



Fachbereich WD 8

**Zum Zusammenhang zwischen der ökonomischen Situation und dem
Zugang zur Gesundheitsversorgung**
Studien und andere Publikationen

Zum Zusammenhang zwischen der ökonomischen Situation und dem Zugang zur Gesundheitsversorgung
Studien und andere Publikationen

Aktenzeichen: WD 8 - 3000 - 044/26
Abschluss der Arbeit: 11.06.2026
Fachbereich: WD 8: Gesundheit, Familie, Bildung und Forschung, Umwelt

Die Wissenschaftlichen Dienste des Deutschen Bundestages unterstützen die Mitglieder des Deutschen Bundestages bei ihrer mandatsbezogenen Tätigkeit. Ihre Arbeiten geben nicht die Auffassung des Deutschen Bundestages, eines seiner Organe oder der Bundestagsverwaltung wieder. Vielmehr liegen sie in der fachlichen Verantwortung der Verfasserinnen und Verfasser sowie der Fachbereichsleitung. Arbeiten der Wissenschaftlichen Dienste geben nur den zum Zeitpunkt der Erstellung des Textes aktuellen Stand wieder und stellen eine individuelle Auftragsarbeit für einen Abgeordneten des Bundestages dar. Die Arbeiten können der Geheimschutzordnung des Bundestages unterliegende, geschützte oder andere nicht zur Veröffentlichung geeignete Informationen enthalten. Eine beabsichtigte Weitergabe oder Veröffentlichung ist vorab dem jeweiligen Fachbereich anzuzeigen und nur mit Angabe der Quelle zulässig. Der Fachbereich berät über die dabei zu berücksichtigenden Fragen.

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	4
2.	Literatur zum Zusammenhang von ökonomischer Situation und Gesundheitsversorgung	5

1. Einleitung

Ob und inwiefern die ökonomische Situation von Personen eine Auswirkung auf deren Gesundheit hat, ist schon seit längerem Gegenstand wissenschaftlicher Auseinandersetzung. In der Literatur finden sich zahlreiche Arbeiten, die die These stützen, dass die ökonomische Situation einer Person einen Einfluss auf ihre Gesundheit hat.

So ist die Lebenserwartung in Regionen mit hoher sozioökonomischer Deprivation, verglichen mit Regionen mit niedriger sozioökonomischer Deprivation, für Frauen 4,3 Jahre und für Männer gar 7,2 Jahre geringer.¹ Auch bei der Morbidität, zeigt sich, dass sozioökonomisch benachteiligte Gruppen besonders von chronischen Erkrankungen betroffen sind. Die Verbreitung (Prävalenz) von Diabetes, Herz-Kreislauferkrankungen, Depressionen und Arthrose liegt in niedrigeren Einkommensgruppen deutlich höher als in höheren Einkommensgruppen.² Betrachtet man die Mortalität im Alter unter 65 Jahren, lässt sich eine eindeutige Tendenz erkennen, dass Personen aus unteren Einkommenschichten häufiger früher versterben.³

Während der Zusammenhang zwischen der ökonomischen Situation und der Gesundheit schon seit längerer Zeit Gegenstand wissenschaftlicher Forschung ist, wird der Zusammenhang zwischen der ökonomischen Situation und der Gesundheitsversorgung erst in den letzten Jahren vermehrt in den Blick genommen.⁴ Unter Gesundheitsversorgung wird dabei die Betreuung, Pflege, Diagnose, Nachsorge, Prävention und die Gesundheitsförderung verstanden.⁵ Bei der Analyse der Gesundheitsversorgung werden Aspekte des Zugangs, der Inanspruchnahme und der Qualität der Versorgung unterschieden. Als Indikatoren für den Zugang zu Versorgungsleistungen kommen u.a. Wartezeiten, Zuzahlungen und Gebühren sowie die zur Verfügung stehenden Angebote in Betracht. Bei der Inanspruchnahme spielen Indikatoren wie die Häufigkeit von Kontakten mit Ärzten, Krankenhausaufenthalten, operativen Eingriffen, Rehabilitationsmaßnahmen oder die Teilnahme an Untersuchungen eine Rolle. Bei der Qualität werden die Interaktion zwischen Patienten und Ärzten, die Anwendung bestimmter Verfahren und die Versorgungsergebnisse wie Komplikations- und Überlebensraten, Wiedereinweisungen oder Rezidive betrachtet.

-
- 1 Hoebel, Jens u.a., Die Lebenserwartungslücke: Sozioökonomische Unterschiede in der Lebenserwartung zwischen Deutschlands Regionen, J Health Monit. 2025;10(1):e 13003. Abrufbar unter doi: 10.25646/13003, https://www.rki.de/DE/Aktuelles/Publikationen/Journal-of-Health-Monitoring/GBEDownloads/JFocus/JHealthMonit_2025_01_Lebenserwartungsluecke.pdf?blob=publicationFile&v=6.
 - 2 Hoebel, Jens u.a., Gesundheitliche Ungleichheit, Sozialbericht, 2024, abrufbar unter https://www.bpb.de/system/files/dokument_pdf/8.2.pdf.
 - 3 Hoebel, Jens u.a., Gesundheitliche Ungleichheit, Sozialbericht, 2024, abrufbar unter https://www.bpb.de/system/files/dokument_pdf/8.2.pdf.
 - 4 Mielck, Andreas u.a., Gesundheitliche Ungleichheit – Auf dem Weg von Daten zu Taten (2021), Beltz Juventa, 69469 Weinheim, ISBN: 9783779955436.
 - 5 Klein, J., von dem Knesebeck, O. (2023). Soziale Einflüsse auf die gesundheitliche Versorgung. In: Richter, M., Hurrelmann, K. (eds) Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Springer VS, Wiesbaden. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-658-42103-8_22.

Diese Dokumentation gibt auftragsgemäß einen Einblick in Beiträge, die den Zusammenhang zwischen der ökonomischen Situation und der Gesundheitsversorgung untersuchen.

2. Literatur zum Zusammenhang von ökonomischer Situation und Gesundheitsversorgung

Arrich, Jasmin u.a., **Einfluss des sozioökonomischen Status auf Art und Häufigkeit notärztlicher Einsätze**, Notfall Rettungsmedizin, 2024, abrufbar unter: <https://doi.org/10.1007/s10049-024-01295-5>.

In dieser Arbeit aus dem Jahr 2024 wurden im Rahmen einer retrospektiven Kohortenstudie die Protokolle der im Jahr 2019 in Jena durchgeführten notärztlichen Einsätze analysiert und mit dem sozioökonomischen Status der Patienten, der für deren Wohngebiete anhand von Indikatoren wie Wohnfläche je Einwohner, Armutsverteilung, Jugendarbeitslosigkeit sowie Migrationshintergrund bestimmt wurde, verglichen. Es zeigte sich eine um 33 Prozent erhöhte Inanspruchnahme notärztlicher Rettungseinsätze durch Patienten in Wohngebieten mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status verglichen mit anderen Wohngebieten. Zudem war ein niedriger sozioökonomischer Status mit einem 63 Prozent höheren Risiko für eine psychiatrische Erstdiagnose und mit einem 37 Prozent höheren Risiko für eine pulmonale Erstdiagnose assoziiert.

Epping, Jelena u.a., **Social inequalities in the utilization of outpatient psychotherapy: analyses of registry data from German statutory health insurance**. International Journal for Equity in Health 16, 147, 2017, abrufbar unter <https://link.springer.com/article/10.1186/s12939-017-0644-5>.

Diese Studie aus dem Jahr 2017 untersuchte die sozialen Unterschiede bei der Inanspruchnahme von psychotherapeutischen Angeboten. Dabei wurden Registrierungsdaten der Versicherungen genutzt und der Einfluss der drei sozioökonomischen Faktoren, Bildung, Einkommen und berufliche Stellung geschätzt. Es wurde erwartet, dass aufgrund der erhöhten Prävalenz psychischer Krankheiten in sozioökonomisch benachteiligten Schichten auch psychotherapeutische Angebote in diesen Schichten vermehrt in Anspruch genommen würden. Im Ergebnis konnten die Autoren jedoch zeigen, dass in sozioökonomisch benachteiligten Schichten eine Unterversorgung mit psychotherapeutischen Angeboten herrsche. Bei der Frage nach den relevanten Faktoren für die Inanspruchnahme des psychotherapeutischen Angebots bewies sich besonders Bildung als ein einflussreicher Faktor für die Inanspruchnahme von Psychotherapie, während das Einkommen eine eher geringe Rolle spielte.

Gerlinger, Thomas, **Gesundheitliche Chancengleichheit in der Gesundheitspolitik und Gesundheitssystemgestaltung**, WSI Mitteilungen 3/2024, 2024, S. 163-171, abrufbar unter https://www.boeckler.de/data/wsimit_2024_03_gerlinger.pdf.

In dieser Überblicksarbeit aus dem Jahr 2024 wurden Entwicklungen und Einflussfaktoren in der Gesundheitspolitik und im Gesundheitssystem betrachtet, die für die gesundheitliche Chancengleichheit besonders bedeutsam sind. Der Autor konstatiert, dass auch in Deutschland beträchtliche Mängel in der Gesundheitsversorgung bestünden, mit denen Ungleichheiten beim Zugang und damit Einschränkungen der gesundheitlichen Chancengleichheit einhergingen. Zu diesem Ergebnis gelangte er über die Analyse vorhandener Arbeiten zum Thema Gesundheitsversorgung. In der Gesundheitsförderungs- und Präventionspolitik habe das Thema der Chancengleichheit eine Aufwertung erfahren, insgesamt spiele das Ziel der Verbesserung gesundheitlicher

Chancengleichheit eine noch geringe Rolle. Dies zeige sich vor allem an der unzureichenden Versorgung mit Ärzten im ländlichen Raum sowie an starken Unterschieden bei Wartezeiten zwischen privat und gesetzlich Krankenversicherten. Zudem zeigten sich auch soziale Hindernisse in Gestalt von finanzieller Beteiligung an den Kosten der Krankenbehandlung.

Groh, Samberg u.a., **Der Siebte Armuts- und Reichtumsbericht**, 2025, abrufbar unter: <https://www.armuts-und-reichtumsbericht.de/DE/Bericht/Der-siebte-Bericht/Der-Bericht/der-bericht.html>.

Im vorliegenden siebten Armuts- und Reichtumsbericht wurde ebenfalls der Zusammenhang von sozialer Lage und verschiedenen Gesundheitsparametern untersucht. Dies geschah auf der Grundlage einer Zusammenstellung relevanter Daten und Studien sowie der Ergebnisse verschiedener vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales zu diesem Zweck in Auftrag gegebener Forschungsvorhaben. Zudem wurden Befragungen durchgeführt. Dabei zeigte sich bezüglich des Auftretens von Krankheiten und der durchschnittlichen Fehlzeiten ein eindeutiges Bild, nach dem die sozioökonomische Herkunft einen starken Einfluss auf die Gesundheit – nicht zuletzt auf die psychische Gesundheit – hat. Auch die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen variiert stark abhängig von sozioökonomischen Determinanten wie dem Einkommen. Zudem werden in unteren Einkommensschichten eher Allgemeinärzte als Fachärzte kontaktiert und die Früherkennung bei Zahnärzten weniger wahrgenommen. Angebote der Physiotherapie werden eher von höheren Einkommensschichten wahrgenommen, während sich bei der psychologischen und psychiatrischen Betreuung sich ein umgekehrtes Bild zeigt. Die Autoren erhoffen sich von lebensweltbezogenen Angeboten eine Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen.

Klein, Jens u.a., **Soziale Einflüsse auf die gesundheitliche Versorgung**, In: Richter, Matthias, Hurrelmann, Klaus (eds) *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*, 2023, S. 367-380, abrufbar unter https://doi.org/10.1007/978-3-658-42103-8_22.

Dieser Beitrag aus dem Jahr 2023 diskutiert die sozialen Einflüsse auf die gesundheitliche Versorgung. Dabei werden zunächst die relevanten Konzepte und die Indikatoren für Versorgungsungleichheiten – Bildungsabschluss, berufliche Position und Einkommen – beschrieben. In Deutschland spielen dabei auch der Versichertenstatus eine entscheidende Rolle. Anschließend wird der Forschungsstand bezogen auf Deutschland dargestellt. Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass es in Deutschland Hinweise auf Ungleichheiten im Zugang, in der Inanspruchnahme und in der Qualität der gesundheitlichen Versorgung gebe. Personen mit einem niedrigen sozialen Status oder gesetzlichem Versichertenstatus seien in der gesundheitlichen Versorgung häufig benachteiligt – vor allem durch verlängerte Wartezeiten und einen häufigeren Verzicht auf Behandlung aufgrund von Zuzahlungen oder längerer Wegstrecken. Es zeigte sich zudem eine weniger bedarfsgerechte Inanspruchnahme von Angeboten als bei Menschen mit höheren Einkommen.

Klein, Jens u.a., **Soziale Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung**, In: Siegrist Johannes u.a., *Medizinische Soziologie in Deutschland, Gesundheit und Gesellschaft*, 2022, S. 213-228, abrufbar unter https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-658-37692-5_12.

Die Autoren stellen hier Ergebnisse aus vorliegenden Studien und Metastudien der deutschen Medizinsoziologie vor. Sie suchten Hinweise auf Ungleichheit in der gesundheitlichen

Versorgung, indem sie Aspekte des Zugangs, der Inanspruchnahme und der Qualität der Versorgung betrachteten. So wurden im Rahmen des Hamburger Netzwerks für Versorgungsforschung Versorgungsungleichheiten in Bezug auf Nachsorge und Rehabilitation sowie auf Notfallversorgung untersucht. Zudem wurden international vergleichende Analysen von Befragungsdaten durchgeführt und systematische Reviews insbesondere zu Ungleichheiten bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen angefertigt. Im Ergebnis lässt sich erkennen, dass es in Deutschland Ungleichheiten im Zugang und in der Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung zuungunsten von Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status, gesetzlich Versicherten und Menschen mit Migrationshintergrund gebe. So hänge der sozioökonomische Status signifikant mit dem Verzicht auf Gesundheitsleistungen zusammen. Insbesondere der Zugang zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren habe sich als ungleich verteilt erwiesen. Auch seien für besagte Gruppen deutlich längere Wartezeiten dokumentiert. Zudem bestehe in diesen Gruppen weniger Wissen über die Angebote der Gesundheitsversorgung und weniger notfallspezifische Gesundheitskompetenz. Darüber hinaus zeigten sich in den analysierten Arbeiten soziale Ungleichheiten in den Behandlungsergebnissen bei Diabetespatienten und Prostatakrebspatienten und eine unterschiedlich bewertete Patienten-Ärzte-Interaktion je nach Versicherungsstatus.

Lueckmann, Sara Lena u.a., **Socioeconomic inequalities in primary-care and specialist physician visits: a systematic review**, International Journal for Equity in Health, 2021, abrufbar unter <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01375-1>

Dieser Beitrag wertet 57 Studien aus, in denen der Zusammenhang zwischen dem sozioökonomischen Status und der Inanspruchnahme von Terminen bei Haus- oder Fachärzten in Ländern mit hohem Einkommen untersucht wurde. Im Ergebnis zeigte sich, dass besonders die Wahrscheinlichkeit, ob eine Person einen Termin bei einem Facharzt in Anspruch nimmt, stark von dem sozioökonomischen Status beeinflusst wird. Für die Häufigkeit der Inanspruchnahme von Facharztterminen erbrachten die meisten Studien dagegen keinen Hinweis auf diesen Zusammenhang. Ebenso wurde die Wahrscheinlichkeit, einen Termin bei einem Hausarzt in Anspruch zu nehmen, eher nicht von dem sozioökonomischen Status beeinflusst. Stattdessen zeigten sich jedoch Unterschiede bei der Häufigkeit der Inanspruchnahme hausärztlicher Termine: Personen mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status nahmen diese häufiger in Anspruch.

Roick, Julia u.a., **Soziale Determinanten der Gesundheit und der gesundheitlichen Versorgung**, WSI Mitteilungen 03/2024, 2024, S. 180-185, abrufbar unter <https://www.wsi.de/data/wsi-mit-2024-03-roick.pdf>.

Die Autoren geben einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand zu Ungleichheiten in der medizinischen Versorgung. Danach stellten sich vor allem Zuzahlungen, fehlende Erreichbarkeit und Wartezeiten als Hindernisse für einen gleichmäßigeren Zugang heraus. Große Unterschiede sehen die Autoren auch bei der Konsultation von Haus- und Fachärzten oder in der Inanspruchnahme von Rehabilitationsmaßnahmen und Vorsorgeuntersuchungen. Auch in der Qualität der Versorgung, die sich durch Faktoren wie Behandlungszufriedenheit, Lebensqualität oder Behandlungserfolg zeigen, gebe es Ungleichheiten, die sich in einer schlechteren Arzt-Patienten-Interaktion und einer erhöhten Mortalität bei Personen mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status zeigten. Zur Verbesserung der Gesundheit der Gesamtbevölkerung schlagen sie vor, die Bevölkerungsgruppen, denen der Zugang erschwert ist, zu identifizieren und verstärkt zu adressieren. Zudem sollen Zugangswege erleichtert und zielgruppenspezifische Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen ergriffen werden.

Schillen, Philip u.a., **Primärärztliche Versorgungsungleichheiten zu Ungunsten der Bevölkerung sozial benachteiligter Stadtgebiete – eine Fallanalyse am Beispiel der Stadt Essen** in Gesundheitswesen, 2023, 85: S. 1131–1139, abrufbar unter <https://www.thieme-connect.de/products/e-journals/pdf/10.1055/a-2175-8290.pdf>.

Die vorliegende Studie hatte das Ziel, die Verteilung von Primärversorgungsstrukturen am Beispiel von zwei großräumigen Stadtgebieten der Stadt Essen zu analysieren und Perspektiven für eine Stärkung der Primärversorgung in benachteiligten Stadtteilen aufzuzeigen. Dabei wurde das Untersuchungsgebiet Essen Nord mit dem restlichen Stadtgebiet verglichen. Als Indikatoren für eine ungleiche Verteilung der Gesundheitsversorgung dienten der soziale Status und die Versorgungsdichte der Haus- und Kinderärzte. Die Ergebnisse offenbarten eine deutlich geringere primärärztliche Versorgungsdichte im sozial benachteiligten Untersuchungsgebiet Essen Nord, bei Hausärzten um etwa ein Viertel, bei Kinderärzten um fast die Hälfte. Die Autoren stellen daher fest, dass mit einer höheren sozialen Benachteiligung ein schlechterer wohnortnaher Zugang zur Primärversorgung einhergeht, insbesondere für Kinder und Jugendliche. Die Autoren fordern daher ein größeres Problembewusstsein für die Bedeutung und die teilweise unzureichende Sicherstellung einer wohnortnahen, bedarfsgerechten und patientenorientierten Primärversorgung in sozial benachteiligten Stadtteilen – insbesondere für die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen.

Tille, Florian u.a., **Soziodemografische und gesundheitsbezogene Merkmale der Inanspruchnahme und des Zugangs zu haus- und fachärztlicher Versorgung – Ergebnisse einer deutschlandweiten Bevölkerungsbefragung von 2006 bis 2016**, Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, Volume 126, 2017, S. 52-65, abrufbar unter <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2017.07.012>. (<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1865921717301861>)

Der Beitrag untersucht für den Zeitraum von 2006 bis 2016, mit welchen soziodemografischen (Alter, Geschlecht, Bildungsabschluss, Erwerbsstatus, Größe und Region des Wohnortes sowie Art der Krankenversicherung) und gesundheitsbezogenen Merkmalen (der subjektive Gesundheitszustand und der Grund des letzten Arztbesuches) die Inanspruchnahme und der Zugang zur ambulanten Gesundheitsversorgung assoziiert wird. Dabei liegt der Fokus auf den Vielnutzern von Haus- und Fachärzten sowie auf Personen mit sehr langen Wartezeiten auf Arzttermine. Grundlage der Analyse bildeten neun Bevölkerungsbefragungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, in denen 42.925 Personen ab 18 Jahren bundesweit telefonisch befragt wurden. Es zeigte sich, dass Vielnutzer von ärztlichen Leistungen vorrangig Personen mit einem subjektiv schlechten Gesundheitszustand, Personen in Rente sowie jüngere Befragte (18-34-Jährige) waren. Hausärzte wurden signifikant häufiger von formal niedrig Gebildeten im Vergleich zu formal höher Gebildeten konsultiert. Es zeigte sich zudem, dass privat Versicherte eher Fachärzte als Hausärzte aufsuchen, während gesetzlich Versicherte vor allem Hausärzte nutzen und dass letztere mitunter sehr lange auf einen Termin bei Haus- wie bei Fachärzten warten.
