

8 Gesundheit

Auszug aus dem
Sozialbericht 2024



Gesundheit

8.1 Gesundheitszustand der Bevölkerung und Ressourcen der Gesundheitsversorgung

Ute Bölt, Sabine Nemitz,
Torsten Schelhase,
Heiko Schirmmacher

Statistisches Bundesamt
(Destatis)

Die Jahre 2020 und 2021 waren geprägt durch die unerwartete Coronakrise, die auf eine bislang beispiellose Weise gezeigt hat, wie wichtig Gesundheitsdaten sind. Fragen zur Gesundheit der Bevölkerung und zu den für die gesundheitliche Versorgung zur Verfügung stehenden Ressourcen rückten in den Mittelpunkt des Interesses. Eine wichtige Quelle für Gesundheitsdaten sind die Statistiken der statistischen Ämter des Bundes und der Länder über Krankenhäuser, Gesundheitspersonal und Todesursachen. Damit liefert die amtliche Statistik wesentliche Informationen für gesundheits- und sozialpolitische Planungen und Einschätzungen und trägt wichtige Daten für faktenbasierte Entscheidungen bei.

Während der Coronapandemie führten die Inanspruchnahme der Krankenhäuser durch COVID-19-Patientinnen und -Patienten, das Freihalten von Bettenkapazitäten und verschärfte Hygienekonzepte dazu, dass »planbare« Behandlungen verschoben wurden. Zudem vermieden vermutlich viele Menschen Krankenhausaufenthalte, wenn sie diese nicht als unbedingt notwendig erachteten. Auch wenn die akute Krise vorüber ist, sind die Auswirkungen der Pandemie weiterhin messbar: Die Zahl der insgesamt stationär im Krankenhaus behandelten Fälle lag mit 16,8 Millionen im Jahr 2022 weiterhin deutlich (–13,5 %) unter dem Vor-Corona-Niveau des Jahres 2019 von 19,4 Millionen. Die Betten waren im Jahr 2022 nur zu

69,0 % ausgelastet. Im Jahr 2019 hatte die Bettenauslastung noch bei 77,2 % gelegen.

Die Angaben in diesem Kapitel stammen aus der Krankenhausstatistik, der fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik (DRG-Statistik), der Statistik schwerbehinderter Menschen, der Pflegestatistik, der Schwangerschaftsabbruchstatistik und der Todesursachenstatistik.

8.1.1 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 Krankenhaufälle einschließlich der Sterbe- und Stundenfälle sowie 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 10,1 Millionen Fällen (2012) um 12 % auf 8,9 Millionen Fälle (2022) gefallen. Bei Männern sank die Zahl der Behandlungsfälle um 8 % von 9 Millionen Fällen (2012) auf 8,3 Millionen Fälle (2022). [► Info 1](#)

Die häufigste Ursache für einen Krankenhausaufenthalt waren 2022 – wie bereits in den Vorjahren – Krankheiten des Kreislaufsystems. Rund 15 % aller Fäl-

le waren diesem Diagnosekapitel zuzuordnen. Im Vergleich zu 2012 ist die Zahl dieser Behandlungsfälle um 11 % gefallen. An zweiter Stelle folgten – als wichtigstes Diagnosekapitel nach den Krankheiten des Kreislaufsystems – Verletzungen und Vergiftungen sowie andere Folgen äußerer Ursachen mit 10 % an allen Behandlungsfällen. Gegenüber 2012 ist ihre Zahl im

Jahr 2022 um 7 % niedriger. An dritter Stelle lagen die Neubildungen mit einem Anteil von ebenfalls rund 10 % an allen Diagnosen. Im Vergleich zu 2012 ist hier die Zahl um 6 % gefallen.

Der höchste Rückgang war mit 23 % im Diagnosekapitel »Krankheiten des Ohres und des Warzenfortsatzes (H60-H95)« zu beobachten. Hierzu gehören

zum Beispiel Funktionsstörungen der Gleichgewichtsnerven (H81), sonstiger Hörverlust (H91) oder eitrig oder nicht näher bezeichnete Mittelohrentzündung (H66). Die Behandlungen im Kapitel »Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und Bindegewebes (M00-M99)« gingen innerhalb des gleichen Zeitraums um 20 % zurück, die Symptome und abnormen klinischen und Laborbefunde, die andersorts nicht klassifiziert sind (R00-R99), haben ebenfalls um 20 % abgenommen und auch die »Krankheiten des Nervensystems« (G00-G99) fielen um ein Fünftel (19%) ihres Wertes von 2012. Ein leichter Anstieg mit 5 % war nur im Diagnosekapitel Z00-Z99 »Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen« zu verzeichnen. Hierunter fallen zum Beispiel die gesunden Neugeborenen oder die Anpassung und Handhabung eines implantierten medizinischen Geräts. Um 3 % stieg auch der Wert im Kapitel P00-P96 »Bestimmte Zustände, mit Ursprung in der Perinatalperiode«. Hierzu zählen zum Beispiel Störungen im Zusammenhang mit kurzer Schwangerschaftsdauer und niedrigem Geburtsgewicht.

► Info 1

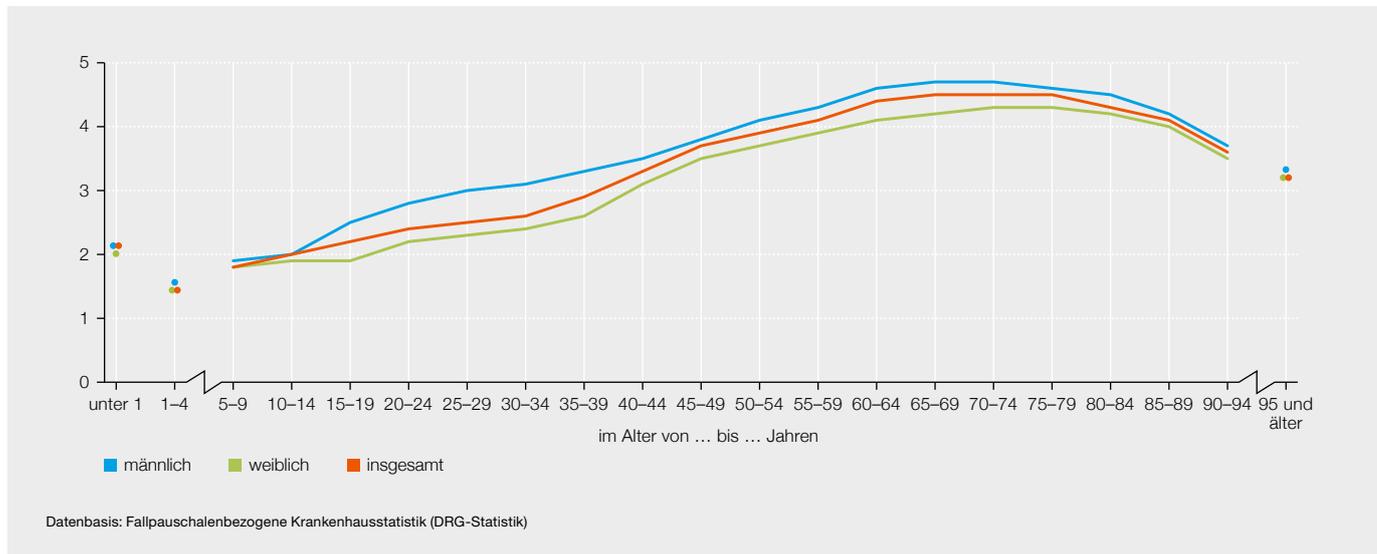
Die Diagnosestatistik und ihre Erweiterung um die fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik)

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 Berichtsjahres aus den oben genannten Einrichtungen entlassenen vollstationären Patientinnen und Patienten ein. Nicht nachgewiesen werden vor-, nach-, teilstationär oder ambulant behandelte Personen.

► Abb 1 Durchschnittliche Anzahl der Operationen und Behandlungsmaßnahmen je Krankenhausfall 2022



Operationen und medizinische Behandlungsmaßnahmen

Nach den Ergebnissen der fallpauschalenbezogenen Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) führten die Krankenhäuser 2022 bei den vollstationär versorgten Personen insgesamt 60,6 Millionen Operationen und medizinische Prozeduren durch. Im Vergleich zum Vorjahr entspricht dies einem Rückgang um 0,3 %. Auf einen Krankenhausfall, also eine in einem Krankenhaus behandelte Person, entfielen damit im Durchschnitt 3,7 Maßnahmen dieser Art. In allen Altersgruppen war die durchschnittliche Zahl der Operationen und Prozeduren je Krankenhausfall bei Männern höher als bei Frauen. ▶ [Abb 1](#)

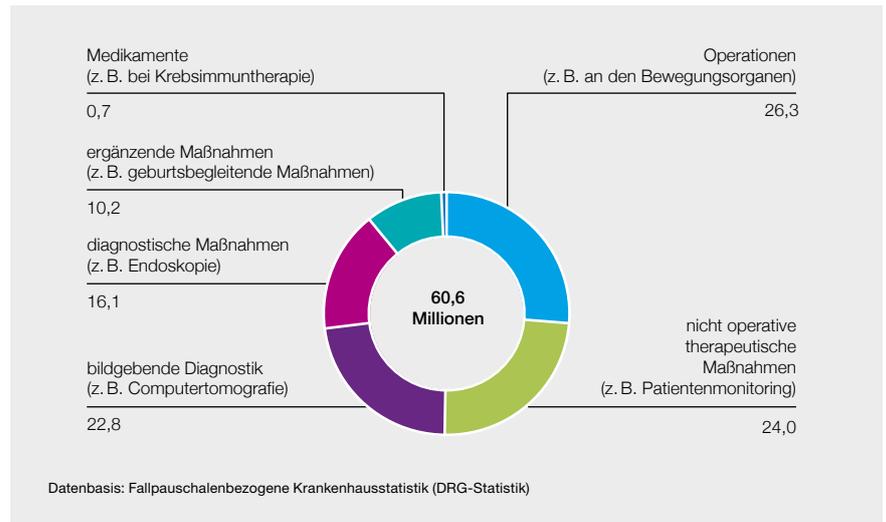
Werden die erfolgten Maßnahmen nach einzelnen Kapiteln des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) differenziert, lagen die Operationen mit 26 % an erster Stelle, an zweiter Stelle folgten mit 24 % nicht operative therapeutische Maßnahmen. An dritter Stelle stand mit 23 % die bildgebende Diagnostik, beispielsweise Computertomografie. ▶ [Abb 2](#)

Bei den durchgeführten Operationen lagen auch im Jahr 2022 Operationen an den Bewegungsorganen an erster Stelle, mit Abstand gefolgt von 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 Riss nach der Geburt durchgeführt wurde, gefolgt vom Kaiserschnitt und der Position »andere Operationen am Darm«. Bei Männern lag die Position »andere Operationen am Darm« 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](#)

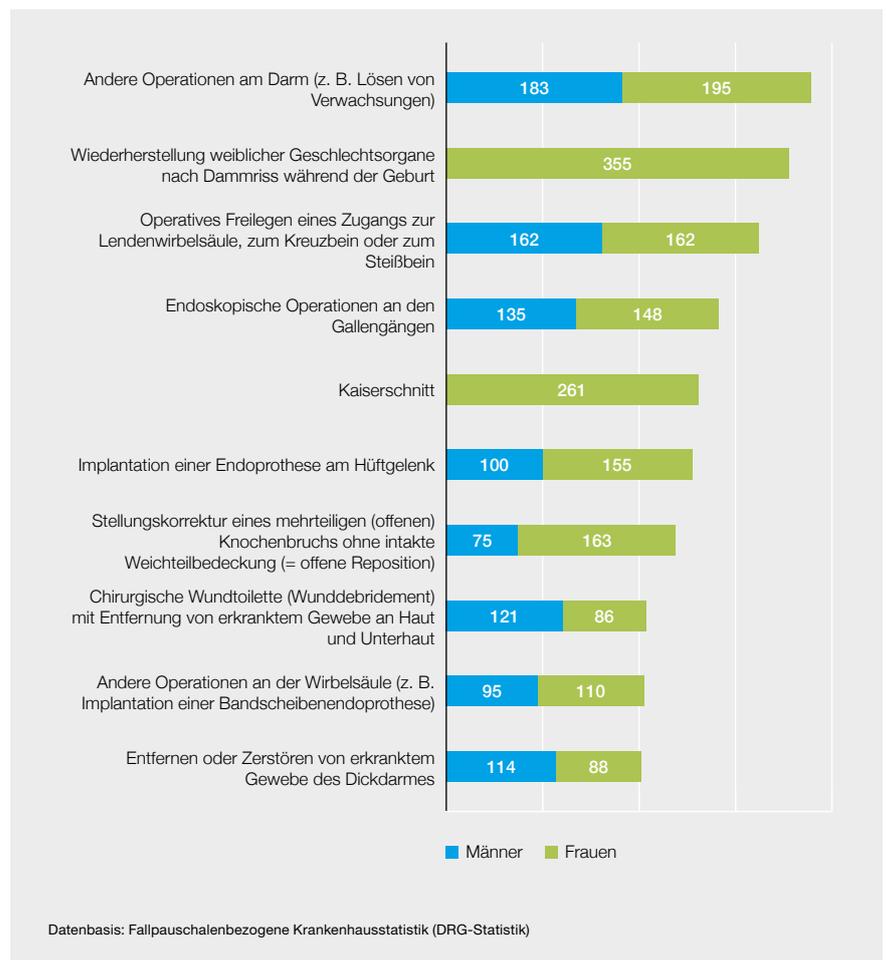
8.1.2 Schwerbehinderung

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.

▶ **Abb 2** Operationen und Behandlungsmaßnahmen der Krankenhauspatientinnen und -patienten 2022 – in Prozent



▶ **Abb 3** Die zehn häufigsten Operationen von Krankenhauspatientinnen und -patienten 2022 – in Tausend



Als schwerbehindert gelten Menschen, denen ein Grad der Behinderung von 50 oder mehr von den Versorgungsämtern zuerkannt wurde. Am 31. Dezember 2021 waren 7,8 Millionen amtlich anerkannte schwerbehinderte Menschen mit gültigem Ausweis bei den Versorgungsämtern registriert. Das entsprach einem Anteil von gut 9 % an der Bevölkerung. ▶ Tab 1

Behinderungen treten vor allem bei älteren Menschen auf: So war etwa ein Drittel der schwerbehinderten Menschen 75 Jahre und älter. Knapp die Hälfte gehörte der Altersgruppe von 55 bis 74 Jahren an. Dagegen fiel der Anteil der 15- bis 24-Jährigen mit 2,2 % sowie der Anteil

der unter 15-Jährigen mit 1,9 % gering aus. 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 75-Jährigen gut jede/jeder Vierte 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 Nebeneffekt 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 Arbeitsuchende ein größeres Interesse an einer Anerkennung der Behinderteneigenschaft haben als Nichterwerbspersonen.

Die weitaus meisten Behinderungen (90 % der Fälle) waren krankheitsbedingt. In 3,3 % der Fälle war die Behinderung angeboren beziehungsweise trat im ersten Lebensjahr auf und bei 1,4 % wurde das Leiden durch einen Unfall oder eine Berufskrankheit verursacht. Weitere 0,1 % der schwerbehinderten Menschen hatten dauernde Schäden im Krieg, im Wehr- oder im Zivildienst erlitten. Die übrigen Behinderungen (5,3 %) beruhten auf sonstigen, mehreren oder ungenügend bezeichneten Ursachen.

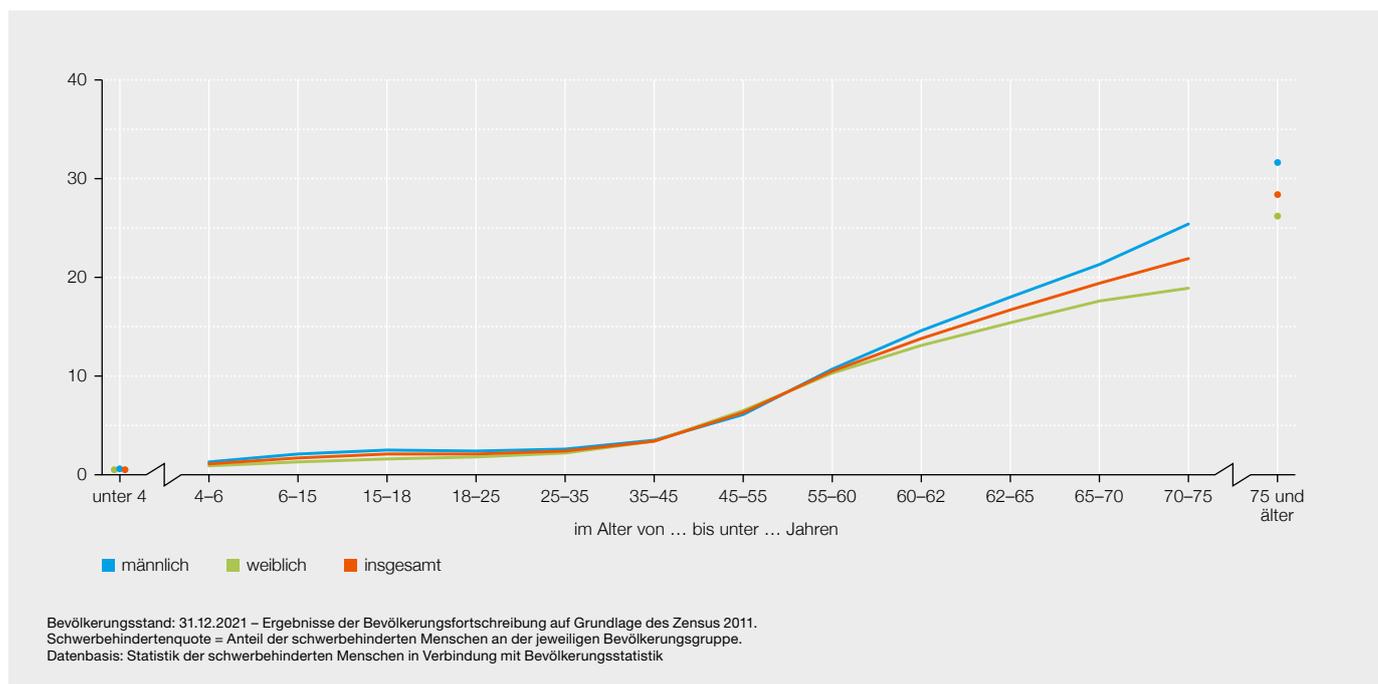
Am häufigsten war eine körperliche Behinderung (58 %) der Grund für eine Schwerbehinderung. Darunter waren bei 26 % aller Menschen mit Behinderungen die inneren Organe beziehungsweise Organsysteme betroffen, bei 11 % Arme und/oder Beine in ihrer Funktion eingeschränkt, bei weiteren 10 % Wirbelsäule und Rumpf. In 4,3 % der Fälle lag Blind-

▶ Tab 1 Schwerbehinderte Menschen 2021

| | 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 | 3 917 | 2,4 | 2,7 | 17,0 | 21,8 | 25,5 | 30,6 |
| Weiblich | 3 878 | 1,5 | 1,8 | 16,7 | 20,3 | 22,6 | 37,1 |
| Insgesamt | 7 795 | 1,9 | 2,2 | 16,8 | 21,1 | 24,1 | 33,8 |

Datenbasis: Statistik der schwerbehinderten Menschen

▶ Abb 4 Schwerbehindertenquote 2021 – in Prozent



heit beziehungsweise eine Sehbehinderung vor, bei rund 3,8% Schwerhörigkeit, Gleichgewichts- oder Sprachstörungen. Auf geistige oder seelische Behinderungen entfielen zusammen 14% der Fälle, auf zerebrale Störungen 8,9%. Bei den übrigen Personen (19%) war die Art der schwersten Behinderung nicht ausgewiesen. ▶ Abb 5

8.1.3 Pflege

Pflegebedürftigkeit

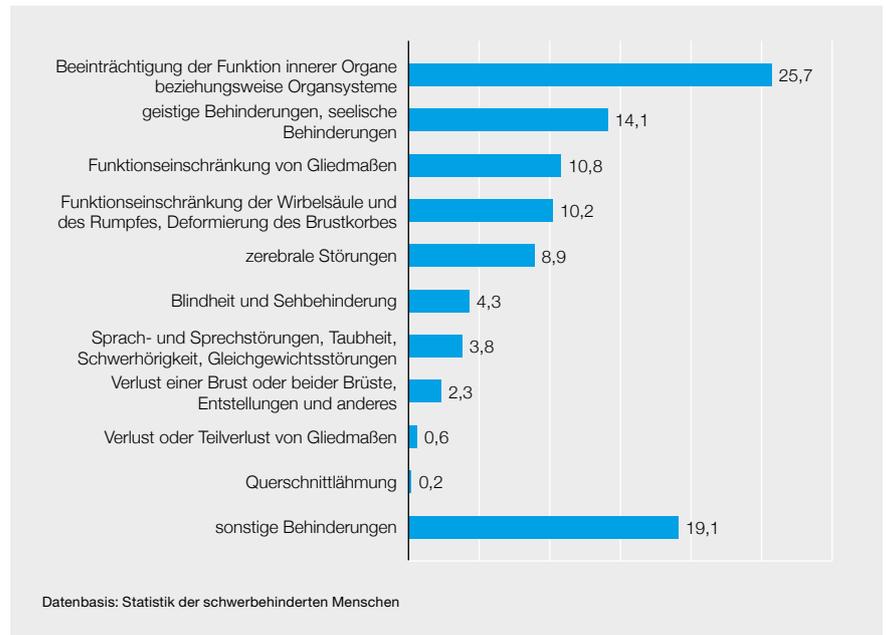
Pflegebedürftig im Sinne des Pflegeversicherungsgesetzes (Sozialgesetzbuch SGB XI) sind Menschen, die im täglichen Leben auf Dauer – wegen einer Krankheit oder Behinderung – der Hilfe durch andere bedürfen. Im Dezember 2021 waren knapp 5,0 Millionen Menschen in Deutschland pflegebedürftig. Vier von fünf Pflegebedürftigen waren 65 Jahre und älter. Gut ein Drittel war älter als 85 Jahre. Die Mehrheit der Pflegebedürftigen (62%) 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 5,0 Millionen im Jahr 2021 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 2007 bis 2021 erhöhte sich die Zahl der Pflegebedürftigen deutlich um 121% (+ 2,7 Millionen Personen). Ein weiterer Faktor für den Anstieg ist die zunehmende Alterung der Bevölkerung. Im Jahr 2007 waren 3,9 Millionen Menschen 80 Jahre und älter; 2021 waren es bereits 6,1 Millionen.

Mit zunehmendem Alter sind Menschen in der Regel eher pflegebedürftig. Während bei den 70- bis 74-Jährigen jeder elfte Mensch (9,3%) 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 82%. Auffallend ist, dass Frauen etwa ab dem 80. Lebensjahr eine deutlich höhere Pflegequote aufwiesen – also eher pflegebedürftig waren als

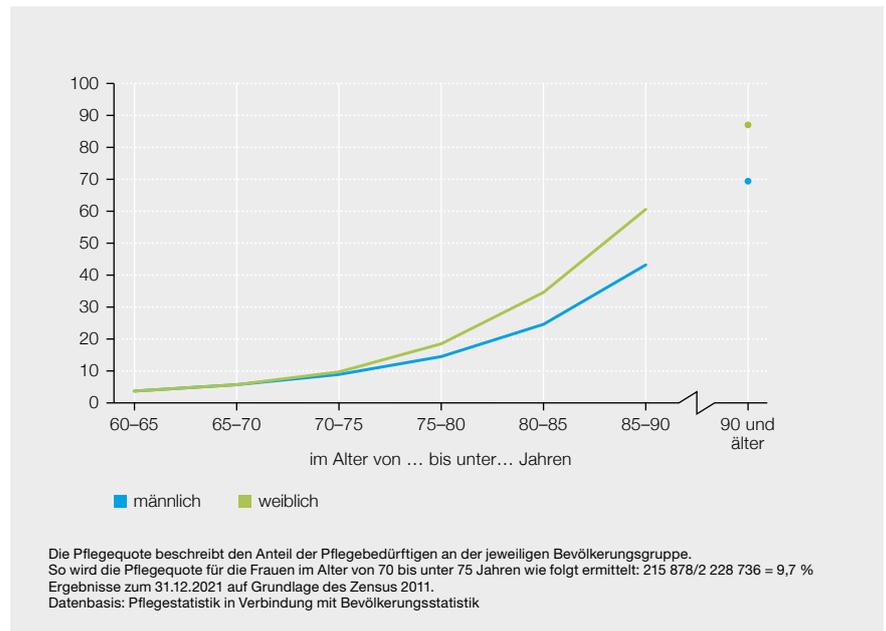
Männer dieser Altersgruppen. So beträgt zum Beispiel bei den 85- bis 89-jährigen Frauen die Pflegequote 61%, bei den Männern gleichen Alters hingegen lediglich 43%. ▶ Abb 6

Neben Unterschieden in der gesundheitlichen Entwicklung bei Frauen und Männern kann ein Faktor für den unterschiedlichen Verlauf der Pflegequoten auch das Antragsverhalten bei Frauen

▶ Abb 5 Schwerbehinderte Menschen 2021 nach Art der schwersten Behinderung – in Prozent



▶ Abb 6 Pflegequoten von Seniorinnen und Senioren 2021 – in Prozent



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.

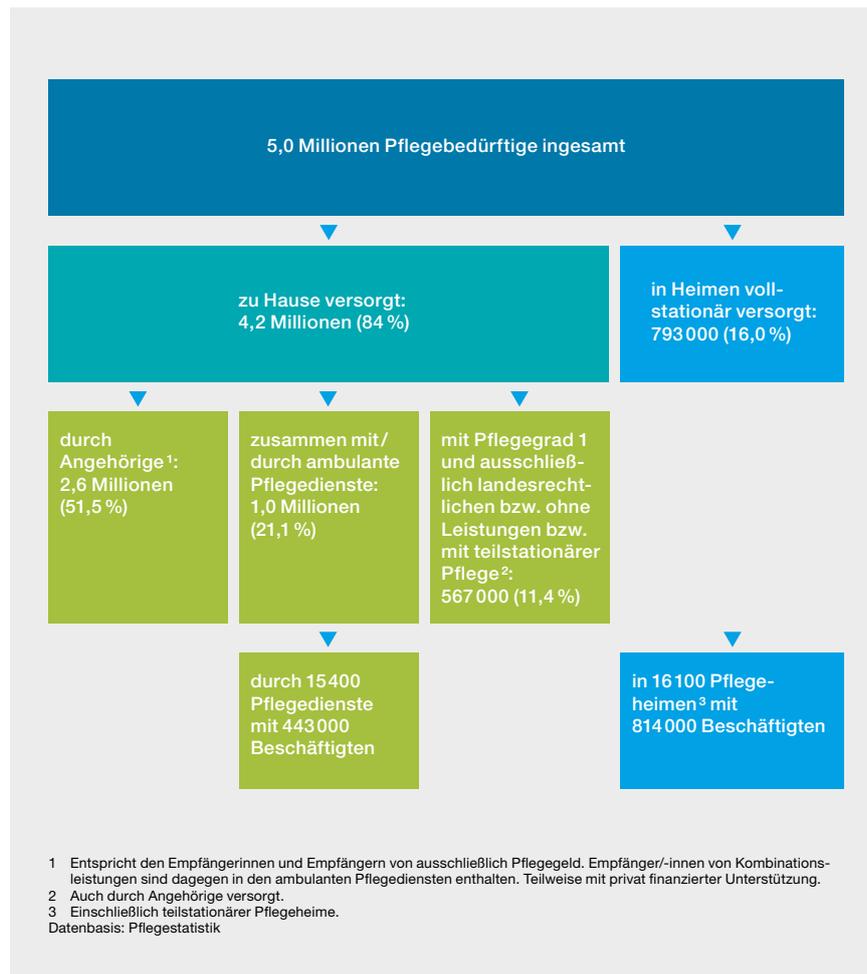
Gut vier von fünf Pflegebedürftigen in Deutschland wurden im Dezember 2021 zu Hause versorgt. Etwas mehr als die Hälfte erhielt ausschließlich Pflegegeld, das bedeutet, diese Personen wurden in der Regel zu Hause durch Angehörige gepflegt. Inwieweit sich die Angehörigen durch privat bezahlte Hilfen unterstützen lassen, ist nicht bekannt. Bei ungefähr einem weiteren Fünftel der Pflegebedürftigen erfolgte die Pflege zusammen mit oder vollständig durch ambulante Pflegedienste. Vollstationär in Pflegeheimen betreut wurden rund 793 000 Bewohnerinnen und Bewohner. ▶ Abb 7

Bundesweit gab es im Dezember 2021 rund 16 100 zugelassene voll- beziehungsweise teilstationäre Pflegeheime. Gut die Hälfte der Heime befand sich in freigemeinnütziger Trägerschaft. Im Durchschnitt wurden in einem Pflegeheim 58 Pflegebedürftige betreut. Die meisten Heime boten vollstationäre Dauerpflege an.

Personal in Pflegeeinrichtungen

In den Heimen waren zum Jahresende 2021 insgesamt 814 000 Menschen beschäftigt. Teilzeitkräfte machten dabei knapp zwei Drittel aus. Die Mehrzahl aller Beschäftigten (82 %) waren Frauen. Rund 43 % 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 Ausbildungsabschlüsse. Von den im Bereich Pflege und Betreuung Tätigen hatten zusammen gut zwei Fünftel entweder einen Abschluss

▶ Abb 7 Pflegebedürftige nach Art der Versorgung zum Jahresende 2021



als Altenpfleger/-pflegerin, Gesundheits- und Krankenpfleger/-pflegerin oder Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-pflegerin.

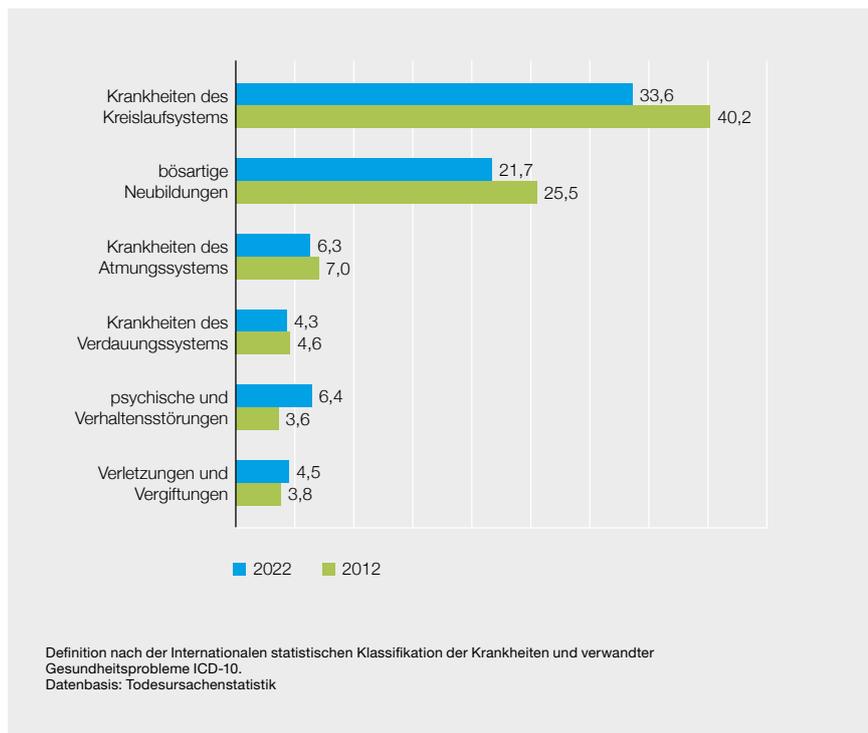
Zum Jahresende 2021 arbeiteten in den insgesamt 15 400 zugelassenen ambulanten Pflegediensten 443 000 Menschen. Etwa zwei Drittel davon waren in Teilzeit beschäftigt; der Frauenanteil lag bei 85 % aller Beschäftigten. Im Alter von 50 Jahren und mehr waren 41 % der Beschäftigten. Auch hier war der Haupteinsatzbereich des Personals die körperbezogene Pflege. Zwei von drei Beschäftigten hatten hier ihren Arbeitsschwerpunkt.

8.1.4 Todesursachen

Allgemeine Sterblichkeit

Im Jahr 2022 verstarben in Deutschland insgesamt 1 066 341 Menschen, davon waren 532 333 Männer und 534 008 Frauen. Die Zahl der Sterbefälle insgesamt ist im Vergleich zum Jahr 2012 um 22,6 % höher. Dieser Anstieg ist auch auf die hohe Anzahl der erstmalig im Jahr 2020 erfassten COVID-19-Sterbefälle zurückzuführen. Bei einem Vergleich der Männer und Frauen zeigt sich, dass die Geschlechter unterschiedlich stark betroffen sind: Während die Zahl der verstorbenen Frauen in den

► Abb 8 Krankheitsbedingte Todesursachen — in Prozent



vergangesen zehn Jahren nur um 17,8 % gestiegen ist, war die Anzahl der verstorbenen Männer nach dem gleichen Zeitraum um 27,8 % höher. Die Gründe hierfür sind vielfältig und reichen beispielsweise von der bei Frauen höheren Lebenserwartung über das höhere Risikoverhalten der Männer bis hin zu einem unterschiedlichen Gesundheitsbewusstsein. Auch bei den Altersgruppen gab es in den vergangenen Jahren große Verschiebungen: Der Anteil der Verstorbenen, die 90 Jahre und älter waren, stieg seit 2012 um 4,2 % an und lag im Jahr 2022 bei 20,7 %.

Häufigste Todesursachen

Die im Jahr 2022 am häufigsten festgestellte Todesursache (Einzeldiagnose) war bei Männern die chronische ischämische Herzkrankheit. An ihr verstarben 42 890 Männer. Bei den Frauen war es die nicht näher bezeichnete Demenz mit 35 863 weiblichen Verstorbenen.

Fünf der zehn häufigsten Todesursachen waren dem Bereich der Herz-Kreislauf-Erkrankungen zuzuordnen. Es handelte sich dabei um die chronische ischämische Herzkrankheit, den akuten Myokardinfarkt, die Herzinsuffizienz, die hypertensive Herzkrankheit sowie Vorhofflattern und Vorhofflimmern. Allein an diesen fünf Erkrankungen starben 2022 insgesamt 211 017 Personen, davon 102 251 Männer und 108 766 Frauen. Weitere wichtige Todesursachen waren die Krebsleiden (bösartige Neubildungen). Bei den Männern waren die bösartigen Neubildungen der Bronchien und Lunge, der Prostata, des Dickdarms und des Pankreas die Ursache für 60 159 Sterbefälle. Bei den Frauen waren es die bösartigen Neubildungen der Brustdrüse (Brustkrebs) sowie der Bronchien und Lunge; insgesamt 36 962 Frauen verstarben daran.

An COVID-19-Erkrankungen, der dritthäufigsten Todesursache im Jahr

2022, verstarben 52 358 Menschen, davon 28 140 Männer und 24 218 Frauen.

Todesursachen im Zeitvergleich

Die Bedeutung bestimmter Krankheitsgruppen am Sterbegeschehen ist im Zeitraum 2012 bis 2022 gesunken. Allein der Anteil der Krankheiten des Kreislaufsystems ist um 6,6 Prozentpunkte zurückgegangen. Starben im Jahr 2012 noch 40,2 % aller Verstorbenen an einer solchen Erkrankung, betrug der Anteil im Jahr 2022 nur noch 33,6 %. Im gleichen Zeitraum ist der Anteil der psychischen Erkrankungen an allen Todesursachen von 3,6 auf 6,4 % angestiegen. Insbesondere die Demenz mit 53 323 Fällen trug zu diesem Zuwachs bei. Sie ist mit einem Anteil von 5 % bei den Einzeldiagnosen die zweithäufigste Todesursache. ► Abb 8

8.1.5 Schwangerschaftsabbrüche

Im Jahr 2022 wurden 103 927 Schwangerschaftsabbrüche in Deutschland gemeldet, zehn Jahre zuvor waren es 106 815 Eingriffe. Bezogen auf die Zahl der Frauen zwischen 15 bis 49 Jahren waren dies 61 Abbrüche je 10 000 Frauen im Jahr 2022 und 59 Abbrüche je 10 000 Frauen im Jahr 2012. Sieben von zehn Frauen (70 %), die 2022 einen Schwangerschaftsabbruch durchführen ließen, waren im Alter zwischen 18 und 34 Jahren, 19 % zwischen 35 und 39 Jahren. 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.

8.1.6 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

► Tab 2 Krankenhäuser, Betten und Patientenbewegungen

| | | 2022 | 2012 | Veränderung 2022 zu 2012 in % |
|---------------------------------------|--|---------|---------|-------------------------------------|
| Krankenhäuser | Anzahl | 1 893 | 2 017 | -6,1 |
| Betten | Anzahl | 480 382 | 501 475 | -4,2 |
| | ↳ je 100 000 Einwohner/ -innen ¹ | 573 | 624 | -8,1 |
| Fälle | in 1 000 | 16 803 | 18 620 | -9,8 |
| Berechnungs-/ Belegungstage | in 1 000 | 121 049 | 142 024 | -14,8 |
| Durchschnittliche Verweildauer | Tage | 7,2 | 7,6 | -5,5 |
| Durchschnittliche Bettenauslastung | in % | 69,0 | 77,4 | -10,8 |

¹ Mit der Durchschnittsbevölkerung auf Grundlage des Zensus 2011 berechnet.
Datenbasis: Krankenhausstatistik

► Tab 3 Personal in Krankenhäusern

| | | 2022 | 2012 | Veränderung 2022 zu 2012 in % |
|---|--|-----------|---------|-------------------------------------|
| Beschäftigte am Stichtag 31.12. | | | | |
| Ärztlicher Dienst ¹ | | 206 312 | 159 764 | 29,1 |
| Nichtärztlicher Dienst ² | | 1 056 830 | 907 522 | 16,5 |
| ↳ Pflegedienst | | 509 289 | 414 884 | 22,8 |
| Vollkräfte im Jahresdurchschnitt | | | | |
| Ärztlicher Dienst ¹ | | 172 395 | 142 874 | 20,7 |
| Nichtärztlicher Dienst ² | | 792 007 | 694 872 | 14,0 |
| ↳ Pflegedienst | | 376 444 | 313 478 | 20,1 |

¹ Ohne nichthauptamtliche Ärztinnen/Ärzte und ohne Zahnärztinnen/-ärzte.

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

Rehabilitationseinrichtungen und Pflegeheimen) sowie die Leistungserbringer vorgelagerter Marktstufen (Hersteller medizinisch-technischer Geräte und von Arzneimitteln). Letztere kommen dabei in der Regel nicht direkt mit den Nachfragern gesundheitlicher Güter und Leistungen in Kontakt.

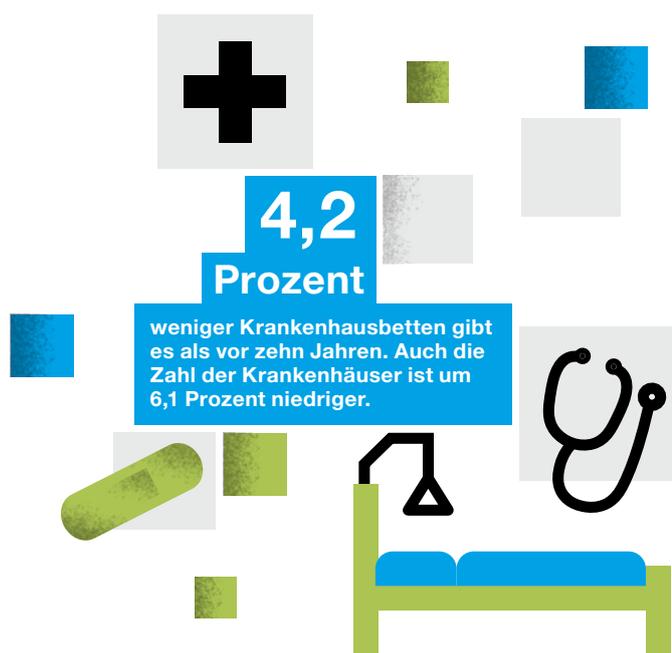
Der folgende Abschnitt beschreibt das Leistungsangebot der Krankenhäuser im Bereich der stationären Gesundheitsversorgung (Betten und personelle Ausstattung) sowie deren Inanspruchnahme. Krankenhäuser sind Gegenstand der jährlichen Krankenhausstatistik. Erfasst werden in erster Linie Angaben über die sachliche und personelle Ausstattung der Häuser (Anzahl der Häuser, aufgestellte Betten sowie ärztliches und nichtärztliches Personal). Darüber hinaus ermöglichen patientenbezogene Daten (Fallzahl und Berechnungs-/Belegungstage) Aussagen über leistungsbezogene Kennziffern der Einrichtungen (Bettenauslastung und durchschnittliche Verweildauer).

Ausstattung der Krankenhäuser

Im Jahr 2022 standen in insgesamt 1 893 Krankenhäusern rund 480 400 Betten für die stationäre Versorgung der Bevölkerung zur Verfügung. Gegenüber 2012 war die Zahl der Krankenhäuser infolge von Schließungen und Fusionen mehrerer ehemals eigenständiger Einrichtungen zu einem Krankenhaus um 6,1 % niedriger, die Anzahl der Krankenhausbetten war um 4,2 % geringer. ► Tab 2

Je 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner standen 573 Krankenhausbetten zur Verfügung. Das waren 51 Betten je 100 000 Einwohnerinnen und Einwohner weniger als im Jahr 2012. Ein Krankenhaus in Deutschland verfügte im Jahr 2022 über durchschnittlich 254 Betten (2012: 249 Betten).

Für die Versorgung der Patientinnen und Patienten standen 206 300 Ärztinnen und Ärzte zur Verfügung. Gegenüber 2012 nahm das ärztliche Personal um rund 46 500 Beschäftigte (29 %) zu. Die Zahl der im nichtärztlichen Dienst Be-



schäftigten lag bei rund 1,1 Millionen. Das entspricht einer Zunahme um gut 149 300 Beschäftigte (17 %) gegenüber 2012. Die meisten Beschäftigten im nicht-ärztlichen Dienst (48 %) gehörten zum Pflegedienst. Hier wurden 509 300 Beschäftigte (+ 23 % gegenüber 2012) im Jahr 2022 gezählt. ▶ Tab 3

Die Beschäftigtenzahl berücksichtigt im Unterschied zum Vollzeitäquivalent (Vollkraft) jedoch keine unterschiedlichen Beschäftigungsmodelle wie Teilzeit- oder geringfügige Beschäftigung. Die Zahl der Vollkräfte im ärztlichen Dienst lag im Jahr 2022 bei 172 400 (+ 21 % gegenüber 2012). Im nichtärztlichen Dienst wurden 792 000 Vollkräfte (+ 14 %) und im Pflegedienst 376 400 (+ 20 %) gezählt.

Leistungen und Auslastung der Krankenhäuser

Rund 16,8 Millionen Patientinnen und Patienten wurden 2022 vollstationär im Krankenhaus behandelt. Damit lag die Zahl der stationären Behandlungsfälle weiterhin deutlich unter dem Vor-Coronaniveau des Jahres 2019 von 19,4 Millionen (–13,5 %). Pandemiebedingt war die Fallzahl in den Jahren 2020 und 2021

auf 16,8 Millionen beziehungsweise 16,7 Millionen gesunken. Aufgrund der geringen Fallzahl waren die Betten im Jahr 2022 nur zu 69,0 % ausgelastet. Im Jahr 2019 hatte die Bettenauslastung noch bei 77,2 % gelegen, in den Jahren 2020 und 2021 war sie infolge der Coronapandemie auf 67,3 beziehungsweise 68,2 % gesunken.

Ein stationärer Krankenhausaufenthalt dauerte im Jahr 2022 durchschnittlich 7,2 Tage. Damit blieb die durchschnittliche Behandlungsdauer seit dem Jahr 2018 unverändert. Im Jahr 2012 hielten sich die Patientinnen und Patienten noch durchschnittlich 7,6 Tage im Krankenhaus auf. Die Dauer des Aufenthalts variierte jedoch in den unterschiedlichen Fachabteilungen. So lag die durchschnittliche Verweildauer in den Fachabteilungen »Innere Medizin« und »Allgemeine Chirurgie«, in denen die meisten Fälle behandelt wurden, im Jahr 2022 bei nur 5,3 beziehungsweise 5,2 Tagen. Zu den Fachabteilungen mit deutlich längerer Verweildauer gehörten die »Geriatric« mit 15,3 und die psychiatrischen Fachabteilungen mit Verweildauern zwischen 24,1 und 43,9 Tagen.

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 zugunsten von Personen mit niedriger formaler Bildung. ▶ Info 1

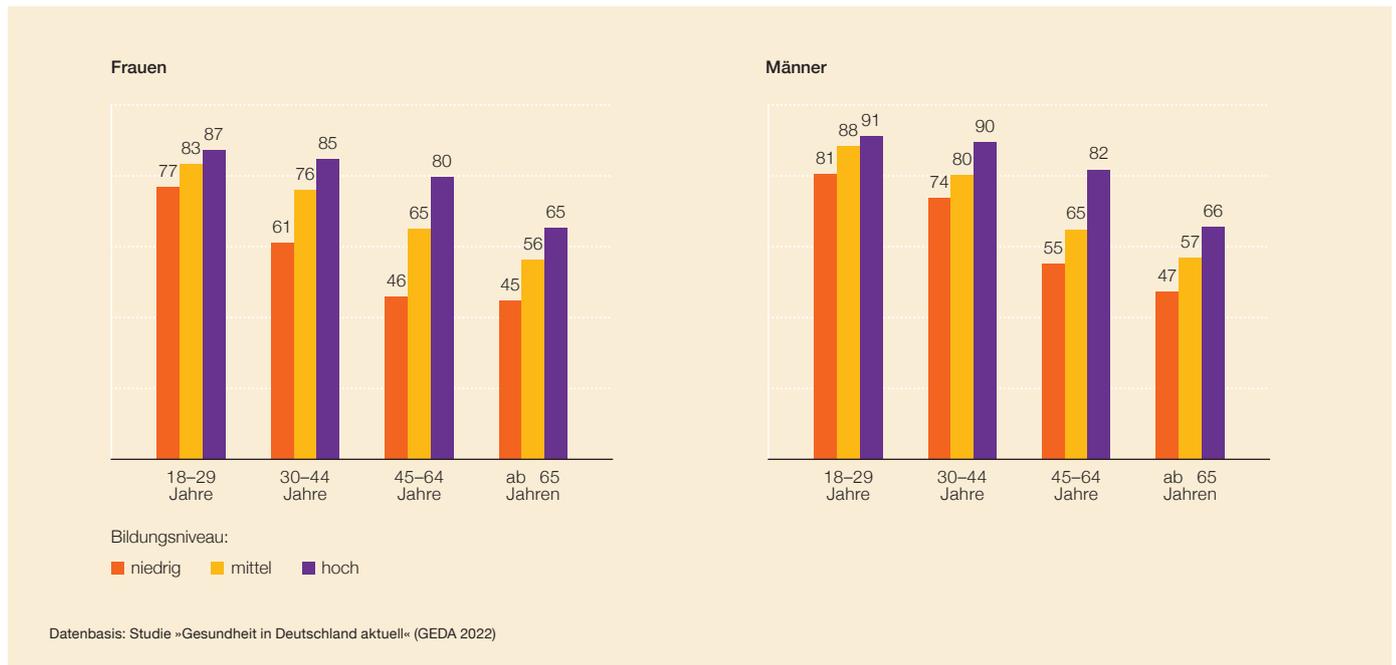
Während Frauen und Männer aus der niedrigen Bildungsgruppe im Jahr 2022 zu 50 beziehungsweise 58 % einen guten oder sehr guten allgemeinen Gesundheitszustand berichteten, betrug dieser Anteil in der mittleren Bildungsgruppe 69 beziehungsweise 73 % und in der hohen Bildungsgruppe bei Frauen und Männern 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 Hocheinkommensgruppe (≥ 150 % des mittleren Einkommens). Als mittleres Einkommen wird dabei der gesellschaftliche Median des Nettoäquivalenzeinkommens verwendet.

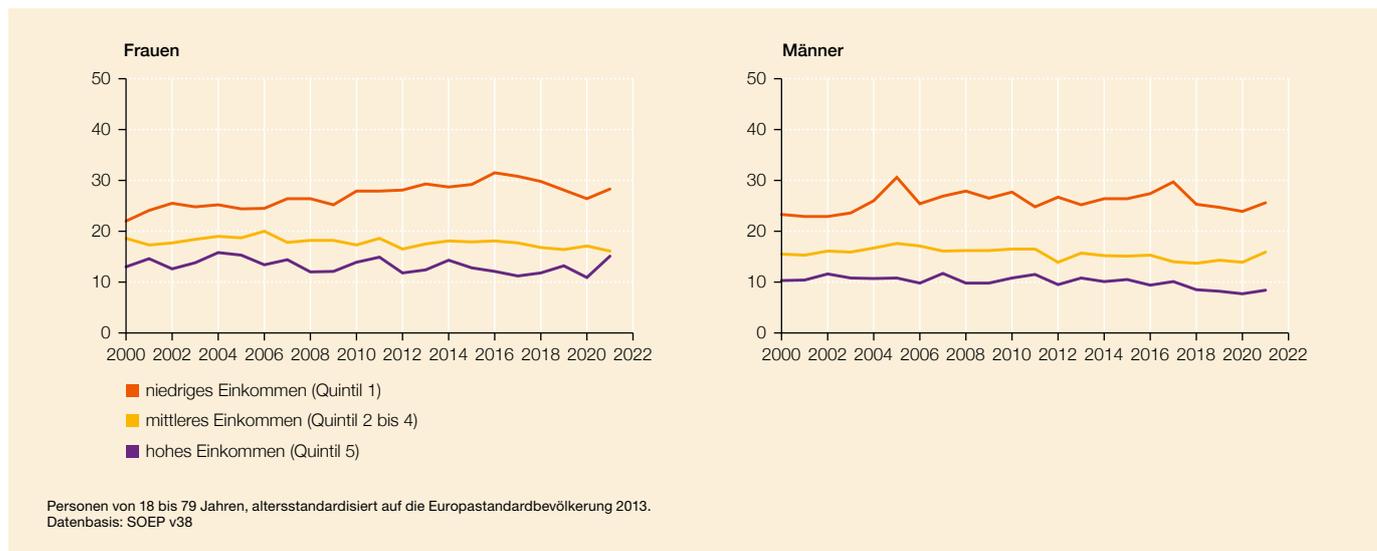
In Abbildung 2 sind Berechnungen auf Basis der SOEP-Daten seit Anfang der 2000er-Jahre dargestellt. Ausgewiesen sind Anteile von Frauen und Männern im Alter zwischen 18 und 79 Jahren, die ihren eigenen Gesundheitszustand als weniger gut oder schlecht beurteilen, jeweils getrennt nach Kalenderjahr und 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 Prävalenzverhältnis (95%-Konfidenzintervall) ² | 12-Monats-Prävalenz ¹ in % | altersadjustiertes Prävalenzverhältnis (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 Lungenerkrankung (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

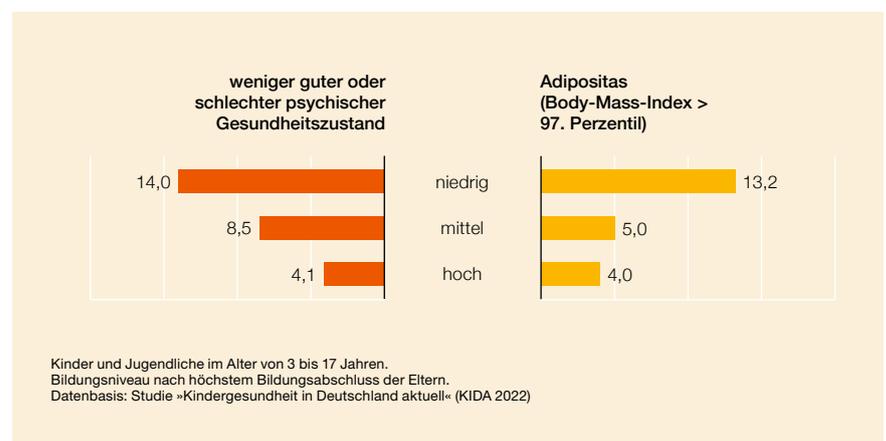
8.2.3 Mortalität und Lebenserwartung

Eine extreme Manifestation der gesundheitlichen Ungleichheit stellt die frühere Sterblichkeit (Mortalität) und kürzere Lebenserwartung in sozial benachteiligten Gruppen dar. Auch wenn die Datengrundlage 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 Sterbengeschehen 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-ökonomisches 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

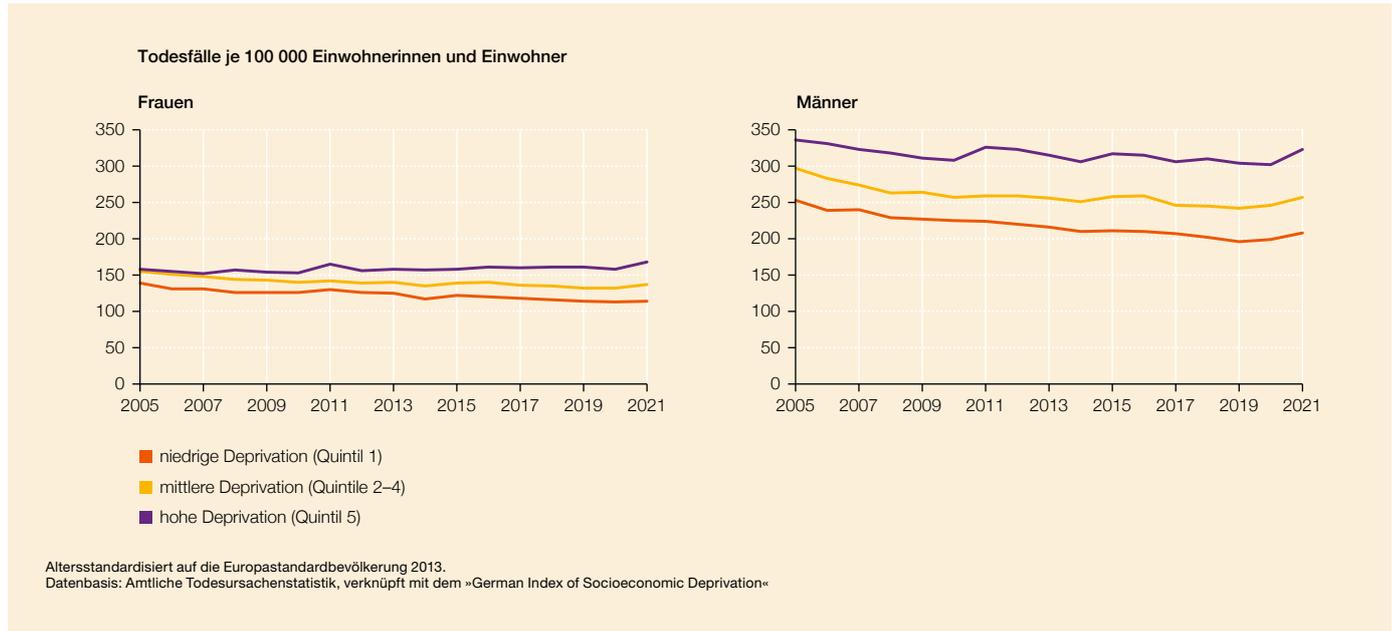
8.2.4 Fazit

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.