

# Soziale Determinanten der Gesundheit und der gesundheitlichen Versorgung

Die ungleiche Verteilung von Gesundheitschancen innerhalb der Bevölkerung kann verschiedene Ursachen haben. Eine ungleiche Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten, die auf individuell unterschiedlichen Präferenzen der Menschen zurückgeht, kann gesellschaftlich eher akzeptiert werden. Hingegen gelten Ungleichheiten, die aus sozial-strukturellen Bedingungen resultieren, als unfair. Ein besonderer Fokus sollte daher auf der Analyse von sozialen Determinanten von Gesundheit und Krankheit liegen. Dies bietet die Grundlage für eine effektivere Gestaltung verschiedener Politikfelder.

JULIA ROICK, MATTHIAS RICHTER

## 1 Soziale Determinanten und Gesundheit

Es ist inzwischen durch eine Vielzahl empirischer Studien belegt, dass ein enger Zusammenhang zwischen sozialen Faktoren und der Gesundheit besteht. Auch in Deutschland lassen sich, trotz des universellen Sozialversicherungssystems mit umfassender medizinischer Versorgung, soziale Ungleichheiten bezüglich verschiedener Gesundheitsindikatoren finden. Der Zusammenhang zwischen sozialer Ungleichheit und Gesundheit wird meist mit dem Begriff der gesundheitlichen Ungleichheit beschrieben (Richter/Hurrelmann 2016). Man kann vertikale und horizontale Ungleichheitsindikatoren unterscheiden. Zu den vertikalen Indikatoren, die zugleich als die Kerndimensionen sozialer Ungleichheit gelten, zählen Unterschiede im Einkommen, der Bildung und beruflichen Stellung. In diesen Dimensionen findet eine Stratifizierung der Gesellschaft in eine hierarchische Struktur bzw. ein Oben und Unten statt (Hradil 2005). Die Position innerhalb dieses Gesellschaftsgefüges wird als sozio-ökonomischer Status bezeichnet. Horizontale Indikatoren sozialer Ungleichheit umfassen unterschiedliche Lebenslagen von Personen wie das Alter, Geschlecht oder der Migrationsstatus. Anhand dieser Merkmale wird zwar keine Rangordnung gebildet, jedoch sind Unterschiede in diesen Faktoren meist

mit verschiedenen Vor- und Nachteilen assoziiert. Sowohl horizontale als auch vertikale Ungleichheitsindikatoren können die Gesundheit maßgeblich beeinflussen (Richter/Hurrelmann 2009).

Der Beitrag sozialer Faktoren zur Entstehung gesundheitlicher Ungleichheiten bekräftigt den Umstand, dass eine einseitige naturwissenschaftliche Betrachtung nur unzureichend zu einem umfassenden Verständnis von Gesundheit beiträgt. Folglich wurde der reduktionistischen Sichtweise von Gesundheit und Krankheit ein soziales Modell gegenübergestellt, das Ansätze beinhaltet, die auf soziale Determinanten von Gesundheit und Krankheit abzielen (Richter/Hurrelmann 2016). Indem Gesundheit als ein Produkt von Individuum und Gesellschaft aufgefasst wird, erweitert das soziale Modell die biomedizinische Sichtweise. Das heißt, neben biologischen Prädispositionen und dem individuellen Gesundheitsverhalten spielen gesellschaftliche Faktoren und Prozesse eine wesentliche Rolle in der Produktion von Gesundheit (Nettleton 2021). Dies gilt sowohl für verschiedene Länder als auch unabhängig davon, welcher Ungleichheitsindikator des sozio-ökonomischen Status herangezogen wird (Mackenbach et al. 2008). Ein besonders eindrückliches Beispiel sind die Unterschiede bei der Lebenserwartung; in wirtschaftlich und politisch weniger entwickelten Ländern liegt sie deutlich unter jener in fortgeschrittenen und hoch entwickelten Ländern. In Deutschland ist die Lebenserwartung in jenen Regionen und Bundesländern niedriger, die eine

hohe Arbeitslosigkeit oder ein niedriges Einkommensniveau aufweisen (BIB 2023; Gaber/Wildner 2011). Auch auf individueller Ebene zeigen sich diese Unterschiede. Zwischen der höchsten und niedrigsten Einkommensgruppe ist eine Differenz in der Lebenserwartung von 8,6 Jahren bei Männern und 4,4 Jahren bei Frauen zu verzeichnen (Lampert et al. 2019; vgl. auch den Beitrag von Hoebel/Müters in diesem Heft). Da diese regionalen Disparitäten in Deutschland kaum auf biologische Faktoren zurückführbar sind, wird deutlich, inwiefern Unterschiede im Wohlstand den Gesundheitszustand determinieren können.

Gesundheitliche Ungleichheiten zeigen sich nicht nur im erhöhten vorzeitigen Sterberisiko, auch wenn sie hier am deutlichsten ausgeprägt sind und sich in den letzten Jahren verstärkt haben (Lampert et al. 2018). Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status berichten überdies von einem schlechteren physischen und psychischen Gesundheitszustand und sind vermehrt von chronischen und schwerwiegenden Erkrankungen (z. B. Herzinfarkt, Diabetes mellitus) betroffen (ebd.; Kunst et al. 2005; Mauz et al. 2023). Vor allem bezogen auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen lässt sich bei einem niedrigen Status ein zwei- bis dreifach erhöhtes Krankheitsrisiko erkennen (Gößwald et al. 2013; Lampert et al. 2013). Auch Krebserkrankungen treten häufiger in der unteren Statusgruppe auf und haben zudem häufiger einen ungünstigen Krankheitsverlauf (Jansen et al. 2014). Neben körperlichen häufen sich auch psychische Erkrankungen bei Personen mit niedrigem sozioökonomischem Status. Hier finden sich insbesondere depressive Erkrankungen, Angststörungen und Störungen im Zusammenhang mit dem Konsum psychotroper Substanzen (Heidemann et al. 2021; Jacobi et al. 2014). Als Risikofaktoren sind Alter, Geschlecht, Migrationsstatus, Arbeitslosigkeit sowie die Kerndimensionen Bildung, Beruf und Einkommen bekannt (Richter/Hurrelmann 2009, 2016). Dies unterstreicht die zentrale Rolle von sozialen Faktoren für ein gesundes und langes Leben.

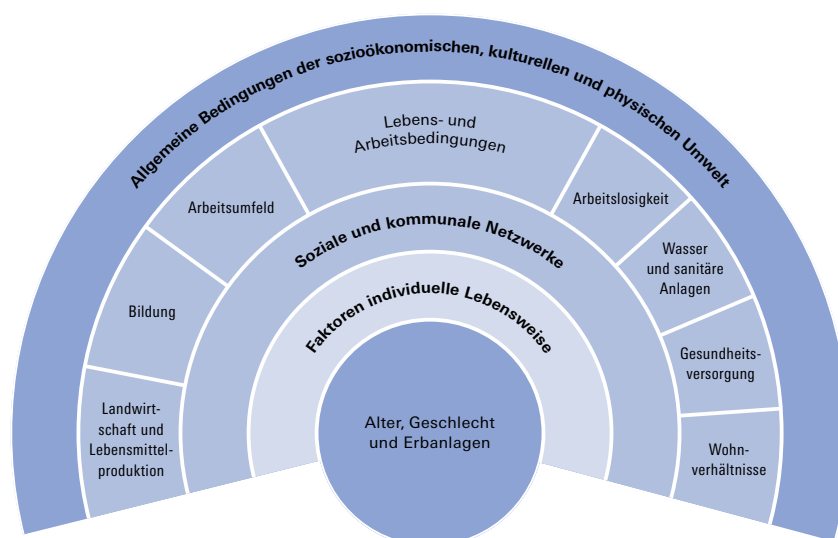
Aus diesem Grund haben sich in den letzten Jahren immer mehr Disziplinen – wie die Sozialepidemiologie, Medizinsoziologie oder Public Health – mit der sozialen Verteilung von Gesundheit und Krankheit befasst. Auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat diese Forschungsrichtung maßgeblich vorangetrieben und eine eigenständige Kommission für soziale Determinanten der Gesundheit eingerichtet, die einen umfassenden Bericht zur aktuellen Situation und Maßnahmen zum Abbau gesundheitlicher Ungleichheiten vorgelegt hat (Commission on Social Determinants of Health 2008). Auch das WHO-Rahmenprogramm „Health for All“ definiert als Gesundheitsziel, ungleiche Gesundheitschancen zu verringern.

## 2 Erklärungsmodelle für gesundheitliche Ungleichheiten

Erklärungen zur Entstehung gesundheitlicher Ungleichheiten beziehen sich auf Mechanismen und Prozesse, die sowohl auf der Mikro-, als auch auf der Meso- und der Makroebene zu finden sind. Dabei werden strukturelle, materielle, kulturelle und verhaltensbezogene Aspekte diskutiert (Richter/Hurrelmann 2016). Die Systematik von Dahlgren/Whitehead (1991) integriert die verschiedenen sozialen Determinanten der Gesundheit in ein Gesamtmodell, dem zufolge die Gesundheit durch fünf unterschiedliche Gruppen von Determinanten beeinflusst wird, die in wechselseitiger Beziehung zueinander stehen (vgl. *Abbildung 1*). Im Kern des Modells konstituieren unbeeinflussbare Merkmale wie Alter, Genetik und Geschlecht die Gesundheit. Die umliegenden Kontextfaktoren hingegen sind durch verschiedene Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung modifizierbar. Hierzu zählen der Lebensstil und das Gesundheitsverhalten, die Einbindung in soziale Netzwerke bzw. gesellschaftliche Integration sowie alle Aspekte der Lebens- und Arbeitsbedingungen. Gesamtgesellschaftliche soziale, kulturelle und umweltbezogene Bedingungen sind Determinanten auf der Makroebene und stehen am äußersten Rand des Modells. Alle Bereiche können sowohl direkt als auch indirekt über die jeweils angrenzende Schicht auf die

ABBILDUNG 1

### Soziale Determinanten der Gesundheit nach Dahlgren/Whitehead



Quelle: Nach Dahlgren/Whitehead (1991)

Gesundheit einwirken. Anhand des Modells wird deutlich, dass es nicht ausreicht, gesundheitliche Ungleichheiten einzig als das Resultat individueller Entscheidungen zu betrachten, sondern dass es gilt, den breiteren sozialen Kontext zu berücksichtigen.

In der medizinsoziologischen Forschung findet außerdem das hierarchische Mehrebenenmodell von Elkeles/Mielck (1997) breite Anwendung zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheiten. Dieses Modell beschreibt eine ungleiche Verteilung von Macht, Wissen, Geld und Prestige auf der Makroebene, welche die Stellung innerhalb der Gesellschaft bestimmen und mit diversen Vor- und Nachteilen verbunden sind. Die Verteilungsungleichheiten auf der Makroebene führen dann zu Unterschieden in Lebenskontexten und -bedingungen auf der Mesoebene. Als vermittelnde Faktoren der Mesoebene werden konkret Unterschiede in gesundheitlichen Belastungen (beispielsweise durch Arbeits- und Wohnbedingungen), in den zur Verfügung stehenden Bewältigungsressourcen und in der medizinischen Versorgung benannt. Zusätzlich können Ungleichheiten auf der Makro- und Mesoebene Auswirkungen auf das Gesundheits- und Krankheitsverhalten haben. Soziale Verteilungsungleichheiten auf allen Ebenen schlagen sich dann in gesundheitlicher Ungleichheit nieder. Zudem wird in dem Modell auch berücksichtigt, dass Einschränkungen im Gesundheitszustand soziale Aufstiegsprozesse erschweren können. Damit liefert das Modell eine Fülle von Ansatzmöglichkeiten auf verschiedenen sozialstrukturellen Ebenen, um Maßnahmen zur Verringerung gesundheitlicher Ungleichheiten zu identifizieren bzw. zu ergreifen. Neben der Reduktion von gesundheitlichen Belastungen und der Stärkung von individuellen Ressourcen stellt die Gesundheitsversorgung einen wesentlichen Ansatzpunkt dar. Im Folgenden werden daher bisherige Erkenntnisse zu Ungleichheiten in der medizinischen Versorgung in Form eines narrativen Reviews beschrieben.

### 3 Ungleichheiten in der medizinischen Versorgung

Unterschiede in der medizinischen Versorgung umfassen Versorgungsungleichheiten im stationären und ambulanten Sektor, Ungleichheiten in der Prävention und Gesundheitsförderung sowie in der Pflege und Nachsorge von Erkrankten oder Älteren. Generell kann für alle Bereiche zwischen Aspekten des Zugangs, der Inanspruchnahme und der Qualität der Versorgung unterschieden werden (Knesebeck et al. 2009).

Beim Zugang handelt es sich um Faktoren wie Wartezeiten, Zuzahlungen oder die Erreichbarkeit medizinischer Angebote. Diese können unter anderem im Sinne

von Zugangsbarrieren auch den Verzicht von diagnostischen und therapeutischen Angeboten nach sich ziehen (Klein/Knesebeck 2022). Daten aus der SHARE-Studie (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe) zeigen, dass bei Personen ab 50 Jahren ein niedriges Einkommen zu einem Verzicht auf medizinische Leistungen aufgrund von Zuzahlungen oder fehlender Erreichbarkeit führen kann (Mielck et al. 2009). Verglichen mit anderen europäischen Ländern waren die Unterschiede zwischen den Einkommensgruppen in Deutschland besonders groß. Soziale Ungleichheiten im Zugang zum Gesundheitssystem zeigen sich auch in längeren Wartezeiten für Termine bei Haus- und Fachärzt\*innen bei gesetzlich versicherten Personen im Vergleich zu Privatversicherten (Tille et al. 2017). Sozial benachteiligte Personen sind zudem schlechter in der Lage, vom Wohnort weiter entfernte Gesundheitsdienste in Anspruch zu nehmen (Klein/Knesebeck 2018c).

Im Bereich der Inanspruchnahme können sich Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung beispielsweise in Unterschieden bei der Konsultation von Haus- oder Fachärzt\*innen sowie in der ungleichen Nutzung von Rehabilitationsmaßnahmen oder Vorsorgeuntersuchungen zeigen. Dies kann Ausdruck unterschiedlicher Präferenzen oder Kompetenzen sein oder durch Informationsdefizite in bestimmten sozialen Gruppen bedingt sein. Ungleichheiten in der Inanspruchnahme differieren je nach Versorgungssektor. Für die ambulante Gesundheitsversorgung in Deutschland kommen mehrere systematische Überblicksarbeiten zu dem Schluss, dass Fachärzt\*innen von Personen mit einem niedrigen sozioökonomischen Status deutlich seltener konsultiert werden (Klein et al. 2014; Klein/Knesebeck 2018a; Lueckmann et al. 2021). Im Vergleich zu Personen mit hohem Status haben jene mit niedrigem häufiger Kontakt zu Allgemeinmediziner\*innen, weshalb sich die Häufigkeit ambulanter Arztkontakte insgesamt kaum unterscheidet (Klein/Knesebeck 2018b). Hinsichtlich psychotherapeutischer Angebote zeigt sich eine häufigere Inanspruchnahme bei hohem sozioökonomischem Status, wobei die Ungleichheiten am stärksten für den Indikator Bildung ausgeprägt sind (Epping et al. 2017). Im stationären Bereich zeichnen sich für Deutschland kaum Ungleichheiten bei der Inanspruchnahme ab (Klein/Knesebeck 2018b). Im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung lässt sich ebenfalls ein sozialer Gradient erkennen, beispielsweise bei Krebsfrüherkennungsuntersuchungen (Klein et al. 2014; Kowalski et al. 2014; Starker/Saß 2013). Weitere Vorsorgeuntersuchungen wie regelmäßige Gesundheits-Check-Ups oder Zahnvorsorgeuntersuchungen werden ebenfalls in höheren Statusgruppen öfter in Anspruch genommen als in niedrigen (Klein/Knesebeck 2018b).

Die Qualität der medizinischen Versorgung kann sich in Faktoren wie der Behandlungszufriedenheit, Lebensqualität oder dem Behandlungserfolg niederschlagen. Für Deutschland liegen bisher nur wenige Studien zu Un-

gleichheiten in der Qualität der Versorgung vor. Die Ergebnisse deuten auch hier auf Versorgungsungleichheiten hin. So bewerteten gesetzlich Versicherte die Qualität der Ärzt\*innen-Patient\*innen-Interaktionen beim Besuch von Fachärzt\*innen im Hinblick auf Vertrauen und Kommunikation schlechter als privat Versicherte (Tille et al. 2019). Hinsichtlich medizinischer Endpunkte konnte gezeigt werden, dass Personen mit einem niedrigen Status eine erhöhte Mortalität aufweisen (Lampert et al. 2019).

*Ungleichheiten in der medizinischen Versorgung während der Covid-19-Pandemie:* In der CoMoLo-Studie (Corona-Monitoring lokal) wurden Personen ab 18 Jahren aus vier besonders von der Pandemie betroffenen Städten zu ihrem Inanspruchnahmeverhalten während der strengen Kontaktbeschränkungen befragt. Personen mit hoher Bildung und Männer gaben eher an, keinen Bedarf an einer Untersuchung oder Behandlung im Befragungszeitraum gehabt zu haben (Heidemann et al. 2022). Beim Vorliegen von Beschwerden haben vorwiegend Frauen und Personen unter 35 Jahre auf einen Arztbesuch verzichtet. Bildung zeigte keinen statistischen Zusammenhang mit der Entscheidung, bei Beschwerden einen Arzt zu konsultieren. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch die Online-Befragungsstudie COVID-19 Snapshot Monitoring (COSMO). Bildung war weder mit Problemen beim Zugang zur medizinischen Versorgung noch mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen aufgrund von Beschränkungen in der Verfügbarkeit von medizinischer Versorgung assoziiert (Hajek et al. 2020). Zusätzlich wurde die Versorgung mit wichtigen Medikamenten während der Pandemie von allen Bildungsgruppen als sichergestellt eingeschätzt (Heidemann et al. 2020). Daten der GEDA-Studie aus der Anfangsphase der Covid-19-Pandemie deuten auf einen Unterschied in der Inanspruchnahme von haus- und fachärztlichen Leistungen hin. Vor allem in der oberen und unteren Bildungsgruppe ließ sich im zeitlichen Verlauf – verglichen mit der mittleren Bildungsgruppe – ein stärkerer Rückgang verzeichnen (Damerow et al. 2020). Erhebliche soziale Unterschiede zeigten sich bei der Inanspruchnahme der Covid-19-Impfung: Vor allem Personen mit höherem Einkommen, einem höheren Bildungsabschluss und ohne Migrationshintergrund nahmen die Schutzimpfung häufiger in Anspruch (Hettich et al. 2021; Huebener/Wagner 2021).

## 4 Diskussion

Basierend auf dem aktuellen Forschungsstand kann festgehalten werden, dass in Deutschland erhebliche gesundheitliche Ungleichheiten bestehen. Die Unterschiede im Gesundheitszustand sind dabei nicht nur auf gesundheits-

schädigende Verhaltensweisen zurückzuführen, sondern maßgeblich durch Faktoren der Makro- und Mesoebene mitbedingt. Für Deutschland hat sich in verschiedenen Studien gezeigt, dass soziale Ungleichheiten beim Zugang und der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems sowie in der Qualität der Versorgung bestehen. Dabei sind Ungleichheiten beim Zugang zum Gesundheitssystem überwiegend durch Eigenschaften des Versorgungssystems determiniert, während das Inanspruchnahmeverhalten vorwiegend von Personenmerkmalen bestimmt wird. Ersteres zeigt sich beispielsweise daran, dass das Angebot an medizinischer Versorgung in vielen sozial deprivierten Gebieten ungünstiger ist (Baumgardt/Reiners 2012; Klein/Knesebeck 2018c). Letzteres äußert sich in ungleichen Präferenzen oder Unwissenheit über bestimmte Angebote. In Anbetracht erhöhter Morbiditäts- und Mortalitätsraten bei Personen mit einem niedrigen Status und gleichzeitig einer verringerten Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in einigen Versorgungsbereichen kann von einer Unterversorgung dieser Personengruppe ausgegangen werden. Bezogen auf die Corona-Pandemie lässt sich feststellen, dass es keine Probleme in der Versorgung mit notwendigen Arztterminen gab und sich durch die partiellen Einschränkungen in der medizinischen Versorgung keine Verschlechterungen im Gesundheitszustand ergeben haben (Hajek et al. 2020). Jedoch zeichnete sich in der Inanspruchnahme der Covid-19-Impfung auch ein sozialer Gradient ab.

*Gesundheitspolitische Relevanz und Interventionsmöglichkeiten:* Auch wenn bisherige Befunde nahelegen, dass gravierende soziale Versorgungsungleichheiten in verschiedenen Bereichen existieren, lässt sich festhalten, dass sozioökonomische Unterschiede in der Versorgung bisher selten systematisch analysiert wurden (Mielck/Wild 2021). Da es sich bei dem vorliegenden Beitrag nicht um ein systematisches Review handelt, muss darauf hingewiesen werden, dass die beschriebenen Ergebnisse nicht erschöpfend sind. Dennoch gibt es Hinweise, dass es vor allem im Bereich des Zugangs und der Qualität der Versorgung an belastbarem Wissen fehlt. Dabei ist es besonders wichtig, jene Bevölkerungsgruppen zu identifizieren, denen der Zugang zum Gesundheitssystem erschwert ist, um konkrete Zugangsbarrieren ausfindig zu machen, um auf dieser Grundlage gesundheitspolitische Maßnahmen ableiten zu können. Zudem müssen soziale Gruppen mit erhöhten Prävalenzen beim Verzicht auf Leistungen des Gesundheitssystems verstärkt fokussiert werden, damit Bemühungen zur Reduzierung gesundheitlicher Ungleichheiten wirksam werden.

Um die Gesundheit der Gesamtbevölkerung zu verbessern, muss verstärkt an den sozialen und strukturellen Rahmenbedingungen angesetzt werden. Dies betrifft zum einen die medizinische Versorgung, indem Zugangswege erleichtert und zielgruppenspezifische Präventions- und Gesundheitsförderungsmaßnahmen ergriffen wer-

den, um Inanspruchnahme- sowie Gesundheitsverhalten von Risikopersonen zu fördern. Zum anderen stellen die Verbesserung von Arbeits- und Lebensbedingungen sowie Maßnahmen zur Reduzierung von Bildungsungleichheiten Ansatzpunkte dar. Besonders vielversprechend scheinen in diesem Kontext settingbezogene Ansätze zu sein, da Risikogruppen so gezielt in ihren Lebenswelten erreicht werden können. Dabei sollten Strategien möglichst frühzeitig und somit im Kindes- und Jugendalter ansetzen. Nur so kann eine effektive Förderung für einen Bildungsaufstieg für Kinder und Jugendliche aus sozial benachteiligten Familien erreicht werden. Ausbildungsinstitutionen stellen demnach ein relevantes Setting für Maßnahmen der Prävention- und Gesundheitsförderung und somit die Reduktion gesundheitlicher Ungleichheiten dar. Insgesamt kann die sozial bedingte Ungleichverteilung von Gesundheitschancen und Krankheitsrisiken nicht nur durch gesundheitspolitische Maßnahmen beseitigt werden, sondern es bedarf einer gesamtgesellschaftlichen Strategie, welche alle Politikbereiche – beispielsweise die Arbeits-, Sozial- und Bildungspolitik – fokussiert. ■

## LITERATUR

- Baumgardt, B. / Reiners, H.** (2012): Regionale Disparitäten in der gesundheitlichen Versorgung: Handlungsfelder und Reformbedarf, in: Heusinger, J. / Kümpers, S. (Hrsg.): *Autonomie trotz Armut und Pflegebedarf? Altern unter Bedingungen von Marginalisierung*, Bern, S. 233–247
- BIB (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung)** (2023): Lebenserwartung bei Geburt in den Bundesländern nach Geschlecht (2018–2020), <https://www.bib.bund.de/DE/Fakten/Fakt/S35-Lebenserwartung-Geburt-Geschlecht-Bundeslaender.html>
- Commission on Social Determinants of Health** (2008): *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health*, Geneva
- Dahlgren, G. / Whitehead, M.** (1991): *Policies and Strategies to Promote Social Equity in Health*, Institute for Futures Studies, Stockholm
- Damerow, S. / Rommel, A. / Prütz, F. / Beyer, A.-K. / Hapke, U. / Schienkiewitz, A. / Starker, A. / Richter, A. / Baumert, J. / Fuchs, J. / Gaertner, B. / Müters, S. / Lemcke, J. / Allen, J.** (2020): Gesundheitliche Lage der Bevölkerung zu Beginn der COVID-19-Pandemie, in: *Journal of Health Monitoring* 5 (4), S. 3–19
- Elkeles, T. / Mielck, A.** (1997): Entwicklung eines Modells zur Erklärung gesundheitlicher Ungleichheit, in: *Gesundheitswesen* 59 (3), S. 137–143
- Epping, J. / Muschik, D. / Geyer, S.** (2017): Social Inequalities in the Utilization of Outpatient Psychotherapy: Analyses of Registry Data from German Statutory Health Insurance, in: *International Journal for Equity in Health* 16 (1), Art. 147
- Gaber, E. / Wildner, M.** (2011): *Sterblichkeit, Todesursachen und regionale Unterschiede*, Berlin
- Gößwald, A. / Schienkiewitz, A. / Nowossadeck, E. / Busch, M. A.** (2013): Prävalenz von Herzinfarkt und koronarer Herzkrankheit bei Erwachsenen im Alter von 40 bis 79 Jahren in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1), in: *Bundesgesundheitsblatt* 56 (5–6), S. 650–655
- Hajek, A. / de Bock, F. / Wieler, L. H. / Sprengholz, P. / Kretzler, B. / König, H.-H.** (2020): Perceptions of Health Care Use in Germany during the COVID-19 Pandemic, in: *International Journal of Environmental Research and Public Health* 17 (24), S. 1–13
- Heidemann, C. / Paprott, R. / Huebl, L. / Scheidt-Nave, C. / Reitzle, L.** (2020): Selbst eingeschätzte medizinische Versorgung im Verlauf der SARS-CoV-2-Pandemie in Deutschland: Ergebnisse der COSMO-Studie, in: *Epidemiologisches Bulletin* 46/2020, S. 3–10
- Heidemann, C. / Reitzle, L. / Schmidt, C. / Fuchs, J. / Prütz, F. / Scheidt-Nave, C.** (2022): Nichtinanspruchnahme gesundheitlicher Versorgungsleistungen während der COVID-19-Pandemie: Ergebnisse der CoMoLo-Studie, in: *Journal of Health Monitoring, Special Issue* 1/2022
- Heidemann, C. / Scheidt-Nave, C. / Beyer, A.-K. / Baumert, J. / Thamm, R. / Maier, B. / Neuhauser, H. / Fuchs, J. / Kuhnert, R. / Hapke, U.** (2021): Gesundheitliche Lage von Erwachsenen in Deutschland – Ergebnisse zu ausgewählten Indikatoren der Studie GEDA 2019/2020-EHIS, in: *Journal of Health Monitoring* 6 (3), S. 3–27
- Hettich, N. / Krakau, L. / Rückert, K. / Brähler, E. / Zahn, D. / Yilmaz, S. / Münzel, T. / Gianicolo, E. / Schmidtman, I. / Schulz, A. / Wild, P. S. / Lackner, K. J. / Schuster, A. K. / Beutel, M. E.** (2021): Willingness to be Vaccinated Against SARS-CoV-2 in the German Population During the Second Wave of the Pandemic, in: *Deutsches Ärzteblatt International* 118 (42), S. 720–721
- Hradil, S.** (2005): *Soziale Ungleichheit in Deutschland*, Opladen
- Huebener, M. / Wagner, G. G.** (2021): Unterschiede in COVID-19-Impfquoten und in den Gründen einer Nichtimpfung nach Geschlecht, Alter, Bildung und Einkommen, Berlin
- Jacobi, F. / Höfler, M. / Siegert, J. / Mack, S. / Gerschler, A. / Scholl, L. / Busch, M. A. / Hapke, U. / Maske, U. / Seiffert, I. / Gaebel, W. / Maier, W. / Wagner, M. / Zielasek, J. / Wittchen, H.-U.** (2014): Twelve-month Prevalence, Comorbidity and Correlates of Mental Disorders in Germany: The Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH), in: *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 23 (3), S. 304–319
- Jansen, L. / Eberle, A. / Emrich, K. / Gondos, A. / Holleczeck, B. / Kajüter, H. / Maier, W. / Nennecke, A. / Pritzkeleit, R. / Brenner, H.** (2014): Socioeconomic Deprivation and Cancer Survival in Germany: An Ecological Analysis in 200 Districts in Germany, in: *International Journal of Cancer* 134 (12), S. 2951–2960
- Klein, J. / Hofreuter-Gätgens, K. / von dem Knesebeck, O.** (2014): Socioeconomic Status and the Utilization of Health Services in Germany: A Systematic Review, in: Janssen, C. / Swart, E. / von Lengerke, T. (Hrsg.): *Health Care Utilization in Germany. Theory, Methodology, and Results*, New York, S. 117–143
- Klein, J. / von dem Knesebeck, O.** (2018a): Inequalities in Health Care Utilization among Migrants and Non-migrants in Germany: A Systematic Review, in: *International Journal for Equity in Health* 17 (1), Art. 160
- Klein, J. / von dem Knesebeck, O.** (2018b): Soziale Ungleichheit bei der Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung, in: *Public Health Forum* 26 (4), S. 316–318
- Klein, J. / von dem Knesebeck, O.** (2018c): Soziale Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung, in: Deinzer, R. / von dem Knesebeck, O. (Hrsg.): *Online Lehrbuch der Medizinischen Psychologie und Medizinischen Soziologie*, Berlin
- Klein, J. / von dem Knesebeck, O.** (2022): Soziale Ungleichheiten in der gesundheitlichen Versorgung, in: Siegrist, J. / Stössel, U. / Trojan, A. (Hrsg.): *Medizinische Soziologie in Deutschland*, Wiesbaden, S. 213–228
- von dem Knesebeck, O. / Bauer, U. / Geyer, S. / Mielck, A.** (2009): Soziale Ungleichheit in der gesundheitlichen Versorgung. Ein Plädoyer für systematische Forschung, in: *Gesundheitswesen* 71 (2), S. 59–62
- Kowalski, C. / Loss, J. / Kölsch, F. / Janssen, C.** (2014): Utilization of Prevention Services by Gender, Age, Socioeconomic Status, and Migration Status in Germany: An Overview and a Systematic Review, in: Janssen, C. / Swart, E. / von Lengerke, T. (Hrsg.): *Health Care Utilization in Germany. Theory, Methodology, and Results*, New York, S. 293–320
- Kunst, A. E. / Bos, V. / Lahelma, E. / Bartley, M. / Lissau, I. / Regidor, E. / Mielck, A. / Cardano, M. / Dalstra, J. A. A. / Geurts, J. J. M. / Helmer, U. / Lenartsson, C. / Ramm, J. / Spadea, T. / Stronge, W. J. / Mackenbach, J. P.** (2005): Trends in Socioeconomic Inequalities in Self-assessed Health in 10 European Countries, in: *International Journal of Epidemiology* 34 (2), S. 295–305
- Lampert, T. / Hoebel, J. / Kroll, L. E.** (2019): Soziale Unterschiede in der Mortalität und Lebenserwartung in Deutschland. Aktuelle Situation und Trends, in: *Journal of Health Monitoring* 4 (1), S. 3–15
- Lampert, T. / Kroll, L. E. / Kuntz, B. / Hoebel, J.** (2018): Gesundheitliche Ungleichheit in Deutschland und im internationalen Vergleich: Zeitliche Entwicklungen und Trends, in: *Journal of Health Monitoring* 3, S. 1–26
- Lampert, T. / Kroll, L. E. / von der Lippe, E. / Müters, S. / Stolzenberg, H.** (2013): Sozioökonomischer Status und Gesundheit: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1), in: *Bundesgesundheitsblatt* 56 (5–6), S. 814–821
- Lueckmann, S. L. / Hoebel, J. / Roick, J. / Markert, J. / Spallek, J. / von dem Knesebeck, O. / Richter, M.** (2021): Socioeconomic Inequalities in Primary-care and Specialist Physician Visits: A Systematic Review, in: *International Journal for Equity in Health* 20 (1), Art. 58
- Mackenbach, J. P. / Stirbu, I. / Roskam, A.-J. R. / Schaap, M. M. / Menvielle, G. / Leinsalu, M. / Kunst, A. E.** (2008): Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries, in: *The New England Journal of Medicine* 358 (23), S. 2468–2481

- Mauz, E. / Walther, L. / Junker, S. / Kersjes, C. / Damerow, S. / Eicher, S. / Hölling, H. / Müters, S. / Peitz, D. / Schnitzer, S. / Thom, J.** (2023): Time Trends in Mental Health Indicators in Germany's Adult Population Before and During the COVID-19 Pandemic, in: *Frontiers in Public Health* 11, DOI: 10.3389/fpubh.2023.1065938
- Mielck, A. / Kiess, R. / von dem Knesebeck, O. / Stirbu, I. / Kunst, A. E.** (2009): Association between Forgone Care and Household Income among the Elderly in Five Western European Countries – Analyses Based on Survey Data from the SHARE-Study, in: *BMC Health Services Research* 9, Art. 52
- Mielck, A. / Wild, V.** (2021): Gesundheitliche Ungleichheit – Auf dem Weg von Daten zu Taten. Fragen und Empfehlungen aus Sozial-Epidemiologie und Public-Health-Ethik, Weinheim
- Nettleton, S.** (2021): *The Sociology of Health and Illness*, Cambridge/Medford
- Richter, M. / Hurrelmann, K.** (Hrsg.) (2009): *Gesundheitliche Ungleichheit. Grundlagen, Probleme, Perspektiven*, Wiesbaden
- Richter, M. / Hurrelmann, K.** (Hrsg.) (2016): *Soziologie von Gesundheit und Krankheit. Ein Lehrbuch*, Wiesbaden
- Starker, A. / Saß, A.-C.** (2013): Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1), in: *Bundesgesundheitsblatt* 56 (5–6), S. 858–867
- Tille, F. / Gibis, B. / Balke, K. / Kuhlmeier, A. / Schnitzer, S.** (2017): Soziodemografische und gesundheitsbezogene Merkmale der Inanspruchnahme und des Zugangs zu haus- und fachärztlicher Versorgung – Ergebnisse einer deutschlandweiten Bevölkerungsbefragung von 2006 bis 2016, in: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 126, S. 52–65
- Tille, F. / Röttger, J. / Gibis, B. / Busse, R. / Kuhlmeier, A. / Schnitzer, S.** (2019): Patients' Perceptions of Health System Responsiveness in Ambulatory Care in Germany, in: *Patient Education and Counseling* 102 (1), S. 162–171

## AUTOR\*INNEN

**JULIA ROICK**, Dr., wissenschaftliche Mitarbeiterin am Lehrstuhl für Soziale Determinanten der Gesundheit, TUM School of Medicine and Health, Technische Universität München. Forschungsschwerpunkte: Soziale Determinanten der Gesundheit, Präventions- und Versorgungsforschung, Soziale Ungleichheiten bei Krebserkrankungen.

@ julia.roick@tum.de

**MATTHIAS RICHTER**, Prof. Dr., Lehrstuhlinhaber für Soziale Determinanten der Gesundheit, TUM School of Medicine and Health, Technische Universität München. Forschungsschwerpunkte: Gesundheitssoziologie, Kinder- und Jugendforschung, Erklärungsansätze gesundheitlicher Ungleichheit.

@ richter.matthias@tum.de