2 Wie haben sich die Rahmenbedingungen für Gesundheit seit der Wiedervereinigung verändert?

2.1 Entwicklung der Bevölkerung und der Lebensformen

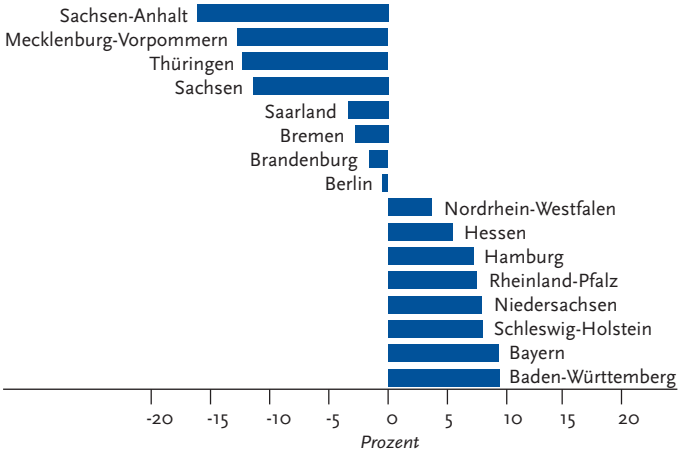
Bevölkerungsentwicklung

- Seit der Wende ist die Entwicklung der Bevölkerungszahlen in den neuen und alten Bundesländern gegenläufig.
- In den neuen Bundesländern führten insbesondere niedrige Geburtenzahlen nach der Wende, eine niedrigere Lebenserwartung sowie eine hohe Abwanderung zu einem Rückgang der Bevölkerungszahl.
- Das Bevölkerungswachstum im früheren Bundesgebiet wurde hauptsächlich durch hohe Zuwanderungsraten verursacht.
- In Zukunft ist insbesondere in den neuen Bundesländern mit einer starken Abnahme der Bevölkerungszahlen sowie mit einer beschleunigten Alterung der Bevölkerung zu rechnen.
- In beiden Landesteilen dürften sich jedoch die Differenzen der Bevölkerungsentwicklung zwischen prosperierenden und strukturschwachen Regionen ausweiten.

Derzeit leben in Deutschland rund 82 Millionen Menschen, wobei 80 % davon in den alten, rund 16 % in den neuen Bundesländern und etwa vier Prozent in Berlin wohnen. Die Bevölkerungsentwicklung ist im Osten und Westen Deutschlands seit der deutschen Wiedervereinigung gegenläufig: während die Bevölkerung in den alten Bundesländern zwischen 1990 und 2007 um 1,9 Millionen anstieg, nahm sie in den neuen Bundesländern um 2,9 Millionen ab (in Berlin kam es in diesem Zeitraum zu einem Bevölkerungsrückgang um 18.000 Personen) (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2008; Statistisches Bundesamt 2008a). Bayern und Baden-Württemberg verzeichneten von 1990 bis 2007 jeweils mit fast 10 % die größten Bevölkerungszuwächse. Sachsen-Anhalt, Mecklenburg-Vorpommern, Thüringen und Sachsen weisen hingegen negative Bevölkerungsentwicklungen in einer Größenordnung von -16 % bis -11 % auf (siehe Abbildung 2.1.1).

Darüber hinaus zeigen sich jedoch große Unterschiede zwischen urbanen und ländlichen Räumen, zwischen prosperierenden und strukturschwachen Regionen. So sind Regionen mit abnehmender Bevölkerung auch in den alten Bundesländern zu finden. Mit dem Ruhrgebiet, dem Saarland, dem südlichen Niedersachsen und dem

Abbildung 2.1.1
Veränderung im Bevölkerungsbestand nach Bundesländern 1990 bis 2007
Quelle: Statistisches Bundesamt



bayerischen Oberfranken sind insbesondere alte Industrieregionen von einem Bevölkerungsrückgang betroffen. Wachsende Regionen finden sich in beiden Landesteilen vorwiegend in suburbanen Räumen größerer Städte wie Berlin, München, Hamburg, Dresden und Leipzig sowie in der thüringischen Städtereihe von Jena über Erfurt bis nach Eisenach (Bundeszentrale für politische Bildung 2009).

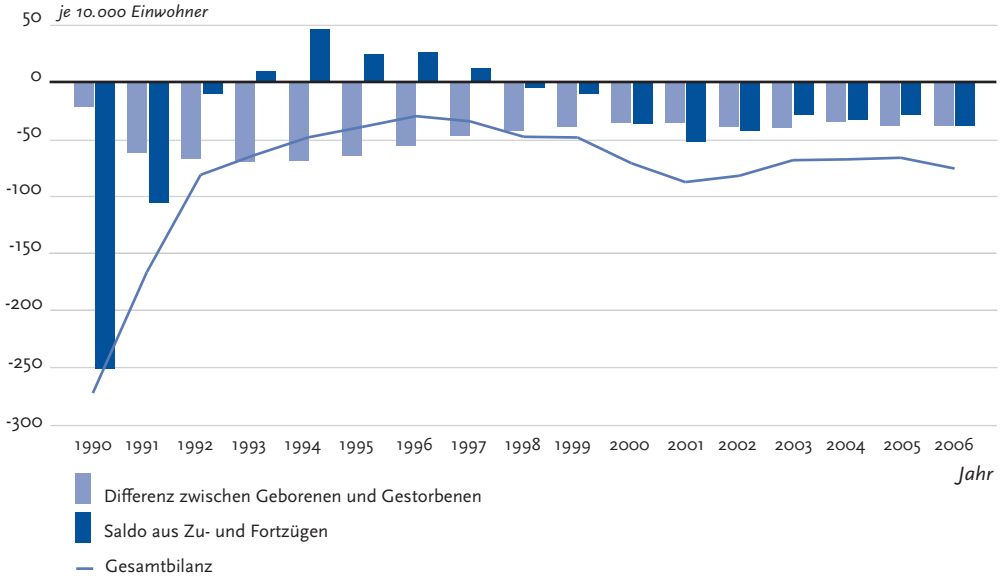
Die Bevölkerungsentwicklung hängt von drei grundlegenden demografischen Prozessen ab: von den Geburten, den Sterbefällen sowie den Zu- und Abwanderungen. Die Entwicklungen in allen drei Bereichen weisen in einem Ost-West-Vergleich spezifische Besonderheiten auf und erklären die gegenläufige Bevölkerungsentwicklung (siehe Abbildung 2.1.2 und 2.1.3).

Geburtengeschehen und Sterblichkeit

Das Geburtengeschehen wies aufgrund des außergewöhnlichen Geburtenrückgangs in Ostdeutschland Anfang der 1990er-Jahre starke Ost-West-Unterschiede auf. Der schnelle soziale Wandel, individuelle Unsicherheiten oder Existenzsorgen ließen einen Teil der ostdeutschen Frauen nach der Wende ihre Familiengründung in einen späteren Lebensabschnitt verschieben oder nicht mehr fortsetzen, was in den neuen Bundesländern zu einem in der Geschichte Deutschlands bisher nicht dagewesenen Tiefstand der Geburtenzahl führte. Seit 1995 steigen die Geburten wieder, so dass sich das Geburtenniveau in Ost und West inzwischen weitgehend angeglichen hat. Mit 1,32 bzw. 1,36 Kindern je Frau im Jahr 2006 liegt die zusammengefasste Geburtenziffer in Ost- und Westdeutschland allerdings so niedrig, dass die zur Erhaltung der Bevölkerungszahl auf längere Sicht erforderliche Zahl von 2,1 Kindern je Frau deutlich unterschritten wird. Folge dieser niedrigen Geburtenzahl ist, dass die Geburtsjahrgänge immer kleiner werden und damit auch die zukünftigen Elterngenerationen. Bei dem derzeitigen Geburtenniveau wird die aktuelle Elterngeneration nur noch zu etwa zwei Dritteln ersetzt (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2008; Grobecker, Krack-Rohberg 2008).

Die Lebenserwartung ist seit Beginn der 1990er-Jahre in beiden Teilen Deutschlands kontinuierlich gestiegen. Die Lücke in der Lebenserwartung zwischen den neuen und den alten Bundesländern

Abbildung 2.1.3
Komponenten der Bevölkerungsentwicklung in den neuen Bundesländern (ohne Berlin-Ost) 1990 bis 2006
Quelle: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2008



hat sich in diesem Zeitraum zwar deutlich verringert, ist aber immer noch vorhanden. Insgesamt ist ein Nord-Süd-Gefälle zu beobachten. Der Süden Westdeutschlands hat dabei die höchste Lebenserwartung (Baden-Württemberg), die neuen Bundesländer die niedrigste, zusammen mit einzelnen westdeutschen Ländern (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2008) (vgl. auch Kapitel 3.1).

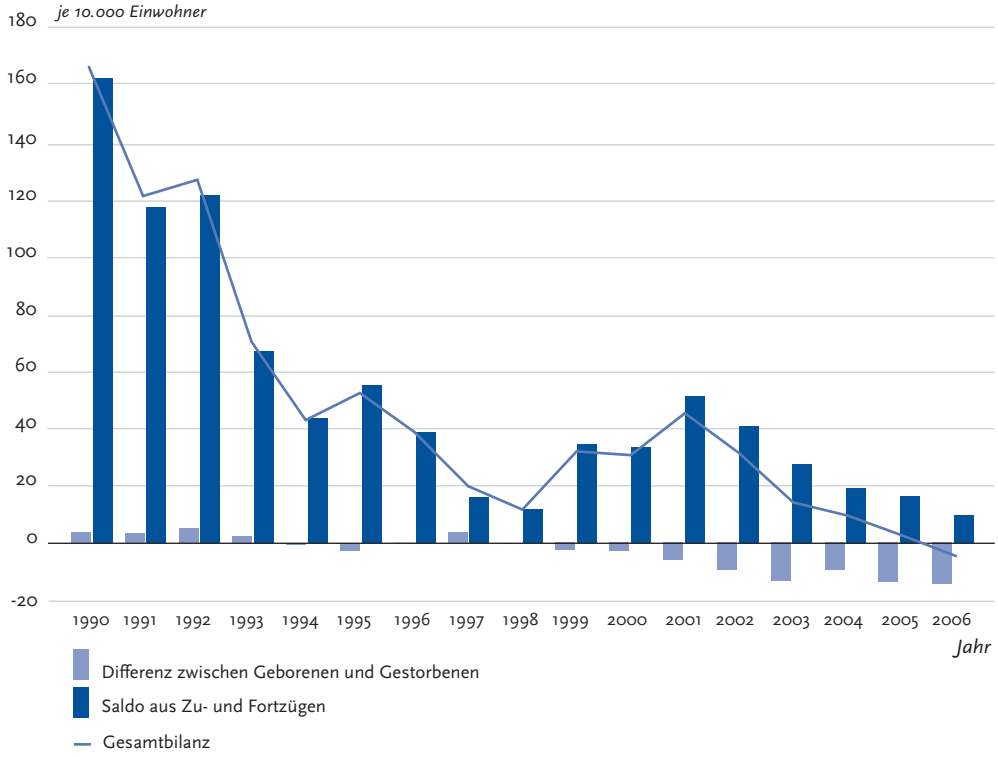
Die Differenz zwischen den Geborenen und den Gestorbenen war in dem früheren Bundesgebiet bis etwa zum Jahr 2000 nahezu ausgeglichen, erst danach ist ein leichter Gestorbenenüberschuss zu verzeichnen. In den neuen Bundesländern tragen das niedrige Geburtenniveau nach der Wende sowie die vergleichsweise niedrigere Lebenserwartung schon seit Beginn der 1990er-Jahre zum Bevölkerungsrückgang bei (siehe Abbildung 2.1.2 und 2.1.3).

Wanderungsprozesse

Die regionale Verteilung der Bevölkerung innerhalb Deutschlands wird ebenfalls durch Zu- und Abwanderungen aus dem In- und Ausland bestimmt. Während eine hohe Zuwanderung in den alten Bundesländern die Grundlage für das bis 2005 anhaltende Bevölkerungswachstum war, verstärken in den neuen Bundesländern die Abwanderungsprozesse den ohnehin durch den Gestorbenenüberschuss eintretenden Bevölkerungsrückgang (siehe Abbildung 2.1.2 und 2.1.3). Bevölkerungsverluste durch Abwanderungen sind insbesondere in den ländlichen und strukturschwachen Gebieten weit fortgeschritten.

Zuwanderungsregionen sind in erster Linie die wirtschaftlich starken süddeutschen Länder Bayern und Baden-Württemberg und die einwohnerstarken Länder Nordrhein-Westfalen und Hessen. Insbesondere in den Jahren direkt nach dem Mauerfall verlegten viele Bürger aus den neuen

Abbildung 2.1.2
Komponenten der Bevölkerungsentwicklung in den alten Bundesländern (ohne Berlin-West) 1990 bis 2006
Quelle: Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2008



Ländern ihren Wohnsitz in das frühere Bundesgebiet. Obgleich sich die Zuzüge aus den neuen Ländern und Berlin-Ost seit 1992 verringern und gleichzeitig ein Anstieg der Wanderungen in entgegengesetzter Richtung zu beobachten ist, fällt der Binnenwanderungssaldo zu Ungunsten der neuen Länder aus. Im Jahr 2006 verlegten fast 174.000 Menschen ihren Wohnsitz von den neuen Ländern (einschließlich Berlin) in eines der alten Bundesländer und rund 123.000 wählten den umgekehrten Weg. Daraus ergab sich für die neuen Länder einschließlich Berlin ein Abwanderungsverlust von rund 51.000 Personen (Grobecker, Krack-Rohberg 2008).

Zwischen 1991 und 2006 wiesen die neuen Bundesländer einen negativen Binnenwanderungssaldo von insgesamt 851.000 Menschen auf (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2008). Die Wanderungsprozesse verlaufen zunehmend alters- und geschlechtsspezifisch sowie räumlich selektiv. Es sind immer mehr jüngere Menschen, die zumeist aufgrund fehlender Arbeitsangebote ihre Heimatdörfer und -städte verlassen. Da mehr Frauen als Männer abwandern, verschiebt sich das Geschlechterverhältnis und die Anzahl potenzieller Mütter nimmt ab (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2009).

Die Trennlinie zwischen Ost und West eignet sich jedoch nur bedingt, um die sich verfestigenden räumlichen Ungleichheiten zu beschreiben. Es gibt auch Regionen im früheren Bundesgebiet, wie etwa in der Eifel oder im Saarland, mit geringem Wirtschaftswachstum, Arbeitsplatzmangel und Abwanderung, in denen beispielsweise ebenso eine geringe Ärztedichte herrscht wie in östlichen Landstrichen Mecklenburg-Vorpommerns oder Brandenburgs (Neu 2007) (siehe Kapitel 6.1).

Die Zuwanderung aus dem Ausland konzentriert sich auf das frühere Bundesgebiet (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2008). Die meisten Zuwanderer zogen seit 1991 nach Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Baden-Württemberg. Der Anteil der Personen mit Migrationshintergrund ist regional sehr unterschiedlich: Knapp 96 % der Personen mit Migrationshintergrund leben im früheren Bundesgebiet einschließlich Berlin (und hier vor allem in den drei Stadtstaaten sowie in Baden-Württemberg, Nordrhein-Westfalen und Hessen). Dagegen ist der Anteil in den neuen Bundesländern deutlich niedriger und machte Ende 2006 mit etwa 320.000 Personen 1,9 % der dortigen Bevölkerung aus (Grobecker, Krack-Rohberg 2008).

Bevölkerungsdichte und Alterung

Entsprechend der Bevölkerungszahl veränderte sich auch die Bevölkerungsdichte in beiden Teilen Deutschlands. Im früheren Bundesgebiet stieg die Einwohnerzahl je Quadratkilometer nach der Wende von 245 (1986/87) auf 270 im Jahr 2000. In den neuen Ländern und Berlin-Ost verringerte sich dieser Wert zwischen 1990 und 2000 von 148 auf 140 Einwohner je Quadratkilometer. Die geringste Besiedlung je Quadratkilometer wiesen im Jahr 2006 die Länder Mecklenburg-Vorpommern (73), Brandenburg (86), Sachsen-Anhalt (119), Thüringen (143) und Niedersachsen (168) auf. Am dichtesten besiedelt waren die Stadtstaaten (Berlin: 3.820, Hamburg: 2.323, Bremen: 1.642) (Grobecker, Krack-Rohberg 2008).

Auch die demografische Alterung verläuft regional unterschiedlich. Zu Zeiten der Wiedervereinigung wiesen die neuen Bundesländer die jüngsten Altersstrukturen auf. Mittlerweile gehören sie demografisch zu den ältesten Ländern (siehe Abbildung 2.1.4). Am stärksten fiel die Entwicklung in Mecklenburg-Vorpommern aus. Im Jahr 1991 war es als das demografisch jüngste Bundesland mit einem Durchschnittsalter von 36,3 Jahren im Vergleich zu Baden-Württemberg um 2,4 Jahre jünger. Im Jahr 2007 ist die Bevölkerung Baden-Württembergs (als nun jüngstes Bundesland) mit einem durchschnittlichen Alter von 42,0 Jahren bereits 2,2 Jahre jünger als Mecklenburg-Vorpommern (Statistisches Bundesamt 2008c). Im früheren Bundesgebiet verlief die Alterung moderat und wurde insbesondere durch die wachsende Zahl Älterer verursacht. In den neuen Bundesländern war sie sehr viel stärker und vor allem Folge des Rückgangs der Zahl der jüngeren Bevölkerung durch niedrige Geburtenzahlen und hohe Abwanderung (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2008). Den höchsten Anteil Älterer an der Gesamtbevölkerung hatten im Jahr 2006 Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen und das Saarland, den niedrigsten Anteil wiesen Hamburg, Berlin, Baden-Württemberg und Bayern auf (siehe Abbildung 2.1.4).

Die zukünftige Bevölkerungsentwicklung

Der zukünftige demografische Wandel ist insbesondere durch den Bevölkerungsrückgang, die Alterung der Bevölkerung sowie die Zuwanderung aus dem Ausland gekennzeichnet. Nach der 11. koordinierten Bevölkerungsvorausberechnung wird der Rückgang der Bevölkerung zunächst moderat ausfallen. Unter der Annahme einer fast konstanten Geburtenhäufigkeit, eines Anstiegs der Lebenserwartung und eines positiven Wanderungssaldos werden im Jahr 2020 etwa 3 % bis 6 % weniger Menschen als im Jahr 2005 in Deutschland leben. Für das Jahr 2050 wird dagegen ein Rückgang von 10 % bis 17 % prognostiziert. Absolut gesehen wird sich somit die derzeitige Einwohnerzahl von etwa 82 Millionen auf 69 bis 74 Millionen bis zum Jahr 2050 reduzieren (Statistisches Bundesamt 2006).

Die Bevölkerungsdynamik ist in Deutschland geprägt durch einen eklatanten Ost-West-Unterschied: während eine Zunahme der Bevölkerung im Süden und Nordwesten prognostiziert wird, findet sich vom Ruhrgebiet ausgehend in Richtung Osten ein keilförmiger Korridor, in dem vorwiegend Gemeinden mit einer abnehmenden Bevölkerung liegen. Die Gebiete mit der stärksten zukünftigen Bevölkerungsabnahme liegen größtenteils in den neuen Bundesländern (mit Ausnahme von Berlin und seinem Umland) (siehe Abbildung 2.1.5). Daneben gibt es sowohl in den alten als auch in den neuen Bundesländern – wenn auch mit erheblichem Niveauunterschied – peripher gelegene Gemeinden mit geringem Bevölkerungsrückgang und zentral gelegenen Gemeinden, die von einer hohen Abwanderung betroffen sind (Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung 2006, 2008). In den Städten und Dörfern dürfte sich der demografisch bedingte Wandel in Form von Umbrüchen der wirtschaftlichen Entwicklung, der sozialen Lagen und der räumlichen Ordnung, ihrer Bauten sowie der Infrastruktursysteme zeigen (Land, Willisch 2006). Dabei ist davon auszugehen, dass es ein enges räumliches Nebeneinander von wachsenden und schrumpfenden Gemeinden geben wird.

Der Alterungsprozess weist ebenfalls Besonderheiten zwischen Ost und West auf (siehe Abbildung 2.1.6). Zum einen werden auch in ausgesprochenen Wachstumsräumen die jungen

Abbildung 2.1.4
Anteil der 65-Jährigen und Älteren nach Bundesländern 1991 und 2006
Quelle: Statistisches Bundesamt, Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2008

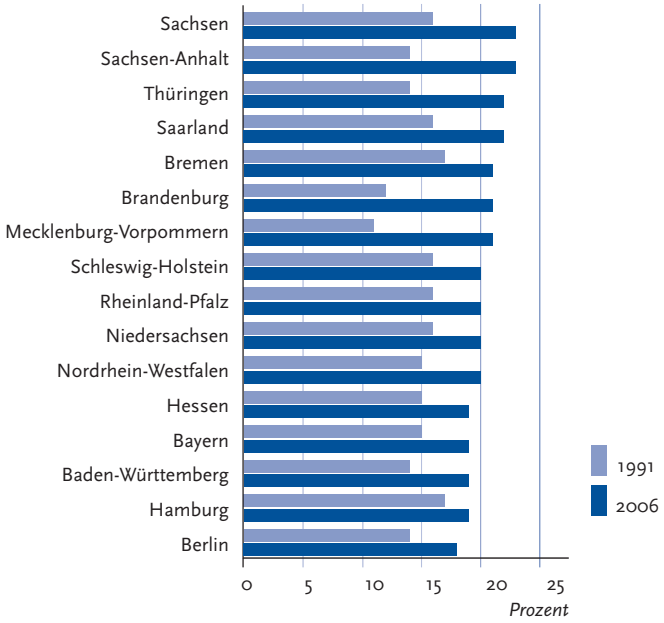


Abbildung 2.1.5
Geschätzte Veränderung der Bevölkerungszahl im Zeitraum 2005 bis 2025
Quelle: Bevölkerungsprognose des BBR

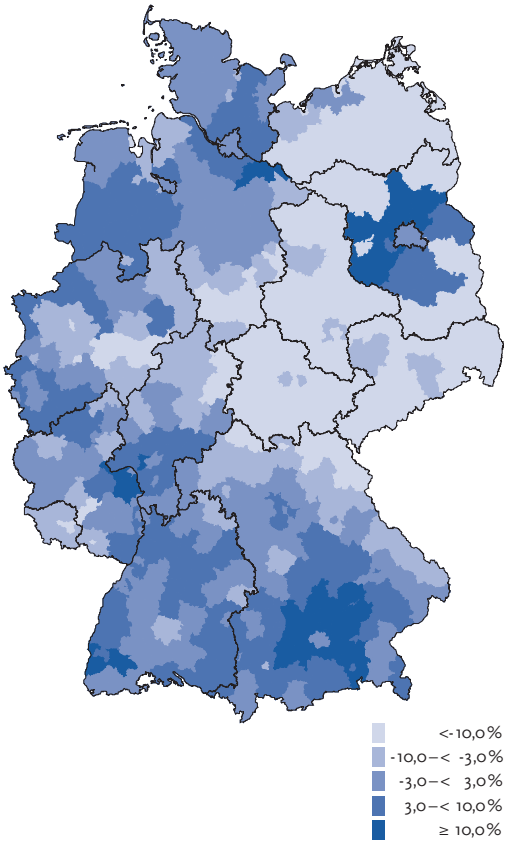
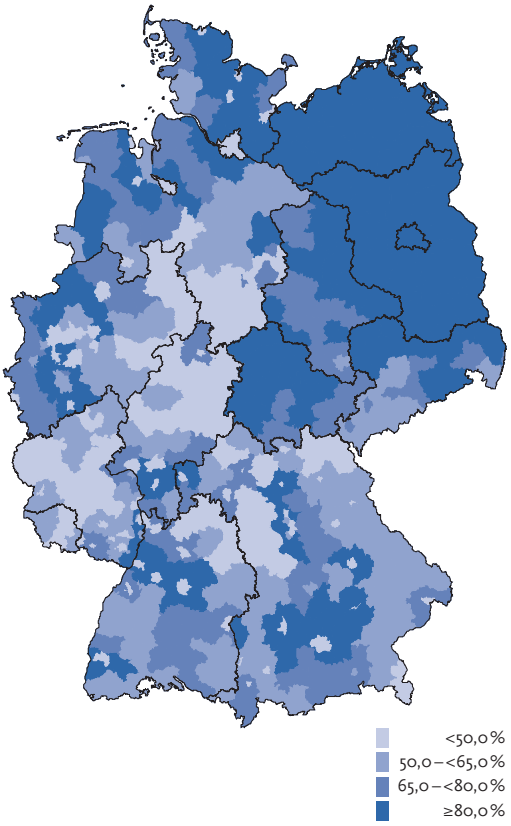


Abbildung 2.1.6
Geschätzte Veränderung der Zahl der über 80-jährigen Bevölkerung 2005 bis 2025
Quelle: Bevölkerungsprognose des BBR



Bevölkerungsgruppen abnehmen. Zum anderen findet auch in Schrumpfungsregionen eine deutliche Zunahme der Zahl älterer Menschen statt. Insbesondere ländliche Räume in den neuen Bundesländern sind von der »doppelten Alterung« betroffen: hier kommt es gleichzeitig zu einer Abnahme von jüngeren und zur Zunahme von älteren Bevölkerungsgruppen.

Die Zuwanderung aus dem Ausland als dritte Komponente des demografischen Wandels wird voraussichtlich vorwiegend in den alten Bundesländern und hier vor allem in den Städten stattfinden. Dagegen wird die Zuwanderung in den neuen Bundesländern vermutlich auf wenige Kernstädte beschränkt sein. Insgesamt wird die Zahl der unter 20-Jährigen in den neuen Bundesländern bis zum Jahr 2025 um ein Viertel abnehmen, während die Zahl der über 60-Jährigen um mehr als ein Viertel zunehmen wird (Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung 2008).

Insgesamt gesehen kumulieren in den neuen Bundesländern die Komponenten des demografischen Wandels in ihren deutlichsten Ausprägungen: eine starke Abnahme der Bevölkerung geht mit einer beschleunigten Alterung einher (Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung 2006, 2008).

Lebens- und Familienformen

- Die Lebens- und Familienformen haben sich insbesondere in den neuen Bundesländern seit der Wende stark verändert.
- Nichteheliche Lebensgemeinschaften und allein Erziehende sind als Lebensformen in den neuen Bundesländern verbreiteter als in den alten Bundesländern.
- Insgesamt gibt es in den neuen Bundesländern immer weniger Familien, die gleichzeitig immer weniger Kinder erziehen: zwar ist der Anteil kinderloser Frauen immer noch geringer als im Westen, es gibt jedoch auch weniger Zwei- und Mehrkindfamilien als in den alten Bundesländern.
- Das Alter der Frauen bei der Geburt des ersten Kindes hat sich in den neuen Bundesländern zwar erhöht, liegt aber noch immer unter dem westlichen Erstgeburtalter.

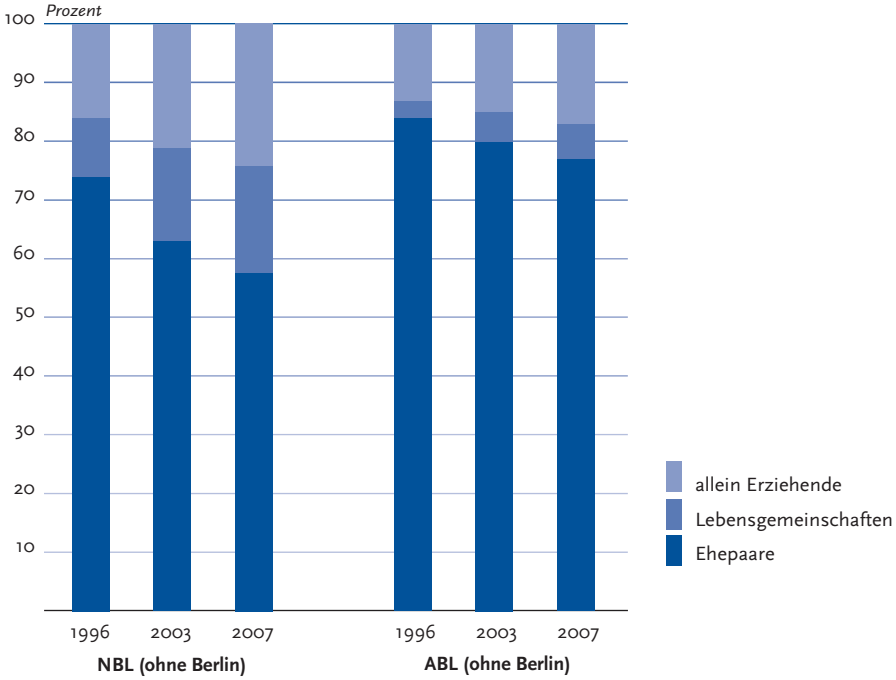
Die gesellschaftlichen und demografischen Veränderungen spiegeln sich im Zusammenleben der Menschen wider. Ähnlich wie bei der Bevölkerungsentwicklung ist insbesondere in den neuen Bundesländern seit der Wendezeit auch eine höhere Dynamik und Veränderung der Lebensformen zu beobachten. Hinsichtlich der Lebens- und Familienplanung stellt sich die Frage, inwiefern sich diese seit der Wendezeit gewandelt haben und inwiefern diesbezüglich Ost-West-Unterschiede zu beobachten sind.

Wandel der Haushaltsstrukturen und Familienformen

Der in Westdeutschland schon seit Mitte der 1970er-Jahre ungebrochene Trend zu kleineren Haushalten hat sich in den neuen Bundesländern mit einer deutlich höheren Dynamik erst nach der Wende vollzogen. Der Anteil von Ein- und Zweipersonenhaushalten nahm zu Lasten der größeren Haushalte rasant zu, was insgesamt zu einer Angleichung der Haushaltsgrößen in Ost und West führte (Statistisches Bundesamt 2008a). Ursache für die damit verbundene Verringerung der durchschnittlichen Haushaltsgröße in den neuen Bundesländern (ohne Berlin) von 2,4 im Jahr 1992 auf 2,0 Personen pro Haushalt (2007) ist insbesondere in dem starken Geburtenrückgang nach der Wende sowie in der Abwanderung junger Menschen zu sehen. Im Jahr 2007 wurden 37 % aller westdeutschen und 38 % aller ostdeutschen Haushalte von nur einer Person bewohnt, in Berlin war es sogar mehr als jeder zweite Haushalt (53 %) (Statistisches Bundesamt 2009). Insbesondere bei der jüngeren Bevölkerung ist ein Anstieg von Singlehaushalten zu beobachten: Während 1992 der Anteil von Einpersonenhaushalten bei den 18- bis 29-Jährigen in den neuen Bundesländern mit ca. 26 % weit unter denen der Gleichaltrigen in den alten Bundesländern (51 %) lag, ist dieser Anteil im Jahr 2007 bei den Ostdeutschen mit ca. 63 % sogar etwas höher als bei den Westdeutschen mit ca. 60 %. In Berlin stieg der Anteil an Einpersonenhaushalten in dieser Altersgruppe zwischen 1992 und 2007 von 56 % auf 71 %. (Statistisches Bundesamt 2009). Ganz anders sieht die Situation bei den 65-Jährigen und Älteren aus: Hier gab es seit Anfang der 1990er-Jahre sowohl in Ost- als auch in Westdeutschland einen deutlichen Rückgang der Einpersonenhaushalte zugunsten der Zweipersonenhaushalte (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2008).

Im Jahr 2007 gab es in Deutschland nach Ergebnissen des Mikrozensus 8,6 Millionen Familien, davon lebten 7,1 Millionen im früheren Bundesgebiet und 1,2 Millionen in den neuen Bundesländern (jeweils ohne Berlin). Im früheren Bundesgebiet hat sich sowohl die Zahl der Familien als auch die Zahl der minderjährigen Kinder seit 1996 nur geringfügig verändert. Die Zahl der Familien sank um etwas weniger als 2 %, während die Zahl der minderjährigen Kinder um etwa 4 % auf 11,6 Millionen im Jahr 2007 abnahm. Deutlich ausgeprägter war die Entwicklung in den neuen Ländern. Dort ging die Zahl der Familien um etwa 35 % (von 1,8 Millionen im Jahr 1996) zurück, die Zahl der minderjährigen Kinder sank noch stärker: um etwa 39 % auf 1,7 Millionen im Jahr 2007. Die durchschnittliche Anzahl minderjähriger Kinder in allen Familien nahm in den alten Bundesländern von 1,69 auf 1,64 Kinder (1996 bis 2007) ab. In den neuen Bundesländern kam es in dem betrachteten Zeitraum zu einem Rückgang von 1,54 auf 1,43 Kinder. Somit gibt es in Ostdeutsch-

Abbildung 2.1.7
Struktur von Familienformen in den Jahren 1996, 2003 und 2007
Quelle: Mikrozensus



land immer weniger Familien, die gleichzeitig immer weniger Kinder erziehen (Krieger, Weinmann 2008; Statistisches Bundesamt 2009).

Hinter den rückläufigen Familienzahlen in West- und Ostdeutschland stehen unterschiedliche Entwicklungen der einzelnen Familienformen (siehe Abbildung 2.1.7). Ehepaare mit Kindern überwiegen nach wie vor deutlich, doch ihre Bedeutung in Ostdeutschland ist weniger herausgehoben. Laut Mikrozensus waren 2007 gut drei Viertel (77 %) der in Westdeutschland (ohne Berlin) lebenden Familien Ehepaare (1996: 84 %). In Ostdeutschland (ohne Berlin) betrug ihr Anteil hingegen nur 57 % (1996: 74 %). Der Anteil der allein Erziehenden liegt in den neuen Bundesländern mit 24 % (1996: 16 %) weit über dem Anteil in den alten Bundesländern mit 17 % (1996: 13 %). Auch die nichtehelichen Lebensgemeinschaften mit Kindern sind in den neuen Bundesländern mit einem Anteil von 18 % (1996: 10 %) im Vergleich zu den alten Bundesländern mit 6 % (1996: 3 %) weit verbreitet. Zwischen 1996 und 2007 nahm der Anteil der allein Erziehenden und der nichtehelichen Lebensgemeinschaften mit Kindern an allen Familien in den neuen Bundesländern um etwa 16 Prozentpunkte, im früheren Bundesgebiet um etwa sieben Prozentpunkte zu (Krieger, Weinmann 2008; Statistisches Bundesamt 2009).

Familiengründungsprozess

Trotz der eingangs beschriebenen Angleichung der Geburtenziffern stellt sich der Familiengründungsprozess in den nachrückenden Geburtsjahrgängen der Frauen in Ost- und Westdeutschland immer noch anders dar. Vor allem sind es die Familien in den neuen Bundesländern, die kleiner werden, dort gibt es in den jüngeren Generationen eine relativ geringe Neigung zur Familienerweiterung: Die Familien mit einem Kind haben zu Ungunsten der Familien mit zwei und mehr Kindern zugenommen (Kreyenfeld 2009, Huinink 2005).

Auffallend ist allerdings der vergleichsweise geringe Anteil kinderloser Frauen in den neuen Bundesländern. Der Anteil von Frauen ohne

Tabelle 2.1.1
Frauen mit und ohne Kinder nach Geburtsjahrgängen im Jahr 2006
Quelle: Statistisches Bundesamt 2008b

Geburtsjahr*	Anteil der Frauen			
	ohne Kinder		mit mind. 1 Kind	
	NBL	ABL	NBL	ABL
1972–1981	41 %	55 %	59 %	45 %
1962–1971	11 %	25 %	89 %	75 %
1952–1961	7 %	21 %	93 %	79 %
1942–1951	8 %	14 %	92 %	86 %
1931–1941	11 %	14 %	89 %	86 %
Gesamt	26 %	35 %	74 %	65 %

* Angaben für die Geburtsjahrgänge 1962 bis 1981 beziehen sich auf den Stand von 2006. Veränderungen sind noch möglich.

Tabelle 2.1.2
Durchschnittliches Alter der Mutter bei der Geburt des ersten Kindes
Quelle: Statistisches Bundesamt 2008b

Geburtsjahr*	Alter bei der 1. Geburt	
	NBL	ABL
1972–1981	25 Jahre	25 Jahre
1962–1971	23 Jahre	27 Jahre
1952–1961	22 Jahre	26 Jahre
1942–1951	22 Jahre	24 Jahre
1931–1941	23 Jahre	25 Jahre

* Angaben für die Geburtsjahrgänge 1962 bis 1981 beziehen sich auf den Stand von 2006. Veränderungen sind noch möglich.

Kinder, deren Geburtsbiografie weitgehend abgeschlossen ist (älter als 45 Jahre), ist in den alten höher als in den neuen Bundesländern. Bei Frauen der Geburtsjahrgänge 1962 bis 1971, die zur Zeit des Mauerfalls in einem Alter waren, in dem die Geburtenraten am höchsten sind, ist der Anteil der Kinderlosigkeit mit 11 % in den neuen Bundesländern kaum größer als in den vorausgegangenen Jahrgängen (siehe Tabelle 2.1.1). Das Durchschnittsalter bei Geburt des ersten Kindes in der DDR lag bei 22 Jahren. Daran hat sich im weiteren zeitlichen Verlauf nur wenig geändert, wie Tabelle 2.1.2 verdeutlicht: das mittlere Alter bei Erstgeburt von ostdeutschen Frauen der Geburtsjahrgänge 1962 bis 1971 liegt nunmehr bei 23 Jahren. Diese Frauenjahrgänge hatten zum Zeitpunkt der Wiedervereinigung bereits in hohem Maße (mindestens) ein Kind geboren. Der niedrige Kinderlosenanteil in dieser Altersgruppe ist also noch den DDR-Verhältnissen zuzuschreiben. Zu beachten ist aber, dass Erstgeburten immer noch möglich sind, wenn auch wahrscheinlich nur in kleinerer Anzahl.

Frauen der Geburtsjahrgänge 1972 bis 1981 aus den neuen Bundesländern, die 1989 noch nicht (bzw. kaum) im gebärfähigen Alter waren, sind im Jahr 2006 bereits häufiger Mütter als Frauen aus den alten Bundesländern (siehe Tabelle 2.1.1), und dies trotz der niedrigeren Geburtenziffer in den neuen Bundesländern. Zugleich ist das Durchschnittsalter bei Erstgeburt im Vergleich zu den vorhergehenden Frauenjahrgängen auf 25 Jahre angestiegen (siehe Tabelle 2.1.2).

Die Erklärung des scheinbaren Widerspruchs höherer Anteile an Müttern bei Frauen aus den neuen Bundesländern bei gleichzeitig niedrigerer Geburtenziffer liegt darin, dass Frauen in den neuen Bundesländern nach der Geburt eines Kindes zunehmend auf die Geburt weiterer Kinder verzichten, währenddessen in den alten Bundesländern viel häufiger noch mindestens ein weiteres Kind geboren wird.

Der höhere Anteil an Müttern bei jungen Frauen aus den neuen Bundesländern findet ihre Entsprechung im Kinderwunsch. Nur sehr wenige Frauen aus den neuen Bundesländern wünschen sich keine Kinder, dieser Anteil ist in den alten Bundesländern deutlich höher. Umgekehrt ist in den neuen Bundesländern der Wunsch nach nur einem Kind stärker ausgeprägt als in den alten. Der Großteil der Frauen in beiden Landesteilen wünscht sich jedoch zwei Kinder. Hier treten die Unterschiede zwischen Kinderwunsch und realem Geburtengeschehen deutlich zu Tage (Dorbritz 2009).

In einer qualitativen Studie des Max-Planck-Instituts für demografische Forschung über die Lebensentwürfe junger Erwachsener in Ost und West wurde versucht, das unterschiedliche Geburtenverhalten anhand zweier »kultureller Modelle« der Familienplanung zu erklären. Nach diesen Modellen sind in Westdeutschland vorwiegend der berufliche Erfolg und die materielle Sicherheit (vor allem des Mannes) Voraussetzung für Kinder, während im Osten der Fokus eher auf der partnerschaftlichen Vereinbarkeit von Beruf und Familie liegt und die Familiengründung relativ unabhängig vom beruflichen und materiell erreichten Status geplant wird.

Diese unterschiedlichen biografischen Modelle – die die Forscher auf die verschiedenen Sozialisationserfahrungen in Ost und West zurückführen – könnten erklären, warum das erste Kind in Ostdeutschland relativ früh, ein zweites – wenn überhaupt – vergleichsweise spät geboren wird und warum im Gegenzug der Anteil der Kinderlosen, aber auch jener der Zwei- und Mehrkindfamilien in Westdeutschland ungleich höher ist (von der Lippe, Bernardi 2006). Welche Rolle die Arbeitsmarkt- und Einkommenssituationen in den neuen und alten Bundesländern sowie die unterschiedlichen Rahmenbedingungen der Vereinbarkeit von Kind und Beruf (z. B. Kinderbetreuungsmöglichkeiten) spielen, bleibt bei dieser Erklärung weitgehend offen. Beide Aspekte sind bei der Familiengründung sicherlich wichtig (Kreyenfeld, Konietzka 2004).

Eheschließungen und -scheidungen

Ost-West-Unterschiede bestehen ebenfalls in Bezug auf das Heiratsverhalten. Die Tendenz in der DDR, etwas früher zu heiraten als in Westdeutschland, hat sich mittlerweile umgekehrt: die Eheschließungen werden vor allem in den neuen Bundesländern in ein immer höheres Lebensalter verschoben. Das Ausgangsniveau des Verheiratetenanteils lag im Jahr 1990 bei den 20- bis unter 35-Jährigen in den neuen Bundesländern mit knapp 57 % deutlich über dem Niveau der gleichaltrigen Westdeutschen von 43 %. 2004 hingegen betrug der Anteil Verheirateter in dieser Altersgruppe bei den Ostdeutschen nur noch 19 % und war damit sogar noch erheblich unter das westdeutsche Niveau von 29 % gesunken (Grünheid 2009). In Ostdeutschland wird ein bedeutender Teil der Eheschließungen erst nach der Geburt von Kindern realisiert, 60 % der Kinder werden hier mittlerweile unehelich geboren.

Seit den 1970er-Jahren steigt die Scheidungsneigung im Trend in beiden Teilen Deutschlands. Dabei lag die Scheidungshäufigkeit vor der Wende in der ehemaligen DDR über der im früheren Bundesgebiet. Mit der Wiedervereinigung trat auch in den neuen Bundesländern das bundesdeutsche Scheidungsrecht in Kraft. Dies führte – wie bereits die Reform des Scheidungsrechts 1977 im früheren Bundesgebiet – zu einem vorübergehenden Scheidungstief. Seit 1993 steigt die Zahl der Scheidungen wieder und erreicht mittlerweile fast das Westniveau: im Jahr 2007 wurden von 10.000 bestehenden Ehen 106,4 Ehen in den alten Bundesländern einschließlich Berlin und 83,7 Ehen in den neuen Bundesländern geschieden (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2008).

Erwerbstätigkeit der Mütter und Kinderbetreuung

Die Erwerbstätigenquote der Mütter lag im Jahr 2005 in Westdeutschland mit 55,7 % unter der der Mütter in Ostdeutschland mit 60,6 %. Bei den Vätern verhielt es sich umgekehrt: von den Männern in Westdeutschland übten 88,7 % eine Erwerbstätigkeit aus, in Ostdeutschland waren es 80,0 %. Noch deutlicher fallen die Unterschiede zwischen ost- und westdeutschen Müttern bei den Voll- und Teilzeitquoten aus: Im Jahr 2005 war die Vollzeitquote ostdeutscher Mütter mit 56,8 % mehr als doppelt so hoch wie die der westdeutschen Mütter mit 24,1 %. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes liegen die Motive für die Ausübung einer Teilzeittätigkeit bei Müttern in Westdeutschland im persönlichen Bereich bzw. in familiären Verpflichtungen. Bei den ostdeutschen Müttern war der Hauptgrund für die Einschränkung des Beschäftigungsumfangs ein Mangel an Vollzeitarbeitsplätzen (Bundeszentrale für politische Bildung 2008).

Eine wichtige Voraussetzung für die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist eine Betreuungsmöglichkeit für Kinder. In den 1990er-Jahren lag der Anteil verfügbarer Plätze in Kindertageseinrichtungen in Ostdeutschland deutlich über dem in Westdeutschland. Im Krippen- und Hortbereich war der Anteil in den neuen Bundesländern sogar zehnmal höher als in den alten Bundesländern. Im Westen Deutschlands befindet sich die Versorgung mit Kinderbetreuungsplätzen bereits seit Jahrzehnten auf einem niedrigen Niveau. Die Mehrzahl der Einrichtungen bietet Halbtagsplätze an. Obwohl in den Jahren nach der Wende Krippenplätze im Osten Deutschlands drastisch abgebaut wurden, stellt sich die heutige Situation im Vergleich zum Westen Deutschlands nach wie vor besser dar (Kreyenfeld, Konietzka 2004).

Deutliche Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland sind in der Inanspruchnahme

von Betreuungseinrichtungen auszumachen und hierbei besonders in der Betreuung von Kindern unter drei Jahren. Während die Betreuungsquote im Jahr 2007 im früheren Bundesgebiet bei lediglich 10 % lag, betrug der Anteil betreuter Kinder in dieser Altersgruppe in den neuen Bundesländern 41 %. Die Bundesländer Sachsen-Anhalt, Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg weisen mit 52 %, 44 %, bzw. 43 % die höchsten Betreuungsquoten auf. Dagegen bilden die Bundesländer Niedersachsen und Nordrhein-Westfalen mit einer Betreuungsquote von jeweils 7 % das Schlusslicht. Die Betreuungssituation von Kindern zwischen drei und fünf Jahren weist vergleichsweise geringe Ost-West-Unterschiede auf. Die Anteile betreuter Kinder in dieser Altersgruppe sind mit 88 % im Westen Deutschlands und mit 94 % im Osten relativ ähnlich (Krieger, Weinmann 2008).

Im Jahr 2007 war der Anteil an Kindern unter drei Jahren, die ganztags (das heißt mehr als sieben Stunden pro Tag) betreut werden, in den neuen Bundesländern mit etwa 27 % fast neunmal so hoch wie in den alten Bundesländern mit etwas mehr als 3 %. Auch in der Ganztagsbetreuungsquote der Kinder zwischen 3 und 5 Jahren bestehen deutliche Ost-West-Unterschiede: während diese in den neuen Bundesländern 60 % beträgt, liegt sie in den alten Bundesländern bei lediglich 17 % (Krieger, Weinmann 2008). 20 Jahre nach dem Fall der Mauer sind die Unterschiede im Bereich der Kinderbetreuung zwischen Ost- und Westdeutschland nach wie vor ausgeprägt.

Literatur

Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (2006) Raumordnungsprognose 2020/2050. Kurzfassung von Berichte, Band 23, Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung, Bonn

Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung (2008) Raumordnungsprognose 2025. BBR-Berichte Kompakt, Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung, Bonn

Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2008) Bevölkerung. Daten, Fakten, Trends zum demografischen Wandel in Deutschland, Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung, Wiesbaden

Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2009) Binnenwanderung in Deutschland www.bibdemografie.de/cln_099/nn_749852/DE/DatenundBefunde/Wanderungen/binnenwanderung.html (Stand: 10.06.2009)

Bundeszentrale für politische Bildung (2008) Die soziale Situation in Deutschland – Familie und Kinder, S 1–36

Bundeszentrale für politische Bildung (2009) Zur demografischen Lage der Nation www.bpb.de/themen/WM0Z6D,0,0,Zur_demografischen_Lage_der_Nation.html (Stand: 04.06.2009)

Dorbritz J (2009) Die langsame Anäherung – demographisch relavante Einstellungsunterschiede und der Wandel in den Lebensformen in West- und Ostdeutschland. Wiesbaden, Verlag für Sozialwissenschaften S 261–294

Grobecker C, Krack-Rohberg E (2008) Bevölkerungsstand und Bevölkerungsentwicklung. In: Statistisches Bundesamt, GESIS-ZUMA, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (Hrsg) Datenreport 2008. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland, Bonn, S 11–25

Grünheid E (2009) Überblick über die demografische Entwicklung in West- und Ostdeutschland von 1990 bis 2004. In: Cassens I, Luy M, Scholz R (Hrsg) Die Bevölkerung in Ost- und Westdeutschland. Demografische, gesellschaftliche und wirtschaftliche Entwicklungen seit der Wende, VS-Verlag, Wiesbaden, S 12–47

Huinink J (2005) Ostdeutschland auf dem Weg zur Ein-Kind-Familie. In: Dienel C (Hrsg) Abwanderung, Geburtenrückgang und regionale Entwicklung: Ursachen und Folgen des Bevölkerungsrückgangs in Ostdeutschland. VS-Verlag, Wiesbaden, S 231–246

Kreyenfeld M, Konietzka D (2004) Angleichung oder Verfestigung von Differenzen? Geburtenentwicklung und Familienformen in Ost- und Westdeutschland. Working Paper des Max-Planck-Instituts für demografische Forschung 2004

Kreyenfeld M (2009) Das zweite Kind in Ostdeutschland: Aufschub oder Verzicht? In: Cassens I, Luy M, Scholz R (Hrsg) Die Bevölkerung in Ost- und Westdeutschland. Demografische, gesellschaftliche und wirtschaftliche Entwicklungen seit der Wende, VS-Verlag, Wiesbaden, S 100–123

Krieger S, Weinmann J (2008) Familie, Lebensformen und Kinder. In: Statistisches Bundesamt, GESIS-ZUMA, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (Hrsg) Datenreport 2008. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland, Bonn, S 27–50

Land R, Willisch A (2006) Schrumpfung – Raumordnung oder Gesellschaftsordnung? In: Berliner Debatte Initial (17) Zur Lage in Ostdeutschland, S 54–64

Neu C (2007) Räumliche Ungleichheit nimmt zu – nicht nur zwischen Ost und West. In: Demografische Forschung aus erster Hand, Jahrgang 4 (3), S 3 www.demografische-forschung.org/archiv/defo0703.pdf (Stand: 10.06.2009)

Statistisches Bundesamt (2006) Bevölkerung Deutschlands bis 2050 – 11. koordinierte Bevölkerungsvoraus-

berechnung. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
Statistisches Bundesamt (2008a) Statistisches Jahrbuch 2008. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
Statistisches Bundesamt (2008b) Geburten und Kinderlosigkeit in Deutschland. Bericht über die Sondererhebung 2006 »Geburten in Deutschland«. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
Statistisches Bundesamt (2008c) Bevölkerung und Erwerbstätigkeit, Bevölkerungsfortschreibung 2007, Fachserie 1 Reihe 1.3, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
Statistisches Bundesamt (2009) Mikrozensus-Sonderauswertung zu Haushaltsstrukturen, Lebensformen und minderjährigen Kindern – unveröffentlichte Sonderauswertungen
von der Lippe H, Bernardi L (2006) Zwei deutsche Ansichten über Kinder und Karriere. Lebensentwürfe junger Erwachsener in Ost und West. In: Demografische Forschung aus erster Hand, Jahrgang 3 (3), S 1–2

2.2 Entwicklung der Lebensbedingungen

- Die Wirtschaftsleistung der neuen Bundesländer konnte in den vergangenen 20 Jahren erheblich gesteigert werden und nähert sich schrittweise dem westdeutschen Niveau an.
- Die Arbeitslosigkeit hat in den neuen Bundesländern in den ersten Jahren nach der Wiedervereinigung stark zugenommen und liegt auch gegenwärtig über der in den alten Bundesländern.
- Bezüglich der Bildungsbeteiligung zeigen sich aktuell nur geringe Unterschiede zwischen den neuen und alten Bundesländern.
- In den neuen Bundesländern unterliegt ein größerer Anteil der Bevölkerung einem Armutsrisiko als in den alten Bundesländern, der Abstand ist aber geringer als zu Beginn der 1990er-Jahre.
- In der Versorgung mit wichtigen Gebrauchsgütern und der subjektiven Bewertung der Lebensbedingungen lassen sich mittlerweile nur noch geringe Unterschiede zwischen den neuen und alten Bundesländern feststellen.

Nach der Wiedervereinigung Deutschlands stand die Politik vor der historisch beispiellosen Aufgabe, die politische und wirtschaftliche Vereinigung der beiden Teile Deutschlands umzusetzen. Besondere Herausforderungen ergaben sich angesichts der mangelhaften Konkurrenzfähigkeit großer Teile der ostdeutschen Wirtschaft und der fehlenden Rücklagen der sozialen Sicherungssysteme der DDR. Die Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion wurde innerhalb eines Zeitraums von weniger als einem Jahr nach dem Mauerfall zum 1. Juli 1990 herbeigeführt und blieb nicht ohne Auswirkungen auf die Lebensbedingungen der Menschen.

Den Folgen der wirtschaftlichen Anpassungsprozesse wurde durch staatliche Investitionsprogramme und die Einbeziehung der Bürgerinnen und Bürger der ehemaligen DDR in die sozialen Sicherungssysteme der Bundesrepublik begegnet. So wurden seit 1990 erhebliche Transferzahlungen in die neuen Länder geleistet, um eine Angleichung der Lebensbedingungen zwischen den neuen und alten Bundesländern zu erreichen (»Aufbau-Ost«). Etwa ein Viertel der bis 2001 geleisteten Transfers von etwa einer Billion Euro wurde für den Ausbau der Infrastruktur und für die Förderung der Wirtschaft ausgegeben, ein Viertel waren ungebundene Zuweisungen oder für Personalausgaben der öffentlichen Verwaltung bestimmt und der Rest Aufwendungen für Sozialleistungen (SVR Wirtschaft 2004). Finanziert wurden die staatlichen Aufwendungen durch den »Fonds Deutsche Einheit« (1990 bis 1994), den Länderfinanzausgleich (1995+), den Solidarpakt I (1995 bis 2004) und durch Sozialversicherungsbeiträge (BMVBS 2009). Die weitere Förderung der neuen Bundesländer wird durch den Solidarpakt II (2005 bis 2019) sichergestellt.

Im Folgenden wird die Entwicklung der Lebensbedingungen in den neuen und alten Bundesländern seit der Wiedervereinigung beschrieben. Der Blick richtet sich dabei zunächst auf die gesamtwirtschaftliche Leistung bevor auf die Beschäftigungsverhältnisse, die Bildungsbeteiligung und die Einkommensverteilung eingegangen wird. Betrachtet wird aber nicht nur die objektive, sondern auch die subjektive Wohlfahrt. Letztere wird über subjektive Wahrnehmungen und Bewertungen des eigenen Lebensstandards und der Lebensqualität erfasst.

Gesamtwirtschaftliche Entwicklung

Die gesamtwirtschaftliche Entwicklung kann anhand des Bruttoinlandsproduktes (BIP) nachgezeichnet werden.

Bezüglich der Entwicklung in den neuen und alten Bundesländern lassen sich seit der Wiedervereinigung Deutschlands drei Phasen unterscheiden (BMVBS 2009) (siehe Abbildung 2.2.1). Die ersten Jahre nach der Wiedervereinigung waren durch ein starkes Aufholwachstum in den ostdeutschen Ländern gekennzeichnet. Das je Einwohner erzielte BIP stieg zwischen 1991 und 1996 von 43 % auf 68 % des westdeutschen Niveaus. Großen Anteil daran hatten die Investitionen in die Infrastruk-

Abbildung 2.2.1
Bruttoinlandsprodukt 1991 bis 2008
Quelle: Volkswirtschaftliche Gesamtrechnung der Länder 2009

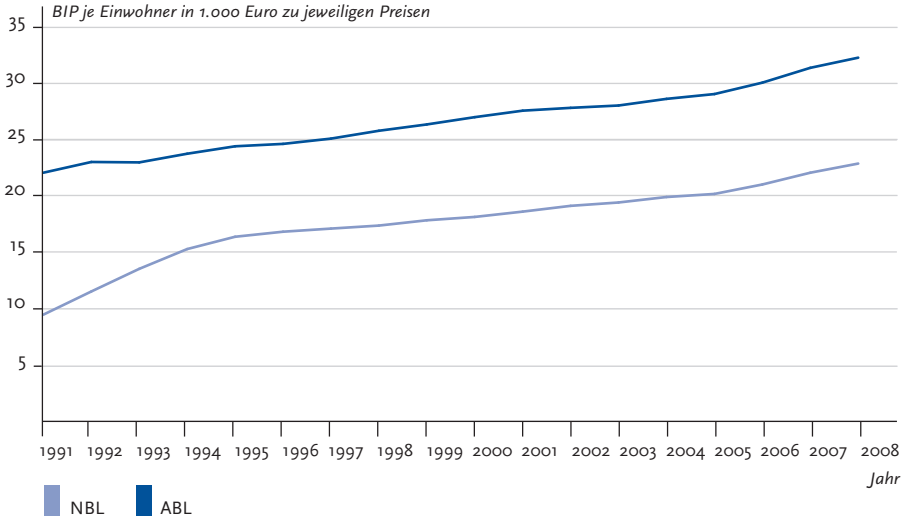
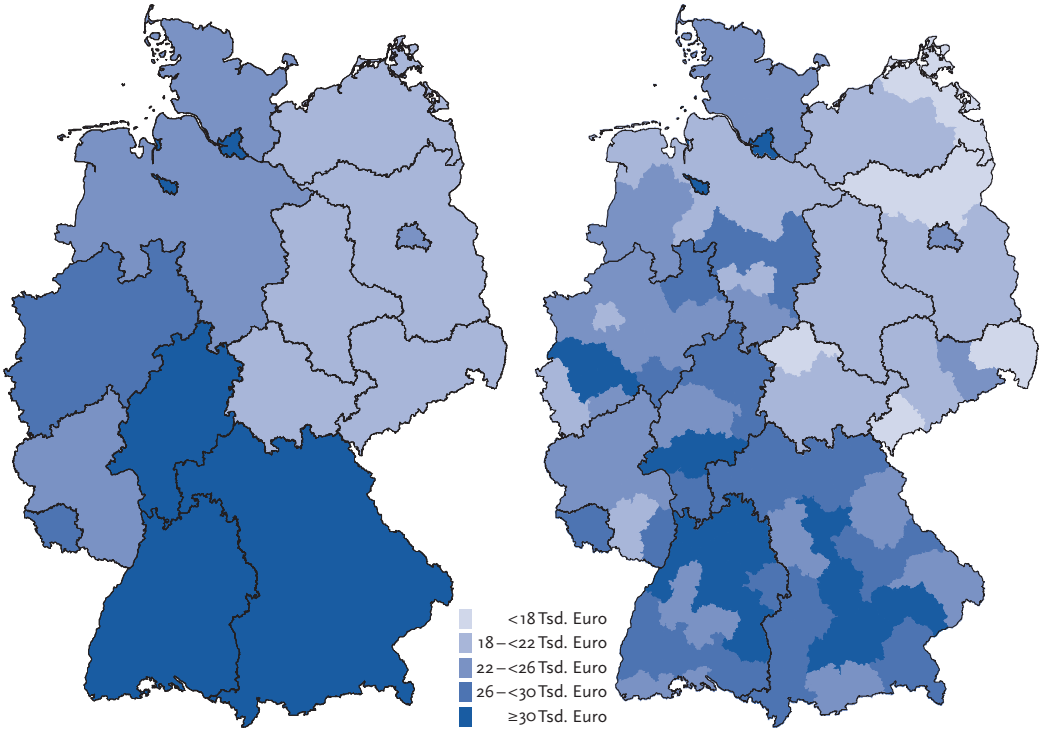


Abbildung 2.2.2
Bruttoinlandsprodukt im Jahr 2005 nach Bundesland und Raumordnungsregionen
Quelle: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung 2007



tur der neuen Bundesländer (BMVBS 2009). Sie erzeugten einen Boom im Baugewerbe und den damit verbundenen Industrie- und Dienstleistungsbereichen. In der zweiten Phase, die sich ungefähr bis ins Jahr 2000 erstreckte, geriet der Anpassungsprozess durch das Auslaufen des Baubooms ins Stocken. Die Wirtschaftsleistung der neuen Länder stagnierte bei etwa 68 % des westdeutschen Niveaus. In der anschließenden dritten Phase haben sich die neuen Länder in ihrer wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit weiter an die alten Länder angenähert. Bis zum Jahr 2008 stieg das BIP je Einwohner auf 71 % des Durchschnitts der alten Länder.

Aufschlussreich ist in diesem Zusammenhang eine nach Bundesländern und Raumordnungsregionen differenzierte Betrachtung der wirtschaftlichen Leistung (siehe Abbildung 2.2.2). Im Jahr 2005 wurden in den ostdeutschen Bundesländern – mit Ausnahme Berlins – durchschnittlich weniger als 21.000 Euro je Einwohner erwirtschaftet, während es in den meisten westdeutschen Flächenstaaten zwischen 22.000 und 29.000 Euro und in Hessen, Baden-Württemberg und Bayern sogar mehr als 30.000 Euro je Einwohner waren.

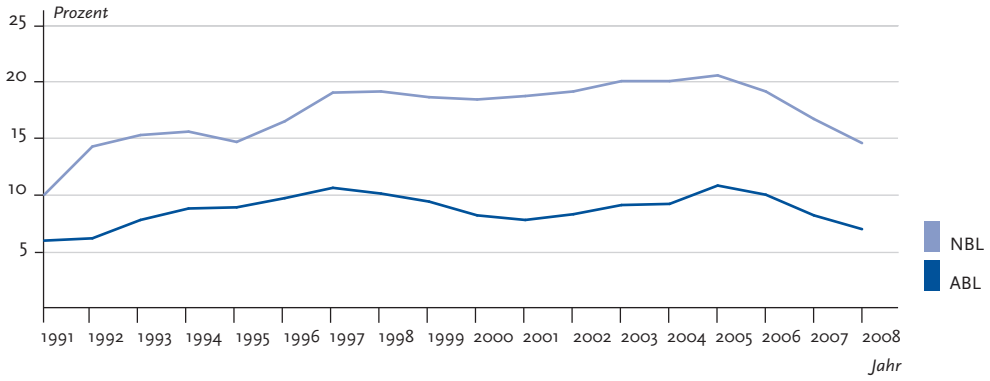
Der Vergleich zwischen den neuen und alten Bundesländern sollte aber nicht den Blick darauf verstellen, dass auch im früheren Bundesgebiet bezüglich der Wirtschaftsleitung eine erhebliche Spannweite zu beobachten ist. So finden sich auch in den strukturstärksten Bundesländern Bayern, Baden-Württemberg und Hessen einzelne Regionen, die mit einem BIP je Einwohner zwischen 22.000 und 25.000 Euro deutlich unter dem jeweiligen Landesdurchschnitt liegen. In zahlreichen Regionen Niedersachsens bewegt sich das BIP je Einwohner zwischen 18.000 und 21.000 Euro und damit in dem Bereich, in dem sich die meisten Regionen in den neuen Bundesländern befinden. Dass in den neuen Bundesländern noch immer ein erheblicher Aufholbedarf besteht, wird aber auch durch den Vergleich auf Ebene der Raumordnungsregionen deutlich. So erzielt in Ostdeutschland neben Berlin nur die Region Oberes Elbtal/Osterzgebirge, in der unter anderem die sächsische Landeshauptstadt Dresden liegt, eine Wirtschaftsleistung, die auf dem Niveau der strukturschwächeren alten Bundesländer liegt.

Entwicklung der Arbeitslosigkeit

In den Jahren nach der Wiedervereinigung verloren viele Menschen in den neuen Bundesländern ihren Arbeitsplatz. Besonders dramatisch waren die Einschnitte in den Bereichen Landwirtschaft und Industrie. In der Landwirtschaft hat sich die Zahl der Beschäftigten in den neuen Ländern allein zwischen 1989 und 1992 um 600.000 Personen auf 208.000 Personen verringert. Auch in der Industrie gingen zwei von drei Arbeitsplätzen verloren. Waren im Januar 1991 noch 1,9 Millionen Personen in der Industrie beschäftigt, so sank deren Zahl bis zum Dezember 1993 auf 601.000 Personen (Destatis 1995).

Die Arbeitslosenquote stieg in den neuen Bundesländern im Zeitraum 1991 bis 1993 von 10,2 % auf 15,4 % (siehe Abbildung 2.2.3). Auch in den alten Bundesländern nahm die Arbeitslo-

Abbildung 2.2.3
Entwicklung der Arbeitslosenquote (Jahresdurchschnittswerte) 1991 bis 2008
Quelle: Bundesagentur für Arbeit 2009

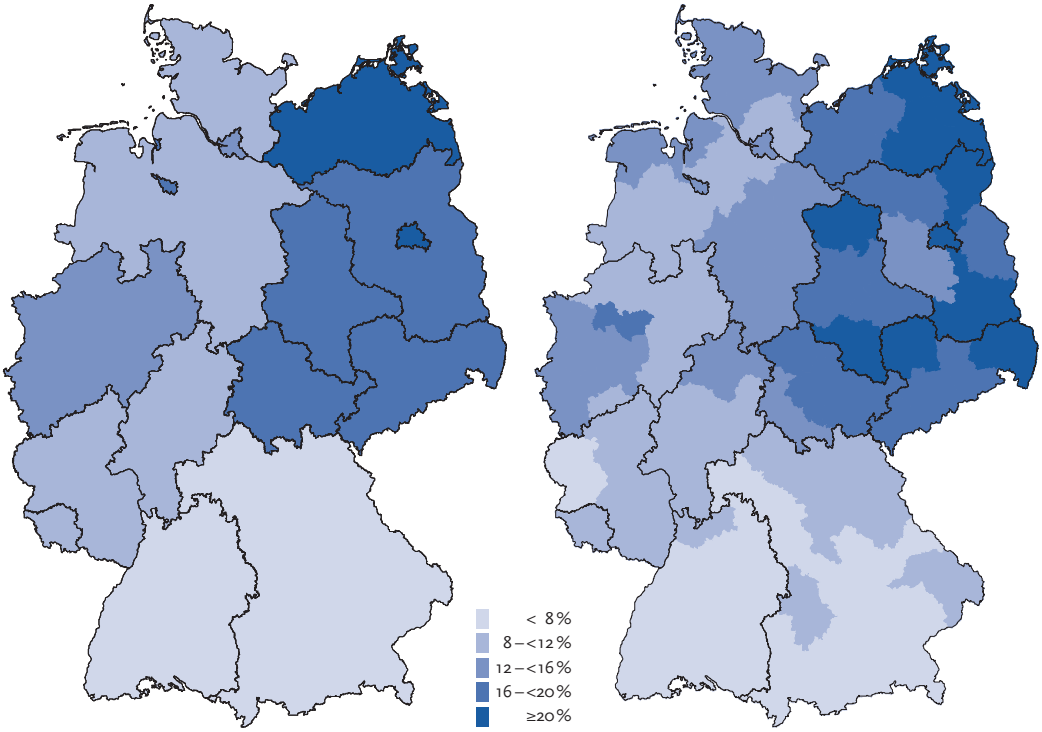


sigkeit zu. Der Anstieg fiel aber deutlich geringer aus, und die Arbeitslosenquote lag im Jahr 1993 mit 8,0 % auf vergleichsweise niedrigem Niveau. In den Folgejahren entwickelten sich die Arbeitslosenquoten weiter auseinander, bedingt durch einen stärkeren Anstieg der Arbeitslosigkeit in den ostdeutschen als in den westdeutschen Bundesländern im Zeitraum 1995 bis 1997 und durch einen geringeren Rückgang im Zeitraum 1998 bis 2001. In der Zeit danach stieg die Arbeitslosigkeit in beiden Teilen Deutschlands an und erreichte im Jahr 2005 mit Quoten von 20,6 % in den neuen und 11,0 % in den alten Bundesländern ihren vorläufigen Höhepunkt. Die gute wirtschaftliche Entwicklung im Zeitraum 2005 bis 2008 führte sowohl in Ost- als auch in Westdeutschland zu einem deutlichen Rückgang der Arbeitslosigkeit. Die Arbeitslosenquote lag im Jahresdurchschnitt 2008 in den neuen Bundesländern bei 14,7 % und in den alten Bundesländern bei 7,2 %.

Definition der Arbeitslosigkeit: *Als arbeitslos gelten Arbeitslose nach §16 SGB III und erwerbsfähige Hilfsbedürftige nach §8 und §9 SGB II. Arbeitslose sind Arbeitssuchende bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres, die nicht oder mit weniger als 15 Stunden wöchentlich in einem Beschäftigungsverhältnis stehen, sofort eine Arbeit aufnehmen könnten und sich persönlich arbeitslos gemeldet haben. Erwerbsfähige Hilfsbedürftige sind Personen, die das 15. Lebensjahr vollendet und die Altersgrenze nach §7a SGB II (je nach Geburtsjahrgang 65 bis 67 Jahre) noch nicht erreicht haben, erwerbsfähig und hilfebedürftig sind sowie ihren gewöhnlichen Aufenthalt in der Bundesrepublik Deutschland haben.*

Weitere Aufschlüsse ergeben sich durch die Betrachtung der regionalen Verteilung der Arbeitslosigkeit im Jahr 2006 (siehe Abbildung 2.2.4). Die höchsten Arbeitslosenquoten mit über 20 %

Abbildung 2.2.4
Arbeitslosenquote im Jahr 2006 nach Bundesland und Raumordnungsregionen
Quelle: Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung 2007



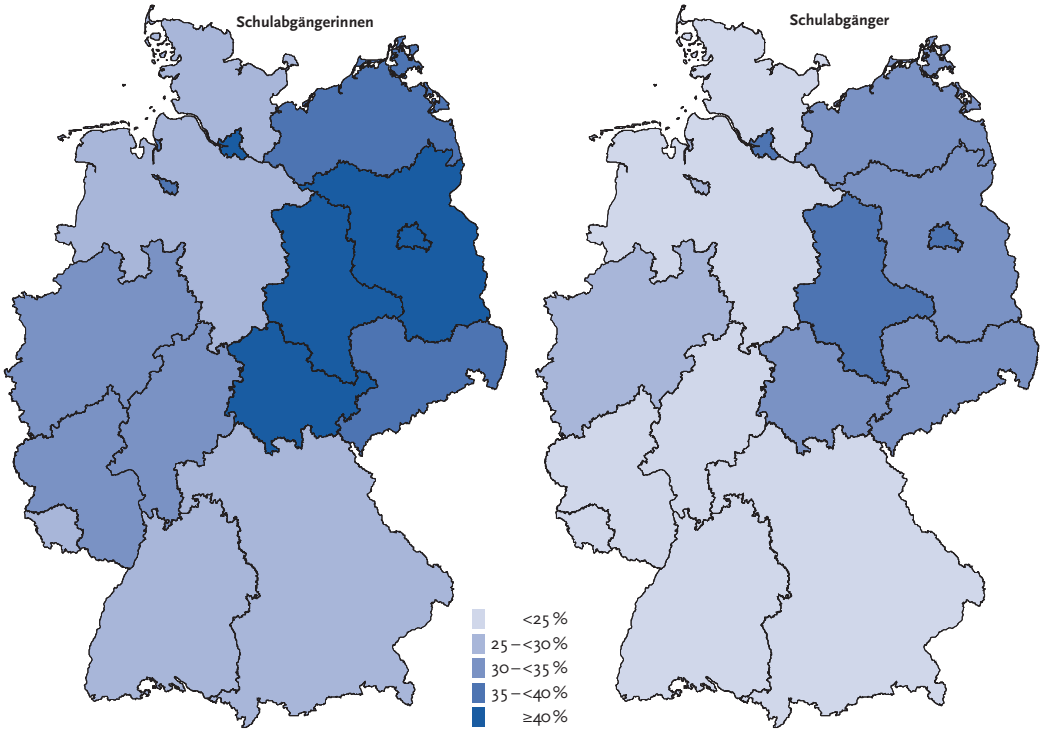
finden sich demnach im östlichen Mecklenburg-Vorpommern, im nord- und südöstlichen Teilen Brandenburgs, in Berlin und in einzelnen Regionen Sachsen-Anhalts und Sachsens. In Baden-Württemberg und den meisten Regionen Bayerns hingegen waren weniger als 8 % der Erwerbsbevölkerung arbeitslos. Auch in Rheinland-Pfalz und dem Saarland lag die Arbeitslosenquote mit höchstens 12 % auf vergleichsweise geringem Niveau. Die höchsten Arbeitslosenquoten in den alten Bundesländern fanden sich in Regionen Nordrhein-Westfalens und Schleswig-Holsteins, in Nordhessen, im nördlichen und östlichen Niedersachsen und in den Stadtstaaten Hamburg und Bremen. Bezüglich der Arbeitslosigkeit lässt sich somit nicht nur ein Ost-West-, sondern auch ein Nord-Süd-Unterschied beobachten.

Entwicklung der Bildungsbeteiligung

Bezüglich der Bildungsbeteiligung lassen sich einige Besonderheiten in den neuen und alten Bundesländern feststellen. So werden Kinder in den neuen Bundesländern deutlich häufiger als in den alten Bundesländern in Kindergärten und anderen Kindertageseinrichtungen betreut. Dies war bereits zu Beginn der 1990er-Jahre der Fall (siehe Kapitel 2.1).

Unterschiede zwischen den neuen und alten Bundesländern können darüber hinaus am Anteil der Schülerinnen und Schüler festgemacht werden, die ihre Schullaufbahn mit der allgemeinen oder fachgebundenen Hochschulreife abschließen. Im Schuljahr 2006/07 verließen mit 36,5 % gegenüber 26,5 % mehr Schülerinnen und Schüler in Ostdeutschland die Schule mit der allgemeinen oder fachgebundenen Hochschulreife als in Westdeutschland (Destatis 2009). Im Schuljahr

Abbildung 2.2.5
Anteil der Schulabgängerinnen und Schulabgänger mit allgemeiner Hochschulreife oder Fachhochschulreife im Schuljahr 2006/07 nach Bundesland
Quelle: Statistisches Bundesamt 2009



1996/07 betrugen die entsprechenden Anteile noch 27,2 % und 23,7 %. Eine Betrachtung auf Ebene der Bundesländer weist vor allem für Sachsen-Anhalt, Berlin und Brandenburg relativ hohe Anteile an Schulabgängerinnen und Schulabgängern mit allgemeiner Hochschulreife oder Fachhochschulreife aus. In Westdeutschland heben sich in dieser Hinsicht insbesondere Hamburg, Bremen und Nordrhein-Westfalen von den übrigen Bundesländern ab (siehe Abbildung 2.2.5).

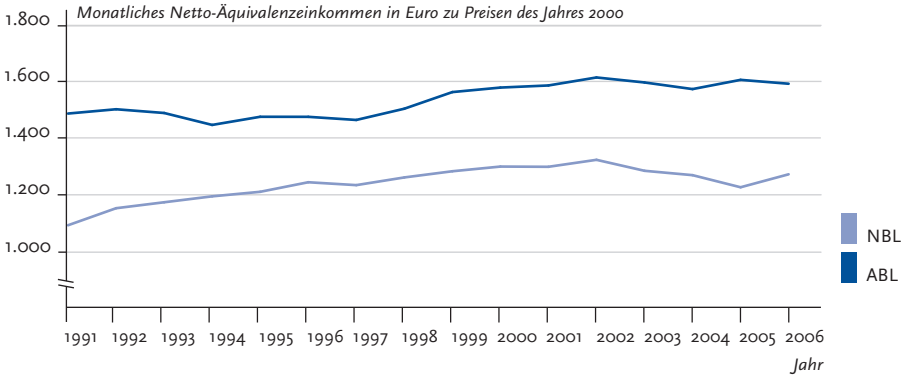
Ungeachtet der aktuell höheren Anteile der Abiturientinnen und Abiturienten in den neuen Bundesländern sind die Anteile der Frauen und Männer mit allgemeiner Hochschulreife in der Erwerbsbevölkerung niedriger als in den alten Bundesländern. Hier machen sich die Folgen einer ausgeprägten arbeitsmarktinduzierten Abwanderung aus den neuen Ländern bemerkbar (Werz 2000). Auch der Anteil von Hochschulabsolventinnen und -absolventen ist in den neuen Ländern – mit Ausnahme Sachsens – geringer als in den alten Ländern. Bei beiden Indikatoren weisen die Stadtstaaten besonders hohe Werte auf (Konsortium Bildungsberichterstattung 2008).

Die Güte und Qualität der schulischen Ausbildung wird regelmäßig in international vergleichenden Studien untersucht. In den PISA-Studien werden alle drei Jahre bei 15-jährigen Mädchen und Jungen in den OECD-Mitgliedsstaaten die Kompetenzen in den Bereichen Lesen, Mathematik und Naturwissenschaften überprüft. Im Jahr 2006 wurde in Deutschland neben dem internationalen Vergleich auch ein Vergleich zwischen den Bundesländern durchgeführt (PISA Konsortium 2008). Für die Lesekompetenz erzielten die Schülerinnen und Schüler in den meisten Bundesländern Werte, die im Bereich des OECD-Durchschnitts lagen. Signifikant niedriger als der OECD-Durchschnitt waren die Werte in den Stadtstaaten Hamburg und Bremen sowie in den Flächenländern Schleswig-Holstein, Niedersachsen und Mecklenburg-Vorpommern (PISA Konsortium 2008). Am Besten schnitt im Ländervergleich das Bundesland Sachsen ab, gefolgt von Bayern, Thüringen und Baden-Württemberg. Auch bei den naturwissenschaftlichen Kompetenzen belegten diese vier Bundesländer die vorderen Ränge. Dabei ist zu berücksichtigen, dass der Anteil der Jugendlichen mit Migrationshintergrund, die im Durchschnitt schlechtere Ergebnisse erzielen als Jugendliche ohne Migrationshintergrund, in den neuen Bundesländern deutlich niedriger ist als in den alten Bundesländern (PISA Konsortium 2008).

Entwicklung der materiellen Lage und des Armutsrisikos

Im Zuge der Anstrengungen zur Angleichung der Lebensbedingungen zwischen den neuen und den alten Bundesländern hatte die ostdeutsche Bevölkerung seit 1991 deutliche Einkommenszuwächse zu verzeichnen (siehe Abbildung 2.2.6). Nach Ergebnissen des Sozio-oekonomischen Panels, einer jährlich durchgeführten

Abbildung 2.2.6
Entwicklung des Netto-Äquivalenzeinkommens in den Jahren 1991 bis 2006
Quelle: SOEP 1991–2007 (Frick 2008)



Haushaltsbefragung des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung, betrug der Einkommenszuwachs – bezogen auf das verfügbare Einkommen nach Berücksichtigung der allgemeinen Inflationsrate und der Kaufkraftunterschiede – im Zeitraum 1991 bis 2006 in den neuen Bundesländern 17 %, während er in den alten Bundesländern mit 7 % deutlich geringer ausfiel (Frick 2008).

*Die **Armutsrisikoquote** ist ein zentraler Indikator der Sozial- und Armutsberichterstattung. Sie ist definiert als der Anteil der Personen, die in Haushalten leben, deren bedarfsgewichtetes Haushaltsnettoeinkommen (Netto-Äquivalenzeinkommen) weniger als 60% des Mittelwertes (Median) aller Personen beträgt (BMAS 2008). Das Haushaltsnettoeinkommen ergibt sich aus der Summe aller Einkommen der Haushaltsmitglieder abzüglich Steuern und Sozialabgaben. Durch die Bedarfsgewichtung wird berücksichtigt, dass in Mehrpersonenhaushalte durch gemeinsames Wirtschaften Einkommensersparnisse erzielt werden. Nach der im Folgenden zugrunde gelegten neuen OECD-Skala wird dem Haupteinkommensbezieher im Haushalt ein Gewichtungsfaktor von 1,0 zugewiesen. Jede weitere Person im Haushalt, die 14 Jahre oder älter ist, erhält einen Gewichtungsfaktor von 0,5 und jede weitere Person im Alter unter 14 Jahren einen Gewichtungsfaktor von 0,3. Zur Berechnung des Netto-Äquivalenzeinkommen wird ein Quotient gebildet, der sich aus der Summe der Gewichtungsfaktoren ergibt. Für einen Haushalt mit zwei Erwachsenen und zwei Kindern unter 14 Jahren beispielsweise nimmt dieser Quotient einen Wert von 2,1 an.*

Trotz der aufholenden Entwicklung in den neuen Bundesländern liegen die Einkommen aktuell noch immer deutlich unter denen in den alten Bundesländern. Dementsprechend ist ein höherer Anteil der Bevölkerung in den neuen Bundesländern von Armut betroffen oder durch Armut bedroht. Nach Daten des Sozio-oekonomischen Panels lag die so genannte Armutsrisikoquote im Jahr 2007 in den neuen Bundesländern bei 19,4 % und in den alten Bundesländern bei 15,9 %. Kurz nach der Wiedervereinigung war der Ost-West-Unterschied in der Armutsrisikoquote mit 18,8 % gegenüber 11,1 % noch deutlich stärker ausgeprägt (Frick 2008).

Mit den Daten des Mikrozensus lässt sich die regionale Verteilung des Armutsrisikos betrachten. Demnach war im Jahr 2007 die Armutsrisikoquote in Mecklenburg-Vorpommern mit 24,3 % und Sachsen-Anhalt mit 21,5 % am höchsten, gefolgt von Sachsen mit 19,6 %, Bremen mit 19,1 %, Thüringen mit 18,9 % sowie Berlin und Brandenburg mit jeweils 17,5 %. Die niedrigsten Armutsrisikoquoten waren für Baden-Württemberg mit 10,0 %, Bayern mit 11,0 % und Hessen mit 12,0 % zu verzeichnen (siehe Abbildung 2.2.7).

Eine Differenzierung nach Raumordnungsregionen macht deutlich, dass auch innerhalb der einzelnen Bundesländer zum Teil ausgeprägte regionale Unterschiede in der Verteilung des Armutsrisikos bestehen. So war die Armutsrisikoquote im Jahr 2007 in der Region Havelland-Fläming (Brandenburg) sowie in weiten Teilen Mecklenburg-Vorpommerns deutlich niedriger als in den meisten anderen Regionen der neuen Bundesländer. Andererseits fanden sich in den westdeutschen Flächenstaaten einige Regionen mit einem relativ hohen Armutsrisiko, z. B. Schleswig-Holstein Ost, Bremen, Bremerhaven und Ost-Friesland sowie Osnabrück und Dortmund (Der PARITÄTISCHE 2009) (siehe Abbildung 2.2.7). Somit lässt sich bezüglich der regionalen Verteilung des Armutsrisikos feststellen, dass neben den Ost-West-Unterschieden ein beträchtliches Nord-Süd-Gefälle zum Ausdruck kommt.

Die materielle Lage von Haushalten wird neben dem Einkommen über das Privatvermögen bestimmt, das im engeren Sinne das verzinsliche Geldvermögen (Spar- und Bausparguthaben, Wertpapiere, Termingeld und das angesammelte Kapital bei Lebensversicherungen) und die Verkehrswerte von Immobilien abzüglich der Bau- und Konsumschulden umfasst. Zu berücksichtigen ist dabei die unterschiedliche historische Ausgangslage, da Haushalte in Ostdeutschland erst seit 1990 die Möglichkeit haben, unter den Bedingungen der sozialen Marktwirtschaft privates Vermögen zu bilden. Für den Zeitraum 1993 bis 2003 lässt sich auf Basis von Daten der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe (EVS) zeigen, dass die Vermögen der Haushalte in den

neuen Bundesländern um 63 % gestiegen sind, die Vermögen der Haushalte in den alten Bundesländer hingegen nur um 19 %. Trotz dieser aufholenden Entwicklung betrug das durchschnittliche Privatvermögen der ostdeutschen Haushalte im Jahr 2003 mit 60.000 Euro nur etwa 40 % des durchschnittlichen Privatvermögens der westdeutschen Haushalte, das bei 149.000 Euro lag (BMGS 2005).

Für die letzten Jahre wird eine neuerliche Zunahme der Vermögensunterschiede zwischen den neuen und alten Bundesländern berichtet. Die Daten des Sozio-oekonomischen Panels für die Jahre 2002 bis 2007 weisen insbesondere auf zunehmende Unterschiede bezüglich des Immobilienvermögens hin. Zurückgeführt werden diese vor allem auf die sinkenden Marktwerte von Immobilien in den neuen Bundesländern (Frick, Grabka 2008).

Lebensstandard und subjektive Wohlfahrt

Aussagen zur materiellen Lage lassen sich auch anhand von Daten zur Verfügbarkeit von Gebrauchsgütern treffen, die zum allgemeinen Lebensstandard gezählt werden. Dazu gehört beispielsweise die Ausstattung mit Haushaltsgeräten, der Besitz von Fahrzeugen sowie von Geräten der Unterhaltungselektronik. Auch die Ausstattung mit Produkten der Informations- und Kommunikationstechnik, wie z. B. Personalcomputer, Mobiltelefon und Internetzugang, lassen Rückschlüsse auf den Lebensstandard zu (Angele et al. 2008).

Anhand der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe aus dem Jahr 1998 und der Laufenden Wirtschaftsrechung der Jahre 1999 bis 2007 lässt sich zeigen, dass in der Ausstattung mit wichtigen Gebrauchsgütern nur relativ geringe Unterschiede zwischen den neuen und alten Bundesländern bestehen (siehe Tabelle 2.2.1). Langlebige Gebrauchsgüter wie Waschmaschinen, Kühl-

Abbildung 2.2.7
Armutsrisikoquote nach Bundesland und Raumordnungsregion im Jahr 2007
Quelle: Mikrozensus 2007 (Der PARITÄTISCHE 2009)

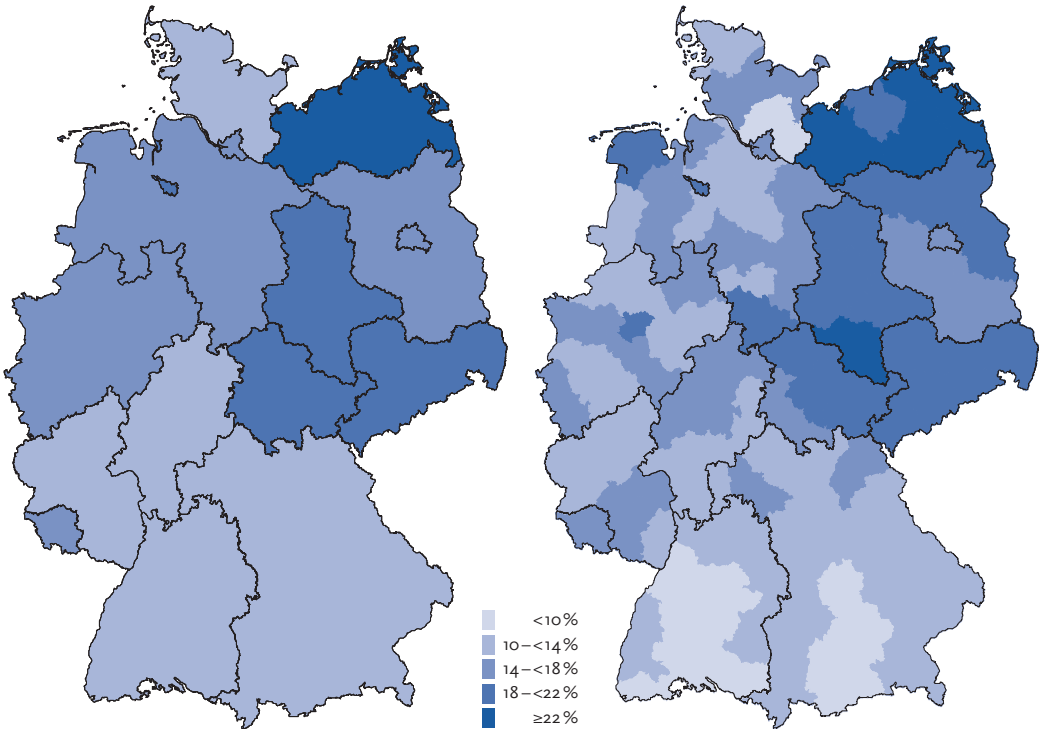


Tabelle 2.2.1
Anteil der Haushalte mit ausgewählten Konsumgütern in den Jahren 1998 und 2007
Quelle: Destatis 2008a

	Deutschland		NBL		ABL	
	1998	2007	1998	2007	1998	2007
Fahrzeuge						
Personenkraftwagen	73,7 %	76,7 %	69,5 %	72,4 %	74,8 %	77,7 %
Fahrrad	79,3 %	80,1 %	73,1 %	76,0 %	80,9 %	81,1 %
Empfangs-, Aufnahme- und Wiedergabegeräte von Bild und Ton						
Fernseher	96,0 %	95,9 %	97,9 %	97,1 %	95,5 %	95,6 %
Hi-Fi-Anlage	66,1 %	72,1 %[3]	55,0 %	66,9 %[3]	68,9 %	73,3 %[3]
Informations- und Kommunikationstechnik						
Personalcomputer	44,9 %[1]	72,8 %	38,7 %[1]	70,3 %	46,3 %[1]	73,4 %
Internetzugang, -anschluss	7,2 %	60,0 %	4,4 %	56,4 %	7,9 %	60,8 %
Telefon						
Telefon stationär (auch schnurlos)	96,6 %	95,4 %	94,1 %	94,8 %	97,2 %	95,5 %
Telefon mobil (Autotelefon, Handy)	9,5 %	81,8 %	9,3 %	81,9 %	9,5 %	81,7 %
Haushalts- und sonstige Geräte						
Kühlschrank	99,2 %[2]	99,4 %	99,7 %[2]	99,5 %	99,1 %[2]	99,4 %
Gefrierschrank, Gefriertruhe	71,3 %[2]	73,6 %	67,7 %[2]	64,6 %	72,1 %[2]	75,7 %
Geschirrspülmaschine	42,9 %	62,4 %	24,6 %	54,1 %	47,2 %	64,3 %
Mikrowellengerät	50,2 %	68,7 %	40,5 %	67,7 %	52,5 %	68,9 %
Waschmaschine	91,5 %	95,1 %[4]	91,0 %	97,2 %[4]	94,2 %	94,6 %[4]
Wäschetrockner	28,3 %	40,0 %	13,0 %	22,4 %	31,9 %	44,1 %

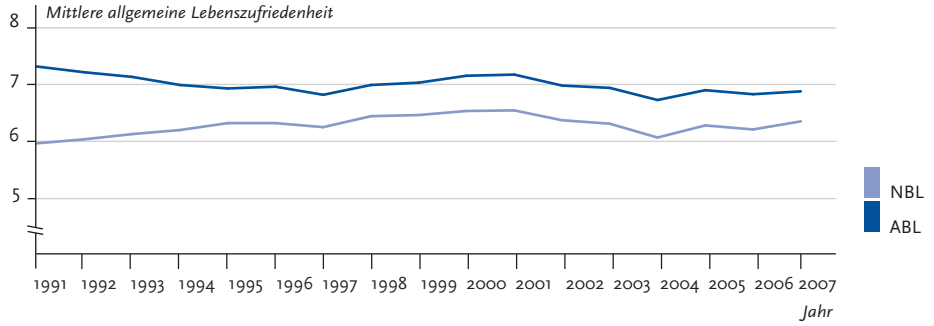
Werte aus abweichenden Jahren: 1) 1999 2) 2000 3) 2005 4) 2001

schränke, Fernseher oder Telefone waren bereits im Jahr 1998 in mehr als 90 % der Haushalte in den neuen und alten Bundesländern verfügbar. Differenzen zu Ungunsten von ostdeutschen Haushalten bestanden hinsichtlich der Ausstattung mit Personalcomputern, Hi-Fi-Anlagen, Internetzugängen, Geschirrspülmaschinen und Wäschetrocknern. Bezüglich dieser Gebrauchsgüter ließ sich im Jahr 1998 in den neuen Ländern nur ein Versorgungsgrad von etwa 62 % des Niveaus in den alten Ländern feststellen. Bis zum Jahr 2007 hat sich dieser Unterschied allerdings deutlich verringert, und zwar auf 83 % des Niveaus der alten Bundesländer.

Ergänzt werden kann die Betrachtung der Entwicklung der Lebensbedingungen in den neuen und alten Bundesländern durch Ergebnisse zur subjektiven Wohlfahrt. Die subjektive Wohlfahrt kann als Resultat des Zusammenspiels zwischen der Wahrnehmung der objektiven Lebensumstände und den persönlichen Ansprüchen und Erwartungen der Menschen verstanden werden. Gemessen wird die subjektive Wohlfahrt unter anderem über die allgemeine Lebenszufriedenheit und die Zufriedenheit bezüglich spezifischer Lebensbereiche, wobei häufig eine elfstufige Skala von 0 »gar nicht zufrieden« bis 10 »voll und ganz zufrieden« zugrunde gelegt wird.

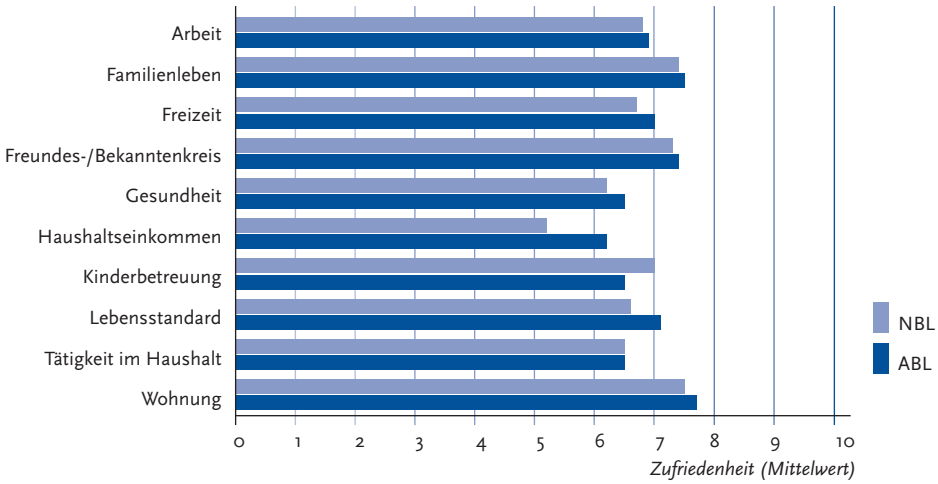
Mit Daten des Sozio-oekonomischen Panels kann gezeigt werden, dass kurz nach der Wiedervereinigung ein erheblicher Ost-West-Unterschied in der allgemeinen Lebenszufriedenheit bestand, der etwa 1,5 Punkte auf der elfstufigen Skala betrug (siehe Abbildung 2.2.8). In den Folgejahren verringerte sich dieser Unterschied zusehends und machte bereits Mitte der 1990er-Jahre nur noch 0,5 Skalenpunkte aus. Danach entwickelte sich die allgemeine Lebenszufriedenheit in beiden Teilen Deutschlands weitgehend parallel, so dass der Abstand auf relativ geringem Niveau konstant blieb (Frick 2008).

Abbildung 2.2.8
Entwicklung der allgemeinen Lebenszufriedenheit 1991 bis 2007
Quelle: Frick 2008



Eine nach Lebensbereichen differenzierte Betrachtung zeigt, dass Personen in den alten Bundesländern im Durchschnitt etwas zufriedener mit ihrem Leben sind als Personen in den neuen Bundesländern (siehe Abbildung 2.2.9). Am deutlichsten wird dies in Bezug auf das Haushaltseinkommen und den Lebensstandard. In einigen Bereichen zeigen sich kaum Unterschiede zwischen Personen in Ost- und Westdeutschland, z. B. in den Bereichen Arbeit, Familienleben und Freundes-/Bekanntenkreis. Mit der Kinderbetreuung sind Personen aus den neuen Bundesländern zufriedener als Personen aus den alten Bundesländern, was angesichts der besseren Betreuungssituation in Ostdeutschland, insbesondere für Kinder unter drei Jahren, nicht überrascht (siehe Kapitel 2.1). Vergleichbare Differenzen bei bereichsspezifischen Zufriedenheiten in Ost- und Westdeutschland zeigten sich bereits auf Basis der in den 1990er-Jahren durchgeführten Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts (Ellert, Knopf 1999). So war die Zufriedenheit mit der finanziellen Lage und der eigenen Gesundheit in den Jahren 1990/92 und 1998 in den neuen Bundesländern geringer als in den alten Bundesländern. Die Zufriedenheit mit der familiären Situation war demgegenüber zu beiden Zeitpunkten in den neuen Ländern etwas größer als in den alten Ländern.

Abbildung 2.2.9
Zufriedenheit mit ausgewählten Lebensbereichen im Jahr 2006
Quelle: SOEP 2006 (Destatis et al. 2008)



Fazit

Seit der Wiedervereinigung Deutschlands wurden enorme gesamtgesellschaftliche Anstrengungen unternommen, um die Lebensbedingungen in den neuen Bundesländern an die in den alten Bundesländern anzupassen. In vielen Bereichen konnte eine Annäherung erreicht werden, was sich auch im Lebensstandard und der subjektiven Zufriedenheit mit den Lebensbedingungen widerspiegelt. Zum Teil bestehen aber auch 20 Jahre nach dem Mauerfall noch Ost-West-Unterschiede, was sich z. B. an der höheren Arbeitslosigkeit und dem größeren Armutsrisiko der Bevölkerung in den neuen Bundesländern festmachen lässt. Zu berücksichtigen ist dabei, dass die Ost-West-Betrachtung alleine nicht ausreicht, um die sozialräumlichen Unterschiede zu beschreiben, da auch innerhalb der einzelnen Bundesländer zum Teil erhebliche regionale Unterschiede in den Lebensbedingungen bestehen.

Literatur

Angele J, Kott K, Weimann J (2008) Private Haushalte – Einkommen, Ausgaben, Ausstattung. In: Destatis (Hrsg) Datenreport 2008. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn

Bundesamt für Raumordnung und Bauwesen (BBR) (2007) INKAR 2007 – Indikatoren, Karten und Graphiken zur Raum- und Stadtentwicklung in Deutschland und in Europa. Bundesinstitut für Bau-, Stadt- und Raumforschung im Bundesamt für Bauwesen und Raumordnung, Wiesbaden

Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2008) Lebenslagen in Deutschland. Der 3. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Bundesministerium für Arbeit und Soziales, Berlin

Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) (2005) Lebenslagen in Deutschland. Der 2. Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung. Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung, Berlin

Bundesministerium für Verkehr, Bau und Stadtentwicklung (BMVBS) (2009) Jahresbericht der Bundesregierung zum Stand der Deutschen Einheit 2009. Der Beauftragte der Bundesregierung für die neuen Länder, Berlin.

Bundesagentur für Arbeit (2009) Arbeitsmarkt in Deutschland, Zeitreihen bie 2007. Analytikreport der Statistik. April 2008. Bundesagentur für Arbeit, Nürnberg

Der PARITÄTISCHE (2009) Unter unseren Verhältnissen ... Der erste Armutsatlas für Regionen in Deutschland. Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband Gesamtverband e. V., Berlin

Destatis (1995) Datenreport 1994. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn

Destatis, GESIS-ZUMA, WZB (2008) Datenreport 2008. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn

Destatis (2008a) Fachserie 15/Reihe 2 Wirtschaftsrechnung Ausstattung privater Haushalte mit langlebigen Gebrauchsgütern. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden

Destatis (1008b) Datenreport 2008. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. In Kooperation mit GESIS und WZB. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn

Destatis (2009) GENESIS-Online Datenbank. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden

Ellert U, Knopf H (1999) Zufriedenheit mit den Lebensumständen und Gesundheit. Das Gesundheitswesen 61 (S2): S145–S150

Frick JR, Grabka M (2008) Niedrigere Arbeitslosigkeit sorgt für weniger Armutsrisiko und Ungleichheit. DIW Wochenbericht 38: 556–566

Frick JR (2008) SOEP-Monitor. Zeitreihen zur Entwicklung von Indikatoren zu zentralen Lebensbereichen Beobachtungszeitraum: 1984–2007. DIW, Berlin

Konsortium Bildungsberichterstattung (2008) Bildung in Deutschland. Ein indikatorengestützter Bericht mit einer Analyse zu Übergängen im Anschluss an den Sekundarbereich I. Bertelsmann, Bielefeld

PISA Konsortium (2008) PISA 2006 in Deutschland. Die Kompetenzen der Jugendlichen im dritten Ländervergleich. Waxmann, Münster

SVR Wirtschaft (2004) Jahresgutachten 2004|05. Sachverständigenrat zur Begutsachtung der gesamtwirtschaftlichen Entwicklung, Wiesbaden

Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen der Länder (2009) Bruttoinlandsprodukt, Bruttowertschöpfung in den Ländern und Ost-West-Großraumregionen Deutschlands 1991 bis 2008. Stuttgart, Arbeitskreis Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen der Länder

Werz N (2000) Abwanderung aus den neuen Bundesländern. APuZ B39-40/2001: 23–31

2.3 Entwicklung der gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen

- Nach der Wende wurde das primär staatlich-zentralistische Gesundheitssystem der DDR in das freiheitlich-pluralistische Versorgungssystem der Bundesrepublik überführt. Dieser Transformationsprozess war bis Mitte der 1990er-Jahre weitgehend abgeschlossen.
- Besonders rasch vollzog sich dieser Angleichungsprozess in den Bereichen der vertragsärztlichen, akutstationären und Arzneimittelversorgung.
- Die neuen Länder sind vollständig in die sozialen Sicherungssysteme integriert, wobei dort mehr Einwohner in den gesetzlichen Krankenkassen, vor allem in der AOK, versichert sind als in den alten Bundesländern.
- Vielfältige gesetzliche Steuerungsmaßnahmen sowie die wirtschaftliche Gesamtentwicklung und die Veränderung in der Altersstruktur der Bevölkerung haben seit der Wiedervereinigung die Ausgaben und Strukturen des Gesundheitswesens in ganz Deutschland erheblich beeinflusst.
- Auch zukünftig ist struktureller Anpassungsbedarf zu erwarten.

Zwischen den Zeiten – Schaffung der gesetzlichen Grundlagen für die Angleichung der Gesundheitssysteme

Innerhalb des kurzen Zeitraumes zwischen dem Fall der Mauer am 9. November 1989 und der Wiedervereinigung Deutschlands am 3. Oktober 1990 erfolgten unter Beteiligung zahlreicher staatlicher und nichtstaatlicher Akteure die entscheidenden Weichenstellungen für einen tiefgreifenden Umbau des Gesundheitsversorgungssystems in den neuen Bundesländern. Neben Vertretern der jeweils amtierenden Regierungen und der Fachadministration nahmen auch Repräsentanten der Krankenkassen, Wohlfahrtsverbände und Leistungserbringer (hier vor allem die verschiedenen ärztlichen Organisationen) Einfluss auf die Ausgestaltung der gesetzlichen Regelungen. Im Resultat einigte man sich auf eine Überführung des primär staatlich organisierten Gesundheitswesens der DDR mit seiner einheitlichen Sozialversicherung in das freiheitlich-pluralistisch gestaltete Gesundheitssystem der Bundesrepublik mit seinem gegliederten Krankenversicherungssystem und den körperschaftlichen Entscheidungsstrukturen. Bestimmten Versorgungsstrukturen der DDR, wie den Polikliniken und Ambulatorien, wurden zumindest für eine Übergangszeit Bestandsgarantien eingeräumt, vor allem um die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung sicherzustellen. Zunächst wurde nicht damit gerechtet, dass sich gerade im ambulanten Versorgungsbereich der Angleichungsprozess so rasch vollziehen würde, wie dies dann geschah. Auch der Gesamtprozess der Umstrukturierung des Gesundheitswesens vollzog sich überraschend schnell und reibungslos (BMG 1994, 1998, 2004; Roth 2009a, 2009b; Wasem 1997; Weil 2009).

Der Staatsvertrag über die Schaffung einer Währungs-, Wirtschafts- und Sozialunion vom 18. Mai 1990 und der Einigungsvertrag vom 31. August 1990 enthielten einige für die Umstrukturierung des DDR-Gesundheitssystems wichtige Regelungen. Die Volkskammer der DDR verabschiedete darüber hinaus mehrere Gesetze, die der Einführung eines Krankenkassensystems nach westdeutschem Muster dienten. Diese waren teilweise nur bis zum Inkrafttreten des SGB V in den neuen Ländern am 1. Januar 1991 und dem damit verbundenen Beginn der Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung gültig. Die bundesweit zugelassenen gesetzlichen Krankenkassen (und die privaten Krankenversicherungsunternehmen) dehnten ihren Wirkungskreis auf das Gebiet der neuen Bundesländer aus. Zudem wurden zunächst 13 Allgemeine Ortskrankenkassen, von denen derzeit noch vier (plus Berlin) existieren, und zahlreiche Betriebs- und Innungskrankenkassen errichtet. Als Anschubfinanzierung wurde der GKV-Ost vom Bund ein Betriebsmitteldarlehn in Höhe von rund 1,5 Milliarden Euro zur Verfügung gestellt. Der Beitragssatz für die GKV-Ost wurde zunächst auf einheitlich 12,8 % festgelegt.

In den neuen Bundesländern waren und sind mehr Einwohner in der Gesetzlichen Krankenver-

sicherung und von ihnen auch mehr in den Allgemeinen Ortskrankenkassen versichert als in den alten Bundesländern (siehe Abbildung 2.3.1). Insgesamt hat zwar der Anteil der GKV-Versicherten in Deutschland seit Anfang der 1990er-Jahre leicht abgenommen, jedoch war der Rückgang in den neuen Ländern insbesondere bei den AOKen stärker. Der AOK-Versichertenanteil ging von 51 % der Einwohner in den neuen Bundesländern auf 36 % im Jahr 2007 zurück. Seit Anfang der Jahrtausendwende sind eine Stabilisierung bei den Versicherten in der GKV und nur ein sehr geringer Rückgang bei den AOK-Versicherten zu beobachten.

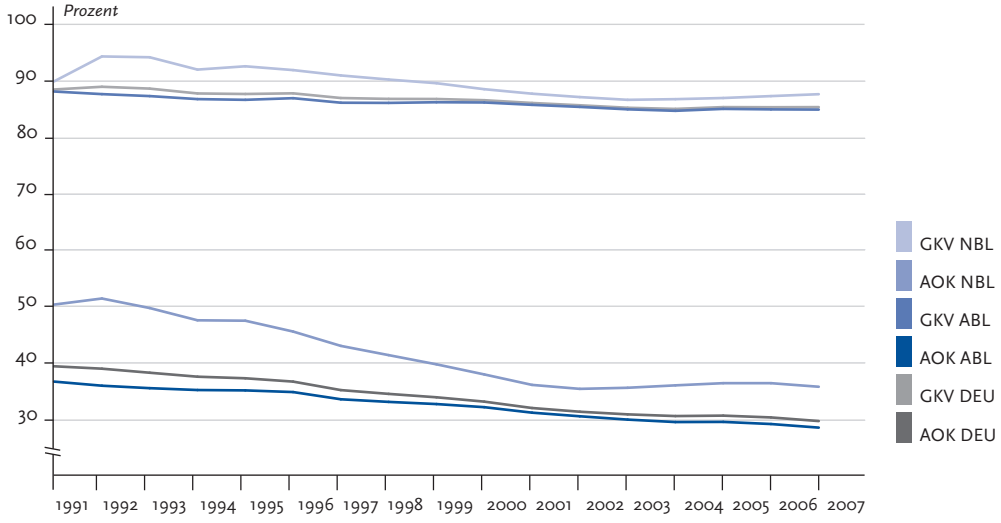
Neben der sozialrechtlichen Sicherung der gesundheitlichen Versorgung der Bürger der neuen Länder wurde die Umstrukturierung weiterer Bereiche des Gesundheitssystems rechtlich-organisatorisch eingeleitet. Wichtige Änderungen werden im Folgenden – ohne Anspruch auf Vollständigkeit – kurz beschrieben.

Anpassung der Versorgungsstrukturen in den neuen Ländern

Ambulanter Versorgungsbereich

Bereits im Verlauf des Jahres 1990 ließen sich in den neuen Bundesländern die ersten ehemals angestellt tätigen Ärztinnen und Ärzte in freier Praxis nieder. Ein funktionsfähiges System regionaler Kassenärztlicher Vereinigungen als Körperschaften öffentlichen Rechts, die als Verhandlungspartner der Krankenkassen wichtige Funktionen innerhalb der Selbstverwaltung im Gesundheitssystem, bei der Organisation und Gewährleistung der ambulanten ärztlichen Versorgung und der Vertretung der Interessen niedergelassen tätiger Ärztinnen und Ärzte übernehmen, musste jedoch erst noch aufgebaut werden. Gleiches galt für die Ärztekammern, denen vor allem berufsrechtliche Aufgaben inklusive der Organisation der ärztlichen Fort- und Weiterbildung zukommen, und für den Aufbau der berufsständigen Alterssicherung über ärztliche Versorgungswerke. Die ambulante zahnärztliche Versorgung entwickelte sich analog der übrigen ärztlichen Strukturen. Trotz der anfangs in der ostdeutschen Ärzteschaft recht weit verbreiteten Skepsis vollzog sich der Anpas-

Abbildung 2.3.1
Anteil GKV- und AOK-Versicherter an der Bevölkerung 1991 bis 2007*
Quelle: BMG 1998, 2009; Statistisches Bundesamt 2009



*bis 1994 ABL einschließlich Berlin-West, ab 1995 ABL einschließlich Berlin

sungsprozess sehr rasch und bereits 1994 erfolgte die ambulante ärztliche Versorgung in den neuen Bundesländern fast ausschließlich über in eigener Praxis niedergelassene Vertragsärztinnen und -ärzte. Von den ehemals etwa 600 Polikliniken und rund 1.000 Ambulatorien waren zu diesem Zeitpunkt nur noch wenige erhalten geblieben. Diese Entwicklung fand jedoch nicht in allen neuen Bundesländern und allen ärztlichen Fachdisziplinen mit gleicher Geschwindigkeit statt. So wurde beispielsweise die Umwandlung von Polikliniken in Gesundheitszentren von den Landesregierungen Berlin (Ost) und Brandenburg besonders engagiert unterstützt und gefördert (Wasem 1997; Roth 2009b; siehe Kapitel 6.1). Praxisgründungen wurden durch Finanzhilfen des Bundes und der Länder (u. a. über European-Recovery-Programm-Bürgschaften, Eigenkapitalhilfeprogramm, Existenzgründungshilfen) erleichtert (BMG 1994). Die ärztliche Vergütung blieb in den neuen Ländern lange Zeit (auch im privatärztlichen Bereich) unter dem Niveau in den alten Ländern.

Zeitlich parallel erfolgte die Privatisierung der Arzneimittelversorgung. Dieser Prozess vollzog sich ebenfalls sehr schnell und bereits Ende 1993 waren 98 % der ehemals staatlichen Apotheken in den neuen Ländern privatisiert. Auch die staatlichen Pharmaunternehmen und die Vertriebswege wurden von privaten Unternehmen übernommen, Versorgungsengpässe beseitigt, und die Bevölkerung in den neuen Bundesländern erhielt Zugang zum gesamten in Westdeutschland zugelassenen Arzneimittelsortiment (siehe Kapitel 6.5). Angesichts der geringeren Finanzkraft der GKV-Ost bzw. der niedrigeren Einkünfte der ostdeutschen Versicherten galten für die neuen Länder teilweise bis zum Jahr 2001 Sonderregelungen hinsichtlich des Arzneimittelbereichs (u. a. andere Rechnungsabschläge zu Lasten der Arzneimittelhersteller, des Großhandels und der Apotheken sowie niedrigere Zuzahlungen für Versicherte) (BMG 1994, 2004).

Im Bereich der nichtärztlichen Heilberufe und des Gesundheitshandwerkes kam es ebenfalls zu einer Niederlassungs- bzw. Privatisierungswelle, die jedoch teilweise nicht dieselbe Dynamik entfaltete wie im ärztlichen und Apothekenbereich. Zudem mussten hier z. T. noch Regelungen für die Anerkennung von Ausbildungen und Berufsabschlüssen getroffen werden (BMG 1994, 2004). Eine Sonderstellung nimmt die ambulante psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung ein. Hier bestanden erhebliche Defizite, die in etwa der Situation in der Bundesrepublik vor der in den 1970er-Jahren eingeleiteten Psychiatrie-Reform entsprachen. Ambulante Versorgungsmöglichkeiten, welche die bis dato übliche stationäre Langzeitunterbringung psychisch Kranker ersetzen konnten, mussten geschaffen werden, was u. a. durch die Auflösung der Polikliniken erschwert wurde. Dieser Prozess gestaltete sich im Vergleich zu den bisher geschilderten komplexer und langwieriger (BMG 1994, 2004; Richter 2001). Die ambulante psychotherapeutische Versorgung wurde 1999 mit dem Psychotherapeutengesetz in ganz Deutschland neu geregelt (siehe Kapitel 6.1).

Akutstationärer Versorgungsbereich

Die existierenden Krankenhäuser, die in der DDR fast ausnahmslos in staatlicher bzw. betrieblicher Hand waren, wurden nach der Wiedervereinigung zunächst von den Kommunen übernommen. Teilweise gingen die stationären Einrichtungen im weiteren Verlauf in private oder freigemeinnützige Trägerschaft über. Es fanden auch Fusionen, Umwidmungen und Betriebsstättenschließungen statt. An die Akutkliniken angegliederte Polikliniken und Ambulanzen wurden häufig aufgelöst. Aufgrund des teilweise sehr schlechten baulichen Zustandes vieler Krankenhäuser und ihrer gemessen am westdeutschen Standard unzureichenden medizintechnischen Ausstattung bestand erheblicher Investitionsbedarf. Im Rahmen des Krankenhausinvestitionsprogrammes für die neuen Länder und durch andere Hilfen förderten Bund, Länder und Krankenhausträger die Sanierung und Modernisierung der Kliniken. Modernisierungsmaßnahmen wurden häufig bereits kurz nach der Wiedervereinigung in die Wege geleitet und viele Kliniken erreichten oder übertrafen schon nach wenigen Jahren westdeutsche Standards (BMG 1994, 2004).

In der DDR erfolgte die Zuweisung von Finanzmitteln an die Krankenhäuser planwirtschaftlich und nicht primär kosten- oder leistungsorientiert. Durch Übergangsregelungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes und der Bundespflegeverordnung in Verbindung mit Sonderregelungen im

Rahmen der sektoralen Budgetierung wurden die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen der Krankenhäuser in den neuen Bundesländern an die dortigen Bedingungen angepasst. Mit der Übernahme des westdeutschen Finanzierungsmodells waren die Krankenhäuser zum Aufbau betriebswirtschaftlicher Kompetenz und zum Führen von Pflegesatzverhandlungen mit den Krankenkassen gezwungen. Die Leistungsabrechnung mit den Kostenträgern erfolgte nun auf der Basis von (krankenhaus- bzw. abteilungsspezifischen) tagesgleichen Pflegesätzen. Dies führte zu erheblichen innerbetrieblich-organisatorischen Umstrukturierungen, um die Leistungserbringung und -abrechnung effizienter zu gestalten. Im Zuge der Anpassung an die geänderten Rahmenbedingungen und den Bedarf der Bevölkerung kam es zu einem erheblichen Bettenabbau. Die schrittweise Einführung von diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRGs) und die damit verbundene Intensivierung des Wettbewerbs unter den Krankenhäusern hat im zeitlichen Verlauf in ganz Deutschland zu weiteren Neuausrichtungs- und Umstrukturierungsprozessen geführt, die noch nicht abgeschlossen sind (siehe Kapitel 6.2).

Rehabilitative Versorgung

In der DDR fand medizinische Rehabilitation selten in separaten Einrichtungen statt, sondern wurde eher als Teil des gesamten Behandlungsprozesses gehandhabt. Zudem gab es aufgrund der einheitlichen Sozialversicherung keine Trägervielfalt wie im Westen. Die auch im Bereich der rehabilitativen Versorgung zu vollziehende Anpassung an die westdeutschen Regelungen machte den Aufbau analoger Strukturen sowohl hinsichtlich der verschiedenen Kostenträger von Reha-Maßnahmen als auch in Bezug auf die Einrichtungen notwendig. In den neuen Ländern gab es vor der Wiedervereinigung rund 130 rehabilitative Einrichtungen, die allerdings zunächst nicht die für den Abschluss von Versorgungsverträgen mit den Kostenträgern erforderlichen Qualitätsanforderungen erfüllen konnten (BMG 1994). Vorsorge- und Reha-Einrichtungen in den neuen Ländern konnten aufgrund einer Sonderregelung des Krankenhausfinanzierungsgesetzes bis 1993 Investitionsmittel der Länder erhalten. Danach erfolgte die Förderung von Modernisierung, Aus- und Neubau von Einrichtungen über Bundesmittel im Rahmen des Kommunalen Kreditprogramms und des Gemeinschaftswerkes Aufschwung-Ost sowie durch Unterstützung privater Investoren.

Stationäre Reha-Einrichtungen wurden ähnlich wie in Westdeutschland vielfach eher wohnortfern in traditionellen Kurorten bzw. Ferienregionen errichtet. Besonders dynamisch entwickelten sich die stationären Versorgungskapazitäten im weiteren Verlauf vor allem in Mecklenburg-Vorpommern (siehe Kapitel 6.4). Von besonderer Bedeutung war es, den sozialrechtlichen Beratungsbedarf zu decken und sowohl die Kostenträger, Leistungserbringer und ärztlichen Zuweiser bzw. Gutachter als auch die Versicherten über die neuen gesetzlichen Regelungen zu informieren. Auch hierzu wurden Bundesmittel zur Verfügung gestellt. Die Kostenträger mussten zudem ein Netz von Beratungsstellen und Kooperationsbeziehungen aufbauen. Die Zahl der von Einwohnern der neuen Bundesländer in Anspruch genommenen medizinischen Vorsorge- und Rehabilitationsleistungen stieg parallel zur Etablierung der Versorgungsstrukturen im Verlauf der 1990er-Jahre rasch an (siehe Kapitel 6.4).

Versorgung Pflegebedürftiger

Personen, die der Hilfe im Alltag und/oder der Pflege bedurften und nicht durch Angehörige betreut wurden, wurden in der DDR im häuslichen Bereich von Gemeindeschwestern, Hilfsorganisationen wie der Volkssolidarität und Einrichtungen der Betriebe versorgt, oder sie zogen ohne wesentliche finanzielle Einbußen in Feierabend- bzw. Pflegeheime. Die genannten Elemente der ambulanten pflegerischen Versorgung fielen nach der Wiedervereinigung weg und wurden durch die schrittweise aufgebauten Sozialstationen abgelöst. Die Finanzierung erfolgte einerseits über die Träger (freie Wohlfahrtsverbände, Kirchen, Kommunen) als auch aus Bundesmitteln und u. a. die Alfred-Herrhausen-Stiftung. Erheblicher Investitionsbedarf bestand bei den stationären Pflegeeinrichtungen, die vielfach in einem schlechten baulichen Zustand waren und nicht den einschlägigen rechtlichen Vorgaben wie etwa

der Heimmindestbauverordnung entsprachen. Mittel aus dem Soforthilfeprogramm flossen in die Sanierung und Modernisierung der Heime, deren Ausstattung z. B. mit Einbettzimmern und Sanitäranlagen rasch an westdeutsche Standards angepasst wurde. Die Einführung der Gesetzlichen Pflegeversicherung 1995 veränderte die Situation pflegebedürftiger Menschen und ihrer Angehörigen in ganz Deutschland grundlegend. Sie hat nicht nur deren finanzielle Belastungen reduziert, sondern die gesamte Versorgungslandschaft stark verändert und die Versorgungsqualität günstig beeinflusst (siehe Kapitel 6.4).

Gesundheitsverwaltung, öffentlicher Gesundheitsdienst und betriebliche Gesundheitsversorgung

Wesentliches Element der Gesundheitsverwaltung der DDR waren die den territorialen Staatsorganen zugerechneten Bezirks- bzw. Kreisärztinnen und -ärzte, die weitreichende Entscheidungs-, Planungs- und Aufsichtsfunktionen in allen Bereichen der regionalen gesundheitlichen Versorgung ausübten. Ihnen unterstanden auch die betrieblichen Gesundheitseinrichtungen (Sanitätsstellen, Polikliniken, Ambulatorien). Teilweise erfüllten sie zudem Aufgaben, die in der Bundesrepublik vom Öffentlichen Gesundheitsdienst übernommen werden. So genannte Hygieneinspektionen waren für die Überwachung des Infektionsgeschehens, die Lebensmittelsicherheit und den gesundheitlichen Umweltschutz zuständig. Spezielle Einrichtungen und Beratungsstellen widmeten sich der Gesundheitsfürsorge für Kinder, Jugendliche und Mütter sowie der Durchführung von Impfungen. Ein Teil der in Westdeutschland von kommunalen Gesundheitsämtern übernommenen Aufgaben wurde in der DDR von Polikliniken wahrgenommen.

Bei der Anpassung dieser Strukturen an die der alten Länder waren nach der Wiedervereinigung vielfältige Probleme zu bewältigen. Diese betrafen neben personellen Engpässen sowohl den erheblichen Modernisierungsbedarf als auch die Vermittlung des notwendigen Wissens. Besondere Anstrengungen waren erforderlich, um beispielsweise rasch die Qualität des Trinkwassers zu verbessern (»Soforthilfe Trinkwasser«). Auf der Basis einer noch vom DDR-Ministerrat erlassenen Verordnung wurden in allen Kreisen und kreisfreien Städten kommunale Gesundheitsämter errichtet. Darüber hinaus wurden z. B. Medizinaluntersuchungs- und Gewerbeaufsichtsämter, kommunale sozialpsychiatrische Dienste und Beratungsstellen sowie Einrichtungen für die Überwachung der Lebensmittelsicherheit und für den Umweltschutz neu aufgebaut bzw. umstrukturiert. Im weiteren zeitlichen Verlauf traten landesgesetzliche Regelungen zum öffentlichen Gesundheitsdienst in Kraft. Die in der DDR bestehende Impfpflicht entfiel nach der Wiedervereinigung. Einige ehemals auch in Westdeutschland von öffentlichen Stellen erbrachte Leistungen wie Impfungen wurden mittlerweile dem Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung zugeordnet (BMG 1994, 1998, 2004).

Die betrieblichen Gesundheitseinrichtungen wurden vielfach aufgelöst oder (zum kleineren Teil bzw. mit reduziertem Leistungsumfang) in die Eigenverantwortung der betrieblichen Träger übernommen. Die arbeitsweltlichen Gesundheitsangebote mussten u. a. auf der Grundlage der Arbeitssicherheits- und Arbeitsschutzgesetze, der Gefahrstoff- und Lärmschutzverordnungen und der berufsgenossenschaftlichen Unfallverhütungsvorschriften neu ausgerichtet werden. Dabei waren auch die Vorgaben für die betriebliche Prävention und Gesundheitsförderung sowie die (Wieder-)Eingliederung behinderter Menschen zu berücksichtigen.

Weiterentwicklung des gesamtdeutschen Versorgungssystems – Gesundheitsreformgesetze nach der Wiedervereinigung

Seit der Wiedervereinigung traten mehrere Gesetze in Kraft, welche zu teilweise weitgehenden Veränderungen der Rahmenbedingungen des gesamtdeutschen Gesundheitswesens geführt haben. Darüber hinaus wirkten sich die Neuregelung des Rehabilitationsrechtes im SGB IX und die Einführung der Gesetzlichen Pflegeversicherung (SGB XI) auf das Gesundheitsversorgungssystem aus. Neben dem Ziel, die Ausgaben- bzw. Kostenentwicklung zu steuern und die Beiträge zur Gesetzlichen Krankenversicherung möglichst stabil zu halten, dienten die Gesundheitsreform-

gesetze vor allem auch der Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen und der Verbesserung der Versorgungsqualität. Dies soll sich letztlich durch eine Steigerung von Effektivität und Effizienz der Versorgung günstig auf die Ausgaben auswirken. Im Folgenden wird ein kursorischer Überblick über einige wichtige gesetzlichen Neuregelungen und Entwicklungen gegeben.

Wesentliche Trends der letzten 20 Jahre betreffen:

- die Förderung der intersektoralen und interdisziplinären Vernetzung, Kooperation und Koordination (u. a. durch integrierte Versorgungsmodelle, Zentrenbildung, trägerübergreifende Beratungsstellen),
- eine vermehrte Berücksichtigung von Qualitätsaspekten (u. a. durch verbindliche externe Qualitätssicherung in immer mehr Versorgungsbereichen, Mindestmengenregelungen, Qualitätsberichte),
- die Stärkung von Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation (u. a. durch Aufnahme entsprechender Maßnahmen in den Leistungskatalog der GKV),
- die Förderung von Bürger- und Patientenpartizipation (u. a. durch Einbeziehung in Entscheidungsprozesse) und Transparenz (u. a. durch Qualitätsberichte),
- die Steigerung des Wettbewerbs unter Kassen und Leistungserbringern mit einer Flexibilisierung von Vertragsbeziehungen,
- die Einführung morbiditätsorientierter Vergütungselemente und eines morbiditätsorientierten Finanzausgleichs zwischen den Krankenkassen,
- die Etablierung von Grundsätzen der evidenzbasierten Medizin (u. a. bei der Entscheidung über die Leistungspflicht der GKV),
- eine verstärkte Regulierung des Arzneimittelsektors (u. a. durch Festbeträge für bestimmte Präparategruppen, Aut-idem-Regelung, Rabatt-Verträge),
- die Umstellung der stationären Vergütung auf Fallpauschalen mit dem Ziel einer vereinheitlichten, leistungsorientierten Vergütung,
- die Stärkung der hausärztlichen Versorgung (u. a. durch Hausarztverträge nach § 73b SGB V),
- eine bessere Versorgung chronisch kranker und älterer Menschen (u. a. durch Disease Management Programme, Aufnahme der geriatrischen Rehabilitation in den Leistungskatalog der GKV),
- die Bevorzugung ambulanter Leistungserbringung (u. a. durch Regelungen zum ambulanten Operieren, Förderung ambulanter Rehabilitation).

Am Beispiel der ambulanten (vertrags-)ärztlichen Versorgung lassen sich die Vielschichtigkeit und die Interaktionen dieser Entwicklungen etwas näher darstellen. Mit dem Ziel einer effizienteren und besser auf die Bedürfnisse chronisch kranker und älterer Menschen abgestimmten medizinischen Versorgung wurden im ambulanten Bereich gezielt Anreize zur Förderung der hausärztlichen Versorgung, der fach- und sektorenübergreifenden Versorgung und der qualitativ hochwertigen Versorgung von Menschen mit chronischen Gesundheitsproblemen gesetzt. Hierzu wurden u. a. spezielle Hausarzttarife für Versicherte im Rahmen einer hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b SGB V), sektorenübergreifende Versorgungsformen (Strukturverträge nach § 73a, Integrierte Versorgung nach §§ 140a-140d SGB V), strukturierte Programme für chronisch Kranke (Disease Management Programme (DMP)) und Medizinische Versorgungszentren (§ 95 SGB V) eingeführt. Basis der seit 2004 möglichen Teilnahme von medizinischen Versorgungszentren (MVZ) an der vertragsärztlichen Versorgung ist die enge fachübergreifende Zusammenarbeit von Ärzten und anderen Heilberufen unter einem Dach. Damit wird die Organisationsform der DDR-Polikliniken aufgegriffen und neu etabliert.

Über die Beteiligung an der Integrierten Versorgung, DMP und MVZ, das ambulante Operieren im Krankenhaus (§ 115b SGB V), die ambulante Versorgung bei seltenen Erkrankungen (§ 116b SGB V) und Regelungen zur Sicherstellung der ambulanten Versorgung bei Unterversorgung (§ 116a SGB V) werden zudem Krankenhäuser stärker in die ambulante Versorgung einbezogen. Ferner haben Vorgaben zur standardisierten Dokumentation, zum Qualitätsmanagement und zur wirtschaftlichen Verordnung von Arzneimitteln die vertragsärztliche Tätigkeit seit der Wiedervereinigung stark verändert. Im Jahr 2009

wurde außerdem eine tiefgreifende Reform der vertragsärztlichen Vergütung eingeleitet, die verstärkt Leistungskomplexe und Kostenpauschalen beinhaltet. Insgesamt ist die Entwicklung im ambulanten Versorgungsbereich in den letzten Jahren geprägt von Maßnahmen zur Stärkung der koordinierenden Funktion der Hausärzte, zunehmender Wettbewerbs- und Qualitätsorientierung, Flexibilisierung von Vertrags- und Versorgungsstrukturen, Vernetzung und Komplexität.

Von besonderer Bedeutung für die Abschätzung der allgemeinen Entwicklung der in diesem Bericht dargestellten Gesundheitsindikatoren für Deutschland insgesamt und auch für die verschiedenen Regionen dürften die folgenden gesetzlichen Maßnahmen sein (RKI 2009; Busse, Riesberg 2005):

- Ausgehend vom Gesundheitsreformgesetz von 1989, das u. a. mehrere Zuzahlungen und das Festbetragssystem bei Arznei- und Hilfsmitteln einführte, die Kostenübernahme von Bagatellarzneimitteln abschaffte, aber auch Präventions-, Gesundheitsförderungs- und Früherkennungsmaßnahmen einführte, sind mit dem Gesundheitsstrukturgesetz von 1993 weitere restriktive Maßnahmen vollzogen worden (bei Arzneimitteln, Zahnersatz, Budgetierung bis 1995).
- Die Vergütung von stationären Aufenthalten wurde bis 1993 fast nur über Tagessätze geregelt. Danach begann die schrittweise Einführung von Fallpauschalen. Mit dem Fallpauschalengesetz von 2002 und flankierende gesetzliche Regelungen wurde die Umstellung der Vergütung auf Diagnosebezogene Fallgruppen (DRG) ab 2004 für die Krankenhäuser verpflichtend. Ziel ist eine schrittweise Angleichung der Vergütung für vergleichbare Leistungen innerhalb Deutschlands.
- Im Jahr 1997 wurden mehrere Gesetze zur Reduzierung der Ausgaben im Gesundheitsbereich erlassen, die zu Einschränkungen des Leistungskataloges führten. So wurden beispielsweise Rehabilitationsmaßnahmen in der Regel nur noch für drei Wochen bewilligt, Kurleistungen gekürzt, Zuzahlungen bei Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln und bei Krankenhausaufenthalt erhöht und Brillenfassungen aus dem GKV-Leistungskatalog gestrichen. Starke Leistungseingrenzungen gab es auch beim Zahnersatz.
- Nach dem Regierungswechsel 1998 wurden mit dem Solidaritätsstärkungsgesetz Zahnersatzleistungen wieder in höherem Umfang von der GKV übernommen und Zuzahlungen reduziert. In der Gesundheitsreform 2000 wurden Gesundheitsförderung, Vorsorge und Rehabilitation gestärkt.
- Im Jahr 2002 wurden die Arznei- und Heilmittelbudgets abgeschafft. Ein Jahr später musste jedoch aufgrund der Ausgabensteigerungen mit Abschlägen auf Arzneimittelpreise und Rabatte für die Krankenkassen nachgesteuert werden. Im Beitragssicherungsgesetz von 2003 wurden außerdem Höchstpreise für Zahntechnik gesenkt, den Ärzten eine Nullrunde verordnet und der Krankenkassenbeitrag festgeschrieben.
- Das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG), das im Jahr 2004 in Kraft trat, enthielt u. a. folgende Regelungen: der Arbeitgeberanteil bei den Versicherungsbeiträgen wurde gekürzt, auf Betriebsrenten wird der volle Beitrag fällig, Zuzahlungen für Arznei-, Heil- und Hilfsmittel wurden auf 10 % der Kosten (max. 10 Euro) erhöht und für Krankenhausaufenthalte auf 10 Euro pro Tag (max. 280 Euro pro Jahr) festgesetzt. Außerdem wurde eine Praxisgebühr von 10 Euro für jeden ersten Arztbesuch pro Quartal eingeführt, wenn keine Überweisung vorliegt. Wird nur Vorsorge bzw. Früherkennung in Anspruch genommen, entfällt die Praxisgebühr.
- Die Arzneimittelpreise wurden 2006 für zwei Jahre eingefroren. Schon im GMG war zuvor der Rabatt auf Herstellerpreise auf 16 % erhöht worden. Die Kassen können Arzneimittelrabattverträge mit den Herstellern abschließen. Die Rezeptgebühr kann bei preiswerten Medikamenten (30 % unter Festbetrag) erlassen werden.
- Das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung von 2007 enthielt u. a. folgende Neuregelungen: Präventionsmaßnahmen wie Impfungen, Rehabilitations- sowie Palliativmaßnahmen wurden Pflichtleistungen in der GKV; ab

2009 gibt es eine Krankenversicherungspflicht in Deutschland; auch private Krankenkassen müssen einen Basistarif anbieten, der den Leistungen der GKV entspricht, wobei kein Versicherungswilliger von der Kasse abgelehnt werden kann (Kontrahierungszwang); außerdem können privat Versicherte preiswerter ihre Kasse wechseln; mit der Einführung des Gesundheitsfonds gilt für alle gesetzlichen Krankenkassen ein einheitlicher Beitragssatz; Krankenkassen können Wahltarife einführen und Beiträge bis zu 1% des beitragspflichtigen Einkommens zusätzlich erheben oder zurück erstatten.

Bei der Interpretation der in diesem Gesundheitsbericht beschriebenen gesundheitlichen Entwicklungen sind die Veränderungen der Rahmenbedingungen zu berücksichtigen. Auch eher formale Änderungen, wie z. B. der Wechsel des Diagnoseschlüssels ICD-9 nach ICD-10 in der Todesursachenstatistik, Krankenhausdiagnosestatistik, ambulanten Versorgung und in der Arbeitsunfähigkeitsstatistik, können zu Brüchen in Zeitreihen führen.

Fazit

Durch die Wiedervereinigung wurde ein tiefgreifender Wandel des Gesundheitssystems und der gesundheitlichen Versorgung in den neuen Bundesländern ausgelöst. Der Angleichungsprozess an die westdeutschen Strukturen erfolgte in einigen Bereichen, vor allem in der vertragsärztlichen und akutstationären Versorgung sowie im Arzneimittelsektor, sehr schnell, so dass bereits nach wenigen Jahren ähnliche Bedingungen wie in den alten Bundesländern vorzufinden waren. Entsprechend rasch konnten Versorgungsdefizite, die in der DDR z. B. hinsichtlich der Verfügbarkeit moderner diagnostischer und therapeutischer Verfahren bestanden hatten, beseitigt werden. Durch die hohen Investitionen in baulichen Sanierungsmaßnahmen bzw. Neubauten wurden die Unterbringungsbedingungen stationärer Patientinnen und Patienten bzw. Pflegebedürftiger innerhalb kurzer Zeit erheblich verbessert. In den Bereichen, in denen komplexe Versorgungsstrukturen weitgehend neu geschaffen werden mussten (und das privatwirtschaftliche Interesse teilweise geringer war), wie etwa bei der rehabilitativen, der ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen oder pflegerischen Versorgung, verlief der Aufbau etwas weniger dynamisch, kann aber mittlerweile auch hier als weitgehend abgeschlossen gelten. Einige Unterschiede hinsichtlich der Versichertenstruktur der GKV und deren Einnahmen bestehen dagegen aufgrund der unterschiedlichen sozialen Lage in den neuen und alten Bundesländern weiter.

Nicht nur in den neuen Ländern haben sich in den letzten 20 Jahren die ökonomischen, rechtlichen und organisatorischen Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens stark verändert. Angesichts der wirtschaftlichen und demografischen Entwicklung, des medizinisch-technologischen Fortschritts und neuer gesellschaftlicher und politischer Zielsetzungen war das gesamte Gesundheitssystem weitreichenden Reformen ausgesetzt. Auch in Zukunft wird es einem evolutionären Wandel unterworfen sein, soll am Ziel einer für alle zugänglichen, qualitativ hochwertigen Gesundheitsversorgung bei vertretbarer ökonomischer Belastung des Einzelnen und der Gesellschaft festgehalten werden.

Literatur

Bundesministerium für Gesundheit (1994) Entwicklung des Gesundheitswesens in den neuen Bundesländern. Bundesministerium für Gesundheit, Berlin

Bundesministerium für Gesundheit (1998a) Das Gesundheitswesen in den neuen Ländern. Bundesministerium für Gesundheit, Berlin

Bundesministerium für Gesundheit (1998b) Die gesetzliche Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland im Jahre 1997. Statistischer und finanzieller Bericht. Bundesministerium für Gesundheit, Bonn (Weitere Jahrgänge ab 1992)

Bundesministerium für Gesundheit (2004) Gesundheit in den neuen Ländern. Gesundheitliche Lage und Stand der Entwicklung des Gesundheitswesens. Bundesministerium für Gesundheit, Berlin

Bundesministerium für Gesundheit (2009) Gesetzliche Krankenversicherung. Mitglieder, mitversicherte Angehörige und Krankenstand. Jahresdurchschnitte 1998 bis 2008 (Ergebnisse der GKV-Statistik KM1/13). Bundesministerium für Gesundheit, Bonn

Busse A, Riesberg A (2005) Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland. WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums

für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik, Kopenhagen
Richter EA (2001) Stecken geblieben: Ansätze vor 38 Jahren. Psychiatrie in der DDR. Deutsches Ärzteblatt 98: A307–A310
Robert Koch-Institut (Hrsg) (2009) Ausgaben und Finanzierung des Gesundheitswesens. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Heft 45. RKI, Berlin
Roth H (2009a) Deutsch-deutsche Gesundheitspolitik im Einigungsprozess (I). Deutsches Ärzteblatt 106: A1190–A1193
Roth H (2009b) Deutsch-deutsche Gesundheitspolitik im Einigungsprozess (II). Deutsches Ärzteblatt 106: A1242–A1246
Statistisches Bundesamt (2009a) Gesundheitsausgabenrechnung, Volkswirtschaftliche Gesamtrechnungen, Fortschreibung des Bevölkerungsstandes www.gbe-bund.de (Stand: 9.7.2009)
Statistisches Bundesamt (2009b) Bevölkerung im Jahresdurchschnitt. Fortschreibung des Bevölkerungsstandes www.gbe-bund.de (Stand: 1.7.2009)
Wasem J (1997) Vom staatlichen zum kassenärztlichen System: eine Untersuchung des Transformationsprozesses der ambulanten ärztlichen Versorgung in Ostdeutschland. Campus Verlag, Frankfurt/Main, New York