

Soziale Benachteiligungen im Bildungs- und Gesundheitssystem

von Thomas Altgeld

Abstract

Die gesellschaftliche Spaltung in Deutschland beginnt bereits im Bildungssystem. Soziale und bildungsbezogene Benachteiligungen haben auch massive gesundheitliche Folgen. Empirische Daten zum Gesundheitsstatus und zur Mortalität in Relation zur sozialen Lage sind vorhanden. Über mögliche besondere Schwierigkeiten, Bedürfnisse und Anforderungen von Menschen mit einem niedrigen Bildungsniveau in der deutschen Gesundheitsversorgung liegen bis auf Einzelfallstudien allerdings keine systematischen Auswertungen des Versorgungsgeschehens vor. Barrieren, die den Zugang zu medizinischer Versorgung erschweren können, sind bekannt, sie werden aber nicht einmal in Bezug auf Sprachbarrieren systematisch abgebaut. Hier besteht eine Bringschuld der Gesundheitspolitik und des Gesundheitssystems, solche Barrieren zu reduzieren.

Schlüsselwörter: Bildungsarmut, sozioökonomischer Status, geringe Literalität, Systemintransparenz, Gesundheitskompetenz

The social division in Germany already begins in the education system. Social and educational disadvantages also have massive health consequences. Empirical data is available for health status and for mortality with regard to social status. However, apart from individual case studies, there are no systematic studies regarding possible challenges, needs and requirements of people with low levels of education within the German health care system. Obvious barriers to the use of health care services have been identified, but they are not systematically eliminated, not even when it comes to language barriers. There is an obligation on the part of health politics and the health care system to lower such obstacles.

Keywords: poverty in education, socioeconomic status, low literacy, lack of transparency in the system, health literacy

1 Einleitung

Jährlich verlassen in Deutschland so viele Menschen das deutsche Bildungssystem ohne Schulabschluss, wie in einer großen Mittelstadt wie Greifswald oder Marburg leben. Im Jahr 2021 waren es rund 47.500 Schülerinnen und Schüler, die allgemeinbildende Schulen ohne sogenannten Ersten Schulabschluss (Hauptschulabschluss) verließen. Das entsprach einem Anteil von 6,2 Prozent aller Schulabgänger in dem Jahr (*Destatis 2023*). 6,2 Prozent heißt drastischer ausgedrückt: Jedes sechzehnte Kind kommt nicht erfolgreich durch das deutsche Bildungssystem. Das Paradoxe und auch besonders Kränkende für die Betroffenen daran ist: Die überwiegende Zahl der Jugendlichen bricht die Schule nicht ab, sondern verlässt sie nach Absolvierung der für die allgemeinbildenden Schulen gesetzlich vorgeschriebenen Schulpflicht, ohne jedoch einen Hauptschulabschluss erlangt zu haben – in manchen Bundesländern nach neun, in anderen nach zehn Schulbesuchsjahren.

„Wer früher stirbt, war länger arm“ lautete die trefende Überschrift eines Artikels von Ferdinand Knauß (2017) in der *WirtschaftsWoche* vom 12. Juni 2017, der die Auswirkungen der sozialen Spaltung in Deutschland auf die Lebenserwartung beleuchtet. „In vielen Industrieländern ist die Gesellschaft gespalten in Gruppen, die ein sehr hohes Alter erreichen und dabei lange fit und gesund bleiben, und weniger Privilegierte, die tendenziell eher riskante Verhaltensweisen pflegen, denen der Lebensstress zusetzt, die häufiger erkranken und früher sterben“ (*ebenda*). Das klingt beinahe nach Schicksal oder Naturgesetz, unterschlägt aber sowohl die armutsdiskriminierenden Besonderheiten des deutschen Bildungssystems als auch den Beitrag der intransparenten und in vielen Fällen hochschwelligeren Gesundheitsversorgung an den sozial bedingten Unterschieden in der Lebenserwartung. Mehr oder weniger Privilegien sind eben kein Naturgesetz, sondern ein Produkt aus sozialer Herkunft und dem Stellenwert, den alle Politikfelder der Chancengerechtigkeit in unserer Gesellschaft zuschreiben.

Die Wechselwirkungen zwischen sozioökonomischem Status, Bildungsniveau und Gesundheit sind auch für Deutschland seit Beginn dieses Jahrtausends empirisch gut belegt (unter anderem *RKI 2015; Lampert et al. 2013; Klein 2019*). Deutlich wird immer wieder, wie sehr die soziale Lage eines Kindes seine Bildungsbeteiligung, seine Bildungschancen sowie seine

gesundheitlichen Chancen beeinflusst. Das fängt bereits bei der ersten Bildungsstufe, den Kindertagesstätten (Kitas), an. Ob Kinder überhaupt eine Kita besuchen, ab welchem Alter und wie lange, korreliert in Deutschland mit dem Bildungsniveau, der Herkunft und dem Nettoeinkommen der Eltern. „Im Jahr 2020 hatte nur etwa jedes vierte (23 Prozent) armutsgefährdete Kind unter drei Jahren einen Platz in einer KiTa, während es bei Familien aus nichtprekären Verhältnissen doppelt so viele waren (46 Prozent)“ (*Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2023*). Neben der Verfügbarkeit und Zugänglichkeit von Kita-Plätzen obliegt die Frage nach dem Kita-Besuch dabei im Wesentlichen der elterlichen Entscheidung – kurz: ob er als sinnvoll und wichtig erachtet wird oder nicht. Dabei determiniert die Dauer der frühkindlichen Betreuung- und Bildungserfahrungen unter anderem einen gelingenden Schulstart und erhöht die Übergangschancen zu einer höher qualifizierenden Schule (vergleiche *vbw 2016*). Kinder, die aufgrund ihrer familiären Herkunft am meisten von frühkindlichen Bildungserfahrungen profitieren könnten, nehmen am wenigsten zuverlässig an diesen Angeboten teil. Soziale Benachteiligungen werden damit von einer Generation an die nachfolgende Generation weitergegeben.

In Frankreich haben diese Tatsache und der Blick auf die gesamtgesellschaftlichen Kosten (unter anderem das erhöhte Angewiesensein auf Leistungen des Sozialstaates zur Sicherung des Lebensunterhaltes), die mit Bildungsmisserfolg assoziiert sind, dazu geführt, dass 2018 eine dreijährige Vorschulpflicht für alle Kinder eingeführt wurde. Die Begründung des französischen Präsidenten Emmanuel Macron am Tag der Einführung hat in Deutschland niemanden aufhorchen lassen, nicht einmal zaghafte Diskussionen ausgelöst. Dabei lässt sie sich genauso auf hiesige Situation anwenden: „Das Schicksal Frankreichs war schon immer in sein Erziehungssystem gemeißelt. Der bisher am wenigsten verstandene Teil des Systems aber ist die Vorschule“ (*Blume 2018*).

2 Bildungsferne und Bildungssystem

„Bildungsferne“ ist ein Begriff, der sowohl in der Alltagssprache als auch im wissenschaftlichen und politischen Diskurs über Bildung verwendet wird. Dabei ist „Bildungsferne“ weder eindeutig definiert noch

tatsächlich neutral. Schon die Definition des digitalen Wörterbuches der deutschen Sprache zeigt die Fallen auf, in die man bei diesem Begriff geraten kann: Er würde „bildungssprachlich, gelegentlich abwertend“ benutzt und stünde „in gegensätzlicher Bedeutung zu ‚bildungsnahe‘ für ‚ungebildet, von mangelhafter (schulischer) Bildung; an herkömmlicher (schulischer) Bildung und deren Inhalten uninteressiert“ (DWDS 2023). Die Fallen bestehen darin, Bildung zum einen nur an dem (Miss-)Erfolg schulischer Abschlüsse festzumachen, und zum anderen die Verantwortung für die sogenannte Bildungsferne allein den gemeinten, vermeintlich „uninteressierten“ Bevölkerungsgruppen selbst zuzuschreiben. „Der Ausdruck ‚bildungsfern‘, als verständnisvoller Euphemismus gedacht, ist in Wahrheit grausamer als ‚ungebildet‘. Das Ungebildetsein lässt lebenslange Entwicklungsmöglichkeiten offen – und Diskussionen darüber, was eigentlich zum Kanon des Wissens gehört. Die ‚Bildungsferne‘ aber verkennt den prozessualen Charakter, das Unabgeschlossensein jeder Bildung und errichtet stattdessen eine kaum überwindbare geografische Barriere“ (Schloemann 2015).

Andere Begriffe, die die Verantwortung für Bildungserfolge stärker der Bildungspolitik zuschreiben, haben bislang keinen vergleichbaren Diskurserfolg erzielen können. Diese wären beispielsweise:

- **Bildungsarmut:** Allmendinger und Leibfried (2003) haben diesen Begriff definiert als individuellen Mangel an Bildungszertifikaten und -kompetenzen und die Verantwortung dafür in der Bildungs- und Sozialpolitik der jeweiligen Gesellschaft verortet.
- **Bildungsbenachteiligte:** So werden Personen bezeichnet, die aufgrund bestimmter Eigenschaften (Geschlecht, ökonomische, kulturelle und soziale Ressourcen, Erstsprache, regionale Herkunft) statistisch belegbare Nachteile haben, Bildungsziele zu erreichen (vergleiche Kastner 2008, 90).
- **Bildungsverlierer:** Als solche bezeichnen Quenzel und Hurrelmann (2010) diejenigen ohne formale Bildungsabschlüsse, die auf Dauer von der Möglichkeit des Erwerbs des eigenen Lebensunterhalts ausgeschlossen werden. Sie analysieren dies im Kontext der Umstrukturierung des Arbeitsmarktes sowie der Erhöhung der Qualifikationsanforderungen in fast allen beruflichen Tätigkeiten und am Abbau von Arbeitsplätzen für gering Qualifizierte. „Eine weitere Folge der Bildungsexpansion ist die Heterogenisierung der höheren Schulformen und in der Konsequenz die soziale Homogenisierung der Haupt- und Förderschulen“ (ebenda, 29).

- **Bildungsmarginalisierte oder Exkludierte:** Mit diesen Ausdrücken beschreiben unter anderem Kronauer (2002) und Bude (2008) Menschen, die an den Rand der Gesellschaft gedrängt werden durch Diskriminierung oder fehlende Unterstützungsangebote wegen fehlender Verwertbarkeit in kapitalistischen Systemen.
- **Ausbildungsmüde:** Für den (Aus-)Bildungsbereich führt Bude zudem diesen Begriff ein. Er ist deshalb interessant, weil er auch das Widerständige dabei beleuchtet und Bildungsverweigerung als Ausdruck einer realistischen Einschätzung des realisierbaren Nutzens definiert, insbesondere bei männlichen Jugendlichen, die schulische Bildungsangebote durch demonstratives Desinteresse verweigern oder sabotieren (vergleiche Bude 2008, 93 ff.).

Ob nun bildungsfern oder -marginalisiert, die sozialen Kosten und die gesundheitlichen Folgen für Menschen ohne oder ohne einen höheren Bildungsabschluss sind gravierend. Zudem manifestiert sich darüber eine gesellschaftliche Spaltung, die sich mittlerweile auch in der deutschen Parteienlandschaft niederschlägt und zum Erstarken rechtspopulistischer Kräfte führt. Das Gefühl des Abgehängt- und Ausgeschlossen-seins, das schon Hauptschüler haben, beschreibt Bude drastisch: „Für die Bildungsverlierer auf den Haupt- und Sonderschulen dagegen dreht sich die Beschulungsschraube leer. Die Bildungsnorm des mittleren Schulabschlusses besiegelt den internen Ausschluss dieser ums Leben betrogenen Jugendlichen. Die Schule bildet hier nicht mehr, sie verwahrt nur noch. Der einzige Ausweg, den diese Jungmenschen für sich sehen, liegt im Traum von einer spektakulären Lebensführung in einer Ökonomie der Wunder“ (Bude 2011, 154).

Deutschland liegt mit einem Anteil von 4,6 Prozent des Bruttoinlandsproduktes (BIP) bei Ausgaben für Bildungseinrichtungen im Jahr 2020 deutlich unter dem Durchschnitt der OECD-Staaten, der bei 5,1 Prozent liegt (Statista 2023a). Neben diesen im OECD-Vergleich unterdurchschnittlichen Ausgaben ist die starke Selektivität des deutschen Bildungssystems einmalig. Die in fast allen deutschen Bundesländern praktizierte Trennung der Kinder in Schulen mit unterschiedlichen Leistungsniveaus nach dem vierten Schuljahr findet zudem beispiellos früh statt. Quenzel und Hurrelmann (2010, 27) resümieren dazu: „Zugespitzt lässt sich sagen, dass in Deutschland die soziale Absicherung eines in der Vergangenheit erworbenen sozialen Status Bildungsziel ist, während die Investitionen in

ein chancengerechtes Bildungssystem – dessen Aufgabe per Definition darin liegt, einen künftigen Status erst noch zu erwerben – vergleichsweise gering sind.“

3 Abschlüsse, Migration und geringe Literalität

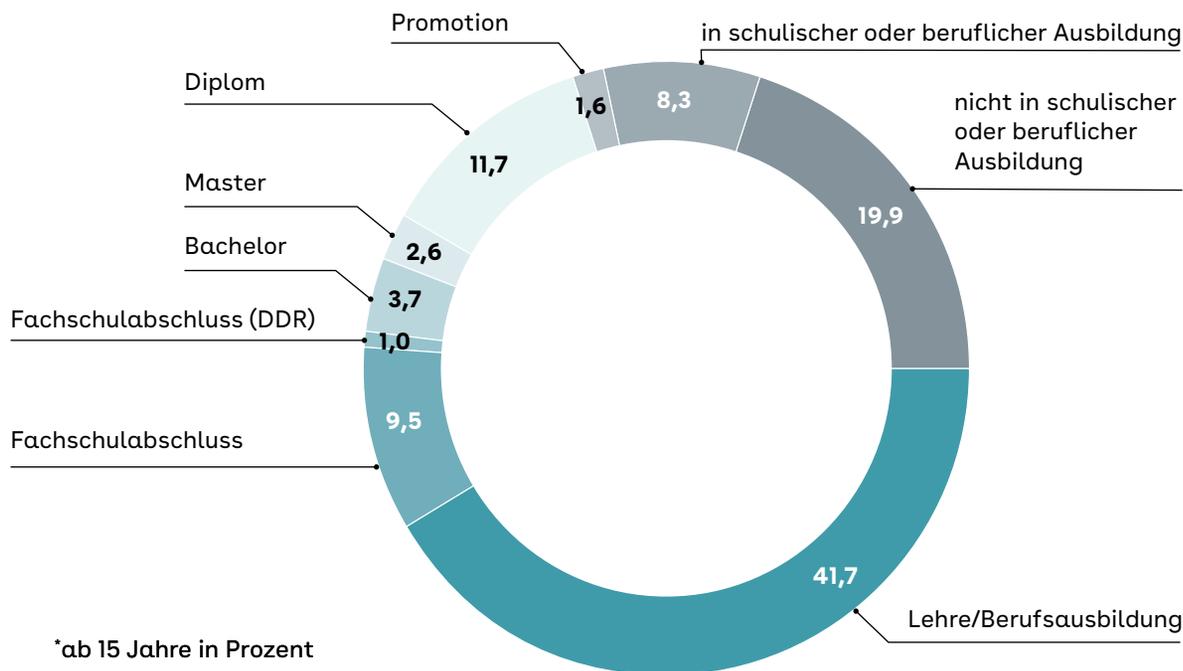
Der Bildungsstand in Deutschland bemisst sich natürlich nicht nur anhand der Schulabschlüsse, also des (Miss-)Erfolgs der ersten Bildungsstufen, sondern auch an beruflichen Abschlüssen. Hier setzt sich die Tendenz zu insgesamt mehr Menschen mit hohen Bildungsabschlüssen und einer gleichzeitig signifikanten Anzahl von Menschen ohne Bildungsabschluss fort. Aktuelle Zahlen zur Verteilung der Bevölkerung in Deutschland nach beruflichem Bildungsabschluss hat das Statistische Bundesamt erhoben (**Abbildung 1**).

Die Verteilung und der hohe Anteil an Menschen ohne formale berufliche Bildungsabschlüsse werden

auch beeinflusst durch die Flucht- und Migrationsbewegungen des vergangenen Jahrzehnts. Die nach Deutschland zugewanderten Menschen verfügen in der ersten Generation deutlich häufiger über keinen oder einen niedrigen formalen Abschluss als nicht zugewanderte Menschen ohne Migrationshintergrund (vergleiche **Abbildung 2**). Allerdings unterliegen diese Verteilungsanteile auch starken jährlichen Schwankungen – je nachdem, aus welchen Herkunftsländern das Gros der geflüchteten und zugewanderten Menschen kommt.

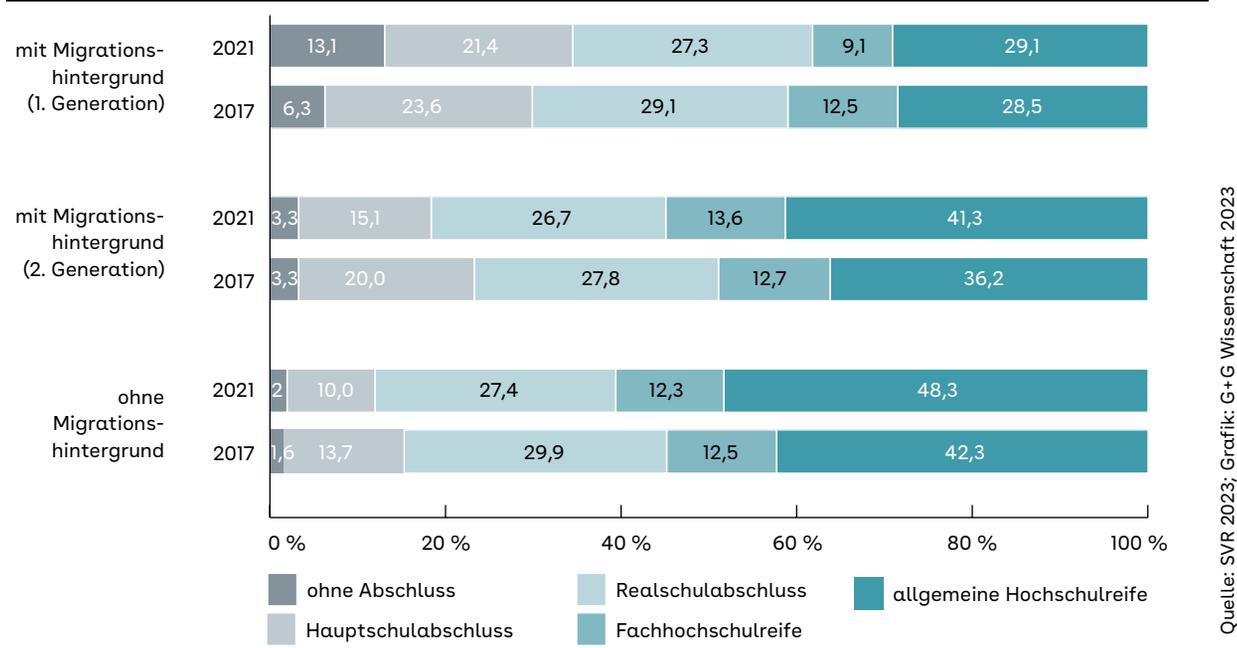
Die Datenlage zu den messbaren (Miss-)Erfolgen in Form von Schul- oder Berufsabschlüssen in Deutschland ist vergleichsweise gut und aktuell. Diese Daten sagen allerdings nur wenig über die tatsächlichen Kompetenzen aus, mit denen junge Menschen das formale Bildungssystem verlassen. Die Universität Hamburg veröffentlichte 2019 die im Auftrag des Bundesministeriums für Bildung und Forschung durchgeführte Studie „LEO 2018 – Lernen mit geringer Literalität“ zur Lese- und Schreibkompetenz in Deutschland (*Grottlü-*

Abbildung 1 Berufliche Bildungsabschlüsse in Deutschland 2022*



Der größte Posten ist mit 41,7 Prozent „Lehre/Berufsausbildung“, der zweitgrößte „nicht in schulischer oder beruflicher Ausbildung“. Mit 1,0 ist der „Fachabschluss (DDR)“ am seltensten, gefolgt von der „Promotion“ mit 1,6 Prozent.

Abbildung 2 Schulabschlüsse von 21- bis 30-Jährigen mit und ohne Migrationshintergrund (2017 und 2021)



Quelle: SVR 2023; Grafik: G + G Wissenschaft 2023

In der ersten Generation verfügen nach Deutschland Zugewanderte erheblich häufiger über keinen oder einen niedrigeren formalen Abschluss als in der zweiten Generation und als Menschen ohne Migrationshintergrund.

schen und Buddenberg 2019). Die Autoren definieren geringe Literalität so, dass eine Person allenfalls bis zur Ebene einfacher Sätze lesen und schreiben kann. Der Begriff „funktionaler Analphabetismus“ gilt als stigmatisierend und wird deshalb weder in der Studie noch in der Erwachsenenbildung, zum Beispiel in Volkshochschulen, verwendet. In der Systematik der LEO-Studie wird der Bereich geringer Lese- und Schreibkompetenz mit den Alpha-Levels 1 bis 3 beschrieben. Betroffene Personen sind dabei aufgrund ihrer begrenzten schriftsprachlichen Kompetenzen in verschiedenen Lebensbereichen in ihrer selbstständigen Teilhabe eingeschränkt. So misslingt etwa auch das Lesen einfacher schriftlicher Arbeitsanweisungen. Kompetenzen auf dem Alpha-Level 4 beschreiben eine auffällig fehlerhafte Rechtschreibung auch bei gebräuchlichem und einfachem Wortschatz. Die Rechtschreibung, wie sie bis zum Ende der Grundschule unterrichtet werden sollte, wird nicht hinreichend beherrscht.

Bemerkenswert ist, dass 18,5 Prozent beziehungsweise 16,9 Prozent der Menschen mit geringen Lese- und Schreibkompetenzen sogar einen mittleren oder hohen Schulabschluss erworben haben (vergleiche

Abbildung 3), dass also nicht nur Menschen mit niedrigem oder ohne Schulabschluss hierbei Schwierigkeiten haben.

Von den 6,2 Millionen gering literalisierten Erwachsenen sind 3,3 Millionen (52,6 Prozent) in Deutsch sprechenden familiären Umfeldern aufgewachsen. Das bedeutet, dass über die Hälfte der gering literalisierten Erwachsenen in Deutschland Deutsch bereits in der Kindheit zwar sprechen, jedoch nicht richtig lesen und schreiben gelernt hat. Rund 2,9 Millionen (47,4 Prozent) der Erwachsenen mit geringen Lese- und Schreibkompetenzen im Deutschen haben zunächst eine andere Sprache als Deutsch erlernt. Von ihnen geben immerhin 77,8 Prozent an, in ihrer Herkunftssprache auch anspruchsvolle Texte lesen und schreiben zu können.

Die Fähigkeit, lesen und schreiben zu können, gehört zu den grundlegenden Kompetenzen, um in einem hochbürokratisierten und technologisierten Staat wie Deutschland beruflich und gesellschaftlich einigermaßen erfolgreich teilhaben zu können. „Erfolgreich“ meint hier bereits die Bewältigung von all-

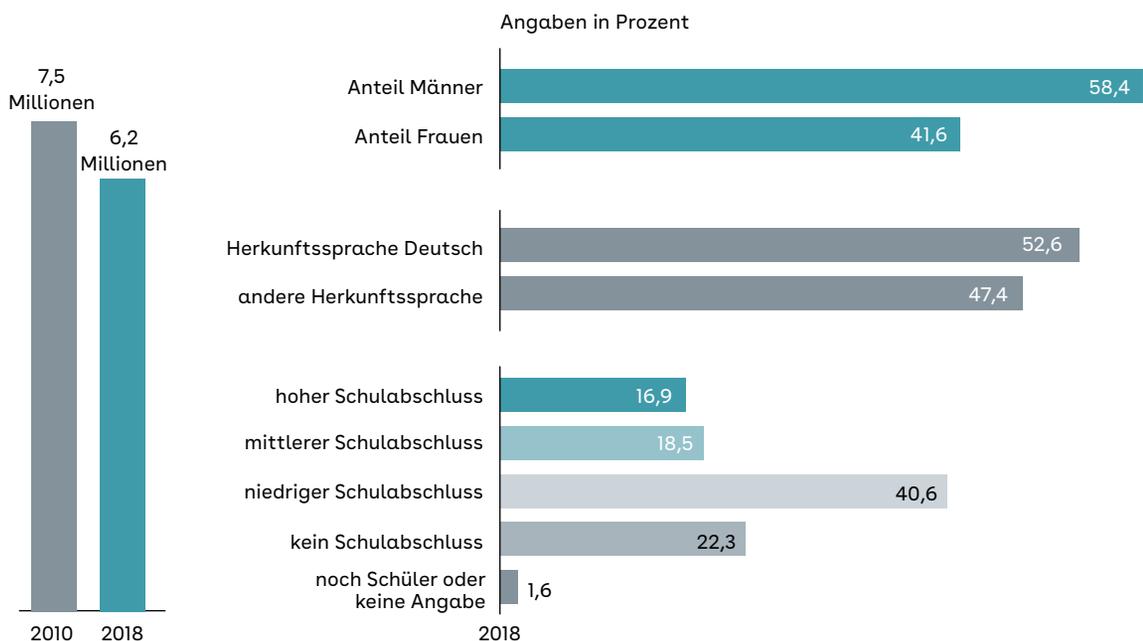
täglichen Aufgaben. In der LEO-Studie wurden auch Gesundheitskompetenzen abgefragt. Der Begriff „Gesundheitskompetenz“ ist die deutsche Übersetzung des englischen Begriffs *health literacy*, der wörtlich „auf Gesundheit bezogene Literalität“ bedeutet. „Darunter wurden ursprünglich die grundlegenden Schreib-, Lese- und Rechenfähigkeiten verstanden, die Menschen benötigen, um schriftliche Dokumente wie etwa Behandlungsinformationen oder Hinweise zur Medikamenteneinnahme lesen und verstehen zu können“ (NAP, o. J.).

Die LEO-Studie betrachtete die Handhabung von Medikamenten oder das Ausfüllen von Formularen. Gering literalisierte Menschen haben hierbei deutliche Schwierigkeiten: Das Nachsehen von Dosierungshinweisen auf Beipackzetteln von unbekanntem Medikamenten („häufig“ oder „eher häufig“) erfolgt bei geringer Literalität deutlich seltener (55,8 Prozent) als bei der Gesamtbevölkerung (68,7 Prozent). Beim Ausfüllen von gesundheitsbezogenen Formularen geben 13,2 Prozent der Menschen in den Alpha-Leveln 1 bis 3 an, „immer“ Unterstützung zu brauchen, 27,6 Prozent „manchmal“,

das heißt, etwa zwei Millionen Menschen benötigen in Deutschland Unterstützung bei der Beantragung von gesundheitsbezogenen Leistungen, beispielsweise der Kranken- oder Pflegeversicherung (Grotlüschen und Buddenberg 2019).

Gesundheitskompetenz umfasst allerdings nicht nur die Lese- und Schreibfähigkeit, sondern auch „das Wissen, die Motivation und die Fähigkeiten von Menschen, relevante Gesundheitsinformationen in unterschiedlicher Form zu finden, zu verstehen, zu beurteilen und anzuwenden“ (NAP, o. J.). Das betrifft auch Angebote der Gesundheitsversorgung, Gesundheitsförderung und Prävention, die dazu beitragen sollen, ihre Gesundheit und Lebensqualität zu erhalten oder zu verbessern. Die individuelle Gesundheitskompetenz ist dabei allerdings nur eine Seite der Medaille – das Ausmaß, in dem das Bildungs-, Sozial- und Gesundheitssystem, also gesellschaftliche Strukturen und Rahmenbedingungen, den Menschen den Zugang, das Verstehen und die Anwendung solcher Informationen und Angebote ermöglichen, ist die andere (DNGK 2019).

Abbildung 3 Anzahl der Menschen mit geringen Lese- und Schreibkompetenzen in Deutschland



Von 2010 bis 2018 ist die Anzahl der Menschen mit geringen Lese- und Schreibkompetenzen zurückgegangen. Die Querbalken zeigen die Verteilung 2018 nach Geschlecht, Herkunftssprache und Abschluss.

Quelle: Grotlüschen und Buddenberg 2019; Grafik: G+G Wissenschaft 2023

4 Bildungssystem und Gesundheitsversorgung

Das Bundeskabinett hat am 13. September 2023 den Entwurf eines „Gesetzes zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz“ (Krankenhausstranzparenzgesetz) beschlossen. Krankenhäuser sollen damit verpflichtet werden, die Zuordnung von Leistungen zu Leistungsgruppen, den Standortbezug bei Diagnosen und Prozeduren, Daten zum Pflegepersonal sowie Daten zum ärztlichen Personal zu erfassen und zentral zugänglich zu machen (*BMG 2023*). Eine vergleichbare Transparenzpflicht für andere Sektoren der Gesundheitsversorgung existiert bislang nicht. Aber die Frage bleibt auch, welche Patientengruppen von dem Gesetz profitieren und welche nicht. Ob Menschen mit geringer Literalität, Sprachschwierigkeiten oder/und geringer Gesundheitskompetenz vor ihrer notwendigen Operation die Daten von Krankenhäusern vergleichen, darf zumindest bezweifelt werden.

Die Daten- und Studienlage zu den gesundheitlichen Auswirkungen eines niedrigen sozioökonomischen Status (SES) kann dank der Gesundheitsberichterstattung des Bundes für fast alle Altersgruppen mittlerweile ausdifferenziert und gut charakterisiert werden. Alle Befunde zeigen in weitgehender Übereinstimmung, dass die Angehörigen sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen häufiger von chronischen Erkrankungen und Beschwerden betroffen sind, ihre eigene Gesundheit und gesundheitsbezogene Lebensqualität häufiger als „schlecht“ einschätzen sowie zu einem größeren Anteil vorzeitig sterben als die Angehörigen sozial bessergestellter Gruppen (*Lampert et al. 2017, 97*). Deutlich schlechter beforscht ist allerdings, welchen Anteil die Gesundheitsversorgung selbst an dem deutlich schlechteren Gesundheitsoutcome dieser Bevölkerungsgruppen hat. Es finden sich in der Versorgungsforschung zur Behandlungshäufigkeit und -qualität kaum Auswertungen nach sozioökonomischem Status oder Bildungsstand der Patientinnen und Patienten. Der Beitrag der Gesundheitsversorgung zur weiteren Akkumulation von Benachteiligungssituationen wird gewissermaßen damit neutralisiert.

Dabei ist die Versorgungslandschaft selbst für Professionelle in dem Sektor alles andere als transparent und niedrighschwellig. Wahrscheinlich leistet die Gesundheitsversorgung, so wie sie in Deutschland organisiert ist, mit Behandlungsparadiesen für Privat-

versicherte und den Mühen der Zugangsebenen für gesetzlich Versicherte sogar einen Beitrag zum Auseinanderfallen von Lebensverhältnissen und dauerhafter Benachteiligung marginalisierter Bevölkerungsgruppen. Bekannte Barrieren, die den Zugang zu medizinischer Versorgung erschweren können, sind unter anderem:

- eingeschränkter Zugang zu Gesundheitsleistungen durch finanzielle Hürden, zum Beispiel bei hohen Zuzahlungen für Medikamente oder Behandlungen,
- mangelnde Informationen über das Gesundheitssystem und die verfügbaren Leistungen,
- infrastrukturelle Bedingungen (zu große Entfernung zur nächsten Gesundheitseinrichtung) (*Scholz 2020*).

Hinsichtlich der durchschnittlichen Selbstzahlungen für Gesundheitsleistungen liegen deutsche Haushalte mit 528 Euro pro Kopf im Jahr 2016 im EU-Vergleich im oberen Mittelfeld (vergleiche **Abbildung 4**). Zuzahlungen in dieser Höhe sind für Haushalte im Sozialleistungsbezug natürlich nicht zu realisieren, auch wenn für viele Leistungen eine Befreiung von Zuzahlungsverpflichtungen vorliegt.

Noch schwieriger dürfte es für sozial benachteiligte Bevölkerungsgruppen sein, genaue und vollständige Informationen über verfügbare Gesundheitsleistungen zu erhalten. Das auf der Homepage des Bundesministeriums für Gesundheit (*BMG 2022*) veröffentlichte Schaubild „Unser Gesundheitssystem“ hat zwar den Anspruch, „die wichtigsten Institutionen und Zuständigkeiten im deutschen Gesundheitssystem und deren Zusammenspiel“ abzubilden, ist aber dennoch hochkomplex – und zunächst nur auf Deutsch verfügbar. Es stellt zwar fünf alters- und hautfarbenmäßig divers aussehende Bürger und Bürgerinnen in den Mittelpunkt der Abbildung und versucht, die Handlungsfelder in vier Kreisebenen einfach zu halten, aber selbst für Deutsch sprechende Menschen wird es ab der dritten Kreisebene unübersichtlich. Auf der vierten Kreisebene tummeln sich ganze 38 Institutionen, die für die Umsetzung und Gesetzgebung zuständig sind. Die 64-seitige Broschüre zum Schaubild „Das deutsche Gesundheitssystem: Leistungsstark. Sicher. Bewährt“ wird noch mit einem Vorwort des ehemaligen Bundesgesundheitsministers Jens Spahn eingeleitet (Amtszeit 2018 bis 2021) (*BMG 2020*). Immerhin gibt es von dieser Broschüre eine Übersetzung, und zwar auf Ukrai-

nisch. Zumindest ukrainischen Geflüchteten wird also zugebilligt, dass sie das deutsche Gesundheitswesen nicht auf Anhieb mithilfe einer umfangreichen deutschsprachigen Broschüre begreifen können. Gerade die Bekämpfung der Covid-19-Pandemie hat aber gezeigt, wie wichtig Informationsangebote in anderen Sprachen sowie zugehende Beratungsstrukturen auf Quartiersebene sind, um Falschnachrichten entgegenzutreten und beispielsweise die Impfbereitschaft von Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund zu stärken (Altgeld et al. 2022).

Relativ gut belegt in der Versorgungsforschung sind Unter- und Fehlversorgungslagen bei Menschen mit Migrationshintergrund. Schon vor knapp 20 Jahren haben Razum et al. (2004) darauf hingewiesen, dass Migrantinnen und Migranten aus systemischen und individuellen Gründen oftmals einen schlechteren Zugang zur Gesundheitsversorgung als die Mehrheitsbevölkerung haben. Sie führen diese Unterschiede auf drei Ursachen zurück:

- Kommunikationsprobleme (einschließlich Sprachbarrieren und Informationslücken),
- unterschiedliche Krankheitskonzepte und
- im Zusammenhang mit der Migration gemachte Erfahrungen.

Sie belegen das unter anderem an Durchimpfungsraten von Kindern mit Migrationshintergrund sowie Komplikationen während der Geburt. Erika Sievers stellt in eigenen Auswertungen dazu fest, dass perinatale Mortalität und Säuglingssterblichkeit bei ausländischen Kindern in Deutschland erhöht sind: „Prävention und Versorgung in der Schwangerschaft müssen der kulturellen und sprachlichen Diversität angepasst sein und insbesondere immigrierenden Frauen ein adäquates Angebot bieten“ (Sievers 2015, 134). Auch wenn sich die Angebotsstruktur von Sprachmittlern in der Gesundheitsversorgung verbessert hat, ist der regelmäßige Einsatz weder gewährleistet noch finanziert. Die aktuelle Bundesregierung hat im Koalitionsvertrag vom 7. Dezember 2021 vereinbart, dass „Sprachmittlung auch mithilfe digitaler Anwendungen im Kontext notwendiger medizinischer Behandlung Bestandteil des SGB V wird“ (SPD, Bündnis 90/Die Grünen und FDP 2021). Bisher ist nur die Kostenübernahme für Gebärdensprachmittlung im SGB I gesetzlich geregelt (§ 17 Abs. 2 SGB I). Die aktuelle Rechtsprechung verortet die Sprachbarriere von Patienten mit Migrationshintergrund beziehungsweise deren Lösung in der privaten Sphäre. Lediglich die Sprachmittlung für

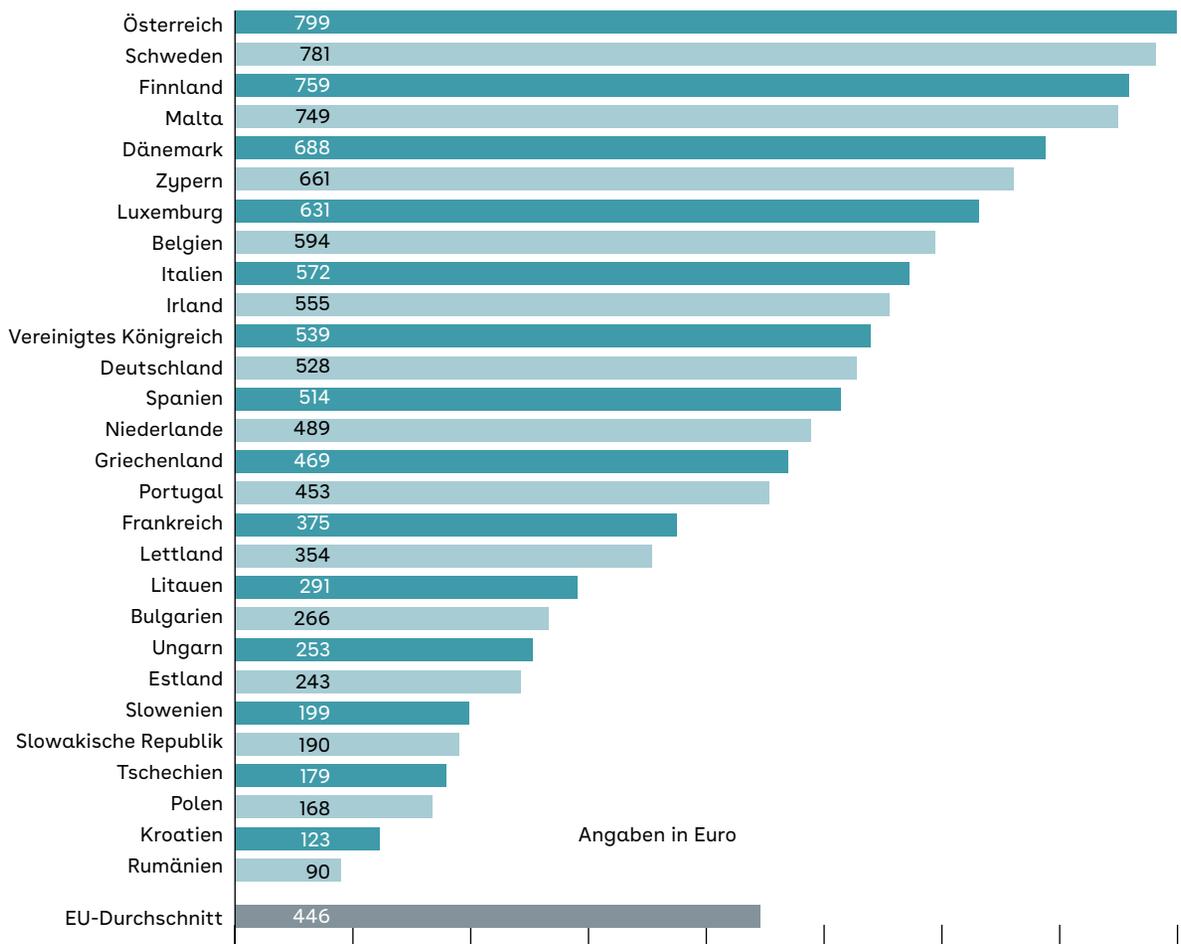
Empfänger von Grundleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz kann auf Basis von Ermessensentscheidungen der zuständigen Behörden ermöglicht und finanziert werden.

Für die Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen und anderen Präventionsangeboten der gesetzlichen Krankenkassen ist gut belegt, dass sie von bessergestellten Bevölkerungsgruppen deutlich häufiger in Anspruch genommen werden: „Der sozioökonomische Status hat einen Einfluss auf die Bekanntheit und Teilnahme an Maßnahmen der Krebsfrüherkennung (KFU), insbesondere bei den Frauen. Altersstratifiziert bleibt bei ihnen der Statureffekt oftmals bestehen: Besser gebildete Frauen mit höherem Einkommen gehen vermehrt zur KFU. Bei den Männern werden seltener und weniger ausgeprägte Statureffekte beobachtet“ (Starker und Saß 2013, 864).

Ob und wie hochschwierig deutsche Gesundheitsinfrastrukturen sein dürfen oder sollen, wird aktuell vor allem bei der Reform der Notfallversorgung in Krankenhäusern diskutiert. Dabei ist eines der am häufigsten genannten Argumente, dass die Überlastung der Notfallversorgung aufgrund der Fehlanspruchnahme durch Bagatellfälle auch auf Systemunkenntnis von Menschen mit Migrationshintergrund oder niedrigem Bildungsniveau zurückzuführen ist. Die beiden einzigen wissenschaftlichen Studien, die dazu in den vergangenen Jahren durchgeführt wurden, zeigen genau den gegenteiligen Befund (David et al. 2021; Seeger et al. 2022). Die Studie von Seeger et al. belegt zwar, dass Befragte mit höherem Schulabschluss den Rettungsdienst seltener in Anspruch nahmen als Menschen mit niedrigerem Schulabschluss (87,0 Prozent beziehungsweise 79,3 Prozent, $p \leq 0,001$) (Seeger et al. 2022, 4). „Gleichzeitig suchten sie deutlich häufiger aus Eigeninitiative die Notaufnahme auf als Befragte mit niedrigem Schulabschluss (65,4 Prozent beziehungsweise 40,6 Prozent, $p \leq 0,0019$)“ (ebenda).

David et al. fanden keine Bestätigung für ihre Eingangshypothese, dass ein Migrationshintergrund mit einer höheren Chance für eine Notaufnahme-Mehrfachnutzung verbunden ist. „Auch die (selbsteingeschätzten) Deutschkenntnisse, die Migrationsgeneration und das Ausmaß der Akkulturation innerhalb der Gruppe der Patientinnen und Patienten mit eigener oder familienbezogener Migrationserfahrung hatten keinen signifikanten Einfluss auf die häufige NA-Nutzung“ (David et al. 2021, 256).

Abbildung 4 Jährliche Selbstzahlungen für Gesundheitsleistungen in der EU pro Kopf im Jahr 2016



Quelle: Sabbati und Guidi 2019; Grafik: G+G Wissenschaft 2023

Bei den Selbstzahlungen für Gesundheit lag Deutschland 2016 mit 528 Euro pro Kopf im Vergleich zu anderen EU-Ländern im oberen Mittelfeld (Platz 12 von 28).

5 Fazit

Über mögliche besondere Schwierigkeiten, Bedürfnisse und Anforderungen von Menschen mit einem niedrigen Bildungsniveau in der deutschen Gesundheitsversorgung liegen bis auf Einzelstudien keine systematischen Auswertungen vor. Aber genau das wäre zur Sicherstellung einer hohen Versorgungsqualität und eines guten gesundheitlichen Outcomes für alle Bevölkerungsgruppen dringend geboten. Nur so lassen sich Unter-, Fehl- und Überversorgungslagen vermeiden. Adressatengerechte Gesundheitsversorgung muss die Bevölkerungsgruppen mit einem niedrigen Bildungsniveau genauso gut versorgen wie Bevölkerungsgruppen, die über ein höheres Gesund-

heitsbewusstsein sowie höhere finanzielle Ressourcen verfügen und die ihre Bedarfe besser artikulieren können.

Zurzeit zeigen sich gesellschaftliche Spaltungen nicht nur im Bildungsniveau der Bevölkerung, sondern auch in der Gesundheitsversorgung. Die Spanne reicht von Menschen, die sich über ihre private Krankenversicherung schnellen Zugang zu jedem Versorgungsniveau organisieren und leisten können, bis hin zu Menschen mit Gesundheitsversorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, wo selbst die Sprachmittlung für den Arztbesuch eine Ermessensentscheidung der Behörden und der Leistungskatalog ohnehin eingeschränkt ist.

Die nun auch in Deutschland langsam voranschreitende Digitalisierung des Gesundheitswesens wird diese Herausforderungen noch verschärfen. Die digitale Kluft zwischen Onlinern und Offlinern ist zwar in vielen Bevölkerungsgruppen, für die sie seit 2001 erfasst wurde, massiv zurückgegangen. Dies gilt zum Beispiel für Frauen und Personen aus den neuen Bundesländern. Aber für Menschen mit niedrigem Bildungsniveau und Menschen über 60 Jahren ist diese Kluft nach wie vor am deutlichsten spürbar (vergleiche *Hagen et al. 2020*). Mehr Investitionen in Bildung und eine Reform des selektierenden Bildungssystems in Deutschland hätten auch mittelbar deutliche gesundheitliche Effekte. Aber die Bringschuld des drittteuersten Gesundheitswesens weltweit, Rahmenbedingungen für Chancengerechtigkeit im Versorgungsgeschehen zu gestalten, ist damit nicht ansatzweise erfüllt. Hier müssen die Datenlagen deutlich verbessert und Zugangsbarrieren abgebaut werden.

Literatur

- Allmendinger J, Leibfried S (2003): Bildungsarmut. Aus Politik und Zeitgeschichte, B 21–22. Bonn: Bundeszentrale für politische Bildung; bpb.de → Shop → Suche: Bildungsmisere
- Altgeld T et al. (2022): Mehr Gesundheit lässt sich nur vor Ort herstellen! Gesundheitsfachkräfte in sozial benachteiligten Bremer Quartieren als niedrigschwelliger Ansatz zur Erhöhung der Gesundheitskompetenz und Förderung der Impfbereitschaft. Gesundheits- und Sozialpolitik, Jg. 76, Heft 3, 14–23
- Blume G (2018): Frankreich führt Schulpflicht für Dreijährige ein. Der Spiegel, 27.03.2018; spiegel.de → Suche: Schulpflicht Dreijährige
- Bude H (2008): Die Ausgeschlossenen. Das Ende vom Traum einer gerechten Gesellschaft. München: Hanser
- Bude H (2011): Bildungspanik. Was unsere Gesellschaft spaltet. München: Hanser
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2020): Das deutsche Gesundheitssystem: Leistungsstark. Sicher. Bewährt; bundesgesundheitsministerium.de → Service → Unsere Publikationen → Gesundheit
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2022): Unser Gesundheitssystem; bundesgesundheitsministerium.de → Suche: BMG Schaubild Unser Gesundheitssystem barrierefrei
- BMG (Bundesministerium für Gesundheit) (2023): Krankenhaustransparenzgesetz: Gesetz zur Förderung der Qualität der stationären Versorgung durch Transparenz; bundesgesundheitsministerium.de → Ministerium → Das Ministerium in der Gesetzgebung → Gesetze und Verordnungen → Suche: Krankenhaustransparenzgesetz
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2023): Kinder aus benachteiligten Familien bekommen seltener KiTa-Platz. Pressemitteilung vom 10.03.2023; bib.bund.de → Suche: KiTa-Platz
- David M et al. (2022): Inanspruchnahme von Notaufnahmen durch sog. Mehrfachnutzer/-innen: Ergebnisse einer prospektiven Studie unter besonderer Berücksichtigung des Migrationsstatus. Notfall + Rettungsmedizin, Jg. 25, Heft 4, 252–259
- Destatis (Statistisches Bundesamt) (2023): 6,2 % der Schülerinnen und Schüler, die 2021 allgemeinbildende Schulen verließen, hatten keinen Abschluss. Zahl der Woche Nr. 27 vom 4. Juli 2023. Wiesbaden; destatis.de → Pressemitteilungen → Suchbegriff: Schüler Abschluss
- DNGK (Deutsches Netzwerk Gesundheitskompetenz e. V.) (2019): Mehr Organisationale Gesundheitskompetenz in die Gesundheitsversorgung einbringen. Ein Positionspapier des DNK; dngk.de → Gesundheitskompetenz → Organisationale Gesundheitskompetenz
- DWDS (Digitales Wörterbuch der deutschen Sprache) (2023): ungebildet; dwds.de/wb/ungebildet
- Grotlüschen A, Buddeberg K (Hrsg.) (2019): LEO 2018 – Leben mit geringer Literalität. Hamburg: wbv; www.wbv.de/shop/LEO-2018-6004740
- Hagen C, Endter C, Berner F (Hrsg.) (2020): Auswertung von empirischen Studien zur Nutzung von Internet, digitalen Medien und Informations- und Kommunikations-Technologien bei älteren Menschen. Expertisen zum Achten Altersbericht der Bundesregierung. Berlin
- Janson M (2019): So viele Deutsche können nicht richtig lesen und schreiben. Statista, 08.05.2019; statista.com → Suche: Analphabetismus Deutschland
- Kastner M (2008): Angebote für Bildungsferne als Instrument Lernender Regionen. Österreichisches Institut für Erwachsenenbildung (Red.): Handbuch Lernende Regionen. Band 3: Bundesweite Instrumente. Bundesministerium für Land- und Forstwirtschaft, Regionen und Wasserwirtschaft (Hrsg.), 89–97
- Klein W (2019): PISA 2018: Bildungsgerechtigkeit tritt auf der Stelle. Deutsches Schulportal der Robert Bosch Stiftung, 19. Dezember 2019; deutsches-schulportal.de → Suche: Bildungsgerechtigkeit
- Knauf F (2017): Studie zur Lebenserwartung: Wer früher stirbt, war länger arm. Wirtschaftswoche, 12. Juni 2017; wiwo.de → Suche: früher stirbt länger arm
- Kronauer M (2002): Exklusion. Die Gefährdung des Sozialen im hoch entwickelten Kapitalismus. Frankfurt: Campus
- Lampert T et al. (2013): Sozioökonomischer Status und Gesundheit: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Jg. 56, Heft 5–6, 814–821
- NAP (Nationaler Aktionsplan Gesundheitskompetenz) (o. J.): Was bedeutet Gesundheitskompetenz?; nap-gesundheitskompetenz.de/gesundheitskompetenz/
- Quenzel G, Hurrelmann K (2010): Bildungsverlierer: Neue soziale Ungleichheiten in der Wissensgesellschaft. In: Quenzel G, Hurrelmann K (Hrsg.): Bildungsverlierer. Neue Ungleichheiten. Wiesbaden: VS Verlag
- Razum O, Geiger I, Zeeb H, Ronnelenfisch U (2004): Gesundheitsversorgung von Migranten. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 101, Heft 43, A-2882/B-2439/C-2326
- RKI (Robert Koch-Institut) (2015): Welche Faktoren beeinflussen die Gesundheit? Gesundheit in Deutschland.

- Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin
- RKI (Robert Koch-Institut) (Hrsg.) (2017): Gesundheitliche Ungleichheit in verschiedenen Lebensphasen. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin
- Sabbati G, Guidi CF (2019): Living In The EU: Education And Health. European Parliament Research Service, At A Glance; [www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/EPRS_ATA\(2019\)635568](http://www.europarl.europa.eu/thinktank/en/document/EPRS_ATA(2019)635568)
- Schloemann J (2015): Bildungsfern ist grausamer als ungebildet. Süddeutsche Zeitung, 6. August 2015. sueddeutsche.de → Suche: bildungsfern ungebildet 2015
- Scholz N (2020): Bewältigung gesundheitlicher Ungleichheiten in der Europäischen Union: Konzepte, Maßnahmen, aktueller Stand; europarl.europa.eu → Ausschüsse → Ergänzende Analysen → Datenbank durchsuchen: 9. Wahlperiode (2019–2024), PE-646.182
- Seeger I, Thate S, Ansmann L, Lubasch SJ (2022): Inanspruchnahme der Notfallversorgung im Nordwesten Deutschlands. Notfall + Rettungsmedizin, 06 October 2022; link.springer.com → Suche: Inanspruchnahme der Notfallversorgung
- Sievers E (2015): Migration und Schwangerschaft: Aspekte der Prävention und Versorgung. Public Health Forum, Band 23, Heft 2, 64–66
- SPD, Bündnis 90/Die Grünen, FDP (2021): Mehr Fortschritt Wagen: Bündnis für Freiheit, Gerechtigkeit und Nachhaltigkeit. Koalitionsvertrag 2021–2025 zwischen der Sozialdemokratischen Partei Deutschlands (SPD), Bündnis 90/Die Grünen und den Freien Demokraten (FDP); bundesregierung.de/breg-de/service/gesetzesvorhaben/koalitionsvertrag-2021-1990800
- Starker A, Saß AC (2013): Inanspruchnahme von Krebsfrüherkennungsuntersuchungen: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, Jg. 65, Heft 5–6, 858–867
- Statista (2023a): Anteil der Ausgaben für Bildungseinrichtungen in den OECD-Staaten am jeweiligen BIP im Jahr 2020; statista.com → Suche: Ausgaben Bildung OECD 2020
- Statista (2023b): Verteilung der Bevölkerung in Deutschland nach beruflichem Bildungsabschluss im Jahr 2022; statista.com → Suche: Bildungsabschluss Deutschland 2022
- SVR (Sachverständigenrat für Integration und Migration) (2023): Ungleiche Bildungschancen: Fakten zur Benachteiligung von jungen Menschen mit Migrationshintergrund im deutschen Bildungssystem, Berlin; svr-migration.de → Publikationen → Alle Publikationen → Suchbegriff: ungleiche Bildungschancen
- vbw (Vereinigung der Bayerischen Wirtschaft e. V.) (Hrsg.) (2016): Integration durch Bildung. Migranten und Flüchtlinge in Deutschland. Münster: Waxmann Verlag
- (letzter Zugriff auf alle Internetquellen: 24. Oktober 2023)

Der Autor



Dipl.-Psych. Thomas Altgeld, Jahrgang 1963, studierte Psychologie und Politologie in Hamburg. Der Geschäftsführer der Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e.V. ist Herausgeber von „impu!se“, Vorsitzender des Bundesforums Männer e.V. sowie Schatzmeister der Bundesvereinigung für Prävention und Gesundheitsförderung e.V. Er ist Vorsitzender des Ausschusses von gesundheitsziele.de und leitet dort zwei Arbeitsgruppen.

Kontakt

Thomas Altgeld, Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen Bremen e.V., Schillerstraße 32, 30159 Hannover, Telefon: 0511 3881189100, E-Mail: Thomas.Altgeld@gesundheit-nds-hb.de