

Das Virus ist nicht demokratisch Soziale Ungleichheit prägt den Verlauf der Infektion

Jan Paul Heisig und Christian König

Einer der berühmtesten Sätze des Soziologen Ulrich Beck lautet, dass Not hierarchisch, Smog aber demokratisch sei. Becks These war, dass viele (Umwelt-) Risiken in modernen Gesellschaften gleichmäßiger über verschiedene Bevölkerungsschichten verteilt seien, als dies früher der Fall war. Für den Smog beziehungsweise die Luftverschmutzung insgesamt lässt sich seine These allerdings empirisch widerlegen (mehr dazu unten); und auch beim neuen Coronavirus, das an sich nicht zwischen Menschen unterscheidet, müssen wir davon ausgehen, dass die individuellen gesundheitlichen Folgen stark vom sozialen Status abhängen. Dabei konzentrieren wir uns im Folgenden vor allem auf die körperliche Gesundheit der Menschen, genauer: auf das Infektionsrisiko und auf die Wahrscheinlichkeit schwerer oder tödlicher Krankheitsverläufe. Es steht außer Frage, dass die Folgen der Pandemie weit über die Erkrankungen selbst hinausgehen: Die Einschränkungen der Bewegungsfreiheit, der sozialen Kontakte und der wirtschaftlichen Aktivitäten dürften vielfältige Auswirkungen auf die körperliche und vor allem psychische Gesundheit haben, etwa durch zunehmende häusliche Gewalt, Vereinsamung, wirtschaftliche Unsicherheit oder Angst vor der Krankheit. Auch bei diesen indirekten Folgen ist mit erheblichen sozialen Ungleichheiten zu rechnen (vergleiche dazu den Beitrag von Jianghong Li und Jan Paul Heisig in diesem Heft).

Wenn wir über soziale Ungleichheiten in den unmittelbaren Gesundheitsfolgen der Corona-Pandemie sprechen, sollten wir zunächst auf das Infektionsrisiko schauen – die Infektion steht am Anfang jedes Krankheitsverlaufs. Zu Recht ist darauf hingewiesen worden, dass Beschäftigte in den sogenannten systemrelevanten Berufen und Sektoren mehrheitlich mittleren und niedrigen Einkommensgruppen angehören und am Arbeitsplatz häufig einem erhöhten Infektionsrisiko ausgesetzt sind. Sie arbeiten in der Pflege, in Krankenhäusern, in Supermärkten, im Streifendienst und haben dabei Kontakt zu vielen verschiedenen Personen – im Krankenhaus zudem zu vielen Infizierten.

Soziale Ungleichheiten zeigen sich auch bei der Schwere des Krankheitsverlaufs und beim Sterberisiko. Neben dem Alter sind Vorerkrankungen wie Übergewicht, Bluthochdruck, Herz-Kreislauf- und Atemwegserkrankungen wichtige Risikofaktoren, und diese sind in Deutschland wie in allen anderen reichen Volkswirtschaften sozial ungleich verteilt. Dahinter steht eine Vielzahl von Einflussfaktoren, auch wenn es nicht immer leicht ist, ihren jeweiligen Beitrag genau zu bestimmen. Zweifellos spielt das Gesundheitsverhalten eine wichtige Rolle. So rauchen Personen mit niedrigem sozialem Status häufiger, was das Risiko schwerer Verläufe von Covid-19 erhöht und die höhere Sterblichkeitsrate bei Männern zumindest zum Teil erklärt. Es wäre aber vorschnell, hier die Verantwortung vor allem bei den Individuen zu suchen. Das Gesundheitsverhalten wird nicht nur durch individuelle Entscheidungen bestimmt, sondern hängt auch von strukturellen und genetischen Faktoren ab. Außerdem gibt es weitere Ursachen für die soziale Ungleichverteilung von Vorerkrankungen, wie zum Beispiel Ungleichheiten in den Arbeitsbedingungen oder in der Qualität der medizinischen Versorgung.

Lassen sich die sozialstatusbedingten gesundheitlichen Risiken einer Corona-Infektion messen? Aus Deutschland gibt es hierzu bisher kaum belastbare Zahlen, da die Berichterstattung etwa des Robert-Koch-Instituts keine Informa-

Abstract: Recent international data indicate that the immediate health-related consequences (risk of infection, disease severity, and mortality) vary by social status, reflecting social and ethnic inequalities in the prevalence of key risk factors. The example of exposure to toxins at the place of residence suggests that similar patterns can be expected for Germany. Districts with low average purchasing power and high shares of inhabitants with migration background are more likely to be located close to facilities with high levels of toxic emissions. Social inequalities in health thus become particularly virulent during the pandemic and should receive serious consideration in any mitigation efforts.

Zusammenfassung: Aktuelle internationale Daten deuten darauf hin, dass die direkten gesundheitlichen Auswirkungen der Pandemie (Infektionsrisiko, Schwere des Krankheitsverlaufs und Sterberisiko) vom sozialen Status abhängen, was auf sozioökonomisch und ethnisch ungleich verteilte Risikofaktoren zurückgeführt werden kann. Dass auch in Deutschland ähnliche Muster erwartbar sind, zeigt das Beispiel der Schadstoffbelastung am Wohnort. Ortsteile mit niedriger Kaufkraft und hohem Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund befinden sich häufiger in der Nähe von Anlagen mit hohem Schadstoffausstoß. Die soziale Ungleichverteilung gesundheitlicher Risiken tritt in der Pandemie besonders deutlich zutage und sollte bei ihrer Bekämpfung berücksichtigt werden.

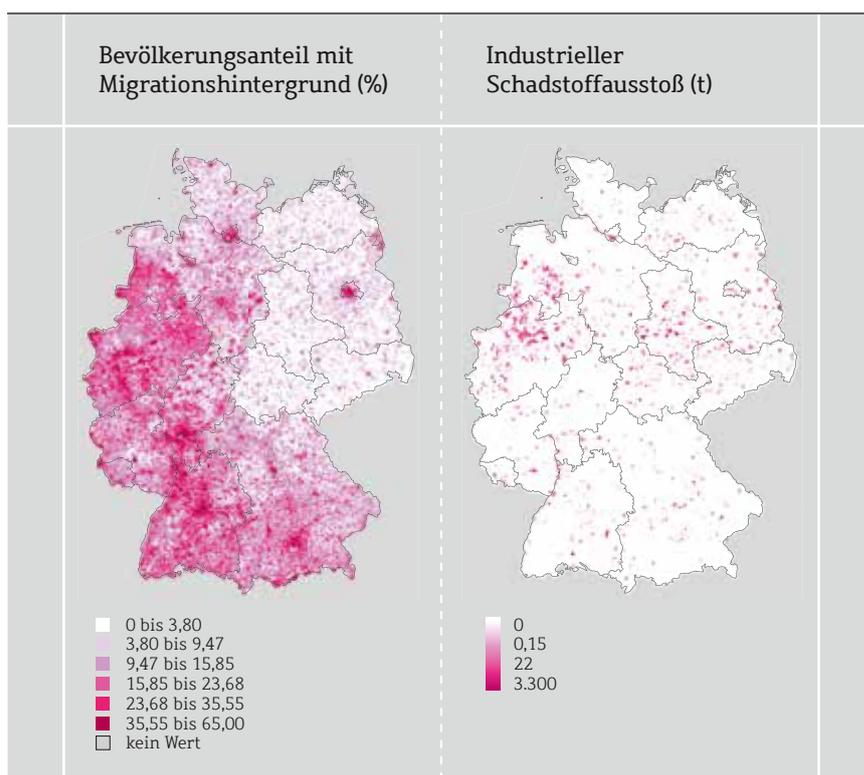


Jan Paul Heisig ist Leiter der Forschungsgruppe Gesundheit und soziale Ungleichheit. Seine Arbeitsschwerpunkte sind soziale Ungleichheiten in den Bereichen Gesundheit, Bildung und Arbeitsmarkt sowie statistische Methoden. (Foto: David Ausserhofer)

jan.heisig@wzb.eu

tionen über den sozialen Status oder die Herkunft von Infizierten und Verstorbenen enthält. Die Befunde aus anderen Ländern sind jedoch alarmierend. In Großbritannien lag der Anteil von Schwarzen, Menschen asiatischer Herkunft und Angehörigen anderer ethnischer Minderheiten an den kritisch Erkrankten Ende April bei 34 Prozent und war damit mehr als doppelt so hoch wie der Bevölkerungsanteil dieser Gruppen. In den 38 US-Bundesstaaten, für die entsprechende Daten vorliegen, betrug der Anteil von Afroamerikaner*innen an den durch Covid-19 Verstorbenen Anfang Mai 27 Prozent – bei einem Bevölkerungsanteil von 13 Prozent. Belastbare Aussagen zu den Ursachen dieser dramatischen Unterschiede sind (noch) nicht möglich. Mit ziemlicher Sicherheit sind sie aber zu einem guten Teil auf sozioökonomische und ethnische Ungleichheiten in den bereits genannten Risikofaktoren zurückzuführen. Auch Ungleichbehandlung und Diskriminierung in der Gesundheitsversorgung könnten eine Rolle spielen.

Diese Befunde können nicht einfach auf Deutschland übertragen werden. Die Unterschiede zu Großbritannien und besonders zu den USA sind groß, zum Beispiel im Gesundheitssystem, im Arbeitnehmer*innenschutz (es gibt in den USA keinen gesetzlichen Anspruch auf Lohnfortzahlung im Krankheitsfall) oder beim Niveau der Einkommensungleichheit. Dennoch müssen wir auch in Deutschland mit sozialen und ethnischen Ungleichheiten beim Sterberisiko rechnen, denn auch hierzulande leiden sozial schwächere Gruppen häufiger an entsprechenden Vorerkrankungen. Wie die konkreten Risikofaktoren mit weniger greifbaren langfristigen Belastungen zusammenhängen, wird am Beispiel eines Faktors deutlich, mit dem wir uns in der WZB-Forschungsgruppe Gesundheit und soziale Ungleichheit intensiv auseinandersetzen: der Umweltqualität am Wohnort.



Quelle: ©WZB

Eigene für diesen Beitrag durchgeführte Berechnungen auf Grundlage bundesweiter Geodaten des Datenforschungsunternehmens infas 360 und des Europäischen Schadstoffregisters zeigen, dass die Umweltqualität am Wohnort in Deutschland stark mit der sozioökonomischen und ethnischen Zusammensetzung von Nachbarschaften und Ortsteilen korreliert. So befinden sich Ortsteile mit einer durchschnittlichen Kaufkraft von maximal 17.000 Euro pro Kopf und Jahr – das kaufkraftschwächste Viertel aller Ortsteile – mehr als dreimal so häufig in räumlicher Nähe zu Industrieanlagen, Kraftwerken und anderen Ein-

richtungen mit gesundheitsschädlichen Emissionen wie Ortsteile, in denen die Kaufkraft pro Kopf und Jahr durchschnittlich 31.000 Euro beträgt (kaufkraftstärkstes Viertel). Ein ähnliches Bild zeigt sich beim Bevölkerungsanteil mit Migrationshintergrund. Auch befinden sich Ortsteile mit einem sehr hohem Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund (oberstes Viertel) mehr als zweieinhalb Mal so oft in unmittelbarer Nähe zu Anlagen mit schädlichem Emissionsniveau wie Ortsteile mit einem sehr niedrigen Anteil (unterstes Viertel).

Zwar ist der Anteil von Ortsteilen, die sich in unmittelbarer Nähe zu den im Schadstoffregister verzeichneten Anlagen befinden, insgesamt sehr gering: Er beträgt 3,44 Prozent unter den Ortsteilen mit sehr hohem Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund und unter den Ortsteilen mit sehr niedrigem Anteil 1,33 Prozent. Da es sich hier jedoch überwiegend um dicht besiedelte Ortsteile in Städten handelt, ist die Anzahl der betroffenen Haushalte deutlich höher, als diese Werte zunächst vermuten lassen. Insgesamt befinden sich unseren Daten zufolge 1.239 von 67.206 Ortsteilen in unmittelbarer Nähe massiver Emissionsherde (also rund 1,8 Prozent). Betrachten wir hingegen den Anteil der Haushalte, für die dies gilt, so sind knapp 3,6 Millionen von insgesamt gut 40 Millionen betroffen, was immerhin rund 8,9 Prozent entspricht. Es ist ferner davon auszugehen, dass ähnliche Muster auch für den Straßenverkehr und andere Emissionsquellen zu beobachten sind. Obgleich uns keine direkten feinströmigen Messdaten zu verkehrsbedingten Emissionen vorliegen, können wir in unseren Daten sehen, dass Ortsteile mit einem hohen Anteil an Straßenverkehrsflächen oft einen hohen Anteil von Migrant*innen erster und zweiter Generation und eine niedrige durchschnittliche Kaufkraft aufweisen.

Dass die beschriebenen Ungleichheiten in der Schadstoffexposition unter den gegenwärtigen Bedingungen gravierende Folgen haben könnten, zeigt eine aktuelle Studie aus den USA. Sie kommt zu dem Ergebnis, dass die Anzahl der Covid-19-Sterbefälle auf County-Ebene mit zunehmender Feinstaubbelastung stark ansteigt. Zwar beruht dieses Resultat auf einer Momentaufnahme in einem frühen Stadium der Pandemie, und es wurden nicht alle plausiblen Alternativerklärungen geprüft. Gleichwohl veranschaulichen diese Ergebnisse, wie strukturell verankerte Ungleichheiten die individuellen gesundheitlichen Folgen von Corona beeinflussen können. Bei der unmittelbaren Bewältigung der Pandemie sollte dieser Aspekt eine zentrale Rolle spielen. Längerfristig ist zu hoffen, dass der Zusammenhang von sozialer und gesundheitlicher Ungleichheit als das angegangen wird, was er ist: ein großes Gerechtigkeitsproblem.

Literatur

Intensive Care National Audit & Research Centre: ICNARC Report on COVID-19 in Critical Care. 01.05.2020. Online: <https://www.icnarc.org/Our-Audit/Audits/Cmp/Reports> (Stand: 28.05.2020).

Mackenbach, Johan P.: Health Inequalities. Persistence and Change in European Welfare States. Oxford/New York: Oxford University Press 2019.

Platt, Lucinda/Warwick, Ross: The IFS Deaton Review. Are Some Ethnic Groups More Vulnerable to COVID-19 than Others? Institute for Fiscal Studies. 05.2020. Online: <https://www.ifs.org.uk/inequality/chapter/are-some-ethnic-groups-more-vulnerable-to-covid-19-than-others/> (Stand: 28.05.2020).

Wu, Xiao/Nethery, Rachel C./Sabath, Benjamin M./Braun, Danielle/Dominici, Francesca: Exposure to Air Pollution and COVID-19 Mortality in the United States: A Nationwide Cross-Sectional Study. 2020. Online: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.04.05.20054502v1> (Stand: 28.05.2020).



Christian König ist Politik- und Wirtschaftswissenschaftler mit den Schwerpunkten Politikevaluation, Umwelt- und Ressourcenökonomie und Gesundheit. Er ist wissenschaftlicher Mitarbeiter in der Forschungsgruppe Gesundheit und soziale Ungleichheit. (Foto: Martina Sander)

christian.koenig@wzb.eu