

8.2 Gesundheitliche Ungleichheit

Jens Hoebel, Fabian Tetzlaff,
Niels Michalski, Stephan Müters
Robert Koch-Institut, Berlin

WZB/SOEP

Eine Vielzahl gesundheitswissenschaftlicher und sozialepidemiologischer Studien belegt einen engen Zusammenhang zwischen der sozialen und der gesundheitlichen Lage. Die Befunde zeigen mit großer Übereinstimmung, dass Menschen, die in sozioökonomisch benachteiligten Verhältnissen aufwachsen, arbeiten, wohnen und alt werden, verminderte Gesundheitschancen und erhöhte Risiken für chronische Erkrankungen und vorzeitiges Versterben aufweisen. Diese gesundheitliche Benachteiligung von Personen aus sozial schlechter gestellten Bevölkerungsgruppen tritt nicht erst ab einem bestimmten Schwellenwert, etwa dem für materielle Entbehrung, zutage. Sie folgt vielmehr dem Muster eines fein abgestuften sozialen Gradienten: Je niedriger die sozioökonomische Position, desto geringer sind in der Regel auch die Gesundheitschancen und umso höher fallen die Krankheits- und Sterberisiken aus. Die daraus resultierende gesundheitliche Ungleichheit in der Bevölkerung, die mittlerweile auch für Deutschland umfassend dokumentiert ist, wird in diesem Kapitel anhand aktueller Daten dargestellt.

8.2.1 Allgemeiner Gesundheitszustand

Die Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands hat sich als wichtiger und eigenständiger Prädiktor der Inanspruchnahme medizinischer Versorgung wie auch der Mortalität (Sterblich-

keit) erwiesen. International wird sie daher in vielen Studien und Datenerhebungen als globaler Gesundheitsindikator erfasst und für Analysen zur gesundheitlichen Ungleichheit herangezogen, so auch in den Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts (RKI). Nach den bundesweiten Daten der Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell« (GEDA), die regelmäßig vom RKI durchgeführt wird, zeigt sich ein ausgeprägter sozialer Gradient im selbst eingeschätzten allgemeinen Gesundheitszustand zuungunsten von Personen mit niedriger formaler Bildung. ► Info 1

Während Frauen und Männer aus der niedrigen Bildungsgruppe im Jahr 2022 zu 50 beziehungsweise 58 % einen guten oder sehr guten allgemeinen Gesundheitszustand berichteten, betrug dieser Anteil in der mittleren Bildungsgruppe 69 beziehungsweise 73 % und in der hohen Bildungsgruppe bei Frauen und Männern jeweils 81 %. Der Altersvergleich zeigt, dass diese Unterschiede bereits im jungen Erwachsenenalter zwischen 18 und 29 Jahren bestehen, im späten Erwerbsalter zwischen 45 und 64 Jahren am stärksten ausgeprägt sind und sich bis ins höhere Alter von 65 Jahren und darüber hinaus zeigen. ► Abb 1

Auch im Sozio-oekonomischen Panel (SOEP) werden die Befragten regelmäßig zu ihrem allgemeinen Gesundheitszustand befragt, sodass sich zeitliche Entwicklungen und Trends mit den Daten über längere Zeiträume untersuchen lassen.

► Info 1 Bildung

Zur Ermittlung des formalen Bildungsniveaus wird im Folgenden auf die CASMIN-Klassifikation (»Comparative Analyses of Social Mobility in Industrial Nations«) zurückgegriffen, die in den 1970er-Jahren für international vergleichende Analysen zur sozialen Mobilität entwickelt wurde. Im Jahr 2003 wurde eine überarbeitete Version vorgestellt, die aktuellen Entwicklungen der Bildungssysteme, insbesondere in Großbritannien, Frankreich und Deutschland, Rechnung trägt. Die CASMIN-Klassifikation ist an Bildungszertifikaten orientiert, wobei sowohl schulische als auch berufsbildende Abschlüsse berücksichtigt werden. Die Bildungsabschlüsse werden entsprechend ihrer funktionalen Äquivalenz im Ländervergleich neun Kategorien zugeordnet, auf deren Basis ein niedriges (»primary/low secondary«), mittleres (»mediate/high secondary«) und hohes Bildungsniveau (»tertiary« education) abgegrenzt werden kann.

► **Abb 1** Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands («gut»/«sehr gut») nach Bildung 2022 – in Prozent



► Info 2

Einkommen

Das Einkommensniveau wird durch Berechnung des Nettoäquivalenzeinkommens ermittelt, wobei es sich um ein bedarfsgewichtetes Pro-Kopf-Einkommen je Haushaltsmitglied handelt. Es wird berechnet, indem das monatliche Haushaltsnettoeinkommen durch die Summe der Bedarfsgewichte aller Haushaltsmitglieder geteilt wird. Die Bedarfsgewichte werden gemäß folgender Äquivalenz-Skala der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) bestimmt: Der Haupteinkommensbezieher oder die Haupteinkommensbezieherin erhält ein Bedarfsgewicht von 1, jedes weitere Haushaltsmitglied ab 14 Jahren ein Bedarfsgewicht von 0,5 und Haushaltsmitglieder unter 14 Jahren ein Bedarfsgewicht von je 0,3. In Abhängigkeit von der Höhe des Nettoäquivalenzeinkommens werden verteilungsbasiert verschiedene Einkommensgruppen abgegrenzt, zum Beispiel fünf gleich große Einkommensgruppen (Quintile) oder die sogenannte Armutsrisikogruppe (< 60 % des mittleren Einkommens) gegenüber einer Hoheinkommensgruppe (≥ 150 % des mittleren Einkommens). Als mittleres Einkommen wird dabei der gesellschaftliche Median des Nettoäquivalenzeinkommens verwendet.

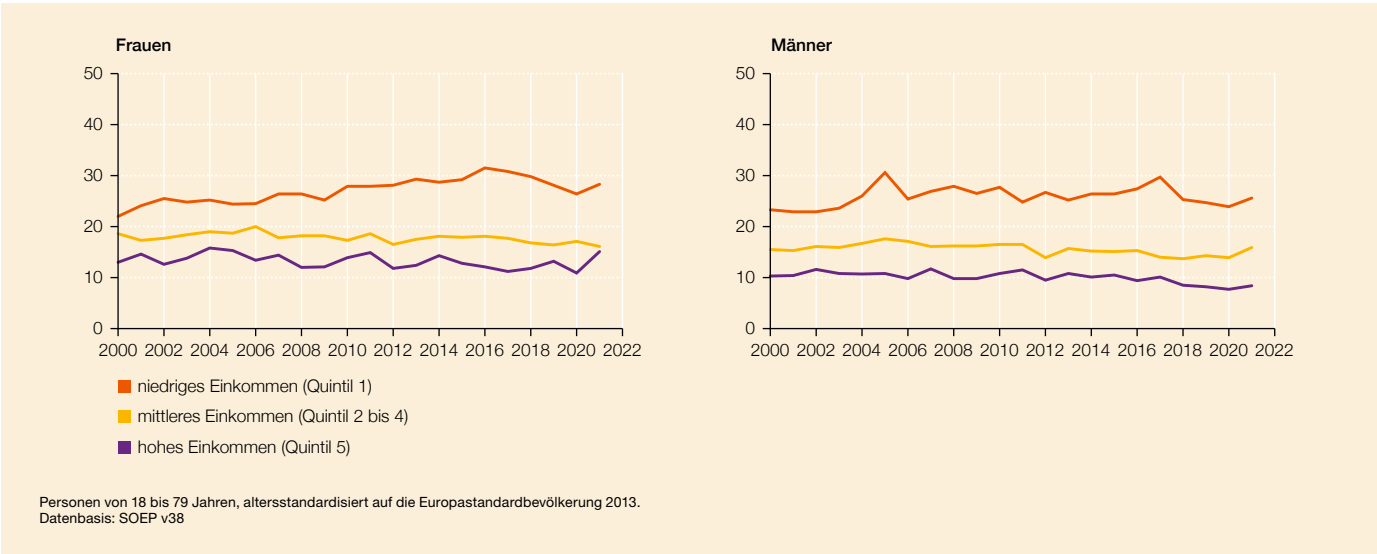
In Abbildung 2 sind Berechnungen auf Basis der SOEP-Daten seit Anfang der 2000er-Jahre dargestellt. Ausgewiesen sind Anteile von Frauen und Männern im Alter zwischen 18 und 79 Jahren, die ihren eigenen Gesundheitszustand als weniger gut oder schlecht beurteilen, jeweils getrennt nach Kalenderjahr und Einkommensniveau. Durch eine Alters-

standardisierung dieser Anteile sind Altersunterschiede zwischen den Gruppen und Kalenderjahren statistisch bereinigt, sodass direkte Gruppen- und Zeitvergleiche möglich sind. ► [Info 2](#)

Die Ergebnisse zeigen über den gesamten Zeitraum, dass der Anteil der Personen, die angaben, einen weniger guten oder schlechten Gesundheitszustand

zu haben, im niedrigsten Einkommensquintil höher ausfiel als in den mittleren Einkommensquintilen und im höchsten Einkommensquintil. Bei Frauen mit niedrigem Einkommen ist dieser Anteil zwischen den Jahren 2000 und 2021 im Durchschnitt angestiegen. Bei Männern mit hohem Einkommen ist der Anteil der Personen, die nach eigener Angabe einen weniger guten oder schlechten Gesundheitszustand aufweisen, im Durchschnitt gesunken. Im Zuge dieser Entwicklungen haben sich die Unterschiede im selbst eingeschätzten Gesundheitszustand zwischen dem niedrigsten und höchsten Einkommensquintil bei Frauen und Männern im Zeitverlauf vergrößert. Im Jahr 2021 lagen die Anteile derer, die ihren Gesundheitszustand als weniger gut oder schlecht beurteilen, im niedrigsten Einkommensquintil bei Frauen fast doppelt und bei Männern etwa dreimal so hoch wie bei Gleichaltrigen im höchsten Einkommensquintil. ► [Abb 2](#)

► **Abb 2** Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands (»weniger gut«/»schlecht«) nach Nettoäquivalenzeinkommen — in Prozent



► **Tab 1** Chronische Erkrankungen bei Erwachsenen in Deutschland nach Nettoäquivalenzeinkommen 2019/20

	Frauen		Männer	
	12-Monats-Prävalenz ¹ in %	altersadjustiertes Prävalenz-verhältnis (95-%-Konfidenzintervall) ²	12-Monats-Prävalenz ¹ in %	altersadjustiertes Prävalenz-verhältnis (95-%-Konfidenzintervall) ²
Koronare Herzkrankheit				
Niedrig (Quintil 1)	7,1	2,3 (1,4–3,7)	8,8	2,3 (1,7–3,2)
Mittel (Quintil 2–4)	5,1	1,5 (1,0–2,3)	6,8	1,4 (1,1–1,8)
Hoch (Quintil 5)	2,6	Referenzgruppe	4,4	Referenzgruppe
Diabetes mellitus				
Niedrig (Quintil 1)	11,6	3,2 (2,3–4,4)	11,6	1,9 (1,5–2,5)
Mittel (Quintil 2–4)	8,4	2,1 (1,6–2,7)	9,9	1,3 (1,1–1,6)
Hoch (Quintil 5)	3,6	Referenzgruppe	7,1	Referenzgruppe
Chronisch obstruktive Lungenerkrankung				
Niedrig (Quintil 1)	9,6	2,8 (1,9–4,1)	9,1	2,8 (2,0–3,9)
Mittel (Quintil 2–4)	6,2	1,6 (1,2–2,3)	5,6	1,5 (1,1–2,0)
Hoch (Quintil 5)	3,7	Referenzgruppe	3,7	Referenzgruppe
Arthrose				
Niedrig (Quintil 1)	25,8	1,5 (1,3–1,8)	13,3	1,5 (1,2–1,9)
Mittel (Quintil 2–4)	21,5	1,2 (1,0–1,3)	13,1	1,2 (1,1–1,4)
Hoch (Quintil 5)	16,8	Referenzgruppe	10,1	Referenzgruppe
Depression				
Niedrig (Quintil 1)	21,0	2,9 (2,3–3,7)	18,6	4,2 (3,1–5,7)
Mittel (Quintil 2–4)	12,0	1,7 (1,4–2,1)	9,9	2,3 (1,7–3,0)
Hoch (Quintil 5)	7,5	Referenzgruppe	4,6	Referenzgruppe

1 12-Monats-Prävalenz: Anteil der Bevölkerung mit Erkrankung innerhalb der letzten 12 Monate.
 2 Altersadjustiertes Prävalenzverhältnis (Prevalence Ratio): Maß des relativen Risikos im Vergleich zur Referenzgruppe (bei statistischer Bereinigung von Altersunterschieden).
 Datenbasis: Studie »Gesundheit in Deutschland aktuell« (GEDA 2019/2020-EHIS), Personen im Alter ab 18 Jahren

8.2.2 Morbidität

Ein konsistenter Befund der Gesundheitsforschung und Epidemiologie der vergangenen Jahrzehnte ist, dass sich die sozial bedingte Ungleichheit von Gesundheitschancen nicht nur im allgemeinen Gesundheitszustand, gemessen an der Selbsteinschätzung durch die Befragungspersonen, zeigt, sondern auch in objektiven Gesundheitsparametern und dem Krankheitsgeschehen (Morbidität) zum Ausdruck kommt. Werden chronische und häufig vorkommende Erkrankungen betrachtet, so ist über ein breites Spektrum verschiedener Krankheitsgruppen festzustellen, dass sozioökonomisch benachteiligte Gruppen besonders stark von chronischer Morbidität betroffen sind. Dabei reicht das Spektrum von Herz-Kreislauf-Krankheiten, chronischen Atemwegserkrankungen und Stoffwechselstörungen über Muskel-Skelett-Erkrankungen und psychische Störungen bis hin zu bestimmten Krebserkrankungen. Dies bestätigen auch die Daten der GEDA-Studie des RKI, nach denen die bevölkerungsweite Verbreitung (Prävalenz) von chronischen Erkrankungen wie der koronaren Herzkrankheit, dem Diabetes

mellitus, der chronisch obstruktiven Lungenkrankheit (COPD), Arthrose oder Depression in den niedrigen Einkommensgruppen deutlich höher liegt als in den höheren Einkommensgruppen.

Werden Altersunterschiede zwischen den Einkommensgruppen statistisch ausgeglichen, zeigt sich, dass das Krankheitsrisiko von Frauen und Männern im niedrigsten Einkommensquintil je nach Erkrankung etwa 1,5- bis 4-mal höher ausfällt als bei Gleichaltrigen im höchsten Einkommensquintil. Viele dieser Erkrankungen tragen erheblich zur Krankheitslast in der Bevölkerung insgesamt bei und gehen mit erhöhten Risiken für Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsminderung einher. ▶ Tab 1

Dass die gesundheitliche Ungleichheit nicht erst im Erwachsenenalter zutage tritt, wenn altersassoziierte Gesundheitsprobleme und Erkrankungen zunehmen, sondern bereits im Kindes- und Jugendalter existiert, ist mittlerweile auch für Deutschland umfangreich dokumentiert. Dazu haben insbesondere die ab Anfang der 2000er-Jahre durchgeführte KiGGS-Studie (Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland) des RKI und der deutsche Teil der internationalen HBSC-Studie (Health Behaviour in School-aged Children) wichtige Beiträge geleistet. Die Studien stellen fest, dass die soziale Lage bereits in der Kindheit und Jugend verschiedene Bereiche der Gesundheit prägt. Dies belegen auch neuere Daten der bundesweiten KIDA-Studie (Kindergesundheit in Deutschland aktuell) des RKI.

In Abbildung 3 sind Ergebnisse der KIDA-Studie zur psychischen Gesundheit und zur Prävalenz von starkem Übergewicht (Adipositas) unter 3- bis 17-Jährigen in Abhängigkeit von den Bildungsabschlüssen ihrer Eltern für das Jahr 2022 dargestellt. Die zugrunde liegenden Informationen beruhen in der Altersgruppe von 3 bis 15 Jahren auf Elternangaben und in der Altersgruppe von 16 und 17 Jahren auf Selbstangaben der Befragten. Die Ergebnisse zeigen, dass sowohl die Verbreitung von Adipositas als

auch der Anteil von Kindern und Jugendlichen, für die eine weniger gute oder schlechte psychische Gesundheit berichtet wurde, in niedrigen Bildungsgruppen höher lagen als in hohen Bildungsgruppen. Werden Geschlechter- und Alterseffekte in weiterführenden Analysen statistisch herausgerechnet, hatten Kinder und Jugendliche von Eltern mit niedrigen Bildungsabschlüssen eine fast dreimal so hohe Wahrscheinlichkeit für einen weniger guten oder schlechten psychischen Gesundheitszustand als jene von Eltern mit hohen Bildungsabschlüssen. Für das Vorliegen einer Adipositas war diese Wahrscheinlichkeit bei Kindern und Jugendlichen mit niedriger elterlicher Bildung um den Faktor 3,6 erhöht, verglichen mit jenen aus Familien, in denen mindestens ein Elternteil über einen hohen Bildungsabschluss verfügte. ▶ Abb 3

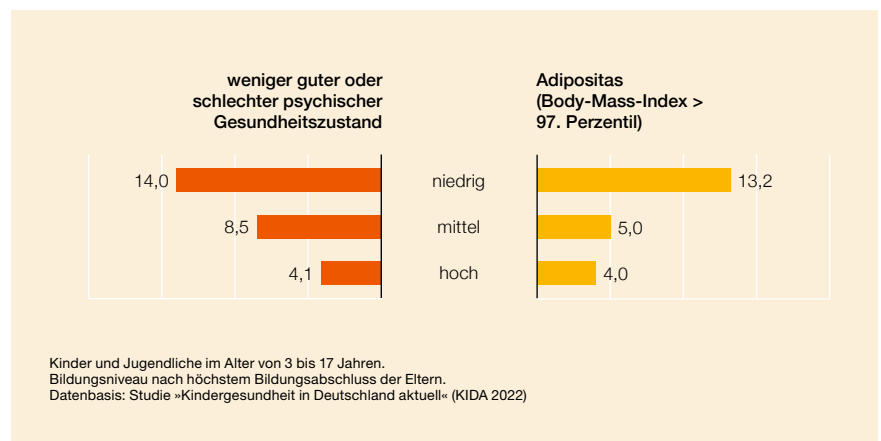
8.2.3 Mortalität und Lebenserwartung

Eine extreme Manifestation der gesundheitlichen Ungleichheit stellt die frühere Sterblichkeit (Mortalität) und kürzere Lebenserwartung in sozial benachteiligten Gruppen dar. Auch wenn die Datelage zur gesundheitlichen Ungleichheit insgesamt in Deutschland mittlerweile sehr umfangreich ist, ist die Verfügbarkeit von Daten zur sozialen Ungleichheit

in der Mortalität und Lebenserwartung hierzulande im Vergleich zu vielen anderen Hocheinkommensländern deutlich eingeschränkter. Dies liegt vor allem daran, dass im deutschen Zensus kein Mortalitäts-Follow-up, also keine Folge-Registrierung von Sterbefällen, durchgeführt wird und dass auf den deutschen Totenscheinen keine sozioökonomischen Merkmale der Verstorbenen, zum Beispiel der Beruf, erfasst werden. Aus diesem Grund müssen hierzulande andere Daten und Methoden zu dieser Frage herangezogen werden.

Alternative Möglichkeiten zur Untersuchung sozialer Ungleichheiten im Sterbegeschehen bieten Langzeitdaten auf Basis bundesweiter Bevölkerungsstichproben wie die des SOEP. In einer Studie des RKI wurden SOEP-Daten der Jahre 1992 bis 2016 ausgewertet, um Mortalitätsrisiken und Lebenserwartungen für verschiedene Einkommensgruppen zu berechnen. Den Ergebnissen zufolge starben 13 % der Frauen und 27 % der Männer aus der niedrigsten Einkommensgruppe (< 60 % des Medianeinkommens) bereits vor einem Alter von 65 Jahren. In der höchsten Einkommensgruppe (≥ 150 % des Medianeinkommens) traf dies lediglich auf 8 % der Frauen und 14 % der Männer zu. Bezogen auf die mittlere Lebenserwartung bei Geburt zeigte sich in

▶ Abb 3 Psychische Gesundheit und Adipositas bei Kindern und Jugendlichen nach Bildungsniveau der Eltern 2022 — in Prozent



der niedrigsten Einkommensgruppe bei Frauen eine um 4,4 Jahre und bei Männern eine um 8,6 Jahre kürzere Lebenserwartung als bei jenen der höchsten Einkommensgruppe.
 [► Tab 2](#)

Weitere Möglichkeiten zur Analyse sozialer Ungleichheiten in der Mortalität und Lebenserwartung bieten Betrachtungen auf sozialräumlicher Ebene. Dazu lassen sich bundesweite Sterbedaten der amtlichen Statistik nutzen, indem sie kleinräumig regionalisiert mit dem »German Index of Socioeconomic Deprivation« (GISD) verknüpft werden.
 [► Info 3](#)

Abbildung 4 zeigt Ergebnisse entsprechender Analysen für die Mortalität vor einem Alter von 65 Jahren. Im betrachteten Zeitraum zwischen den Jahren 2005 und 2021 lag die altersstandardisierte Mortalitätsrate in Regionen mit hoher sozioökonomischer Deprivation durchgängig am höchsten und in wohlhabenderen Regionen am niedrigsten. Werden die Jahre 2018 bis 2021 zusammen betrachtet, hatten Personen in hoch deprivierten Regionen durchschnittlich ein 40 % (Frauen) beziehungsweise 50 % (Männer) höheres Risiko, vor einem Alter von 65 Jahren zu versterben, als Gleichaltrige in niedrig deprivierten Regionen. Vor der COVID-19-Pandemie war die vorzeitige Sterblichkeit bei Männern in allen regionalen Deprivationskategorien rückläufig. Bei Männern in hoch deprivierten Regionen fiel der Rückgang jedoch geringer aus als bei Männern in niedrig deprivierten, wohlhabenderen Regionen. Bei Frauen lassen sich die rückläufigen Mortalitätsraten nur in Regionen mit niedriger und mittlerer sozioökonomischer Deprivation beobachten, während in hoch deprivierten Regionen seit 2005 keine Verringerung des Risikos, vor einem Alter von 65 Jahren zu versterben, festzustellen ist. Durch diese Entwicklungen haben sich die regionalen sozioökonomischen Ungleichheiten in der vorzeitigen Sterblichkeit bei Frauen und Männern im Zeitverlauf ausgeweitet. Während der COVID-19-Pandemie ist die vorzeitige Sterblichkeit angestiegen, insbesondere im zweiten Jahr der Pande-

► **Tab 2** Mittlere Lebenserwartung bei Geburt nach Nettoäquivalenzeinkommen 1992–2016 — in Jahren

	Frauen	Männer
< 60 % des mittleren Einkommens	78,4	71,0
60 bis < 80 % des mittleren Einkommens	79,7	73,3
80 bis < 100 % des mittleren Einkommens	80,7	75,2
100 bis < 150 % des mittleren Einkommens	82,1	76,0
≥ 150 % des mittleren Einkommens	82,8	79,6

Datenbasis: Sozio-oekonomisches Panel und Periodensterbetafeln 1992–2016
 Quelle: Lampert et al. (2019): Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung in Deutschland – Aktuelle Situation und Trends. DOI 10.25646/5868

► **Info 3**
Regionale sozioökonomische Deprivation

Die sozioökonomische Benachteiligung (Deprivation) einer Region lässt sich in Deutschland mithilfe des »German Index of Socioeconomic Deprivation« (GISD) messen. Dieser Index bestimmt die durchschnittliche sozioökonomische Lage der Bevölkerung in den Gemeinden beziehungsweise Stadt- und Landkreisen Deutschlands anhand von neun Kennzahlen zur Bildungsbeteiligung (zum Beispiel Quote der Schulabgängerinnen und Schulabgänger ohne Abschluss), zur Beschäftigung (zum Beispiel Arbeitslosenquote) und zum Einkommen (zum Beispiel mittleres Haushaltsnettoeinkommen). Mit dem GISD lassen sich die Regionen in Deutschland hinsichtlich ihrer sozioökonomischen Situation vergleichen. Die Indexwerte werden durch eine per Hauptkomponentenanalyse gewichtete Aggregation von jeweils drei Kennzahlen für jede der drei Teildimensionen gewonnen. Der Index kann Werte zwischen 0,0 (niedrigste Deprivation) und 1,0 (höchste Deprivation) annehmen. Die Einteilung der Regionen erfolgt häufig verteilungsbasiert, indem das Fünftel (Quintil) der Regionen mit den höchsten Indexwerten einer hohen Deprivationskategorie zugeordnet wird, das Fünftel der Regionen mit den niedrigsten Indexwerten einer niedrigen und die dazwischenliegenden Regionen einer mittleren Deprivationskategorie.

mie. Dieser Anstieg fiel in hoch deprivierten Regionen besonders stark aus, sodass sich die Ausweitung der regionalen sozioökonomischen Mortalitätsungleichheiten während der Pandemie weiter verschärfte.
 [► Abb 4](#)

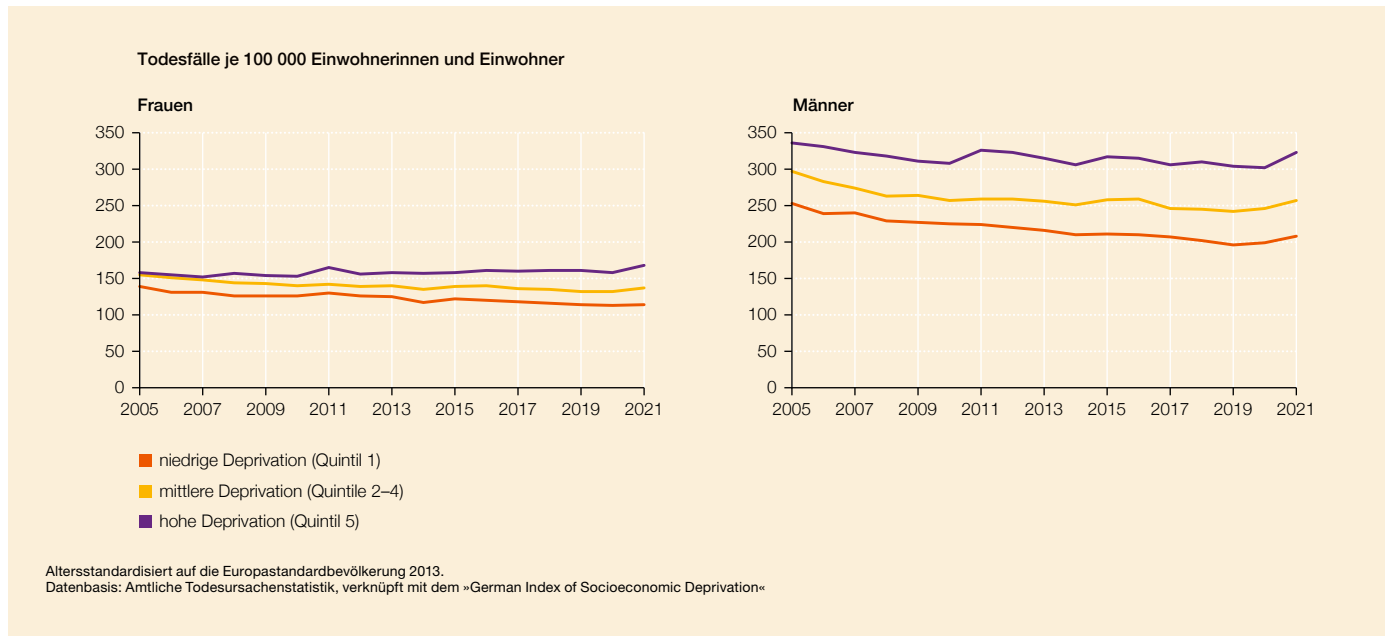
8.2.4 Fazit

Die hier vorgestellten Daten zeigen, dass auch in einem wohlhabenden Land wie Deutschland, das über breit ausgebaute Sozial- und Versorgungssysteme sowie gesetzliche Bestimmungen zum Gesundheitsschutz verfügt, ein enger Zusammenhang zwischen der sozioökonomischen und gesundheitlichen Lage der Menschen besteht. Personen in sozioökonomisch benachteiligten Verhältnissen haben demnach schlechtere Gesundheitschancen und weisen höhere Risiken für körperliche und psychische Erkrankun-

gen auf als Personen in vergleichsweise privilegierten Verhältnissen. Diese gesundheitliche Ungleichheit zeigt sich bereits im Kindes- und Jugendalter und spiegelt sich in einer durchschnittlich kürzeren Lebenserwartung von Personen in sozioökonomisch benachteiligten Bevölkerungsgruppen wider. Zudem weisen die Daten darauf hin, dass sich die gesundheitliche Ungleichheit in Deutschland über die vergangenen Jahre weiter verschärft hat.

Als Erklärungen und Mechanismen, die der gesundheitlichen Ungleichheit zugrunde liegen, sind insbesondere strukturelle Faktoren wie die Arbeits- und Wohnbedingungen der Menschen, psychosoziale Faktoren wie Zukunftssorgen und chronischer Stress sowie verhaltensbezogene Faktoren wie ein gesundheitsriskanter Lebensstil anzuführen.

► Abb 4 Mortalitätsrate vor einem Alter von 65 Jahren in Deutschland nach regionaler sozioökonomischer Deprivation



Zudem können Krankheit und gesundheitliche Beeinträchtigungen soziale Aufstiege erschweren und soziale Abstiege begünstigen. Entsprechend breit angelegt und vielschichtig müssen Anstrengungen sein, die auf eine Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit und Verbesserung gesundheitlicher Chancengerechtigkeit hinwirken. Ansätze der Verhältnisprävention gelten für die Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit als besonders vielversprechend. Sie zielen auf Verbesserungen der Lebens-, Wohn- und

Arbeitsbedingungen sowie sozialen Teilhabechancen der Menschen und können folglich nicht allein Aufgabe der Gesundheitspolitik sein. Hier sind politikbereichsübergreifende Anstrengungen (»health in all policies«) und die Zusammenarbeit von Akteurinnen und Akteuren aus Wissenschaft, Praxis, Zivilgesellschaft und Politik gefordert. Ein weiterer wichtiger Gelingensfaktor dürfte die Beteiligung von Menschen aus sozial benachteiligten Gruppen an entsprechenden Initiativen sein.