



Beiträge zur
Gesundheitsberichterstattung
des Bundes

**20 Jahre nach dem Fall der Mauer:
Wie hat sich die Gesundheit in Deutschland entwickelt?**



Beiträge zur
Gesundheitsberichterstattung
des Bundes

**20 Jahre nach dem Fall der Mauer:
Wie hat sich die Gesundheit in Deutschland entwickelt?**

Mitwirkende (in alphabetischer Reihenfolge)

Autorinnen und Autoren am Robert Koch-Institut

Karen Atzpodien
Eckardt Bergmann
Joachim Bertz
Markus Busch
Dieter Eis
Ute Ellert
Judith Fuchs
Elisabeth Gaber
Johanna Gutsche
Jörg Haberland
Christine Hagen
Ulfert Hapke
Christin Heidemann
Dieter Helm
Birte Hintzpeter
Susanne Jordan
Hildtraut Knopf
Klaus Kraywinkel
Lars Eric Kroll
Bärbel-Maria Kurth
Thomas Lampert
Ute Langen
Detlef Laußmann
Sabine Maria List
Gert B. M. Mensink
Hannelore Neuhauser
Enno Nowossadeck
Christina Poethko-Müller
Livia Ryl
Anke-Christine Saß
Christa Scheidt-Nave
Martin Schlaud
Roma Schmitz
Anne Starker
Jürgen Thelen
Ute Wolf
Thomas Ziese

Weitere Mitwirkende am Robert Koch-Institut

Franziska Bading
Andrea Franke
Kerstin Horch
Margrit Kalcklösch
Nils Holger Kirsch
Kerstin Möllerke
Sabine Schiller
Gisela Winter
Jutta Wirz

Externe Autoren

Wolfgang Hoffmann
Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald
Holger Kilian
Gesundheit Berlin Brandenburg, Berlin/Potsdam
Boris Orth
Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln
Henry Völzke
Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

Projektkoordination

Thomas Lampert

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	7
1 Einleitung	9
2 Wie haben sich die Rahmenbedingungen für Gesundheit seit der Wiedervereinigung verändert? . . . . .	.11
2.1 Entwicklung der Bevölkerung und der Lebensformen . . . . .	.11
2.2 Entwicklung der Lebensbedingungen . . . . .	.23
2.3 Entwicklung der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen . . . . .	.34
3 Wie hat sich die Gesundheit der Menschen in Ost- und Westdeutschland entwickelt?	43
3.1 Lebenserwartung / Mortalität . . . . .	.43
3.2 Subjektive Gesundheit . . . . .	.49
3.3 Herz-Kreislauf-Erkrankungen . . . . .	.52
3.4 Krebserkrankungen . . . . .	.62
3.5 Diabetes mellitus . . . . .	.71
3.6 Allergische Erkrankungen . . . . .	.76
3.7 Infektionskrankheiten . . . . .	.82
3.8 Psychische Gesundheit . . . . .	.91
3.9 Mund- und Zahngesundheit. . . . .	.99
3.10 Unfälle	106
4 Welche Faktoren beeinflussen die Gesundheit in den neuen und alten Bundesländern, was ist heute anders als vor 20 Jahren?	115
4.1 Körperliche Aktivität und Sport	115
4.2 Ernährung	122
4.3 Adipositas	128
4.4 Blutdruck	136
4.5 Rauchen	140
4.6 Alkoholkonsum	145
4.7 Drogenkonsum	152
4.8 Umwelteinflüsse	159
5 Wie werden Angebote zu Prävention und Gesundheitsförderung genutzt? 169	169
5.1 Impfen	169
5.2 Krebsfrüherkennungsuntersuchungen	176
5.3 Krankheitsfrüherkennungsprogramm für Kinder	182
5.4 Gesundheitsförderung.	188
6 Wie haben sich Angebot und Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung in den neuen und alten Bundesländern verändert?	201
6.1 Ambulante medizinische Versorgung	201
6.2 Stationäre medizinische Versorgung	212
6.3 Pflegebedürftigkeit und pflegerische Versorgung.	220
6.4 Medizinische Rehabilitation.	230
6.5 Arzneimittel	241

7	Welcher Zusammenhang besteht zwischen der sozialen und gesundheitlichen Lage in den neuen und alten Bundesländern?	251
7.1	Einkommen und Gesundheit	252
7.2	Bildung und Gesundheit.	257
7.3	Arbeitslosigkeit und Gesundheit	260
7.4	Fazit	263
8	Zusammenfassung	267
	Anhang.	273
	Ergebnisse der Study of Health in Pomerania (SHIP)	273
	Verwendete Datengrundlagen.	279
	Glossar.	291

Vorwort

Der vorliegende Bericht gibt einen Einblick in 20 Jahre »Gesundheitsgeschichte« der Bundesrepublik Deutschland. Dabei stand in diesem Falle nicht das Motto »Daten für Taten« im Vordergrund, sondern eher »Daten über Taten«. Konstatiert werden die Fortschritte in den letzten 20 Jahren, aber auch die noch bestehenden oder neu entstandenen Probleme.

Die Bundesgesundheitsberichterstattung, wie sie am Robert Koch-Institut etabliert ist, zeichnet sich durch Ausgewogenheit der Aussagen, die Berücksichtigung aller verfügbaren Informationen und eine möglichst neutrale Aufbereitung der Ergebnisse und eine standardisierte Darstellung aus. Bei dem hier vorgelegten Bericht handelt es sich ganz bewusst nicht um ein solches Produkt der offiziellen Bundesgesundheitsberichterstattung. Es erhebt nicht den Anspruch auf Vollständigkeit, Unangreifbarkeit und die Berücksichtigung aller möglichen Sichtweisen auf 20 Jahre Entwicklung in Ost- und Westdeutschland. In diesem »Beitrag zur Gesundheitsberichterstattung« wird versucht, auf der Grundlage der zur Verfügung stehenden Daten genau die Themen herauszugreifen, die geeignet sind, ein Stück des historischen Ausmaßes der Veränderungen zu reflektieren.

Klare und verständliche Aussagen zu treffen, ohne dabei durch zu viel »wenn und aber«, »hätte und könnte« auch die letzte Möglichkeit einer Fehlinterpretation zu beseitigen, ein Unterdrücken jeder Detailverliebtheit waren (unsere eigenen) Vorgaben für die Erstellung dieses Berichtes. Die Ausführungen stellen keine offizielle Verlautbarung des Bundesministeriums für Gesundheit dar, sondern sind das Produkt einer intensiven Arbeit der Mitarbeiter der Abteilung für Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung des Robert Koch-Instituts, die nach bestem Wissen und Gewissen die über 20 Jahre verfügbaren Informationen über gesundheitlich relevante Entwicklungen in Ost- und Westdeutschland zusammengetragen und bewertet haben. Wichtig war uns des Weiteren, dass bei den aktuellen Vergleichen nicht ausschließlich der Ost-West-Vergleich, also die Differenzierung zwischen neuen und alten Bundesländern im Mittelpunkt steht, sondern dass der Blick geweitet wird für kleinräumigere regionale

Unterschiede, die sich nicht immer nach der Himmelsrichtung sortieren lassen.

Der Umstand, dass die aktuellsten verwerteten Daten aus unserem erst im Mai 2009 beendeten telefonischen Gesundheitssurvey (GEDA) mit ca. 21.000 Teilnehmern aus ganz Deutschland stammen, erlaubt uns tatsächlich den Anspruch, 20 Jahre zu reflektieren. Der Wunsch, für diesen Bericht auch unsere neuesten Informationen nutzen zu können, bewirkte eine hohe Motivation bei den Mitarbeitern, innerhalb kürzester Zeit die Daten zu prüfen, aufzubereiten, die Qualität zu sichern und dann auszuwerten.

Die Erstellung dieses Berichtes hatte neben der allgemein historischen Komponente auch eine sehr individuelle: In der Abteilung (vormals war es das Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie des Bundesgesundheitsamtes) arbeiten seit 1990 Mitarbeiter aus Ostberlin und Westberlin, aus den neuen und aus den alten Bundesländern. Die Zusammenarbeit war orientiert an der Qualität der Arbeitsergebnisse und geprägt durch Umbrüche ganz anderer Natur (Auflösung des Bundesgesundheitsamtes, Umstrukturierung des Robert Koch-Instituts, Übernahme neuer Aufgaben, wie zum Beispiel die Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Begutachtung durch den Wissenschaftsrat, Kampf um Drittmittel zur Durchführung von Gesundheitssurveys). Die gemeinsame Bewältigung all dieser Aufgaben hat die Frage nach der Herkunft aus Ost oder West so sehr in den Hintergrund treten lassen, dass für neu hinzu gekommene Mitarbeiter diese Hintergründe weder erkennbar noch relevant waren. Deutlich wurden die unterschiedlichen Biografien bei der Erstellung dieses gemeinsamen Berichtes und der Durchleuchtung sozialer, demografischer und gesundheitlicher Zusammenhänge. Die Bewertung bestimmter Entwicklungen, das Hervorheben von Erfolgen und das Interpretieren von nach wie vor vorhandenen Rückständen hatten durchaus auch emotionale Komponenten. Die Auseinandersetzung um den Text war auch für uns ein Stück Geschichtsbewältigung, die nicht zuletzt in unserem gängigen Arbeitstitel »Mauerfallbericht« ihre Entsprechung fand.

Die Idee zur Erstellung eines solchen Berichtes lag mit Anbruch des Jahres 2009 sozusagen in der Luft. Schon im Jahr 1999 leisteten wir Zuarbeiten zu einem kurzen Bericht des BMG zur »Gesundheit in den neuen Ländern: Stand, Probleme und Perspektiven nach 10 Jahren Deutscher Einheit«. Die historische Chance, gleich nach der Wiedervereinigung in den alten und in den neuen Bundesländern analoge Gesundheitssurveys durchzuführen, wurde 1991 genutzt: Das Bundesgesundheitsministerium finanzierte den so genannten »Survey Ost«, der »Survey West« war gerade im Rahmen der Deutschen Herz- Kreislauf-Präventionsstudie abgeschlossen. Es war so gelungen, den Status quo der Unterschiede in der Gesundheit und im Gesundheitsverhalten der ost- und westdeutschen erwachsenen Bevölkerung zeitnah zur Wiedervereinigung festzustellen. Alle nachfolgenden Gesundheitssurveys beantworteten neben anderen Fragestellungen immer die Frage nach den Veränderungen der Ost-West-Unterschiede. Der 10 Jahre nach dem Mauerfall erstellte Bericht konnte dazu bereits Interessantes sagen.

Die sich daran anschließenden 10 Jahre bis heute brachten neue Entwicklungen, neue Daten, neue Perspektiven. Die Gesundheit der Deutschen 20 Jahre nach dem Mauerfall in ihrer Entwicklung zu beschreiben, war ein ehrgeiziges Unterfangen.

Die anfängliche Ehr-Furcht (im wahrsten Sinne des Wortes) vor diesem Projekt wurde uns durch die Kommission »Gesundheitsberichterstattung und Gesundheitsmonitoring« des Robert Koch-Institutes genommen, die auf ihrer konstituierenden Sitzung am 4. April dieses Jahres empfahl, mit dem Beginn der Arbeit für diesen Bericht nicht weiter zu zögern. Wir erhielten durch die Kommissionsmitglieder Unterstützung bei der Erstellung des Konzeptes und der Auswahl der inhaltlichen Komponenten. Das Statistische Bundesamt machte viele Sonderauswertungen für unseren Bericht, die kassenärztli-

che Bundesvereinigung stellte Daten zur Verfügung. Wissenschaftler der Universität Greifswald schrieben einen Beitrag zur speziellen gesundheitlichen Situation in Mecklenburg-Vorpommern, die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung unterstützte uns mit Sonderauswertungen der Drogenaffinitätsstudie und »Gesundheit Berlin-Brandenburg« trug wesentlich zum Kapitel Gesundheitsförderung bei.

Unser Dank gilt allen, die das Projekt unterstützt und gefördert haben.

Die Wissenschaftliche Redaktion lag bei den Mitarbeitern des Fachgebietes für Gesundheitsberichterstattung der Abteilung Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung. Fachlichen Zuarbeiten kamen aus allen Fachgebieten der Abteilung (siehe Autorenliste).

Der Bericht ist unser Versuch, einen akzeptablen Beitrag zur Bewertung der historischen Entwicklungen auf dem Gebiet der Gesundheit in beiden Teilen Deutschlands zu leisten. Für etwaige »Schieflastigkeiten« in der Darstellung sind wir verantwortlich, auch wenn sie nicht beachtet sind. Das optimistische Fazit unserer Analyse ist, dass es keines weiteren »Mauerfallberichtes« (etwa aus Anlass des 25. Jahrestages) mehr bedarf. Die Gesundheit ist »gesamtdeutsch«, die gesundheitlichen und gesundheitspolitischen Herausforderungen befinden sich nicht mehr (nur) auf der Ebene von Ost-West-Unterschieden.

Dr. Bärbel-Maria Kurth
Leiterin der Abteilung Epidemiologie und
Gesundheitsberichterstattung
des Robert Koch-Institutes

Berlin im November 2009

1 Einleitung

Es ist ein anspruchsvolles Unterfangen, 20 Jahre nach dem Fall der Mauer die gesundheitlichen Entwicklungen in beiden Teilen Deutschlands zu beschreiben und auch zu bewerten. Um hierzu belastbare Aussagen treffen zu können, wurden verschiedenste Datenquellen genutzt, wozu das Robert Koch-Institut bestmögliche Voraussetzungen hat: Da das Institut 1999 die inhaltliche Verantwortung für die Gesundheitsberichterstattung auf Bundesebene übertragen bekam und diese Aufgabe seither gemeinsam mit dem Statistischen Bundesamt erfüllt (Ziese 2000), sind alle für den Bericht relevanten Datenquellen bekannt und meist auch zugänglich. So ließen sich neben den Daten der Bevölkerungssurveys des Robert Koch-Instituts vor allem Daten aus amtlichen Statistiken verwenden. Diese liefern häufig regional differenziertere Informationen, die sich sehr gut kartographisch aufbereiten lassen. Mit Hilfe der Todesursachen- und Krankenhausstatistik wurden zeitliche Trends der Mortalität und Morbidität abgebildet. Zu Infektionskrankheiten standen die Daten der nach Infektionsschutzgesetz erhobenen Fälle meldepflichtiger Erkrankungen zur Verfügung, für die Bewertung des Krebsgeschehens in Deutschland konnten die Daten des Krebsregisters der DDR, des Saarlandes sowie anderer Landeskrebsregister genutzt werden. Weitere epidemiologische Erhebungen wurden hinzugezogen, so sie belastbare Aussagen zum Krankheits- und Gesundheitsgeschehen in Ost- und Westdeutschland beitragen konnten.

Hinzu kommt, dass durch die Etablierung eines Gesundheitsmonitorings am RKI (Kurth et al. 2009) die zusätzliche Durchführung telefonischer Gesundheitssurveys in kürzeren Abständen und in größerem Umfang ermöglicht wurde, so dass zu bestimmten Themen ganz neue Zeitreihen der Entwicklungen in Ost und West erstellt werden konnten. Die Nutzung der Daten des aktuellen telefonischen Gesundheitssurveys des RKI, der erst im Mai 2009 abgeschlossen wurde, berechtigt tatsächlich dazu, von der Darstellung von 20 Jahren Gesundheitsentwicklung zu sprechen.

Um die inhaltlichen Kapitel nicht zu sehr mit Ausführungen zu Daten und deren Erhebungsmethoden zu überfrachten, zumal sich viele in

mehreren Kapiteln wiederholen würden, ist im Anhang eine **Zusammenstellung** der genutzten **Datenquellen** mit einer kurzen Beschreibung sowie Literaturverweisen zu finden. Fachbegriffe sind am Ende des Berichtes in einem **Glossar** alphabetisch geordnet und erklärt.

Die Aufbereitung der verfügbaren Daten für eine Unterscheidung zwischen neuen und alten Bundesländern bedarf zusätzlicher Überlegungen: In der Gesundheitsberichterstattung wird beim Vergleich der Verbreitung von Krankheiten, Gesundheitsrisiken oder anderer Einflussfaktoren häufig mit altersstandardisierten Raten gearbeitet: Das heißt, unter Annahme einer gleichen (Standard)-Altersstruktur werden in verschiedenen Regionen beispielsweise Erkrankungsraten oder Auftretenshäufigkeiten pro 100.000 Einwohner auf bestehende Unterschiede untersucht. Ist kein Unterschied zu sehen, so ist aus epidemiologischer Sicht alles »im grünen Bereich«. Nutzt diese Aussage aber dem Gesundheitspolitiker, der Entscheidungen zu bestimmten Versorgungsstrukturen und das erforderliche Budget zu treffen hat, wenn ein großer Teil der Bevölkerung in seinem Einflussbereich alt bzw. sehr alt ist, also eine stark vom »Standard« abweichende Zusammensetzung aufweist? In seinem Falle sind statt der standardisierten Raten eher die absoluten Zahlen von Bedeutung: Wie viele Krebskranke oder Personen mit chronischen Erkrankungen und entsprechend erhöhtem Versorgungsbedarf sind in dieser Region zu erwarten? Ist die Versorgung in diesem Fall ausreichend gesichert, wenn die Zahl der verfügbaren Ärzte pro 100.000 Einwohner nicht geringer ist als in einem vergleichsweise jüngeren Bundesland? Die Altersstruktur in den neuen Bundesländern unterlag in den vergangenen 20 Jahren einer großen Dynamik: 1990 war Mecklenburg-Vorpommern das jüngste Bundesland, heute, fast 20 Jahre später, gehört es zu den demografisch ältesten Bundesländern, wie in Kapitel 2.1 nachzulesen ist. Zahlen, beispielsweise die der Übergewichtigen, Hypertoniker oder Krebskranken, verändern sich über die Zeit allein schon auf Grund des demografischen Wandels. Die absolute Auftretenshäufigkeit von Krankheiten und Risiken in Gesamtdeutschland bzw. im Regionalvergleich

sind von großer Relevanz für das Versorgungsgeschehen in der Bundesrepublik. Dennoch bleibt auch die Frage nach den Unterschieden in den altersstandardisierten Raten, denn hier erschließen sich möglicherweise ganz andere Einflüsse auf das Gesundheitsgeschehen.

Um solch unterschiedlich ausgerichtete Fragen beantworten zu können, finden sich im Bericht beide Formen der Darstellung: Die altersstandardisierten Kennzahlen ebenso wie absolute Zahlen. Das Auseinanderhalten der unterschiedlichen Darstellungen erfordert eine erhöhte Aufmerksamkeit beim Lesen. Auf die Verwendung altersstandardisierter Kennzahlen im Text wird jeweils explizit hingewiesen. In allen anderen Fällen handelt es sich um Aussagen, die sich auf die Bevölkerung in ihrer zum jeweiligen Zeitpunkt aktuellen Alterszusammensetzung beziehen.

Wenn in einem Bundesland die absoluten oder auch die altersstandardisierten Erkrankungszahlen höher liegen als im Nachbarland, handelt es sich dann um ein demografisches, medizinisches, gesundheitspolitisches, soziales oder Versorgungs-Problem?

Um diese Fragen auch in Bezug auf bestehende Ost-West-Unterschiede beantworten zu können, wird im **Kapitel 2.1** der demografische Wandel in den neuen und alten Bundesländer in den letzten 20 Jahren analysiert, **Kapitel 2.2** befasst sich mit regionalen Unterschieden in Wohlstand, Armut, Bildung, Arbeitslosigkeit, Einkommen und Privatvermögen.

Gesundheit, Lebensqualität, Lebenserwartung, Überlebensraten, all das hängt auch von der gesundheitlichen Versorgung und den dafür gegebenen Rahmenbedingungen ab. Auch hier fand nach der Wende ein Umbruch im Gesundheitssystem der DDR und eine Angleichung der gesundheitlichen Versorgung in beiden Teilen Deutschlands statt. **Kapitel 2.3** beschreibt in groben Zügen die sich verändernden Rahmenbedin-

gungen. Die speziellen Aspekte der gesundheitlichen Versorgung mit ihren Auswirkungen werden ausführlich im **Kapitel 6** dargestellt.

Die **Kapitel 3, 4, 5** und **6** befassen sich mit dem eigentlichen Thema des Berichtes, der Entwicklung von Gesundheit, Gesundheitsverhalten und der Gesundheitsversorgung seit dem Mauerfall und in der Unterscheidung zwischen den neuen und den alten Bundesländern, aber auch zwischen den Bundesländern einzeln oder in Regionen.

Dabei festgestellte Unterschiede bedürfen einer Erklärung. Auch wenn diese viel zu komplex ist, als dass sie in diesem Bericht vollständig gegeben werden könnte, wird zumindest ein Versuch hierfür in **Kapitel 7** unternommen. Auf der Grundlage der bekannten Zusammenhänge von Gesundheit, Gesundheitsverhalten und auch Gesundheitsversorgung mit sozialen Lebenslagen wie Armut, Arbeitslosigkeit und Bildung werden aktuelle Daten des Robert Koch-Institutes aus dem Jahre 2009 (GEDA, siehe Glossar) genutzt, um auf der individuellen Ebene einen Erklärungsansatz für regionale Unterschiede zu finden. Die hier dargestellten Ergebnisse sind Teil der am RKI laufenden Forschungsarbeiten und ebenso neu und aktuell wie die verwendeten Daten.

Literatur

- Kurth B-M, Lange C, Kamtsiuris P et al. (2009) Gesundheitsmonitoring am Robert Koch-Institut. Status und Perspektiven. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 52 (5): 557–570
- Ziese T (2000) Beginn der Routinephase: Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz 43 (8): 600–604