

## **Kleine Anfrage**

**der Abgeordneten Ates Gürpınar, Susanne Ferschl, Gökay Akbulut, Matthias W. Birkwald, Pascal Meiser, Sören Pellmann, Heidi Reichinnek, Dr. Petra Sitte, Jessica Tatti, Kathrin Vogler und der Fraktion DIE LINKE.**

### **Armut erhöht das Risiko einer COVID-19-Infektion**

Das Ausmaß der COVID-19-Infektionen in einer Region wird von vielen Faktoren beeinflusst. Dazu zählen u. a. die Bevölkerungsdichte, das Alter in einem Gebiet sowie das Verhalten hinsichtlich sozialer Kontakte (Dragano, Nico et al.: Soziale Ungleichheit in der regionalen Ausbreitung von SARS-CoV-2, in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 64, 2021, <https://link.springer.com/article/10.1007/s00103-021-03387-w>). Mehrere Studien konnten einen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß der COVID-19-Infektionen und sozioökonomischen Faktoren aufzeigen (Armut erhöht die Corona-Gefahr, Rheinische Post vom 5. Oktober 2022). Damit verbundene Einflussfaktoren sind beispielsweise Wohnbedingungen und die Bevölkerungsdichte. Diese erhöhen die Wahrscheinlichkeit einer Infektion, u. a. aufgrund der erhöhten Exposition mit dem Virus. Benachteiligte Regionen, das heißt Regionen mit einem geringen Durchschnittseinkommen sowie hoher Arbeitslosigkeit, weisen vergleichsweise höhere Inzidenzen auf. Gesundheitliche Risikofaktoren und Vorerkrankungen sind gesellschaftlich ungleich verteilt, daher stehen auch der Verlauf und das damit zusammenhängende Krankheits- und Sterberisiko nach einer COVID-19-Infektion im Zusammenhang mit dem sozioökonomischen Status. Auch das Robert Koch-Institut (RKI) stellt einen eindeutigen Zusammenhang zwischen dem sozialen Status und der Sterblichkeit her. Demnach lag im Winter 2020/2021 allein in den Monaten Dezember und Januar die COVID-19-Sterblichkeit in finanziell stark benachteiligten Regionen um rund 50 bis 70 Prozent höher als in Regionen mit geringerer finanzieller Benachteiligung ([https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/S/Sozialer\\_Status\\_Ungleichheit/Faktenblatt\\_COVID-19-Sterblichkeit.html](https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/S/Sozialer_Status_Ungleichheit/Faktenblatt_COVID-19-Sterblichkeit.html)).

Eine Auswertung von Versichertendaten der AOK Rheinland/Hamburg in Kooperation mit der medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf von Oktober 2022 hatte das Ziel, herauszufinden, ob Kinder und Jugendliche aus sozioökonomisch benachteiligten Familien häufiger von schweren COVID-19-Krankheitsverläufen betroffen sind. Das Ergebnis zeigte, dass Kinder von Langzeitarbeitslosen ein 1,36-mal höheres Risiko haben, aufgrund einer COVID-19-Infektion stationär behandelt werden zu müssen. Diejenigen, die in beengten ärmeren Wohnvierteln wohnen, wiesen sogar ein dreimal höheres Risiko auf (<https://www.presseportal.de/download/document/914310-47-pm-covid-studie-kiju-hhu-aokrh.pdf>).

Der Zusammenhang von Armut und Gesundheit ist durch Studien belegt: „Die soziale Lage hat einen starken Einfluss auf die Gesundheit und resultiert in ungleich verteilten Gesundheitschancen. Eine soziale Benachteiligung geht mit

größeren Gesundheitsbelastungen, wie z. B. schlechteren Lebensbedingungen und einem riskanterem Gesundheitsverhalten, einher. Der Zusammenhang von Sozialstatus und Gesundheit ist dabei in allen Altersstufen erkennbar und zieht sich durch alle Lebensphasen“ (<https://www.armut-und-gesundheit.de/kongress-2023/diskussionspapier>). Zahlreiche Studien der Gesundheitsberichterstattung des RKI bestätigen den engen Zusammenhang von sozialer Lage und Gesundheit ([https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/GesInDtld\\_inhalt.html](https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesInDtld/GesInDtld_inhalt.html)).

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Wie bewertet die Bundesregierung das Ergebnis der Auswertung von Versichertendaten der AOK Rheinland/Hamburg in Kooperation mit der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf über soziale Unterschiede in der Pandemie, nach dem Kinder von Langzeitarbeitslosen ein 1,36-mal höheres Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf (Klinikeinweisung) im Vergleich zu Kindern von Versicherten in Lohnarbeit aufweisen (<https://www.presseportal.de/download/document/914310-47-pm-covid-studie-kiju-hhu-aokrh.pdf>), und welche Konsequenzen zieht sie daraus?
2. Wie bewertet die Bundesregierung die Ergebnisse des RKI, nach dem im Winter 2020/2021 allein in den Monaten Dezember und Januar die COVID-19-Sterblichkeit in finanziell stark benachteiligten Regionen um rund 50 bis 70 Prozent höher war als in Regionen mit geringer finanzieller Benachteiligung ([https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/S/Sozialer\\_Status\\_Ungleichheit/Faktenblatt\\_COVID-19-Sterblichkeit.html](https://www.rki.de/DE/Content/GesundAZ/S/Sozialer_Status_Ungleichheit/Faktenblatt_COVID-19-Sterblichkeit.html)), und welche Konsequenzen hat sie daraus gezogen?
3. Inwieweit plant die Bundesregierung weitere Untersuchungen, die individuelle soziodemografische Variablen mit Blick auf die sozioökonomische Ungleichheit von COVID-19-Infektionen mit einbeziehen, um gezielte Maßnahmen des Infektionsschutzes zu etablieren?
4. Welche Bestrebungen hat die Bundesregierung, die durch die Pandemie entstandenen Belastungen, die weiterhin ungleich verteilt sind, zu ändern, und welchen Zeitrahmen plant die Bundesregierung ein, um entsprechende Maßnahmen umzusetzen?
5. Welche Präventionsmaßnahmen hat die Bundesregierung etabliert und welche plant sie, um die gesundheitliche Ungleichheit, die sich schon im Kinder- und Jugendalter abzeichnet, zu bekämpfen, und wie viel Zeit plant sie zur Umsetzung der Maßnahmen ein?
6. Plant die Bundesregierung eine strukturelle Unterstützung (gut vernetzte, niedrigschwellige Versorgungsangebote) für erkrankte Kinder aus sozioökonomisch benachteiligten Familien, und wie will die Bundesregierung weiterhin denen helfen, die am meisten unter dieser gesundheitlichen Ungleichheit leiden?
7. Hat sich die Bundesregierung der Bekämpfung von Kinderarmut, der aus bevölkerungsmedizinischer Sicht eine Schlüsselaufgabe zukommt (<https://www.presseportal.de/download/document/914310-47-pm-covid-studie-kiju-hhu-aokrh.pdf>), angenommen, welche Maßnahmen plant sie, und inwiefern geht sie davon aus, dass diese Maßnahmen zum Erfolg führen werden?

8. Was tut die Bundesregierung, um gesundheitliche Chancengleichheit herzustellen?
  - a) Welches Ziel hat die Bundesregierung als Erfolg der Strategie definiert?
  - b) Hat die Bundesregierung in dem Zusammenhang messbare Gesundheitsziele definiert oder will sie messbare Unterschiede definieren, um die Unterschiede in den Gesundheitschancen zu verringern (wenn ja, bitte Parameter angeben)?
9. Welcher Zusammenhang besteht nach Ansicht der Bundesregierung zwischen dem Sozialstatus (Einkommen, Bildungs- und Berufsstand) und Gesundheitsverhalten?
10. Welche Zahlen hat die Bundesregierung zu der Prävalenz chronischer sowie infektiöser Erkrankungen in Bezug auf den sozioökonomischen Status?
11. Welche Zahlen hat die Bundesregierung zu der Prävalenz psychischer Erkrankungen in Bezug auf den sozioökonomischen Status?
12. Welchen Zusammenhang sieht die Bundesregierung zwischen dem Sozialstatus (Einkommen, Bildungs- und Berufsstand) und der gesundheitlichen Versorgung?
13. Wie bewertet die Bundesregierung die Aussagen der Weltgesundheitsorganisation (WHO), die bereits im Jahr 2001 hinsichtlich des Zusammenhangs von Armut und Gesundheit von einem Teufelskreis sprach und für Entwicklung gute Gesundheit voraussetzt ([https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0011/117479/gdoc8.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/117479/gdoc8.pdf)), und welche Konsequenzen zieht sie daraus?

Berlin, den 19. Dezember 2022

**Amira Mohamed Ali, Dr. Dietmar Bartsch und Fraktion**

