

9 Gesundheit

**Auszug aus dem
Datenreport 2021**



Gesundheit

9.1 Gesundheitszustand der Bevölkerung und Ressourcen der Gesundheitsversorgung

Karin Böhm

Statistisches Bundesamt
(Destatis)

Das Jahr 2020 hat auf eine bisher beispiellose Weise gezeigt, wie wichtig Gesundheitsdaten sind und auch künftig sein werden. Durch die unerwartete Coronakrise rückten Fragen zur Gesundheit der Bevölkerung und zu den Ressourcen, die für die gesundheitliche Versorgung zur Verfügung stehen, in den Mittelpunkt des Interesses. Diese verlangen danach, zeitnah beantwortet zu werden. Eine wichtige Quelle für Gesundheitsdaten sind die Statistiken der Statistischen Ämter des Bundes und der Länder über Krankenhäuser, Gesundheitspersonal und Todesursachen. Die Zahl der (Intensiv-)Betten in Krankenhäusern und ihre Auslastung, die Zahl der Beschäftigten im Gesundheitswesen nach Berufen oder die Sterbefälle nach Todesursachen sind nur einige Beispiele, bei denen die amtliche Statistik wichtige Daten für faktenbasierte Entscheidungen beitragen kann. Die Gesundheitsstatistiken bilden die Basis zur Ermittlung wichtiger Gesundheitsindikatoren und stellen wesentliche Informationen für gesundheits- und sozialpolitische Planungen und Einschätzungen bereit. Mit den Daten werden länderbezogene Auswertungen und Analysen durchgeführt, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede abzubilden.

Die Angaben in diesem Kapitel zu den Berichtsjahren 2017, 2018 und 2019 stammen aus folgenden Gesundheitsstatistiken der Statistischen Ämter des Bundes

und der Länder: Krankenhausstatistiken, fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik), Statistik schwerbehinderter Menschen, Pflegestatistik, Todesursachenstatistik, Schwangerschaftsabbruchstatistik und Mikrozensus.

9.1.1 Diagnose und Behandlung im Krankenhaus

Diagnosen

Über die Gründe der Behandlung von Patientinnen und Patienten im Krankenhaus informiert die Diagnosestatistik, die zu den Krankenhausstatistiken gehört. Sie erfasst alle Krankenhausfälle einschließlich Sterbe-, Stundenfälle und gesunde Neugeborene. Stundenfälle sind Patientinnen und Patienten, die vollstationär in ein Krankenhaus aufgenommen, jedoch am gleichen Tag wieder entlassen werden oder am Aufnahmetag versterben. Bei Frauen ist die Zahl der Behandlungsfälle von 9,4 Millionen Fällen (2007) um 11 % auf 10,4 Millionen Fälle (2017) gestiegen. Bei Männern stieg die Zahl der Behandlungsfälle sogar um 16 % von knapp 8,2 Millionen Fällen (2007) auf 9,5 Millionen Fälle (2017). [► Info 1](#)

Die häufigste Ursache für einen Krankenhausaufenthalt waren 2017 – wie bereits in den Vorjahren – Krankheiten des Kreislaufsystems. Rund 15 % aller Fälle waren dieser Krankheitsgruppe zuzuordnen. Im Vergleich zu 2007 ist die

Zahl dieser Behandlungsfälle um 11 % angestiegen. An zweiter Stelle folgten Verletzungen und Vergiftungen sowie andere Folgen äußerer Ursachen. Sie stellten nach den Krankheiten des Kreislaufsystems die zweitwichtigste Diagnosegruppe mit 10 % an allen Behandlungsfällen

dar. Gegenüber 2007 war ihre Zahl im Jahr 2017 um 17 % höher. An dritter Stelle lagen die Krankheiten des Verdauungssystems mit einem Anteil von ebenfalls rund 10 % an allen Diagnosen. Im Vergleich zu 2007 ist hier die Zahl um 12 % gestiegen.

Der höchste Anstieg mit 37 % war bei den Diagnosen »Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde« zu beobachten. Hierzu gehören zum Beispiel Kreislaufkollaps oder Ohnmacht, Hals- und Brustschmerzen. Die Behandlungen von Infektionen erhöhten sich innerhalb des gleichen Zeitraums um 31 %, die Krankheiten der Haut und Unterhaut haben um 26 % zugenommen und auch die Krankheiten des Atmungssystems stiegen um ein Fünftel (20 %) ihres Wertes von 2007. Die Zahl der Behandlungen von Krebs und gutartigen Neubildungen blieb im Zehnjahresvergleich konstant.

► Info 1

Die Diagnosestatistik und ihre Erweiterung um die fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik)

Die Diagnosen der Krankenhauspatientinnen und -patienten zeigen das gesamte vollstationäre Geschehen in den deutschen Krankenhäusern. Alle Krankenhäuser in Deutschland sind auskunftspflichtig und melden jährlich die Diagnosen aller Patientinnen und Patienten, die im Berichtsjahr aus der vollstationären Behandlung entlassen wurden. Bei mehrfach im Berichtsjahr vollstationär behandelten Personen erfassen sie jeden einzelnen Krankenhausaufenthalt als einen Fall (Fallzahlenstatistik). Nicht nachgewiesen werden die vor- und nachstationären, teilstationären und ambulanten Behandlungsfälle. Die Diagnoseangaben umfassen die Hauptdiagnosen, Alter, Geschlecht, Verweildauer und die Fachabteilungen des Krankenhauses.

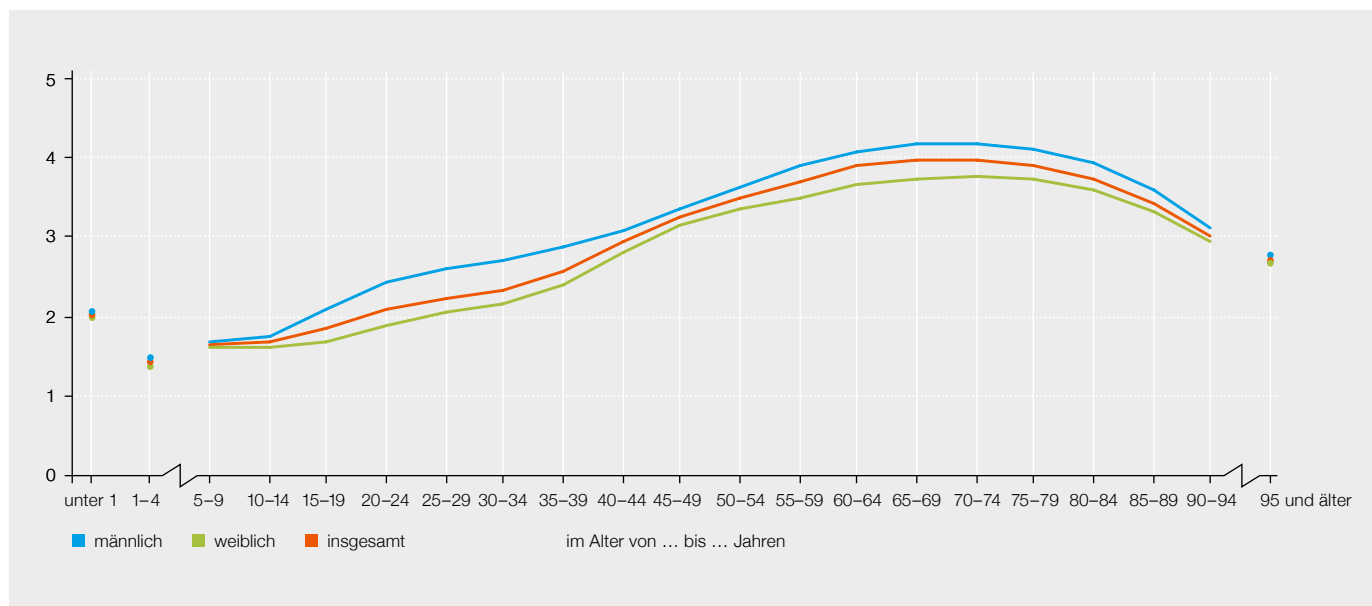
Die fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik ergänzt die Krankenhausstatistik der Krankenhauspatientinnen und -patienten. Das auf Fallpauschalen basierende DRG-Vergütungssystem entstand bei der Novellierung der Krankenhausfinanzierung im Jahr 2000 (DRG steht für »Diagnosis Related Groups«). Die jährliche Statistik umfasst alle Krankenhäuser, die nach dem DRG-Vergütungssystem abrechnen und dem Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes unterliegen (ohne psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen). Das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus erhebt die Daten und stellt sie dem Statistischen Bundesamt zur Verfügung (Sekundärstatistik).

Gegenstand der DRG-Statistik sind die von den berichtspflichtigen Krankenhäusern erbrachten Leistungen. Die vom Statistischen Bundesamt ausgewerteten Daten beziehen ebenfalls alle im Lauf des Berichtsjahrs aus den oben genannten Einrichtungen entlassenen vollstationären Patientinnen und Patienten ein. Nicht nachgewiesen werden vor-, nach-, teilstationär oder ambulant behandelte Personen.

Operationen und medizinische Behandlungsmaßnahmen

Nach den Ergebnissen der fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) führten die Krankenhäuser 2018 bei den vollstationär versorgten Personen insgesamt 61,4 Millionen Operationen und medizinische Prozeduren durch. Im Vergleich zum Vorjahr entspricht dies einer Zunahme um 2,2 %. Auf eine in einem Krankenhaus behandelte Person entfielen damit im Durchschnitt 3,3 Maßnahmen dieser Art. In allen Altersgruppen war die durchschnittliche Zahl

► Abb 1 Durchschnittliche Anzahl der Operationen und Behandlungsmaßnahmen je Krankenhausfall 2018



der Operationen und Behandlungsmaßnahmen je Krankenhausfall bei Männern höher als bei Frauen. ▶ Abb 1

Die Operationen lagen bei den Behandlungsmaßnahmen mit 28 % an erster Stelle, an zweiter Stelle folgten mit 25 % nicht operative therapeutische Maßnahmen. An dritter Stelle stand mit 22 % die bildgebende Diagnostik, beispielsweise Computertomografie. ▶ Abb 2

Bei den durchgeführten Operationen lagen auch im Jahr 2018 Operationen an den Bewegungsorganen mit Abstand an erster Stelle, also Operationen an Wirbelsäule, Hüfte, Gelenken und nach Knochenbrüchen. Danach folgten Operationen am Verdauungstrakt sowie Operationen an Haut und Unterhaut. Eine detailliertere Analyse der Operationsdaten zeigt, dass bei Frauen am häufigsten die Rekonstruktion weiblicher Geschlechtsorgane nach einer Ruptur / Dammriss durchgeführt wurde, gefolgt vom Kaiserschnitt und der Position »Andere Operationen am Darm«.

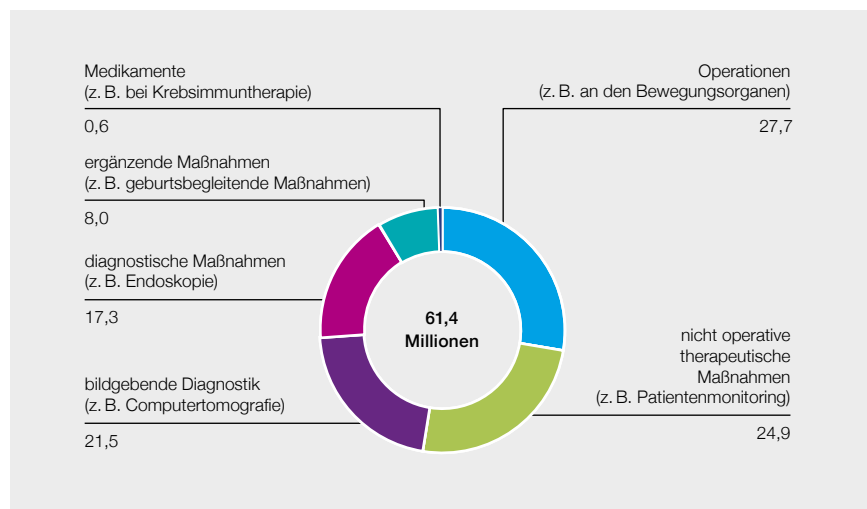
»Andere Operationen am Darm« lagen bei den Männern an erster Stelle, an zweiter Stelle folgte der Zugang zur Lendenwirbelsäule, zum Kreuz- oder Steißbein sowie an dritter Stelle der Verschluss eines Leistenbruchs (Hernia inguinalis). ▶ Abb 3

9.1.2 Schwerbehinderung

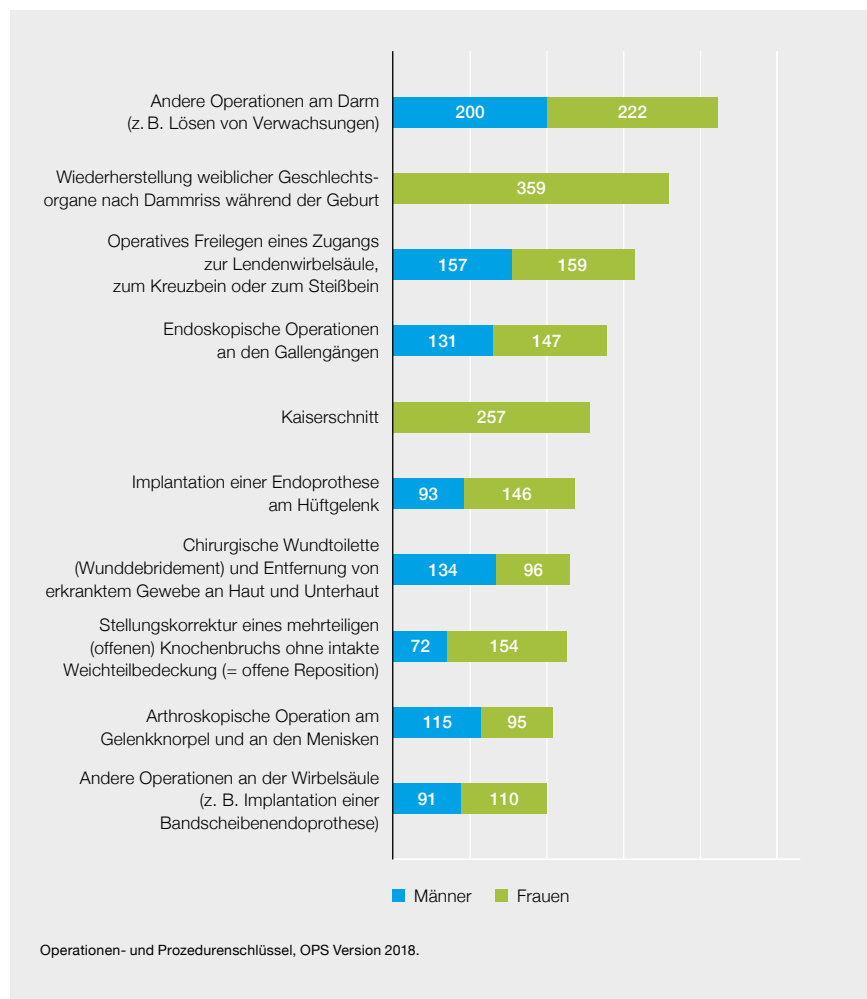
Im Unterschied zu einer akuten Krankheit oder einer Unfallschädigung mit kurzer Heilungsdauer ist eine Behinderung eine Beeinträchtigung der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben für längere Zeit, möglicherweise für das ganze Leben. Als schwerbehindert gelten Menschen, denen ein Grad der Behinderung von 50 oder mehr von den Versorgungsämtern zuerkannt wurde. Am 31. Dezember 2019 waren 7,9 Millionen amtlich anerkannte schwerbehinderte Menschen mit gültigem Ausweis bei den Versorgungsämtern registriert. Das entsprach einem Anteil von rund 10 % an der Bevölkerung.

Behinderungen treten vor allem bei älteren Menschen auf: So war etwa ein Drittel der schwerbehinderten Menschen 75

▶ Abb 2 Operationen und Behandlungsmaßnahmen der Krankenhauspatientinnen und -patienten 2018 – in Prozent



▶ Abb 3 Die zehn häufigsten Operationen von Krankenhauspatientinnen und -patienten 2018 – in Tausend



Jahre und älter. Knapp die Hälfte gehörte der Altersgruppe von 55 bis 74 Jahren an. Dagegen fielen der Anteil der 15- bis 24-Jährigen mit 2,2% sowie der Anteil der unter 15-Jährigen mit 1,9% gering aus. ▶ Tab 1

Die Schwerbehindertenquote steigt demzufolge mit zunehmendem Alter an. Während bei den 25- bis 34-Jährigen 2,4% schwerbehindert waren, hatte in der Gruppe der ab 80-Jährigen jede/jeder Dritte einen Schwerbehindertenausweis. ▶ Abb 4

Männer waren – insbesondere in der Gruppe der ab 55-Jährigen – eher schwerbehindert als Frauen. Dies ist zu einem gewissen Teil ein Effekt des höheren Männeranteils an den Erwerbstätigen: Da ein

Schwerpunkt der Leistungen des Schwerbehindertenrechts Regelungen zur Teilnahme am Arbeitsmarkt oder für einen früheren Übergang zur Rente betrifft, könnten Erwerbstätige beziehungsweise Arbeitssuchende ein größeres Interesse an einer Anerkennung der Behinderteneigenschaft haben als Nichterwerbspersonen.

Die weitaus meisten Behinderungen (89% der Fälle) waren krankheitsbedingt. In 3,3% der Fälle war die Behinderung angeboren beziehungsweise trat im ersten Lebensjahr auf, bei 1,4% wurde das Leiden durch einen Unfall oder eine Berufskrankheit verursacht. Weitere 0,2% der schwerbehinderten Menschen hatten dau-

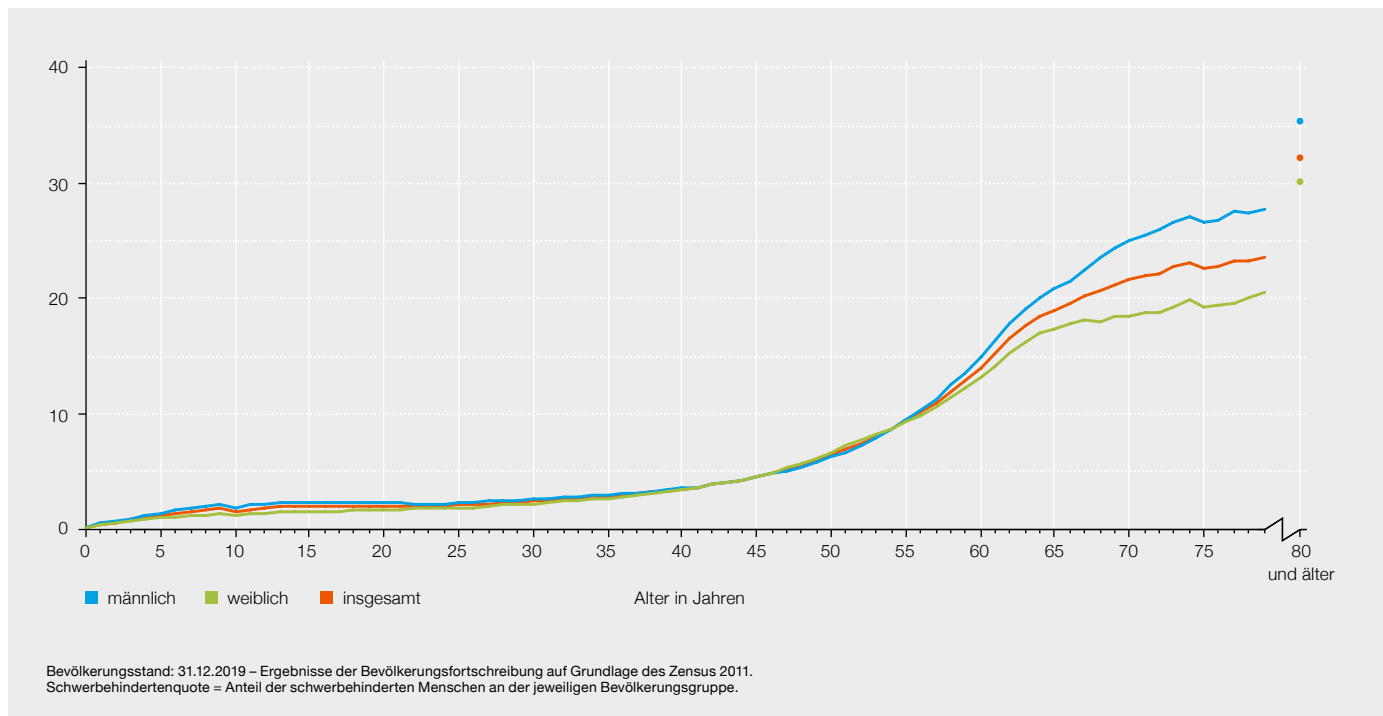
ernde Schäden im Krieg, im Wehr- oder im Zivildienst erlitten. Die übrigen Behinderungen (5,8%) beruhten auf sonstigen, mehreren oder ungenügend bezeichneten Ursachen.

Am häufigsten war eine körperliche Behinderung (58%) der Grund für eine Schwerbehinderung. Bei 25% aller Menschen mit Behinderungen waren die inneren Organe beziehungsweise Organsysteme betroffen. Bei 11% waren Arme und/oder Beine in ihrer Funktion eingeschränkt, bei weiteren 10% Wirbelsäule und Rumpf. In 4,4% der Fälle lag Blindheit beziehungsweise eine Sehbehinderung vor, bei rund 3,8% Schwerhörigkeit, Gleichgewichts- oder Sprachstörungen. Auf geistige oder seelische Behinderungen entfielen zusammen 13% der Fälle, auf zerebrale Störungen 9,0%. Bei den übrigen Personen (19%) war die Art der schwersten Behinderung nicht ausgewiesen. ▶ Abb 5

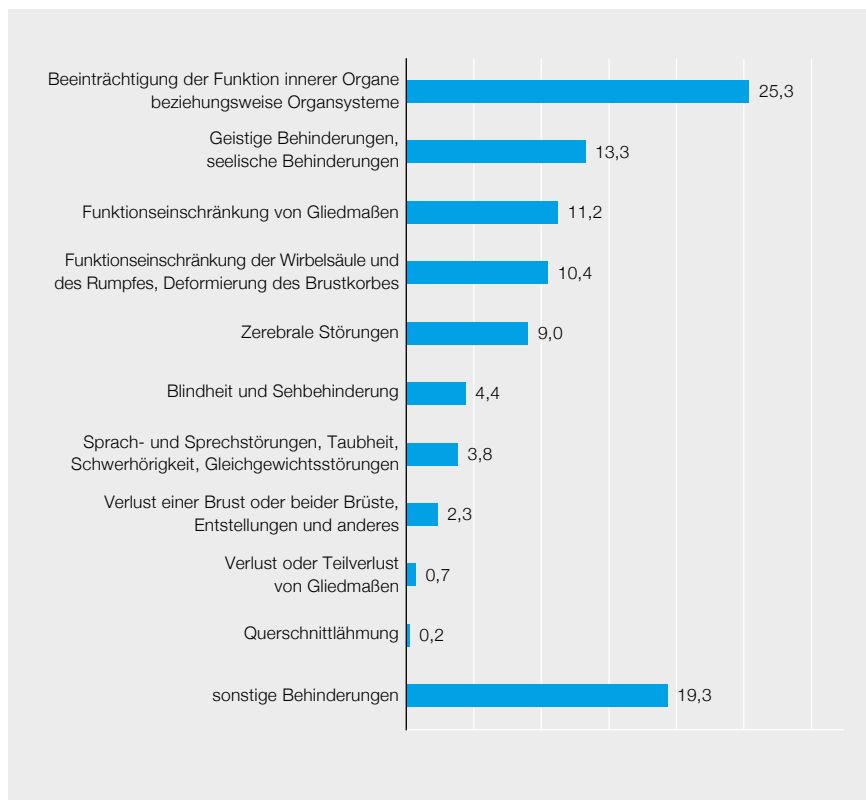
▶ Tab 1 Schwerbehinderte Menschen 2019

	Insgesamt	Davon im Alter von ... bis ... Jahren					
		unter 15	15–24	25–54	55–64	65–74	75 und älter
	in 1 000	in %					
Männlich	3 984	2,3	2,6	17,9	21,9	24,2	31,1
Weiblich	3 919	1,5	1,8	17,5	20,2	21,1	37,9
Insgesamt	7 903	1,9	2,2	17,7	21,1	22,7	34,5

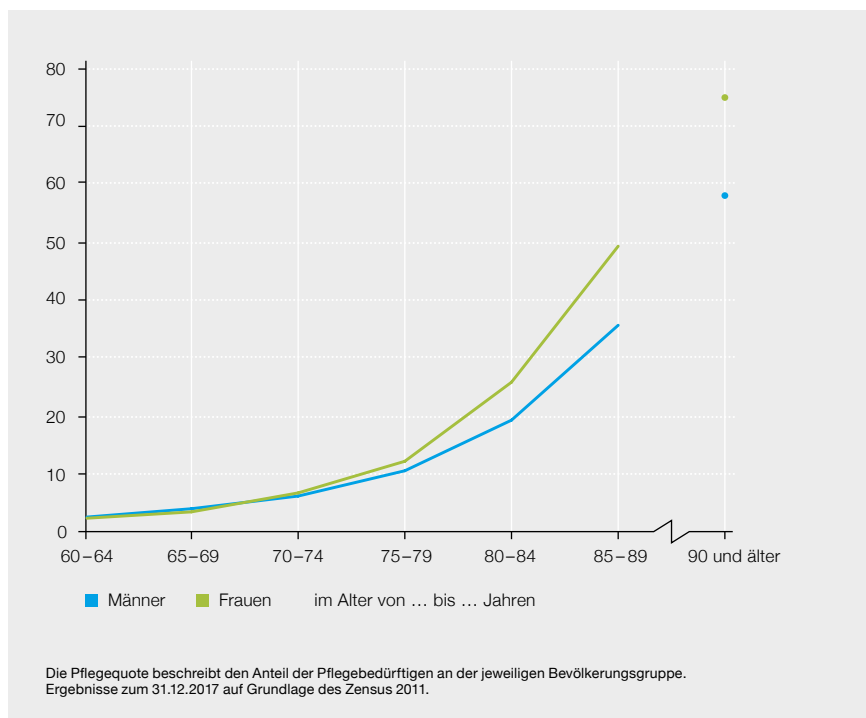
▶ Abb 4 Schwerbehindertenquote 2019 – in Prozent



► **Abb 5 Schwerbehinderte Menschen 2019 nach Art der schwersten Behinderung – in Prozent**



► **Abb 6 Pflegequoten von Seniorinnen und Senioren 2017 – in Prozent**



9.1.3 Pflege

Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (Sozialgesetzbuch SGB XI) sind Menschen, die im täglichen Leben auf Dauer – wegen einer Krankheit oder Behinderung – in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Im Dezember 2017 waren 3,4 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig. Vier von fünf Pflegebedürftigen waren 65 Jahre und älter. Gut ein Drittel war älter als 85 Jahre. Knapp zwei Drittel der Pflegebedürftigen waren Frauen. Im Vergleich zu 2007 ist eine Zunahme der Zahl der Pflegebedürftigen zu beobachten: Im Jahr 2007 betrug sie 2,2 Millionen und stieg auf knapp 3,4 Millionen im Jahr 2017 an. Ein großer Teil des Anstiegs ist allerdings auf die Einführung des neuen Pflegebedürftigkeitsbegriffs zurückzuführen, der im Hinblick auf den berechtigten Personenkreis ab dem 1. Januar 2017 weiter gefasst wurde: Von 2015 bis 2017 erhöhte sich die Zahl der Pflegebedürftigen deutlich um 19 % (554 000). Ein weiterer Faktor für den Anstieg ist die zunehmende Alterung der Bevölkerung. Im Jahr 2007 waren 3,9 Millionen Menschen 80 Jahre und älter; 2017 waren es bereits 5,2 Millionen.

Mit zunehmendem Alter sind Menschen in der Regel eher pflegebedürftig. Während bei den 70- bis 74-Jährigen jeder zwanzigste Mensch (6,4%) in Deutschland dieser Altersgruppe pflegebedürftig war, wurde für die ab 90-Jährigen die höchste Pflegequote ermittelt: Der Anteil der Pflegebedürftigen an allen Menschen dieser Altersgruppe betrug 71%. Auffallend ist, dass Frauen etwa ab dem 80. Lebensjahr eine deutlich höhere Pflegequote aufwiesen – also eher pflegebedürftig waren als Männer dieser Altersgruppen. So beträgt zum Beispiel bei den 85- bis 89-jährigen Frauen die Pflegequote 49%, bei den Männern gleichen Alters hingegen lediglich 36%. ► [Abb 6](#)

Neben Unterschieden in der gesundheitlichen Entwicklung bei Frauen und Männern kann ein Faktor für den unter-

schiedlichen Verlauf der Pflegequoten auch das Antragsverhalten bei Frauen und Männern sein: Ältere Frauen leben häufiger allein als Männer. Bei Pflegebedarf kann somit schneller die Notwendigkeit bestehen, einen Antrag auf Leistungen zu stellen, während die pflegebedürftigen Männer zunächst häufiger beispielsweise von ihren Frauen versorgt werden. Insofern wird bei Männern eher zunächst auf eine Antragstellung verzichtet. In diesem Fall werden sie auch nicht in der Pflegestatistik erfasst.

Gut drei Viertel der Pflegebedürftigen in Deutschland wurden im Dezember 2017 zu Hause versorgt. Etwas mehr als die Hälfte erhielt ausschließlich Pflegegeld, das bedeutet, sie wurden in der Regel zu Hause durch Angehörige gepflegt. Inwieweit sich die Angehörigen durch privat bezahlte Hilfen unterstützen lassen, ist nicht bekannt. Bei ungefähr einem weiteren Viertel der Pflegebedürftigen erfolgte die Pflege in Privathaushalten zusammen mit oder vollständig durch ambulante Pflegedienste. Vollstationär in Pflegeheimen betreut wurden rund 818 000 Bewohnerinnen und Bewohner. ▶ Abb 7

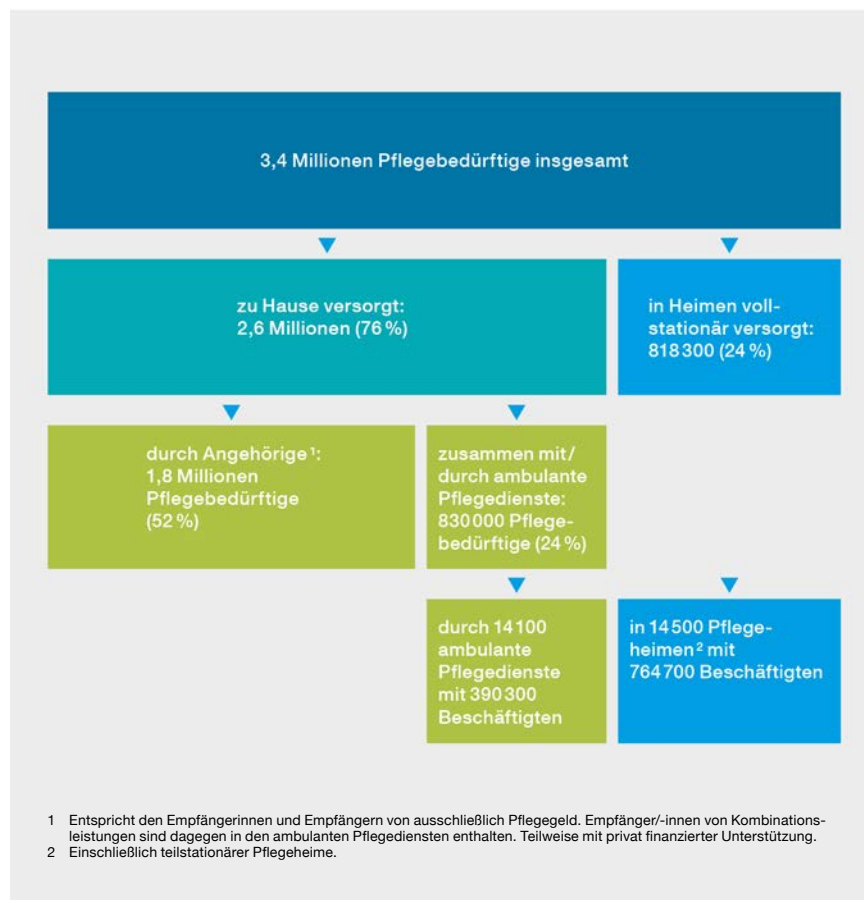
Bundesweit gab es im Dezember 2017 rund 14 500 zugelassene voll- beziehungsweise teilstationäre Pflegeheime. Gut die Hälfte der Heime befand sich in freigemeinnütziger Trägerschaft. Im Durchschnitt wurden in einem Pflegeheim 64 Pflegebedürftige betreut. Die meisten Heime boten vollstationäre Dauerpflege an.

Personal in Pflegeeinrichtungen

In den Heimen waren zum Jahresende 2017 insgesamt 765 000 Menschen beschäftigt. Teilzeitkräfte machten dabei knapp zwei Drittel aus. Die Mehrzahl aller Beschäftigten (84 %) waren Frauen.

Rund 42 % der Beschäftigten waren 50 Jahre und älter. Die meisten Beschäftigten hatten ihren Arbeitsschwerpunkt im Bereich der körperbezogenen Pflege. Altenpfleger/-pflegerin oder Gesundheits- und Krankenpfleger/-pflegerin waren dabei die wichtigsten Ausbildungsab-

▶ Abb 7 Pflegebedürftige nach Versorgungsart 2017



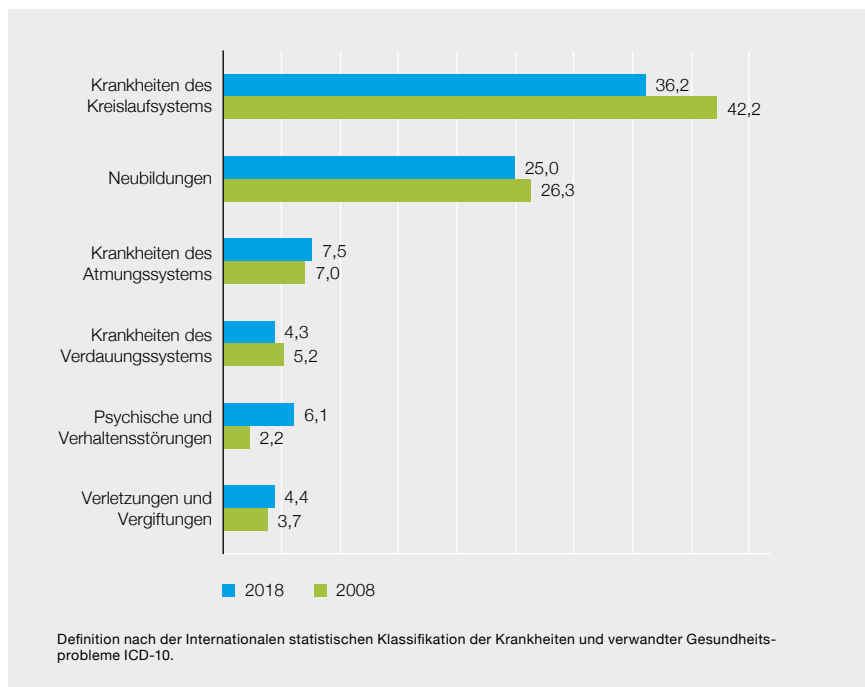
schlüsse. Von den im Bereich Pflege und Betreuung Tätigen hatte zusammen fast jede/jeder Zweite entweder einen Abschluss als Altenpfleger/-pflegerin, Gesundheits- und Krankenpfleger/-pflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-pflegerin. Zum Jahresende 2017 arbeiteten in den insgesamt 14 100 zugelassenen ambulanten Pflegediensten 390 000 Menschen. Etwa zwei Drittel davon waren in Teilzeit beschäftigt; der Frauenanteil lag bei 86 % aller Beschäftigten. Im Alter von 50 Jahren und älter waren 40 % der Beschäftigten. Auch hier war der Haupteinsatzbereich des Personals die körperbezogene Pflege. Zwei von drei Beschäftigten hatten hier ihren Arbeitsschwerpunkt (Pflegeberufe siehe auch Kapitel 3.1, Seite 109).

9.1.4 Todesursachen

Allgemeine Sterblichkeit

Im Jahr 2018 verstarben in Deutschland insgesamt 954 874 Menschen, davon 49 % Männer und 51 % Frauen. Die Zahl der Sterbefälle insgesamt ist im Vergleich zu 2008 um 13 % gestiegen. Bei einem Vergleich der Männer und Frauen zeigt sich, dass die Geschlechter unterschiedlich stark betroffen sind: Während die Zahl der verstorbenen Frauen im Jahr 2018 nur um 9 % höher als 2008 lag, stieg die Anzahl der verstorbenen Männer im gleichen Zeitraum um 18 %. Die Gründe hierfür sind vielfältig und reichen beispielsweise von der bei Frauen höheren Lebenserwartung über das höhere Risikoverhalten der Männer bis hin zu einem unterschiedli-

► Abb 8 Krankheitsbedingte Todesursachen – in Prozent



chen Gesundheitsbewusstsein. Auch bei den Altersgruppen gab es in den letzten zehn Jahren große Verschiebungen: Der Anteil der Verstorbenen, die 90 Jahre und älter waren, stieg seit 2008 um 5 % an und lag im Jahr 2018 bei 19 %.

Häufigste Todesursachen

Die häufigste Todesursache (Einzeldiagnose) war bei Männern wie Frauen gleich: Es handelte sich um die chronische ischämische Herzkrankheit. Sie wird meist durch eine Arteriosklerose (»Arterienverkalkung«) verursacht und war wie 2018 auch in den Vorjahren die meistbenannte Todesursache. An ihr verstarben 76 300 Personen, davon waren 40 600 männlich und 35 700 weiblich.

Fünf der zehn häufigsten Todesursachen waren dem Bereich der Herzkreislauf-Erkrankungen zuzuordnen. Es handelte sich dabei um die chronische ischämische Herzkrankheit, den akuten Herzinfarkt, die Herzinsuffizienz, die Hypertensive Herzkrankheit (eine Erkrankung des Herzmuskels durch chronischen

Bluthochdruck) sowie Vorhofflattern und Vorhofflimmern. Allein an diesen fünf Erkrankungen starben 2018 insgesamt 96 000 Männer und 109 000 Frauen. Weitere häufige Todesursachen waren Krebserkrankungen (Bösartige Neubildungen). Bei den Männern waren Krebserkrankungen der Bronchien und Lunge, der Prostata, des Dickdarms und des Pankreas die Ursache für 61 000 Sterbefälle. Bei den Frauen waren es Brustkrebs und Lungenkrebs: Insgesamt 35 000 Frauen verstarben daran.

Todesursachen im Zeitvergleich

Die Bedeutung bestimmter Krankheitsgruppen am Sterbe geschehen hat sich im Zeitraum von 2008 bis 2018 verschoben. Der Anteil der Krankheiten des Kreislaufsystems an allen Todesursachen ist um 6,0 Prozentpunkte zurückgegangen. Starben im Jahr 2008 noch 42 % aller Verstorbenen an einer solchen Erkrankung, betrug der Anteil im Jahr 2018 nur noch 36 %. Im gleichen Zeitraum ist der Anteil der psychischen Erkrankungen an allen Todesursachen von 2,2 % im Jahr 2008 auf

6,1 % angestiegen. Insbesondere die Demenz trug zu diesem Zuwachs bei. ► Abb 8

9.1.5 Schwangerschaftsabbrüche

Im Jahr 2019 wurden 100 893 Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland gemeldet, zehn Jahre zuvor waren es 110 694 Eingriffe. Bezogen auf die Zahl der Frauen zwischen 15 und 49 Jahren waren dies 58 Abbrüche je 10 000 Frauen im Jahr 2019 und damit gleich viele wie 2009. Knapp drei Viertel (72 %) der Frauen, die 2019 einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, waren zwischen 18 und 34 Jahre alt, 18 % zwischen 35 und 39 Jahre. Rund 8 % der Frauen waren 40 Jahre und älter. Die unter 18-Jährigen hatten einen Anteil von 3 %.

Nach einer vorgeschriebenen vorherigen Schwangerschaftskonfliktberatung wurden 96 % der gemeldeten Schwangerschaftsabbrüche vorgenommen. Medizinische und kriminologische Indikationen waren in 4 % der Fälle die Begründung für den Abbruch.

9.1.6 Stationäre Versorgung

Drei große Akteure prägen die medizinische Versorgung in Deutschland: die Erbringer ambulanter Leistungen (beispielsweise in Praxen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte sowie in Apotheken), die Erbringer stationärer Leistungen (in Krankenhäusern, Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen und Pflegeheimen) sowie die Leistungserbringer sogenannter vorgelagerter Marktstufen (Hersteller von medizinisch-technischen Geräten und von Arzneimitteln). Letztere kommen dabei in der Regel nicht direkt mit den Nachfragenden gesundheitlicher Güter und Leistungen in Kontakt.

Der folgende Abschnitt beschreibt das Leistungsangebot der Krankenhäuser im Bereich der stationären Gesundheitsversorgung (Betten und personelle Ausstattung) sowie deren Inanspruchnahme.

Krankenhäuser sind Gegenstand der jährlichen Krankenhausstatistik. Erfasst werden in erster Linie Angaben über die sachliche und personelle Ausstattung der Krankenhäuser (Anzahl der Krankenhäu-

► **Tab 2** Krankenhäuser, Betten und Patientenbewegungen

		2017	2007	Veränderung 2017–2007 in %
Krankenhäuser	Anzahl	1 942	2 087	–6,9
Betten	Anzahl	497 182	506 954	–1,9
	↳ je 100 000 Einwohner/ -innen ¹	602	616	–2,3
Fälle	in 1 000	19 443	17 179	+13,2
Berechnungs-/ Belegungstage	in 1 000	141 152	142 893	–1,2
Durchschnittliche Verweildauer	Tage	7,3	8,3	–12,0
Durchschnittliche Bettenauslastung	in %	77,8	77,2	+0,8

1 Mit der Durchschnittsbevölkerung auf Grundlage des Zensus 2011 berechnet.

► **Tab 3** Personal in Krankenhäusern

		2017	2007	Veränderung 2017–2007 in %
Beschäftigte am Stichtag 31.12.				
Ärztlicher Dienst ¹		186 021	136 267	+36,5
Nichtärztlicher Dienst ²		967 439	858 151	+12,7
↳ Pflegedienst		437 648	392 896	+11,4
Vollkräfte im Jahresdurchschnitt				
Ärztlicher Dienst ¹		161 208	126 000	+27,9
Nichtärztlicher Dienst ²		733 193	666 299	+10,0
↳ Pflegedienst		328 327	298 325	+10,1

1 Hauptamtliche Ärzte/Ärztinnen, ohne Zahnärzte/-ärztinnen.

2 Ohne Personal der Ausbildungsstätten und ohne Schülerinnen und Schüler sowie Auszubildende.

ser, aufgestellte Betten sowie ärztliches und nichtärztliches Personal). Darüber hinaus ermöglichen patientenbezogene Daten (Fallzahl und Berechnungs- / Belegungstage) zum Beispiel Aussagen über die Auslastung der Betten und die durchschnittliche Verweildauer.

Ausstattung der Krankenhäuser

Im Jahr 2017 standen in insgesamt 1 942 Krankenhäusern rund 497 200 Betten für die stationäre Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung. Gegenüber 2007 war die Zahl der Krankenhäuser infolge von Schließungen und Fusionen um 6,9 % niedriger, die Anzahl der Krankenhausbetten war um 1,9 % geringer. ► [Tab 2](#)

Je 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner standen 602 Krankenhausbetten zur Verfügung. Das waren 14 Betten je

100 000 Einwohnerinnen und Einwohner weniger als im Jahr 2007. Ein Krankenhaus in Deutschland verfügte im Jahr 2017 über durchschnittlich 256 Betten (2007: 243 Betten).

Für die Versorgung der Patientinnen und Patienten standen 186 000 Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung. Gegenüber 2007 nahm das ärztliche Personal um rund 50 000 Beschäftigte (37 %) zu. Die Zahl der im nichtärztlichen Dienst Beschäftigten lag bei rund 967 400. Das entspricht einer Zunahme um gut 109 000 Beschäftigte (13 %) gegenüber 2007. Die meisten Beschäftigten im nichtärztlichen Dienst (45 %) gehören zum Pflegedienst. Hier wurden 437 600 Beschäftigte (+ 11 %) im Jahr 2017 gezählt.

Die Beschäftigtenzahl berücksichtigt jedoch keine unterschiedlichen Beschäf-

tigungsmodelle wie Teilzeit- oder geringfügige Beschäftigung. Die Zahl der Vollkräfte im ärztlichen Dienst lag im Jahr 2017 bei 161 200 (+ 28 %). Im nichtärztlichen Dienst wurden 733 200 Vollkräfte (+ 10 %) und im Pflegedienst 328 300 (+ 10 %) gezählt. ► [Tab 3](#)

Leistungen und Auslastung der Krankenhäuser

Rund 19,4 Millionen Patientinnen und Patienten wurden 2017 vollstationär im Krankenhaus behandelt. Die Zahl der Berechnungs- / Belegungstage lag bei 141,2 Millionen. Gegenüber 2007 ist die Fallzahl um 13,2 % gestiegen – zugleich ist die Zahl der Berechnungs- / Belegungstage um 1,2 % zurückgegangen.

Die durchschnittliche Verweildauer lag im Jahr 2017 bei 7,3 Tagen. Im Jahr 2007 dauerte ein Aufenthalt noch durchschnittlich 8,3 Tage. Die Liegezeiten haben sich also weiter verkürzt. Die Verweildauer im Krankenhaus wird wesentlich von der Diagnose der Patientinnen und Patienten und damit der Fachabteilung, in der diese sich aufhalten, beeinflusst. Während ein Aufenthalt in der Fachabteilung Augenheilkunde im Durchschnitt 2,9 Tage dauerte, mussten Patientinnen und Patienten in der Fachabteilung Herzchirurgie mit 10,9 Tagen annähernd viermal so lange im Krankenhaus bleiben. Die längste durchschnittliche Verweildauer in einer allgemeinen Fachabteilung betrug 15,3 Tage in der Geriatrie. Der Aufenthalt in einer psychiatrischen Fachabteilung dauerte zwischen 23,8 Tage in der Psychiatrie und Psychotherapie und 42,9 Tage in der Psychotherapeutischen Medizin / Psychosomatik.

Die insgesamt steigende Zahl der Patientinnen und Patienten ist ein Indiz für den zunehmenden Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung mit entsprechend erhöhter Krankheitsanfälligkeit. Die kürzere durchschnittliche Verweildauer beruht einerseits auf dem medizinischen Fortschritt und andererseits auf den Maßnahmen zur Kostendämpfung im Gesundheitsbereich.

► **Tab 4 Krankenversicherung nach Art des Versicherungsverhältnisses 2019**
– in Tausend

	Insgesamt	Männlich	Weiblich	Ohne Migrationshintergrund	Mit Migrationshintergrund
Zur Krankenversicherung befragte Personen (hochgerechnet)	79 079	39 075	40 003	58 770	20 308
Krankenversicherte	79 017	39 036	39 981	58 744	20 273
↳ gesetzlich versichert	69 753	33 634	36 119	50 740	19 013
↳ selbst versichert	53 519	26 902	26 618	41 132	12 387
↳ als Familienangehörige/r mitversichert	16 234	6 733	9 501	9 608	6 625
↳ privat versichert	8 835	5 134	3 701	7 709	1 125
↳ ausschließlich sonstiger Anspruch auf Krankenversorgung ¹	140	111	28	126	14
↳ keine Angabe zur Art des Versicherungsverhältnisses	290	156	134	169	121
Nichtkrankenversicherte ²	61	39	22	26	35

¹ Anspruch auf Krankenversorgung als Sozialhilfeempfänger/-in, Kriegsschadenrentner/-in oder Empfänger/-in von Unterhaltshilfe aus dem Lastenausgleich, Beamtinnen/Beamte, Richterinnen/Richter, Freie Heilfürsorge der Polizei und Bundeswehr.

² Hierzu zählen Personen, die die Frage »Sind Sie krankenversichert?« verneint und keinen sonstigen Anspruch auf Krankenversorgung haben.
Datenbasis: Mikrozensus – Bevölkerung in Familien/Lebensformen am Hauptwohnsitz

Im Jahr 2017 waren die Krankenhausbetten zu 78 % ausgelastet. Dieser Wert bildet das Verhältnis aus tatsächlicher Bettenbelegung und maximaler Bettenbelegung ab. In den psychiatrischen Fachabteilungen lag die Bettenauslastung bei über 90 % (maximal 94 % in der »Psychiatrie und Psychotherapie«). Im Bereich der allgemeinen Fachabteilungen hatte die Geriatrie mit gut 89 % die höchste, die Nuklearmedizin mit 46 % die geringste Bettenauslastung.

9.1.7 Krankenversicherung

In Deutschland ist eine Absicherung im Krankheitsfall in Form eines Versicherungsverhältnisses für alle gesetzlich vorgeschrieben. Unter dem Schutz der gesetzlichen Krankenversicherung standen 88 % der Menschen, die im Jahr 2019 im Rahmen des Mikrozensus (siehe Kapitel

2.1, Seite 52, Info 1) Angaben zu ihrer Krankenversicherung gemacht haben. Die gesundheitsbezogenen Fragen werden im vierjährigen Abstand, zuletzt 2019, gestellt. Dabei waren Frauen etwas häufiger (90 %) gesetzlich krankenversichert als Männer (86 %). Privat krankenversichert waren 11 % der Einwohnerinnen und Einwohner, Männer etwas häufiger (13 %) als Frauen (9 %). Allerdings gab es – trotz gesetzlicher Krankenversicherungspflicht – auch 61 000 Menschen, die nicht krankenversichert waren und auch keinen Anspruch auf Krankenversorgung besaßen. Das entspricht einem Anteil von 0,1 % der Bevölkerung. Von den Personen ohne Krankenversicherungsschutz waren 39 000 männlich und 22 000 weiblich. Rund 35 000 der Personen ohne Krankenversicherung hatten einen Migrationshintergrund. ► [Tab 4](#)

9.2 Gesundheitliche Ungleichheit

Thomas Lampert, Niels Michalski,
Stephan Müters, Benjamin Wachtler,
Jens Hoebel
Robert Koch-Institut (RKI)

WZB/SOEP

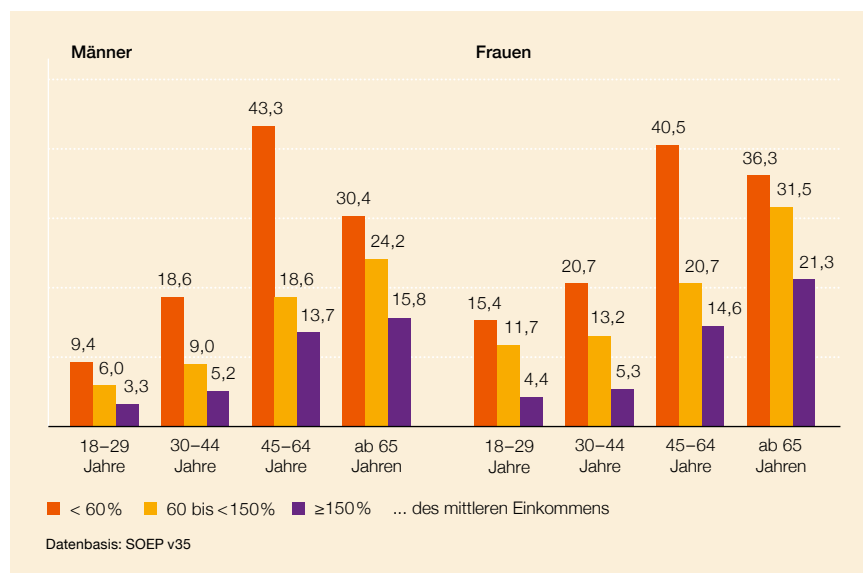
Der Begriff »gesundheitliche Ungleichheit« beschreibt soziale Unterschiede im Gesundheitszustand, im Gesundheitsverhalten und in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung. Mit der Sozialepidemiologie hat sich in den vergangenen Jahren eine eigenständige Forschungsdisziplin etabliert, die den Schwerpunkt auf die Analyse der gesundheitlichen Ungleichheit legt. Auch die Gesundheitsberichterstattung präsentiert regelmäßig Daten und Fakten zur gesundheitlichen Ungleichheit. Im Folgenden wird auf verschiedene Datenquellen zurückgegriffen, zum Beispiel auf das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) und das Gesundheitsmonitoring des Robert

Koch-Instituts, um das Ausmaß und die Entwicklung der gesundheitlichen Ungleichheit in Deutschland zu beschreiben.

9.2.1 Einkommen und Gesundheit

Das Einkommen vermittelt den Zugang zu den meisten Bedarfs- und Gebrauchsgütern und ist eine wichtige Grundlage der Vermögensbildung, der Vorsorge und der sozialen Absicherung. Neben den materiellen Aspekten ist das Einkommen für die soziale Integration und soziokulturelle Teilhabe sowie für das psychosoziale Wohlbefinden und die gesundheitsbezogene Lebensqualität bedeutsam. So lässt sich zeigen, dass Personen, die einem

► **Abb 1** Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands (»weniger gut« oder »schlecht«) nach drei Einkommensgruppen 2018 — in Prozent



► **Tab 1** Mittlere Lebenserwartung bei Geburt nach Einkommen 1992–2016 — in Jahren

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

Datenbasis: SOEP und Periodensterbetafeln 1992–2016
Quelle: Lampert et al. 2019

Armutrisiko ausgesetzt sind (siehe dazu die Kapitel 6.2, Seite 222, und 6.3, Seite 229), ihren allgemeinen Gesundheitszustand häufiger als weniger gut oder schlecht bewerten. Allerdings bestehen in dieser Hinsicht auch Unterschiede zwischen den Angehörigen der mittleren und höheren Einkommensgruppe. Diese Einkommensabhängigkeit zeichnete sich bei Männern und Frauen im Jahr 2018 deutlich ab. Bei statistischer Kontrolle des Alterseffekts zeigt sich, dass bei Männern aus der armutsgefährdeten Gruppe das Risiko eines weniger guten oder schlechten allgemeinen Gesundheitszustands im Verhältnis zu Männern aus der hohen Einkommensgruppe um den Faktor 3,2 erhöht war. Bei Frauen betrug das entsprechende Verhältnis 3,0 zu 1. ▶ [Abb 1](#)

Wie die Daten der Studie zur »Gesundheit in Deutschland aktuell« (GEDA, www.geda-studie.de) aus den Jahren 2014/2015 deutlich machen, waren Män-

ner und Frauen, die einem Armutrisiko ausgesetzt sind, vermehrt von chronischen Krankheiten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, chronischer Bronchitis oder Depressionen betroffen.

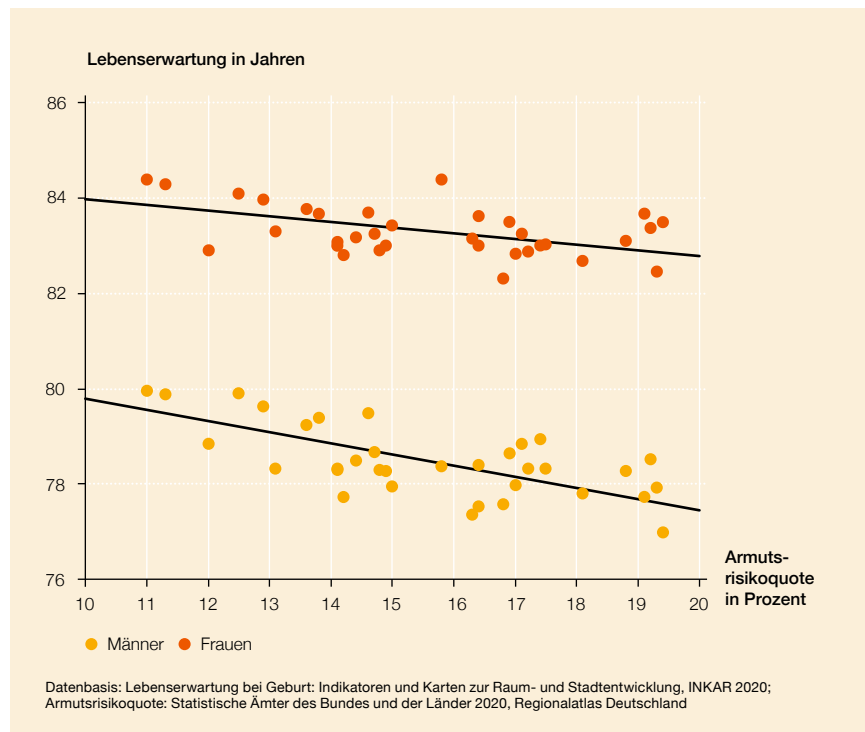
Aufschluss über Einkommensunterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung geben Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP). Demnach lag die mittlere Lebenserwartung von Männern der niedrigsten Einkommensgruppe unterhalb der Armutrisikogrenze bei Geburt 8,6 Jahre unter der von Männern der hohen Einkommensgruppe. Bei Frauen betrug diese Differenz 4,4 Jahre. Auffallend ist dabei, dass sich auch zwischen den mittleren Einkommensgruppen Unterschiede zeigen, sodass von einer graduellen Abstufung der Lebenserwartung ausgegangen werden kann. ▶ [Tab 1](#)

Weitere Analysen derselben Daten zeigen, dass rund 13 % der Frauen der niedrigsten Einkommensgruppe vor Vollen-

dung des 65. Lebensjahres starben, bei den Frauen der höchsten Einkommensgruppe waren es lediglich etwa 8 %. Bei Männern war die vorzeitige Sterblichkeit in allen Einkommensgruppen deutlich höher und die Unterschiede zwischen der niedrigsten und der höchsten Einkommensgruppe fielen mit 27 % gegenüber rund 14 % stärker aus. Auch in der ferneren Lebenserwartung ab einem Alter von 65 Jahren zeichnen sich die Unterschiede zwischen den Einkommensgruppen deutlich ab: Die Differenz zwischen der höchsten und der niedrigsten Einkommensgruppe betrug bei Männern 6,6 Jahre und bei Frauen 3,7 Jahre. Die Differenzen in der ferneren Lebenserwartung lassen sich zum Teil auf eine erhöhte psychische und physische Belastung im Lebenslauf sowie auf geringere materielle, kulturelle und soziale Ressourcen in der untersten Einkommensgruppe zurückführen. Ergebnisse aus Trendanalysen sprechen dafür, dass die sozialen Unterschiede in der Lebenserwartung in den vergangenen 25 Jahren relativ stabil geblieben sind.

Auf sozialräumlicher Ebene ist der Zusammenhang zwischen Einkommen und Lebenserwartung ebenfalls zu beobachten. Im Allgemeinen gilt, dass die mittlere Lebenserwartung bei Geburt in den Regionen mit den niedrigsten Armutrisikoquoten am höchsten ist und dass dieser Zusammenhang umso stärker sichtbar wird, je kleinräumiger die Betrachtung erfolgt. Die Armutrisikoquote misst den Anteil der Personen mit einem Nettoäquivalenzeinkommen unterhalb der Armutsgefährdungsschwelle von 60 % des Medians aller Nettoäquivalenzeinkommen in der betrachteten Population. Bei Männern betrug die Differenz in der Lebenserwartung auf NUTS-2-Ebene (Regierungsbezirke beziehungsweise statistische Regionen nach der »Nomenclature des unités territoriales statistiques«) zwischen den Regionen mit den höchsten und niedrigsten Armutrisikoquoten etwa drei Jahre, bei Frauen etwa zwei Jahre. ▶ [Abb 2](#)

▶ **Abb 2** Zusammenhang zwischen mittlerer Lebenserwartung bei Geburt und Armutrisikoquote auf NUTS-2-Ebene (Regierungsbezirke, statistische Regionen) 2017



► Info 1
Bildungsniveau

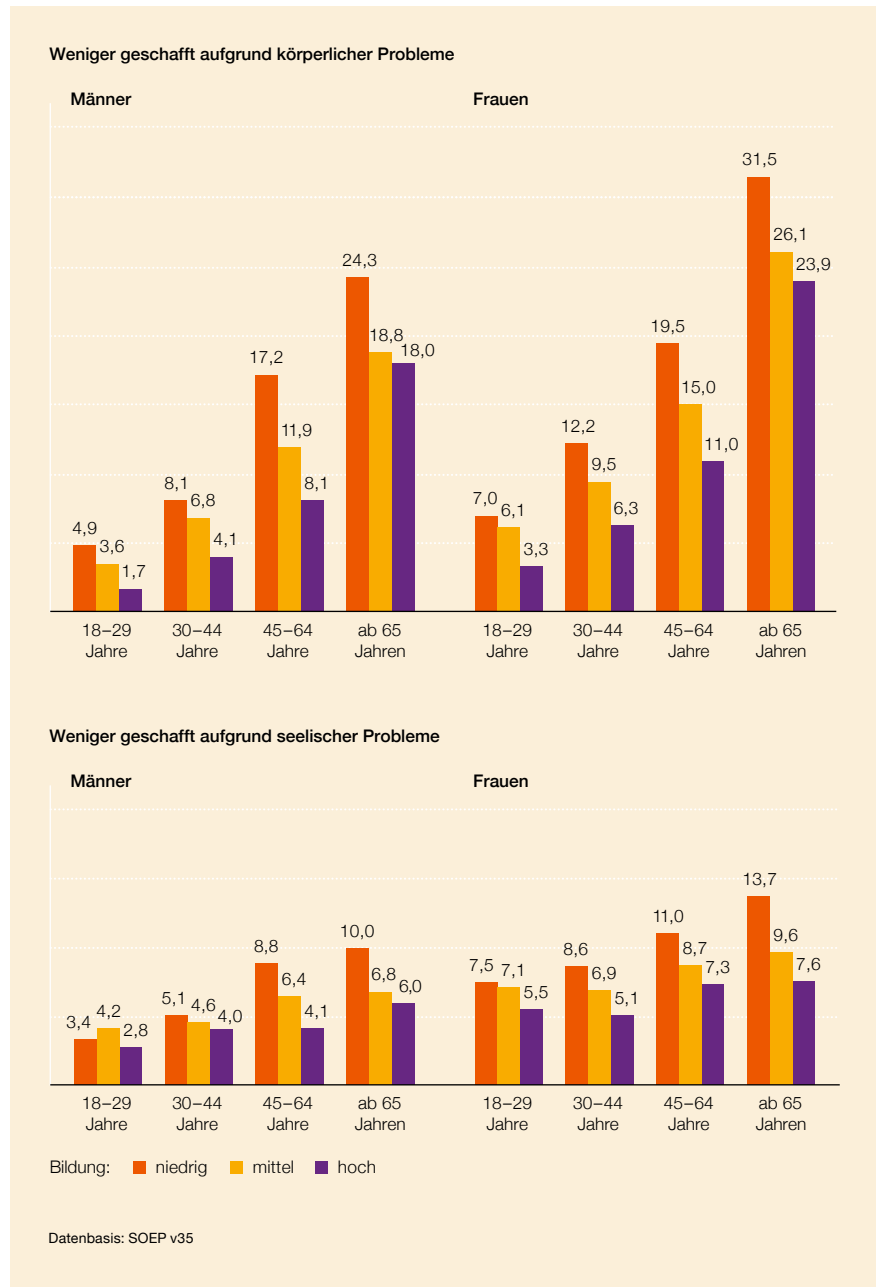
Zur Ermittlung des Bildungsniveaus wird im Folgenden auf die CASMIN-Klassifikation (»Comparative Analyses of Social Mobility in Industrial Nations«) zurückgegriffen, die in den 1970er-Jahren für international vergleichende Analysen zur sozialen Mobilität entwickelt wurde. Im Jahr 2003 wurde eine überarbeitete 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, von denen ausgehend ein niedriges, mittleres und hohes Bildungsniveau (»primary/low secondary«, »mediate/high secondary« and »tertiary« education) abgegrenzt werden kann.

9.2.2 Bildung als Ressource für Gesundheit

Neben dem Einkommen besitzt auch die Bildung einen hohen Stellenwert für die Gesundheit. Durch den Zusammenhang zwischen formalen Bildungsabschlüssen und der Stellung in der Arbeitswelt ergeben sich Bezüge zu berufsbezogenen Belastungen und Ressourcen sowie zur Einkommenssituation. Bildung drückt sich außerdem in Wissen und Handlungskompetenzen aus, die eine gesundheitsförderliche Lebensweise und den Umgang mit Belastungen und Gesundheitsproblemen unterstützen. Eine wichtige Rolle spielen dabei Einstellungen, Überzeugungen und Werthaltungen, die sich bereits früh im Leben unter dem Einfluss der elterlichen Erziehung und der Bildungsinstitutionen entwickeln. ► Info 1

Gesundheitliche Probleme und Krankheiten, die die Ausübung arbeitsbezogener oder alltäglicher Aktivitäten dauerhaft einschränken, sind mit negativen Konsequenzen für die Lebensqualität der Betroffenen verbunden, haben Auswirkungen auf ihr soziales Umfeld und stellen zudem die sozialen Sicherungssysteme vor große Herausforderungen. Nach

► Abb 3 Einschränkungen in Arbeit und Alltag aufgrund körperlicher und seelischer Probleme nach Bildung 2018 – in Prozent



Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) gaben im Jahr 2018 Personen mit niedriger Bildung in jeder Altersgruppe häufiger als Personen mit hoher Bildung an, aufgrund körperlicher oder seelischer Probleme in ihren arbeits- oder alltagsbezogenen Beschäftigungen eingeschränkt

zu sein. Im Verhältnis zur hohen Bildungsgruppe drückte sich dies bei Männern mit niedriger Bildung in einem um das 2,3-fach und bei Frauen in einem um das 2,2-fach erhöhte Risiko für Einschränkungen aufgrund körperlicher Probleme aus. Das Risiko für Einschrän-

kungen aufgrund seelischer Probleme war bei Männern und Frauen in der niedrigen Bildungsgruppe um das 2-Fache erhöht. ▶ Abb 3

Personen mit niedriger Bildung berichteten signifikant häufiger, in den vergangenen vier Wochen immer oder oft unter starken Schmerzen gelitten zu haben, als Personen mit mittlerer und hoher Bildung. Der Zusammenhang zwischen einem niedrigeren Bildungsgrad und der Zunahme der Häufigkeit von Schmerzen ist bei Männern und Frauen in allen Altersgruppen zu beobachten. Kontrolliert man den Alterseinfluss, hatten Männer der niedrigen im Vergleich zu denen der hohen Bildungsgruppe ein 3,2-mal so hohes Risiko, von starken körperlichen Schmerzen betroffen zu sein. Bei Frauen betrug das entsprechende Verhältnis 2,5 zu 1. Auch zwischen der mittleren und hohen Bildungsgruppe sind signifikante Unterschiede im Vorkommen von Schmerzen festzustellen. ▶ Abb 4

Die Bedeutung der Bildung für das Gesundheitsverhalten lässt sich mit Befunden zum Tabakkonsum verdeutlichen. Nach Daten der GEDA-Studie rauchten im Jahr 2014/2015 Personen mit niedriger Bildung weitaus häufiger als Personen mit mittlerer Bildung und insbesondere als Personen mit hoher Bildung. Bei statistischer Kontrolle des Alterseffekts war das Risiko zu rauchen bei Männern und Frauen mit niedriger Bildung im Vergleich zu denen mit hoher Bildung um den Faktor 1,9 beziehungsweise 2,5 erhöht. Am Verhältnis von ehemaligen und aktuellen Raucherinnen und Rauchern wird zudem deutlich, dass Personen mit niedriger Bildung seltener beziehungsweise später das Rauchen wieder aufgaben (siehe dazu auch Abschnitt 9.2.7, Seite 343). ▶ Tab 2

Auch in Bezug auf gesundheitsförderliche körperliche Aktivität in der Freizeit treten Unterschiede nach dem Bildungsniveau zutage. Personen mit hoher Bildung erreichten deutlich häufiger die von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfohlene Bewegungsempfehlung entsprechender Ausdaueraktivitäten von

▶ Abb 4 Starke körperliche Schmerzen in den letzten vier Wochen (»immer« oder »oft«) nach Bildung 2018 – in Prozent



▶ Tab 2 Rauchverhalten nach Bildung 2014 – in Prozent

	Männer			Frauen		
	Raucher	Ex-Raucher	Nie-Raucher	Raucherinnen	Ex-Raucherinnen	Nie-Raucherinnen
18–29 Jahre						
Niedrige Bildung	48,8	11,0	40,2	37,3	17,4	45,3
Mittlere Bildung	33,2	13,1	53,7	29,1	15,9	55,0
Hohe Bildung	25,7	9,3	65,0	15,6	14,6	69,8
30–44 Jahre						
Niedrige Bildung	43,7	29,3	27,0	37,9	27,2	34,9
Mittlere Bildung	36,4	30,0	33,6	28,7	26,6	44,7
Hohe Bildung	25,9	23,1	51,0	13,1	28,0	58,8
45–64 Jahre						
Niedrige Bildung	34,3	39,4	26,3	27,9	33,9	38,2
Mittlere Bildung	28,8	38,4	32,8	24,9	31,8	43,3
Hohe Bildung	17,9	33,4	48,7	13,1	32,3	54,5
Ab 65 Jahren						
Niedrige Bildung	8,0	55,5	36,5	6,2	22,4	71,5
Mittlere Bildung	11,1	55,7	33,2	7,4	28,4	64,2
Hohe Bildung	9,8	54,4	35,9	7,6	32,9	59,5

Datenbasis: GEDA 2014/2015-EHIS

mindestens 2,5 Stunden pro Woche als Personen mit mittlerer und niedriger Bildung. Dies gilt für alle betrachteten Altersgruppen. Während nach den Daten der GEDA-Studie rund 57 % der Männer und 54 % der Frauen mit hoher Bildung diese Bewegungsempfehlung erreichten, waren es bei Männern und Frauen der niedrigen Bildungsgruppe nur 41 beziehungsweise 34 %. Unter Berücksichtigung der unterschiedlichen Alterszusammensetzung der Bildungsgruppen lässt sich feststellen, dass Männer mit niedriger Bildung im Vergleich zu Männern mit hoher Bildung ein 1,8-mal höheres Risiko aufwiesen, die Empfehlungen zur gesundheitsförderlichen Ausdaueraktivität nicht einzuhalten. Bei Frauen lag das Verhältnis der beiden Vergleichsgruppen bei 2,2 zu 1.

Bildungsunterschiede zeigten sich in weiteren Studien auch in Bezug auf die Inanspruchnahme von Präventionsangeboten, das Gesundheitswissen und die Krankheitsbewältigung. Beispielsweise nahmen Personen mit niedriger Bildung seltener Krebsfrüherkennungsuntersuchungen und andere Präventionsangebote wahr, die größtenteils zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen gehören, also ohne Zuzahlungen in Anspruch genommen werden können. Dies galt zum Beispiel für die zahnärztliche Kontrolluntersuchung oder den Gesundheits-Check-up ab 35. Dies traf ebenso auf die Teilnahme an Bonusprogrammen der gesetzlichen Krankenkassen zu, die zu einer gesundheitsbewussten Lebensführung und Gesundheitsvorsorge motivieren sollen. Personen mit niedriger Bildung kannten zudem deutlich weniger der typischen Symptome für Schlaganfall und Herzinfarkt als Personen mit mittlerer und hoher Bildung. Interessant ist auch, dass Diabetikerinnen und Diabetiker mit niedriger Bildung seltener an Diabetikerschulungen teilnahmen und weitaus größere Schwierigkeiten hatten, die Behandlung der Erkrankung im Alltag umzusetzen.

Die Relevanz der Bildung für die Gesundheit zeigt sich auch hinsichtlich der



41

Prozent der Frauen mit niedrigen Löhnen fühlten sich 2018 durch ihre Arbeit psychisch belastet. Bei Männern mit niedrigen Löhnen waren es fast 37 Prozent. Der Anteil psychisch belasteter Personen war mehr als dreimal so hoch wie bei Personen mit hohen Löhnen.

Lebenserwartung. Verschiedene Studien belegen, dass ein höheres Bildungsniveau mit einer verringerten Sterbewahrscheinlichkeit und einer höheren Lebenserwartung assoziiert ist. Dieser Zusammenhang ist für Männer stärker ausgeprägt als für Frauen.

9.2.3 Arbeitsweltbezogene Einflüsse auf die Gesundheit

Krankheits- oder unfallbedingte Fehlzeiten sind ein zentraler Indikator arbeitsweltbezogener Einflüsse auf die Gesundheit. Sie machen auf Gesundheitsrisiken und Belastungen aufmerksam, bevor Berufskrankheiten entstehen oder es zu vorzeitigen krankheitsbedingten Renteneintritten kommt. Die Fehlzeiten lassen sich zudem nach Diagnosen differenzieren und geben dadurch einen Überblick über die Krankheitslast in der erwerbstätigen Bevölkerung. Im Jahr 2018 gingen nach Ergebnissen der Bundesanstalt für Arbeitsmedizin und Arbeitsschutz (BAuA) 23 % der krankheitsbedingten Fehlzeiten in der deutschen Wirtschaft auf Muskel- und Skeletterkrankungen zurück, 13 % auf psychische und Verhaltensstörungen, 15 % auf Atemwegserkrankungen, 12 % auf Unfälle und Verletzungen sowie jeweils 5 % auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krankheiten des Verdauungssystems. Die Kosten des durch die Arbeitsunfähigkeit bedingten Produktionsausfalls werden für Deutschland auf 85 Milliarden Euro geschätzt. Die

Daten zeigen außerdem, dass Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2018 durchschnittlich 12 Tage krankheitsbedingt fehlten.

Auswertungen auf Basis der Daten zu Fehlzeiten von erwerbstätigen Versicherten der AOK zeigen zudem regelmäßig, dass Männer und Frauen mit manuellen Tätigkeiten oder in einfachen Dienstleistungsberufen deutlich häufiger und länger arbeitsunfähig sind als Männer und Frauen in hoch qualifizierten und wissensbasierten Berufen (siehe dazu etwa den AOK-Fehlzeitreport aus dem Jahr 2019). Allerdings ist zu beachten, dass in diese Statistik nur Arbeitsunfähigkeitszeiten von mehr als drei Kalendertagen eingehen, wodurch das tatsächliche Ausmaß der Fehlzeiten unterschätzt wird.

Krankheitsbedingte Fehlzeiten stehen in engem Zusammenhang mit Arbeitsbelastungen. Beschäftigte mit niedrigem Berufsstatus sind häufiger sowohl körperlichen als auch psychosozialen Belastungen ausgesetzt als Beschäftigte mit höherem Berufsstatus. Dies wird unter anderem auf ein Ungleichgewicht zwischen Verausgabung und Belohnung bei der Arbeit sowie zwischen Arbeitsanforderungen und Einflussmöglichkeiten der Erwerbstätigen zurückgeführt.

Auswertungen der GEDA-Studie zeigen für die Jahre 2014/2015, dass Männer und Frauen aus niedrigen Berufsstatusgruppen ihren Gesundheitszustand deutlich schlechter einschätzten, häufiger An-

► **Abb 5** Arbeitsbelastung und Unzufriedenheit mit der Arbeit nach Bruttostundenlohn bei 30- bis 64-jährigen Erwerbstätigen 2018 – in Prozent



zeichen einer depressiven Symptomatik berichteten und häufiger rauchten als Mitglieder höherer Berufsstatusgruppen.

Das Ausmaß der Arbeitsbelastung und der Unzufriedenheit mit der Arbeit von Erwerbstätigen kann für das Jahr 2018 ihrem Lohn gegenübergestellt werden. Der Lohn der Beschäftigten wird über den Bruttostundenlohn erfasst und nach internationalen Vorgaben ins Verhältnis zum Median der Einkommensbezieherinnen und -bezieher gesetzt. Beschäftigte mit weniger als zwei Dritteln des Medianlohns (11,01 Euro pro Stunde) werden als Niedrigeinkommensbezieherinnen und -bezieher und solche mit mehr als 150 % (25,03 Euro pro Stunde) als Hocheinkommensbezieherinnen und -bezieher angesehen. Ergebnisse auf Basis

des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) verdeutlichen, dass sowohl die körperliche und psychosoziale Arbeitsbelastung als auch die Unzufriedenheit mit der eigenen Tätigkeit bei Männern und Frauen der niedrigen Lohngruppe größer waren als in der mittleren und hohen Lohngruppe. ► **Abb 5**

Gesundheitsschädigende Arbeitsbelastungen entstehen im Wechselspiel zwischen Belastungen und Ressourcen der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer. Die selbst wahrgenommene gesundheitliche Belastung durch die Arbeit ist ein guter Indikator, um Gesundheitsrisiken von Erwerbstätigen abzubilden. Hierbei zeigt sich bei vollzeiterwerbstätigen Männern und Frauen ein Zusammenhang mit dem beruflichen Anforderungs-

niveau der Beschäftigten. Die Ergebnisse der GEDA-Studie zeigen, dass in den Jahren 2014/2015 etwa 41 % der Männer in Helfer- und Anlernertätigkeiten ihre Arbeit als stark oder sehr stark gesundheitsgefährdend beurteilten, während der Anteil bei Männern mit fachlich ausgerichteten Tätigkeiten nur etwa 34 % betrug. Bei Männern, die komplexe Spezialistentätigkeiten oder hoch komplexe Tätigkeiten ausführen, fiel der Anteil mit etwa 24 beziehungsweise 20 % deutlich niedriger aus. Bei Frauen zeigen sich die Unterschiede nach dem beruflichen Anforderungsniveau vor allem im Vergleich zu den Helfer- und Anlernertätigkeiten. Etwa ein Drittel der Frauen in Helfer- und Anlernertätigkeiten gab an, mit starken bis sehr starken gesundheitsgefährdenden Arbeitsbedingungen konfrontiert zu sein. In den Vergleichsgruppen lag dieser Anteil zwischen 21 und 24 %.

9.2.4 Arbeitslosigkeit und Gesundheit

Der Verlust des Arbeitsplatzes hat nicht nur Konsequenzen für die Einkommenssituation und den Lebensstandard, sondern ist auch mit psychosozialen Belastungen und einer Verminderung des Selbstwerts verbunden. Auswirkungen auf die Gesundheit sind vor allem dann zu erwarten, wenn die Arbeitslosigkeit länger andauert und die Aussichten auf eine Rückkehr in den Arbeitsmarkt gering sind. Zudem unterliegen gesundheitlich eingeschränkte Personen einem höheren Risiko, ihren Arbeitsplatz zu verlieren, und haben schlechtere Chancen auf eine berufliche Wiedereingliederung.

Hinweise auf Krankheiten und Beschwerden, die bei arbeitslosen Männern und Frauen vermehrt auftreten, liefert die Arbeitsunfähigkeitsstatistik der gesetzlichen Krankenkassen. Dem BKK-Gesundheitsreport kann entnommen werden, dass arbeitslose Versicherte (Empfängerinnen und Empfänger von ALG-I) im Berichtsjahr 2018 mit durchschnittlich 44,1 Tagen pro Mitglied deutlich häufiger arbeitsunfähig waren als pflichtversicherte Beschäftigte und frei-

► Tab 3 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Versicherte nach Diagnose und Versicherungsstatus 2018

Diagnosen	Männer			Frauen		
	pflichtversicherte Beschäftigte	Arbeitslose ¹	Verhältnis in %	pflichtversicherte Beschäftigte	Arbeitslose ¹	Verhältnis in %
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	96	58	60	95	52	55
Neubildungen	56	137	245	97	184	189
Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten	13	43	322	13	37	294
Psychische und Verhaltensstörungen	255	1381	542	373	1669	448
Krankheiten des Nervensystems	46	113	248	54	122	227
Krankheiten des Auges	15	13	88	13	16	124
Krankheiten des Ohres	15	20	133	18	19	106
Krankheiten des Kreislaufsystems	100	202	202	55	109	198
Krankheiten des Atmungssystems	302	136	45	334	167	50
Krankheiten des Verdauungssystems	100	112	112	79	77	97
Krankheiten der Haut und der Unterhaut	31	29	43	19	33	175
Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes	533	939	176	426	896	210
Krankheiten des Urogenitalsystems	21	24	118	42	44	105
Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde	83	128	154	99	130	131
Verletzungen und Vergiftungen	275	257	93	173	190	110
Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen	38	89	235	48	93	195
Insgesamt	1979	3681	186	1936	3837	198

1 Empfänger/-innen von ALG I; Verhältnis von Tagen je 100 Versicherte im Vergleich von Arbeitslosen und beschäftigten Pflichtmitgliedern.
Quelle: BKK, Gesundheitsreport 2019

willig versicherte Beschäftigte mit 13,0 beziehungsweise 11,7 Tagen. Im Vergleich zum Jahr 2016 ist vor allem bei den arbeitslosen Versicherten eine deutliche Zunahme zu verzeichnen.

Eine diagnosespezifische Betrachtung verdeutlicht, dass Unterschiede zwischen arbeitslosen und beschäftigten Versicherten insbesondere bei Arbeitsunfähigkeitstagen infolge von psychischen und Verhaltensstörungen (inklusive Suchterkrankungen), Stoffwechselkrankheiten, Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und Krankheiten des Nervensystems, des Kreislaufsystems sowie von Neubildungen hervortraten. Der größte Unterschied findet sich bezüglich psychischer und Verhaltensstörungen. Diese waren bei arbeitslosen Frauen etwa 4,5-mal und bei arbeitslosen Männern 5,4-mal häufiger der Grund für Arbeitsunfähigkeitstage als bei pflichtversicherten Beschäftigten. Insgesamt wurden im Jahr 2018 für ar-

beitslose Versicherte fast doppelt so viele Arbeitsunfähigkeitstage verzeichnet wie für beschäftigte Pflichtversicherte. ► Tab 3

Nicht erst Arbeitslosigkeit, sondern bereits Arbeitsplatzunsicherheit ist mit einem häufigeren Auftreten von Gesundheitsproblemen assoziiert. Beschäftigte, die ihren Arbeitsplatz als gefährdet ansehen, sind häufiger stressbelastet und weisen ein deutlich erhöhtes Risiko für psychische Erkrankungen auf als erwerbstätige Männer und Frauen in ungefährdeten Beschäftigungsverhältnissen.

Eine Vielzahl von Studien belegt sowohl die negativen gesundheitlichen Folgen von Arbeitslosigkeit (Verursachung) als auch schlechtere Beschäftigungschancen für gesundheitlich beeinträchtigte Personen (Selektion). Dabei spricht die internationale Studienlage insgesamt dafür, dass die Bedeutung der Verursachung negativer gesundheitlicher Folgen von Arbeitslosigkeit für den Zusammenhang

von Arbeitslosigkeit und Gesundheit in der Regel größer ist als die der Selektion. Nach den Ergebnissen der GEDA-Studie gab von den Personen mit Arbeitslosigkeitserfahrungen in den vergangenen fünf Jahren jeder vierte Mann (25 %) und etwa jede fünfte Frau (22 %) an, dass ihre beeinträchtigte Gesundheit ein Grund für den Verlust ihres Arbeitsplatzes war. Außerdem berichteten 83 % der Männer und 85 % der Frauen, dass sich ihr Gesundheitszustand nach Eintritt in die Arbeitslosigkeit nicht wieder verbessert oder sogar noch weiter verschlechtert habe.

9.2.5 Kinder- und Jugendgesundheits

Im Kindes- und Jugendalter werden die Weichen für die gesundheitliche Entwicklung im späteren Leben gestellt. Störungen während der frühen Phasen des Körperwachstums und der Organreifeung machen sich nicht nur unmittelbar be-

merkbar, sondern können auch zu langfristigen gesundheitlichen Einschränkungen führen. Gesundheitsbezogene Einstellungen und Verhaltensmuster, die sich im Kindes- und Jugendalter ausbilden, haben häufig bis ins Erwachsenenalter hinein Bestand.

Insgesamt haben sich die allgemeinen Lebensbedingungen und die Qualität der gesundheitlichen Versorgung von Kindern in den vergangenen Jahrzehnten erheblich verbessert. Dies lässt sich unter anderem an einer historisch niedrigen Säuglings- und Kindersterblichkeit, einer verbesserten Mundgesundheit und einer deutlich geringeren Verbreitung ehemals häufiger Infektionskrankheiten festmachen. Doch auch wenn ein Großteil der Kinder und Jugendlichen in Deutschland gesund aufwächst, besteht zwischen ihrer gesundheitlichen Lage und der sozialen Lage ihrer Familie noch immer ein enger Zusammenhang. Ergebnisse aus den Schuleingangsuntersuchungen der Bundesländer belegen, dass frühe Gesundheitsstörungen und Entwicklungsverzögerungen vermehrt bei sozial benachteiligten Kindern auftreten. Jene weisen demnach weitaus häufiger körperliche, psychische, kognitive, sprachliche und motorische Entwicklungsdefizite auf als Kinder aus sozial besser gestellten Familien.

Bereits rund um die Geburt treten deutlich ausgeprägte soziale Unterschiede in der Verbreitung gesundheitsbezogener Risiko- und Schutzfaktoren zutage. Wie die Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS, www.kiggs-studie.de) des Robert Koch-Instituts für die Jahre 2014 bis 2017 zeigt, besteht hinsichtlich des mütterlichen Rauchens in der Schwangerschaft ein auffälliger sozialer Gradient: Je höher der sozioökonomische Status, desto geringer war der Anteil der Kinder, deren Mutter während der Schwangerschaft geraucht hat. ▶ **Abb 6**

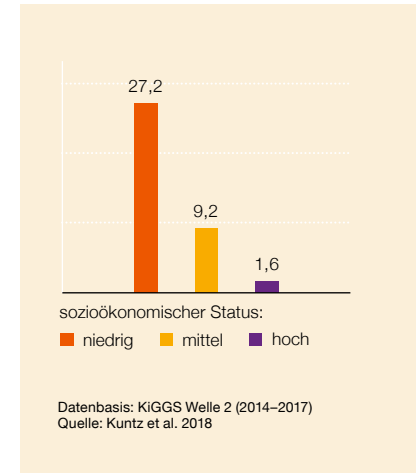
Einen ebenso gerichteten Zusammenhang belegen die Daten der KiGGS-Studie Welle 1 (2009–2012) mit Blick auf das Stillverhalten: Mit zunehmendem sozioökonomischen Status sank der Anteil der

Kinder, die nie gestillt wurden. Stillen hat protektive Auswirkungen auf die Gesundheit des Kindes. Es fördert beispielsweise die Bindung zur Mutter und reduziert das Risiko von Adipositas (Fettleibigkeit).

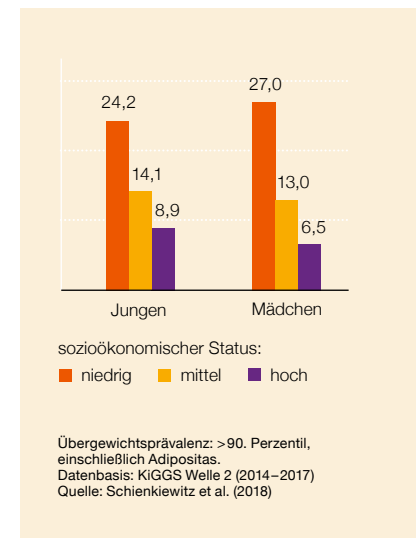
Darüber hinaus belegen die Ergebnisse der KiGGS-Studie Welle 2, dass Kinder und Jugendliche im Alter von 3 bis 17 Jahren mit niedrigem sozioökonomischen Status seltener einen guten bis sehr guten allgemeinen Gesundheitszustand aufwiesen als diejenigen mit einem höheren sozioökonomischen Status. Während bei körperlichen Erkrankungen nur geringe Unterschiede nach dem sozioökonomischen Status festzustellen waren, traten psychische Auffälligkeiten vermehrt bei Kindern und Jugendlichen mit niedrigem sozioökonomischen Status auf. Bei 3- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen ist das Risiko für psychische Auffälligkeiten in der Gruppe mit einem niedrigen sozioökonomischen Status im Vergleich zu der mit einem hohen sozioökonomischen Status um das 3,5-Fache erhöht. Das Risiko für eine Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörung (ADHS) war um das 2,8-fache größer. ADHS gehört zur Gruppe der Verhaltens- und emotionalen Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend. Sie äußert sich durch Probleme mit Aufmerksamkeit, Impulsivität und Selbstregulation; manchmal kommt zusätzlich starke körperliche Unruhe (Hyperaktivität) hinzu.

Mit Blick auf das Gesundheitsverhalten war unter anderem zu beobachten, dass sozial benachteiligte Kinder und Jugendliche seltener Sport trieben und sich ungesünder ernährten. Außerdem rauchten sie häufiger und waren in stärkerem Maße Passivrauchbelastungen ausgesetzt. Auch die Verbreitung von Übergewicht im Kindes- und Jugendalter hängt vom sozioökonomischen Status der Familie ab. Während etwa ein Viertel der Jungen und Mädchen aus sozial benachteiligten Familien übergewichtig waren, waren es bei gleichaltrigen Jungen und Mädchen aus Familien mit hohem sozioökonomischen Status nur 8,9 beziehungsweise 6,5 %. ▶ **Abb 7**

▶ **Abb 6** Mütterliches Rauchen in der Schwangerschaft nach sozioökonomischem Status 2014–2017 — in Prozent



▶ **Abb 7** Übergewichtsprävalenz bei 3- bis 17-Jährigen nach Geschlecht und sozioökonomischem Status 2014–2017 — in Prozent



Hinzu kommt, dass Angebote wie die Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten im Kindesalter (»U-Untersuchungen«) von sozial benachteiligten Eltern mit ihren Kindern etwas seltener in Anspruch genommen wurden als von sozial besser gestellten Familien. Dieser Unterschied ist in den vergangenen Jahren deutlich geringer geworden.

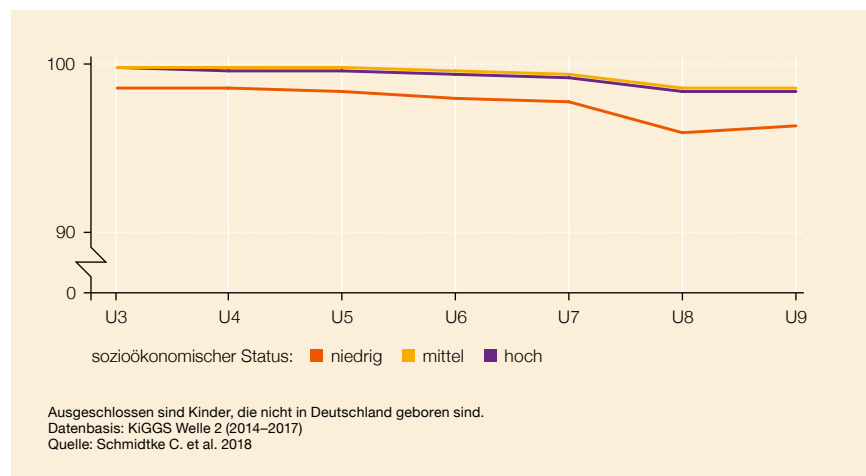
Wird die vollständige Inanspruchnahme der Untersuchungsreihe (U3 bis U9, ohne U7a) betrachtet, so haben 94,6% der 7- bis 13-jährigen Kinder aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status an allen Untersuchungen teilgenommen, während die Gleichaltrigen aus Familien mit hohem sozioökonomischen Status zu 98,0% teilgenommen haben. Der Unterschied liegt laut den Daten der KiGGS-Studie in den Jahren 2014 bis 2017 bei nur noch gut 3 Prozentpunkten. In den Jahren 2009 bis 2012 waren es noch knapp 9 Prozentpunkte. ▶ **Abb 8**

9.2.6 Migration und Gesundheit

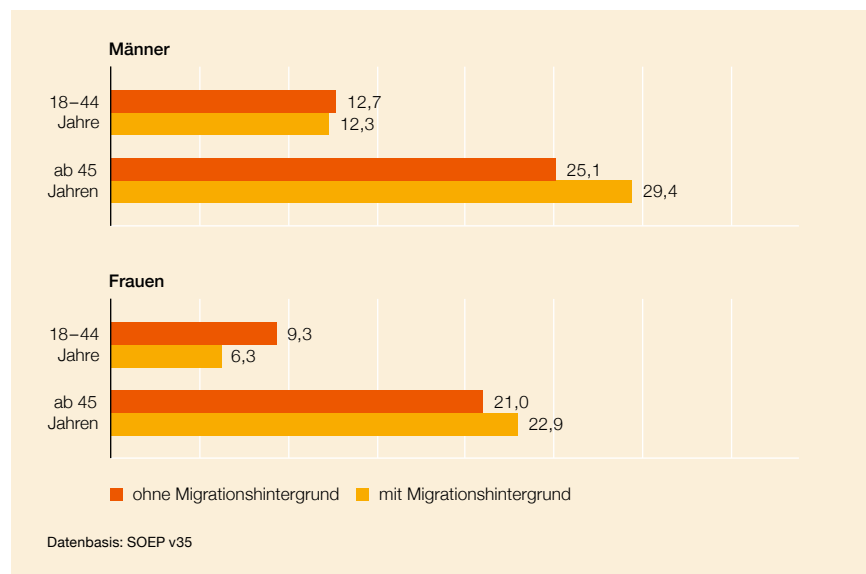
Menschen mit Migrationsgeschichte stellen eine überaus heterogene Gruppe dar. Sie unterscheiden sich unter anderem in Bezug auf Herkunftsland, Migrationserfahrung, Aufenthaltsdauer und soziale Integration (siehe die Kapitel 1.2, Seite 30, und 8.3, Seite 286). Außerdem spielen Diskriminierung, die Verbreitung von Erkrankungen und Risikofaktoren im jeweiligen Herkunftsland sowie gesundheitliche und psychosoziale Belastungen vor, während und nach der Migrationserfahrung eine Rolle für ihre gesundheitliche Lage.

Vergleichende Aussagen zum allgemeinen Gesundheitszustand von Menschen mit und ohne Migrationshintergrund sind anhand der Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) möglich. Migrationshintergrund bedeutet hier, dass die Personen selbst oder mindestens ein Elternteil im Ausland geboren sind. Während in der Altersgruppe bis 44 Jahre bei Männern keine Unterschiede in der subjektiven Gesundheit zwischen Menschen mit beziehungsweise ohne Migrationshintergrund festzustellen waren, gaben Frauen mit Migrationshintergrund etwas seltener einen weniger guten oder schlechten Gesundheitszustand an als die übrige Bevölkerung. Im Alter ab 45 Jahren gaben Männer und Frauen mit Migrationshintergrund etwas häufiger einen subjektiv schlechteren Gesundheitszustand an als die Vergleichsgruppen ohne Migrationshintergrund. Insgesamt sind die Unterschiede gering. ▶ **Abb 9**

▶ **Abb 8** Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchungen U3 bis U9 (ohne U7a) nach Sozialstatus 2014–2017 – in Prozent



▶ **Abb 9** Allgemeiner Gesundheitszustand (»weniger gut« oder »schlecht«) nach Migrationshintergrund 2018 – in Prozent

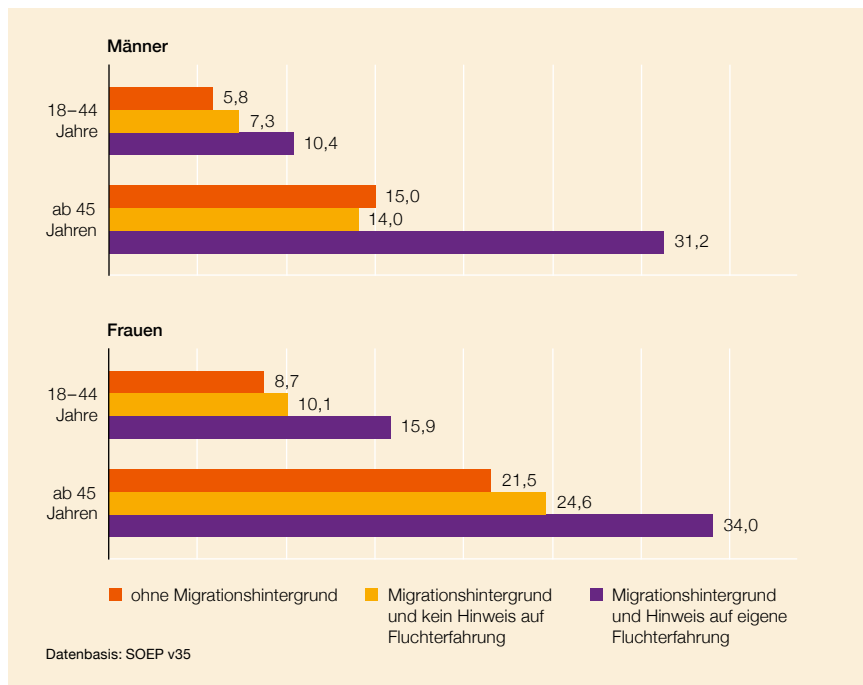


Auch bezüglich körperlicher Schmerzen zeigen sich nur geringe Unterschiede zwischen Personen mit und ohne Migrationshintergrund. Bei zusätzlicher differenzierter Betrachtung von Personen mit Migrationshintergrund und eigener Fluchterfahrung zeigen sich dagegen deutliche Unterschiede, insbesondere in der Altersgruppe ab 45 Jahren. Diese berichteten häufiger als Personen ohne Migrationshin-

tergrund sowie jene mit Migrationshintergrund ohne eigene Fluchterfahrungen von körperlichen Schmerzen in den vergangenen vier Wochen (siehe dazu auch Kapitel 8.3.6, Seite 320). ▶ **Abb 10**

Menschen mit Migrationshintergrund unterscheiden sich stellenweise in ihrem Inanspruchnahmeverhalten von Leistungen des medizinischen und pflegerischen Versorgungssystems von der Bevölkerung

► **Abb 10** Starke körperliche Schmerzen in den letzten vier Wochen (»immer« oder »oft«) nach Migrationshintergrund 2018 — in Prozent



► **Tab 4** Entwicklung der Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands (»weniger gut« oder »schlecht«) bei 30- bis 64-Jährigen nach drei Einkommensgruppen 1994–2018 — in Prozent

	1994–1998	1999–2003	2004–2008	2009–2013	2014–2018
Männer					
< 60 % des mittleren Einkommens	29	29	32	32	33
60 bis < 150 % des mittleren Einkommens	16	15	17	16	16
≥ 150 % des mittleren Einkommens	12	11	11	11	10
Frauen					
< 60 % des mittleren Einkommens	28	26	28	32	33
60 bis < 150 % des mittleren Einkommens	19	17	17	18	18
≥ 150 % des mittleren Einkommens	14	14	13	12	12

Datenbasis: SOEP v35

ohne Migrationshintergrund. Die vorliegende Forschung zeigt, dass Migrantinnen und Migranten und dabei vor allem Menschen mit Fluchterfahrung und kurzer Aufenthaltsdauer häufiger Rettungsstellen als Haus- oder Fachärzte aufsuchen. Die Gründe dafür liegen unter anderem in den Zugangsbeschränkungen zur Regelversorgung. So ist nach dem Asylbewerberleistungsgesetz in den ersten 18 Monaten

nach Einreise ausschließlich medizinische Notfallversorgung vorgesehen. Hierbei ist beispielsweise psychologische oder psychiatrische Behandlung nicht Teil des Leistungsumfangs, aber auch allgemeinmedizinische, physiotherapeutische oder zahnmedizinische Behandlungen werden nicht übernommen beziehungsweise nur auf akute Schmerzzustände beschränkt. Auch mangelnde Informationen über das

komplexe Gesundheitssystem, Sprachbarrieren sowie fehlender Sozial- und Krankenversicherungsschutz bei Menschen ohne einen Aufenthaltsstatus spielen für das Inanspruchnahmeverhalten eine Rolle. Bestimmte Präventionsleistungen wie die Darmkrebsvorsorge werden im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund seltener in Anspruch genommen. Allerdings finden sich auch Vorsorgeleistungen, die genauso häufig oder sogar häufiger von Personen mit Migrationshintergrund genutzt werden wie das Brustkrebscreening. Zur Versorgung eines in der Familie aufgetretenen Pflegefalls greifen Migrantinnen und Migranten seltener auf ambulante Pflegedienste zurück. Außerdem ist festzustellen, dass Menschen mit Migrationshintergrund seltener Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation in Anspruch nehmen oder beantragen. Sie weisen geringere Rehabilitationserfolge und höhere Frühverrentungsquoten auf. Letztere sind zu weiten Teilen mit der vorangegangenen schweren körperlichen Arbeit der Population der älteren Migrantinnen und Migranten (der sogenannten »Gastarbeitergeneration«) zu erklären.

9.2.7 Zeitliche Entwicklungen und Trends

Zeitliche Entwicklungen und Trends der gesundheitlichen Ungleichheit in Deutschland sind bislang nur selten untersucht worden. Mit den Daten des Sozioökonomischen Panels (SOEP) lassen sich Veränderungen in der Selbsteinschätzung des allgemeinen Gesundheitszustands im Zeitraum von 1994 bis 2018 analysieren. Für die Bevölkerung im Alter von 30 bis 64 Jahren zeigt sich im Vergleich von fünf Beobachtungszeiträumen (1994–1998, 1999–2003, 2004–2008, 2009–2013 und 2014–2018), dass in der niedrigen Einkommensgruppe der Anteil der Männer und Frauen, die ihren allgemeinen Gesundheitszustand als weniger gut oder schlecht beurteilten, im Verlauf der vergangenen 20 Jahre zugenommen hat. In der hohen Einkommensgruppe ist dagegen eine gegenläufige Entwicklung

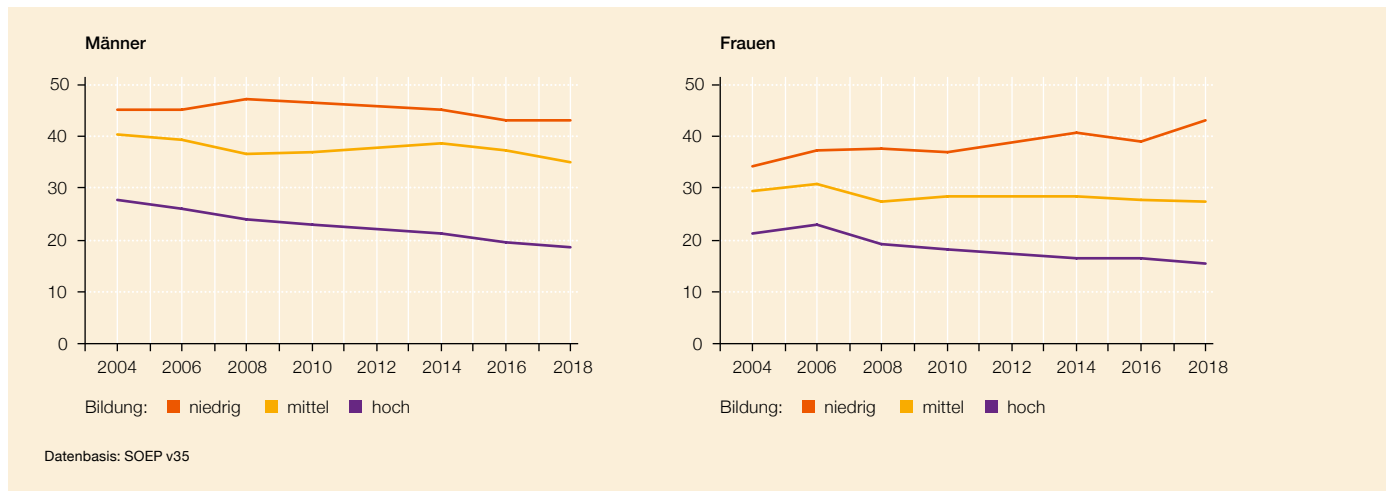
zu beobachten, wodurch sich über die Zeit die Unterschiede zwischen der niedrigen und hohen Einkommensgruppe bezüglich eines weniger guten oder schlecht eingeschätzten allgemeinen Gesundheitszustands ausgeweitet haben. ▶ Tab 4

Darüber hinaus können zeitliche Entwicklungen und Trends im Rauchverhalten und in der sportlichen Aktivität für die Altersgruppe der 30- bis 64-Jährigen untersucht werden. Für den Zeitraum

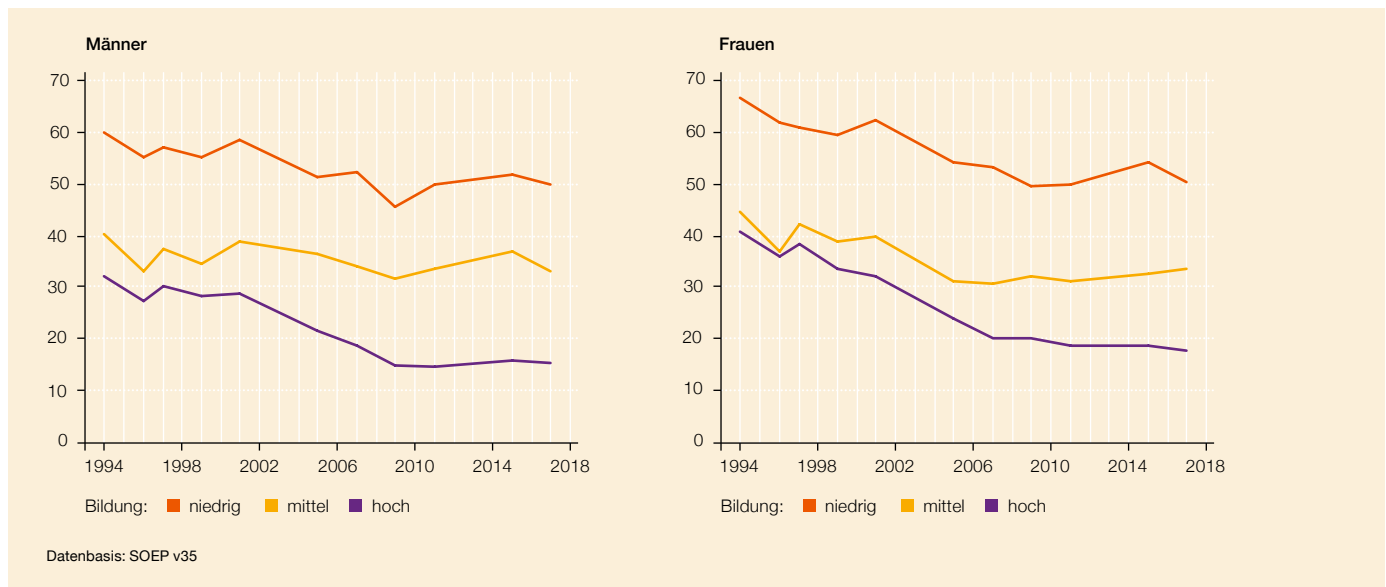
2004 bis 2018 weisen die Daten insbesondere für die hohe Bildungsgruppe auf einen deutlichen Rückgang des Rauchens hin. In der niedrigen Bildungsgruppe blieb der Anteil der Raucher im Zeitverlauf nahezu konstant, während sich der Anteil der Raucherinnen mit niedriger Bildung sogar noch erhöhte. Infolgedessen nahmen die Unterschiede im Rauchverhalten der Bildungsgruppen seit Anfang der 2000er-Jahre weiter zu. ▶ Abb 11

Für die Sportbeteiligung ist im Zeitraum 1994 bis 2017 eine deutliche Zunahme festzustellen. In der Altersspanne von 30 bis 64 Jahren hat sich der Anteil der Männer und Frauen, die in den vergangenen vier Wochen keinen Sport getrieben hatten, in allen Bildungsgruppen verringert. Bei Personen mit hoher Bildung zeichnet sich diese Entwicklung aber noch deutlicher ab als bei Personen mit mittlerer und niedriger Bildung,

▶ Abb 11 Entwicklung des Rauchens bei 30- bis 64-Jährigen nach Bildung 2004–2018 – in Prozent



▶ Abb 12 Entwicklung der sportlichen Inaktivität bei 30- bis 64-Jährigen nach Bildung 1994–2017 – in Prozent



wodurch sich die Bildungsunterschiede in der sportlichen Inaktivität über die Zeit vergrößert haben. ▶ Abb 12

9.2.8 Zusammenfassung

In den vergangenen Jahren ist die gesundheitliche Ungleichheit zu einem zentralen Thema der Forschung, Berichterstattung und Politik geworden. Die präsentierten Ergebnisse zeigen eindrücklich, dass viele Krankheiten und Beschwerden bei Personen mit geringem Einkommen, unzureichender Bildung und niedriger beruflicher Stellung vermehrt vorkommen. Darüber hinaus schätzen diese Personen ihren allgemeinen Gesundheitszustand und ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität schlechter ein. Ein Grund hierfür dürfte in den beobachteten Unterschieden im Gesundheitsverhalten liegen, zum Beispiel in Bezug auf Tabakkonsum und körperlich-sportliche Aktivität sowie zum Teil auch die Inanspruchnahme von Präventions- und Versorgungsangeboten. Die stärkere Verbreitung von Krankheiten, Gesundheitsproblemen und Risikofaktoren findet letztlich in einer höheren vorzeitigen Sterblichkeit und geringeren Lebenserwartung der benachteiligten Einkommens-, Bildungs- und Berufsgruppen Ausdruck. Darüber hinaus ist Arbeitslosigkeit mit einer schlechteren Gesundheit verbunden. Die Auswirkungen der Arbeitslosigkeit auf die Gesundheit sind zum einen unter materiellen Aspekten zu sehen, zum Beispiel dem engeren finanziellen Handlungsspielraum und dem geringeren Lebensstandard. Zum anderen sind psychosoziale Belastungen von Bedeutung, die zum Beispiel aus Zukunftssorgen oder Ausgrenzungserfahrungen resultieren können.

Menschen mit Migrationshintergrund weisen in einigen Bereichen eine schlechtere Gesundheit auf als die übrige Bevölkerung. Auch in Bezug auf die Prävention und die medizinische und pflegerische Versorgung stellt sich die Situation von Migrantinnen und Migranten zum Teil ungünstiger dar als in der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund. Von einer generellen gesundheitlichen Be-

nachteiligung von Migrantinnen und Migranten kann aber nicht gesprochen werden. Die vorliegenden Forschungsergebnisse legen eine differenzierte Bewertung nahe, wobei neben den jeweiligen Lebensbedingungen und Teilhabechancen auch kulturelle Besonderheiten, die Migrationserfahrungen sowie die soziale und gesundheitliche Lage im Herkunftsland berücksichtigt werden sollten.

Die vorliegenden Studien zu zeitlichen Entwicklungen und Trends sprechen dafür, dass die gesundheitliche Ungleichheit in den vergangenen 20 Jahren weitgehend stabil geblieben ist und in einigen Bereichen sogar zugenommen hat. Dies lässt sich beispielsweise für den allgemeinen Gesundheitszustand, das Rauchverhalten und die sportliche Aktivität belegen. Auch Studien aus anderen Ländern deuten eher auf eine Ausweitung als auf eine Verringerung der sozial bedingten Unterschiede in der Gesundheit und Lebenserwartung hin.

Bezüglich der Frage nach Ansatzpunkten zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit ist der Befund von Bedeutung, dass sich die sozialen Unterschiede bereits in der gesundheitlichen Entwicklung von Kindern und Jugendlichen deutlich abzeichnen. Dies gilt sowohl für die körperliche als auch die psychische und psychosoziale Gesundheit. Auch für das Gesundheitsverhalten zeigt sich, dass die Weichen sehr früh gestellt werden. Entsprechend früh sollten Maßnahmen und Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung ansetzen. Aber auch im jungen, mittleren und höheren Erwachsenenalter gibt es zahlreiche noch nicht ausgeschöpfte Potenziale für weitere Verbesserungen der Gesundheit. Für die Stärkung der gesundheitlichen Chancengleichheit besonders bedeutsam ist dabei die Verhältnisprävention, die auf eine Verbesserung der Lebensbedingungen und sozialen Teilhabechancen der Menschen zielt und damit nicht nur Aufgabe der Gesundheitspolitik ist, sondern politikbereichsübergreifende Anstrengungen, unter Einbeziehung zum Beispiel der Sozial-, Familien-, Bildungs-, Arbeitsmarkt- und Umweltpolitik, erfordert.