

TIMBRO



DET ÖSTTYSKA UNDRET

UTVECKLINGEN AV FOLKHÄLSAN OCH
SJUKVÅRDEN I FORNA DDR

CLAS REHNBERG

OKTOBER 2020

OM FÖRFATTAREN

Clas Rehnberg är professor i hälsoekonomi med fokus på hälso- och sjukvårdens finansiering och organisation vid Karolinska Institutet. Hans forskning omfattar analys av sjukvårdsreformer samt jämförande studier av hälso- och sjukvårdssystem inom Norden och i Europa.



© Författaren och Timbro
Oktober 2020
www.timbro.se
info@timbro.se
Sättning: Erik Johnsson
Omslagsbild: Anders Meisner

SAMMANFATTNING

- Återföreningen av Väst- och Östtyskland ägde rum för 30 år sedan, efter att Tyskland varit ett delat land i drygt 45 år. Efter återföreningen genomfördes omfattande investeringar i de östra delarna av landet för att utjämna skillnaderna i infrastruktur, industriell utveckling och tillgång till utbildning och sjukvård. Inom hälso- och sjukvården ersattes det tidigare statliga systemet i öst med det västtyska socialförsäkringssystemet, tillsammans med en upprustning av medicinsk teknologi.
- Vad som är mindre känt är de väsentliga förbättringarna av folkhälsan som ägt rum i öst och där man närmast sig nivån i väst efter murens fall. I denna rapport sammanfattas utvecklingen och forskningen om folkhälsan och sjukvården i det forna Östtyskland.

Hälso- och sjukvården i det forna Östtyskland

- Under perioden med det planekonomiska systemet försämrades den ekonomiska tillväxten, vilket påverkade dels satsningarna på välfärdssektorn, dels möjligheten till import av varor och därav brist på bland annat medicinsk teknologi och läkemedel.
- Sjukförsäkringen som finansierades centraliserades och socialiserades.
- Utbudet av privatpraktiserande läkare reducerades och ersattes av offentliga så kallade polikliniker.
- Hälso- och sjukvården i det forna Östtyskland inriktades på den yrkesverksamma befolkningens bidrag till landets produktion, vilket drabbade den äldre delen av befolkningen.
- Från början av 1970-talet fram till murens fall ökade skillnaderna i levnadsstandard och den förväntade livslängden till nackdel för invånarna i Östtyskland.

Utvecklingen efter återföreningen

- Sjukvårdskostnaderna per invånare för hälso- och sjukvården har tredubblats i det forna Östtyskland, och utbudet av moderna behandlingsmetoder har förbättrats väsentligt.
- De tidigare offentliga poliklinikerna avvecklades och ersattes av mottagningar hos privatpraktiserande läkare.
- Sjukhussektorn privatiserades till stor del, där de vinstdrivande sjukhusen ökade sin marknadsandel.
- Förmåner i det västtyska pensionssystemet kom att omfatta de äldre östtyskarna, som förbättrade sin levnadsstandard.

- Skillnaderna i folkhälsa, främst den förväntade medellivslängden, minskade drastiskt åren efter murens fall. Under en relativt kort tid efter återföreningen ökade medellivslängden för såväl östtyska kvinnor som män markant och närmade sig nivåerna i väst.
- Den förväntade livslängden ökade mest för den äldsta åldersgruppen (över 65 år).
- Statistik över den minskade dödligheten visar att det främst är förbättringar i behandlingen av hjärt-kärlsjukdomar som förklarar denna utveckling.
- Den relativt snabba förändringen av hälsoläget i de östra delarna av Tyskland är unik i ett internationellt perspektiv, och visar på betydelsen av såväl ekonomisk tillväxt som satsningar inom hälso- och sjukvården samt förmåner inom pensionssystemet.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INTRODUKTION	6
HISTORIK.....	7
HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN I ÖSTTYSKLAND	9
OMSTÄLLNINGSPERIODEN EFTER MURENS FALL	11
UTVECKLINGEN AV FOLKHÄLSAN	15
SLUTSATSER.....	19
REFERENSER	20

INTRODUKTION

Det är nu 30 år sedan återföreningen av västra och östra Tyskland ägde rum, ett år efter Berlinmurens fall. Efter att enpartistaten i Östtyskland avskaffats och fria demokratiska val hållits under tecknades sommaren 1990 ett fördrag mellan de båda tyska staterna om en valuta-, ekonomisk- och socialpolitisk union. Den 3 oktober 1990 anslöt sig delstaterna i det forna DDR samt östra Berlin officiellt till Förbundsrepubliken Tyskland. Året därefter kom även beslutet om att flytta parlamentet, den tyska förbundsdagen, och regeringen från Bonn till Berlin. Med återföreningen inleddes en period med stora investeringar i den östra landsdelen för infrastruktur och näringsliv, men även en reformering av välfärdssektorn. De politiska målsättningarna har varit att utjämna de stora skillnaderna som vid tiden för murens fall fanns beträffande grundläggande samhällsstruktur, industriell utveckling, levnadsstandard och tillgång till utbildning och sjukvård. Inom hälso- och sjukvården ersattes det tidigare statliga systemet i öst med det västtyska socialförsäkringssystemet baserat på sjukkassor och en mix av delstatssjukhus, privata sjukhus och privatpraktiserande läkarmottagningar. Detta system hade en lång tradition i Tyskland och gick tillbaka till Bismarck-epoken i slutet av 1800-talet. Stora investeringar gjordes under 1990-talet för att utjämna skillnaderna mellan de två landsdelarna och för att förbättra infrastrukturen inom sjukvården i öst, med modernisering av byggnader och utrustning samt utbildningsinsatser för personalen. Mot bakgrund av den eftersatta vården i öst satsades resurser för att införa modern medicinsk teknologi och nya innovativa läkemedel som tidigare saknats. Med dessa insatser och investeringar tredubblades sjukvårdskostnaderna per invånare i det forna Östtyskland under en tioårsperiod. En parallell men minst lika viktig satsning var förbättringarna av pensionssystemet, där äldre östtyskar fick en förbättring av sin generella levnadsstandard genom rättigheter till förmåner i det västtyska systemet. En av de tydligaste positiva

effekterna av återföreningen och investeringarna i det forna DDR är förbättringarna av hälsoläget – framför allt den ökade medellivslängden. Under de sista 20 åren före Berlinmurens fall ökade hälsogapet mellan Förbundsrepubliken och Östtyskland markant. På en relativt kort tid efter återföreningen ökade den förväntade medellivslängden i de östra delarna för såväl kvinnor som män snabbt och har närmat sig nivåerna i väst. Samtidigt finns problem inom andra områden som sysselsättning och industriell utveckling, där utvecklingen inte gått så snabbt som man önskat. Arbetslösheten ökade efter återföreningen och ligger fortfarande på en högre nivå i öst i jämförelse med väst. Däremot ligger sysselsättningen på ungefär samma nivå i östra och västra Tyskland.

Den snabba förbättringen av hälsoläget i östra Tyskland har fått relativt lite uppmärksamhet, samtidigt som utvecklingen är unik och visar på betydelsen av såväl ekonomisk tillväxt som satsningar inom hälso- och sjukvården samt ett väl fungerande pensionssystem. Den positiva utvecklingen av hälsoläget i forna Östtyskland kan även ge kunskap om vilka faktorer som påverkar folkhälsan positivt och negativt. Syftet med denna rapport är att summera och redogöra för den forskning som gjorts om utvecklingen av sjukvården och folkhälsan före och efter återföreningen av de tyska staterna.

HISTORIK

Tyskland har setts som en förebild för vad som i litteraturen benämns Bismarck-modellen för att finansiera och organisera hälso- och sjukvården.¹ Den obligatoriska sjukförsäkringen som inrättades 1883 var det första universella sjukvårdssystemet i världen och infördes för att ge anställda ett kostnadsskydd vid sjukdom och tillgång till hälso- och sjukvård. Såväl sociala konflikter som ett gemensamt intresse mellan arbetsgivare och fackföreningar bidrog till systemets framväxt, kombinerat med framväxten av en mer självständig medicinsk profession. Relationen mellan sjukkas-sorna och läkarprofessionen var ansträngd runt sekelskiftet. Vissa sjukkassor hade egna anställda läkare, medan de fristående läkarna i varierande utsträckning var anslutna till socialförsäkringen. Efter flera konflikter och strejker kom modellen med fristående privatpraktiserande läkare att vinna terräng och har med vissa undantag under nazist- och socialistregimerna varit intakt. Möjligheterna för medborgarna att fritt välja läkare – och i viss mån sjukhus – har varit en central del i systemet, och utvidgades strax före första världskriget. Ett starkt intresse från läkarna att arbeta självständigt med sina patienter bidrog till rätten för försäkrade att fritt välja sin vårdgivare.

Systemet har sedan etableringen byggt på en tydlig uppdelning av finansiär och beställare å ena sidan – vilket sjukkassorna har ansvarat för – och å andra sidan utförare, där självständiga vårdgivare i såväl offentlig som privat regi svarat för vårdutbudet. Organisationen av sjukkassorna byggde på traditionell yrkes- och branschtillhörighet, där fri konkurrens mellan kassorna inte infördes förrän tidigt 1990-tal. Principen om solidarisk finansiering och tillgång till sjukvård var inledningsvis kopplat till yrkestillhörighet och medlemskap i sjukkassorna. Anslutningen var dock obligatorisk för såväl arbetsgivare som anställda, som båda bidrog till finansieringen av systemet. 1885 var dock endast 10 procent av befolkningen anslutna

till socialförsäkringen, men gradvis inkluderades allt fler och efter första världskriget omfattade systemet arbetslösa, hemmafruar och senare även pensionärer. Egenföretagare samt vissa andra grupper hade privata försäkringar men omfattas i dag av socialförsäkringen (Busse m. fl. 2017).

Principerna för försäkringen byggde på solidaritet och självstyre, vilka hade varit kärnan i utvecklingen av systemet, och kom så småningom att omfatta hela befolkningen och med utvidgade förmåner. Modellen har sedan 1900-talet varit relativt intakt med undantag för den national-socialistiska perioden (1933–1945) samt för östra Tyskland genom uppdelningen av landet under den socialistiska perioden (1945–1989).

Sjukvården under den nationalsocialistiska perioden (1933–1945)

Under nazistperioden stärkte regimen sitt grepp över sjukvårdssystemet med ökad centralisering och statlig kontroll. Det innebar att sjukkassorna, läkarnas organisationer, delstatsmyndigheter och andra institutioner i varierande utsträckning reglerades och styrdes av centrala myndigheter med chefer tillsatta av Nazistpartiet. Representer för arbetsgivare och anställda blev av med sitt inflytande och fick endast en begränsad roll som rådgivare. Läkarnas professionella organisationer fick emellertid i jämförelse med andra enheter bibehålla en självständighet i utbyte mot att man bland annat accepterade lagstiftning som förbjöd strejker (Busse m. fl. 2017). Nazistpartiet använde även det statliga inflytandet för att genomföra sina ideologiska planer genom att förbjuda judiska läkare att praktisera sitt yrke och identifiera och hitta grupper som betraktades som icke-önskvärda, vilka internerades och även placerades i koncentrationsläger. Krigsfångar, vissa invandrare samt andra utsatta grupper med egna yrken eller anställning, var tvingade att bidra till socialförsäkringen utan att erhålla någon garanti

¹ I Europa har länder med skattebaserade system utgjort alternativet – ofta benämnda Beveridge-system – uppkallad efter den engelske ekonomen som var med och grundade det brittiska National Health Service.

för att erhålla förmåner eller fick endast tillgång till betydligt sämre vård. Det finns dokumenterat att delar av den medicinska professionen medverkade vid identifiering av grupper, främst judar, som betraktades som icke-önskvärda. Ett fåtal läkare deltog även i tortyr, medicinska experiment och massmord vid internering samt vid koncentrationsläger. Några av dessa ställdes inför rätta vid Nürnberggrättegångarna, med långa fängelsestraff och även dödsdomar som följd (Busse & Blümel 2014). Även om staten med Nazistpartiet under denna period ökade kontrollen och styrningen av sjukvården genom att begränsa det tidigare självstyret för sjukhussor och professionen, så överlevde grundstrukturen.

Utvecklingen av socialförsäkringen under efterkrigstiden i Västtyskland

Efter krigsslutet påbörjades en uppbyggnad av såväl hälso- och sjukvården som andra samhällssektorer i de tre zonerna som ockuperades av västmakterna. I denna uppbyggnad var sjukvården i den brittiska zonen inledningsvis mer centraliserad, medan den franska zonen var mer decentraliserad. Under en kort tid direkt efter krigsslutet gjordes försök av sjukhussorna, fackföreningarna och det socialdemokratiska partiet att bryta de privatpraktiserande läkarnas ensamrätt att bedriva öppenvård, vilket inte var tillåtet för sjukhusen. Samtidigt ville man införa en centraliserad och enhetlig sjukkassefond för hela landet. Efter valet 1949 (där det kristdemokratiska partiet segrade) och etablerandet av Förbundsrepubliken återgick systemet dock till den tidigare strukturen före nazisternas maktövertagande, med en mångfald av självstyrande sjukhussor kopplat till yrkestillhörighet och läkarnas professionella organisationer under statlig reglering och lagstiftning. Finansieringsprincipen med bidrag från arbetsgivare och anställda stärktes, vilka även gavs representation i sjukhussornas styrelser.

Under 1950- och 1960-talen ökade kostnaderna för systemet, som i många andra länder i västvärlden. Införandet av ny medicinsk teknologi, utbildning av fler läkare och andra vårdyrken, investeringar i fler sjukhus och andra vårdinrätt-

ningar samt ett kostnadsdrivande ersättningssystem bidrog till expansionen. Samtidigt anslöts grupper som stått utanför försäkringen till systemet med sjukvårdsförmåner. Det gällde bönder, studenter och handikappade. 1972 fick förbundsstaterna ett utökat ansvar för finansieringen och för att reglera större investeringar i utrustning samt expansion och nybyggnation av sjukhus. En princip om delad finansiering infördes där förbundsstaterna blev ansvariga för kapitalkostnader, främst vid sjukhusen, medan sjukhussorna hade ansvaret för de löpande kostnaderna. Syftet var att förbättra möjligheterna till kostnadskontroll av systemet genom att kunna begränsa utbudet av dyr medicinsk teknologi och sjukhusens kapacitet. Efter oljekrisen 1973, med åtföljande makroekonomisk nedgång och åtstramning av offentliga finanser, inleddes en period av kostnadskontroll för hälso- och sjukvården. Sjukhussorna har där efter reglerats finansiellt, där utgiftsnivån måste matcha intäktssidan. Staten och delstaterna har även ökat kontrollen över ersättningssystemen och avtalen mellan sjukhussorna och vårdgivarna. Utformningen av ersättningssystemet är centralt reglerat medan parterna kan avtala om priser för angivna prestationer. Den totala kostnadsramen kontrolleras genom olika bonus- och sanktionsmekanismer vid under- respektive överskridande av budgetramen. Socialförsäkringsmodellen i Västtyskland har betraktats som relativt framgångsrik och delas med flera länder i Väst- och Centraleuropa som Nederländerna, Belgien, Frankrike, Schweiz och Österrike. Tillgången till sjukvård omfattar samtliga medborgare och fördelas lika jämlikt som i skattebaserade system som det svenska. Under vissa perioder har kostnadsutvecklingen varit ett problem, men relativt snabbt åtgärdats med statliga regleringar. I dag utgör hälso- och sjukvårdsutgifternas andel av BNP 11,3 procent i Tyskland, jämfört med den svenska nivån på 10,3 procent och genomsnittet inom EU på 9,9 procent (OECD 2020). Hälso- och sjukvårdsutvecklingen har i stort följt den internationella trenden bland industrialiserade länder.

HÄLSO- OCH SJUKVÅRDEN I ÖSTTYSKLAND

Efter andra världskriget och bildandet av Tyska demokratiska republiken omformades hälso- och sjukvården i riktning mot en ökad statlig kontroll, dock med inslag av den ursprungliga Bismarck-modellen. För bekämpning av infektionssjukdomar infördes en statlig kontroll med Sovjetunionen som förebild, trots protester från läkarkåren. Med en ny lagstiftning från 1950 centraliserades sjukkassorna till två stora enheter, där finansieringen dock fortfarande delades mellan arbetsgivare och anställda. Den större sjukkassan omfattade 89 procent av befolkningen, i huvudsak arbetare och tjänstemän, medan den mindre omfattade bondekooperativ och egenföretagare. Finansieringen var reglerad av staten (dock med årliga tillskott) fram till 1971, varefter systemet brottades med en stor underfinansiering fram till Berlinmurens fall 1989. Det var under denna period som sjukvården i Östtyskland inte kunde följa med i utvecklingen av ny medicinsk teknologi och innovativa läkemedel (McKee & Nolte 2004). Kvaliteten på den vård som erbjöds var bristfällig, och import av västerländska läkemedel försvårades av problem med sämre ekonomisk tillväxt.

Problemen med ekonomisk tillväxt kan kopplas till det ekonomiska systemet i det forna DDR, som kännetecknades av en planekonomisk modell med femårsplaner, som introducerades i början av 1950-talet. De dominerande företagen var det så kallade folkägda bolaget, Volkseigener Betrieb, samt olika statsägda koncerner (Kombinat). Även jordbruket blev förstatligat med undantag för några mindre familjeägda företag. I inledningen av 1970-talet förstatligades ett antal privata företag som tidigare accepterats efter påtryckningar från Sovjetunionen. Det förde med sig ytterligare varubrist och sämre tillgång till moderna produkter, vilket även drabbade sjukvården.

Till skillnad från andra länder på den sovjetiska sidan av järnridån socialiserades dock inte

alla sjukvårdsinrättningar. I DDR kunde vissa läkare fortsätta att driva sina mottagningar på egen hand medan huvuddelen av läkarkåren var anställda vid statliga polikliniker, vissa placerade i anslutning till arbetsplatser.² Samtidigt bibehölls den strikta uppdelningen mellan sjukhusens slutenvård och den öppna vården. Ägandestrukturen förändrades senare successivt med reduceringar av andelen privata sjukhus, såväl vinstdrivande som icke-vinstdrivande. Vid murens fall fanns endast 7 procent av vårdplatserna hos andra vårdgivare än statligt ägda sjukhus (Busse & Nolte 2004).

Fram till slutet av 1960-talet satsades det på lokala enheter inriktade mot primärvård, förebyggande insatser, barn- och mödrahälsovård med mera. Dessa vårdformer fick även uppmärksamhet i väst som föregångare för moderna hälsosystem. Fram till slutet av 1960-talet visade olika hälsoindikatorer en likartad utveckling i de båda tyska staterna. Från början av 1970-talet och framåt minskade satsningen på sjukvården med underfinansiering och brist på personal, läkemedel och modern medicinsk teknologi som följd. Sjukvårdsutnyttjandet var i slutet av 1980-talet klart lägre i DDR än i Förbundsrepubliken.

Den genomsnittliga livslängden från 1970-talet och framåt

Under perioden efter andra världskriget uppvisade de båda tyska staterna en likartad utveckling av medellivslängden fram till slutet av 1960-talet. Livslängden ökade, som i flertalet utvecklade länder, främst genom att infektionssjukdomar kunde botas och förebyggas. 1970 var medellivslängden fortfarande densamma i Öst- och Västtyskland: omkring 73,5 år för kvinnor och för män var medellivslängden faktiskt 0,8 år högre i Öst (68,1 år) än i Väst (67,3 år) (Vogt & Kluge 2014). Under perioden från 1970 fram till Berlinmurens fall 1989 ökade dock hälsogapet kraftigt till nackdel för befolkningen i Östtyskland (se Figur 1).

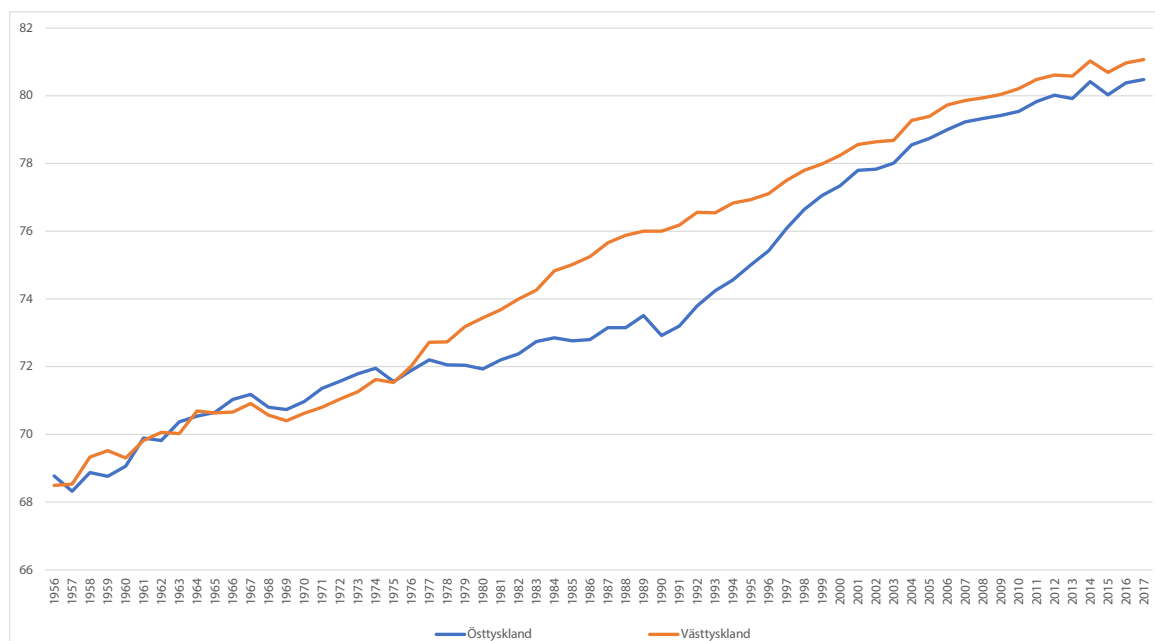
² Polikliniker som vårdform är ett begrepp vars innebörd varierar mellan sjukvårdssystem. Här avses relativt stora öppenvårdsmottagningar med specialiserad vård i offentlig regi.

Som framgår av figuren utvecklades den förväntade livslängden vid födsel betydligt långsammare och stagnerade även under vissa år i Östtyskland. Den turbulens som uppstod direkt efter murens fall hade också negativa effekter på livslängden i Östtyskland under några få år.

Välfärdspolitiken i det forna DDR, inklusive hälso- och sjukvården, var i huvudsak inriktad på att invånarna skulle bidra till en hög produktivitet inom industrin och den socialistiska ekonomins framgång. Det innebar en prioritering av insatser för den yrkesverksamma befolkningen, medan de äldres hälsotillstånd och tillgång till sjukvård nedprioriterades. I stället satsades det på familjepolitik (bland annat en ökad kvinnlig andel av arbetskraften), yrkesmedicin och speciella förmåner för grupper som ansågs bidra positivt till landets ekonomiska utveckling. Grupper som lämnat arbetsmarknaden, främst de äldre och andra grupper som saknade sysselsättning, hade sämre förmåner. Under tidigt 1970-tal uppgick inkomstpensionen för en östtysk pensionär endast till 26 procent av medellönen. I Västtyskland var pensionens andel av bruttolönen cirka 43 procent, vilket motsvarade 63 procent efter skatt (Vogt & Kluge 2014).

Åsidosättandet av de äldres villkor och tillgång till service gällde i stor utsträckning hälso- och sjukvården, som var underfinansierad och saknade nya innovativa läkemedel samt modern medicinsk utrustning och teknologi. Generellt låg utbudet av medicinsk teknologi och läkemedel cirka 15 till 20 år efter västerländsk standard (Vogt & Kluge 2014). Dessa brister i såväl tillgången som kvaliteten på sjukvården drabbade främst de äldre. Ett tydligt exempel var den ökade dödligheten av behandlingsbara sjukdomar som cirkulationssystemens sjukdomar, där standarden var klart lägre än i väst (Nolte m. fl. 2002).

Figur 1. Väst/Öst förväntad livslängd vid födsel för män och kvinnor, 1956–2017



Källa: Scholz m.fl. (2018)

OMSTÄLLNINGSPERIODEN EFTER MURENS FALL

De bägge tyska staterna hade vid murens fall såväl helt olika ekonomiska system som politisk uppbyggnad. Västtyskland präglades av marknadsekonomi med en demokratiskt vald riksdag och regering, medan Östtysklands ekonomiska system var baserad på en planhushållning och en kommunistisk diktaturregim. Västtyska företag var konkurrensutsatta med en global export, medan östtyska företag var skyddade från konkurrens och hade ett begränsat geografiskt område för sin utrikeshandel. Med återföreningen inleddes en period med stora investeringar för att bygga upp en eftersatt infrastruktur i det forna Östtyskland. Det gällde strukturen för vägnät och andra transporter, modernisering av industrin, införandet av marknadsekonomi i olika områden med mera.

Den tyska federala regeringen satsade enorma medel i form av finansiella stödpenningar till företag i det forna Östtyskland. Trots detta gick cirka 3 000 företag i konkurs, vilket innebar en stigande arbetslöshet i östra Tyskland med åtföljande sociala problem. Behovet av fortsatta satsningar i öst ledde till att skatter höjdes och det så kallade solidaritetsbidraget ("Soli") infördes 1991 för invånare i hela Tyskland – i praktiken en höjd inkomst- och bolagsskatt för att få igång de nya delstaterna. De fortsatta investeringarna i den östra landsändan omfattade infrastruktur och näringsliv, men även en reformering av välfärdssektorn. De politiska målsättningarna var att utjämna de stora skillnaderna vid tiden för murens fall beträffande grundläggande samhällsstruktur, industriell utveckling, levnadsstandard, tillgång till utbildning och sjukvård. Återföreningen innebar i allt väsentligt att de östra delarna integrerades i det västtyska välfärdssystemet. Ett tag fanns en diskussion om att utveckla "en tredje väg" som en kompromiss mellan de båda systemen. Detta avslogs dock av såväl politiska som juridiska och praktiska skäl. Även olika typer av påtryckningar från intressegrupper påverkade detta utfall. För välfärdssektorn har två satsningar som bidragit till en positiv utveckling av hälsotillståndet i de östra

delarna lyfts fram i forskningslitteraturen. Det är dels investeringarna och moderniseringen av hälso- och sjukvården, dels förbättringar av transfereringssystemen och då i synnerhet pensionsförmånerna.

Hälso- och sjukvården

Med fördraget sommaren 1990 mellan de båda tyska staterna om en valuta-, ekonomisk- och socialpolitisk union inleddes en integrering och harmonisering av välfärdssystemen i de båda staterna. Som nämnts tidigare fanns även idéer om en kompromiss genom en så kallad tredje väg, med införandet av en central sjukkasse för samtliga medborgare i östra Tyskland, som avvisades. I stället infördes successivt det västtyska socialförsäkringssystemet i de östra delarna. Inom öppenvården fick de tidigare statliga poliklinikerna en övergångstid på fem år, varefter de fick konkurrera på lika villkor med öppenvården i privat regi. Resultatet blev att redan 1992 hade 91 procent av läkarna vid poliklinikerna övergått till privat praktik. Endast ett fåtal polikliniker i Berlinområdet klarade konkurrensen och övergången till det nya systemet (Busse & Blümel 2014).

Beträffande sjukhussektorn har Västtyskland haft en mix av offentliga, icke-vinstdrivande och vinstdrivande sjukhus, där marknadsandelarna har varit ganska stabila över tid. Efter återföreningen har dock andelen vårdplatser minskat för de offentligt ägda sjukhusen, medan privata vinstdrivande sjukhus har ökat sin andel (se Tabell 1).

Utvecklingen inom sjukhussektorn förklaras av omstruktureringen i det forna Östtyskland, där de offentliga sjukhusen har tagits över av privata investerare. Från tabellen framgår att de offentliga sjukhusens andel minskat kraftigt, medan privata vinstdrivande sjukhus har ökat i antal och som andel av sektorn. Denna utveckling har främst ägt rum i de östra delarna, vilket förklaras av de privata vinstdrivande aktörernas tillgång till kapital för nya investeringar.

Marknadsandelen för den privata icke-vinstdrivande delen av sjukhussektorn, som främst återfinns i västra Tyskland, är relativt oförändrad och minskningen i antalet vårdplatser speglar en långsiktig trend inom sjukhussektorn som helhet. Utvecklingen visar på tidigare välkända svårigheter med en avveckling av privata icke-vinstdrivande vårdgivare som ägde rum i Östtyskland under socialisttiden och som är svår att återetablera med samma ägandeform. Detta fenomen gäller även för länder som Sverige, där tidigare mindre sjukvårdsinrättningar och sjukhem i stiftelseform togs över av sjukvårdshuvudmännen i takt med en ökad offentlig finansiering. I Västtyskland däremot har de privata icke-vinstdrivande vårdinrättningar behållit sin självständighet och finansieras inom socialförsäkringssystemet. De organisationer som bedriver icke-vinstdrivande enheter saknar däremot det riskkapital som privata vinstdrivande företag har tillgång till, och kan därför inte göra de omfattande investeringar som krävs för att etablera sig på nya marknader.

Före återföreningen var sjukvårdskostnaderna per invånare betydligt högre i Västtyskland än i Östtyskland. Detta kan förklaras av såväl bättre tillgång till vård som högre kvalitet och tillgång till modern teknologi och innovativa läkemedel. Jämförelserna av kostnadsnivån försvåras dock av de olika valutakurserna under perioden före återföreningen. Västtyskland tillämpade en marknadsmekanism för valutaväxling, där en västtysk D-mark motsvarande mellan 5–10 Ost-mark. I DDR reglerades de båda tyska valutorna 1 mot 1, vilket var en klar övervärdering av Ost-marken. I Figur 2 redovisas skillnaderna av de totala hälso-

och sjukvårdskostnaderna per invånare för Västtyskland och Östtyskland före och efter återföreningen. För perioden före återföreningen tillämpas både en växelkurs 1:1 och 1:5. Efter återföreningen är valutan densamma för hela landet (1:1).

Med marknadsvärderingen av valutorna fanns under tiden före Berlinmurens fall en tydligt högre kostnadsnivå i Västtyskland. Även med den övervärderade växelkursen (1:1) var sjukvårdsutgifterna i väst i närmast det dubbla mot öst. Redan några år efter återföreningen hade sjukvårdsutgifterna i de östra delarna dock nått upp i samma nivå som i västra Tyskland (Vogt & Kluge 2014).

Enligt Eibich & Ziebarth (2013) visar analyser av regionala variationer i det återförenade Tyskland att den västra delen har ett högre vårdutnyttjande av öppenvård vid läkarmottagningar medan den östra delen har ett högre vårdutnyttjande av slutenvård, det vill säga inläggningar vid sjukhus och andra institutioner. Detta kan till viss del förklaras av traditioner, där tillgången på öppenvården varit en tradition i Västtyskland, medan sjukhussektorn haft en större andel av sjukvården i Östtyskland.

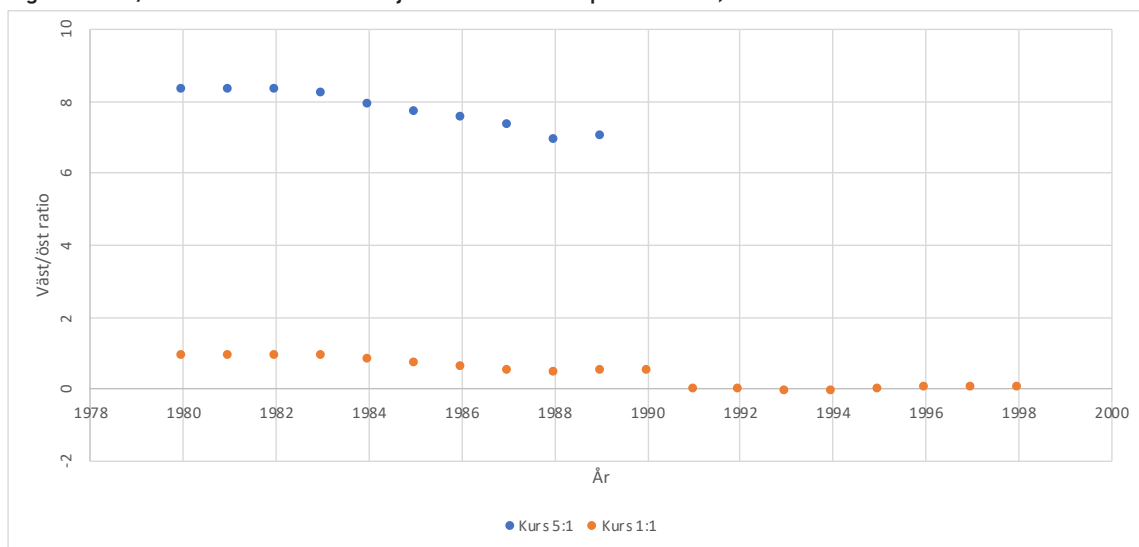
De västtyska sjukförsäkringskassorna expanderade snabbt i det forna Östtyskland efter att förslaget om en central sjukförsäkring för hela befolkningen i öst avvisats. Sjukförsäkringskassorna subventionerades även med medel från den federala regeringen, samtidigt som de utsattes för konkurrens liknande marknadssituationen i väst. Tillgången till vårdhem och äldreomsorg förbättrades också genom särskilda satsningar. Samtidigt reducerades den andel av resurserna som gick till förebyggande vård och rehabilitering som tidigare varit generösa i

Tabell 1. Förändring av ägandestruktur inom sjukhussektorn i Tyskland, 1991–2012.

Ägande	Offentlig		Privat icke-vinstdrivande		Privat vinstdrivande		Totalt
År	Vårdplatser i tusental	Andel	Vårdplatser i tusental	Andel	Vårdplatser i tusental	Andel	Vårdplatser i tusental
1991	367	61%	207	34,6%	24	4,0%	598
2000	284	54%	201	38,4%	39	7,4%	524
2004	256	52%	180	36,7%	54	11,0%	490
2010	223	48%	164	35,5%	75	16,2%	462
2012	218	48%	162	35,2%	79	17,2%	458
Skillnad	-41%		-22%		+229%		-23%

Källa: Busse & Blümel (2014).

Figur 2. Väst/Öst-ratio för hälso- och sjukvårdskostnader per invånare, 1980–1998.



Källa: Vogt & Kluge (2014)

Östtyskland (Busse & Blümel 2014). Sedan återföreningen och harmoniseringen av sjukvårdssystemen i de båda landsändarna omfattas hela landet av de reformer som genomförs rörande finansiering, kostnadskontroll och effektiviseringssträvanden i systemet.

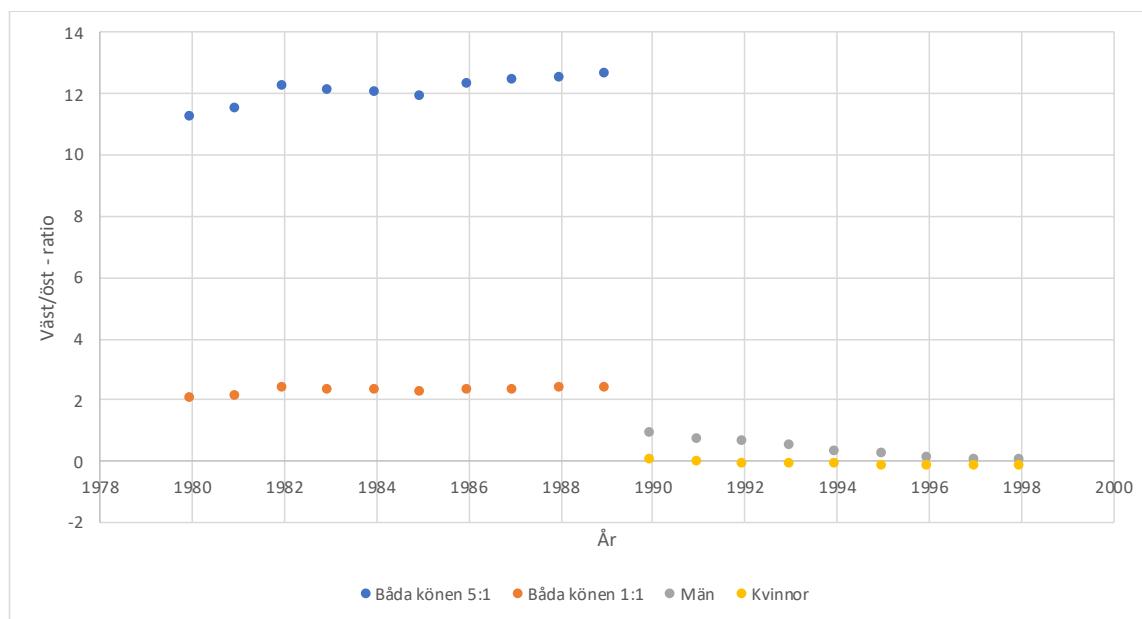
Förändring av pensionssystemet

I samband med återföreningen kanaliserade den västtyska regeringen stora resurser i ansträngningarna att utjämna både infrastrukturen och levnadsstandarden mellan de båda staterna. Under de första åren överfördes mer än 160 miljarder mark (730 miljarder kronor) till de östra delarna för att införa det västtyska socialförsäkringssystemet. Dessa stora bidrag gick, förutom till hälso- och sjukvården, även till andra delar av välfärdssystemet som anpassades till nivån i Västtyskland. En av de viktigare förändringarna var förbättringar av transfereringssystemen, främst pensionssystemet, som utgiftsmässigt utgjorde den största posten. Redan under andra halvan av 1990-talet utvidgades pensionssystemet genom att östtyskar erhöll samma rättigheter till pension som då betalades ut i västlig valuta. Före murens fall fanns stora skillnader i transfereringssystemet för de äldre beträffande såväl nivån på förmånerna som utvecklingen av dessa över tiden. I Östtyskland hade de äldre en betydligt lägre relativ inkomst än den arbetande befolkningen. 1985 hade ett hushåll med en pensionär som familjens

överhuvud 36 procent av inkomsten för en familj med yrkesarbetande. Motsvarande siffra för Västtyskland var 65 procent. Jämförelser mellan pensionärer i de båda tyska staterna visar att före återföreningen hade en pensionär i Östtyskland 40 procent av pensionen för en västtysk pensionär (Gjonca m. fl. 2000).

Förändringarna av pensionssystemet ledde till betydande förbättringar av de individuella pensionsförmånerna, och därmed ökade levnadsstandarden för de äldre. Detta anses vara en av de viktigaste förklaringarna till den ökade livslängden. Inkomstgapet mellan pensionärer i öst och väst minskade rejält, och 1999 hade en östtysk pensionär 87 procent av pensionen för en pensionär i väst. Den största förbättringen noterades för kvinnliga pensionärer i öst. Det kan bland annat förklaras av deras långa tid som yrkesarbetande, vilket berättigade dem till högre pensioner i det nya systemet. Även jämförelser av pensionsnivån mellan Väst- och Östtyskland är beroende av vilken valutakurs som används (se tidigare resonemang om hälso- och sjukvårdskostnaderna och valutakurser). I Figur 3 redovisas utvecklingen av pensionsförmånerna mellan de båda tyska staterna före och efter återföreningen. Som framgår av figuren var skillnaderna före murens fall betydande oavsett vilken valutakurs som används. Efter återföreningen har en harmonisering och utjämning ägt rum för främst kvinnor. Förbättringarna av pensionssystemet i de östra

Figur 3. Väst/Öst-ratio av pensionsförmåner per invånare, 1978–1998.



Källa: Vogt & Kluge (2014)

delarna medförde att den tidigare missgynnade befolkningen i öst erhöll och upplevde en utjämning och förhöjd levnadsstandard. Den förhöjda levnadsstandarden anses av flera forskare ha varit en av de viktigaste förklaringarna till utjämningen av hälsoskillnaderna mellan länderna.

Skillnader i ekonomisk tillväxt och arbetslöshet

Efter återföreningen har främst de äldre östtyskarna förbättrat sin levnadssituation genom förbättrade pensionsförmåner och tillgång till modern hälso- och sjukvård. Den yngre och yrkesverksamma delen av befolkningen har i stället konfronterats med omstruktureringar av näringslivet som i flera fall inneburit arbetslöshet. Även om olika folkhälsoindikatorer visar på en positiv utveckling även för dessa grupper så går denna process betydligt långsammare. Skillnaderna mellan unga och medelålders väst- och östtyskar var emellertid mindre än för de äldre före återföreningen. Samtidigt visar indikatorer över ekonomisk tillväxt och arbetslöshet att de östra regionerna inte kommit ikapp de västra delarna av Tyskland. Den ekonomiska tillväxten är betydligt lägre samtidigt som arbetslösheten är högre. Den omstrukturerings som ägde rum syftade till att

omvandla och anpassa näringslivet i öst till konkurrenskraftiga företag under marknadsvillkor. Även om denna process lyckats för flera industri- och näringslivet har många företag slagits ut och tvingats lägga ned verksamheten.

Vid en jämförelse mellan de västra och östra delarna av Tyskland bör man emellertid komma ihåg att de skillnader som finns i ekonomisk tillväxt och arbetslöshet är en jämförelse mellan de regioner inom EU som har den högsta BNP-nivån per invånare. Om vi jämför östra Tyskland med andra regioner i EU framgår att de före detta östtyska delstaterna i flera fall ligger på samma nivå som andra regioner i Västeuropa och även i Norden. Östra Tysklands BNP per invånare ligger till exempel i nivå med Toscanas, Kataloniens och mellersta Norrlands, och över snittet i Portugal, Estland och Andalusien (Eurostat 2020).

UTVECKLINGEN AV FOLKHÄLSAN

Hälsoutvecklingen i de båda tyska staterna följde den internationella utvecklingen för industrialiserade länder efter andra världskriget. Inga större skillnader mellan länderna noterades. Förbättringarna fram till 1970-talet i de båda staterna kan förklaras av en minskad sjuklighet och dödlighet i främst infektionssjukdomar samt minskad spädbarnsdödlighet. De faktorer som bidrog till denna utveckling var bättre medicinska behandlingar, vaccinationer och antibiotikaförskrivning för sjukdomar som lunginflammation, tuberkulos och mässling (Vogt 2013). Utvecklingen var likartad för båda staterna samt för flera andra länder i såväl Väst- som Östeuropa.

Som redovisats tidigare hade Östtyskland under de två årtiondena före murens fall dock en utveckling där ökningen av medellivslängden var klart sämre än i Västtyskland. Även data över dödlighet visade på en sämre utveckling än i Väst. Samtidigt framgår att de två staterna alltså hade en likartad utveckling av flera hälsoindikatorer fram till slutet av 1960-talet. Därefter ökade gapet mellan väst och öst betydligt under åren 1970–1989. Detta gap var som störst strax efter murens fall, men följdes sedan av en kontinuerlig minskning av hälsoskillnaderna mellan öst och väst fram till år 2000.

Som framgår av tabellen hade män i Östtyskland en något längre livslängd i jämförelse med Västtyskland fram till 1970. För kvinnor var skillnaderna små. Under 1970-

och 1980-talen ökade skillnaderna markant för båda könen, men efter återföreningen har framför allt kvinnor i östra Tyskland nästan kommit ifatt nivån i väst. Totalt ökade medellivslängden från 1990 till 2009 i den östra delen av Tyskland med 6,3 år för kvinnor och 7,4 år för män. Under samma period ökade medellivslängden i den västra delen med endast 3,5 år för kvinnor och 5,1 år för män. Det innebär att gapet mellan Öst och Väst minskade från 2,8 år för kvinnor och 3,5 år för män 1990 till 0,04 år för kvinnor och 1,1 år för män år 2009. Även i ett bredare internationellt perspektiv är ökningen av livslängden för östtyskarna anmärkningsvärt stor och snabb (Vogt 2013).

En vidare analys visar att den förväntade livslängden främst ökade för den äldre populationen. Östtyskar med en ålder över 65 år nådde den västtyska genomsnittliga livslängden för motsvarande åldersgrupp relativt snabbt efter återföreningen. För åldersgruppen 0–65 år har förändringen gått långsammare. Gapet ökade till och med något för män i åldersgruppen 0–65 år direkt efter murens fall. De positiva effekterna för den äldsta delen av befolkningen i öst kan förklaras av tidigare brister i utbudet av effektiva behandlingar och att äldre nedprioriterades i vården i Östtyskland. Den snabba förbättringen har dock förvånat forskare och Vaupel m. fl. (2003) summerar utvecklingen i en artikel med titeln "It's never too late". Med förbättringar av de ekonomiska och sociala villkoren,

Tabell 2. Förväntad livslängd vid födsel för Östra och Västra Tyskland sedan 1960 (år)

År	1960	1970	1989	1990	1997
<i>Män</i>					
Östra (DDR)	66,45	68,16	68,7	69,23	72,41
Västra	66,41	67,28	69,91	72,72	74,49
<i>Kvinnor</i>					
Östra (DDR)	71,42	73,36	74,64	76,31	79,65
Västra	71,84	73,63	76,71	79,12	80,61

Källa: Busse & Blümel (2014).

kombinerat med medicinsktekniska framsteg, kan hälsa och livslängd för de äldre förbättras avsevärt.

Utvecklingen varierade även inom det gamla DDR, där invånarna i städer med universitetssjukhus uppvisade en snabbare ökning av förväntad livslängd. Även i detta fall spelade åldern en tydlig roll, där östtyskar över 65 år nådde den västtyska nivån på förväntad livslängd snabbare efter återföreningen. För både kvinnor och män över 65 år boende i universitetsstäder i tidigare Östtyskland uppnåddes den västtyska nivån under 1997, medan övriga östtyskar över 65 år uppnådde nivån först 2007. Utvecklingen för invånare under 65 år visar inte på samma utveckling kopplad till boende i städer med universitetssjukhus. Skillnaderna i förväntad livslängd mellan öst och väst var dock betydligt mindre för denna åldersgrupp. En slutsats från studien är att tidpunkten för moderniseringen av sjukhusvården hade en väsentlig effekt den förväntade livslängden för främst de äldre (Vogt and Vaupel 2015).

Utvecklingen av hälsoläget mellan de båda länderna kan också studeras med data över dödlighet och dödlighetsorsak. Skillnaderna i utvecklingen av dödlighet skiljer sig även åt mellan olika sjukdomsgrupper. Som tidigare diskuterats hade de båda tyska staterna en likartad utveckling av förväntad livslängd fram till slutet av 1960-talet. Detta förklarades, i likhet med många andra länder, av en minskad sjuklighet

i infektionssjukdomar genom förebyggande arbete och effektiva behandlingar. Skillnaderna i dödlighet var även senare relativt likartad i båda staterna.

Luy (2004) har analyserat i vilken utsträckning det minskade gapet i dödlighet mellan Väst- och Östtyskland förklaras av olika typer av sjukdomar. I Tabell 3 redovisas i vilken utsträckning olika sjukdomsgrupper bidragit till att minska gapet mellan länderna. Värdena i tabellen ska tolkas som att exempelvis under år 1991 bidrog dödligheten i hjärt-kärlsjukdomar med 1,91 år till den totala skillnaden i dödlighet, som då var 2,61 år.

Det är uppenbart att de minskade skillnaderna i den totala dödligheten främst beror på minskad dödlighet i hjärt-kärlsjukdomar. För cancer- och infektionssjukdomar är skillnaderna mellan länderna mycket små. Flera forskare har i mer specifika analyser kommit fram till att skillnaderna under 1970- och 1980-talen var att man i Förbundsrepubliken hade en fortsatt förbättrad livslängd tack vare behandling och minskad dödlighet i hjärt-kärlsjukdomar, vilket inte ägde rum i Östtyskland.

Utvecklingen i Östtyskland var dock inte unik, då flertalet länder på den östra sidan av Järnridån uppvisade en liknande utveckling med ett ökat gap beträffande medellivslängd i jämförelse med västvärlden (Bobak & Marmot 1996). Även i dessa jämförelser framgår att återhämtningen i

Tabell 3. Nedbrytning av hur olika sjukdomar bidragit till skillnader i dödlighet mellan Väst- och Östtyskland, 1991-2000

År		1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Total skillnad	Kvinnor	2,61	2,35	1,72	1,69	1,43	1,24	0,91	0,88	0,52	0,46
	Män	3,35	3,16	2,89	2,86	2,45	2,22	1,99	1,7	1,59	1,61
Hjärt-kärlsjukdomar	Kvinnor	1,91	1,7	1,33	1,43	1,34	1,33	1,07	1,19	1,16	1,14
	Män	1,59	1,47	1,31	1,34	1,22	1,21	0,97	0,93	0,86	0,93
Cancersjukdomar	Kvinnor	0,02	0,05	0,02	0,04	-0,04	-0,07	-0,05	-0,05	-0,11	-0,17
	Män	0,06	0,13	0,23	0,18	0,22	0,17	0,2	0,2	0,26	0,31
Infektionssjukdomar	Kvinnor	-0,04	-0,05	-0,05	-0,05	-0,07	-0,06	-0,06	-0,06	-0,1	-0,12
	Män	-0,12	-0,12	-0,14	-0,12	-0,13	-0,12	-0,09	-0,08	-0,1	-0,12

Källa: Luy (2004).

förväntad livslängd främst avser den äldre delen av befolkningen (Vogt & Kluge 2014).

Utvecklingen före murens fall är således inte unik i Östtyskland, utan en gemensam trend för de tidigare socialistiska ekonomierna i Östeuropa. Utvecklingen efter Berlinmurens fall skiljer sig dock åt mellan länderna. Samtliga av de östeuropeiska länderna i figuren hade en sämre utveckling av den förväntade medellivslängden vid födsel i jämförelse med Västtyskland från tidigt 1970-tal. Den tidigare beskrivningen för Östtyskland – att gapet mellan väst och öst ökade från 1970-talets början – gällde även de andra länderna på andra sidan järnridån. Efter murens fall inleds en period med förbättrad livslängd i samtliga länder. Denna förbättring går dock snabbare i den östra delen av Tyskland, medan hälsogapet gentemot västra Tyskland består i länder som Polen, Tjeckien och Ungern (Nolte m. fl. 2000, Vogt & Kluge 2014).

Utvecklingen av den subjektiva hälsan, där medborgarna själva skattar sitt hälsotillstånd, visar på en lite annorlunda bild. En undersökning för de yrkesverksamma invånarna (20–59 år) visar att före murens fall uppskattade kvinnor sin hälsa som sämre än vad män gjorde. Detta gap var dock större i Östtyskland än i Västtyskland. Efter återföreningen minskade gapet mellan könen, dock mer i de östra delarna än i väst. I de östra delarna har kvinnors uppskattade hälsa gått om männens nivå. Detta har tolkats som att den stress som återföreningen innebar, genom ekonomiska förändringar och arbetslöshet i de östra delarna, främst påverkade de yrkesverksamma männens hälsa negativt (Kühn m. fl. 2019).

Förklaringar till förbättringar av folkhälsan i Öst

Förändringar av folkhälsan i ett land är ofta en process som tar lång tid. Den ökade medellivslängden och förbättringar av den allmänna hälsan går i regel relativt sakta. Utjämningen av framför allt medellivslängden mellan Öst- och Västtyskland har dock gått förvånansvärt snabbt. Flera forskare ser utvecklingen som ett intressant naturligt experiment som kan ge kunskap om vilka faktorer som påverkar medellivslängden och andra folkhälsomått (se bland annat Vaupel m. fl. 2003).

Utvecklingen mellan landsändarna uppvisade ett likartat mönster fram till slutet på 1960-talet, vilket ger en möjlighet att ringa in faktorer som kan ha bidragit till skillnaderna mellan 1970 fram till Berlinmurens fall 1989. Orsakerna till såväl den negativa utvecklingen i DDR som förbättringarna efter återföreningen har diskuterats av flera forskare. Luy (2004) summerar dessa möjliga förklaringar i åtta punkter:

1. Försämrade miljöförhållanden i Östtyskland
2. Hälsoeffekter av brytning och lagring av uran
3. Selektiv migration av friska individer från öst till väst
4. Invandring av frisk utländsk befolkning till Västtyskland
5. Dåliga villkor och brister i arbetsmiljön i Östtyskland
6. Psykologiska reaktioner på det övergripande politiska förtrycket
7. Skillnader i livsstil och andra riskfaktorer för kardiovaskulära sjukdomar
8. Brist på moderna läkemedel och medicinsk teknologi i Östtyskland

Sökandet efter förklaringar har i litteraturen således utgått från såväl försämringen under de sista 20 åren av det socialistiska systemet i Östtyskland som de snabba förbättringarna under de första 20 åren efter återföreningen. En vägledning i sökandet av orsaker till den snabba utvecklingen av den förväntade livslängden är att både det tidigare ökande och det senare minskande gapet mellan västra och östra Tyskland i allt väsentligt orsakades av förändringar inom åldersgruppen 60–80 år.

Genom att fokusera på faktorer som förändrades under perioderna direkt före och efter återföreningen kan de förklarande faktorerna ringas in enligt Luy (2004). Faktorer som uranbrytning avvisas, då regioner med denna verksamhet haft en bättre hälsoutveckling än andra regioner i östra Tyskland. Vidare var migrationen från öst till väst på en alldeles för låg nivå för att påverka hälsoskillnader. Dessutom var den koncentrerad till

äldre östtyskar som tilläts att lämna landet. Även miljöaspekter, både generellt och på arbetsplatser, avvisas då dessa inte förändrades radikalt vid återföreningen. Luy framhåller i stället faktorer som tillgången äldreomsorg och omvårdnad av sjuka vid sjukhem. Förändringar av livsstilsfaktorer som påverkar risken för olika sjukdomar avvisas också då dessa förändringar är minimala. Andra forskare framhåller även faktorer som tillgång till nya läkemedel och modern medicinsk teknologi samt den generella höjningen av levnadsstandarden för de äldre genom förbättrade pensionsförmåner.

Grigoriev & Pechholdova (2017) har i en studie analyserat utvecklingen av dödligheten dels för sjukdomar med goda förutsättningar att behandla och bota, dels för dödlighet som kan relateras till livsstil och andra för sjukvården externa faktorer. Resultaten visar att det minskade gapet mellan väst och öst främst avser den förstnämnda gruppen. Dödligheten i sjukdomar som TBC, hudcancer, reumatiska hjärtåkommor, njurinfektioner och neonatal vård har minskat betydligt. Ett undantag är diabetes, där gapet har minskat men vissa skillnader fortfarande består. För den andra gruppen av sjukdomar är utvecklingen inte lika tydlig. Dödlighet i levercirros och alkoholmissbruk är fortfarande högre i öst. Skillnaderna ökade direkt efter murens fall, men utvecklingen har sedan gått mot minskade skillnader. Ett liknande mönster ses för dödsfall i trafiken, där Östtyskland hade en lägre nivå före murens fall som sedan ökade kraftigt på grund av den ökade tillgången på motorfordon med utökad trafik. De senaste åren har dessa skillnader för dödsfall i trafiken dock i stort sett försvunnit i takt med förbättring av vägnätet och andra säkerhetsåtgärder. Beträffande självmord hade Östtyskland en högre mortalitet som sedan successivt minskade efter återföreningen.

SLUTSATSER

Återföreningen av Västtyskland och Östtyskland för 30 år sedan åtföljdes av omfattande investeringar för att sammanföra de två starkt ojämlika delarna av landet. Inom välfärdssektorn förbättrades hälso- och sjukvården med investeringar i modern medicinsk teknologi och innovativa läkemedel samt vård och omsorg för de äldre. En viktig komponent var även förbättringarna av pensionssystemet, som ökade levnadsstandarden för de äldre medborgarna i öst.

Under de sista 20 åren av den socialistiska perioden i DDR ökade gapet för medellivslängden mellan de två tyska staterna till följd av en försämrad levnadsstandard samt bristande tillgång till modern hälso- och sjukvård. En annan förklaring var att de äldre och andra grupper utanför arbetskraften hade sämre tillgång till sjukvård i Östtyskland. Efter återföreningen av de två tyska staterna har flera förbättringar av folkhälsan ägt rum i östra Tyskland. Det gäller främst den förväntade livslängden för äldre, som har ökat markant. Beträffande den minskade dödligheten är det främst förbättringar i behandlingen av hjärt-kärlsjukdomar som förklarar denna utveckling. För infektionssjukdomar noteras inga större skillnader vare sig före eller efter återföreningen. Detta har tolkats som att tillgång till modern sjukvård är en viktigare förklaring till den minskade dödligheten än vad den förebyggande vården är. Även förbättringarna av levnadsstandarden, främst för de äldre genom bättre tillgång till sjukvård och bättre pensionsförmåner, har sannolikt bidragit till utvecklingen mot en bättre folkhälsa.

Fortfarande finns dock problem inom andra områden i samhället i de östra delarna, som samsättning och industriell utveckling, där utvecklingen inte gått så snabbt som man önskat. Arbetslösheten ökade efter återföreningen och ligger fortfarande på en högre nivå i öst i jämförelse med väst. Dessa jämförelser ska dock ses mot bakgrund av att västra Tyskland har en god tillväxt och den

högsta ekonomiska utvecklingsnivån inom EU. I jämförelse med flertalet EU-regioner i Östeuropa, och även flera regioner i västra Europa, har de före detta östtyska regionerna en likvärdig eller bättre ekonomisk standard och lägre arbetslöshet.

Den relativt snabba förändringen av hälsoläget i de östra delarna av Tyskland är unik i ett internationellt perspektiv och visar på betydelsen av såväl ekonomisk tillväxt som satsningar inom hälso- och sjukvården samt pensionssystemet. Det förbättrade hälsoläget i forna Östtyskland och det minskade hälsogapet mellan de västra och östra delarna av Tyskland har även gett kunskap om vilka faktorer som påverkar folkhälsan positivt och negativt. Inte minst har betydelsen av tillgång till modern teknologi inom sjukvården samt den generella levnadsstandarden, inte minst för de äldre, tydliggjorts.

Utvecklingen före och efter återföreningen av de två tyska staterna reser även frågor om hur goda livsvillkor skapas för invånarna i ett bredare perspektiv. Under planhushållningsekonomin i forna DDR centraliserades och kontrollerades sjukvårdssystemet som finansiella institutioner, samtidigt som vårdgivarna socialiserades och drevs i stort sett uteslutande i offentlig regi. Detta i kombination med ett diktatoriskt styrelseskick innebär att mångfalden och transparensen i systemet eliminerades. Fallet med Östtyskland visar hur institutioner inom hälso- och sjukvårdssektorn, och i samhället i stort, kan leda till stora skillnader i utfall som folkhälsa. Det illustrerar också hur öppenhet och sunda incitamentsstrukturer kan leda till att både statliga och privata institutioner samverkar med investeringar, vilket leder till starkare utvecklingskapacitet och förbättrad välfärd. Om det finns en viktig lärdom från hur folkhälsan har utvecklats i forna Östtyskland sedan Berlinmurens fall så ligger det i den insikten: *institutioner spelar roll.*

REFERENSER

- Bobak M & Marmot M (1996). East-west mortality divide and its potential explanations: proposed research agenda. *British Medical Journal*, 312, 421–425.
- Busse R & Blümel M (2014). Germany: health system review. *Health Systems in Transition*, 16(2): 1–296.
- Busse R, Blümel M, Knieps F, Bärnighausen T (2017). Statutory health insurance in Germany: a health system shaped by 135 years of solidarity, self-governance, and competition. *Lancet*, Aug 26;390(10097): 882–897.
- Busse R & Nolte E (2004). New citizens: East Germans in a united Germany. In: Healy J, McKee M, eds. *Accessing healthcare: responding to diversity*. Oxford, Oxford University Press: 127–144.
- Eibich P & Ziebarth N (2013). Analyzing regional variation in health care utilization using (rich) household microdata. *Forschungsinstitut zur Zukunft der Arbeit, Bonn*.
- Eurostat: <https://ec.europa.eu/eurostat/cache/RCI/#?vis=nuts2.economy&lang=en> (hämtad 2020-08-31).
- Gjonca A, Brockmann, Maier H (2000). Old-age mortality in Germany prior to and after Reunification. *Demographic Research* 3, Article 1.
- Grigoriev P & Pechholdova M (2017). Health convergence between East and West Germany as Reflected in Long-term cause-specific mortality trends: To what extent was it due to Reunification? *Eur J Population*, 33: 701–731.
- Luy M (2004). Mortality differences between Western and Eastern Germany before and after Reunification A macro and micro level analysis of developments and responsible factors. *Genus*, Vol. 60, No. 3/4 (July - December), 99–141.
- McKee M & Nolte E (2004). Health sector reforms in central and eastern Europe: how well are health services responding to changing patterns of health? *Demographic Research*, special collection 2, article 7, 163–181.
- Nolte E, Shkolnikov V, McKee M (2000a). Changing mortality patterns in east and west Germany and Poland: I. Long-term trends. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54, 890–899.
- Nolte E, Shkolnikov V, McKee M (2000b). Changing mortality patterns in east and west Germany and Poland: II. Short-term trends during transition and in the 1990s. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 54, 899–906.
- Nolte E, Scholz R, Shkolnikov V, McKee M (2002). The contribution of medical care to changing life expectancy in Germany and Poland. *Social Science & Medicine*, 55, 1905–1921.
- Nolte E, Scholz R, McKee M (2004). Progress in health care, progress in health? Patterns of amenable mortality in central and eastern Europe before and after political transition. *Demographic Research*, special collection 2, article 6, 139–162.
- Scholz R, m.fl. (2018). Germany, East Germany. Human Mortality Database. University of California, Berkeley (USA) och Max Planck Institute for Demographic Research (Germany). Hämtad 2020-09-21 från <https://www.mortality.org/cgi-bin/hmd/country.php?cntr=DEUTE&level=1>.
- Scholz R m.fl. (2018). Germany, West Germany. Human Mortality Database. University of California, Berkeley (USA) och Max Planck Institute for Demographic Research (Germany). Hämtad 2020-09-21 från <https://www.mortality.org/cgi-bin/hmd/country.php?cntr=DEUTW&level=1>.
- Vaupel JW, Carey JR, Christensen K (2003). It's never too late. *Science*, 301, 1679–1681.
- Vogt TC (2013). How many years of life did the fall of the Berlin Wall add? A projection of East German life expectancy. *Gerontology*, 59(3): 276–82.
- Vogt TC & Vaupel JW (2015). The importance of regional availability of health care for old age survival - Findings from German reunification. *Popul Health Metr*, Sep 29; 13:26.