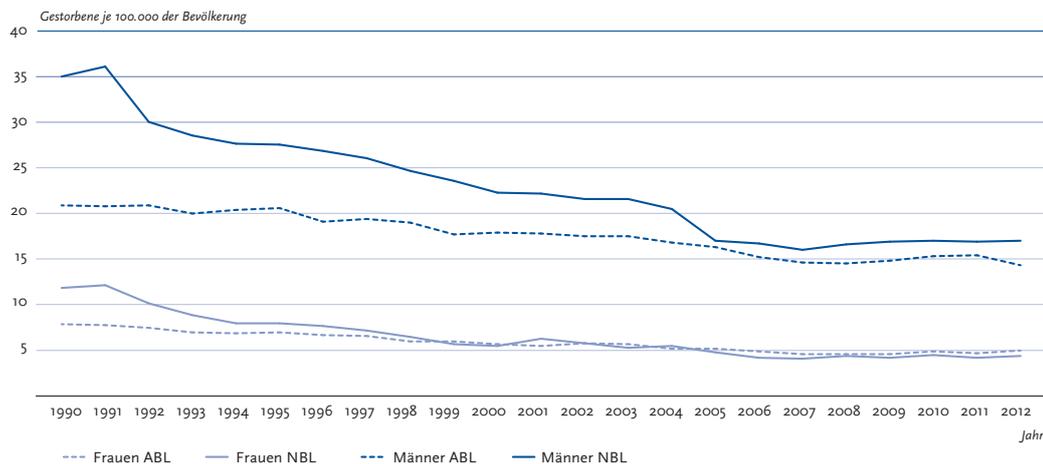
tistik wurden im Jahr 2012 in Deutschland knapp 10.000 Suizide erfasst. Fast drei Viertel (7.287) davon wurden von Männern begangen (Statistisches Bundesamt 2013a). Die Suizidhäufigkeit ist bei älteren Menschen, insbesondere bei Männern ab 75 Jahren, deutlich höher als bei jüngeren. Im Vergleich zwischen neuen und alten Bundesländern ist zu sehen, dass sich seit 2009 keine wesentlichen Änderungen ergeben haben: Die in den 1990er Jahren noch sehr großen Unterschiede in den altersstandardisierten Fallzahlen bei den Männern nähern sich einander immer mehr an; bei den Frauen hat sich die Angleichung bereits vollzogen (Abbildung 7).

Adipositas

Als Adipositas bezeichnet man eine schwere Ausprägungsform von Übergewicht. Sie ist ein Risikofaktor für Erkrankungen wie Typ-2-Diabetes, Herz-Kreislauf-Erkrankungen oder Gelenk- und Rückenbeschwerden (Mensink et al. 2013). Aussagen zur Verbreitung von Adipositas in der Bevölkerung basieren in der Regel auf dem Body-Mass-Index (BMI), der anhand von Messwerten oder Selbstangaben zu Körpergröße und -gewicht bestimmt wird. Dabei liegen die auf Grundlage von Selbstangaben ermittelten Prävalenzen meist niedriger als die aus Messwerten berechneten (Mensink et al. 2005). Für die Jahre nach der

Abbildung 7
Entwicklung der Sterblichkeit durch Suizid (ICD-10: X60-X84) bei Frauen und Männern in den neuen und alten Bundesländern, 1990–2012 (Altersstandardisierung: alte Europastandardbevölkerung)

Datenquelle: Todesursachenstatistik (Statistisches Bundesamt 2013b)



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 (Mensink et al. 2013). Die Unterschiede zwischen neuen und alten Bundesländern sind dabei langsam zurückgegangen (Lampert 2010b). Nach aktuellen Messdaten aus der »Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland« (DEGS1) bestehen keine signifikanten Unterschiede mehr in der Verbreitung von Adipositas bei Frauen und Männern im Alter zwischen 25 und 69 Jahren (Tabelle 2).

Weiterführende Analysen auf Basis der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012« (GEDA 2012) sprechen dafür, dass lediglich noch im höheren Alter bedeutsame Unterschiede in der Verbreitung von Adipositas zuungunsten der neuen Bundesländer bestehen. Dies deckt sich auch mit den Befunden der »Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen« (KiGGS), nach der bereits vor zehn Jahren bei Kindern und Jugendlichen keine Unterschiede in der Adipositasprävalenz zwischen neuen und alten Bundesländern festzustellen waren (Lampert et al. 2010a). Für eine Analyse regionaler Verteilungsmuster kann auf die Daten des Mikrozensus zurückgegriffen werden. Diese basieren allerdings auf Selbstangaben und nicht auf Messwerten. Abbildung 8 macht die zunehmende Verbreitung von Adipositas in allen Bundesländern deutlich. Durch die Berücksichtigung der höheren Altersgruppen im Mikrozensus weist diese Datenquelle auch für das Jahr 2009 noch erhöhte Prävalenzen in den neuen Bundesländern aus. Zudem zeigen sich erhöhte Werte in den westlichen alten Bundesländern. Insgesamt ist der Anstieg auch im Zusammenhang mit der Alterung der Bevölkerung zu sehen.

Tabak- und Alkoholkonsum

Nach Daten der Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts rauchten zu Beginn der 1990er Jahre Frauen in den neuen Bundesländern deutlich seltener als Frauen in den alten Bundesländern (Robert Koch-Institut 2009, Lampert 2010b). Bei Männern, die insgesamt deutlich häufiger rauchen als Frauen, lag die Raucherquote zu dieser Zeit in den neuen Bundesländern etwas höher als in den alten Bundesländern. Nach aktuellen Daten aus der GEDA-Studie 2012 bestehen keine signifikanten Differenzen mehr in den Raucherquoten von Frauen und Männern in den neuen und alten Bundesländern.

Die Entwicklung von regionalen Unterschieden im Rauchverhalten der Jugendlichen im Alter zwischen 12 und 17 Jahren lässt sich anhand der Daten der Drogenaffinitätsstudie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) darstellen. In den 1990er Jahren kam es bei Jugendlichen in den neuen Ländern zu einem deutlichen Anstieg der Raucherquoten, der sich erst nach dem Jahr 2005 im Kontext eines verstärkten Nichtraucherschutzes in Deutschland in einen Rückgang umgekehrt hat (Abbildung 9). Nach den aktuellen Daten für das Jahr 2012 zeigen sich nun im Vergleich zu den alten Bundesländern keine erhöhten Raucherquoten für Mädchen und Jungen in den neuen Bundesländern mehr.

Der Verbrauch alkoholischer Getränke war in der DDR vor dem Fall der Mauer im internationalen Vergleich relativ hoch. Ein riskanter Alkoholkonsum war auch in den Jahren nach der Wiedervereinigung in den neuen Bundesländern weiter verbreitet als in den alten Bundesländern (Robert Koch-Institut 2009). In der Folgezeit kam es zu einer Annäherung der Konsummuster. Nach Ergebnissen der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell 2012« (GEDA 2012) weisen insbesondere Männer weiterhin Unterschiede im Konsumverhalten auf. Bei Männern aus den neuen Bundes-

Tabelle 2

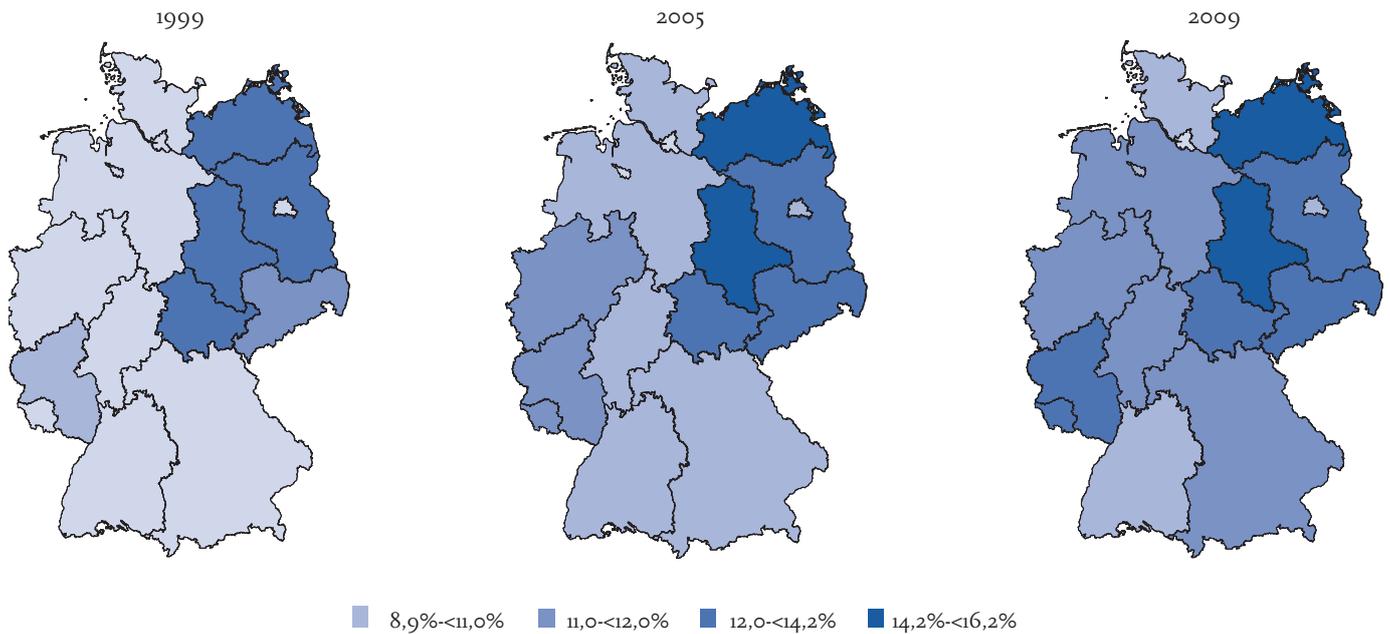
Anteil der Frauen und Männer in den neuen und alten Bundesländern mit Adipositas (BMI ≥ 30) nach Altersgruppen, 1990–1992, 1997–1999, 2008–2011

Datenquelle: Gesundheitssurveys des RKI 1990–1992, 1997–1999, 2008–2011, basierend auf Messwerten zu Körpergröße und -gewicht

	1990–1992		1997–1999		2008–2011	
	ABL	NBL	ABL	NBL	ABL	NBL
Frauen						
18–24 Jahre	–	–	0,4	1,1	0,7	0,6
25–39 Jahre	3,4	5,0	4,6	3,0	3,6	3,9
40–54 Jahre	6,4	9,7	5,7	6,0	6,6	7,1
55–69 Jahre	9,7	12,1	7,6	10,8	6,9	8,3
Gesamt (25–69 Jahre)	19,5	26,8	22,6	25,2	22,5	25,8
Männer						
18–24 Jahre	–	–	0,8	0,5	0,6	0,9
25–39 Jahre	4,5	6,8	4,6	4,0	4,5	3,5
40–54 Jahre	6,7	8,6	5,9	8,1	7,9	7,8
55–69 Jahre	6,1	6,2	5,9	7,1	6,6	7,3
Gesamt (25–69 Jahre)	17,3	21,7	19,7	23,3	24,6	23,9

Abbildung 8**Anteil der Personen mit Adipositas (BMI ≥ 30) nach Bundesländern, 1999, 2005 und 2009**

Datenquelle: Mikrozensus 1999, 2005, 2009 (Statistisches Bundesamt 2010)



ländern der Altersgruppen 40 bis 49 und 50 bis 59 Jahre zeigen sich mit 37,1% bzw. 38,9% vergleichsweise hohe Anteile an Personen mit einem riskanten Alkoholkonsum. Die entsprechenden Anteile gleichaltriger Männer in den alten Bundesländern liegen mit 28,5% bei den 40- bis 49-Jährigen und 27,8% bei den 50- bis 59-Jährigen rund zehn Prozentpunkte niedriger.

Zum Alkoholkonsum bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen liegen Informationen aus den Dro-

genaffinitätsstudien der BZgA vor. Demnach lagen die Anteile der 12- bis 17-Jährigen, die jemals im Leben Alkohol konsumiert haben (Lebenszeitprävalenz), im Jahr 2001 in allen Gruppen deutlich über 80% und sind seitdem zurückgegangen. Bedeutsame Unterschiede zwischen alten und neuen Bundesländern finden sich kaum: Im Jahr 2011 lag die Lebenszeitprävalenz des Alkoholkonsums bei 73,3% der Jungen aus den alten Bundesländern und bei 66,7% in den neuen Bundesländern. Bei gleichaltrigen Mäd-

Abbildung 9**Rauchquoten von 12- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen in den neuen und alten Bundesländern, 1993–2012**

Datenquelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2014)



chen fielen die Ost-West-Unterschiede ebenfalls gering aus (72,1% in den alten, 77,1% in den neuen Bundesländern). In der öffentlichen Wahrnehmung zum Konsum alkoholischer Getränke hat in den vergangenen Jahren das so genannte Rauschtrinken (binge drinking) stark an Bedeutung gewonnen. Dieses wird in wissenschaftlichen Erhebungen häufig als das Trinken von mindestens fünf Getränken bei einer Gelegenheit definiert. Neben Unterschieden zwischen den Geschlechtern zeigt sich hier, dass die Prävalenzen nach 2007 in allen Gruppen nach und nach zurückgehen (Abbildung 10). Im Jahr 2011 berichtete etwa jedes zehnte Mädchen zwischen 12 und 17 Jahren und knapp jeder fünfte Junge gleichen Alters von Erfahrungen mit Rauschtrinken in den letzten 30 Tagen.

Sportliche Aktivität

Nach Daten der Gesundheitssurveys des RKI kann für den Zeitraum von 1990 bis 2011 gezeigt werden, dass die Sportbeteiligung in den neuen Bundesländern kurz nach der Wiedervereinigung geringer war als in den alten Bundesländern (Lampert 2010b, Krug et al. 2013). Seitdem hat die Sportbeteiligung in Deutschland insgesamt deutlich zugenommen, während sich die Ost-West-Unterschiede verringert haben (Abbildung 11). Wird der in den neuen und alten Bundesländern unterschiedliche Altersaufbau in der Bevölkerung berücksichtigt, zeigen sich bei Frauen und Männern in der Studie DEGS1 keine signifikanten Unterschiede mehr hinsichtlich der Ausübung sportlicher Aktivität in den letzten vier Wochen.

Unterschiede zwischen den neuen und alten Bundesländern zeigen sich dagegen im Kindes- und Jugendalter. Nach Ergebnissen der KiGGS-Studie (2003–2006)

ist auch hier der Anteil sportlich Inaktiver in den neuen Bundesländern höher. Eine nach Organisationsform differenzierte Betrachtung verdeutlicht, dass die Ost-West-Unterschiede in der Sportbeteiligung vor allem auf die unterschiedliche Aktivität in Sportvereinen zurückzuführen sind. Bei der nicht-vereinsgebundenen Sportausübung fallen die Unterschiede deutlich schwächer aus (Lampert et al. 2007). Analysen neuerer Daten aus der ersten Folgebefragung der »Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland« (KiGGS Welle 1, 2009–2012) sprechen dafür, dass sich diese Differenzen nicht wesentlich verringert haben.

Ambulante Versorgung

Mit der Wiedervereinigung war für die neuen Bundesländer auch eine Übernahme des Versorgungssystems der alten Bundesländer verbunden. Während der Angleichungsprozess für die Krankenhausversorgung darin bestand, dass die Krankenhäuser modernisiert, das qualitative Versorgungsniveau verbessert und die Strukturen den gesetzlichen Bestimmungen der Bundesrepublik angepasst wurden, waren die Veränderungen der ambulanten medizinischen Versorgung weitaus einschneidender. An Stelle einer überwiegend staatlich und betrieblich organisierten ambulanten Versorgung, die hauptsächlich in Polikliniken und Ambulatorien stattfand, traten private Leistungserbringer, vor allem niedergelassene Ärztinnen und Ärzte (Bundesministerium des Innern 2010).

Zwischen 1993 und 2013 ist die Zahl der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte in Deutschland um 24 % auf 142.660 gestiegen. Dabei fiel der relative Anstieg in den alten Bundesländern mit

Abbildung 10
Binge-Drinking in den letzten 30 Tagen (5 Getränke oder mehr bei einer Gelegenheit) bei 12- bis 17-jährigen Mädchen und Jungen in den neuen und alten Bundesländern, 2004–2011
 Datenquelle: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2014)

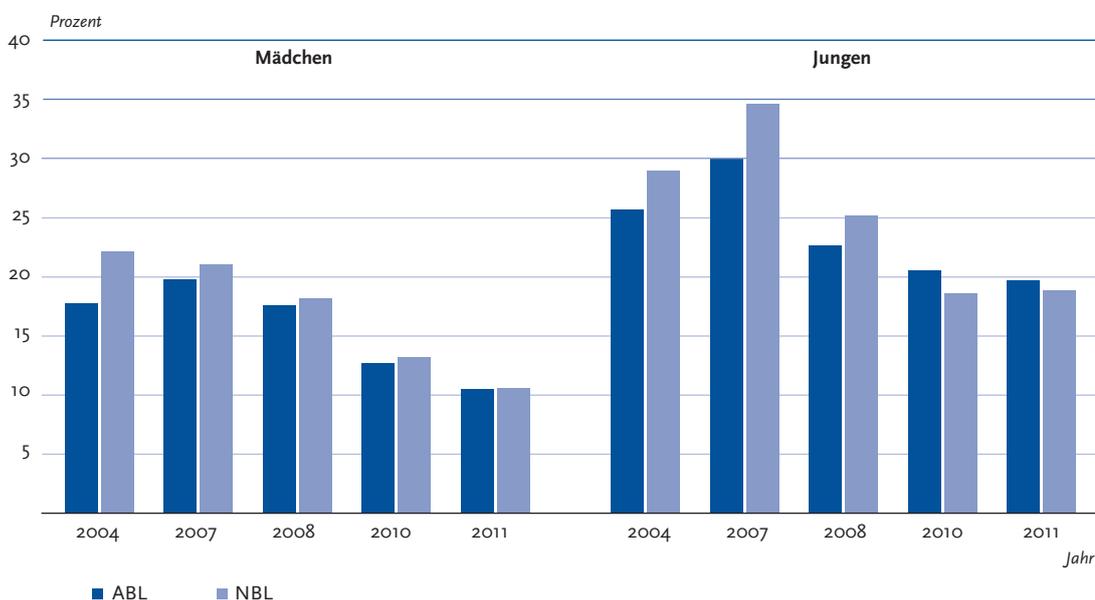
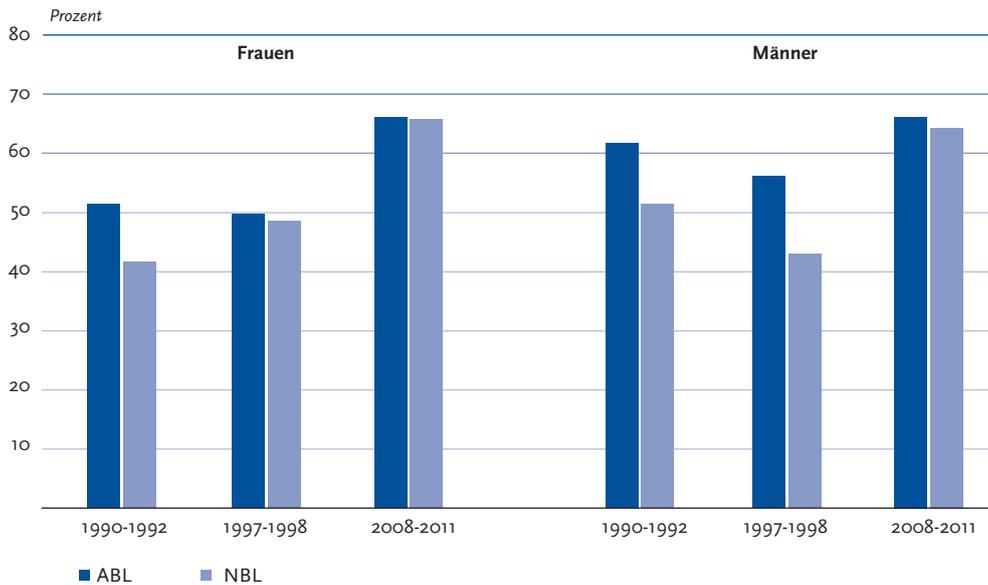


Abbildung 11

Anteil der Männer und Frauen in den neuen und alten Bundesländern mit Ausübung sportlicher Aktivität in den letzten 4 Wochen, 1990–1992, 1997–1999, 2008–2011

Datenquelle: Gesundheitssurveys des RKI 1990–1992, 1997–1999, 2008–2011



25 % auf 121.513 deutlich höher aus als in den neuen Bundesländern, in denen die Zahl um knapp 14 % auf 21.147 teilnehmende Ärztinnen und Ärzte anstieg (Kassenärztliche Bundesvereinigung 2014).

Deutliche regionale Unterschiede bestehen hinsichtlich der ambulanten Arztdichte. So sind 2011 die meisten Hausärztinnen bzw. Hausärzte je 100.000 Einwohner in Bayern, Hamburg und Berlin zu finden, während Brandenburg und Nordrhein-Westfalen unter dem Bundesdurchschnitt liegen. Die größeren Unterschiede zeigen sich bei der Dichte an Psychotherapeutinnen bzw. Psychotherapeuten (Abbildung 12) (BBSR 2013). Eine kleinräumigere Betrachtung nach Raumordnungsregionen zeigt, dass auch innerhalb der einzelnen Bundesländer regionale Unterschiede im Versorgungsangebot bestehen. So ist von einer Ungleichverteilung zwischen Stadt und Land, mit Benachteiligung der ländlichen Regionen, auszugehen (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014).

Der Sachverständigenrat Gesundheit bezeichnet die Sicherstellung einer nachhaltigen sowie effizienten und effektiven Gesundheitsversorgung durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in dünn besiedelten, strukturschwachen Regionen als besondere Herausforderung (Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2014, Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009). Um diese zu erreichen, sind verschiedene Maßnahmen denkbar. Bereits praktiziert wird die Delegation von Teilen ärztlicher Tätigkeit an qualifizierte nichtärztliche Fachkräfte, wie in »AGnES«, »VerAH« und weiteren Modellprojekten (Kalitzkus et al. 2009), die z. T. bereits in die Regelversorgung überführt wurden. Der Zugang zur ärztlichen Versorgung für Patientinnen und Patienten mit

eingeschränkter Mobilität kann z. B. über Patientenbusse oder mobile Arztpraxen verbessert werden. Weitere Möglichkeiten, Unterversorgung zu verringern, sind die Einrichtung von Zweigpraxen, ambulant-stationäre Kooperationen sowie Anreize für junge Ärztinnen und Ärzte, sich in unterversorgten Regionen niederzulassen (Richter-Kuhlmann 2014, Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg 2014).

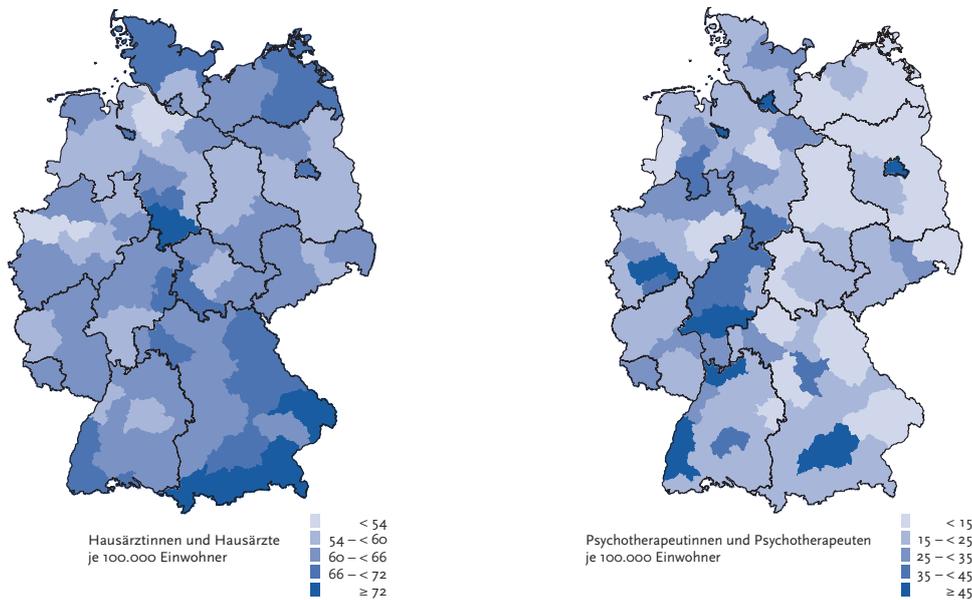
Fazit und Ausblick

Nach 25 Jahren gemeinsamer Entwicklung kann festgestellt werden, dass überwiegend eine Annäherung, zum Teil sogar ein Verschwinden der Ost-West-Unterschiede in der Gesundheit beobachtet werden kann. Dies geschah häufig im Zuge einer allgemeinen Verbesserung der Gesundheit, beispielsweise beim Anstieg der mittleren Lebenserwartung und beim Rückgang der Herz-Kreislauf-Mortalität. Aber auch eine – in den neuen Bundesländern schneller voranschreitende – negative Entwicklung kann zu einer Annäherung führen, wie der Anstieg des Tabakkonsums bei Frauen, insbesondere in den 1990er Jahren, zeigt. Damit wird deutlich, dass sich die im Bericht des Robert Koch-Instituts zum 20. Jahrestag des Mauerfalls (Robert Koch-Institut 2009) dargestellten Entwicklungen weiter fortgesetzt haben. Es zeigt sich aber auch erneut, dass die Bewertung der gesundheitlichen Entwicklung in Ost- und Westdeutschland einhergehen muss mit vergleichenden Betrachtungen zwischen den einzelnen Bundesländern sowie tiefer gegliederten Analysen, z. B. auf Kreisebene. Nur dadurch werden regionale Verteilungsmuster jenseits der Ost-West-Perspektive sichtbar und können im Zusammenhang mit der regionalen Verteilung von Gesundheitschancen betrachtet werden (Robert Koch-Institut 2009, Lampert et al. 2010a, Rommel et al. 2014).

Abbildung 12

Hausärztinnen bzw. -ärzte sowie Psychotherapeutinnen bzw. -therapeuten je 100.000 Einwohner nach Raumordnungsregionen, 2011

Datenquelle: : INKAR 2013 (BBSR 2013)



Schwerpunkt des vorliegenden Beitrags ist die Beschreibung von Ost-West-Unterschieden und weiteren regionalen Unterschieden in der Gesundheit. Für die Erklärung dieser Unterschiede können nur Ansätze aufgezeigt werden, zumal es für die verschiedenen Gesundheitsindikatoren keine einheitliche Erklärung gibt. Ein möglicher Ansatzpunkt liegt in der Beschreibung des Zusammenhangs zwischen der sozialen und gesundheitlichen Lage, der auf der Individualebene in den neuen und alten Bundesländern ähnlich stark ausgeprägt ist (Lampert et al. 2010a). So könnten die heute noch vorzufindenden Ost-West-Unterschiede in der Gesundheit zumindest teilweise darauf zurückzuführen sein, dass trotz der Annäherung der Lebensverhältnisse weiterhin sozioökonomische Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland bestehen.

Neben der gesundheitlichen Lage und den Risiko- und Schutzfaktoren muss auch die Gesundheitsversorgung in den Blick genommen werden. Die geringe Bevölkerungsdichte und fortschreitende Alterung der Bevölkerung in vielen Regionen der neuen Bundesländer, die auch mit Veränderungen in der Infrastruktur einhergeht, stellt die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung vor neue Herausforderungen. Dies betrifft nicht nur die ambulante und stationäre Versorgung, sondern auch andere Versorgungsbereiche wie Rehabilitation und Pflege. Die Aufgabe – auch sektorenübergreifend – Versorgungsmodelle zu entwickeln, um eine an die regionalen Gegebenheiten angepasste, wohnortnahe Versorgung mit Gesundheitsleistungen vor allem für ältere Menschen mit chronischen Erkrankungen zu gewährleisten, betrifft ganz Deutschland, aber zunächst vor allem die neuen Bundesländer. Hier gibt es vielversprechende Ansätze, die z. T. bereits

umgesetzt werden. Auch unter diesem Aspekt sind regionale Betrachtungen, die nicht nur die Bundesländer sondern auch kleinere Einheiten in den Blick nehmen, in Zukunft weiterhin von Interesse.

Dr. Franziska Prütz, Alexander Rommel,
 Dr. Lars Eric Kroll, PD Dr. Thomas Lampert
 Robert Koch-Institut
 Abteilung für Epidemiologie und
 Gesundheitsmonitoring

Literatur

- BBSR (2013) INKAR 2013 - Indikatoren, Karten und Graphiken zur Raum- und Stadtentwicklung in Deutschland und in Europa. Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung (BBSR) im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (BBR), Wiesbaden
- Bundesministerium des Innern (Hrsg) (2010) Jahresbericht der Bundesregierung zum Stand der Deutschen Einheit 2010. Bundesministerium des Innern Berlin
- Bundesministerium des Innern (Hrsg) (2013) Jahresbericht der Bundesregierung zum Stand der Deutschen Einheit 2013. Bundesministerium des Innern, Berlin
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (2014) Alkoholkonsum, Tabakkonsum und Konsum illegaler Drogen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen in den alten und neuen Bundesländern. Sonderauswertung der Drogenaffinitätsstudien 1993-2012. BZgA, Köln
- Jacobi F, Höfler M, Strehle J et al. (2014) Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. *Nervenarzt* 85 (1): 77-87
- Kalitzkus V, Schluckebier I, Wilm S (2009) AGnES, EVA, VerAH und Co – Wer kann den Hausarzt unterstützen und wie? Experten diskutieren die Zukunft der Medizinischen Fachangestellten in der hausärztlichen Versorgung. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 85: 403-405
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2014) Bundesarztregister. <http://www.gbe-bund.de> (Stand: 19.09.2014)
- Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (2014) Gemeinsam ältere Menschen aktivieren und stabilisieren - Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe eröffnet KV RegioMed Zentrum Templin <http://www.kvbb.de/presse/> (Stand: 19.09.2014)
- Krug S, Jordan S, Mensink GB et al. (2013) Körperliche Aktivität: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 56 (5-6): 765-771
- Lampert T (2010a) 20 Jahre Deutsche Einheit - Gibt es noch Ost-West-Unterschiede in der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen? *GBE kompakt* 4/2010. <http://www.rki.de/gbe-kompakt> (Stand: 19.09.2014)
- Lampert T (2010b) 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
- Lampert T, Mensink G, Romahn N et al. (2007) Körperlich-sportliche Aktivität von Kindern und Jugendlichen in Deutschland - Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 50: 634-642
- Lampert T, Ziese T, Kurth B (2010) Gesundheitszustand und Gesundheitsverhalten in Ost- und Westdeutschland. Entwicklungen und Trends seit der Wiedervereinigung Deutschlands. In: Krause P, Ostner I (Hrsg) Leben in Ost- und Westdeutschland Eine sozialwissenschaftliche Bilanz der deutschen Einheit 1990-2010. Campus Verlag, Frankfurt a.M., S 633-651
- Mensink G, Lampert T, Bergmann E (2005) Übergewicht und Adipositas in Deutschland 1984-2003. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 48 (12): 1348-1356
- Mensink GB, Schienkiewitz A, Haftenberger M et al. (2013) Übergewicht und Adipositas in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 56(5-6): 786-794
- Richter-Kuhlmann E (2014) Ambulante Versorgung in Thüringen: Erste niedergelassene Stipendiaten. *Dtsch Arztebl International* 111(33-34): 1396
- Robert Koch-Institut (Hrsg) 20 Jahre nach dem Fall der Mauer: Wie hat sich die Gesundheit in Deutschland entwickelt. Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Robert Koch-Institut, Berlin <http://www.rki.de/gesundheitsberichterstattung> (Stand: 19.09.2014)
- Robert Koch-Institut (Hrsg), Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (Hrsg) (2013) Krebs in Deutschland 2009/2010. 9. Ausgabe. RKI und GEKID, Berlin <http://www.rki.de/gesundheitsberichterstattung> (Stand: 19.09.2014)
- Rommel A, Seeling S, Ziese T et al. (2014) 25 Jahre Deutsche Einheit: Gesundheitliche Entwicklungen und Trends in den neuen und alten Bundesländern. In: Brähler E, Wagner W (Hrsg) Kein Ende mit der Wende? Perspektiven aus Ost und West. Psychosozial Verlag, Gießen, S 189-203
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009) Gutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Bundestagsdrucksache 16/13770
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2014) Gutachten 2014 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche <http://www.svr-gesundheit.de> (Stand: 19.09.2014)
- Statistisches Bundesamt (2010) Mikrozensus - Fragen zur Gesundheit <http://www.gbe-bund.de> (Stand: 19.09.2014)
- Statistisches Bundesamt (2012) Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung <http://www.gbe-bund.de> (Stand: 19.09.2014)
- Statistisches Bundesamt (2013a) Krankenhausstatistik - Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Krankenhäusern <http://www.gbe-bund.de> (Stand: 19.09.2014)
- Statistisches Bundesamt (2013b) Todesursachenstatistik ab 1980, Sterbefälle, Sterbeziffern (je 100.000 Einwohner, altersstandardisiert) <http://www.gbe-bund.de> (Stand: 19.09.2014)
- Statistisches Bundesamt, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) am Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW Berlin) (2011) Datenreport 2011. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn
- Statistisches Bundesamt, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) am Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW Berlin) (2013) Datenreport 2013. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn

- Sundmacher L, Kimmerle J, Latzitis N et al. (2011) Vermeidbare Sterbefälle in Deutschland: Räumliche Verteilung und regionale Konzentration. *Gesundheitswesen* 73: 229-237
- Wasem J (1997) Vom staatlichen zum kassenärztlichen System. Eine Untersuchung des Transformationsprozesses der ambulanten ärztlichen Versorgung in Ostdeutschland. *Schriften des Max-Planck-Instituts für Gesellschaftsforschung*, Köln; Band 31. Campus, Frankfurt/Main; New York

Impressum

GBE kompakt

Herausgeber

Robert Koch-Institut
Nordufer 20
13353 Berlin

Redaktion

Martina Rabenberg, Dr. Livia Ryl
Robert Koch-Institut
Abt. Epidemiologie und Gesundheitsmonitoring
General-Pape-Straße 62
12101 Berlin
Tel.: 030-18754-3400
E-Mail: gbe@rki.de
www.rki.de/gesundheitsberichterstattung

Zitierweise

Prütz F, Rommel A, Kroll LE, Lampert T (2014)
25 Jahre nach dem Fall der Mauer: Regionale Unterschiede
in der Gesundheit.
Hrsg. Robert Koch-Institut, Berlin.
GBE kompakt 5(3)
www.rki.de/gbe-kompakt (Stand: 01.10.2014)

ISSN 2191-4974

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