

Heisig, Jan Paul

Book Part — Published Version

Soziale Ungleichheit und gesundheitliches Risiko in der Pandemie

Provided in Cooperation with:

WZB Berlin Social Science Center

Suggested Citation: Heisig, Jan Paul (2021) : Soziale Ungleichheit und gesundheitliches Risiko in der Pandemie, In: Bundeszentrale für politische Bildung (Ed.): Corona. Pandemie und Krise, ISBN 978-3-7425-0714-3, Bundeszentrale für politische Bildung/bpb, Bonn, pp. 332-344

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/234052>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/de/>

Soziale Ungleichheit und gesundheitliches Risiko in der Pandemie

Das neuartige Corona-Virus SARS-CoV-2 wurde erstmals Ende 2019 in der chinesischen Stadt Wuhan identifiziert. Ein Jahr später wissen wir, dass das Virus die schwerste globale Pandemie seit der sogenannten Spanischen Grippe von 1918 ausgelöst hat. Die zur Eindämmung der Pandemie ergriffenen Maßnahmen – unter anderem Beschränkungen sozialer Kontakte, Schließungen von Restaurants und Geschäften sowie die Aussetzung des Präsenzunterrichts an Schulen und Hochschulen – sind ebenfalls beispiellos. Auch wenn sie noch nicht abschließend beziffert werden können, ist bereits heute klar, dass die Folgen der Corona-Pandemie über Jahre oder sogar Jahrzehnte hinaus spürbar bleiben werden.

Klar ist auch jetzt schon, dass die Pandemie nicht alle Menschen gleich stark betrifft. Bereits bestehende soziale und gesundheitliche Ungleichheiten prägen maßgeblich, wie stark der oder die Einzelne von dem Virus und den Maßnahmen zur Kontrolle der Pandemie betroffen ist. Eine in diesem Zusammenhang oft verwendete Formulierung spricht von der Pandemie als einem »Brennglas«, das bestehende Ungleichheiten sichtbar macht und verstärkt. Dieses allgemeine Muster zeigt sich in vielen Lebensbereichen. So gibt es inzwischen eine Reihe von empirischen Belegen, dass die pandemiebedingten Einschränkungen des Schulbetriebs leistungsschwache und benachteiligte Schüler*innen besonders stark getroffen haben.¹ Auch für eine Verstärkung von Arbeitsmarkt- und Einkommensungleichheiten gibt es viele Anhaltspunkte. So sind Angehörige ethnischer Minderheiten und Personen mit niedrigem Verdienst in den von (Teil-)Schließungen betroffenen Wirtschaftszweigen wie der Gastronomie stark überrepräsentiert.² Der teilweise Wegfall der Betreuung von Kindern durch Kindertagesstätten und Schulen könnte zu einer Retraditionalisierung der Geschlechterverhältnisse führen.³

Im vorliegenden Beitrag soll es vor allem um die Frage gehen, ob und warum die Folgen der Pandemie für die körperliche Gesundheit sozial ungleich verteilt sind. Im Mittelpunkt stehen die folgenden Leitfragen: Haben Menschen mit Migrationshintergrund, niedrigem Einkommen und niedriger Bildung ein erhöhtes Risiko, sich mit SARS-CoV-2 zu infizieren? Haben diese Gruppen ein erhöhtes Risiko für schwere oder sogar tödliche Verläufe der Erkrankung? Und wie können diese Unterschiede erklärt und verringert werden?⁴

Erklärungsansätze

Ein nützlicher sozialepidemiologischer Analyserahmen für die Beantwortung dieser Fragen unterscheidet zwischen drei grundlegenden Faktoren: Exposition, Vulnerabilität und Versorgung.⁵

Soziale Ungleichheiten in der *Exposition* gegenüber dem Corona-Virus und anderen Krankheitserregern können aus einer Reihe von Gründen bestehen. Wichtige Beispiele sind Unterschiede in der Kontaktintensität am Arbeitsplatz (Arbeit im Einzelbüro vs. Arbeit an der Supermarktkasse) und in der Möglichkeit, von zu Hause zu arbeiten. Diese Unterschiede sind nicht zufällig verteilt, sondern hängen systematisch mit dem Bildungs- und Einkommensniveau zusammen. Die Wahrscheinlichkeit von Ansteckungen innerhalb der Familie hängt unter anderem von der Größe der Wohnung und den Möglichkeiten zur Isolierung von erkrankten Familienangehörigen ab. Auch Unterschiede im Gesundheits- und Hygieneverhalten können eine Rolle spielen, etwa beim Tragen von Schutz- und Alltagsmasken, beim Händewaschen und bei der Einhaltung von Kontaktbeschränkungen oder der freiwilligen Reduktion sozialer Kontakte. Zudem gibt es Belege, dass chronischer psychosozialer Stress das menschliche Immunsystem schwächt und anfällig für Infektionen macht.⁶

Bei der *Vulnerabilität* geht es in erster Linie um soziale Ungleichheiten in der Prävalenz von Vorerkrankungen wie Adipositas, Diabetes mellitus oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen, die das Risiko schwerer oder sogar tödlicher Verläufe einer Corona-Infektion erhöhen. Es ist mehr als hinreichend dokumentiert, dass die Betroffenheit von derartigen Vorerkrankungen auch in reichen Volkswirtschaften mit entwickelten Gesundheitssystemen stark vom sozialen Status abhängt, wobei dieser in der Regel über das Bildungsniveau, die berufliche Tätigkeit, das Einkommen oder Kombinationen dieser Faktoren bestimmt wird.⁷ Umstrittener ist die Frage, inwieweit diese gesundheitlichen Ungleichheiten als (kausale) Folge von Unterschie-

den im sozialen Status angesehen werden können.⁸ Insgesamt spricht die Befundlage aber dafür, dass der schlechtere Gesundheitszustand benachteiligter Gruppen zu einem guten Teil als direkte Folge der sozialen Benachteiligung anzusehen ist: Geringe finanzielle Ressourcen, Wohnbedingungen und Wohnlagen, die zum Beispiel durch die Exposition gegenüber Schimmelpilzen oder Feinstaub zu respiratorischen Erkrankungen führen können, sowie chronischer psychosozialer Stress aufgrund von ökonomischer Unsicherheit und familiären Belastungen sind nur einige der wichtigsten Wirkungspfade, die in der umfangreichen wissenschaftlichen Literatur zu den »sozialen Determinanten der Gesundheit« diskutiert werden.⁹

Mit möglichen Ungleichheiten in der *Versorgung* ist schließlich gemeint, dass sozial benachteiligte Gruppen auch unter sonst gleichen Bedingungen zum Beispiel hinsichtlich relevanter Vorerkrankungen schlechter versorgt und behandelt werden könnten. Solche Versorgungsungleichheiten könnten sich etwa aus Ungleichheiten im Versicherungsschutz ergeben (versichert vs. nicht versichert oder privat vs. gesetzlich versichert). Auch die Möglichkeit, bestimmte Therapien auf eigene Kosten zu machen, hängt vom Einkommen ab. Weitere mögliche Faktoren sind eine bewusste oder unbewusste Ungleichbehandlung und Diskriminierung benachteiligter Patient*innengruppen, aber auch soziale Unterschiede in der Nutzung von Versorgungsangeboten, die prinzipiell allen Gruppen offenstehen.¹⁰

Datenlage und Untersuchungsdesigns

Auch wenn die Bedeutung der einzelnen Faktoren nicht ohne Weiteres bestimmt werden kann, ist also davon auszugehen, dass Menschen mit niedrigem sozialen Status stärker von Infektionskrankheiten wie Covid-19 betroffen sind. Für die Influenza-Pandemien von 1918 und 2009 wurde diese Erwartung bereits durch verschiedene Studien bestätigt,¹¹ und auch für die Corona-Pandemie zeigen die bisher vorliegenden empirischen Befunde ein solches Muster. Im Folgenden sollen einige der wichtigsten Ergebnisse für Deutschland und andere reiche Volkswirtschaften zusammengefasst werden, wobei neben Unterschieden im sozialen Status auch die stärkere Betroffenheit von Angehörigen ethnischer Minderheiten und Menschen mit Migrationshintergrund betrachtet wird.

Dabei ist vorab anzumerken, dass die Befundlage für Deutschland insgesamt recht überschaubar ist. Dies liegt in erster Linie an einer unzureichenden Datengrundlage: Der soziale Status oder der Migrationshintergrund werden in der deutschen Fall- und Sterbestatistik oder anderen

Datensätzen wie dem Intensivregister der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin nicht erfasst.¹²

In anderen Ländern gibt es eine solche Erfassung, insbesondere für den Migrationshintergrund und, wie etwa in den USA oder im Vereinigten Königreich üblich, für die ethnische Zugehörigkeit (beziehungsweise *race*) von Patient*innen und Verstorbenen, sodass hier schon in den ersten Wochen der Pandemie entsprechende Befunde vorlagen. Die »New York Times« berichtete Anfang April 2020, dass der Anteil von Afroamerikaner*innen an den Personen mit positivem Testergebnis im Bundesstaat Illinois zu diesem Zeitpunkt bei 28 Prozent und der Anteil an den auf Covid-19 zurückgeführten Todesfällen sogar bei 43 Prozent lag – und damit deutlich über dem Bevölkerungsanteil von 15 Prozent.¹³ Dieses Muster änderte sich auch im weiteren Verlauf der Pandemie nicht. Laut den Centers for Disease Control and Prevention, der obersten US-Behörde für den Schutz der öffentlichen Gesundheit, waren die altersbereinigten kumulierten Hospitalisierungs- und Mortalitätsraten für Schwarze und Afroamerikaner*innen bis zum 30. Januar 2021 2,9 beziehungsweise 1,9 mal so hoch wie für nicht-hispanische Weiße.¹⁴ Auch für andere Länder, insbesondere für das Vereinigte Königreich, lagen frühzeitig ähnliche Befunde vor.¹⁵

Im Vereinigten Königreich wird in der Sterbestatistik mit der beruflichen Tätigkeit auch eine zentrale Dimension des sozialen Status erfasst. Auswertungen des Office for National Statistics für die Altersgruppe der 20- bis 64-Jährigen zeigen, dass Beschäftigte in Tätigkeiten mit geringem oder mittlerem Qualifikationsniveau im Zeitraum bis zum 28. Dezember 2020 besonders häufig an Covid-19 verstarben. Für Beschäftigte mit qualifizierten (Büro-)Tätigkeiten lag die Sterblichkeit hingegen deutlich unter dem Durchschnittswert der untersuchten Altersgruppe.¹⁶ Diese Ergebnisse sind ein erster klarer Beleg, dass die individuelle gesundheitliche Gefährdung Pandemie vom sozialen Status abhängt. Zugleich lassen sie aber viele Fragen offen, da die britische Sterbestatistik keine Informationen zu weiteren Dimensionen des sozialen Status (Bildung, Einkommen) oder zu anderen möglichen Einflussfaktoren wie dem häuslichen Umfeld der Verstorbenen enthält. Zudem ist nicht klar, inwieweit sich die britischen Ergebnisse auf andere Länder übertragen lassen, in denen die Sterbestatistik keine derartigen Informationen umfasst. Die meisten Studien zu sozialen Ungleichheiten in den gesundheitlichen Folgen der Pandemie müssen daher auf andere Datenquellen und Analysemethoden zurückgreifen. Notgedrungen wird dabei bisher mehrheitlich ein sogenannter ökologischer Ansatz gewählt.

In Ermangelung von Individualdaten zu sozioökonomischem Status und Corona-Infektionen oder Krankheitsverläufen werden in ökologischen Stu-

dien die entsprechenden Zusammenhänge auf regionaler (Aggregat-)Ebene untersucht, so etwa zwischen der Zahl der Infektionen oder Todesfälle pro Kopf und der regionalen Armutsquote, dem regionalen Durchschnittseinkommen oder einem multidimensionalen regionalen Deprivationsindex. Derartige Analysen liefern wertvolle Hinweise, bergen aber die Gefahr ökologischer Fehlschlüsse, denn Zusammenhänge auf Aggregatebene implizieren nicht zwangsläufig entsprechende Zusammenhänge auf Individualebene. So kann etwa aus einem positiven Zusammenhang zwischen regionalem Migrant*innenanteil und dem Stimmenanteil rechter Parteien nicht gefolgert werden, dass Migrant*innen zur Wahl dieser Parteien neigen. Die wahrscheinlichere Erklärung für ein derartiges Muster wäre vielmehr, dass Einheimische bei steigendem Migrant*innenanteil häufiger für derartige Parteien stimmen.

Ökologische Fehlschlüsse können nur mit Individualdaten sicher vermieden werden. Zudem sind Individualdaten in der Regel besser geeignet, um den möglichen Ursachen für soziale Disparitäten auf die Spur zu kommen. Die Nutzung von Regional- beziehungsweise Aggregatdaten hat denn auch vor allem praktische Gründe. Die Erhebung von Befragungsdaten ist aufwendig und zeitintensiv. Zudem sind Infektionen und erst recht Todesfälle auch bei einer sich rasant entwickelnden Epidemie zumindest anfangs noch zu selten, um sie auf der Grundlage mittelgroßer repräsentativer Studien zu untersuchen. Eine zeitnahe Untersuchung des Infektionsgeschehens auf Individualebene erfordert daher andere Erhebungsansätze und Dateninfrastrukturen. Wichtige Beispiele sind sogenannte Fall-Kontroll-Designs, bei denen positiv Getestete oder Erkrankte gezielt rekrutiert werden,¹⁷ oder die Nutzung von (Routine-)Daten aus Bevölkerungsregistern oder Sozialversicherungssystemen.¹⁸

Empirische Befunde

Wie stellt sich nun der Zusammenhang zwischen sozialem Status, Corona-Infektionen und Covid-19-Sterblichkeit in den ersten Monaten der Corona-Pandemie empirisch dar? Einer ersten deutschsprachigen Überblicksarbeit zufolge lagen zum 15. Juni 2020 bereits 46 Arbeiten zu sozio-ökonomischen Ungleichheiten in den gesundheitlichen Auswirkungen der Corona-Pandemie vor.¹⁹ Die große Mehrheit dieser Studien bezieht sich auf die USA oder das Vereinigte Königreich und verfolgt überwiegend einen ökologischen Ansatz. Viele Arbeiten haben noch kein vollständiges wissenschaftliches Begutachtungsverfahren (*peer review*) durchlaufen.

Insgesamt ist die Befundlage nicht ganz einheitlich. Aber gerade die qualitativ höher einzuschätzenden Studien, die beispielsweise auf größeren Fallzahlen beruhen oder bereits ein Begutachtungsverfahren durchlaufen haben, finden für die Vereinigten Staaten und das Vereinigte Königreich deutlich erhöhte Infektions-, Hospitalisierungs- und Sterberisiken für Personen mit niedrigem sozialen Status beziehungsweise in Regionen mit niedrigem Durchschnittseinkommen, hoher Armutsquote oder hoher Deprivation.²⁰

Auch für Deutschland liegen inzwischen Ergebnisse zum Zusammenhang zwischen Sozialstruktur und Infektionshäufigkeit auf Kreisebene vor.²¹ Für die ersten Wochen der Pandemie bis Mitte April zeigt sich hier zunächst ein überraschendes Muster: eine höhere Inzidenz in wohlhabenden beziehungsweise weniger »sozial deprivierten« Kreisen. Dahinter verbirgt sich mit hoher Wahrscheinlichkeit ein »Ischgl-Effekt«: Das Virus wurde überwiegend durch vergleichsweise gut situierte Winterurlauber*innen nach Deutschland eingeführt. Im weiteren Verlauf der Pandemie bildete sich mit der Entwicklung eines eigenständigen Infektionsgeschehens in Deutschland dann aber zunehmend das zu erwartende Muster einer stärkeren Betroffenheit von Kreisen mit niedrigem Durchschnittseinkommen beziehungsweise hoher sozialer Deprivation heraus.

Ein weiterer möglicher Erklärungsansatz zu Unterschieden im regionalen Infektionsgeschehen schlug Anfang Dezember 2020 höhere mediale Wellen: Auswertungen des Instituts für Demokratie und Zivilgesellschaft (IDZ) in Jena zeigten einen starken positiven Zusammenhang zwischen Infektionszahlen und dem Stimmenanteil der AfD bei der Bundestagswahl 2017.²² Die naheliegende Erklärung: AfD-Anhänger*innen halten sich weniger stark an die Vorschriften und Empfehlungen zur Reduzierung von Infektionsrisiken. Wegen der Möglichkeit ökologischer Fehlschlüsse ist bei dieser Interpretation große Vorsicht geboten, wie auch die verantwortlichen Forscher*innen des IDZ betonten. Es bleibt abzuwarten, inwiefern der Zusammenhang nach Kontrolle weiterer möglicher Einflussfaktoren wie der regionalen sozialen Deprivation fortbesteht und ob er gegebenenfalls durch weitere Analysen auf der Grundlage von Individualdaten gestützt werden kann.

Angesichts der Probleme ökologischer Studien verdienen die vergleichsweise wenigen vorliegenden Analysen von Individualdaten besondere Beachtung. Hervorzuheben ist hier vor allem eine schwedische Studie, die das Risiko eines durch Covid-19 bedingten Todes für den Zeitraum vom 13. März bis zum 7. Mai 2020 auf der Grundlage schwedischer Registerdaten für die gesamte Wohnbevölkerung untersucht.²³ Die Autor*innen

zeigen, dass Einwander*innen aus sogenannten Low and Middle Income Countries, Menschen mit niedrigem Einkommen und Menschen mit niedriger Bildung deutlich häufiger an Covid-19 verstarben – und dies auch nach statistischer Kontrolle der jeweils anderen Faktoren und weiterer Merkmale. Die Einkommens- und Bildungsunterschiede in der Covid-19-Sterblichkeit sind dabei insgesamt ähnlich stark ausgeprägt wie für alle anderen Todesursachen, die Einkommensunterschiede bei Frauen sogar tendenziell etwas schwächer. Bei den Einwander*innen unterscheiden sich die Muster jedoch deutlich zwischen Covid-19 und anderen Todesursachen: Einem deutlich erhöhten Risiko Covid-19-bedingter Todesfälle steht hier ein etwas geringeres Risiko gegenüber, aus anderen Gründen zu versterben.

Für einen vergleichbaren Ansatz in Deutschland am ehesten geeignet, sind die Daten der Gesetzlichen Krankenkassen, auch wenn landesweite und bevölkerungsrepräsentative Auswertungen aufgrund der institutionellen und regionalen Fragmentierung der gesetzlichen Krankenkassen und der Ko-Existenz von Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung derzeit kaum zu realisieren sind. Die bisher wohl einzige deutsche Studie auf Basis eines großen Individualdatensatzes nutzt Versichertendaten der Allgemeinen Ortskrankenkassen Rheinland und Hamburg für den Zeitraum vom 1. Januar bis zum 4. Juni 2020.²⁴ Insgesamt kam es bei den rund 1,3 Millionen Versicherten dieser Krankenkassen im besagten Zeitraum zu 1311 Covid-19-bedingten Krankenhausaufenthalten. Das individuelle Risiko hing dabei stark vom sozialen Status der Versicherten ab, der hier näherungsweise über den Bezug von Sozialleistungen erfasst wurde. Nach der Berücksichtigung von Alter und Geschlecht war es für erwerbslose Bezieher*innen von Arbeitslosengeld (ALG) II im Vergleich zu »regulären« Beschäftigten, also abhängig Beschäftigte und Selbstständige ohne Bezug von ALG II, um 94 Prozent wahrscheinlicher, in einem Krankenhaus wegen Covid-19 behandelt zu werden. Auch für erwerbstätige Bezieher*innen von ALG II und Bezieher*innen von ALG I war das »Hospitalisierungsrisiko« höher als für »reguläre« Erwerbstätige und zwar um 33 beziehungsweise 29 Prozent. Diese Unterschiede waren jedoch statistisch nicht signifikant.

Bedeutung und Wirkung von Erklärungsfaktoren

Bei allen Unzulänglichkeiten einzelner Datenquellen und Studien haben die vorangegangenen Abschnitte verdeutlicht: Die Corona-Pandemie birgt

für Personen mit niedrigem sozialen Status und Menschen mit Migrationshintergrund besonders große gesundheitliche Risiken. Eine naheliegende Anschlussfrage ist, welche Bedeutung die eingangs skizzierten Erklärungsansätze – Exposition, Vulnerabilität, Versorgung – im Einzelnen haben. Dabei geht es nicht nur um ihre relative Bedeutung, sondern auch um die spezifischen Wirkungspfade, die sich dahinter verbergen. Wo und weshalb infizieren sich Menschen mit niedrigerem sozialen Status häufiger mit dem Virus? Inwieweit kann ihr höheres Infektionsrisiko auf Unterschiede in den Arbeitsbedingungen, im Wohnumfeld, in der Einhaltung von Schutzmaßnahmen und im Hygieneverhalten oder auf andere Faktoren zurückgeführt werden? Es ist offensichtlich, dass die Antworten auf diese Fragen zentral sind für eine effektive und zielgenaue Bekämpfung der beschriebenen Ungleichheiten sowie für die Kontrolle der Pandemie insgesamt.

Wichtige Hinweise liefert eine Studie, die das Infektionsgeschehen in den zehn größten Metropolregionen der USA mithilfe von anonymisierten Geodaten aus der Nutzung von Mobiltelefonen modelliert.²⁵ Ein zentrales Ergebnis ist, dass Personen aus ärmeren Nachbarschaften ihre Mobilität in den ersten Wochen der Pandemie weniger stark reduzierten als andere – wohl auch, weil diese Personen seltener die Möglichkeit haben, von zu Hause zu arbeiten. Außerhalb ihrer Wohnung halten sich Personen aus ärmeren Nachbarschaften tendenziell an Orten mit höherer Besucher*innendichte und entsprechend höheren Übertragungsrisiken auf. Dies liegt nicht allein daran, dass sie andere Arten von Orten aufsuchen: Auch innerhalb ein- und desselben »Ortstyps« wie etwa Supermärkten gilt, dass die von benachteiligten Personen aufgesuchten Orte stärker besucht sind.

Eine Auswertung von Befragungsdaten für die ersten Wochen der Pandemie bestätigt, dass die Arbeit im Homeoffice auch in Deutschland stark vom Bildungsniveau abhängt.²⁶ Zudem zeigt die Studie gewisse Unterschiede in Verhaltensweisen wie der Reduktion von Kontakten oder häufigerem Händewaschen, die eher als freiwillige Verhaltensanpassungen interpretiert werden können. Insgesamt folgern die Autor*innen jedoch, dass die sozialen Unterschiede im Infektionsrisiko vor allem auf strukturelle Ursachen wie insbesondere unterschiedliche Arbeitsbedingungen zurückzuführen sind und weniger auf Unterschiede im Gesundheits- und Hygieneverhalten.

Unterschiede in der Vulnerabilität spielen ohne Frage eine entscheidende Rolle für die höhere Sterblichkeit von Menschen mit niedrigem sozialen Status. So kommt eine Studie aus den USA, die das Risiko für schwere Infektionsverläufe über einen »Vulnerabilitätsindex« quantifiziert,

zu dem Ergebnis, dass Menschen aus dem einkommensschwächsten Viertel der Bevölkerung im Median eine fast dreimal so hohe Vulnerabilität aufweisen wie Menschen aus dem einkommensstärksten Viertel.²⁷ Dabei sind die Unterschiede nach dem Einkommen in der Altersgruppe der über 65-Jährigen besonders groß, aber auch schon bei 45- bis 64-Jährigen erheblich. Für die ethnische Zugehörigkeit ergibt sich ein differenziertes Bild: Die Vulnerabilität von Afroamerikaner*innen ist deutlich höher als die von nicht-hispanischen Weißen, die von Hispanics hingegen niedriger. Auch wenn keine vergleichbaren Berechnungen für Deutschland vorliegen, ist hier mit qualitativ ähnlichen Mustern zu rechnen, da die Prävalenz relevanter Vorerkrankungen hier ebenfalls stark mit dem sozialen Status korreliert.²⁸

Was schließlich mögliche Versorgungsungleichheiten als letzten Erklärungsansatz angeht, liegen bisher keine belastbaren empirischen Befunde vor. Allgemein ist hier zunächst sicher festzustellen, dass es aufgrund der umfassenden öffentlichen Gesundheitsversorgung in Deutschland nicht zu einer dramatischen Unterversorgung sozial benachteiligter Gruppen kommen sollte. Damit ist aber nicht ausgeschlossen, dass eine diskriminierende Ungleichbehandlung von Patient*innen mit niedrigem sozialen Status nicht auch bei der Testung und Behandlung von Corona-Infektionen eine Rolle spielen könnte.²⁹ Auch bei der Inanspruchnahme von coronaspezifischen Leistungen wie der Nutzung von Tests sind soziale Unterschiede wahrscheinlich, ohne dass hier belastbare Zahlen für Deutschland vorlägen. Offensichtlich ist es für Personen mit niedrigem sozialen Status zum Beispiel schwieriger, Schnelltests zu finanzieren und damit Bekannte und Angehörige zu schützen, da die Kosten hierfür oftmals im mittleren zweistelligen Bereich liegen. Soziale Ungleichheiten können aber auch auf andere Weise wirksam werden, etwa wenn Personen mit niedrigem Sozialstatus positive Testergebnisse vermeiden wollen, da sie berufliche Nachteile oder Verdienstaufschläge befürchten müssen. Diese Überlegungen verdeutlichen, dass auch scheinbar freiwillige Unterschiede in der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen tiefer liegende strukturelle Ursachen haben können.

Schlussbetrachtungen

Trotz einer in vielerlei Hinsicht unbefriedigenden Datenlage kann inzwischen als gesichert gelten, dass sich Menschen mit niedrigem sozialen Status und Menschen mit Migrationshintergrund häufiger mit SARS-CoV-2

infizieren und ein erhöhtes Risiko für schwere oder tödliche Verläufe von Covid-19 haben. Die Tatsache, dass sich viele Studien auf das Vereinigte Königreich oder die USA beziehen, sollte nicht dazu verleiten, dies allein auf die schwächeren Wohlfahrtstaaten dieser Länder und das vor allem in den USA weniger inklusive Gesundheitssystem zu schieben. Nicht nur gibt es ähnliche Befunde aus Schweden und bis zu einem gewissen Grad auch aus Deutschland. Aus früheren Studien wissen wir zudem, dass viele der Ursachen für das erhöhte Covid-19-Risiko sozial benachteiligter Gruppen wie die höhere Prävalenz relevanter Vorerkrankungen auch in Deutschland stark ausgeprägt sind.

Kurzfristig gilt es vor diesem Hintergrund, benachteiligte Bevölkerungsgruppen besser vor einer Infektion mit SARS-CoV-2 zu schützen. Sinnvoll erscheinen hier neben einer Verstärkung von Aufklärungsmaßnahmen unter anderem Verbesserungen des Arbeitsschutzes und des Infektionsschutzes im öffentlichen Raum, etwa durch strenge Kapazitätsgrenzen in Supermärkten und an anderen öffentlichen Orten. Auch die Ausstattung mit geeigneter Schutzausrüstung und eine Übernahme der Kosten für Schnelltests könnten Ungleichheiten verringern, ebenso eine Berücksichtigung von Vorerkrankungen bei der Priorisierung von Corona-Impfungen. Langfristig gilt es, den strukturellen Ursachen gesundheitlicher Ungleichheiten entschlossener entgegenzutreten. Neben einer entsprechenden gesundheits-, sozial-, und bildungspolitischen Agenda³⁰ ist dafür gerade in Deutschland auch eine Verbesserung der Dateninfrastruktur erforderlich. Denn nur auf dieser Grundlage können sozial-gesundheitliche Ungleichheiten genau beschrieben, analysiert und schließlich effektiv bekämpft werden.³¹

Anmerkungen

- 1 Vgl. u. a. Ludger Wößmann et al., Bildung in der Coronakrise: Wie haben die Schulkinder die Zeit der Schulschließungen verbracht, und welche Bildungsmaßnahmen befürworten die Deutschen?, in: Ifo Schnelldienst 9/2020, S.25–39; Per Engzell/Arun Frey/Mark Verhagen, Learning Loss Due to School Closures During the COVID-19 Pandemic, SocArXiv Preprint, 21. 2. 2021, <https://doi.org/10.31235/osf.io/ve4z7>.
- 2 Vgl. u. a. Andreas Hövermann/Bettina Kohlrausch, Soziale Ungleichheit und Einkommenseinbußen in der Corona-Krise – Befunde einer Erwerbstätigenbefragung, in: WSI-Mitteilungen 6/2020, S.485–492; Richard Blundell et al., COVID-19 and Inequalities, in: Fiscal Studies 2/2020, S.291–319.
- 3 Vgl. u. a. Lena Hipp/Mareike Bünning, Parenthood as a Driver of Increased Gender Inequality During COVID-19? Exploratory Evidence from Germany, in: European Societies, Supplement 1/2021, S.658–673.; Gundula Zoch/Ann-Christin Bächmann/Basha Vicari, Who Cares When Care Closes? Care-arrangements and Parental Working Conditions During the COVID-19 Pandemic in Germany, in: European Societies, Supplement 1/2021, S.576–588..
- 4 Angesichts der Dringlichkeit dieser Fragen sind in den vergangenen Monaten bereits eine Reihe von Beiträgen zu diesem Thema erschienen. Lesenswert sind beispielsweise Clare Bamba et al., The COVID-19 Pandemic and Health Inequalities, in: Journal of Epidemiology and Community Health 11/2020, S.964–968; Benjamin Wachtler/Jens Hobel, J. 2020. Soziale Ungleichheit und COVID-19: Sozialepidemiologische Perspektiven auf die Pandemie, in: Das Gesundheitswesen 8–9/2020, S.670–675.
- 5 Vgl. dazu unter anderem Sandra Crouse Quinn/Supriya Kumar, Health Inequalities and Infectious Disease Epidemics: A Challenge for Global Health Security, in: Biosecurity and Bioterrorism: Biodefense Strategy, Practice, and Science 5/2014, S.263–273; Morten Wahrendorf et al., Erhöhtes Risiko eines COVID-19-bedingten Krankenhausaufenthaltes für Arbeitslose: Eine Analyse von Krankenkassendaten von 1,28 Mio. Versicherten in Deutschland, in: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 3/2021, S.314–321.
- 6 Vgl. Ronald Glaser/Janice K. Kiecolt-Glaser, Stress-induced Immune Dysfunction: Implications for Health, in: Nature Reviews Immunology 5/2005, S.243–251.
- 7 Vgl. Johan Mackenbach, Health Inequalities. Persistence and Change in European Welfare States, Oxford 2019.
- 8 Vgl. ebd.
- 9 Vgl. Mel Bartley, Health Inequality. An Introduction to Concepts, Theories and Methods, Cambridge 2016.
- 10 So zeigt eine Untersuchung aus dem Jahr 2013 beispielsweise, dass anspruchsberechtigte Männer und Frauen mit niedrigem Sozialstatus seltener einen sogenannten Gesundheits-Check-up in Anspruch nehmen als Männer und Frauen mit höherem Sozialstatus. Vgl. Jens Hoebel/Matthias Richter/Thomas Lampert, Sozialer Status und Teilnahme am Gesundheits-Check-up von Männern und Frauen in Deutschland, in: Deutsches Ärzteblatt 41/2013, S.679–685.
- 11 Vgl. dazu den aktuellen systematischen Literaturüberblick von Svenn-Erik Mamelund/

- Clare Shelley-Egan/Ole Rogeberg, The Association Between Socioeconomic Status and Pandemic Influenza: Systematic Review and Meta-analysis, medRxiv Preprint, 22.12.2020, <https://doi.org/10.1101/2020.12.09.20246496>.
- 12 Siehe www.intensivregister.de
 - 13 Vgl. John Eligon et al., Black Americans Face Alarming Rates of Coronavirus Infection in Some States, 7.4.2020, www.nytimes.com/2020/04/07/us/coronavirus-race.html.
 - 14 Vgl. Centers for Disease Control and Prevention, Risk for COVID-19 Infection, Hospitalization and Death by Race/Ethnicity, 18.02.202, www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/covid-data/investigations-discovery/hospitalization-death-by-race-ethnicity.html.
 - 15 Vgl. Public Health England, Disparities in the Risk and Outcomes of COVID-19, London 2020, www.gov.uk/government/publications/covid-19-review-of-disparities-in-risks-and-outcomes; Lucinda Platt/Ross Warwick, Are Some Ethnic Groups More Vulnerable to COVID-19 than Others?, Institute for Fiscal Studies, Mai 2020, www.ifs.org.uk/inequality/chapter/are-some-ethnic-groups-more-vulnerable-to-covid-19-than-others.
 - 16 Vgl. Office for National Statistics, Coronavirus (COVID-19) Related Deaths by Occupation, England and Wales: Deaths Registered Between 9 March and 28 December 2020, 25.1.2021, www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/causesofdeath/bulletins/coronaviruscovid19relateddeathsbyoccupationenglandandwales/deathsregisteredbetween9marchand28december2020. Siehe dazu außerdem Miriam Mutambudzi et al., Occupation and Risk of Severe COVID-19: Prospective Cohort Study of 120 075 UK Biobank Participants, in: Occupational and Environmental Medicine, Online First, <http://dx.doi.org/10.1136/oemed-2020-106731>.
 - 17 Vgl. Jan P. Vandenbroucke et al., A Test-Negative Design with Additional Population Controls Can Be Used to Rapidly Study Causes of the SARS-CoV-2 Epidemic, in: *Epidemiology* 6/2020, S. 836-843.
 - 18 Vgl. Jan Paul Heisig/Jianghong Li/Jutta Allmendinger, Gesundheitsdaten als öffentliches Gut, in: Philip van der Eijk, Detlev Ganten/Roman Marek (Hrsg.), Was ist Gesundheit? Interdisziplinäre Perspektiven aus Medizin, Geschichte und Kultur, Berlin 2021 (i. E.).
 - 19 Vgl. Benjamin Wachtler et al., Sozioökonomische Ungleichheit und COVID-19 – Eine Übersicht über den internationalen Forschungsstand, in: *Journal of Health Monitoring, Special Issue* 7/2020, S. 3–17.
 - 20 Vgl. ebd., insb. S. 10.
 - 21 Vgl. Thomas Plümper/Eric Neumayer, The Pandemic Predominantly Hits Poor Neighbourhoods? SARS-CoV-2 Infections and COVID-19 Fatalities in German Districts, in: *European Journal of Public Health* 6/2020, S. 1176-1180; Benjamin Wachtler et al., Sozioökonomische Ungleichheit im Infektionsrisiko mit SARS-CoV-2 – Erste Ergebnisse einer Analyse der Meldedaten für Deutschland, in: *Journal of Health Monitoring, Special Issue* 7/2020, S. 19-30.
 - 22 Vgl. den Twitter-Thread des IDZ-Direktors Matthias Quent vom 6.12.2020, https://twitter.com/Matthias_Quent/status/1335600838149074951?s=20; Eric Beltermann et al., Hotspots und Rechte. Hängen AfD-Hochburgen und hohe Coronazahlen zusammen?, 12.12.2020, <https://interaktiv.tagesspiegel.de/lab/hotspots-und-rechte-haengen-afd-hochburgen-und-corona-hotspots-zusammen>.

- 23 Vgl. Sven Drefahl, A Population-based Cohort Study of Socio-demographic Risk Factors for COVID-19 Deaths in Sweden, in: *Nature Communications* 11/2020, 5097.
- 24 Vgl. Wahrendorf et al. (Anm. 5).
- 25 Vgl. Serina Chang et al., Mobility Network Models of COVID-19 Explain Inequities and Inform Reopening, in: *Nature* 589/2021, S. 82-87.
- 26 Vgl. Kerstin Hoenic/Sebastian E. Wenz, Education, Health Behavior, and Working Conditions During the Pandemic: Evidence from a German Sample, in: *European Societies*, Supplement 1/2021, S. 275–288..
- 27 Emily E. Wiemers et al., Disparities in Vulnerability to Complications from COVID-19 Arising from Disparities in Preexisting Conditions in the United States, in: *Research in Social Stratification and Mobility*, 7.9.2020, <https://doi.org/10.1016/j.rssm.2020.100553>.
- 28 Vgl. Thomas Lampert et al., Sozioökonomischer Status und Gesundheit. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1), in: *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz* 5-6/2013, S. 814–821.
- 29 Vgl. z. B. die Befunde zur Bevorzugung Privatversicherter in einem aktuellen Feldexperiment: Anna Werbeck et al., Cream Skimming by Health Care Providers and Inequality in Health Care Access: Evidence from a Randomized Field Experiment, Institute of Labor Economics, IZA Discussion Paper 13100/2020.
- 30 Vgl. z. B. die Empfehlungen der OECD, *Health for Everyone? Social Inequalities in Health and Health Systems*, Paris 2019.
- 31 Vgl. Heisig/Li/Allmendinger (Anm. 18).