

Studie

Gesundheitliche Ungleichheit:

Mehr als „Arme müssen früher sterben“?!

Die Linke

FVK

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 Leserinnen und Leser,

das Thema Armut wird in unseren eigentlich reichen Industrieland Deutschland oft tabuisiert. Medial und politisch wird selten untersucht: Was sind die Ursachen und Folgen der Armut? Die Linke rückt das Thema in den Fokus, weil es dringlich ist und weitreichende Folgen hat.

Die Auswirkungen von Armut sind in allen Altersschichten dramatisch: bei Kindern, Erwachsen und alten Menschen. Dass sie sich bestimmte materielle Gegenstände, Urlaube, Freizeitaktivitäten nicht leisten können, ist das eine. Das andere ist, wenn Armut die seelische und körperliche Gesundheit beeinträchtigt.

Existenzängste aufgrund geringer Geldmittel verursachen Angst, Unsicherheit und Stress: Armut macht letztlich krank. Armut zerstört Chancen und Perspektiven. Schulabbrüche, schlecht bezahlte Jobs, geringe Vermögen, Krankheit, Inflation, Preissteigerung bei Lebensmitteln, Energie- und Wohnkosten sind die Ursachen von Armutsgefährdung.

2022 war fast jeder fünfte Sachsen-Anhalter, rund 19 Prozent der Bevölkerung, von Armut bedroht. Junge Menschen und Alleinerziehende sind besonders armutsgefährdet in Sachsen-Anhalt. Ohne die Einführung des gesetzlichen Mindestlohns, auf den die Linke lange gedrungen hat, sähe es noch schlechter aus.

Die hier veröffentlichte Studie von Dr. Markus Grabka ist im Auftrag der Fraktionsvorsitzendenkonferenz (FVK), dem Zusammenschluss der Fraktionen der Partei Die Linke in den Landtagen und der Bundestagsgruppe, entstanden. Dr. Grabka belegt eindrücklich, dass sich die Auswirkungen der Armut durch das gesamte Leben der Betroffenen zieht - von Geburt und Kindheit an bis hin zu früherem Pflegebedarf und einer geringerer Lebenserwartung ärmerer Menschen.

Die Linke setzt sich daher vehement für ein konsequent soziales Gesundheitssystem ein. Im Vordergrund muss stehen, was der Mensch braucht, nicht wie und womit sich am meisten Geld verdienen lässt. Lauterbachs Krankenhausreform, die ab Januar 2025 gelten soll, behält diese Profitorientierung bei und verstärkt es noch. Ein Desaster mit Ansage.

Die private Krankenversicherung gehört abgeschafft und alle Bürgerinnen müssen nach ihren Möglichkeiten in die gesetzliche Krankenversicherung einzahlen. Dann wird es für alle günstiger. Wir brauchen eine solidarische Gesundheits- und Pflegeversicherung. Im Übrigen ist auch die noch immer große Zahl von gesetzlichen Krankenkassen zu hinterfragen.

Laut der Studie von Markus Grabka haben wir inzwischen eine Vier-Klassen-Medizin, wobei Menschen ohne Versicherungsschutz die unterste Klasse bilden, auch in Sachsen-Anhalt betrifft das hunderte Menschen. Gesundheitspolitisch haben wir uns dafür eingesetzt, flächendeckend eine wohnortnahe Versorgung zu sichern. Wir setzten uns gegen weitere Schließungen von Krankenhausstandorten und für einen Rettungsschirm für die verbliebenen Häuser ein. Auch gegen den Fachärztemangel und für den barrierefreien Zugang zum Gesundheitssystem arbeiten wir mit unseren parlamentarischen Initiativen.

Die Privatisierung und Ökonomisierung von Krankenhäusern ist für uns ein strukturelles Grundproblem. Kliniken sollen in die öffentliche Hand zurückgeholt werden, regionale Klinikverbünde unter dem Dach einer Landeskrankenhausgesellschaft gebildet werden. Zum Thema Pflegekosten haben wir die Deckelung der Eigenanteile gefordert und die Entlastung pflegender Angehöriger.

Es muss wieder um das Wohl aller Menschen gehen. Auch um das Wohl der Beschäftigten, in diesem Zusammenhang besonders der Pflegekräfte. Wir kämpfen für bessere Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen und verbindliche Personalschlüssel.

Um mit Ihnen in den Austausch zu diesem wichtigen Thema zu kommen, haben wir diese Broschüre mit und dank der Unterstützung von Herrn Grabka erstellt. Ich wünsche Ihnen eine interessante Lektüre.

Eva von Angern
Fraktionsvorsitzende
Die Linke im Landtag von Sachsen-Anhalt

Interview mit Dr. Markus Grabka

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



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

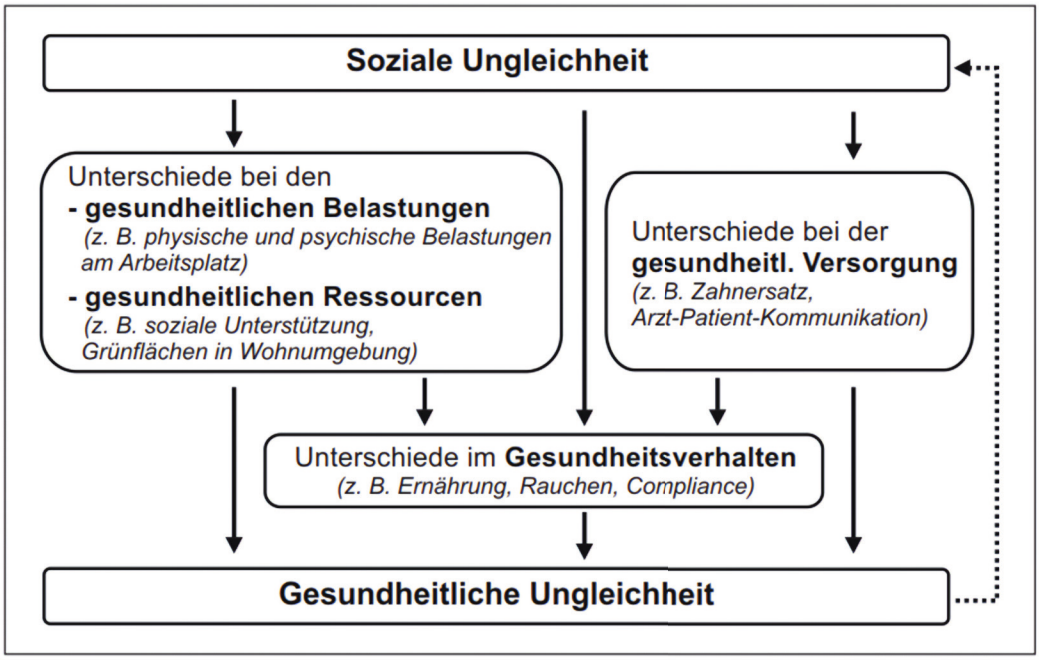


Abbildung 1:
Modell zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit

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.

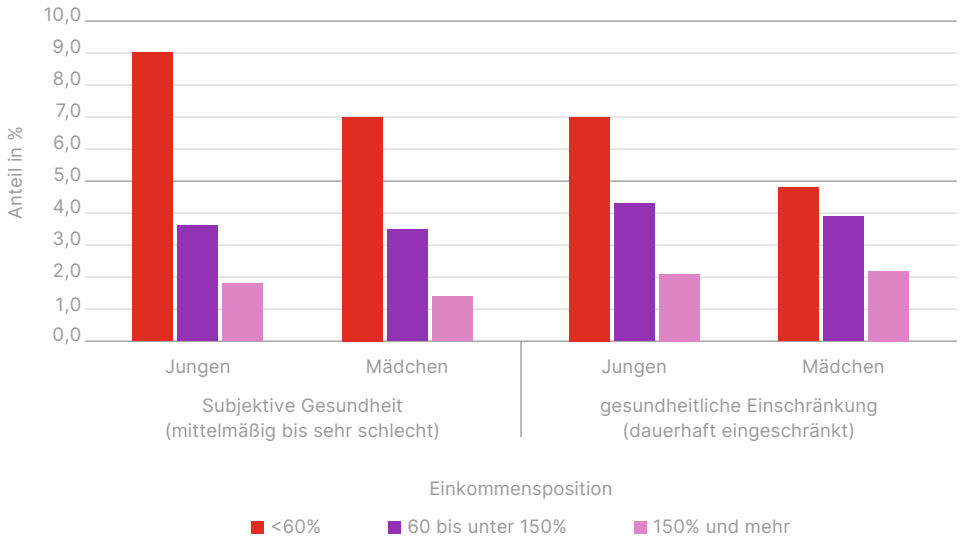


Abbildung 2: Allgemeiner Gesundheitszustand von 3- bis 17-Jährigen nach Einkommen der Eltern

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-Früherkennungs-untersuchungen 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 beispielweise 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).

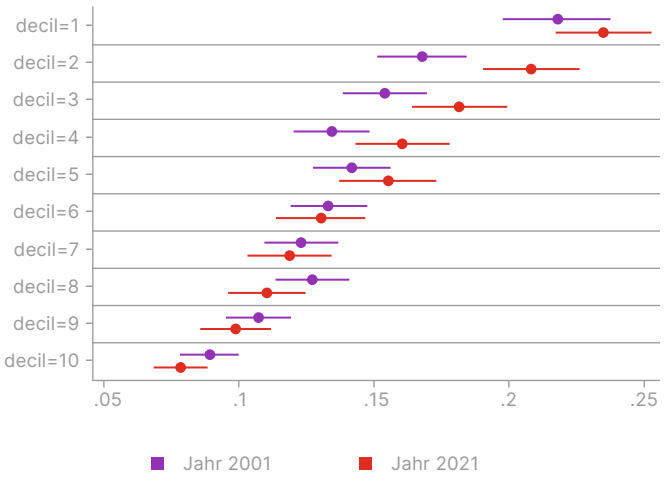


Abbildung 3: Anteil der Personen mit einem weniger guten oder schlechten Gesundheitszustand nach Einkommensdezilen 2001 und 2021 (in %)

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.

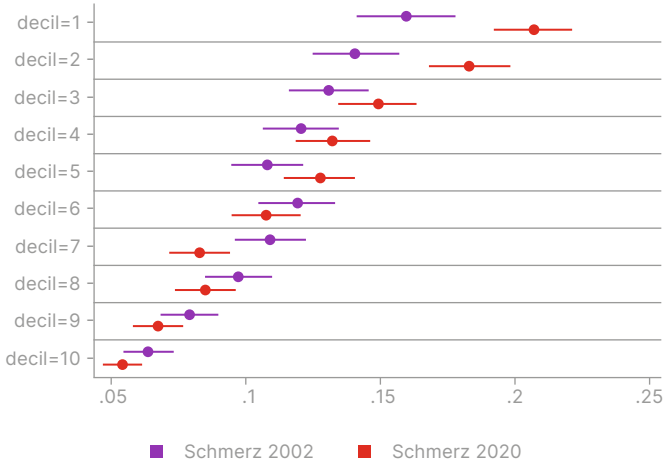


Abbildung 4: Anteil der Personen, die immer oder oft Schmerzen haben, nach Einkommensdezilen 2002 und 2020 (in %)

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

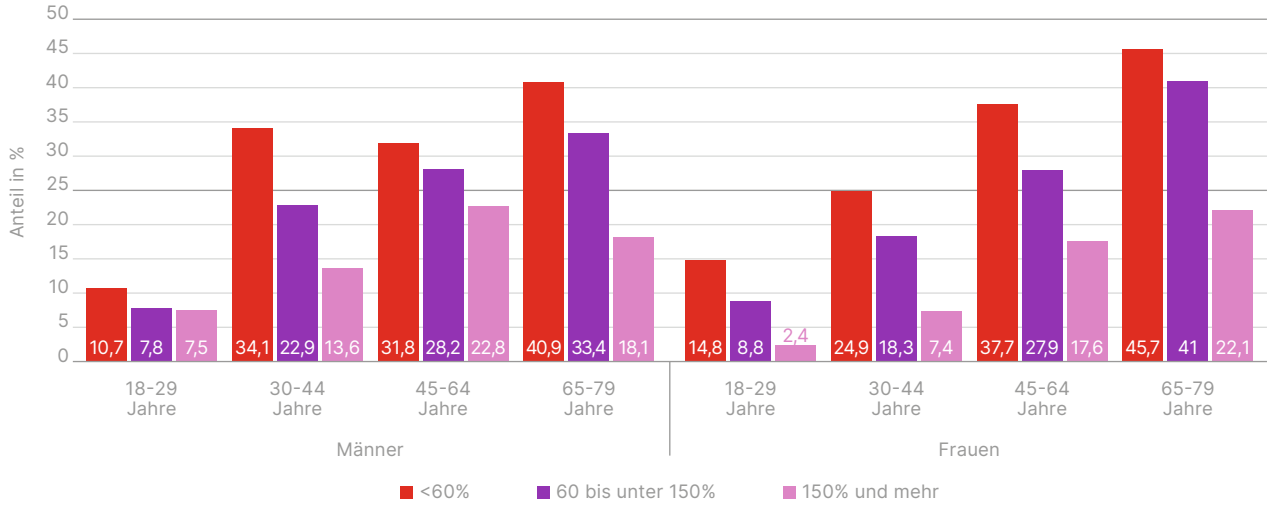


Abbildung 5: Anteil der Personen mit Adipositas nach Einkommen, Alter und Geschlecht 2008 bis 2011

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.

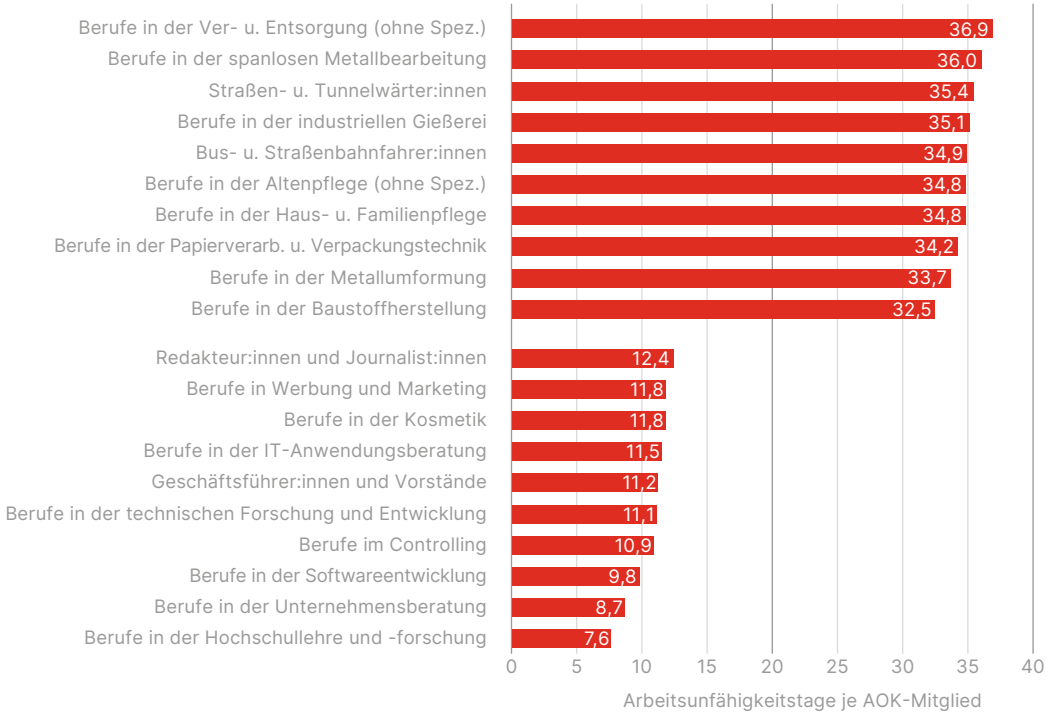


Abbildung 7: Zehn Berufsgruppen mit hohen und geringen Fehlzeiten je AOK-Mitglied im Jahr 2022

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).

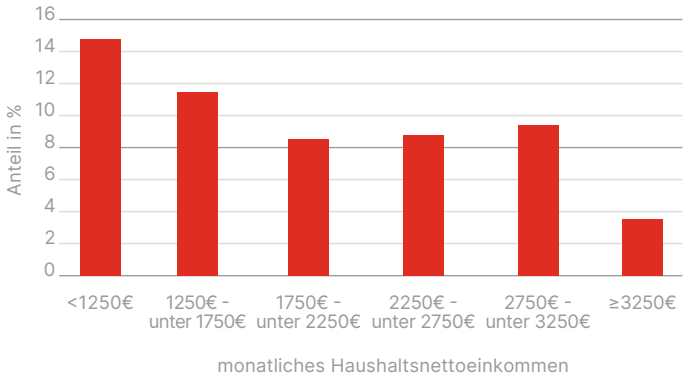


Abbildung 6: Anteil der Personen mit schwerer Paradontitis nach Haushaltsnettoeinkommen

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

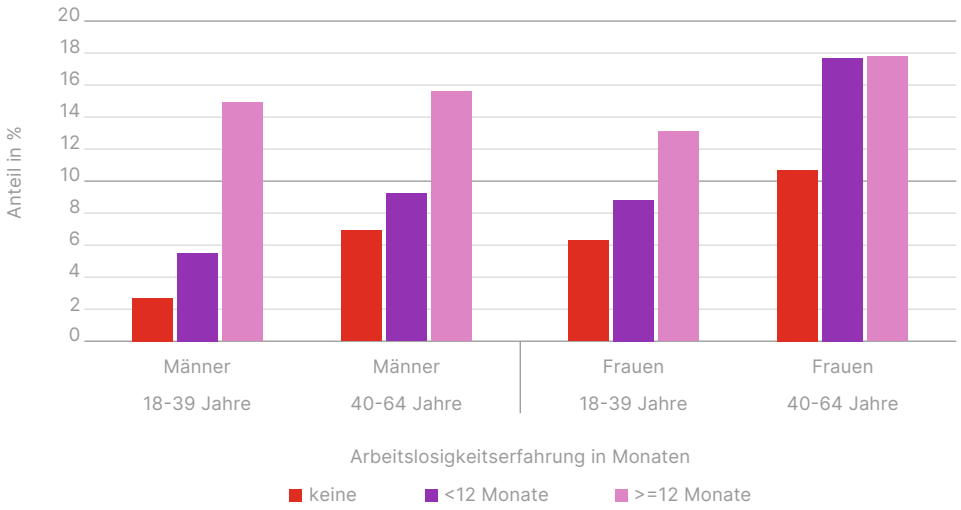


Abbildung 8: Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und einer ärztlich diagnostizierten Depression

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

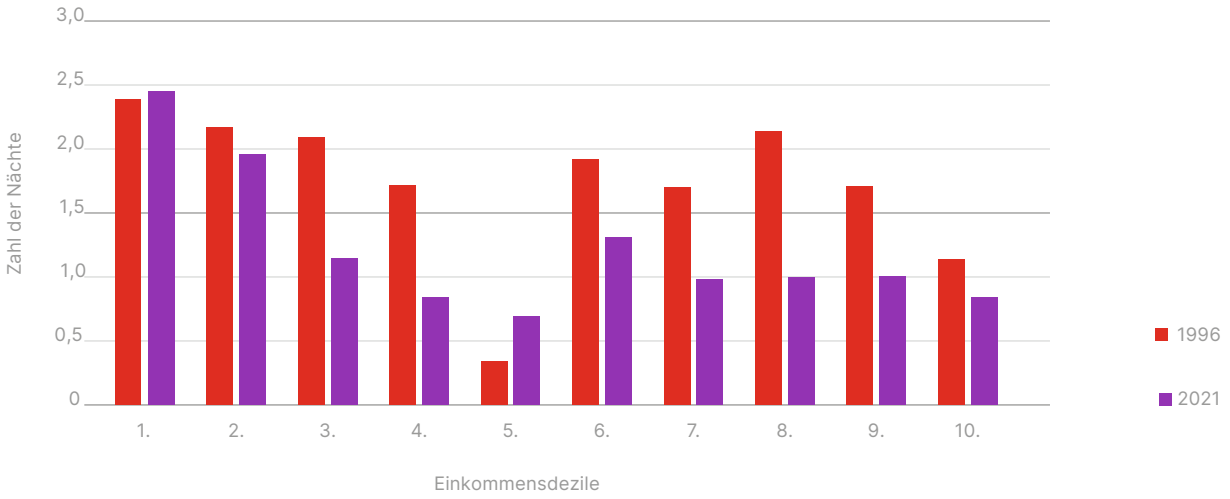


Abbildung 9: Zahl der Nächte im Krankenhaus nach Einkommensdezilen 1996 und 2021

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

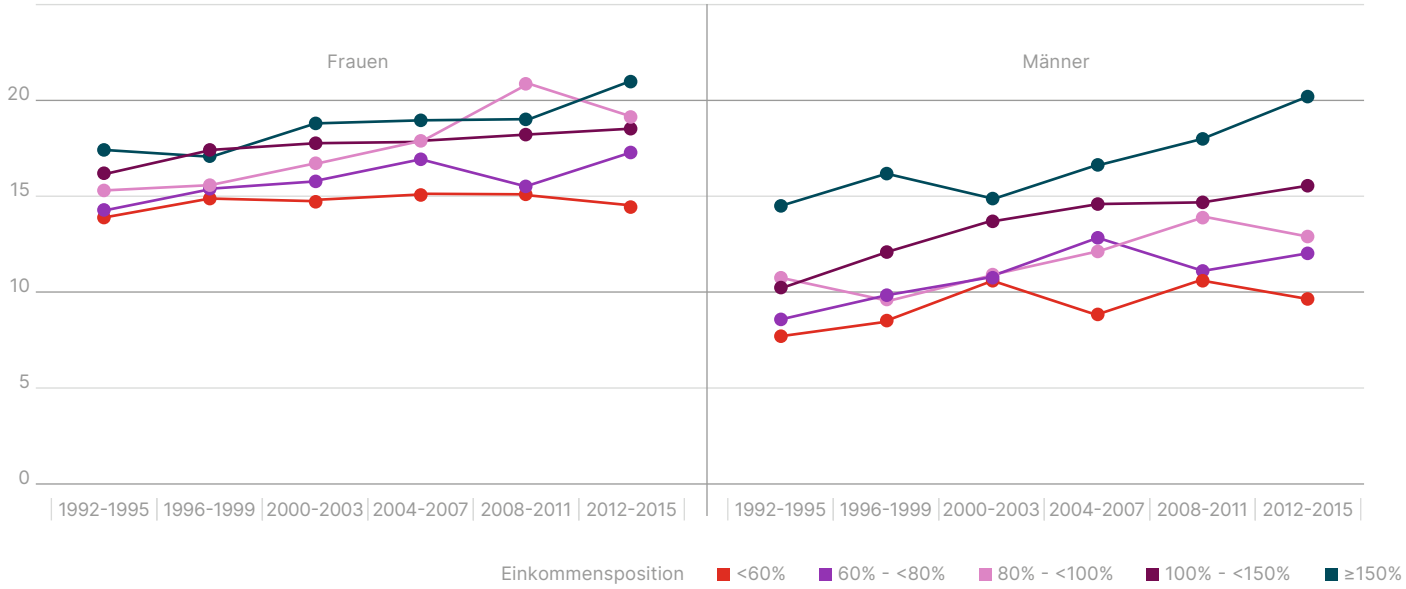


Abbildung 10: Trends der ferneren Lebenserwartung im Alter von 65 Jahren nach Geschlecht und Einkommen (1992 bis 2016)

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.

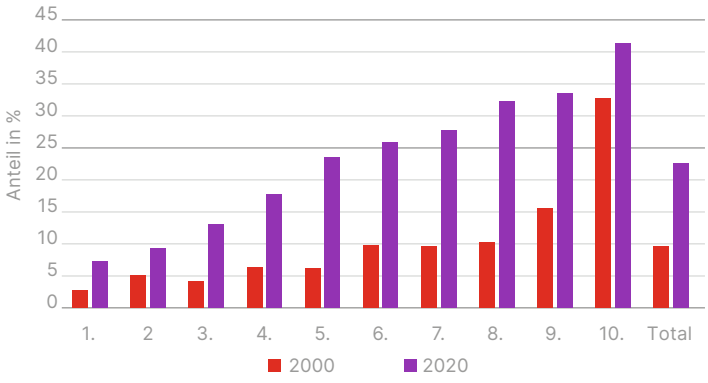


Abbildung 11: Anteil GKV-Versicherter mit einer privaten Krankenzusatzversicherung nach Einkommensdezilen 2000 und 2020

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

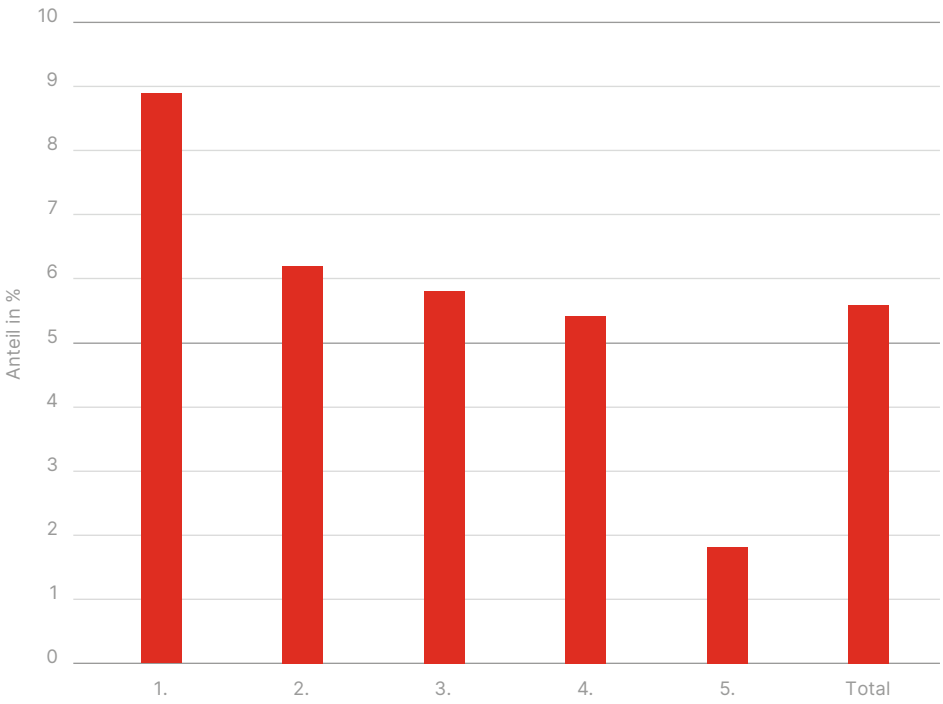


Abbildung 12: Anteil der Personen ab 50 Jahren, die eine Behandlung verschoben oder vermieden haben, nach Einkommens-quintilen

Quelle: Bremer (2014), Quintile der bedarfs-gewichteten 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 Vorsorge-leistungen 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.



www.dielinke-fraktion-lsa.de