

Anhörung des vom Deutschen Bundestag eingesetzten Unterausschusses ‚Parlamentarisches Begleitgremium COVID-19-Pandemie‘ zum Thema „Gesundheitliche und soziale Dimension der Pandemie“

Stellungnahme bzw. Zusammenfassung des Forschungsstandes

Von: Prof. Dr. Nico Dragano, Universitätsklinikum Düsseldorf, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Medizinische Soziologie (AWMF Mitgliedsgesellschaft)

Expertise: empirische Forschung zu Zusammenhängen zwischen sozialen Faktoren und Erkrankungsrisiken; epidemiologische Studien zu COVID-19-Inzidenzverläufen und Risiken schwerer Verläufe sowie psychischen Belastungen durch pandemiebedingte Veränderungen

Vorbemerkung: gesundheitliche Ungleichheit im Allgemeinen

Höhere Erkrankungsrisiken und eine kürzere Lebenserwartung bei Menschen mit geringem Einkommen, geringer Bildung oder niedriger beruflicher Position sind für Deutschland (und nahezu alle Länder weltweit) gut dokumentiert. Diese „*gesundheitliche Ungleichheit*“ beginnt bei Krankheiten des Kindes- und Jugendalters (z.B. Psychische- und Verhaltensstörungen), erstreckt sich über die Volkskrankheiten des Erwachsenenalters (z.B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes, Depressionen) und mündet in eine um mehrere Jahre kürzeren Lebenserwartung sozioökonomisch benachteiligter Menschen. Die Ursachen sind komplex, das grundlegende Muster ist jedoch einfach zu beschreiben: aus der sozialen und ökonomischen Situation ergeben sich gesündere oder weniger gesunde Lebens- und Arbeitsbedingungen (z.B. geringes Einkommen > schlechtere Wohnqualität). Die COVID-19-Pandemie trifft also zum Teil auf eine Bevölkerung, die sowohl sozial als auch gesundheitlich benachteiligt ist.

Die soziale Dimension der Pandemie: COVID-19-Inzidenzen, Krankenhausaufenthalte, Todesfälle

Nach derzeitigem Wissensstand ist davon auszugehen, dass sozioökonomisch benachteiligte Bevölkerungsgruppen in Deutschland insbesondere während der zweiten und dritten Pandemiewelle vergleichsweise höhere Inzidenzen und zudem schwerere Erkrankungsverläufe hatten. Darauf deuten u.a. Auswertungen der IfSG-Melddaten zu regionalen Unterschieden in Inzidenz und Mortalität nach sozioökonomischen Merkmalen (z.B. mittleres Einkommen in einer Region) oder Auswertungen von Krankenkassendaten zu erhöhten Risiken eines COVID-19-bedingten Krankenhausaufenthaltes für Bezieher/-innen von ALG II hin. Vergleichbare Befunde gibt es aus zahlreichen anderen Ländern.

Die Ursachen sind nicht hinreichend erforscht, es gibt jedoch eine Reihe von Hypothesen, die teilweise durch empirische Studien gestützt werden. Als Gründe für erhöhte Infektionsrisiken von sozioökonomisch benachteiligten Menschen wird zum Beispiel ihr höheres Expositionsrisiko angeführt. Faktoren sind beispielsweise beengte Wohnverhältnisse, die Nutzung des öffentlichen Nahverkehrs oder fehlende Möglichkeiten des Homeoffice für Beschäftigte in Berufen mit niedrigem Einkommen (z.B. Altenpflege, Transport, Industrieproduktion). Zudem gibt es Vermutungen, dass eine eingeschränkte Immunabwehr etwa aufgrund von chronischem Stress oder Vorerkrankungen das Risiko einer Infektion zusätzlich erhöht. In Bezug auf die schwereren Krankheitsverläufe ist eine höhere Gefährdung aufgrund von häufigeren Vorerkrankungen wie Herzkrankheiten, Diabetes oder Übergewicht ein möglicher Mechanismus (siehe oben).

Die soziale Dimension der Pandemie: Impfungen

Belastbare bevölkerungsweite Daten zu einem möglichen sozial ungleichen Zugang zu Impfungen liegen m.W. bislang nicht vor. Aus anderen Präventionsfeldern ist aber bekannt, dass gerade „Komm-Strukturen“, die von den Patientinnen und Patienten ein aktives Handeln (z.B. Informationen einholen und verstehen, selbstständig Termine organisieren) erfordern, von Menschen mit höherer Bildung oder höheren Einkommen bevorzugt genutzt werden. Menschen mit geringer Bildung, Gesundheitskompetenz oder auch fehlenden Sprachkenntnissen fällt es hingegen schwerer, solche Strukturen in Anspruch zu nehmen – entsprechend geringer ist die Inanspruchnahme. Da die Organisation der Impfungen in vielen Fällen als „Komm-Struktur“ bezeichnet werden kann, könnte über aufsuchende Angebote (niedrigschwellige, vor-Ort-Angebote, z.B. mobile Impfteams) ein Ausgleich geschaffen werden. Zielgruppenspezifische Information und Aufklärung sind ebenfalls wichtig. Insbesondere muss bei digitalen Angeboten (z.B. zur Vereinbarung von Impfterminen) beachtet werden, dass bestimmte soziale Gruppen nur eingeschränkt über Zugang zu und/oder Kompetenz im Umgang mit digitalen Medien verfügen, so dass Alternativen notwendig sein können.

Die soziale Dimension der Pandemie: indirekte Gesundheitsfolgen

Maßnahmen zur Eindämmung der Pandemie können nach heutigem Wissen ebenfalls gesundheitliche Folgen haben. Grob zusammengefasst zeigen sich drei Risikobereiche: [A] psychische Belastung durch Angst vor Infektionen und Maßnahmen des Infektionsschutzes (Quarantäne / soziale Isolation / Gesamtsituation); [B] gesundheitliche Belastungen durch wirtschaftliche Probleme wie Jobunsicherheit, Arbeitslosigkeit, Einkommensverluste, Zunahme prekärer Beschäftigung etc.; [C] Unterversorgung chronischer und akuter Krankheiten aufgrund eingeschränkter Versorgungsangebote insbesondere in Hochinzidenzphasen.

Eine Reihe von nationalen und internationalen Analysen legen nahe, dass alle drei Gruppen von Risikofaktoren benachteiligte Menschen häufiger und stärker betreffen. Psychische Belastungen durch soziale Isolation sind z.B. höher, wenn die persönliche Lebenssituation von vornherein belastend ist, etwa durch beengte Wohnverhältnisse oder unsichere finanzielle Verhältnisse.

Die soziale Dimension der Pandemie: erste Schlussfolgerungen

Die Reduktion gesundheitlicher Ungleichheit ist von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als prioritäres Handlungsfeld von Public Health (öffentlicher Gesundheit) und Gesundheitspolitik benannt worden. Auch in Deutschland ist gesundheitliche Chancengleichheit ein Handlungsziel (siehe z.B. SGB V §20), eine politikfeldübergreifende Strategie gibt es m.W. jedoch nicht. Die Entwicklung einer solche Strategie und die Schaffung entsprechender Strukturen sind aus unserer Sicht notwendig. Entsprechende Vorschläge wurden z.B. kürzlich vom Zukunftsforum Public Health (<https://zukunftsforum-public-health.de>) für Deutschland vorgelegt. Eine grundlegende Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten würde auch die Widerstandskraft gegenüber epidemisch auftretenden Infektionskrankheiten erhöhen.

Direkt bezogen auf die gegenwärtige Pandemie zeigt die skizzierte Forschung, dass die Förderung gesundheitlicher Chancengleichheit integraler Bestandteil des Pandemiemanagements sein sollte. Das schließt die Berücksichtigung der Thematik in Pandemieplänen, die Einbeziehung entsprechender Expertise in Gremien sowie die Intensivierung (sozial-)epidemiologischer Forschung / Gesundheitsberichterstattung ein. Hier haben wir den Eindruck, dass der Gesetzgeber Möglichkeiten eines verbesserten Zugangs zu Sozial- und Gesundheitsdaten prüfen sollte, um der Forschung die Überwachung gesundheitlicher Ungleichheiten zu erleichtern.