Beate Blättner*

Covid-19 und gesundheitliche Ungleichheit: Die Relevanz des HiAP-Ansatzes bei Pandemien

Covid-19 and health inequality: the relevance of the HiAP approach to pandemics

<https://doi.org/10.1515/pubhef-2020-0056>

Zusammenfassung: Public Health Maßnahmen sollen gesundheitlicher Ungleichheit entgegenwirken. Dieser Grundsatz ist allerdings nicht Gegenstand des Pandemie-schutzes. Die Schwere der Krankheitsverläufe von Covid-19 könnte sozial ungleich verteilt sein, zuverlässige Daten darüber sind derzeit nicht vorhanden. Möglich ist, dass auch die Maßnahmen zum Schutz der Bevölkerung vor der SARS-CoV-2-Pandemie zur gesundheitlichen Ungleichheit beitragen.

Schlüsselwörter: Gesundheitliche Ungleichheit; Gesundheitsschutz; Health in All Policies; Pandemien.

Abstract: Public health measures should address health inequalities. However, this principle is not the subject of pandemic protection. The severity of Covid-19 disease progression may be socially unevenly distributed; reliable data on this are currently not available. It is possible that measures to protect the population from the SARS-CoV-2 pandemic may also contribute to health inequalities.

Keywords: Health in All Policies; health inequalities; health protection; pandemics.

Infektionsschutz ohne Unterschiede

Maßnahmen des Infektionsschutzes sind in Deutschland im Infektionsschutzgesetz (IfSG) von 2000 geregelt. Sie kombinieren Maßnahmen, die ein Monitoring des Infektionsgeschehens erlauben mit der Aufklärung der Bevölkerung über Gesundheitsrisiken und Schutzmaßnahmen sowie Maßnahmen, die die Verbreitung der Infektion verhindern sollen. Zu letzteren gehören die Isolierung von

Erkrankten und Krankheitsverdächtigen sowie Einschränkungen der Einreise- und der Versammlungsfreiheit und der Zugänglichkeit zu öffentlichen Einrichtungen. Darüber hinaus erfolgen Eingriffe in die gesundheitliche und pflegerische Versorgung.

All diese Maßnahmen treffen die Bevölkerung ohne Ansehen vertikaler oder horizontaler gesundheitlicher Unterschiede. Sie treffen auf Menschen in unterschiedlichen Lebenssituationen. Deswegen kann nicht ausgeschlossen werden, dass sie nicht gleich wirken, sondern zumindest ein Teil der Maßnahmen die Tendenz haben, gesundheitliche Ungleichheit zu verschärfen. So berücksichtigen z.B. allgemeine Aufklärungsmaßnahmen Unterschiede in der Gesundheitskompetenz nicht, die wiederum sozial ungleich verteilt sind [1].

Dass bevölkerungsbezogene Interventionen gesundheitlicher Ungleichheit entgegenwirken sollen, ist im Infektionsschutz bislang nicht hinreichend diskutiert. Eine Lösung des Problems bietet der Health in All Policies (HiAP) Ansatz, der es erforderlich macht, Lebensbedingungen Benachteiligter zu verbessern und auch in Situationen des Infektionsschutzes mit anderen Politikbereichen zu kooperieren.

Ungleichheit in Krankheitsverläufen bei Covid-19

Wie sich Risiken für Covid-19 in der Bevölkerung verteilen, darüber ist noch wenig bekannt. Als verlässliche Quelle dienen die von der jeweiligen nationalen Behörde veröffentlichten Daten, die aufgrund der Meldepflicht vorhanden sind. Sie enthalten Angaben zu Alter, Geschlecht und Wohnort, sowie zu Infektionen in bestimmten Einrichtungsarten, aber keine Angaben zur sozialen Lage.

Zunächst fallen regionale Unterschiede gemessen an je 100.000 Einwohner*innen auf, etwa zwischen Bayern (346,7 positiv Getestete, Stand 17.05.2020; 17,4 Todesfälle) und Mecklenburg-Vorpommern (46,3 positiv Getestete, 1,2 Todesfälle) [2]. Die Bewohnerdichte scheint kein

*Korrespondenz: Prof. Dr. Beate Blättner, Public Health Zentrum Fulda, Hochschule Fulda, Leipzigerstr. 123, 36017 Fulda, E-mail: Beate.Blaettner@pg.hs-fulda.de

hinreichend erklärendes Kriterium zu sein, da die Stadtstaaten Berlin (171,5 positiv Getestete; 4,8 Todesfälle), Hamburg (272,5; 12,5) und Bremen (168,4; 5,4) [2] nicht stärker betroffen sind als Bayern. Westliche Bundesländer sind tendenziell stärker betroffen als östliche, reichere tendenziell stärker als ärmere. Eine Erklärung könnte das Reiseverhalten der jeweiligen Bevölkerung vor den Reiseeinschränkungen sein.

Frauen (52%) und Männer (48%) sind unter den positiv Getesteten nahezu gleich verteilt, nicht aber unter den Verstorbenen. Hier überwiegen Männer (56%) gegenüber Frauen (44%). Dies könnte in Verbindung mit dem Alter erklärt werden, denn 45% aller Todesfälle waren in der Altersgruppe der 80 bis 89-Jährigen, und in dieser Altersgruppe scheinen positiv getestete Männer gegenüber Frauen zu überwiegen [2].

Als gesichert kann derzeit angenommen werden, dass das Risiko von schweren Krankheitsverläufen mit dem Alter zunimmt, mit einem stetig steigenden Risiko für einen schweren Verlauf ab etwa 50 bis 60 Jahren [3]. Der Median bei den positiv Getesteten liegt bei 50 Jahren. Bei den 80-Jährigen und älteren steigt das Risiko, positiv getestet zu werden deutlich an. Eine wahrscheinliche Ursache sind Ausbrüche in Pflegeheimen. Der Median bei den Verstorbenen liegt bei 82 Jahren. 86% der in Deutschland an COVID-19 Verstorbenen waren 70 Jahre alt oder älter [2]. Mögliche Gründe dafür sind neben Veränderungen des Immunsystems die höhere Wahrscheinlichkeit von Co-Morbidität. Allerdings wird bei Kindern das Auftreten einer dem Kawasaki-Syndrom ähnlichen, schweren Erkrankung nach einer Infektion mit SARS-CoV-2 diskutiert [4].

Ebenfalls als gesichert kann angenommen werden, dass Menschen mit bestimmten Vorerkrankungen ein höheres Risiko für schwere Krankheitsverläufe haben. Dazu gehören Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems (z.B. koronare Herzerkrankung und Bluthochdruck), chronische Erkrankungen der Lunge (z.B. COPD), chronische Lebererkrankungen, Diabetes mellitus und Krebserkrankungen. Besonders gefährdet sind zudem Menschen mit einem erkrankungs- oder therapiebedingt geschwächtem Immunsystem RKI [3]. Etliche dieser Risiken sind bekanntermaßen sozial ungleich verteilt: Während bei Männern in der DEGS-Studie keine sozialen Unterschiede bei der Prävalenz des Hypertonus festgestellt werden konnten, war die Prävalenz bei Frauen mit niedrigem sozialen Status fast doppelt so hoch wie bei Frauen mit hohem sozialen Status. Für Herzinfarkt, bestimmte Krebsarten wie Lungen- und Magenkrebs und Diabetes mellitus gilt: Je niedriger der sozioökonomische Status, desto höher ist das Erkrankungsrisiko [5].

Zudem gibt es Hinweise, dass Raucher*innen ein höheres Risiko für schwere Krankheitsverläufe haben als Nicht-Raucher*innen [3]. Männer wie Frauen mit einem niedrigen sozialen Status rauchen häufiger als die mit einem höheren sozialen Status [5]; chronische Erkrankungen der Lunge wie COPD sind oft mit Rauchen assoziiert.

Wenn auch derzeit keine entsprechenden Daten für Covid-19 vorliegen, lässt sich aus Daten der sozillagebezogenen Gesundheitsberichterstattung annehmen, dass Menschen mit niedrigerem sozialen Status ein höheres Risiko für schwere Krankheitsverläufe bei Covid-19 haben könnten [6].

Ungleiche Auswirkungen der Schutzmaßnahmen

Menschen ohne eigene Wohnung können sich schlechter vor einer Infektion durch andere schützen, weil sie anderen Menschen nicht ausweichen können. Dies gilt für Menschen auf der Flucht [7], in Gefängnissen [8], für Wohnungslose [9], aber auch für Arbeitsmigrant*innen, z.B. in der Landwirtschaft und der Fleischverarbeitung, die in Massenunterkünften leben und teils unter beengten Bedingungen arbeiten. So wird z.B. von Ausbrüchen in Schlachthöfen mit vielen Infizierten berichtet, die in Massenunterkünften leben [2].

Menschen in schlechteren sozioökonomischen Verhältnissen leben in größerer Nähe zueinander und oft beengt. Dies erhöht einerseits die Infektionsrisiken und andererseits z.B. gesundheitliche Risiken wie häusliche Gewalt. In kleinen Stadtwohnungen sind voraussichtlich die psychischen Folgen sozialer Distanz größer als in geräumigen Einfamilienhäusern mit großem Garten. Unsichere Arbeitsbedingungen und Arbeit, die weder Telearbeit noch gesetzlichen Kranken- oder Pflegeurlaub zulässt, führt unter den Infektionsschutzmaßnahmen eher zu gesundheitlichen Folgen der Bedrohung durch Arbeitslosigkeit oder durch finanzielle Unsicherheit. Menschen in schlechteren sozioökonomischen Verhältnissen sind anfälliger für Arbeitsmarktflektuationen, die sich aus makroökonomischen Veränderungen ergeben [2].

Familien z.B. mit kleinen Kindern, denen die Einschränkungen schwer vermittelbar sind, haben vermutlich höhere Belastungen zu ertragen als Erwachsene ohne kognitive Einschränkungen. Ähnlich können kognitiv eingeschränkte Heimbewohner*innen, alleinlebende Schwerhörige oder Menschen, die sich digitaler Kommunikationstechniken weniger gut bedienen können, größere Schwierigkeiten haben, die mit der sozialen

Distanz verbundenen psychosozialen Einschränkungen zu kompensieren.

Fazit

Die Umsetzung des Gedankens von New Public Health würde bedeuten, gesundheitliche Ungleichheit auch im Infektionsschutz mitzudenken. Gerade dann, wenn Schutzmaßnahmen Teil der Normalität werden, bedarf es neuer Strategien, gesundheitlicher Ungleichheit entgegenzuwirken. Dies wird nur über einen HiAP-Ansatz möglich. Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) könnte bei einer entsprechenden Ausstattung mit personellen Ressourcen dazu einen wichtigen Beitrag leisten.

Autorenerklärung

Autorenbeteiligung: Die Autorin trägt die Verantwortung für den gesamten Inhalt dieses Artikels und hat der Einreichung des Manuskripts zugestimmt. Finanzierung: Die Autorin erklärt, dass sie keine finanzielle Förderung erhalten hat. Interessenkonflikt: Die Autorin erklärt, dass kein wirtschaftlicher oder persönlicher Interessenkonflikt vorliegt. Ethisches Statement: Für die Forschungsarbeit wurden weder von Menschen noch von Tieren Primärdaten erhoben.

Author Declaration

Author contributions: The author has accepted responsibility for the entire content of this submitted manuscript and approved submission. Funding: The author states no funding involved. Conflict of interest: The author states no conflict of interest. Ethical statement: Primary data for human nor for animals were not collected for this research work.

Literatur

1. Schaeffer D, Vogt D, Berens EM, Hurrelmann K. Gesundheitskompetenz der Bevölkerung in Deutschland. Ergebnisbericht, Bielefeld, 2016. http://www.uni-bielefeld.de/gesundhw/ag6/downloads/Ergebnisbericht_HLS-GER.pdf, Zugriff 05.04.2020.
2. Robert Koch Institut. Täglicher Lagebericht des RKI zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19). 16.05.2020 – Aktualisierter Stand für Deutschland. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Gesamt.html, Zugriff 17.05.2020.
3. Robert Koch Institut. SARS-CoV-2 Steckbrief zur Coronavirus-Krankheit-2019 (COVID-19). Stand: 15.5.2020. https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html#doc13776792bodyText2, Zugriff 17.05.2020.
4. Verdoni L, Mazza A, Gervasoni A, Martelli L, Ruggeri M, Ciuffreda M, et al. An outbreak of severe Kawasaki-like disease at the Italian epicentre of the SARS-CoV-2 epidemic: an observational cohort study. *Lancet* 2020;395:1771–8.
5. Robert Koch-Institut. Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin: RKI, 2015.
6. EuroHealthNet. What COVID-19 is teaching us about inequality and the sustainability of our health systems. 2020. <https://euro-healthnet.eu/COVID-19>, Zugriff 05.04.2020.
7. WHO Regional Office for Europe. Interim guidance for refugee and migrant health in relation to COVID-19 in the WHO European Region. Copenhagen, 2020. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migration-and-health/publications/2020/interim-guidance-for-refugee-and-migrant-health-in-relation-to-covid-19-in-the-who-european-region-2020>, Zugriff 05.04.2020.
8. WHO Regional Office for Europe. Preparedness, prevention and control of COVID-19 in prisons and other places of detention. Interim guidance 15 March 2020. Copenhagen. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/publications/2020/preparedness,-prevention-and-control-of-covid-19-in-prisons-and-other-places-of-detention-2020>, Zugriff 05.04.2020.
9. BAG Wohnungslosenhilfe. CORONA-Krise – Auswirkungen auf Menschen in Wohnungslosigkeit und Wohnungsnot. 2020. <https://www.bagw.de/de/neues182.html>, Zugriff 05.04.2020.