Weil Du arm bist, musst Du **früher sterben?**

Studie zur gesundheitlichen Ungleichheit in Deutschland und was jetzt zu tun ist



Die Linke

FVK

Inhalt

Editorial 5

Teil 1:
Studie - Gesundheitliche Ungleichheit **6**

Interview mit Dr. Markus Grabka zu den zentralen Befunden seiner Studie 7

Studie: Gesundheitliche Ungleichheit: Mehr als „Arme müssen früher sterben“?! **8**

Erklärungsansätze 8

Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen 10

Ungleichheit im Erwachsenenalter 11

sozialdifferentielle Mortalität 15

Gesundheitssystem 16

Fazit 17

Literaturverzeichnis 18

Teil 2:
Linke Ideen und Vorstellungen **21**

Für ein funktionierendes und gerechtes Gesundheitssystem für alle – auch in Sachsen! von Susanne Schaper 22

Her mit dem gesunden Leben! von Heike Werner 24

Für ein zukunftsfähiges und solidarisches Gesundheitssystem von Sebastian Walter 26

FVK

Idee und Konzeption der Broschüre: Konstantin Bender
V.i.S.d.P: Konstantin Bender, Die Linke Fraktionsvorsitzendenkonferenz
c/o Die Linke Fraktion im Landtag Brandenburg
Alter Markt 1, 14467 Potsdam

Titelbild: Photocase 5264978

Dieses Material darf nicht zu Wahlkampfzweckenverwendet werden!

Editorial

Liebe Leserin, lieber Leser,

hat der soziale Status eines Menschen Einfluss auf dessen Gesundheit und womöglich sogar auf seine Lebenserwartung? Schon die Frage allein ist politischer Sprengstoff. Schließlich wissen wir, dass die soziale Spaltung in Deutschland seit vielen Jahren nicht ab-, sondern weiter zunimmt. Die Krisen der letzten Jahre haben diese Entwicklung verschärft: Hohe Mieten, gestiegene Strom- und Heizkosten sowie teure Lebensmittel fressen immer größere Teile unserer Löhne auf. Das führt dazu, dass eine wachsende Zahl von Menschen – teilweise bis weit in die Mittelschicht hinein – heute Schwierigkeiten hat, mit den Einkünften aus eigener Hände Arbeit über die Runden zu kommen. Und natürlich, was leider viel zu oft aus dem Blick gerät, verschärft es die ohnehin schwierige Situation derjenigen, die schon vorher in Armut leben mussten – allen voran der Kinder. 2,2 Millionen unter 18-Jährige lebten im vergangenen Jahr in Deutschland in Armut. Eine Zahl – schon für sich genommen ein Skandal – die alle Verantwortlichen längst hätte aufrütteln müssen!

Doch die wachsende Armut ist nur die eine Seite der Medaille. Denn nicht nur die Armut in Deutschland nimmt zu, sondern auch der Reichtum. So schütteten die DAX-Konzerne jüngst die größten Dividenden der deutschen Wirtschaftsgeschichte aus, die Profitraten sind groß wie nie und die Zahl der Milliardäre in Deutschland bricht von Jahr zu Jahr neue Rekorde. Der Dramatiker Bertolt Brecht dichtete einst: „Reicher Mann und armer Mann standen da und sahn sich an. Und der Arme sagte bleich: Wär ich nicht arm, wärst du nicht reich.“ Bis heute steckt mehr Wahrheit in diesen Zeilen als manche gerne glauben mögen.

Dass unsere Gesellschaft auseinanderdriftet und Armut zunimmt, ist eine längst belegte Tatsache. Was aber macht Armut mit uns – mit unseren Körpern, unseren Seelen, unserer Gesundheit und letztlich mit unserer Lebenserwartung? Diesen Fragen geht Dr. Markus Grabka in der hier vorliegenden Studie nach. Dabei kann er auf ein beeindruckendes Reservoir an Fachwissen zurückgreifen. Schließlich forscht er bereits seit vielen Jahren zu Fragen der sozialen Ungleichheit und ihrer Folgen. Was die Studie allerdings so überzeugend – und ihre Befunde so erschreckend – macht, ist die Verknüpfung dieses Wissens mit einem umfassenden empirischen Zahlenwerk, das die Argumentation belegt. Wir sind sehr froh, dass wir mit Herrn Grabka einen solch renommierten Wissenschaftler und profunden Kenner der sozialen Ungleichheit für diese Studie gewinnen konnten. Ihm gilt unser Dank.



Erkenntnis ist das Eine – Handeln das andere. Was folgt nun also aus den Befunden? Auch hierzu wollen wir uns verhalten. Deshalb finden Sie anschließend an die Studie von Herrn Grabka in dieser Broschüre Beiträge der Abgeordneten Susanne Schaper aus Sachsen, der Thüringer Gesundheitsministerin Heike Werner sowie von mir, dem Brandenburger Fraktionsvorsitzenden. Darin skizzieren wir unsere Ideen und Vorschläge, wie wir die in der Studie beschriebenen Missstände angehen wollen.

Wir laden Sie ein, mit uns darüber in den Austausch zu treten. Denn eines ist sicher: Der Kampf gegen Armut, gegen die Teilung unserer Gesellschaft in Arm und Reich, gegen die Trennung in Oben und Unten, wird keine Aufgabe für einige Wenige sein. Es braucht das Engagement Vieler. Es braucht uns alle.

Wir wollen unseren Beitrag leisten.

Sebastian Walter
Vorsitzender der Linksfraktion im Landtag Brandenburg und Vorsitzender der Linken Fraktionsvorsitzendenkonferenz (FVK)

Teil 1

Studie – Gesundheitliche Ungleichheit

Interview mit Dr. Markus Grabka

zu den zentralen Befunden seiner Studie: „Gesundheitliche Ungleichheit: Mehr als ‚Arme müssen früher sterben'!?"



Foto: © pwk/Pressefoto

Dr. Markus M. Grabka, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e.V. (DIW Berlin)

Herr Dr. Grabka was sind die zentralen Ergebnisse ihres Beitrages ?

Der Beitrag beschäftigt sich mit gesundheitlicher Ungleichheit über den gesamten Lebensverlauf. Gesundheitliche Ungleichheit beschreibt soziale Unterschiede bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen, des Auftretens und des Verlaufs von Krankheiten und Unterschieden in der Mortalität. Das Hauptergebnis ist, dass es signifikante Unterschiede in der gesundheitlichen Ungleichheit über den gesamten Lebensverlauf gibt und dass diese zudem in einigen Bereichen zugenommen haben. Am prägnantesten zeigt sich dies bei der mittleren Lebenserwartung bei Geburt. So haben Männer aus der obersten Einkommensschicht eine mittlere Lebenserwartung von 79,6 Jahre und leben damit im Schnitt 8,6 Jahre länger als Männer aus der untersten Einkommensschicht.

Warum ist das Ergebnis für das Zusammenleben in einer Gesellschaft problematisch?

Seit einiger Zeit gibt es die Sorge um einen schwindenden gesellschaftlichen Zusammenhalt. Wenn Menschen mit geringen Einkommen nicht nur Benachteiligungen beim Zugang zur Gesundheitsversorgung erfahren, bei diesen aber auch früher und häufiger Erkrankungen auftreten und im Ergebnis eine geringere Lebenserwartung haben, so ist zu befürchten, dass diese sich entweder zurückziehen oder dazu neigen radikale Gruppierungen bei Wahlen zu unterstützen. Es handelt sich hier schlicht um eine der zentralen Gerechtigkeitsfragen, auf die unsere Gesellschaft eine adäquate, bessere Antwort finden muss als jetzt.

Vor dem Hintergrund: Wenn durch die geplante Krankenhausreform die Wege zu gesundheitlicher Versorgung länger werden, was bedeutet das für die Bevölkerung außerhalb der Ballungszentren ?

Schon heute sind in ländlichen Regionen die Wege zu einem Krankenhaus lang. Dabei zählt bei verschiedenen Erkrankungen wie einem Schlaganfall jede Minute, um gesundheitliche Schäden zu vermeiden oder zumindest zu begrenzen. Es ist zu befürchten, dass durch die geplante Krankenhausreform die Wege noch länger werden und dadurch die gesundheitliche Versorgung der Menschen sich verschlechtern könnte.

Wo sehen Sie Handlungsmöglichkeiten unterschieden nach Stadt und Land?

Städtische Regionen und Ballungszentren haben oft eine sehr gute Versorgungslage, sei es mit (Fach-)Ärzten oder Krankenhausbetten. Anders sieht es in ländlichen Regionen aus. Beide Regionen stehen aber vor der gleichen Herausforderung, dass deren Finanzierung zuletzt unzureichend war. Denn nach Angaben der Krankenhausgesellschaft erwarten 80 Prozent aller Krankenhäuser für das vergangene Jahr ein negatives Jahresergebnis. Es gibt wenig Stellschrauben, die nicht mit der Gefahr verbunden sind, dass darunter die Versorgungslage nicht leidet. So zum Beispiel ein Sparen am Personal, was indiskutabel sein sollte. Es bedarf daher einer grundlegend neuen Finanzierung der Krankenhauslandschaft in Deutschland.

Gesundheitliche Ungleichheit: Mehr als „Arme müssen früher sterben“?!

Markus M. Grabka

Keywords: Gesundheitliche Ungleichheit, sozialdifferentielle Mortalität, Einkommen

Markus M. Grabka ist kommissarischer Leiter des Bereichs Wissenstransfer der forschungsbasierten Infrastruktureinrichtung Sozioökonomisches Panel (SOEP) am DIW Berlin | mgrabka@diw.de

Bereits vor über 100 Jahren beschrieben sowohl Mosse und Tugendreich (1912) als auch Grotjahn (1915) die Bedeutung sozialer Faktoren für die gesundheitliche Lage der Bevölkerung. Demnach hat das soziale Umfeld (Wohnen, Ernährung, Arbeit) eines Menschen neben der Erkrankungswahrscheinlichkeit auch Einfluss auf den Verlauf von Krankheiten. Dieser grundlegende Befund gilt auch gut 100 Jahre später immer noch und ist durch verschiedenste Studien insbesondere der Medizinsoziologie wiederholt beschrieben worden (u.a. Siegrist 2021).

Die vorliegende Arbeit hat das Ziel, eine Beschreibung der gesundheitlichen Ungleichheit über den gesamten Lebensverlauf zu präsentieren. Es werden ausgewählte internationale Forschungsergebnisse präsentiert, der Fokus liegt aber auf der Situation in Deutschland. Es kann gezeigt werden, dass gesundheitliche Ungleichheiten über den gesamten Lebensverlauf vorliegen und in bedeutender sozial differentieller Mortalität münden. Es wird auch der Frage nachgegangen, ob gesundheitliche Ungleichheiten über die Zeit abgenommen haben oder es zu einer weiteren Polarisierung gekommen ist. Neben den empirischen Befunden werden Erklärungsansätze für gesundheitliche Ungleichheit vorgestellt. Zudem wird die gesundheitliche Ungleichheit im Gesundheitssystem beschrieben.

Erklärungsansätze für gesundheitliche Ungleichheit

Gesundheitliche Ungleichheit beschreibt soziale Unterschiede bei gesundheitlichen Beeinträchtigungen, des Auftretens und des Verlaufs von Krankheiten und unterschiedlicher Mortalität. Für gewöhnlich werden in sozialepidemiologischen Studien soziale Ungleichheiten anhand des Bildungsniveaus, der beruflichen Position oder des Einkommens (seltener des Vermögens) dargestellt.

Im Folgenden wird ein Fokus auf das Haushaltsnettoeinkommen gelegt, da dieses die zentrale materielle Ressource in einer Gesellschaft ist und den

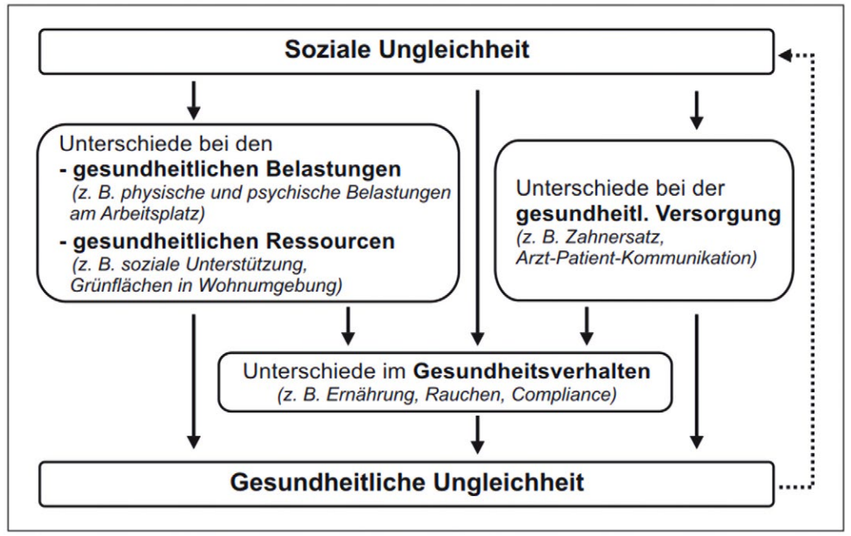


Abbildung 1:
Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit

Quelle: Mielck (2012), S. 136.

Zugang zu Gütern und Dienstleitungen gewährt. Es eröffnet damit Chancen zur sozialen Teilhabe und stellt gleichzeitig eine Ressource zur Bewältigung von Lebensereignissen dar.

Als klassische Erklärungsansätze für gesundheitliche Ungleichheit können in Anlehnung an Mielck (2012) in vier Stränge unterschieden werden (Abbildung 1). Dies sind

- die Selektionsthese,
- die Kausationsthese,
- das Gesundheitsverhalten und
- Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung.

Die Selektionsthese geht davon aus, dass sich der Gesundheitszustand auf die soziale Lage eines Menschen auswirkt (gepunkteter Pfeil in Abbildung 1). Vereinfacht gesprochen bedeutet dies, dass Krankheit zu Armut führt. Mit Eintritt einer Erkrankung oder Behinderung kann eine Person ihren Beruf nicht mehr ausüben, vorzeitig aus dem Berufsleben ausscheiden und dadurch finanzielle Einbußen erleiden.

Im Gegensatz dazu geht die Kausationsthese davon aus, dass ein niedriger sozioökonomischer Status (zum Beispiel das Einkommen) die gesundheitliche Lage einer Person bedingt. Denn finanzielle Ressourcen beeinflussen den Zugang zur Gesundheitsversorgung, zu Wohn- und Arbeitsbedingungen, die Belastung durch Stress (beruflich und privat) und auch das Wissen über gesundheitsrelevantes Verhalten. Gesundheitliche Belastungen wie Stress ergeben sich in der Arbeitswelt zum Beispiel aufgrund von hohen Anforderungen, geringen Kontrollmöglichkeiten und beruflichen Gratifikationskrisen. Diese kommen bei einkommensschwachen Personengruppen häufiger vor. Im Ergebnis treten Erkrankungen bei Personen mit geringen materiellen Ressourcen früher beziehungsweise häufiger auf.

Unterschiede im Gesundheitsverhalten, zum Beispiel Rauchen, Ernährung, sportliche Inaktivität oder auch die Inanspruchnahme von Vorsorgeangeboten, beeinflussen die gesundheitliche Lage einer Person. Dabei kann beobachtet werden, dass unter anderem aufgrund von Sozialisation statusgruppenspezifisches Verhalten ausgebildet wird. Das bedeutet, dass Personen aus bildungsfernen beziehungsweise einkommensschwachen Familien andere kulturelle Einflüsse erfahren als Personen aus bildungsaffinen beziehungsweise einkommensstarken Familien (Hoebel 2017).

Als vierten Wirkmechanismus können Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung aufgezählt werden. Diese können sich sowohl durch Unterschiede im Zugang (Wartezeiten) und bei der Inanspruchnahme (finanzielle Zugangsbarrieren) als auch bei der Qualität (unter anderem Arzt-Patienten-Kommunikation, Verabreichung neuer Behandlungsmethoden) zeigen.

Zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit beim Übergang von der Kindheit ins Erwachsenenalter zeigen sich Belege sowohl für die Selektions- als auch für die Kausationsthese. Im höheren Erwachsenenalter und insbesondere mit dem Übergang vom Erwerbsleben in den Ruhestand nimmt die Kausalität zu und wird zum dominierenden Faktor (Hoffmann et al. 2018). Neben empirischen Belegen für die Kausationsthese werden im Folgenden sowohl Befunde zum Gesundheitsverhalten als auch zur gesundheitlichen Versorgung präsentiert.

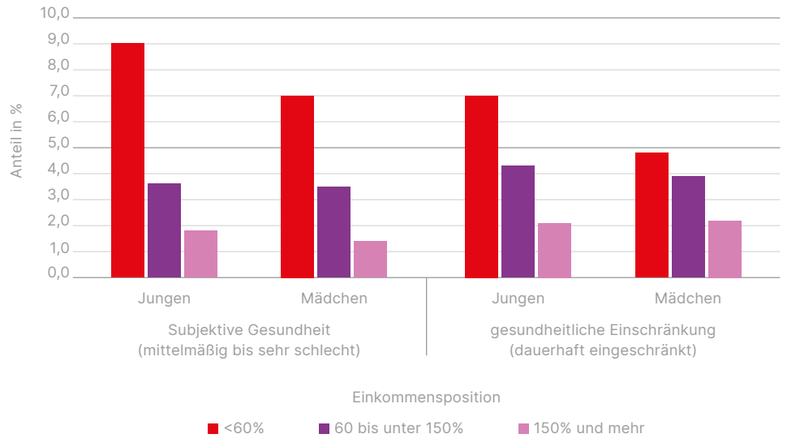


Abbildung 2: Allgemeiner Gesundheitszustand von 3- bis 17-Jährigen nach Einkommen der Eltern

Quelle: Lampert und Kuntz (2019), S. 1267. Einkommensposition basierend auf dem Median der bedarfsgewichteten Haushaltsnettoeinkommen.

Gesundheitliche Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen

Das Kindes- und Jugendalter ist für die Gesundheit im Erwachsenenalter von zentraler Bedeutung, da Weichenstellungen für die gesundheitliche Entwicklung im weiteren Lebenslauf gestellt werden. Kommt es bereits in jungen Jahren zu gesundheitlichen Beeinträchtigungen, können diese Langzeitfolgen haben (Dragano und Siegrist 2009). Dies zeigt sich bereits in der Schwangerschaft, da Zellen und Organe in dieser Phase auf Schädigungen besonders sensibel reagieren. Dies gilt beispielsweise bei einer Unter- oder Fehlernährung des Fötus, die neben Rauchen und beruflichem Stress Risikofaktoren für Frühgeburten darstellen (Berger et al. 2019). Darüber hinaus zeigt sich, dass das Risiko für Frühgeburten bei niedrigem Einkommen der Mutter erhöht ist (Parker et al. 1994). Eine Frühgeburt kann sich in Schwierigkeiten beim Atmen und Stillen, Blutungen im Gehirn, Infektionen und anderen Störungen des Säuglings auswirken (Shaw et al. 2019). Andere Faktoren, die sich negativ auf die Gesundheit eines Fötus auswirken können, darunter Rauchen oder Übergewicht, nehmen mit der Höhe des Einkommens ab (Mahlo-Nguyen 2023). Ein niedriges Geburtsgewicht korreliert dabei auch mit dem späteren Einkommen des Kindes: Eine Erhöhung des Geburtsgewichts um eine Standardabweichung (500 Gramm) geht mit einem Anstieg des Jahreseinkommens um 2,75 Prozent einher (Lambris et al. 2022). Bezogen auf die USA bedeutet dies, dass eine Verringerung des Geburtsgewichts um etwa 500 Gramm mit einem Verlust des Lebenseinkommens von etwa 33.600 US-Dollar verbunden ist.

Im Hinblick auf die Zahngesundheit von Kindern in den USA zeigt sich, dass bei geringen elterlichen Einkommen die Zahngesundheit ihrer Kinder gemessen am sogenannten DMFT-Wert[1] viermal höher ausfällt als bei Kindern, deren Eltern aus der höchsten Einkommensgruppe stammen (Tang et al. 1997). Gleichzeitig sind Kinder, deren Eltern ein niedriges Bildungsniveau beziehungsweise ein geringes Haushaltseinkommen haben, deutlich häufiger übergewichtig (Hermeling et al. 2024). Dies erklärt sich beispielsweise durch einen höheren Konsum zuckerhaltiger Getränke oder geringerer sportlicher Aktivität (Lampert und Kuntz 2019). Im Ergebnis fällt der Gesundheitszustand von Kindern aus Elternhäusern mit geringen Einkommen signifikant schlechter aus als bei Kindern aus Elternhäusern mit hohen Einkommen (Abbildung 2). Dies gilt auch für die mentale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (Cooper und Stewart 2020). So variiert der Anteil von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Auffälligkeiten nach dem Einkommen der Eltern. Während Jungen aus Elternhäusern mit einem Einkommen von weniger als 60 Prozent des mittleren Haushaltsnettoeinkommens zu einem Viertel psychische Auffälligkeiten aufweisen, beläuft sich dieser Anteil bei Jungen aus Elternhäusern mit einem Einkommen ab 150 Prozent des mittleren Haushaltsnettoeinkommens auf unter 13 Prozent. Ähnliche Größenordnungen – wenngleich auf etwas niedrigerem Niveau – liegen für Mädchen vor (Lampert und Kuntz 2019). Dabei ist zu beachten, dass eine gegebenenfalls vorliegende psychische Erkrankung im Kindesalter häufig im höheren Erwachsenenalter fortbesteht (Karow et al. 2013).

Eine Ursache in der gesundheitlichen Ungleichheit bei Kindern und Jugendlichen besteht auch darin, dass Früherkennungsuntersuchungen je nach sozialer Stellung

1 DMFT steht für die Anzahl der kariösen (Decayed), fehlenden (Missing) und gefüllten (Filled) Zähne (Teeth). Der Index beschreibt das Ausmaß der sogenannten Karieserfahrung, in dem akut kariös erkrankte Zähne und die möglichen Folgen (Zahnfüllungen, Zahnverluste) zusammengefasst sind.

der Eltern unterschiedlich stark in Anspruch genommen werden, wobei Kinder von Eltern mit einem niedrigen sozialen Status signifikant seltener als Kinder von Eltern mit einem hohen Status alle U3- bis U9-Früherkennungsuntersuchungen in Anspruch nehmen (Klein und von dem Knesebeck 2016). Problematisch ist darüber hinaus, dass es zu einer intergenerationalen Reproduktion gesundheitlicher Benachteiligungen kommen kann. Dies zeigt sich beispielsweise bei schlechter mentaler Gesundheit: Bei Kindern, deren Eltern psychische Probleme hatten, ist die Wahrscheinlichkeit, im Erwachsenenalter ebenfalls psychische Probleme zu bekommen, etwa doppelt so hoch (Landstedt und Almquist 2019).

Gesundheitliche Ungleichheit im Erwachsenenalter

Zur Beschreibung der gesundheitlichen Ungleichheit im Erwachsenenalter wird hier zunächst eine Analyse des selbst eingeschätzten Gesundheitszustands nach Dezilen der bedarfsgewichteten Haushaltsnettoeinkommen vorgenommen. Ausgewiesen wird der Anteil der Personen, die einen weniger guten oder schlechten Gesundheitszustand berichten, kontrolliert für Geschlecht und Alter. Ausgewählt wurden die Jahre 2001 und 2021 (Abbildung 3).

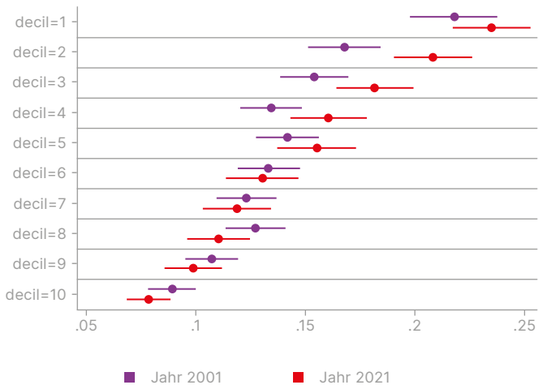


Abbildung 3: Anteil der Personen mit einem weniger guten oder schlechten Gesundheitszustand nach Einkommensdezilen 2001 und 2021 (in %)

Quelle: SOEPv38.1. Vorhergesagte Wahrscheinlichkeiten, wenn Alter und Geschlecht Durchschnittswerte annehmen. Bedarfsgewichtete Haushaltsnettoeinkommen.

Dabei zeigt sich das Muster, dass der Anteil derer mit einem weniger guten oder schlechten Gesundheitszustand größer ist, je niedriger die Einkommensposition ausfällt. So geben beispielsweise 23,5 Prozent der Personen aus dem ersten Einkommensdezil im Jahr 2021 einen schlechten Gesundheitszustand an. Zudem fällt auf, dass der Abstand zwischen der untersten (1. Dezil) und obersten (10. Dezil) Einkommensgruppe über die Zeit hinweg um 2,7 Prozentpunkte zugenommen hat. Das bedeutet, dass die Polarisierung im Hinblick auf den Gesundheitszustand zwischen den Einkommensgruppen wächst.

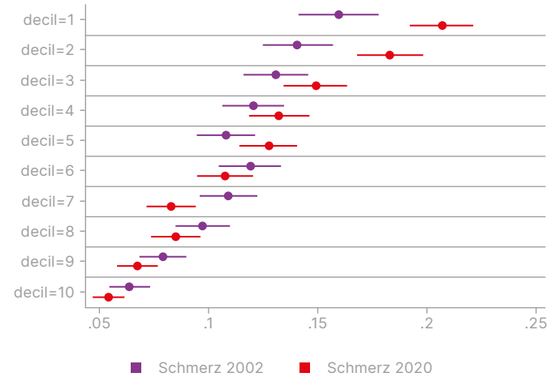


Abbildung 4: Anteil der Personen, die immer oder oft Schmerzen haben, nach Einkommensdezilen 2002 und 2020 (in %)

Quelle: SOEPv38.1. Vorhergesagte Wahrscheinlichkeiten, wenn Alter und Geschlecht Durchschnittswerte annehmen. Bedarfsgewichtete Haushaltsnettoeinkommen.

Eng mit einem schlechten Gesundheitszustand ist die Häufigkeit von Schmerzen verbunden. Betrachtet wird der Anteil der Personen, die angeben, immer oder oft Schmerzen zu haben, wiederum differenziert nach Einkommensdezilen und kontrolliert für Alter und Geschlecht (Abbildung 4). Es bestätigt sich das Bild, dass Schmerzen umso häufiger auftreten, je niedriger das Einkommen ist. Im ersten Dezil beläuft sich dieser Anteil im Jahr 2020 auf knapp 21 Prozent. Gegenüber dem Jahr 2002

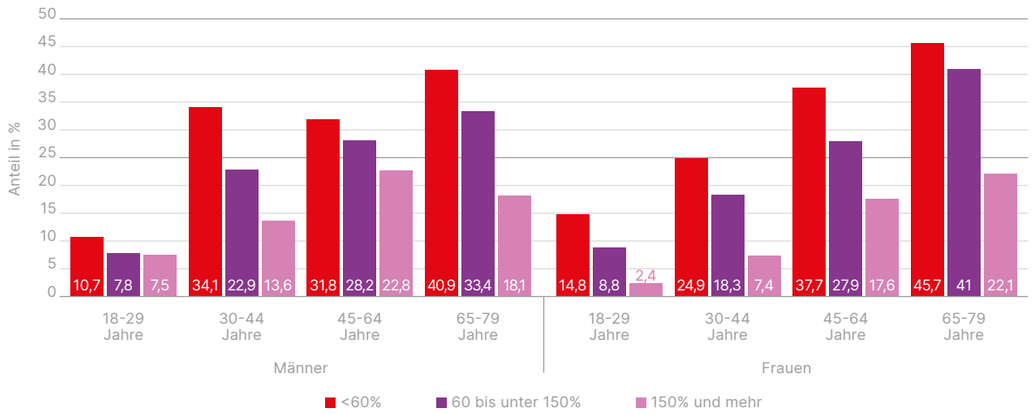


Abbildung 5: Anteil der Personen mit Adipositas nach Einkommen, Alter und Geschlecht 2008 bis 2011

Quelle: Lampert et al. (2016), S. 303.

ist es in den untersten beiden Einkommensdezilen zu einem signifikanten Anstieg des betroffenen Bevölkerungsteils gekommen. Wie zuvor hat auch hier die Polarisierung zwischen den Einkommensdezilen über die Zeit zugenommen.

Als Erklärung für die beobachteten Unterschiede nach Einkommensgruppen können gemäß Kausationsthese Rahmenbedingungen aufgeführt werden, die zu einer schlechteren gesundheitlichen Lage führen. Hierzu gehört unter anderem die Wohnsituation. In teuren Wohnlagen fallen Belastungen durch Umweltfaktoren wie Lärm oder Luftverschmutzung deutlich geringer aus als in preiswerteren Wohnlagen. Diese Umweltfaktoren haben aber einen maßgeblichen Einfluss beispielsweise auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen (Münzel et al. 2024).

Viele chronische Erkrankungen gehen auf Risikofaktoren zurück, die durch individuelles gesundheitsrelevantes Verhalten zurückzuführen sind. Hierzu gehören unter anderem Tabakkonsum, sportliche Inaktivität, Übergewicht und falsche Zahnpflege. So nimmt der Anteil der Tabakraucher*innen mit zunehmendem Haushaltsnettoeinkommen ab. Während rund 37 Prozent der Personen mit einem Einkommen von bis zu 1.000 Euro rauchen, liegt der entsprechende Anteil in der höchsten Einkommensgruppe ab 5.000 Euro nur bei etwa 23 Prozent (Statista 2024a). Ein vergleichbarer Befund zeigt sich im Hinblick auf sportliche Inaktivität. In der Altersgruppe der 18- bis 29-Jährigen sind 50 Prozent (60 Prozent) der Männer (Frauen) aus der niedrigsten Einkommensgruppe sportlich inaktiv. In der höchsten Einkommensgruppe sind dies nur 25 Prozent (30 Prozent) der Männer (Frauen) (Rosowski 2018). Fehlende sportliche Aktivität kann ein Faktor für Übergewicht sein. Liegt ein Body-Mass-Index von mehr als 30 vor, so spricht man von Adipositas. Differenziert nach Haushaltsnettoeinkommen und Altersgruppen ist ein sozialer Gradient erkennbar, nachdem mit höherer Einkommensposition der Anteil der Adipösen abnimmt (Abbildung 5).

Neben fehlender sportlicher Aktivität kann sich eine ungesunde Ernährung negativ auf die Gesundheit auswirken. Lebensmittelpreise beeinflussen hierbei, inwieweit gesunde Nahrungsmittel erworben werden. So verzichten einkommensschwache Personen eher auf kostspieligere Nahrungsmittel wie Obst und Gemüse oder konsumieren diese seltener (Fekete und Weyers 2016). Neben rein finanziellen Aspekten dürften auch statusgruppenspezifische Habitusformen aufgrund unterschiedlicher Sozialisation prägend für die Ernährung sein (Hoebel 2017).

Im Hinblick auf die Zahngesundheit ist die richtige Zahnpflege von Bedeutung. Neben Karies ist eine bakteriell bedingte entzündliche Erkrankung des Zahnhalteapparats (Parodontitis) eine verbreitete Erkrankung unter Erwachsenen. Dabei steht eine Parodontitis in Wechselwirkung mit anderen Krankheiten wie Diabetes mellitus, Rheuma, chronischen Atemwegserkrankungen, Herzinfarkt oder Schlaganfall. Bei einer fortgeschrittenen Paradontitis kann es zudem zum Verlust der Zähne kommen. Unter Erwachsenen im mittleren Alter (35- bis 44-Jährige) ist nach Angaben der Fünften Deutschen Mundgesundheitsstudie (Jordan und Micheelis 2016) eine moderate Paradontitis mit 43,4 Prozent weit verbreitet. Eine schwere Paradontitis kommt bei 8,2 Prozent der Erwachsenen im mittleren Alter vor. Differenziert nach dem Haushaltsnettoeinkommen zeigt sich auch hier ein sozialer Gradient (Abbildung 6). Während Personen mit einem monatlichen Haushaltsnettoeinkommen ab 3.250 Euro nur zu 3,5 Prozent eine schwere Paradontitis haben, fällt der entsprechende Anteil in der Gruppe mit einem Haushaltsnettoeinkommen unter 1.250 Euro mit 14,8 Prozent mehr als vier Mal so hoch aus.

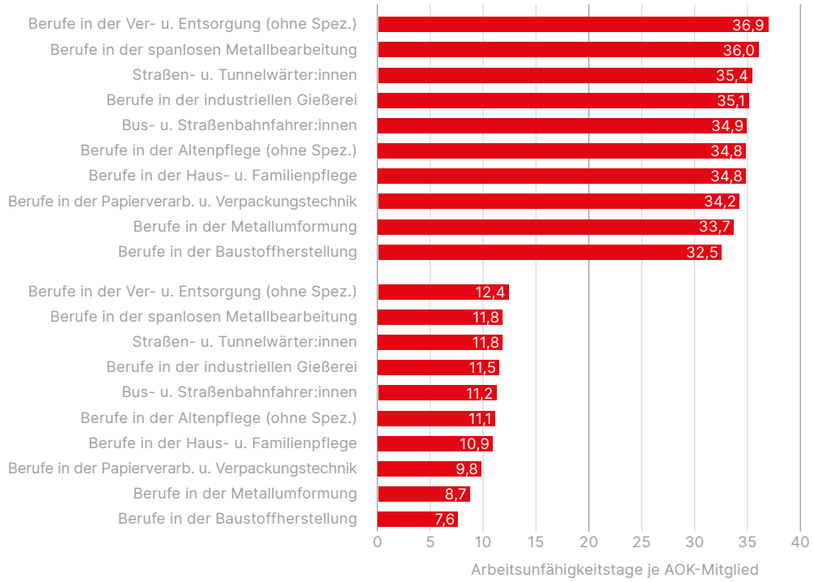


Abbildung 7: Zehn Berufsgruppen mit hohen und geringen Fehlzeiten je AOK-Mitglied im Jahr 2022

Quelle: Eigene Darstellung nach Meyer et al. (2023).

In diesem Zusammenhang ist auch die Gesundheitskompetenz relevant, die den Umgang mit Gesundheitsinformationen als Grundlage für gesundheitsbezogene Entscheidungen beschreibt. Liegt Gesundheitskompetenz vor, so können bessere auf die Gesundheit bezogene Entscheidungen getroffen werden. Auch hier zeigt sich, dass sowohl geringe Bildung als auch niedrige Einkommen mit geringerer Gesundheitskompetenz einhergehen (Svendsen et al. 2020).

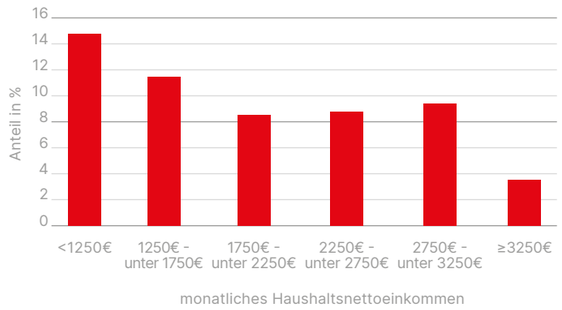


Abbildung 6: Anteil der Personen mit schwerer Paradontitis nach Haushaltsnettoeinkommen

Quelle: Jordan und Micheelis (2016), S 220.

Eine wesentliche Ursache für einen schlechten Gesundheitszustand im mittleren Erwachsenenalter besteht in beruflichen Belastungen. Zu den häufigsten körperlichen Belastungen in der Arbeitsumwelt zählen unter anderem Lärm, Staub und Abgase (Redaktion Gesundheitsportal 2024). Zwar haben diese körperlichen Belastungen in der langen Frist aufgrund von Automatisierung deutlich abgenommen, im Gegenzug haben dafür psychische Belastungsfaktoren wie Zeitdruck oder Arbeitsverdichtung an Bedeutung gewonnen. Zudem bestehen große Unterschiede im Hinblick auf Belastungsfaktoren zwischen verschiedenen Berufen. Entsprechend fallen auch Fehlzeiten je nach Beruf unterschiedlich aus. Im AOK-Fehlzeitenreport werden beispielsweise die zehn Berufe mit den höchsten beziehungsweise niedrigsten Fehlzeiten präsentiert (Meyer et al. 2023). Hier zeigt sich, dass es einen engen Zusammenhang zwischen Einkommen und Belastungen gibt. Denn Berufe mit hoher Entlohnung wie solche in der Hochschullehre und -forschung, in der Unternehmensberatung oder in der Softwareentwicklung weisen mit weniger als zehn Arbeitsunfähigkeitstagen pro Jahr die geringsten Fehlzeiten auf (Abbildung 7).

Am anderen Ende stehen Berufe wie Straßen- und Tunnelwärter*innen, Bus- und Straßenbahnfahrer*innen oder auch Berufe in der Ver- und Entsorgung. Bei letzteren handelt es sich um solche mit hohen körperlichen Arbeitsbelastungen und überdurchschnittlich vielen Arbeitsunfällen. Diese Berufe gehören zu jenen mit den höchsten Fehlzeiten, die sich auf rund 35 bis 36 Tage im Jahr summieren.

Längere Fehlzeiten können ein möglicher Auslöser für eine Kündigung sein. Aber auch andere Ursachen wie Restrukturierungen in einem Unternehmen können zu Erwerbslosigkeit führen. Dabei steht das Risiko für Arbeitslosigkeit in einem engen Verhältnis mit der Qualifikation beziehungsweise der Entlohnung: Je höher das Qualifikationsniveau, desto geringer ist das Risiko arbeitslos zu werden (Röttger et al. 2020). Kommt es zu Arbeitslosigkeit, können mentale gesundheitliche Probleme auftreten, die umso stärker ausfallen, je länger die Arbeitslosigkeit andauert. Kroll et al. (2015) unterscheiden drei Gruppen: Personen mit keinen Arbeitslosigkeitserfahrungen, Personen mit geringer Erfahrung (bis zu zwölf Monate arbeitslos) und Personen mit längerer

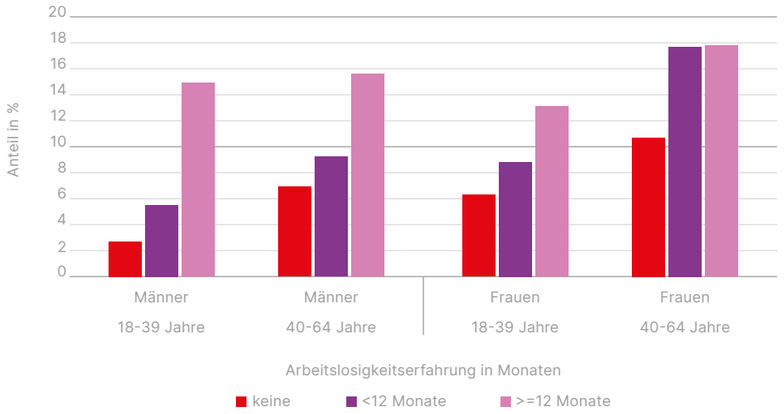


Abbildung 8: Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und einer ärztlich diagnostizierten Depression

Quelle: Kroll et al. (2015).

Arbeitslosigkeitserfahrung ab zwölf Monaten (Abbildung 8). Vor allem in der Altersgruppe der 18- bis 39-Jährigen zeigen sich deutliche Unterschiede. Je länger eine Person arbeitslos ist, desto häufiger liegen ärztlich diagnostizierte Depressionen vor. Besonders ausgeprägt ist dieser Befund bei Männern aus der jüngsten Altersgruppe: Von denen, die ein Jahr oder länger arbeitslos waren, sind knapp 15 Prozent depressiv geworden. Von den Personen, die niemals arbeitslos waren, trifft dies hingegen nur auf 2,7 Prozent zu.

Liegt eine schwere Erkrankung vor, so erfordert dies häufig einen Aufenthalt und Behandlung in einem Krankenhaus. Auch hier gibt es einen sozialen Gradienten: Im Vergleich der Jahre 1996 und 2021 zeigt sich, dass Personen aus dem untersten Einkommensdezil generell länger im Krankenhaus verweilten als Personen aus dem obersten Einkommensdezil (Abbildung 9). So berichten beispielsweise Personen aus dem ersten Einkommensdezil, dass sie im Jahr 2021 im Durchschnitt 2,5 Nächte im Krankenhaus lagen – in der höchsten Einkommensgruppe waren es 0,8 Nächste (vgl. auch Lampert et al. 2017).

Im höheren Erwachsenenalter tritt häufig eine Pflegebedürftigkeit ein. Zum Ende des Jahres 2021 waren in Deutschland knapp fünf Millionen Menschen im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes pflegebedürftig (Statistisches Bundesamt 2022). Dabei tritt eine Pflegebedürftigkeit zumindest bei Männern häufiger ein, wenn diese über ein geringes Einkommen verfügen (Geyer et al. 2021). Ab dem 65. Lebensjahr werden sowohl Frauen als auch Männer – sofern der Pflegefall eintritt – in der untersten Einkommensgruppe dann mehrere Jahre früher pflegebedürftig als Personen aus der obersten Einkommensgruppe. Bei Männern beläuft sich diese Differenz auf knapp sechs Jahre, bei Frauen immerhin noch auf etwa 3,8 Jahre. Dies bedeutet, dass Personen mit niedrigen Haushaltsnettoeinkommen weniger gesunde Lebensjahre verbringen.

Insgesamt steigt in Deutschland die Lebenserwartung. Die Frage, die sich dabei stellt, lautet, ob die zusätzliche Lebenszeit mit einem Mehr an gesunden Lebensjahren einhergeht (Morbiditätskompression), oder ob die zusätzlichen Lebensjahre in Krankheit verbracht werden (Morbiditätsexpansion). Je nach Krankheit finden sich Belege für beide Thesen (Geyer und Erhardt 2022). Aufgrund besserer Primärprävention, gesünderer Lebensweise sowie besserer Lebens- und Arbeitsbedingungen verschiebt sich das Auftreten von Erkrankungen ins höhere Lebensalter. Dies gilt beispielsweise für Demenz, Schlaganfall, Bronchialkarzinom oder auch COPD. Im Gegensatz dazu zeigt sich eine Morbiditätsexpansion bei Multimorbidität und Diabetes Typ 2 (Sperlich et al. 2021). Es gibt aber auch den Befund, dass beide Trends zusammen auftreten. So zeigt sich bei Herzinfarkt, Greifkraft und selbst eingeschätzter Gesundheit einerseits eine Morbiditätskompression für Ältere und andererseits eine Morbiditätsexpansion (also ein weniger an gesunden Lebensjahren) im frühen Erwachsenenalter (Sperlich et al. 2019).

Unterschiede im Hinblick auf eine Morbiditätsexpansion beziehungsweise -kompression liegen auch nach Einkommenshöhe vor. Dies zeigt sich bei Herzinfarkt, Lungenkrebs oder auch bei Schlaganfall. So findet Tetzlaff et al. (2021), dass die Lebensjahre ohne einen Herzinfarkt sowohl bei Männern und Frauen aus hohen Einkommensgruppen zunahmen, während dies in der Gruppe mit dem niedrigsten Einkommen nicht der Fall war. Im Hinblick auf Lungenkrebs gibt es generell Unterschiede in der Zahl krebsfreier Jahre nach der Einkommensposition. Während bei Männern eine Abnahme der Erkrankungswahrscheinlichkeit insbesondere in den oberen Einkommensgruppen beobachtet werden kann, nahm die Zahl der Lebensjahre ohne Lungenkrebs bei Frauen ab, insbesondere durch höhere Erkrankungsinzidenzen bei Frauen mit niedrigen Einkommen. Zudem haben die Einkommensunterschiede für Lungenkrebserkrankungen für beide Geschlechter zugenommen (Tetzlaff et al. 2020a). Vergleichbares findet sich auch für

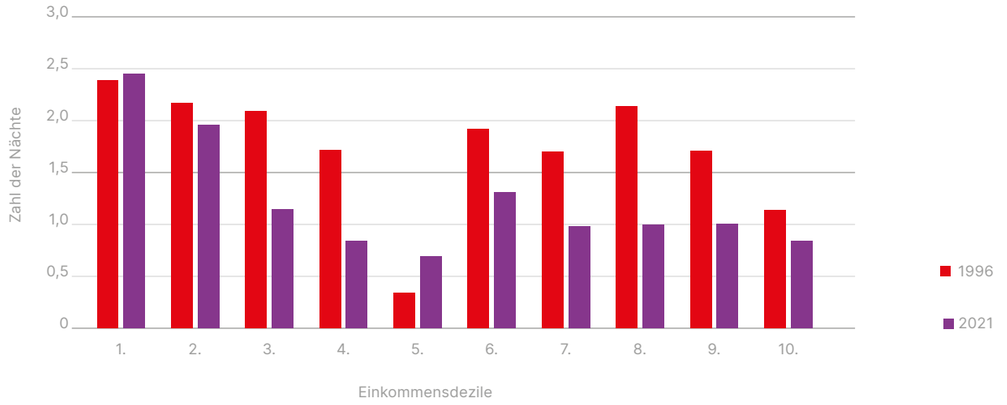


Abbildung 9: Zahl der Nächte im Krankenhaus nach Einkommensdezilen 1996 und 2021

Quelle: SOEPv38.1. Bedarfsgewichtete Haushaltsnettoeinkommen.

Schlaganfallerkrankungen, bei denen zumindest für Männer einkommensbezogene Unterschiede in den Lebensjahren ohne Schlaganfall zugenommen haben (Tetzlaff et al. 2020b)

Sozialdifferentielle Mortalität

Sozialdifferentielle Unterschiede in der Mortalität sind nicht zuletzt durch das Schiffsunglück der Titanic im Jahr 1912 einer breiten Öffentlichkeit bekannt geworden. Von den 2.224 Menschen an Bord verstarben 1.514 (68 Prozent). Differenziert nach den auf dem damaligen Schiff vorhanden Klassen zeigen sich signifikante Unterschiede. Während in der ersten. Klasse „nur" 38 Prozent der Passagiere zu Tode kamen, waren es in der zweiten Klasse 57 Prozent und in der dritten Klasse 74 Prozent (Statista 2024b).

Unterschiede in der Mortalität nach sozialen Gruppen offenbaren sich aber auch ohne externe Ereignisse wie dem Schiffsunglück der Titanic. So zeigt sich in den USA der stabile Befund, dass das Sterberisiko in Abhängigkeit des Einkommens sehr ungleich ist. Darüber hinaus haben sich diese Unterschiede in den letzten Jahrzehnten vergrößert (Bosworth 2018). Der Befund sozialer Unterschiede in der Lebenserwartung kann auch für Deutschland beschrieben werden. Nach Angaben des Robert-Koch-Instituts beläuft sich der Unterschied der mittleren Lebenserwartung bei Geburt im Zeitraum 1992 bis 2016 zwischen der niedrigsten und höchsten Einkommensgruppe bei Frauen auf 4,4 Jahre und bei Männern auf 8,6 Jahre (Tabelle 1). Die Differenz in der ferneren Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren liegt immer noch bei 3,8 Jahren für Frauen und 6,6 Jahren für Männer (zu früheren Befunden vgl. Oppolzer 1986, Reil-Held 2000).

	Mittlere Lebenserwartung bei Geburt		**Ferne Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren**	
Einkommensposition[1]	**Frauen**	**Männer**	**Frauen**	**Männer**
< 60 %	78,4	71,0	15,2	9,8
60% bis unter 80%	79,7	73,3	15,9	11,0
80% bis unter 100%	80,7	75,2	16,9	12,4
100% bis unter 150 %	82,1	76,0	18,2	13,2
150% und mehr	82,8	79,6	18,9	16,4
Gesamt	**80,8**	**75,0**	**17,0**	**12,5**
Differenz niedrigster und höchster Einkommensgruppe	4,4	8,6	3,7	6,6

Tabelle 1: Mittlere Lebenserwartung bei Geburt und ferne Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren nach Geschlecht und Einkommen (1992-2016)

Quelle: Lampert et al. (2019), S. 8.

1 Einkommensposition gemessen am Median der bedarfsgewichteten Haushaltsnettoeinkommen

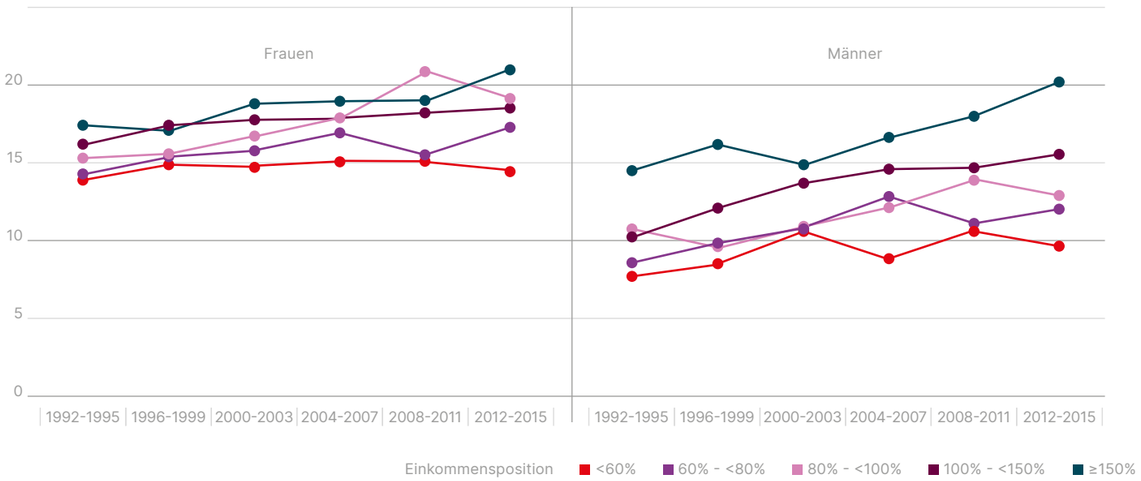


Abbildung 10: Trends der ferneren Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren nach Geschlecht und Einkommen (1992 bis 2016)

Quelle: Lampert et al. (2019), S. 9.

Die fernere Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren hat in Deutschland insgesamt zugenommen: für Männer im Schnitt um 3,7 Jahre und für Frauen um 2,8 Jahre (Lampert et al. 2019). Differenziert nach Einkommenshöhe fällt dieser Zuwachs aber unterschiedlich aus. Bei den Frauen aus der untersten Einkommensgruppe war nur ein Anstieg um 0,5 Jahre zu verzeichnen, im Vergleich zu 3,7 Jahren bei der höchsten Einkommensgruppe (Abbildung 10). Bei den Männern war der Unterschied noch größer mit einem Plus von 1,8 Jahren für die unterste im Vergleich zu 5,7 Jahren für die höchste Einkommensgruppe. Entsprechend bedeutet dies, dass sich die bereits bestehenden Unterschiede in der ferneren Lebenserwartung zwischen Einkommensgruppen in den vergangenen 25 Jahren nochmals vergrößert haben (vgl. für die USA Case und Deaton 2023).

Gesundheitssystem

Das deutsche Gesundheitssystem macht zwar grundsätzlich keine Unterschiede nach dem Einkommen. Es gibt aber „erhebliche soziale Unterschiede im Zugang, der Inanspruchnahme und der Qualität von Versorgung zuungunsten niedriger Statusgruppen“ (Klein und von dem Knesebeck 2016: 243). Dies zeigt sich beispielsweise bei Wartezeiten für einen Termin bei einem Facharzt getrennt nach gesetzlich und privat Versicherten. Personen mit einem Einkommen oberhalb der Versicherungspflichtgrenze haben die Möglichkeit, in die private Krankenversicherung zu wechseln. Hierbei zeigt sich, dass nur 18 Prozent der privat Versicherten im Jahr 2018 mehr als drei Wochen auf einen Termin warten mussten, im Vergleich zu 34 Prozent bei gesetzlich Versicherten. Zudem hat sich gegenüber dem Vorjahr dieser Unterschied um weitere drei Prozentpunkte zuungunsten gesetzlich Versicherter erhöht (KBV 2018). Im Fall einer schwerwiegenden Erkrankung kann eine erst verspätet eingesetzte Behandlung die Heilungschancen verringern oder im schlimmsten Fall zu einem früheren Tod führen.

Eine andere Form der Benachteiligung aufgrund unterschiedlicher Einkommen zeigt sich in der Verbreitung privater Krankenzusatzversicherungen von gesetzlich Versicherten. Im Vergleich der Jahre 2000 und 2020 kommen private Zusatzversicherungen heute mit rund 23 Prozent mehr als doppelt so häufig vor wie vor 20 Jahren (Abbildung 11). Zum anderen kann ein eindeutiger Einkommensgradient beobachtet werden: Je niedriger das Einkommen ausfällt, desto seltener halten diese Personen eine Zusatzversicherung. Zusatzversicherungen können zusätzliche Leistungen abdecken wie eine Chefarztbehandlung, was mit einem besseren Behandlungsergebnis einhergehen kann.

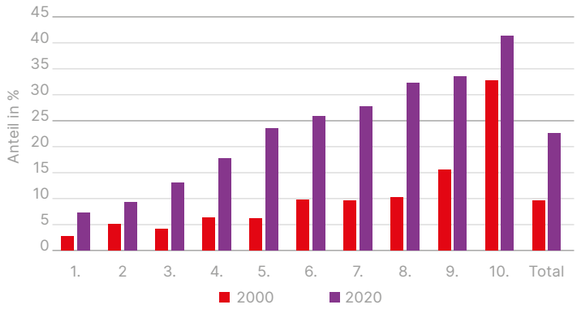


Abbildung 11: Anteil GKV-Versicherter mit einer privaten Krankenzusatzversicherung nach Einkommensdezilen 2000 und 2020

Quelle: SOEPv38.1, eigene Berechnungen, Dezile der bedarfsgewichteten Haushaltsnettoeinkommen.

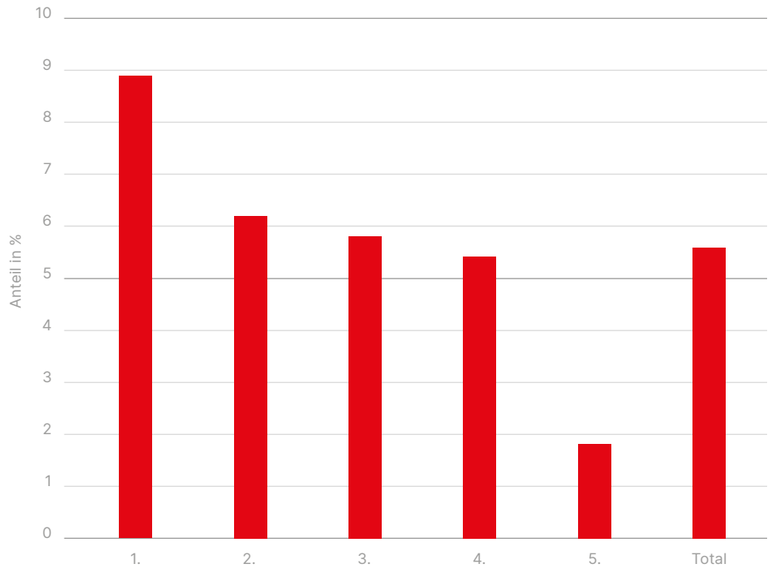


Abbildung 12: Anteil der Personen ab 50 Jahren, die eine Behandlung verschoben oder vermieden haben, nach Einkommensquintilen

Quelle: Bremer (2014), Quintile der bedarfsgewichteten Haushaltsnettoeinkommen.

Aber auch generell spielt das Einkommen eine Rolle bei der (Nicht-)Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen. Differenziert nach Einkommensquintilen zeigt sich, dass der Anteil der Eigenbeteiligung/Zuzahlungen bei Personen ab 50 Jahren aus dem untersten Quintil mit 3,1 Prozent am Einkommen deutlich höher ausfällt als bei Personen aus dem obersten Quintil mit nur 0,4 Prozent (Bremer 2014). Zudem berichten Personen aus dem untersten Quintil zu knapp neun Prozent, dass sie aus finanziellen Gründen die Inanspruchnahme einer Behandlung verschoben oder vermieden haben, während dies in der obersten Einkommensgruppe nur bei 1,8 Prozent der Personen der Fall war (Abbildung 12).

Darüber hinaus ist auch die Absicherung einer potenziellen Berufsunfähigkeit sehr ungleich. Seit dem Jahr 2001 ist diese kein Bestandteil der Leistungen der Gesetzlichen Rentenversicherung mehr. Arbeitnehmer*innen müssen sich privat gegen dieses Risiko absichern. Dabei tritt das Problem auf, dass die Beiträge privater Versicherungen nach dem Risiko kalkuliert werden. Somit zahlen diejenigen Arbeitnehmer*innen mit einem hohen Risiko für eine Berufsunfähigkeit auch eine hohe Versicherungsprämie. So hat Franke (2013) Modellverträge für 35-jährige Beschäftigte mit einer zu versichernden monatlichen Berufsunfähigkeitsrente in Höhe von 1.500 Euro gesammelt und nach Berufen differenziert. Die jeweils niedrigsten Prämien variierten dabei von rund 48 Euro für eine*n Mathematiker*in oder eine*n Diplom-Ingenieur*in bis hin zu etwa 241 Euro für eine*n Maurer*in. Durch die Privatisierung des Berufsunfähigkeits-risikos kommt es also zu einer deutlichen finanziellen Benachteiligung von Arbeitnehmenden mit Berufen, die einerseits eine hohes Unfallrisiko aufweisen und andererseits auch häufig kein hohes Anforderungsprofil haben und somit schlecht entlohnt werden.

Fazit

Die hier vorgelegten Befunde zeigen, dass gesundheitliche Ungleichheiten über den gesamten Lebensverlauf auftreten. Sie beginnen bereits in der Schwangerschaft, setzen sich im Kindes- und Jugendalter fort, manifestieren sich häufig im höheren Erwachsenenalter und zeigen sich letztlich in sozial differentieller Mortalität. Danach gilt also nicht nur der bekannte Spruch „Wenn du arm bist, musst du früher sterben“, sondern bereits weit zuvor können gesundheitliche Nachteile für Personen mit geringen finanziellen Ressourcen beobachtet werden. Dies gilt sowohl für die physische und mentale Gesundheit als auch für das gesundheitsrelevante Verhalten sowie den Zugang, die Inanspruchnahme und die Qualität der Versorgung im Gesundheitssystem. Als zentralen Erklärungsfaktor für gesundheitliche Ungleichheit wird wiederholt in verschiedenen Studien die Kausation angeführt, wonach sich geringe materielle Ressourcen negativ auf die gesundheitliche Lage einer Person auswirken.

Um gesundheitliche Ungleichheiten zu reduzieren, bedarf es neben einer Reduktion der Einkommensungleichheit auch möglichst frühzeitiger Interventionen. Denn bereits in der Schwangerschaft gibt es einkommensbezogene Unterschiede in der Inanspruchnahme von Vorsorgeleistungen zuungunsten von Frauen mit geringen Einkommen (Hertle et al. 2023). Zudem sollte die Prävention gestärkt werden. Denn „sozial benachteiligte Eltern und deren Kinder sind eine besonders vielversprechende Zielgruppe, weil jeder Erfolg nicht nur unmittelbar die Gesundheit, sondern auch die langfristige Prognose der gesundheitlichen Entwicklung der Kinder verbessert“ (Dragano 2007: 24-25).

Da Unterschiede im Gesundheitsverhalten einer der Erklärungsansätze für gesundheitliche Ungleichheiten sind, gibt es Bestrebungen einer stärkeren finanziellen Eigenbeteiligung, um Anreize für ein gesundheitsbewusstes Verhalten zu setzen. Die Erfahrungen mit der im Jahr 2004 eingeführten Praxisgebühr haben aber gezeigt, dass Personen mit niedrigen Einkommen häufiger Arztbesuche verschoben oder gänzlich vermieden haben (Rückert et al. 2009). Im Fall schwerwiegender Erkrankungen kann eine erst verspätet eingesetzte Behandlung die Heilungschancen aber verringern.

Die vorliegenden Analysen haben einen Fokus auf gesundheitliche Ungleichheiten nach dem Einkommen gelegt. Neben dem laufenden Einkommen ist das private Vermögen die zentrale ökonomische Ressource. Deren Ungleichheit ist weitaus stärker ausgeprägt als die der Haushaltsnettoeinkommen (Grabka und Frick 2007). Daher verwundert es, dass es wenige Forschungsarbeiten zum Zusammenhang gesundheitlicher Ungleichheit und Vermögen gibt. Einer der wenigen Ausnahmen hierzu zeigt, dass der Zusammenhang zwischen Gesundheit und Vermögen stärker ausgeprägt ist als der von Einkommen und Gesundheit (Aittomäki et al. 2010). Künftig sollte dieser Thematik eine größere Aufmerksamkeit geschenkt werden.

Literaturverzeichnis

Aittomäki, A., Martikainen, P., Laaksonen, M., Lahelma, E., & Rahkonen, O. (2010). The associations of household wealth and income with self-rated health–a study on economic advantage in middle-aged Finnish men and women. Social science & medicine, 71(5), 1018–1026.

Berger, R., Rath, W., Abele, H., Garnier, Y., Kuon, R.J., Maul, H. (2019). Reducing the risk of preterm birth by ambulatory risk factor management. Deutsches Ärzteblatt International, 116, 858–864.

Bosworth, B. (2018). Increasing Disparities in Mortality by Socioeconomic Status. Annual Review of Public Health, 39, 237–251.

Case, A. und A. Deaton (2023). Accounting for the Widening Mortality Gap Between Adult Americans with and without a BA. Brookings Papers on Economic Activity, BPEA Conference Draft, September.

Cooper, K., und Stewart, K. (2021). Does household income affect children's outcomes? A systematic review of the evidence. Child Indicators Research, 14(3), 981–1005.

Dragano, N. (2007). Gesundheitliche Ungleichheit im Lebensverlauf. Aus Politik und Zeitgeschichte, 42, 18–25.

Dragano, N., Siegrist, J. (2009). Die Lebenslaufperspektive gesundheitlicher Ungleichheit: Konzepte und Forschungsergebnisse. In: Richter, M., Hurrelmann, K. (eds) Gesundheitliche Ungleichheit. VS Verlag für Sozialwissenschaften, 181–194.

Fekete, C., und Weyers, S. (2016). Soziale Ungleichheit im Ernährungsverhalten. Befundlage, Ursachen und Interventionen. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 2(59), 197–205.

Franke, M. (2013). Schafft die BU sich ab. Produktentwicklungen steuern am Verbraucher vorbei. Hannover, Franke und Bornberg GmbH.

Geyer, J., Haan, P. W., Kröger, H., Schaller, M. (2021). Pflegebedürftigkeit hängt von der sozialen Stellung ab. DIW Wochenbericht, 88(44), 727–734.

Geyer S, Eberhard S. (2022). Compression and Expansion of Morbidity—Secular Trends Among Cohorts of the Same Age. Deutsches Ärzteblatt International, 119(47), 810–815.

Grabka, M.M. und Frick, J.R. (2007). Vermögen in Deutschland wesentlich ungleicher verteilt als Einkommen. DIW Wochenbericht, 74(45), 665–672.

Grotjahn, A. (1915): Soziale Pathologie. Versuch einer Lehre der von den sozialen Bedingungen der menschlichen Krankheiten als Grundlage der sozialen Medizin und der sozialen Hygiene. Springer-Verlag Berlin Heidelberg GmbH. Zweite neubearbeitete Auflage.

Hermeling, L., Steinacker, J.M., Kobel, S. (2024). Beyond correlates: the social gradient in childhood overweight. Archives of Public Health, 82, 3. https://doi.org/10.1186/s13690-023-01232-x.

Hertle, D., Lange, U., und Wende, D. (2023). Schwangerenversorgung und Zugang zur Hebamme nach sozialem Status: Eine Analyse mit Routinedaten der BARMER. Das Gesundheitswesen, 85(04), 364–370.

Hoebel, J. (2017). Bedeutung des subjektiven sozialen Status für die gesundheitliche Lage von Männern und Frauen in Deutschland. Dissertation. Fachbereich Human- und Gesundheitswissenschaften Universität Bremen.

Hoffmann, R., Kröger, H., and Pakpahan, E. (2018). Pathways between socioeconomic status and health: does health selection or social causation dominate in Europe? Advances in Life Course Research, 36, 23–36.

Jordan, A.R., Micheelis, W. (Hrsg.) (2016). Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie (DMS V). Köln: Deutscher Zahnärzte Verlag DÄV.

Karow, A., Bock, T., Naber, D., Löwe, B., Schulte-Markwort, M., Schäfer, I und andere (2013). Die psychische Gesundheit von Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen–Teil 2: Krankheitslast, Defizite des deutschen Versorgungssystems, Effektivität und Effizienz von „Early Intervention Services ". Fortschritte der Neurologie· Psychiatrie, 81(11), 628–638.

Kassenärztlichen Bundesvereinigung (2018). Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2018. Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage April – Juni 2018.

Klein, J., von dem Knesebeck, O. (2016): Soziale Unterschiede in der ambulanten und stationären Versorgung. Ein Überblick über aktuelle Befunde aus Deutschland. Bundesgesundheitsblatt, 59, 238–244.

Lambiris M.J., Blakstad, M.M., Perumal, N., Danaei, G., Bliznashka, L., Fink, G., Sudfeld, C.R. (2022). Birth weight and adult earnings: a systematic review and meta-analysis. Journal of developmental origins of health and disease, Jun;13(3), 284–291.

Lampert, T., Kuntz, B., Hoebel, J., Müters, S., und Kroll, L.E. (2016). 10.3 Gesundheitliche Ungleichheit. Statistisches Bundesamt (Hrsg.), Datenreport, 302–314.

Lampert, T., Hoebel, J., Kuntz, B., Müters, S., und Kroll, L. E. (2017). Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen. Robert Koch-Institut.

Lampert, T., Hoebel, J., Kroll, L.E. (2019). Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung in Deutschland – Aktuelle Situation und Trends. Journal of Health Monitoring, 4(1).

Lampert, T. und Kuntz, B. (2019). Auswirkungen von Armut auf den Gesundheitszustand und das Gesundheitsverhalten von Kindern und Jugendlichen. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 62.10, 1263–1274.

Landstedt, E. and Almquist, Y.B. (2019). Intergenerational patterns of mental health problems: the role of childhood peer status position. BMC psychiatry, 19, 1-10.

Mahlo-Nguyen, J. (2023). Das Vorsorgeverhalten Schwangerer in Mecklenburg-Vorpommern–Eine Auswertung des Survey of Neonates in Pomerania (SNiP) (Doctoral dissertation).

Meyer, M., Meinicke, M. und Schenkel, A. (2023): Krankheitsbedingte Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft im Jahr 2022. In: Badura, B., Ducki, A., Baumgardt, J., Meyer, M., Schröder, H. (Hrsg.): Fehlzeiten-Report 2023, Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 435–520.

Mielck, A. (2012).: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Belege für die zentrale Rolle der schulischen und beruflichen Bildung. In: Brähler, E., Kiess, J., Schubert, C., Kiess, W. [Hrsg.]: Gesund und gebildet. Voraussetzungen für eine moderne Gesellschaft. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht, 129–145.

Mosse, M. und Tugendreich, G. (1912). Krankheit und soziale Lage. Band 1. J.F. Lehmann.

Münzel, T., Daiber, A. und Hahad, O. (2024). Luftverschmutzung und Lärm, Einfluss auf bzw. Ursache bei Herzerkrankungen. Kardiologe, 18, 127–134.

Oppolzer, A. (1986). Wenn Du arm bist, musst Du früher sterben. VSA-Verlag Hamburg.

Parker, J. D., Schoendorf, K. C., und Kiely, J. L. (1994). Associations between measures of socioeconomic status and low birth weight, small for gestational age, and premature delivery in the United States. Annals of epidemiology, 4(4), 271–278.

Redaktion Gesundheitsportal (2024). Beruf und Arbeitsbelastungen. Abruf am 17.4.2024. https://www.gesundheit.gv.at/leben/lebenswelt/beruf/gesundheit-arbeit/beruf-arbeitsbelastung.html.

Rosowski, U. (2018). Arme sterben früher. In Analysen zur sozialen Ungleichheit. literates Verlag, 2. Auflage, 57–90.

Röttger, Ch., Weber, B., Weber, E. (2020). Qualifikationsspezifischen Arbeitslosenquoten. Aktuelle Daten und Indikatoren. Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung.

Rückert, I., Böcken, J., und Mielck, A. (2009). Wie wirkt sich die Praxisgebühr auf das Arzt-Inanspruchnahmeverhalten der Patienten aus? Eine querschnittliche Analyse sozioökonomischer und gesundheitlicher Faktoren. Das Gesundheitswesen, 71(08/09), A120.

Shaw S.H., Herbers J.E., Cutuli, J.J. (2019). Medical and Psychosocial Risk Profiles for Low Birthweight and Preterm Birth. Womens Health Issues. Sep-Oct;29(5), 400–406.

Siegrist, J. (2021). Gesundheit für alle? Die Herausforderung sozialer Ungleichheit. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.

Sperlich, S., Tetzlaff, J., und Geyer, S. (2019). Trends in good self-rated health in Germany between 1995 and 2014: do age and gender matter? International Journal of public health, 64, 921–933.

Sperlich, S., Beller, J., Epping, J., Safieddine, B., Tetzlaff, J., Geyer, S. (2021). Are Disability Rates among People with Diabetes Increasing in Germany? A Decomposition Analysis of Temporal Change between 2004 and 2015. Journal of Aging and Health, 33(3-4), 205–216.

Statista (2024a). Tabakkonsum. Vor allem Ärmere und weniger Gebildete rauchen. https://de.statista.com/infografik/13447/tabakraucher-nach-schulabschluss-und-haushaltsnettoeinkommen/.

Statista (2024b). Anzahl der getöteten und überlebenden Passagiere beim Untergang der Titanic im Jahr 1912 nach Kabinenklasse. https://de.statista.com/statistik/daten/studie/222492/umfrage/getoetete-und-ueberlebende-passagiere-beim-untergang-der-titanic/.

Statistisches Bundesamt (2022). 5 Millionen Pflegebedürftige zum Jahresende 2021. Pressemitteilung Nr. 554 vom 21. Dezember 2022.

Svendsen, M.T., Bak, C.K., Sørensen, K., Pelikan, J., Riddersholm, S.J., Skals, R.K. und andere (2020). Associations of health literacy with socioeconomic position, health risk behavior, and health status: a large national population-based survey among Danish adults. BMC public health, 20, 1–12.

Tang J.M., Altman, D.S., Robertson, D.C., O'Sullivan, D.M., Douglass, J.M., Tinanoff, N. (1997). Dental caries prevalence and treatment levels in Arizona preschool children. Public Health Reports. Jul-Aug, 112(4), 319–329.

Tetzlaff, F., Epping, J., Golpon, H., und Tetzlaff, J. (2020a). Compression, expansion, or maybe both? Growing inequalities in lung cancer in Germany. PloS one, 15(11), e0242433.

Tetzlaff J, Geyer S, Tetzlaff F, Epping J. (2020b). Income inequalities in stroke incidence and mortality: Trends in stroke-free and stroke-affected life years based on German health insurance data. PLoS ONE 15(1), e0227541.

Tetzlaff, J., Tetzlaff, F., Geyer, S., Sperlich, S., und Epping, J. (2021). Widening or narrowing income inequalities in myocardial infarction? Time trends in life years free of myocardial infarction and after incidence. Population Health Metrics, 19(1), 47.

Townsend, P. and Davidson, N. (Eds.) (1982). Inequalities in health: The Black Report. Penguin Books, Harmondsworth.

Teil 2

Linke Ideen und Vorstellungen

Beiträge von Susanne Schaper, Heike Werner und Sebastian Walter

Susanne Schaper

Für ein funktionierendes und gerechtes Gesundheitssystem für alle – auch in Sachsen!

Im Jahr 2022 lebten 16,4 Prozent der sächsischen Bürger*innen unterhalb der Armutsgrenze. Dabei war die Gefährdungsquote junger Menschen überdurchschnittlich hoch. Etwa jedes fünfte Kind unter 18 Jahren und sogar jede*r dritte Volljährige vor Beendigung des 25. Lebensjahres war von Armut betroffen oder gefährdet.[1] Ein Leben an oder unterhalb der Armutsgrenze hat nicht nur Auswirkungen auf die grundsätzliche Möglichkeit eines würdevollen Lebens, sondern auch auf die Bildungschancen und den gesundheitlichen Zustand einer Person.


Foto: © Linksfraktion Sachsen

Letzteres wird durch die Arbeiten von Dr. Markus Grabka eindrücklich bestätigt:

Armut führt nicht nur zu einem früheren Tod, sondern hat über das gesamte Leben hinweg negative Auswirkungen auf die Gesundheit von Menschen. Bereits bei der Geburt haben Schwangere mit niedrigerem Einkommen ein höheres Komplikationsrisiko. In Armut lebende Kinder treiben weniger Sport, ernähren sich schlechter und leiden häufiger an physischen und psychischen Krankheiten, beispielsweise Adipositas oder ADHS. Erwachsene mit einem niedrigen Einkommen schätzen ihren gesundheitlichen Zustand schlechter ein als Menschen aus wohlhabenden Schichten. Sie werden häufiger mit Depressionen diagnostiziert, bewegen sich weniger, haben einen tendenziell ungesünderen Lebenswandel, weil häufiger aufgrund von Armut Ressourcen dazu fehlen. Im höheren Erwachsenenalter führt Armut zu einem bis zu 6 Jahre früheren Pflegebedarf, da sie auch erhebliche Einflüsse auf die Lebenserwartung hat. So werden Männer aus wohlhabenden Schichten im Schnitt ganze 8,6 Jahre älter als Armutsbetroffene.

Diese erschreckenden Unterschiede sind nicht zuletzt das Ergebnis politischer Entscheidungen. Durch die zunehmende Privatisierung und Kommerzialisierung des Gesundheitswesens und damit einhergehend der Individualisierung von Risiken vergrößern sich die unterschiedlichen Zugangsmöglichkeiten zu medizinischer Versorgung weiter. Wir als Fraktion Die Linke haben uns in der vergangenen Legislaturperiode im Sächsischen Landtag vehement für ein konsequent soziales Gesundheitssystem eingesetzt: Menschen müssen wieder über Profite gestellt und eine qualitativ hochwertige ärztliche Behandlung sowie pflegerische Betreuung unabhängig des Geldbeutels oder des Wohnorts garantiert werden.

Anstelle der öffentlich debattierten Zwei-Klassen-Medizin erkennt Markus Grabka sogar ein Vier-Klassen-System in Deutschland, wobei Menschen ohne jeglichen Versicherungsschutz die unterste Klasse bilden. Diese Gruppe umfasste 2019 in Deutschland etwa 61.000 Menschen. Heruntergerechnet auf Sachsen sind das knapp 3.000 Personen ohne Versicherungsschutz, die nur in Notfallsituationen ein Anrecht auf medizinische Versorgung haben.

1 https://www.statistik.sachsen.de/html/lebensbedingungen-armutsgefaehrdung.html

„Es ist uns als sächsische Linksfraktion ein besonderes Anliegen, nicht nur den Zugang zum Gesundheitssystem zu verbessern, sondern auch die Wurzeln der dargestellten Schieflage zu bekämpfen: Armut und die ungleiche Einkommens- sowie Vermögensverteilung.“

Genaue Daten werden von der Sächsischen Staatsregierung – wie so oft, wenn es um mögliche Zusammenhänge zwischen dem Einkommen und der Gesundheitsversorgung bzw. Erkrankungswahrscheinlichkeit geht[2] – nicht erhoben. Dabei ist diese Klassendifferenzierung des Gesundheitssystems für eines der reichsten Länder der Erde beschämend und unhaltbar.

Daher ist es uns als sächsische Linksfraktion ein besonderes Anliegen, nicht nur den Zugang zum Gesundheitssystem zu verbessern, sondern auch die Wurzeln der dargestellten Schieflage zu bekämpfen: Armut und die ungleiche Einkommens- sowie Vermögensverteilung. Wir versuchen, Themen wie Kinder- und Altersarmut oder Armut trotz Arbeit auf die Agenda des Landtags und der öffentlichen Debatte in Sachsen zu setzen. Leider werden die Interessen dieser Gruppen von der Sächsischen Staatsregierung weiterhin bestenfalls ignoriert. Somit ändert sich die Anzahl betroffener Personen kaum. Um ihre prekäre Lage zu verbessern, macht wir unter anderem Druck für eine wirksame Kindergrundsicherung[3], für ein kostenloses Mittagessen in Kitas und Schulen[4], für bessere Löhne[5], und damit auch höhere Renten, sowie für ein Ende der Benachteiligung der Ost-Rentner*innen.[6]

Gesundheitspolitisch setzen wir uns im Sächsischen Landtag für eine wohnortnahe Versorgung, das Grundrecht auf medizinische Versorgung auch für Menschen ohne Versicherungsschutz[7] und gegen die Schließung von Krankenhausstandorten[8] und gegen den Ärztemangel[9] ein, um allen Menschen einen möglichst barrierefreien Zugang zum Gesundheitssystem zu gewährleisten. Zudem bringen wir das Thema Pflege und die explodierenden Pflegekosten auf die Agenda, einer der Hauptgründe für Armut im Alter: Wir wollen Eigenanteile deckeln[10], ein Pflegewohngeld[11] sowie ein Landespflegegeld[12] einführen und pflegende Angehörige z.B. durch Entgeltersatzleistungen entlasten[13]. Dabei ist uns klar, dass, neben der Reform der Sozialversicherungssysteme hin zu einer solidarischen Gesundheits- und Pflegeversicherung, nur eine konsequente Bekämpfung der Armut in diesem Land und die Zurückdrängung kapitalistischer Profitlogik aus dem Gesundheitssystem grundlegend etwas an diesen Problemen ändern können.

Susanne Schaper
sozial- und gesundheitspolitische Sprecherin der Fraktion Die Linke im Sächsischen Landtag
Ko-Landesvorsitzende Die Linke Sachsen

2 Die Sächsische Staatsregierung hat etwa keine Informationen über eine Bevorteilung von Privatpatient*innen bei Fachärzt*innen (https://edas.landtag.sachsen.de/viewer.aspx?dok_nr=14373&dok_art=Drs&leg_per=7&pos_dok=1&dok_id=undefined) oder über die Unterschiede zwischen Einkommensklassen bei der Höhe privater Gesundheitsausgaben (https://edas.landtag.sachsen.de/viewer.aspx?dok_nr=16016&dok_art=Drs&leg_per=7&pos_dok=0&dok_id=undefined) und auch über die Anzahl der Menschen ohne Versicherungsschutz ist sie ahnungslos (https://edas.landtag.sachsen.de/viewer.aspx?dok_nr=15960&dok_art=Drs&leg_per=7&pos_dok=1&dok_id=undefined).

3 https://edas.landtag.sachsen.de/viewer.aspx?dok_nr=11465&dok_art=Drs&leg_per=7&pos_dok=&dok_id=284755

4 https://edas.landtag.sachsen.de/viewer.aspx?dok_nr=15505&dok_art=Drs&leg_per=7&pos_dok=1&dok_id=undefined

5 https://edas.landtag.sachsen.de/viewer.aspx?dok_nr=10618&dok_art=Drs&leg_per=7&pos_dok=0&dok_id=undefined

6 https://edas.landtag.sachsen.de/viewer.aspx?dok_nr=14958&dok_art=Drs&leg_per=7&pos_dok=0&dok_id=undefined

7 https://edas.landtag.sachsen.de/viewer.aspx?dok_nr=1984&dok_art=Drs&leg_per=7&pos_dok=1&dok_id=undefined

8 https://edas.landtag.sachsen.de/viewer.aspx?dok_nr=13851&dok_art=Drs&leg_per=7&pos_dok=1&dok_id=undefined

9 https://www.linksfraktionsachsen.de/index.php?id=22&no_cache=1&tx_news_pi1%5bnews%5d=8034&tx_news_pi1%5bcontroller%5d=News&tx_news_pi1%5baction%5d=detail

10 https://edas.landtag.sachsen.de/viewer.aspx?dok_nr=13387&dok_art=Drs&leg_per=7&pos_dok=0&dok_id=undefined

11 https://edas.landtag.sachsen.de/viewer.aspx?dok_nr=16082&dok_art=Drs&leg_per=7&pos_dok=0&dok_id=undefined

12 https://edas.landtag.sachsen.de/viewer.aspx?dok_nr=15947&dok_art=Drs&leg_per=7&pos_dok=0&dok_id=undefined

13 https://edas.landtag.sachsen.de/viewer.aspx?dok_nr=534&dok_art=Drs&leg_per=7&pos_dok=0&dok_id=undefined

Heike Werner

Her mit dem gesunden Leben!



Arm sein heißt schlechter leben. Arm sein heißt weniger Leben. Die ungleiche Verteilung gesellschaftlicher Ressourcen führt zu einer dramatischen Ungleichverteilung von Lebensqualität und in letzter Konsequenz ungleicher Verteilung von Lebensjahren. Das sind die erschreckenden Befunde der Untersuchung von Markus Grabka, bestätigt erst kürzlich durch ein Forschungsteam unter Federführung des Robert Koch-Instituts (RKI).[1] Führt man sich vor Augen, dass wir als Menschen genau dieses eine Leben haben, dessen Dauer und Qualität so brutal beschnitten wird, ist bereits viel gesagt über die Aufgaben, die vor uns liegen. Denn das Gute ist, dass die Zustände geändert werden können. Wir finden: Geändert werden müssen.

Und ja, grundsätzliche Umverteilungsmechanismen müssen auf nationaler - und auch globaler - Ebene eingesetzt werden, damit wir alle mehr von einem für uns alle besseren Leben haben. Aber auch in den Kommunen und in den Bundesländern haben wir Werkzeuge in der Hand, mit denen ein echter Unterschied gemacht werden kann. In Thüringen verfolgen wir als von der LINKEN geführte Landesregierung seit 2014 einen Kurs emanzipatorischer Sozialpolitik, dessen Kernanliegen der gleichberechtigte Zugang zu allen gesellschaftlichen Ressourcen ist. Im Zusammenhang mit den vorgestellten Ergebnissen sollen daher wesentliche Beispiele in aller Kürze genannt werden, durch die wir die geschilderten Fehlentwicklungen abfedern, reduzieren und umkehren konnten.

Als LINKE wollen wir gesellschaftlichen Reichtum anders verteilen. Armut grenzt aus, gute Löhne und Unterstützungsleistungen binden ein und schaffen gesellschaftliche Teilhabe – auch und gerade wenn es um Gesundheit geht.

Wir arbeiten im Bundesrat intensiv daran, bei Bürgergeld und Mindestlohn wirksame Verbesserungen zu bewirken. Einige der wirksamsten sozialpolitischen Hebel liegen in der Hand des Bundes und es braucht dringend progressive Mehrheiten in Berlin, die hier wirklich umsteuern.
Wir brauchen eine bundesweite, wirksame Kindergrundsicherung, die ihren Namen verdient. Wir streiten weiter für eine echte Abkehr von Hartz IV und für die Weiterentwicklung des Bürgergelds mit höheren Regelsätzen, mit Förderung und ohne Sanktionen. Von der Rente muss künftig für alle ein gutes Leben in Gesundheit möglich sein.

In Thüringen ist die von Markus Grabka für ganz Deutschland beschriebene Ungleichheit noch zugespitzt. Wie in allen ostdeutschen Bundesländern sind die Löhne und Renten hier niedriger, prekäre Beschäftigung verbreiteter. Die beschriebenen Kausalitäten zeigen sich daher ebenfalls mit noch größerer Wucht: Menschen, die aufgrund ihres sozioökonomischen Status zum Beispiel von wichtigen Gesundheitsinformationen abgeschnitten sind, leben schlechter und kürzer. Menschen in prekären Verhältnissen haben mehr Stress, größere Be- und weniger Spielräume zur Entlastung.

Progressive, linke Politik muss daher immer ansetzen an der Beseitigung ursächlicher Armut.

1 Tetzlaff et al: Age-specific and cause-specific mortality contributions to the socioeconomic gap in life expectancy in Germany, 2003–21: an ecological study, The Lancet Public Health, 05/2024, see: https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(24)00049-5/fulltext

So verpflichten wir durch das Thüringer Vergabegesetz Unternehmen, die öffentliche Aufträge erhalten, auf die Zahlung von 1,50 Euro mehr als im gesetzlichen Mindestlohn festgelegt. Wir sorgen durch Repräsentativerklärungen für die Stärkung von Tarifverträgen. Wir sorgen dafür, dass die Beschäftigten mehr Geld in der Tasche haben und bessere Arbeitsplätze mit weniger Belastung durch Stress entstehen. Wir stärken hiermit gleichzeitig gewerkschaftliche Positionen und betriebliche Mitbestimmung, die die Arbeitswelt im ganzen Land verändern und verbessern.

Wir schaffen die Rahmenbedingungen für die in Thüringen lebenden Menschen durch eine Infrastruktur, die Partizipation ermöglicht und Ungleichheiten beseitigt. Mit der Richtlinie zur Armutsprävention, Förderprogrammen für in Not geratene Menschen sowie kommunaler Sozialraumplanung unterstützen wir Wege aus Armut und Not. Durch das Projekt des „Anonymen Krankenscheins Thüringen“ (AKST) sichern wir die medizinische Versorgung von Menschen ohne Krankenversicherung. Thüringer Familien werden wir durch unser Landesprogramm „Solidarisches Zusammenleben der Generationen“ (LSZ) auch weiterhin wirksam unterstützen. Wir fördern hiermit Familienzentren, Seniorenbeauftragte, Dorfkümmerer:innen und Pflegestützpunkte. Durch die Ausweitung unseres Programms „AGATHE – älter werden in der Gemeinschaft“ kann mehr älteren Menschen eine aktive Teilnahme am gesellschaftlichen Leben ermöglicht werden, auch um die wahrhaft gesundheitsgefährdende Einsamkeit im Alter zu bekämpfen. Aufgrund der vorangetriebenen Ökonomisierung unseres Gesundheitssystems befinden sich viele Thüringer Krankenhäuser in wirtschaftlichen Problemen. Als Landesregierung schaffen wir einen Rettungsschirm, der diese Krankenhäuser schützt und eine gute wohnortnahe Versorgung auch in unseren ländlichen Gebieten sichert.

Moderne Gesundheitspolitik will Krankheiten vermeiden. Im Rahmen unserer Thüringer Landesgesundheitskonferenz (LGK) verfolgen wir seit Jahren das Ziel niedrigschwelliger Präventionsarbeit in den verschiedensten Lebenswelten. Von der Förderung stillfreundlicher Kommunen bis zu den Drug Checking Angeboten bei Techno Partys: Aufklärung und Informiertheit der und des Einzelnen sind Schlüssel zu einem möglichst gesunden Leben – auch und gerade dann, wenn die Ressourcen vielleicht fehlen.

Die vorliegende Untersuchung zeigt auch, wie ungleich Umweltbelastungen und ihre Auswirkungen auf die Gesundheit verteilt sind. Menschen mit niedrigen Einkommen haben zwar den niedrigsten CO2-Abdruck, sind jedoch besonders betroffen, beispielsweise durch Lärm und Hitze. Sie besitzen weniger Ressourcen, um sich zu schützen.

Wir unterstützen Kommunen und Träger sozialer, Gesundheits- und Bildungsinfrastruktur durch Klima- und Energiemanager:innen sowie durch die Kommunale Hitze-Toolbox, die effektiv auf extreme Hitzeereignisse vorbereitet.

Thüringen war und ist Vorreiter bei der Beseitigung von Langzeitarbeitslosigkeit durch gute, öffentlich geförderte Beschäftigung. Eine der ersten Personen, die nach Einführung des Programmes mir gegenüber ein kurzes Zwischenfazit zog, antwortete auf die Frage, was sie mit ihrem ersten Lohn anstellen werde: Sie werde sich ein Paar Turnschuhe kaufen, um damit endlich ins Fitnessstudio gehen zu können. Es war herzergreifend, aber auch sehr aufschlussreich: Die Möglichkeit echter Teilhabe hat vielfache, umfassende und oft überraschend positive Folgen. Echte Teilhabe wird sich nicht zuletzt auch auf die individuelle Gesundheit massiv auswirken. Hier gilt es weiterhin anzusetzen, um die von Markus Grabka beschriebenen Zustände umzukrempeln.

Heike Werner,
Thüringer Ministerin für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie

Wichtige Links:

LGK Landesgesundheitskonferenz:
https://lgk-thueringen.de/

Miraculix Drug Checking Projekt:
https://www.miraculix-lab.de/drug-checking

AKST Anonymer Krankenschein Thüringen:
https://www.aks-thueringen.de/start/deutsch/

Werkstatt Zukunft.Gesundheit.Thüringen 2023:
https://zukunft-gesundheit.thueringen.de/category/aktuelles/

Landesprogramm Solidarisches Zusammenleben LSZ:
https://www.lsz-thueringen.de/

AGATHE – Programm älter werden in Gemeinschaft:
https://www.agathe-thueringen.de/

ThEKiZ Thüringer Eltern-Kind-Zentren:
https://thekiz.de/

Kommunale Hitzetoolbox:
https://umwelt.thueringen.de/hitzetoolbox

Sebastian Walter

Für ein zukunftsfähiges und solidarisches Gesundheitssystem

Eine Reform muss auf Bundesebene ansetzen

Wenn Menschen mit hohen Einkommen eine deutlich höhere Lebenserwartung haben, als solche mit geringeren, wie die vorliegende Studie von Markus M. Grabka zeigt, dann müssen wir aufhorchen. Vermögen und Einkommensverteilung haben massiven Einfluss auf die Lebenserwartung. Die flächendeckende Durchsetzung eines hohen Lebensstandards sowie eine effektive Armutsbekämpfung sind daher entscheidende Faktoren für ein langes und gesundes Leben. Doch wir müssen uns auch dem Gesundheitssystem selbst zuwenden, der ambulanten und stationären Versorgung sowie der gesundheitlichen Prävention. Das Gesundheitssystem ist Teil der sozialen Daseinsvorsorge, es wird weitgehend zentral gesteuert. Maßgeblich ist die Bundesebene.

Unser Gesundheitssystem ist bisher weder gerecht noch exzellent

Unser Gesundheitssystem ist weder gerecht, noch ist es so gut, wie oft behauptet wird. Von Exzellenz kann nur in einzelnen Sektoren, wie z.B. in Bereichen der Universitätsmedizin die Rede sein. Die Einführung des Fallpauschalen-Systems in den Krankenhäusern, an dem Karl Lauterbach maßgeblich beteiligt war, hat den Zwang zur wettbewerblichen Ausrichtung verstärkt und viele Krankenhäuser in finanzielle Nöte gebracht, zu Lasten der Patientensicherheit. Teilweise gleicht das System einem Selbstbedienungsladen, betrachtet man etwa die freie Preisbildung bei Patent-Arzneimitteln durch die Pharmakonzerne. Im Bereich der Generika gibt es hunderte Engpässe, bei teils sehr wichtigen Medikamenten. Aktuell droht ein hohes Defizit bei den Krankenkassen, was massive Beitragssteigerungen 2024 und 2025 zur Folge haben wird. Patientinnen und Patienten unterscheiden sich je nach Versicherungsart in solche, die sofort einen Facharzttermin bekommen und andere, bei denen das nicht der Fall ist. Dafür erhalten Privatversicherte gern auch unnötige und nicht qualitätsgesicherte Leistungen. Eine flächendeckende gesundheitliche Versorgung sowie eine ausreichend schnelle Notfallmedizin sind gerade in den ländlichen Regionen eher Glückssache.



Die Notaufnahmen sind chronisch überfüllt, das Personal überlastet. Weniger lukrative, aber durchaus wichtige stationäre Bereiche, etwa die Pädiatrie, werden abgebaut, radiologische und kardiologische Untersuchungen dagegen häufiger durchgeführt als in vergleichbaren Staaten. Insgesamt gilt: Einem überdurchschnittlichen Ressourceneinsatz (Gesundheitsausgaben 12,7 Prozent des Bruttoinlandsproduktes im Vergleich zu 9,2 Prozent bei den Ländern der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung, 2022) steht ein bestenfalls durchschnittlicher Output (leicht unterdurchschnittliche Lebenserwartung der Deutschen im EU-Vergleich) gegenüber.

Grenzen der Solidarität beseitigen

Wenn wir LINKEN uns zu einem gemeinwohlorientierten Gesundheitssystem bekennen, bringt es wenig, lediglich mehr Geld für das vorhandene zu verlangen. Natürlich müssen wir auf Länder- und kommunaler Ebene dafür sorgen, dass medizinische Einrichtungen nicht geschlossen werden und der medizinisch-pflegerische Versorgungsauftrag flächendeckend erfüllt werden kann. Dafür braucht es Geld. Aber wir dürfen darüber die Veränderung des Systems nicht vergessen, denn es ist ungerecht, weil es privaten Gewinninteressen erlaubt, in eine grundsätzlich solidarisch finanzierte Ordnung einzubrechen.

Wir wollen, dass die Patientinnen und Patienten im Mittelpunkt stehen und nicht der mit Ihnen zu erzielende Profit.

Hierfür gilt es, zunächst die Finanzierung des Systems in den Blick zu nehmen: Das deutsche Gesundheitssystem speist sich aus dem Gesundheitsfonds (2023 waren es rund 270 Mrd. Euro). Dieses Geld stammt zum größten Teil von den Beitragszahlerinnen und -zahlern der Gesetzlichen Krankenversicherung und zum kleineren Teil aus dem steuerfinanzierten Bundeszuschuss (2023 waren es 16,5 Mrd.). Hinzu kommen noch Zusatzbeiträge, Zuzahlungen, Selbstbehalte und privat bezahlte Leistungen von Patientinnen und Patienten. Die Gesetzliche Krankenversicherung kombiniert das Solidar- mit dem Versicherungsprinzip. Jedes Mitglied hat prinzipiell den gleichen Anspruch auf medizinische Behandlung. Damit verteilen die Krankenkassen zwischen Gesunden und Kranken, zwischen besser und schlechter Verdienenden sowie zwischen Erwerbstätigen und kostenlos mitversicherten Familienangehörigen um. Diese Solidarität weist allerdings einschneidende Begrenzungen auf:

- Der entscheidende Makel ist die Aufspaltung der Krankenversicherungen in gesetzliche und private. Während fast 90 Prozent der Versicherten in den gesetzlichen sind, fallen rund zehn Prozent der Bevölkerung als privatversicherte aus dem System heraus, darunter viele Gutverdiener. Zum sozialen Ausgleich tragen die Privatversicherten kaum etwas bei.

- Beiträge fallen bei Pflichtversicherten lediglich auf Arbeitseinkommen an. Andere Einnahmen, etwa aus Zinsen oder Vermietung, bleiben unberücksichtigt.

- Die Beitragsbemessungsgrenze deckelt die Zahlungspflicht bei höheren Bruttoeinkommen. Wer mehr Lohn oder Gehalt erhält, überweist vom Rest nichts an seine Krankenkasse. Dem sehr gut verdienenden Mitglied der Gesetzlichen Krankenversicherung ist es daher auch nicht möglich, durch zusätzliche Beiträge zusätzliche Ansprüche zu erwerben.

- Problematisiert werden müssten auch die steigenden Nettoverwaltungskosten bei den viel zu vielen Krankenkassen, die sich inzwischen in einer zweistelligen Milliardenhöhe bewegen.

Würden diese Begrenzungen korrigiert, könnte das Gesundheitssystem deutlich solidarischer und sogar preiswerter werden. Wir LINKEN haben uns darüber Gedanken gemacht.

Fazit: Wir brauchen eine Solidarische Gesundheitsversicherung

Eine solidarische Gesundheitsversicherung, wie sie die LINKEN wollen, beruht auf vier Säulen:

- Sie umfasst alle Bürgerinnen und Bürger und bezieht alle Einkommensarten ein. Alle Mitglieder zahlen entsprechend ihrem gesamten Einkommen aus Löhnen, Honoraren sowie Miet-, Pacht- und Kapitalerträgen in die Bürgerversicherung ein, und zwar den gleichen Prozentsatz.

- Sie schafft die bisherige Beitragsbemessungsgrenze ab, so dass Gutverdienende nicht mehr privilegiert werden und sich an der Kostendeckung des Gesundheitssystems ihren finanziellen Möglichkeiten entsprechend beteiligen. Abgeschafft wird auch die Mindestbemessung für geringverdienende freiwillig Versicherte.

- Sie schafft die Private Krankenversicherung als Vollversicherung ab und beschränkt sie auf eine Zusatzversicherung für medizinisch nicht unbedingt notwendige Leistungen. Damit wird das in Europa einzigartige Nebeneinander von gesetzlicher und privater Krankenvollversicherung beendet.

- Sie entlastet Patientinnen und Patienten, indem sie Zuzahlungen abschafft und alle medizinisch notwendigen Leistungen in guter Qualität voll übernimmt.

Der durchschnittliche Beitragssatz der Beschäftigten und Rentner würde nach vorliegenden Berechnungen deutlich sinken. Die Mehrzahl der Menschen hätte also mehr Geld in der Tasche. Wer unter einem Monatsbrutto von etwa 6.250 Euro liegt, wird Schritt für Schritt entlastet. Es ist ganz einfach: Wer viel Einkommen hat, gibt viel, wer weniger hat, gibt weniger und wer nichts hat, bezahlt nichts! Und ob die vielen Krankenkassen mit ihrem enormen Verwaltungsaufwand in dieser Form weiterbestehen müssen, und erst recht die mehr schlecht als recht funktionierende Kassenärztliche Vereinigung, wird zu besprechen sein.

Was kann im Land Brandenburg schon jetzt getan werden

Es muss allein um das Wohl unserer Patientinnen und Patienten gehen. Hierzu benötigen wir einen veränderten Gesamtrahmen sowie eine Bündelung der landesweiten Ressourcen, um:

- die ärztliche Versorgung auf dem Land zu sichern, durch die Förderung kommunaler medizinischer Versorgungszentren (früher Polikliniken), den flächendeckenden Ausbau des Gemeindeschwester-Programms und die Aufwertung des Landarztstipendiums;
- den Ausbau der sektorenübergreifenden Versorgung voranzutreiben, zum Beispiel bei ambulant-stationären Zentren;
- eine Absicherung der Geburtshilfe mithilfe hebammengeleiteter Kreißsäle zu organisieren;
- mehr Psychotherapieplätze zu schaffen, vor allem in ländlichen Regionen, und stationäre psychiatrische Angebote für die ambulante Versorgung zu öffnen;
- alle Krankenhausstandorte im Land zu erhalten und die Wege der Notfallmedizin zu verkürzen;
- Privatisierungen zu stoppen und Kliniken in die öffentliche Hand zurückzuholen, durch die Schaffung regionaler Klinik-Verbünde unter dem Dach einer Landeskrankenhausgesellschaft;
- eine bundesweite Reform der Krankenhausfinanzierung anzustoßen, um das ruinöse Fallpauschalen-System abzuschaffen;
- bessere Arbeitsbedingungen, mehr Anerkennung und höhere Löhne für Gesundheits- und Sozialberufe durch einen allgemeinverbindlichen Tarifvertrag Pflege durchzusetzen, verbunden mit einem verbindlichen Personalschlüssel und einer Ausbildungs- und Fachkräfteoffensive;
- Pflegekosten zu senken, indem das Land künftig die Investitionskosten übernimmt;
- den Mangel an Ärztinnen und Ärzten sowie am Pflegepersonal zu beseitigen, durch mehr Ausbildungskapazitäten, durch Beschleunigung von Anerkennungsverfahren und bessere Anreize für den ländlichen Raum;
- mehr digitale Vernetzung, Telemedizin und Kooperation der unterschiedlichen Versorgungsbereiche zu befördern und eine spürbare Entlastung und Entbürokratisierung der Arztpraxen zu erreichen.

Für eine Solidarische Gesundheitsversicherung. Den toten Punkt überwinden!

Nach dem gescheiterten Versuch der Linksfraktion im Deutschen Bundestag vom Juni 2017, die Bürgerversicherung einzuführen (DS 18/11722), haben die LINKEN zur Kranken- und Pflegeversicherung weitere vier Anträge im Bundestag vorgelegt: Ein Antrag zur Abschaffung der Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung (DS 19/23934) wurde im November 2020 zur weiteren Beratung an den Gesundheitsausschuss überwiesen. Ein weiterer Antrag vom April 2018, der Beamtinnen und Beamten den Weg in die gesetzliche Krankenversicherung erleichtern sollte (19/1827), wurde mit den Stimmen von CDU/CSU, SPD, AfD und FDP abgelehnt. Dafür stimmten neben den LINKEN auch die Grünen. Alle übrigen Fraktionen lehnten einen Antrag der LINKEN vom April 2019 ab, der darauf zielte, Privatversicherte in die gesetzliche Krankenversicherung zu überführen (19/9229). Und schließlich wurde auch der Antrag vom Oktober 2019, der den lebenslangen Bindungszwang an private Krankenversicherungen abschaffen wollte (19/14371), von den Koalitionsfraktionen und der FDP abgelehnt, wobei die Grünen zustimmten und sich die AfD enthielt.

Die Durchsetzung der Solidarischen Gesundheitsversicherung braucht neuen Schwung. Hierfür ist es notwendig, dass SPD und Grüne ihre Positionen zur Bürgerversicherung endlich konkretisieren, so dass verhandelbare Übergangsszenarien erkennbar werden.

Sebastian Walter
Vorsitzender der Linksfraktion im Landtag Brandenburg und Vorsitzender der Linken Fraktionsvorsitzendenkonferenz (FVK)

www.linksfraktion-brandenburg.de