

Thomas Lampert · Thomas Ziese ·
Bärbel-Maria Kurth

Gesundheitliche Entwicklungen und Trends in Ost- und Westdeutschland

Seit der Wiedervereinigung Deutschlands vor 20 Jahren wurden enorme gesellschaftliche Anstrengungen unternommen,

Thomas Lampert
Dr. PH, geb. 1970; stellvertretender Leiter des Fachgebiets Gesundheitsberichterstattung, Robert Koch-Institut (RKI), General-Pape-Straße 62–64, 12101 Berlin.
lampertt@rki.de

Thomas Ziese
Dr. med., geb. 1964; Leiter des Fachgebiets Gesundheitsberichterstattung, RKI (s. oben).
zieset@rki.de

Bärbel-Maria Kurth
Dr. rer. nat., geb. 1954; Leiterin der Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung, RKI (s. oben).
kurthb@rki.de

um die Lebensverhältnisse in den neuen Bundesländern an die in den alten anzugleichen. In vielen Bereichen konnte eine Annäherung erreicht werden, welche sich auch im Lebensstandard und in der subjektiven Zufriedenheit mit den Lebensbedingungen widerspiegelt.¹ Von einer vollständigen Angleichung der Lebensverhältnisse der Menschen in Ost- und Westdeutschland kann allerdings keine Rede sein. So konnte die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit in den neuen Bundesländern zwar deutlich gesteigert werden, das Bruttoinlandsprodukt (BIP) pro Einwohner beträgt aber auch gegenwärtig lediglich 73 Prozent des Durchschnitts der alten Bundesländer. Ebenso sprechen eine höhere Arbeitslosigkeit und Armutsbetroffenheit dafür, dass sich die Lebensverhältnisse der Menschen in Ost- und Westdeutschland noch voneinander unterscheiden.²

Für die Entwicklung der gesundheitlichen Lage in Ostdeutschland war darüber hinaus der tiefgreifende Wandel des Gesundheitssystems und der gesundheitlichen Versorgung

von großer Bedeutung. Der Angleichungsprozess an die westdeutschen Strukturen erfolgte in einigen Bereichen, vor allem in der vertragsärztlichen Versorgung sowie im Arzneimittelsektor, sehr schnell, so dass bereits nach einigen Jahren ähnliche Bedingungen wie in Westdeutschland vorzufinden waren. Entsprechend rasch konnten Versorgungsdefizite, die in der DDR etwa hinsichtlich der Verfügbarkeit moderner diagnostischer und therapeutischer Verfahren bestanden hatten, beseitigt werden. In den Bereichen, in denen komplexe Versorgungsstrukturen weitgehend neu geschaffen werden mussten, wie etwa bei der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen, der rehabilitativen und der pflegerischen Versorgung, verlief der Aufbau etwas weniger dynamisch, kann mittlerweile aber auch als weitgehend abgeschlossen gelten.³

Eine erste Bestandsaufnahme zur gesundheitlichen Lage in den ost- und den westdeutschen Bundesländern wurde vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) anlässlich des zehnten Jahrestages der deutschen Einheit vorgenommen. Der im Jahr 2000 vorgelegte Bericht und der Nachfolgebericht aus dem Jahr 2004 zeigten, dass sich viele der kurz nach der Wiedervereinigung zu beobachtenden Unterschiede im Gesundheitszustand, im Gesundheitsverhalten und in der Gesundheitsversorgung verringert hatten.⁴ Die Beobachtungen waren aber zumeist auf die 1990er Jahre begrenzt, und zu vielen Aspekten der gesundheitlichen Lage mangelte es an aussagekräftigen Daten. Vor diesem Hintergrund wurde das Robert Koch-Institut (RKI) im Frühjahr 2009 beauftragt, einen Bericht zu erstellen, der auf einer breiteren und verbesserten Datengrundlage eine Bilanz nach 20 Jahren gemeinsamer Entwicklung ermöglichen sollte. Der Bericht, der ein breites Spektrum gesundheitspolitischer relevanter Themen ab-

¹ Vgl. Bundesministerium des Innern (BMI), Jahresbericht der Bundesregierung zum Stand der Deutschen Einheit, Berlin 2010; Destatis/gesis-zuma/WZB, Datenreport 2008. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland, Bonn 2008.

² Vgl. BMI (Anm. 1).

³ Vgl. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS), Gesundheit in den neuen Ländern. Gesundheitliche Lage und Stand der Entwicklung, Berlin 2004.

⁴ Vgl. BMG, Gesundheit in den neuen Ländern. Stand, Probleme und Perspektiven nach 10 Jahren Deutscher Einheit, Bonn 2000; vgl. BMGS (Anm. 3).

deckt, beschränkt sich allerdings nicht auf den Ost-West-Vergleich, sondern betrachtet auch regionale Unterschiede auf Ebene der Bundesländer und zum Teil auch auf Ebene der für Deutschland ausgewiesenen Raumordnungsregionen. Im Folgenden werden zentrale Ergebnisse des Berichtes dargestellt, der im Rahmen der Gesundheitsberichterstattung des Bundes zum 20. Jahrestag des Mauerfalls am 9. November 2009 publiziert wurde.⁵

Entwicklungen und Trends

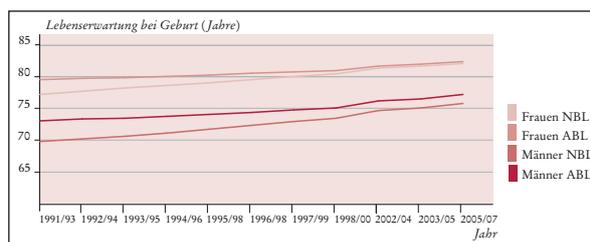
Die mittlere Lebenserwartung bei Geburt lag zu Beginn der 1990er Jahre für Frauen aus den neuen Bundesländern bei 77,2 Jahren und damit um 2,3 Jahre niedriger als für Frauen aus den alten Bundesländern. Bei Männern betrug der Ost-West-Unterschied sogar 3,2 Jahre. Seitdem hat die Lebenserwartung weiter kontinuierlich zugenommen, wobei der Zugewinn an Lebenszeit in den ostdeutschen Ländern noch größer ausfiel als im Westen. Bis zu den Jahren 2005/07 stieg sie bei ostdeutschen Frauen auf 82 Jahre an und lag damit nur noch 0,3 Jahre unter dem Vergleichswert für westdeutsche Frauen. Für ostdeutsche Männer betrug sie 75,8 Jahre, was einer Differenz von 1,4 Jahren gegenüber westdeutschen Männern entsprach (*Abbildung 1*).

Entscheidenden Anteil an der Verringerung der Ost-West-Unterschiede in der Lebenserwartung hat der Rückgang der Sterblichkeit infolge von Herz-Kreislauf-Erkrankungen, der sich im Osten noch schneller vollzog als im Westen. Kurz nach der Wiedervereinigung war die Herz-Kreislauf-Mortalität bei Frauen und Männern aus den neuen Bundesländern etwa 1,5-mal höher als bei Frauen und Männern aus den alten. Schon im Verlauf der 1990er Jahre kam es zu einer deutlichen Annäherung, die sich nach der Jahrtausendwende fortsetzte. Infolge dessen waren im Jahr 2007 nur noch vergleichsweise geringere Ost-West-Unterschiede in der Herz-Kreislauf-Mortalität festzustellen (*Abbildung 2*).

Neben Herz-Kreislauf-Erkrankungen gehören bösartige Neubildungen zu den bestimm-

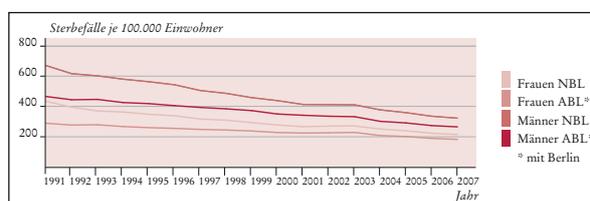
⁵ Vgl. Robert Koch-Institut (RKI), 20 Jahre nach dem Fall der Mauer: Wie hat sich die Gesundheit in Deutschland entwickelt? Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Berlin 2009.

Abbildung 1: Mittlere Lebenserwartung bei Geburt



Quelle: Statistik der natürlichen Bevölkerungsbewegung 1991–2007.

Abbildung 2: Sterberaten für Herz-Kreislauf-Erkrankungen

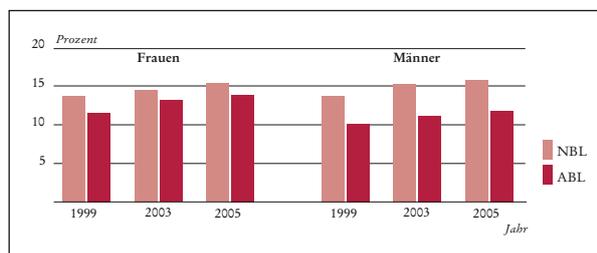


Altersstandardisiert auf die alte Europabevölkerung. Quelle: Todesursachenstatistik 1991–2007.

menden Erkrankungen des Krankheits- und Todesursachenspektrums. Wie für die Herz-Kreislauf-Mortalität, so lässt sich auch für die Sterblichkeit infolge von Krebserkrankungen ein Rückgang beobachten. Bezüglich der Krebssterblichkeit insgesamt bestehen heute wie vor 20 Jahren nur geringe Ost-West-Unterschiede. Für einzelne Krebslokalisationen zeigen sich aber Differenzen: Beispielsweise lag die Sterberate für Lungenkrebs bei Männern aus den ostdeutschen Ländern lange Zeit deutlich über der bei Männern aus den westdeutschen. Erst in den vergangenen Jahren hat im Zuge eines deutlichen Rückgangs der Sterberaten, der in Ostdeutschland stärker ausfiel als in Westdeutschland, eine Annäherung stattgefunden. Bei Frauen hingegen hat die Lungenkrebssterblichkeit zugenommen und sich im Zuge dessen der bereits zu Beginn der 1990er Jahre zu beobachtende Unterschied zu Ungunsten westdeutscher Frauen ausgeweitet.

Auch die Brustkrebssterblichkeit war kurz nach der Wiedervereinigung bei ostdeutschen Frauen niedriger als bei westdeutschen. Bis zum Jahr 2007 sank sie im Osten von 28 auf 20 Sterbefälle je 100 000 Frauen und im Westen von 33 auf 25 Sterbefälle, so dass der Ost-West-Unterschied weitgehend erhalten

Abbildung 3: Adipositasprävalenz in der 18-jährigen und älteren Bevölkerung



Quelle: Mikrozensus 1999, 2003, 2005.

geblieben ist. Auch die Neuerkrankungsrate für Brustkrebs ist in Ostdeutschland nach wie vor deutlich niedriger als in Westdeutschland.

Für die meisten anderen Krebslokalisationen haben sich die Sterbe- und Neuerkrankungsraten mittlerweile weitgehend angenähert, zum Beispiel bei Magenkrebs, Prostatakrebs bei Männern und Gebärmutterhalskrebs bei Frauen, oder es bestanden bereits zu Beginn der 1990er Jahre keine nennenswerten Ost-West-Unterschiede, etwa bei Bauchspeicheldrüsenkrebs und Leukämie.

Viele Herz-Kreislauf-, Krebs- und andere chronische Krankheiten können auf Risikofaktoren zurückgeführt werden, die im Zusammenhang mit dem Gesundheitsverhalten stehen. Dies trifft etwa auf den Tabakkonsum und auf Adipositas (Fettleibigkeit) zu. Für den Tabakkonsum lässt sich mit Daten der Gesundheitssurveys des RKI für die 25- bis 69-jährige Bevölkerung zeigen, dass zu Beginn der 1990er Jahre Frauen in den ostdeutschen Bundesländern mit 21 gegenüber 28 Prozent deutlich seltener rauchten als Frauen in den westdeutschen. In den Folgejahren hat das Rauchen bei ostdeutschen Frauen deutlich zugenommen und sich der Ost-West-Unterschied verringert. Im Jahr 2009 rauchten 28 Prozent der Frauen im Osten und 30 Prozent der Frauen im Westen. Bei Männern, die insgesamt deutlich häufiger rauchen als Frauen, lag die Rauchquote zu Beginn der 1990er Jahre in den ostdeutschen Bundesländern bei 41 Prozent und damit höher als in den westdeutschen mit 39 Prozent. Seitdem ist der Tabakkonsum bei Männern etwas zurückgegangen, wobei der Ost-West-Unterschied mit 38 gegenüber 36 Prozent erhalten geblieben ist.

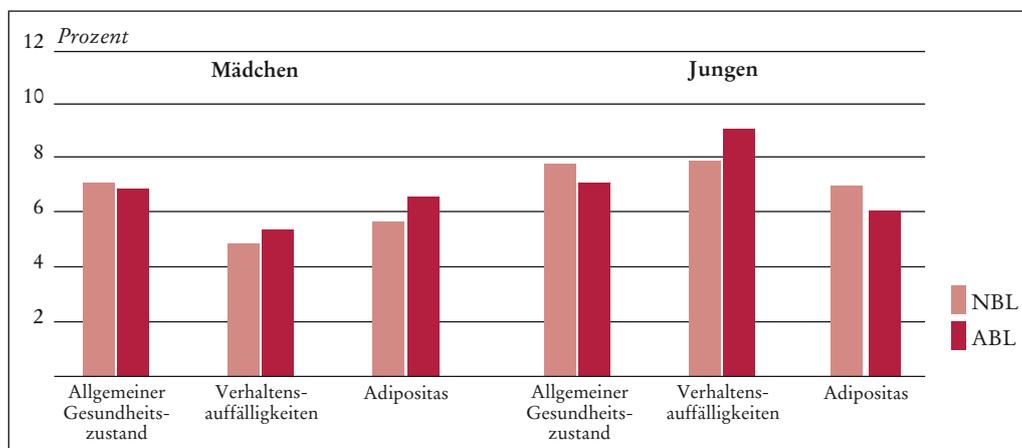
Darüber hinaus weisen die Daten des RKI aus den Jahren 1990 bis 1992 und 1998 auf eine stärkere Verbreitung der Adipositas im Osten hin. Für den Zeitraum von 1999 bis 2005 kann mit Daten des Mikrozensus gezeigt werden, dass die Verbreitung der Adipositas bei Frauen und Männern in beiden Landesteilen um etwa zwei Prozentpunkte zugenommen hat. Aufgrund dieser gleichförmigen Entwicklung gilt nach wie vor, dass mehr Frauen und Männer im Osten als im Westen adipös sind (Abbildung 3).

Gesundheitliche Situation der nach der Wiedervereinigung geborenen Generation

Die bisher dargestellten Ergebnisse bezogen sich auf Erwachsene, die im geteilten Deutschland gelebt und die Wiedervereinigung erlebt haben. Im Folgenden richtet sich der Blick auf die gesundheitliche Situation von Kindern und Jugendlichen, die erst nach dem Fall der Mauer geboren wurden. Eine umfassende Beschreibung der gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen in Deutschland ist mit den Daten des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) des RKI möglich, die in den Jahren 2003 bis 2006 erhoben wurden.⁶ Nach den KiGGS-Daten wächst die große Mehrheit der Kinder und Jugendlichen in Deutschland gesund auf. Lediglich 7 Prozent der Eltern beurteilen den allgemeinen Gesundheitszustand ihres Kindes als „mittelmäßig“, „schlecht“ oder „sehr schlecht“. Als verhaltensauffällig sind – unter Berücksichtigung von Verhaltensproblemen, emotionalen Problemen, Hyperaktivitätsproblemen und Problemen mit Gleichaltrigen – rund 7 Prozent der Heranwachsenden einzustufen. Übergewicht wurde in der KiGGS-Studie bei 15 Prozent der Kinder und Jugendlichen festgestellt. Darin eingeschlossen sind 6 Prozent der Heranwachsenden, bei denen sogar eine Adipositas vorliegt. Zwischen Kindern und Jugendlichen aus den neuen und den alten Bundesländern sind diesbezüglich keine bedeutsamen Unterschiede festzustellen, auch

⁶ Vgl. RKI/Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Erkennen-bewerten-handeln: Zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland, Berlin 2008.

Abbildung 4: Anteil der 3- bis 17-jährigen Kinder und Jugendlichen mit einem mittel-mäßigem bis sehr schlechtem allgemeinen Gesundheitszustand, Verhaltensauffälligkeiten und Adipositas



Quelle: Kinder- und Jugendgesundheitsurvey 2003–2006.

nicht in Bezug auf Adipositas, die bei Erwachsenen nach wie vor in Ostdeutschland stärker verbreitet ist als in Westdeutschland (Abbildung 4).

Auch hinsichtlich der meisten im Kindes- und Jugendalter vorkommenden Erkrankungen stellt sich die Situation bei den Heranwachsenden in Ost- und Westdeutschland sehr ähnlich dar. Dies trifft sowohl auf akute Erkrankungen wie grippaler Infekt, Mandelentzündung, akute Bronchitis oder Blasen- und Harnwegsinfektionen als auch auf chronische Erkrankungen wie Allergien, Stoffwechselstörungen oder Migräne zu. Besonders bemerkenswert ist dieser Befund in Bezug auf allergische Erkrankungen, da frühere Studien bei Kindern wie Erwachsenen auf geringere Prävalenzen in Ost- im Vergleich zu Westdeutschland hingewiesen haben.¹⁷

Deutlichere Ost-West-Unterschiede zeigen sich bei impfpräventablen Krankheiten. Beispielsweise tritt Keuchhusten bei Kindern und Jugendlichen in den westdeutschen Ländern mit 10 gegenüber 3 Prozent mehr als dreimal so häufig auf wie bei Gleichaltrigen aus Ostdeutschland. Auch die Lebenszeitprävalenz von Masern und Scharlach liegt im Westen höher. Mumps und Röteln hingegen betreffen mehr Kinder in den ostdeutschen Bundesländern.

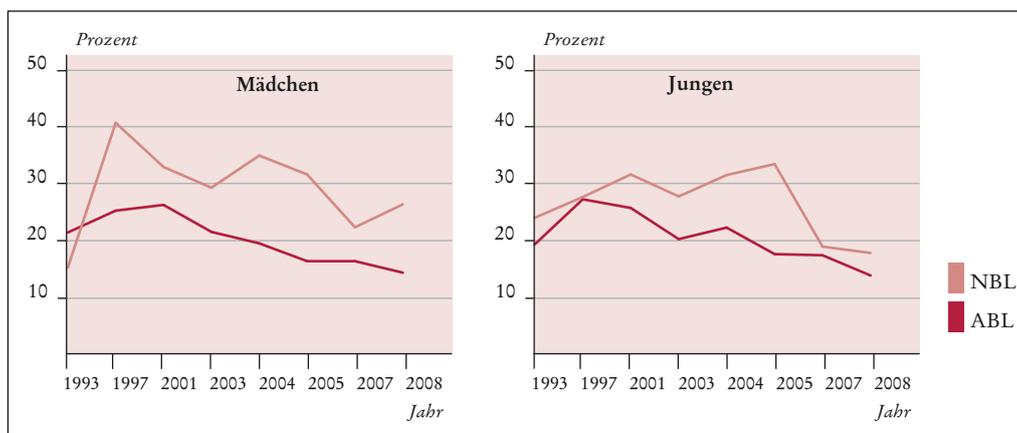
¹⁷ Vgl. BMG (Anm. 4).

Mit Blick auf den Ost-West-Vergleich sind darüber hinaus Daten der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) zum Tabak-, Alkohol- und Drogenkonsum von Jugendlichen interessant, zumal diese auch Aussagen über zeitliche Entwicklungen und Trends erlauben.¹⁸ Die BZgA-Daten zeigen, dass der Anteil der 12- bis 17-jährigen Jugendlichen, die zumindest gelegentlich rauchen, im Verlauf der 1990er Jahre zugenommen hat (Abbildung 5). Die Zunahme fiel dabei in den ostdeutschen Bundesländern stärker aus als in den westdeutschen. Im Jahr 2001 rauchten mit 31 gegenüber 26 Prozent mehr Jungen in Ost- als in Westdeutschland. Bei Mädchen war der Ost-West-Unterschied ähnlich stark ausgeprägt. Seitdem ist der Tabakkonsum bei Jugendlichen rückläufig, wobei der Entwicklungsverlauf im Westen kontinuierlicher war als im Osten. Auffällig ist insbesondere die in den vergangenen Jahren zu beobachtende neuerliche Zunahme des Rauchens bei Mädchen in Ostdeutschland, die entgegen dem generellen Trend verlief.

Im Hinblick auf den Alkoholkonsum zeigen die Daten der BZgA, dass der Anteil der 11- bis 17-jährigen Jugendlichen, die mindestens einmal pro Woche alkoholhaltige Getränke konsumieren, seit einigen Jahren

¹⁸ Vgl. BZgA, Die Drogenaffinität Jugendlicher in der Bundesrepublik Deutschland, Köln 2008.

Abbildung 5: Tabakkonsum bei 11- bis 17-jährigen Jugendlichen



Quelle: Repräsentativerhebungen der BZgA 1993–2008.

rückläufig ist und im Jahr 2008 mit 23 Prozent gegenüber 17 Prozent im Osten höher lag als im Westen. Bezüglich des sogenannten Rauschtrinkens, bei dem fünf oder mehr alkoholhaltige Getränke pro Gelegenheit getrunken werden, und der insgesamt konsumierten Menge an reinem Alkohol sind hingegen keine statistisch signifikanten Ost-West-Unterschiede zu beobachten.

Der Konsum illegaler Drogen spielte in der DDR eine weitaus geringere Rolle als in der Bundesrepublik. Allerdings war im Osten Deutschlands bereits kurz nach der Maueröffnung eine deutliche Zunahme des Zuspruchs zu illegalen Drogen zu beobachten. Mittlerweile haben Jugendliche aus dem Osten ihre Altersgenossen aus dem Westen nicht nur eingeholt, sondern sogar überholt. Dass sie jemals illegale Drogen wie Cannabis, Ecstasy oder Amphetamine konsumiert haben, trifft nach den Zahlen der BZgA aus dem Jahr 2008 auf 15 Prozent der ostdeutschen und 9 Prozent der westdeutschen Jugendlichen im Alter von 12 bis 17 Jahren zu. Die 12-Monats-Prävalenz liegt im Osten bei 11 Prozent und im Westen bei 7 Prozent.

Aufschlussreich für die Beurteilung der gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen sind darüber hinaus Daten zur Inanspruchnahme von Präventionsangeboten. Mit den Daten der Einschulungsuntersuchungen kann gezeigt werden, dass die Beteiligung an Impfungen bei Kindern in den ostdeutschen Bundesländern zunächst höher war als in den westdeutschen. Noch Ende der

1990er Jahre zeichneten sich die Ost-West-Unterschiede in den Impfquoten deutlich ab. Seitdem hat die Teilnahme an Impfungen insgesamt stark zugenommen, auch bei Impfungen, bei denen lange Zeit erhebliche Defizite bestanden, etwa die zweite Masern-Impfung, die Pertussis- und die Hepatitis B-Impfung. Gleichzeitig haben sich die Ost-West-Unterschiede verringert, so dass sich im Jahr 2007 die Impfquoten bei Kindern und Jugendlichen weitgehend angenähert hatten.

Neben Schutzimpfungen zählt das Krankheitsfrüherkennungsprogramm für Kinder zu den wichtigsten Präventionsmaßnahmen im Kindes- und Jugendalter. Die sogenannten U-Untersuchungen, die auf eine frühzeitige Erkennung von Entwicklungsdefiziten und Gesundheitsstörungen zielen und zum Regelkatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören, gibt es in den alten Bundesländern seit dem Jahr 1971, während sie in den neuen Bundesländern erst nach der Wiedervereinigung eingeführt wurden. So gesehen überrascht es nicht, dass die Inanspruchnahme der U-Untersuchungen im Osten zunächst deutlich geringer war als im Westen. Noch 1997 ließen sich spätestens ab der U5 deutliche Unterschiede zu Ungunsten von Kindern aus den ostdeutschen Bundesländern ausmachen. Seitdem haben sich die Teilnahmequoten weiter angenähert. Im Jahr 2008 ließen sich anhand der Daten des Zentralinstitutes für die Kassenärztliche Versorgung nur noch geringe Ost-West-Unterschiede identifizieren. Die Teilnahmequoten für die Untersuchungen, die im ersten Le-

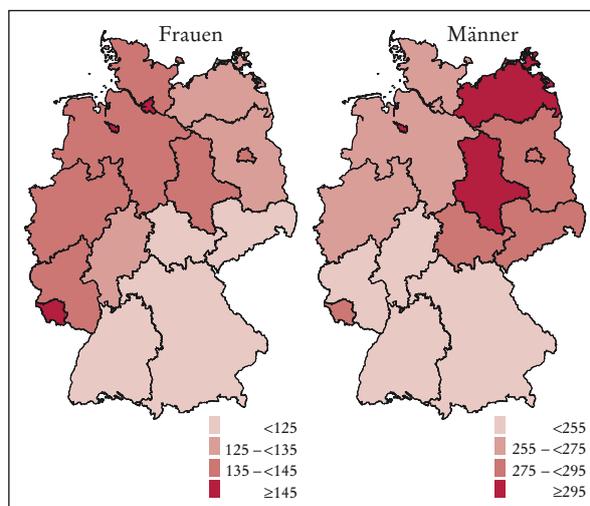
bensjahr durchgeführt werden, also bis zur U6, lagen im Osten wie im Westen bei über 90 Prozent. Zur U8 und U9 wurden knapp über 80 Prozent der Kinder vorgestellt.

Regionale Unterschiede jenseits der Ost-West-Perspektive

Die Betrachtung regionaler Unterschiede jenseits der Ost-West-Perspektive muss sich auf die Erwachsenenbevölkerung beschränken, da für Kinder und Jugendliche keine gleichermaßen belastbaren Daten zur Verfügung stehen. Welche Bedeutung der Analyse regionaler Unterschiede auf Ebene der einzelnen Bundesländer zukommt, lässt sich an der vorzeitigen Sterblichkeit verdeutlichen (Abbildung 6). In den Jahren 2004/06 war bei Frauen die vorzeitige Sterblichkeit im Saarland und in den Stadtstaaten Bremen und Hamburg am höchsten. Auch in Schleswig-Holstein, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz, Sachsen-Anhalt und Berlin lag sie über dem Bundesdurchschnitt. Vergleichsweise niedrig war die vorzeitige Sterblichkeit in Bayern und Baden-Württemberg, aber auch in Thüringen und Sachsen. Das regionale Verteilungsmuster bringt bei Frauen somit weniger einen Ost-West- als einen Nord-Süd-Unterschied zum Ausdruck. Bei Männern hingegen ist ein deutlicher Unterschied zu Ungunsten der ostdeutschen Bundesländer festzustellen. Am höchsten war die vorzeitige Sterblichkeit in Mecklenburg-Vorpommern und Sachsen-Anhalt, gefolgt von den anderen ostdeutschen Ländern. Mit Ausnahme des Saarlandes und Bremen lag die vorzeitige Sterblichkeit in den westdeutschen Bundesländern deutlich niedriger. Am geringsten war sie in Bayern, Baden-Württemberg, Hessen und Rheinland-Pfalz, so dass neben dem Ost-West-Unterschied auch von einem Nord-Süd-Gefälle gesprochen werden kann.

Der Vergleich zwischen den einzelnen Bundesländern ist auch in Bezug auf die Herz-Kreislauf-Mortalität aufschlussreich (Abbildung 7). Bei Frauen war in den Jahren 2005/07 die Herz-Kreislauf-Mortalität in Brandenburg und Sachsen-Anhalt am höchsten. Auch in Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen und Thüringen lagen die Werte über dem Bundesdurchschnitt. Das galt gleichfalls für Rheinland-Pfalz und das Saarland. Am niedrigsten war die Herz-Kreislauf-Mortalität

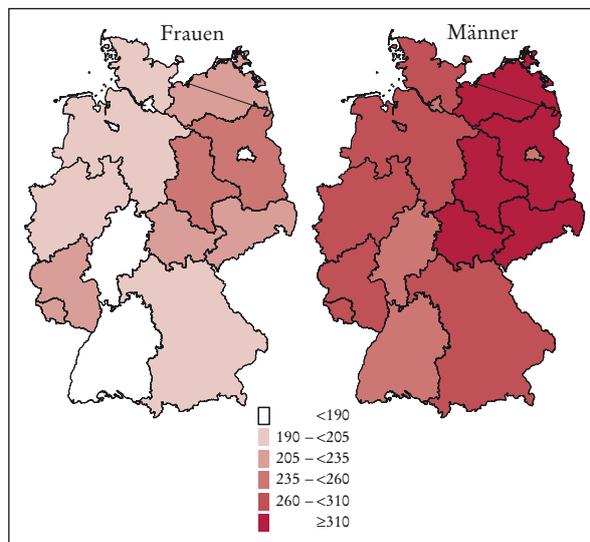
Abbildung 6: Vorzeitige Sterblichkeit (unter 65 Jahre) nach Bundesländern



Sterbefälle je 100000 Einwohner, altersstandardisiert auf die alte Europabevölkerung.

Quelle: Todesursachenstatistik 2004/06.

Abbildung 7: Sterberaten für Herz-Kreislauf-Erkrankungen nach Bundesländern

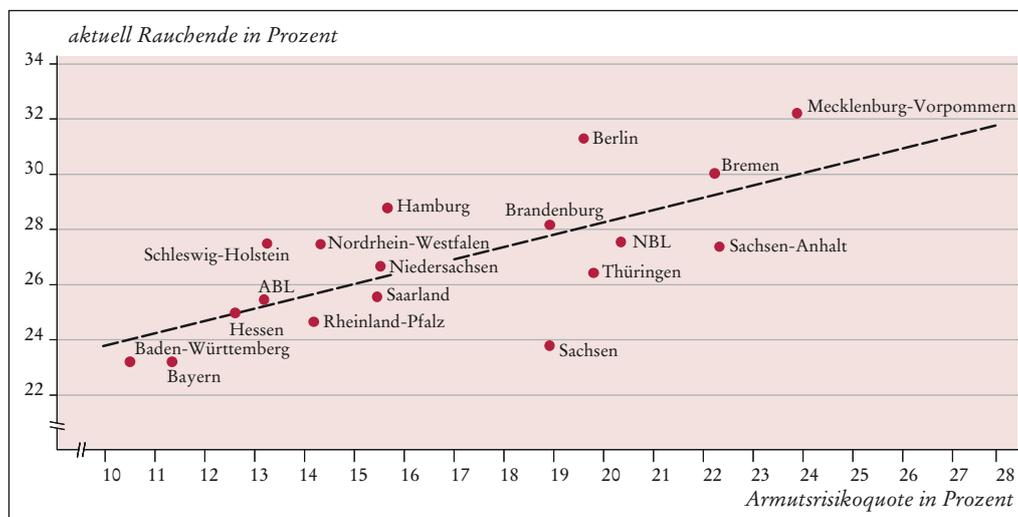


Sterbefälle je 100000 Einwohner, altersstandardisiert auf die alte Europabevölkerung.

Quelle: Todesursachenstatistik 2005/07.

tät in Baden-Württemberg, Hessen und den Stadtstaaten Berlin, Hamburg und Bremen. Bei Männern zeichnete sich ein deutlicher Ost-West-Unterschied zu Ungunsten der neuen Bundesländer ab. Die niedrigste Herz-Kreislauf-Mortalität fand sich wie bei Frauen

Abbildung 8: Zusammenhang zwischen Armutsrisiko- und Rauchquote auf Ebene der Bundesländer



Quelle: Mikrozensus 2005.

in Baden-Württemberg und Hessen, gefolgt von Berlin und Hamburg.

Aussagen zur unterschiedlichen Verbreitung des Tabakkonsums in den Bundesländern sind anhand von Daten des Mikrozensus 2005 möglich. Bei Frauen fand sich die höchste Raucherinnenquote in Berlin mit 28 Prozent, gefolgt von Mecklenburg-Vorpommern und Hamburg mit 27 bzw. 26 Prozent. Frauen aus Sachsen hatten im Ländervergleich mit 18 Prozent die niedrigste Quote. Relativ selten wird außerdem in Bayern mit 20 Prozent und in Baden-Württemberg und Thüringen mit jeweils 21 Prozent geraucht. Bei Männern war die Raucherquote mit 41 Prozent in Mecklenburg-Vorpommern am höchsten. Auch in Brandenburg und in den Stadtstaaten Berlin, Bremen und Hamburg lag sie mit jeweils über 35 Prozent vergleichsweise hoch. In Sachsen rauchten 32 Prozent der Männer und damit ein deutlich geringerer Anteil als in den anderen ostdeutschen Bundesländern. Am geringsten waren die Quoten bei Männern aus Bayern und Baden-Württemberg mit jeweils knapp unter 30 Prozent. Während in der regionalen Verteilung des Rauchens bei Frauen insbesondere ein Nord-Süd-Unterschied auffällt, kommt bei Männern außerdem ein Ost-West-Unterschied zum Ausdruck.

Darüber hinaus kann mit Daten des Mikrozensus 2005 gezeigt werden, dass in den

Bundesländern am häufigsten geraucht wird, in denen das Armutsrisiko am höchsten ist (Abbildung 8). Von einem Armutsrisiko wird gemäß einer auf EU-Ebene erzielten Konvention bei einem Netto-Äquivalenzeinkommen von weniger als 60 Prozent des gesamtgesellschaftlichen Mittelwertes (Median) ausgegangen. Besonders eindrücklich zeigt sich der Zusammenhang zwischen Armutsrisiko- und Rauchquote im Vergleich von Bayern und Baden-Württemberg gegenüber Mecklenburg-Vorpommern und Bremen. Eine bemerkenswerte Ausnahme stellt Sachsen dar: Die Armutsrisikoquote liegt über dem Durchschnitt der Bundesländer, die Rauchquote ist aber eine der geringsten.

Auch für andere Gesundheitsindikatoren lässt sich auf Ebene der Bundesländer ein Zusammenhang zur Armutsrisikoquote feststellen. So liegt die mittlere Lebenserwartung von Frauen aus den Bundesländern mit der höchsten Armutsrisikoquote etwa zwei Jahre unter dem Vergleichswert für die Bundesländer mit der niedrigsten Armutsrisikoquote. Bei Männern macht diese Differenz drei Jahre aus. Betrachtet man den Zusammenhang zwischen der mittleren Lebenserwartung bei Geburt und der Armutsbetroffenheit auf der Ebene der 96 für Deutschland ausgewiesenen Raumordnungsregionen, beträgt der Unterschied bei Männern sogar vier Jahre.

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 20 Jahren gemeinsamer Entwicklung kann in vielen Fällen eine Annäherung, zum Teil sogar ein Ausgleich der Ost-West-Unterschiede in der Gesundheit beobachtet werden. Zumeist ist diese Verringerung auf eine positive Entwicklung zurückzuführen, die sich in Ostdeutschland schneller vollzog als in Westdeutschland. Beispiele hierfür sind der Anstieg der mittleren Lebenserwartung und der Rückgang der Herz-Kreislauf-Mortalität. Für eine weitgehende Annäherung der Ost-West-Unterschiede sprechen auch die Ergebnisse zur gesundheitlichen Situation von Kindern und Jugendlichen, die nach der Wiedervereinigung geboren sind. So lassen sich anders als bei Erwachsenen keine Unterschiede in der Verbreitung allergischer Erkrankungen und von Adipositas beobachten. Auch in der Teilnahme an Impfungen und den U-Untersuchungen haben sich die Ost-West-Unterschiede inzwischen deutlich verringert.

Für die Bewertung der gesundheitlichen Entwicklung und Trends in Ost- und Westdeutschland ist darüber hinaus die vergleichende Betrachtung zwischen den einzelnen Bundesländern interessant. Diese macht einerseits regionale Verteilungsmuster jenseits der Ost-West-Perspektive deutlich, so etwa ein Nord-Süd-Gefälle in der vorzeitigen Sterblichkeit und der Herz-Kreislauf-Mortalität von Frauen. Andererseits ergeben sich Hinweise auf die Sonderstellung der Stadtstaaten und auch einzelner Flächenstaaten, wie etwa Sachsen in Bezug auf den Tabakkonsum und die mittlere Lebenserwartung bei Geburt. Ebenso ist von einer regionalen Verteilung der Gesundheitschancen innerhalb der einzelnen Bundesländer auszugehen. Dafür sprechen unter anderem die auf der Ebene der Raumordnungsregionen berichteten Unterschiede in der Lebenserwartung.

Für die deutliche Annäherung der Gesundheitschancen dürfte die im Zuge des Einigungsprozess erfolgte Verbesserung der allgemeinen Lebensbedingungen in Ostdeutschland, die mit erheblichen Investitionen und Aufbauhilfen möglich war, einen we-

sentlichen Beitrag geleistet haben. Neben der wirtschaftlichen Erneuerung und Entspannung der Arbeitsmarktsituation sowie Verbesserungen in Bezug auf die Stadtentwicklung, Wohnbedingungen und Umwelteinflüsse ist insbesondere die sehr rasch vollzogene Einbeziehung in die sozialen Sicherungssysteme und das System der Gesundheitsversorgung hervorzuheben.

Für die Gesundheitsunterschiede zwischen Bundesländern und Raumordnungsregionen ist insbesondere auf die zum Teil sehr unterschiedlichen Lebensbedingungen zu verweisen, die neben der Armutsrisikoquote auch an anderen sozialräumlichen Kennziffern, wie etwa dem Bruttoinlandsprodukt und der Arbeitslosenquote, festgemacht werden können. Zum Teil dürften die beschriebene 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.¹⁹

Abschließend ist darauf zu verweisen, dass sich die Entwicklung der beiden Landesteile nach dem Fall der Mauer nicht auf einer „Insel“, sondern im europäischen Kontext vollzogen hat. 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 ökonomisches starkes Land und der damit verbundenen Möglichkeit weitreichender Investitionen und Aufbauhilfen erfolgte, zeichnen sich die positiven Entwicklungen in der Gesundheit und Lebenserwartung in Ostdeutschland deutlich stärker ab.

¹⁹ Vgl. Nico Dragano et al., Neighbourhood Socioeconomic Status and Cardiovascular Risk Factors: a Multilevel Analysis of Nine Cities in the Czech Republic and Germany, in: *BMC Public Health*, 7 (2007), online: www.biomedcentral.com/1471-2458/7/255 (21.10.2010).