

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Ates Gürpınar, Susanne Ferschl, Gökay Akbulut, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 20/5083 –**

Armut erhöht das Risiko einer COVID-19-Infektion

Vorbemerkung der Fragesteller

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 geringer finanzieller Benachteiligung (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).

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?

Die hier angesprochene Studie von Dragano et al. (2022) ist eine der weltweit bisher wenigen Studien zum Zusammenhang zwischen sozioökonomischem Status und dem Risiko für eine Krankenhauseinweisung (Hospitalisierung) mit COVID-19 bei Kindern und Jugendlichen. Es ist die einzige für Deutschland vorliegende Studie zum genannten Thema. Insgesamt ist eine Hospitalisierung mit COVID-19 im Untersuchungszeitraum der Studie zwischen dem 1. Januar 2020 und dem 13. Juli 2021 bei Kindern und Jugendlichen ein seltenes Ereignis gewesen. Analysen nach dem Erwerbsstatus der Eltern zeigten dabei u. a. ein erhöhtes Risiko für Kinder von Eltern, die von Langzeitarbeitslosigkeit betroffen waren. Wie es zu dieser Ungleichverteilung kommt, kann anhand dieser Studie nicht abschließend geklärt werden. Eine ungleiche Verteilung von Vorerkrankungen, die Risikofaktoren für einen schweren klinischen Verlauf von COVID-19 sind, konnte diese Assoziation nicht erklären. Die Studie ist auf die Population von Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg zwischen 0 und 18 Jahren mit Aufenthalt in Deutschland beschränkt. Die Ergebnisse der Studie können somit nicht ohne weiteres auf die gesamte bundesdeutsche Bevölkerung im Kindes- und Jugendalter übertragen werden. Wie genau es zu dem erhöhten Hospitalisierungsrisiko für Kinder von langzeitarbeitslosen Eltern kommt, ist auch in der internationalen Literatur bisher nicht genau untersucht worden. Eine mögliche Erklärung, die auch die Autorinnen und Autoren der Studie anführen, ist das erhöhte Infektionsrisiko mit SARS-CoV-2 für Kinder mit sozialer Benachteiligung, das international beschrieben wurde (Goyal et al. 2020, Saatci et al. 2021, Mannheim et al. 2022, Neuberger et al. 2022). Dieses erhöhte Infektionsrisiko könnte konsekutiv zu einem erhöhten Risiko für Krankenhauseinweisungen mit COVID-19 in dieser Gruppe geführt haben. Diese mögliche Erklärung kann allerdings durch die Studie nicht empirisch belegt werden und ist für Deutschland bisher nicht untersucht worden.

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), 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?

Die Fragen 2 und 3 werden aufgrund des Sachzusammenhangs gemeinsam beantwortet.

Das Robert Koch-Institut (RKI) führt seit dem Jahr 2020 in Zusammenarbeit mit verschiedenen Kooperationspartnern die Studie Corona-Monitoring bundesweit (RKI-SOEP-Studie) durch. Dabei handelt es sich um eine deutschlandweite Antikörper-Studie mit mehreren Erhebungswellen, die auf Basis von Bevölkerungsstichproben des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) durchgeführt wird. Das SOEP ist die größte multidisziplinäre haushaltsbasierte Langzeiterhebung in Deutschland und wird vom Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung konzipiert. Aufgrund der im SOEP verfügbaren sozioökonomischen Daten von Einzelpersonen können mit den Daten der RKI-SOEP-Studie sozioökonomische Ungleichheiten in der Verbreitung von SARS-CoV-2-Infektionen auf individueller Ebene analysiert werden (Hoebel et al. 2021, Bartig et al. 2022). Die erste Erhebungswelle der RKI-SOEP-Studie erfolgte zwischen Oktober 2020 und Februar 2021. Die zweite Erhebungswelle der Studie fand von November 2021 bis Februar 2022 statt. Die Befunde liefern wichtige Hinweise für die Konzeption gezielter Maßnahmen zur Verbesserung des Infektions- und Impfschutzes. Derzeit finden im Rahmen dieser Studie vertiefende Analysen statt, in denen auch sozioökonomische Ungleichheiten weiter im Blickfeld stehen.

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?

Aktuell haben wir es mit der Gleichzeitigkeit mehrerer Krisen zu tun:

Die COVID-19-Pandemie sowie kriegerische Auseinandersetzungen, unterbrochene Lieferketten, starke Preissteigerungen sowie der Klimawandel stellen eine gleichzeitige Belastung für Individuen und den Staat dar. Eine isolierte Betrachtung der von der Pandemie verursachten Belastungen ist vor diesem Hintergrund aus Sicht der Bundesregierung nicht sinnvoll. Die Bundesregierung wird auch zukünftig soziale Härten vermindern und zu einer gerechten Lastenverteilung in Krisen aber auch in Vorausschau zukünftiger Veränderungen beitragen. Diese Bestrebungen sind fortlaufend. Als Leitlinie dienen hierbei der Bundesregierung die im Koalitionsvertrag vereinbarten Maßnahmen.

Zu Maßnahmen für Kinder und Jugendliche hat sich die Bundesregierung im Rahmen der Interministeriellen Arbeitsgruppe (IMA) „Gesundheitliche Auswirkungen auf Kinder und Jugendliche durch Corona“ am 3. und 24. November 2022 mit Expertinnen und Experten aus der Kinder- und Jugendmedizin, aus der Kinder- und Jugendpsychotherapie, den Krankenkassen, von Forschungsinstituten, des Bundeselternrates und der Länder beraten. Grundlage war die 7. Stellungnahme des Corona-Expertinnen- und Expertenrates der Bundesregie-

rung, in der die Wiedereinsetzung der IMA empfohlen wurde. Besonders schwerwiegend ist nach Einschätzung des Expertinnen- und Expertenrates die sekundäre (nicht direkt durch SARS-CoV-2-Infektionen bedingte) Krankheitslast durch psychische und physische Erkrankungen, wobei Kinder aus sozial benachteiligten Familien besonders betroffen sind. Bei der Arbeit der IMA standen diese Themen daher im Fokus. Maßnahmen für von Armut betroffene Kinder und Jugendliche im Sinne der fragestellenden Fraktion werden daher in den Empfehlungen der IMA eine zentrale Rolle einnehmen. Ein Abschlussbericht mit Maßnahmenempfehlung ist für Februar 2023 geplant. Auf die Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE. auf Bundestagsdrucksache 20/5027 wird verwiesen.

Kinder und Jugendliche sollen nach der Corona-Pandemie schnell wieder Versäumtes aufholen und nachholen können. Deshalb hat die Bundesregierung das Aktionsprogramm „Aufholen nach Corona für Kinder und Jugendliche“ in Höhe von 2 Mrd. Euro für die Jahre 2021 und 2022 beschlossen. In diesem Rahmen schaffte das Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend mit rund 1 Mrd. Euro Angebote, die schnell bei Kindern, Jugendlichen und Familien ankommen wie z. B. im Bereich der frühkindlichen Bildung mit zusätzlichen Sport-, Freizeit- und Ferienaktivitäten sowie mit Unterstützung für Kinder und Jugendliche im Alltag. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung unterstützte Schülerinnen und Schüler mit 1 Mrd. Euro dabei, Lernrückstände mit zusätzlichen Förderangeboten aufzuholen.

Mit dem für das Jahr 2023 geplanten „Zukunftspaket für Bewegung, Kultur und Gesundheit“ werden Projekte umgesetzt, die von Kindern und Jugendlichen für Kinder und Jugendlichen realisiert werden. Ziel ist es, mit diesem partizipativen Ansatz die gesellschaftliche, kulturelle und sportliche Teilhabe von Kindern und Jugendlichen zu stärken, um sie so auch ganzheitlich gesundheitlich stärken zu können. Zudem wird in diesem Rahmen mit Hilfe von Informations- und Mitmachkampagnen im Bereich von Bewegung/Sport und kultureller Bildung auf bestehende Angebote aufmerksam gemacht, um Kinder und Jugendliche zu aktivieren bzw. wieder zur reaktivieren. Des Weiteren werden mit Hilfe des Modellvorhabens „Mental Health Coaches“ besonders belastete Schulen ab dem Schuljahr 2023/2024 durch den Einsatz von Coaches dabei unterstützt, sich mit Hilfe von Gruppenangeboten präventiv um die Stärkung der Resilienz und weiterer Gesundheitsaspekte zu kümmern und im Sinne einer ersten Hilfe individuell psychisch und sozial belasteten jungen Menschen zuzuwenden zu können. Bei all diesen Projekten wird ein Fokus auf Kinder und Jugendliche gelegt, die mit besonderen sozialen Herausforderungen konfrontiert sind und bei denen die aktuellen Krisen verstärkt Zukunftssorgen und Ängste auslösen. Für die o. g. Projekte stehen im Bundeshaushalt 55 Mio. Euro für 2023 zur Verfügung.

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?

Die Krankenkassen sind nach § 20 Absatz 1 Satz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) verpflichtet, in ihren Satzungen Leistungen zur primären Prävention und Gesundheitsförderung vorzusehen. Nach Satz 2 der Vorschrift sollen diese Leistungen insbesondere zur Verminderung sozial bedingter Ungleichheit von Gesundheitschancen beitragen und kind- und jugendspezifische Belange berücksichtigen. Die Krankenkassen haben ihre Leistungen daher vorrangig auf solche Versicherten bzw. Gruppen von Versicherten auszurichten, die nach gesundheitswissenschaftlichen Erkenntnissen überdurchschnittlich ho-

hen Gesundheitsrisiken ausgesetzt sind. Nach dem Präventionsbericht 2022 des Medizinischen Dienstes Bund und des GKV-Spitzenverbandes haben die Krankenkassen im Berichtsjahr 2021 am häufigsten in Kitas und Schulen Aktivitäten zur Gesundheitsförderung und Prävention umgesetzt (https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/praevention_selbsthilfe_beratung/praevention/praeventionsbericht/2022_GKV_MDS_Praeventionsbericht_barrierefrei.pdf). Danach fanden in Kitas und Grundschulen jeweils 26 Prozent der Aktivitäten statt und in weiterführenden Schulen 20 Prozent. 28 Prozent der mit Aktivitäten erreichten Kitas und 28 Prozent der mit Aktivitäten erreichten Grundschulen lagen im Jahr 2021 schätzungsweise in Wohngebieten, deren Bewohnerinnen und Bewohner stark von Einkommensarmut, Integrationsproblemen und Arbeitslosigkeit betroffen sind und ein eingeschränktes soziales Netzwerk haben.

Ein wichtiges Instrument zur Früherkennung von Erkrankungen und Entwicklungsstörungen bei Kindern und Jugendlichen sind die Gesundheitsuntersuchungen für Kinder und Jugendliche (sogenannte U- und J-Untersuchungen), die als Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung in § 26 SGB V festgelegt sind. Bei diesen Untersuchungen wird der allgemeine Gesundheitszustand und die altersgemäße Entwicklung eines Kindes regelmäßig ärztlich überprüft. So können mögliche Probleme oder Auffälligkeiten frühzeitig erkannt und Eltern beraten werden, wie sie Risiken vermindern und die gesunde Entwicklung des Kindes unterstützen können. Bei Bedarf kann der Arzt oder die Ärztin eine Präventionsempfehlung ausstellen und auf regionale Eltern-Kind-Angebote hinweisen. Die U-Untersuchungen werden mit einer Teilnehmerate von insgesamt über 95 Prozent gut in Anspruch genommen. Zwar nehmen Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status im Vergleich zu Gruppen der mittleren und höheren Statusgruppe etwas seltener teil, jedoch hat sich dieser Unterschied in den letzten Jahren verringert. Für die inhaltliche Ausgestaltung des Kinderuntersuchungsprogramms ist der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) zuständig.

Über das Gesetz zur Weiterentwicklung der Qualität und zur Teilhabe in der Kindertagesbetreuung (sogenanntes „Gute-KiTa-Gesetz“) unterstützte der Bund die Länder von 2019 bis 2022 bei Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung und zum Abbau finanzieller Hürden in der frühkindlichen Bildung mit rund 5,5 Mrd. Euro. Dieses Engagement setzt der Bund über das Zweite Gesetz zur Weiterentwicklung der Qualität und zur Teilhabe in der Kindertagesbetreuung (KiTa-Qualitätsgesetz) in den Jahren 2023 und 2024 mit insgesamt rund 4 Mrd. Euro fort. Im Rahmen dieser Gesetze konnten und können die Länder weiterhin unter anderem Maßnahmen zur Gesundheitsförderung in Kindertageseinrichtungen und in der Kindertagespflege ergreifen. Insbesondere vor dem Hintergrund der Erfahrungen aus der Corona-Pandemie ist das Handlungsfeld „Förderung der kindlichen Entwicklung, Gesundheit, Ernährung und Bewegung“ im KiTa-Qualitätsgesetz in den Katalog der Handlungsfelder von vorrangiger Bedeutung aufgenommen worden, in denen die Länder ihre Maßnahmen überwiegend zu ergreifen haben.

Exemplarisch sei auch auf die Arbeit der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) verwiesen, die seit vielen Jahren mit gezielten Maßnahmen besonders auch vulnerable Bevölkerungsgruppen in den Blick nimmt. Der Kooperationsverbund „Gesundheitliche Chancengleichheit“ wurde im Jahr 2003 von der BZgA initiiert und umfasst derzeit 75 Partnerorganisationen: Spitzenverbände der Krankenkassen, der Wohlfahrt, der Kommunen und der Ärzteschaft, Landesministerien, Verbände der Prävention und Gesundheitsförderung, die Bundesagentur für Arbeit und andere (www.gesundheitliche-chancengleichheit.de). Arbeitsschwerpunkte des Kooperationsverbundes sind die Qualitätsentwicklung in der soziallagenbezogenen Gesundheitsförderung, der Wissen-

schafts-Praxis-Transfer, der Betrieb einer Praxisdatenbank, in der fast 3 000 Projekte, Programme und Netzwerke recherchiert werden können, die fachliche Mitgestaltung des Kongresses „Armut und Gesundheit“ sowie der kommunale Partnerprozess „Gesundheit für alle“, dem inzwischen mehr als 70 Kommunen angehören. In Zusammenarbeit mit den kommunalen Spitzenverbänden und dem „Gesunde-Städte-Netzwerk“ werden die Kommunen auf der Grundlage konsentierter Handlungsempfehlungen bei ihren Bemühungen um gesundheitliche Chancengleichheit unterstützt. Die Koordinierungsstellen Gesundheitliche Chancengleichheit in den Bundesländern beraten Kommunen hinsichtlich Qualitätsentwicklung, Netzwerkaktivitäten und der Verbreitung von „Good-Practice“.

Zu weiteren Maßnahmen für Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien wird auf die Antwort zu Frage 4 verwiesen.

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?

Bereits heute existieren umfassende Leistungsansprüche und gut vernetzte Versorgungsangebote für alle Kinder in Deutschland, die auch für Kinder aus sozioökonomisch benachteiligten Familien niedrigschwellig zugänglich sind und gut in Anspruch genommen werden.

Mit der geplanten Errichtung von Gesundheitskiosken in besonders benachteiligten Stadtteilen und Regionen werden weitere niedrigschwellige Angebote geschaffen, die u. a. allgemeine Beratungs- und Unterstützungsleistungen anbieten, etwa zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Präventionsangeboten. Dies kann die individuelle Gesundheitskompetenz erhöhen, die Prävention stärken und Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf helfen, ihren Anspruch auf medizinische Versorgung zu verwirklichen.

Zu weiteren Maßnahmen für Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien wird auf die Antworten zu den Fragen 4 und 5 verwiesen.

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?

Geringes oder fehlendes Einkommen und Vermögen dürfen nicht dazu führen, dass es den Betroffenen an den für die physische und psychische Gesundheit notwendigen Gütern und Dienstleistungen fehlt. Dies gilt auch für Kinder. Daher werden über die Mindestsicherungssysteme (insbesondere Grundsicherung für Arbeitsuchende – Bürgergeld – und Sozialhilfe) die zum Existenzminimum gehörenden Bedarfe wie zum Beispiel Ernährung, Kleidung, Wohnen, Heizung und Teilhabe am sozialen und kulturellen Leben in der Gemeinschaft berücksichtigt, so dass das Existenzminimum auch der Kinder gedeckt ist. Zudem ist es Ziel der Bundesregierung, finanziell hilfebedürftige Kinder hierüber hinaus zu unterstützen. Hilfebedürftige Kinder erhalten daher seit Juli 2022 neben den Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts einen monatlichen Sofortzuschlag in Höhe von 20 Euro. Er ist bis zur Einführung einer Kindergrundsicherung vorgesehen.

Im Übrigen ist es ständige Aufgabe der aktiven Arbeitsmarktpolitik, sowohl in der Arbeitslosenversicherung als auch in der Grundsicherung für Arbeitsuchende, Langzeitarbeitslosigkeit zu verhindern und diese abzubauen. Eine dauerhafte und auskömmliche Erwerbstätigkeit der Eltern ist der nachhaltigste Schutz vor Kinderarmut. Die Bundesregierung setzt sich daher seit Jahren für eine gute und partnerschaftliche Vereinbarkeit von Familie und Beruf ein. Die wichtigste Maßnahme ist hier die Förderung der Kindertagesbetreuung. Sie trägt zudem zur frühen Förderung, sozialen Teilhabe und guten Entwicklung der Kinder bei. Die Bereitstellung und Stärkung einer guten Bildungs- und Betreuungsinfrastruktur ist ein zentraler Ansatzpunkt zur Verringerung von Kinderarmut. In diesem Bereich unterstützt der Bund die Länder seit Jahren mit Investitionsprogrammen, Bundesprogrammen sowie zuletzt dem Gute-KiTa-Gesetz und dem KiTa-Qualitätsgesetz. Zudem tragen jenseits der Grundsicherung finanzielle Familienleistungen zur materiellen Sicherung von Kindern bei wie beispielsweise das Kindergeld, der Kinderzuschlag oder das Elterngeld.

Die Bundesregierung plant darüber hinaus die Einführung einer Kindergrundsicherung, mit der bestehende Leistungen, wie insbesondere das Kindergeld, Leistungen nach dem SGB II und SGB XII für Kinder, der Kinderzuschlag sowie Teile des Bildungs- und Teilhabepakets, gebündelt werden sollen. Die Kindergrundsicherung soll ein wirksames Instrument zur Bekämpfung von Kinderarmut sein und bessere Entwicklungs- und Teilhabechancen für Kinder schaffen. Dabei sollen insbesondere diejenigen Familien in den Blick genommen werden, die finanzielle Unterstützung für ihre Kinder benötigen, bislang aber oft noch nicht erreicht werden.

Im Rahmen der Umsetzung der Empfehlung des Rates zur Einführung einer Europäischen Garantie für Kinder wird derzeit ein nationaler Aktionsplan für Deutschland erstellt, um bedürftigen Kindern einen effektiven Zugang zu wichtigen Diensten zu gewährleisten. Dazu zählen kostenlose frühkindliche Betreuung, Bildung und Erziehung, kostenlose Bildung (einschließlich schulbezogener Aktivitäten und mindestens einer gesunden Mahlzeit pro Schultag), kostenlose Gesundheitsversorgung, gesunde Ernährung und angemessener Wohnraum.

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)?

Die Fragen 8 bis 8b werden gemeinsam beantwortet.

Gesundheit hängt neben individuellen Determinanten auch von vielen unterschiedlichen Faktoren auf den verschiedenen politischen Ebenen und in allen politischen Sektoren ab. Gesundheitliche Effekte lassen sich zudem oft erst über längere Zeiträume nachweisen und komplexe Wirkungszusammenhänge erschweren es erheblich, den Erfolgsbeitrag einzelner Aktivitäten und gemeinschaftlicher Anstrengungen zu bewerten.

Zur Stärkung der gesundheitlichen Chancengleichheit tragen auch die lebensweltbezogenen Leistungen zur Prävention sowie zur Gesundheits-, Sicherheits- und Teilhabeförderung zahlreicher staatlicher wie nicht-staatlicher Akteure auf Bundes-, Länder- und kommunaler Ebene bei. Die mit dem Präventionsgesetz geschaffene Nationale Präventionskonferenz bietet den Akteuren eine Koopera-

tionsstruktur, um ihre Aktivitäten mit Hilfe der gemeinsamen nationalen Präventionsstrategie nach gemeinsamen Zielen auszurichten. Als Mitglied der Nationalen Präventionskonferenz wird sich das Bundesministerium für Gesundheit gemeinsam mit den ebenfalls in der Präventionskonferenz vertretenen Bundesministerien weiterhin dafür einsetzen, dass die nationale Präventionsstrategie auch zur Stärkung der gesundheitlichen Chancengleichheit beiträgt. Zu den Maßnahmen der Bundesregierung, die der Reduzierung der zugrundeliegenden sozialen Ungleichheit diene, siehe insbesondere die Antwort zu Frage 4.

9. Welcher Zusammenhang besteht nach Ansicht der Bundesregierung zwischen dem Sozialstatus (Einkommen, Bildungs- und Berufsstand) und Gesundheitsverhalten?

In Studien wurde mehrheitlich festgestellt, dass bestimmte gesundheitsförderliche Verhaltensweisen bei Personengruppen mit geringem Sozialstatus oder mit geringer Bildung seltener vorkommen als in vergleichbaren Gruppen mit höherem Sozialstatus oder höheren Bildungsabschlüssen (s. Überblick bei Lampert et al. 2017). Auswertungen der bundesweiten und bevölkerungsrepräsentativen Studie GEDA 2019/2020-EHIS für Personen ab 18 Jahren zeigten beispielsweise, dass der Anteil von Personen mit günstigem Gesundheitsverhalten bei Menschen in der niedrigen Bildungsgruppe geringer ist als in der hohen Bildungsgruppe (Richter et al. 2021). Dies galt für gesundheitsförderliche Verhaltensweisen wie Nichtrauchen, das Erreichen der Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation zur Ausdaueraktivität sowie mindestens täglichem Obst- und Gemüsekonsum. Die Auswertungen der GEDA-Daten zeigen weiterhin für Frauen der hohen Bildungsgruppe häufiger ein Körpergewicht im Normalbereich als bei Frauen der unteren und mittleren Bildungsgruppe. Ein anderes Bild zeigt sich beim Alkoholkonsum: Alkoholmengen im Bereich eines risikoarmen Konsums werden bei Frauen und Männern in der niedrigen Bildungsgruppe deutlich häufiger beobachtet als bei denjenigen der hohen Bildungsgruppe. Insgesamt war der Anteil von Personen, die mindestens vier dieser fünf betrachteten gesundheitsförderlichen Verhaltensweisen (Nichtrauchen, risikoarmer Alkoholkonsum, das Erreichen der Empfehlung der Weltgesundheitsorganisation zur Ausdaueraktivität, mindestens täglicher Obst- und Gemüsekonsum und Einhalten eines Körpergewichtes im Normalbereich) aufwies, in der niedrigen Bildungsgruppe deutlich geringer als in der hohen Bildungsgruppe. So liegt die Chance der Umsetzung von vier der fünf betrachteten Verhaltensweisen in der hohen Bildungsgruppe um das 2,8-Fache und in der mittleren Bildungsgruppe um das 1,5-Fache höher als in der niedrigen Bildungsgruppe. Ähnliche Zusammenhänge wurden anhand Daten der zweiten Welle des European Health Interview Survey 2013 bis 2015 (EHIS 2) für Deutschland und der EU berichtet. Im Vergleich des Ausmaßes relativer Bildungsunterschiede in diesen gesundheitlich relevanten Verhaltensweisen mit anderen EU-Ländern liegt Deutschland im Mittelfeld (Finger et al. 2019).

Ergebnisse aus KiGGS Welle 2 wiesen außerdem darauf hin, dass bereits im Kinder- und Jugendalter soziale Unterschiede im Gesundheitsverhalten existierten. Die 3- bis 17-jährige Kinder und Jugendlichen aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status (SES) zeigten häufiger als Gleichaltrige aus sozial bessergestellten Familien Merkmale einer ungesunden Ernährung (kein täglicher Obstkonsum, täglicher Konsum von gesüßten Getränken), trieben seltener Sport und waren häufiger übergewichtig oder adipös. Bei den 11- bis 17-Jährigen wurde außerdem beobachtet, dass Mädchen und Jungen mit niedrigem SES häufiger rauchten als Gleichaltrige mit hohem SES (Kuntz et al, 2018). Dabei zeigen die KiGSS-Daten zu dem, dass sich die sozialen Unterschiede in der

Prävalenz von Übergewicht seit Anfang der 2000er-Jahre weiter ausgeweitet haben, da die Übergewichtsprävalenz bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit niedrigem sozioökonomischen Status über die Zeit weiter angestiegen ist (Hoebel et al. 2022).

10. Welche Zahlen hat die Bundesregierung zu der Prävalenz chronischer sowie infektiöser Erkrankungen in Bezug auf den sozioökonomischen Status?

Daten zu Unterschieden in der Verbreitung chronischer Krankheiten in Abhängigkeit vom sozioökonomischen Status werden für Deutschland regelmäßig in den bundesweiten Gesundheitssurveys des Robert Koch-Instituts erhoben und zeigen konsistent einen ausgeprägten sozialen Gradienten mit einer höheren Prävalenz chronischer Erkrankungen in niedrigeren sozioökonomischen Statusgruppen. Bei vielen dieser Erkrankungen zeigt sich, dass Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status ein etwa zwei- bis viermal so hohes Krankheitsrisiko haben wie Gleichaltrige mit einem hohen sozioökonomischen Status

Beispielhaft werden hier Ergebnisse der bundesweiten Befragungsstudie Gesundheit in Deutschland aktuell (GEDA 2019/2020-EHIS) dargestellt, die zwischen April 2019 und September 2020 durchgeführt wurde. Dabei wurden ausgewählte Indikatoren der gesundheitlichen Lage der erwachsenen Bevölkerung ab 18 Jahren untersucht. Abgesehen von Asthma bronchiale und Allergien zeigten sich für alle betrachteten Erkrankungen (Diabetes, Koronare Herzkrankheit, Schlaganfall, Chronisch obstruktive Lungenerkrankung und Arthrose) ein Bildungsgradient zuungunsten von Erwachsenen mit niedrigerem Bildungsstand.

Für infektiöse Erkrankungen ist die Datenlage hier deutlich eingeschränkter als für chronische nicht-übertragbare Erkrankungen. Während des ersten Jahres der COVID-19-Pandemie zeigte sich für die erwachsene Bevölkerung in Deutschland, dass Geringqualifizierte gegenüber Hochqualifizierten ein etwa doppelt so hohes Risiko hatten, sich mit dem pandemischen Coronavirus (SARS-CoV-2) zu infizieren. Ausbruchsuntersuchungen während der COVID-19-Pandemie zeigten auch eine besonders hohe Vulnerabilität von Menschen, die unter prekären Wohnverhältnissen leben.

11. Welche Zahlen hat die Bundesregierung zu der Prävalenz psychischer Erkrankungen in Bezug auf den sozioökonomischen Status?

Das Robert Koch-Institut (RKI) hat in den Jahren 2009 bis 2012 eine Erhebung zu psychischen Störungen in einer repräsentativen Bevölkerungstichprobe durchgeführt, bei der die Prävalenzen der wichtigsten psychischen Störungen ermittelt wurden. Die Ergebnisse nach sozioökonomischen Status (SES) sind in der folgenden Tabelle zusammenfasst.

Tabelle: Prävalenzen der häufigsten psychischen Störungen in der Bevölkerung, 2009 bis 2012 (Jacobi et al. 2014)

	Substanzmissbrauch oder Abhängigkeit (ohne Nikotinabhängigkeit)	Affektive Störungen (alle Formen der Depression)	Angststörungen	Somatoforme Störungen
SES niedrig	9,3 %	14,0 %	21,3 %	3,6 %
SES mittel	4,6 %	9,1 %	16,0 %	4,0 %
SES hoch	5,4 %	6,3 %	11,0 %	2,5 %

SES = sozioökonomischer Status

Eine Trendanalyse, bei der ein Vergleich mit dem in den Jahren 1997 bis 1999 durchgeführten Bundesgesundheitsurvey speziell zur Major Depression durchgeführt wurde, zeigte teilweise einen Trend nach sozioökonomischem Status auf. Es zeigte sich ein Anstieg der Prävalenz bei Frauen mit niedrigem SES von 11,7 Prozent auf 17 Prozent und konstante Prävalenzen bei mittlerem SES (10,1 Prozent zu 9,3 Prozent) und hohem SES (zu beiden Zeitpunkte 8,6 Prozent). Bei Männern zeigten sich weder bei niedrigem (5,6 Prozent zu 5,1 Prozent), mittlerem (5,3 Prozent zu 4,4 Prozent) oder hohem SES (3,3 Prozent zu 3,1 Prozent) wesentliche Veränderungen im Zeitvergleich.

In dem Bericht „Psychische Gesundheit in Deutschland, Erkennen – Bewerten – Handeln, Schwerpunktbericht Teil 1 Erwachsene“ des RKI aus dem Jahr 2021 wurde die Bedeutung des SES im Kontext anderer Risiko- und Schutzfaktoren zusammenfassend beschrieben (<https://edoc.rki.de/handle/176904/9259;jsessionid=39D2565DB11572F48BA672AE7A3749FC>). Es zeigte sich, dass der Risikofaktor „niedriger SES“ besonders ausgeprägt ist, wenn er mit anderen Risikofaktoren, wie z. B. Erwerbslosigkeit, chronischem Stress oder fehlender sozialer Unterstützung vergesellschaftet ist.

12. Welchen Zusammenhang sieht die Bundesregierung zwischen dem Sozialstatus (Einkommen, Bildungs- und Berufsstand) und der gesundheitlichen Versorgung?

Allgemein gilt, dass Versicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gemäß § 27 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) einen Anspruch auf Krankenbehandlung haben, soweit diese notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Der Gesetzgeber hat in § 12 SGB V für die Leistungen der GKV geregelt, dass diese ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen. Sie dürfen das Maß des medizinisch Notwendigen nicht überschreiten. Eine Unterscheidung nach dem Sozialstatus ist hier nicht vorgesehen. Charakteristisch für das der gesetzlichen Krankenversicherung zugrundeliegende Solidaritätsprinzip ist gerade, dass die Leistungen unabhängig von der wirtschaftlichen Leistungsstärke der Versicherten und der Höhe der gezahlten Beiträge gewährt werden.

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), und welche Konsequenzen zieht sie daraus?

Die Bundesregierung geht ebenfalls davon aus, dass ein wechselseitiger Zusammenhang besteht und setzt ihre Maßnahmen daher sowohl bei der Verbesserung der Gesundheit als auch bei der Verbesserung der sozialen Lage der Bevölkerung an.

