Prof. em. Dr. Alexander Karmann
Professur für VWL, Fakultät Wirtschaftswissenschaften, TUD

Verteilungsgerechtigkeit und Krankheitsgeschehen
- zur Bedeutung der medizinischen Ressourcenverteilung

KV im Dialog, Veranstaltung der Kassenärztliche Vereinigung Sachsen, 12.03.2025, Leipzig

Bedeutung von medizinischer Ressourcenverteilung

GG **gleichwertige Lebensverhältnisse** - als Primat

G-BA Richtlinie für Bedarfspläne zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung
gleichberechtigter Zugang zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung

Empirie **ungleiche Lebenserwartungen** (RKI) – politisch aufgeheizt, zB Wahlplakat 2025

Bedeutung von medizinischer Ressourcenverteilung

Bedeutung von medizinischer Ressourcenverteilung

GG **gleichwertige Lebensverhältnisse**

Empirie **ungleiche Lebenserwartungen**

Ursachenanalyse (Wende/Karmann/Weinhold 2024):

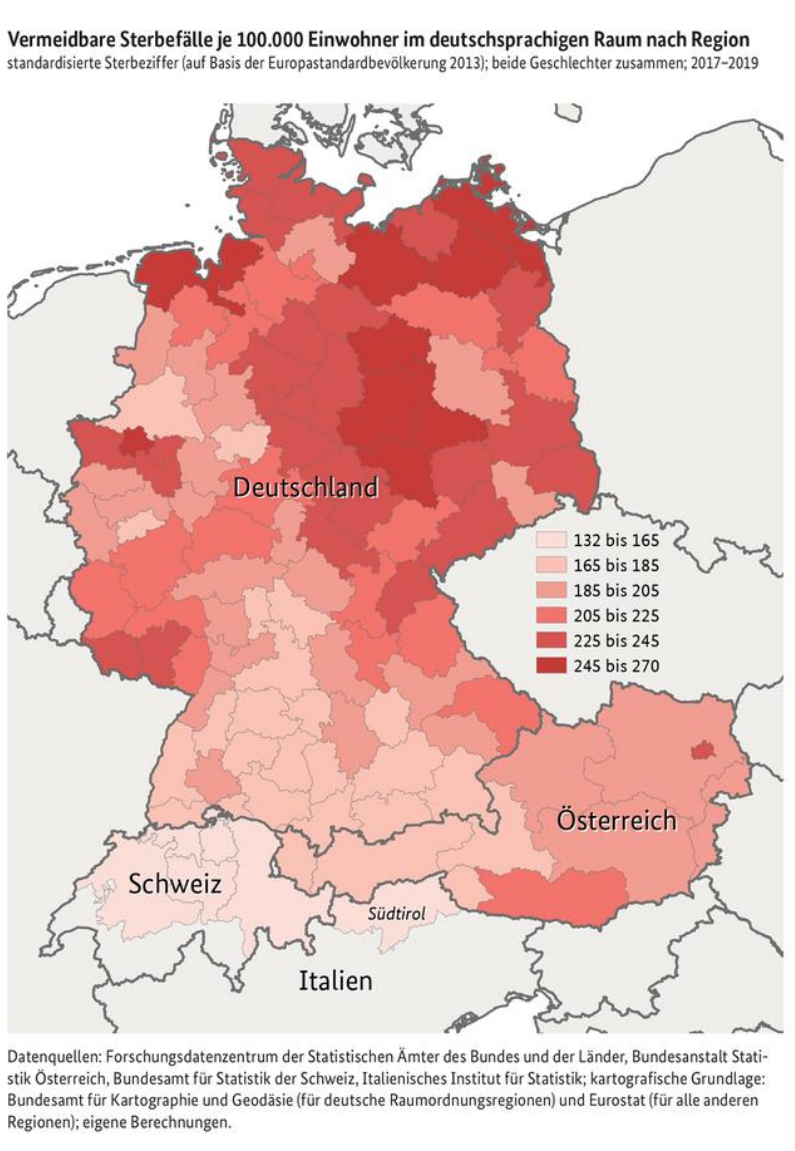
(gesundheitliche) Deprivation als Schlüssel für Morbidität M und Lebenserwartung T^e:
Unterschiede bei GKV-Versicherten: bis zu **15 Lebensjahren** (1%-Quantil)

Deprivation D ≡ Benachteiligung (-) bzw sozialer Status ≡ socialeconomic status SES (+)

Lebenserwartung und Gesundheit in Deutschland

Große Unterschiede in Gesundheit/Morbidität und Lebenserwartung, unabhängig von Alter **in Deutschland**:

- RKI: 9 Jahre Differenz in **Lebenserwartung** bei Geburt
- **Krankheitsprävalenz:** große räumliche Unterschiede
  z.B. altersstandardisierte Diabetesprävalenz:
  75 (Schleswig-Holstein) und 117 (Sachsen) je 1.000 EW
- **Vermeidbare Sterbefälle:** doppelt so hoch in Ost-Dtld
- Und diese Unterschiede sind **weniger stark in** Ländern wie **Schweiz oder Österreich**; warum?



Gesundheitsbezogene Deprivation

Gesundheitsbezogene Deprivation
- beinhaltet **Mangel an gesundheitlichen Ressourcen und Chancen**
- und verursacht **durch soziale und wirtschaftliche Benachteiligung**

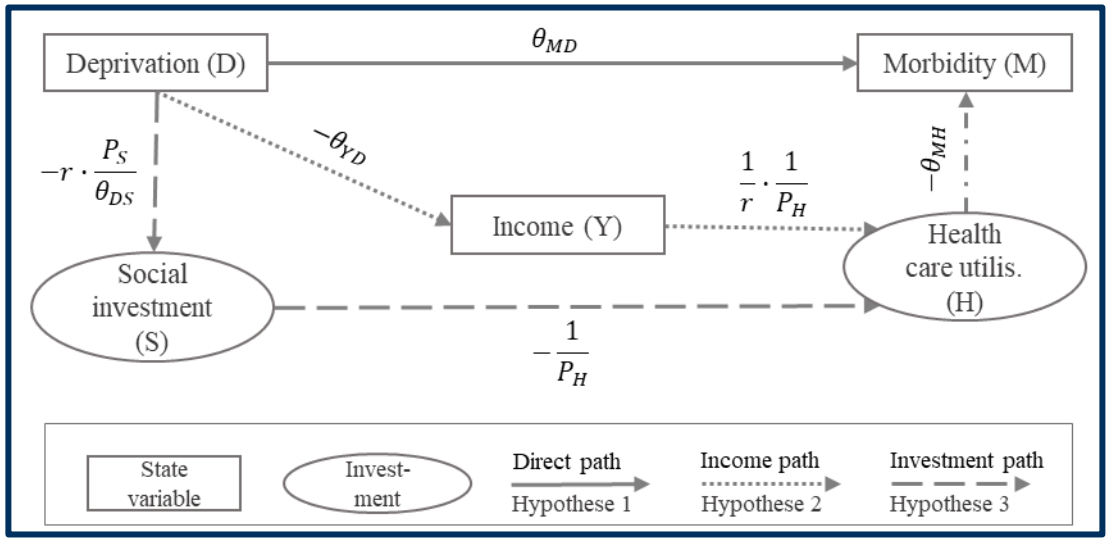
Deprivation D bewirkt
schlechtere Gesundheitschancen, höhere Morbidität M und geringere Lebenserwartung T^e
Verstärkende Faktoren sind:
- **niedriges Einkommen,**
- **geringe Bildung und**
- **unsichere Arbeitsverhältnisse**

Ungleichheiten spiegeln sich wider in
chronischen Erkrankungen, allgemeiner Gesundheit, Lebensqualität

Deprivation in der Ökonomie
(Grossman/Strulik-Modell für Gesundheitsverhalten)

Modell

- Menschen optimieren ihren Lebensnutzen über **Konsum, Gesundheit, sozialen Status**.
- Mit **Einkommen** (Y) können Menschen direkt ihren **Konsum steuern,** nicht aber ihre **Gesundheit / Morbidität** (M)**.**
- **Morbidität** (M) **wächst mit der Alterung**: bei ungünstigem Verhalten schneller als bei günstigem Verhalten.
- Mit **Einkommen** kann **Gesundheitsversorgung** (H) gekauft werden, welche die Morbidität reduziert.
- Mit **Einkommen** können **Sozialstatus-Investitionen** (S) getätigt werden, welche die Deprivation (D) reduzieren.



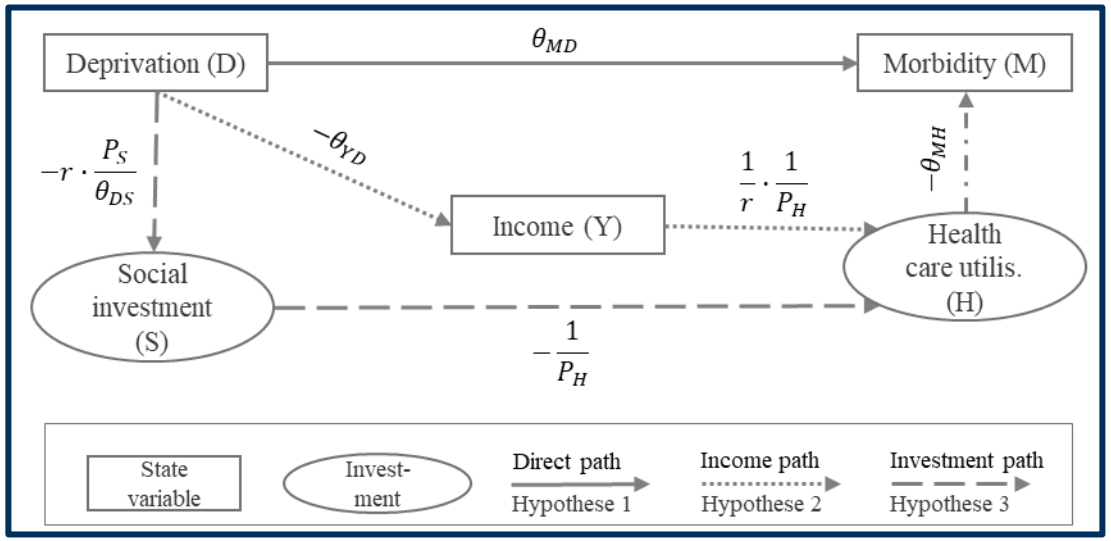
Ergebnis:

- Pfadmodell zwischen **Deprivation D und Morbidität M**

Deprivation in der Ökonomie
(Grossman/Strulik-Modell für Gesundheitsverhalten)

Wer depriviert ist:

- dessen Morbidität wächst schneller mit dem Alter; verhält sich ungesund (**direkter Pfad**).
- dessen Einkommen ist geringer, sodass weniger Vermögen für Gesundheitsinvestitionen verfügbar ist (**Einkommenspfad**)
- dessen Investitonstätigkeit geht daher weniger in monetärer Gesundheitsausgaben, mehr in eigenen Sozialstatus und verbessert damit seinen Ressourcenzugang (**Investitionspfad**)



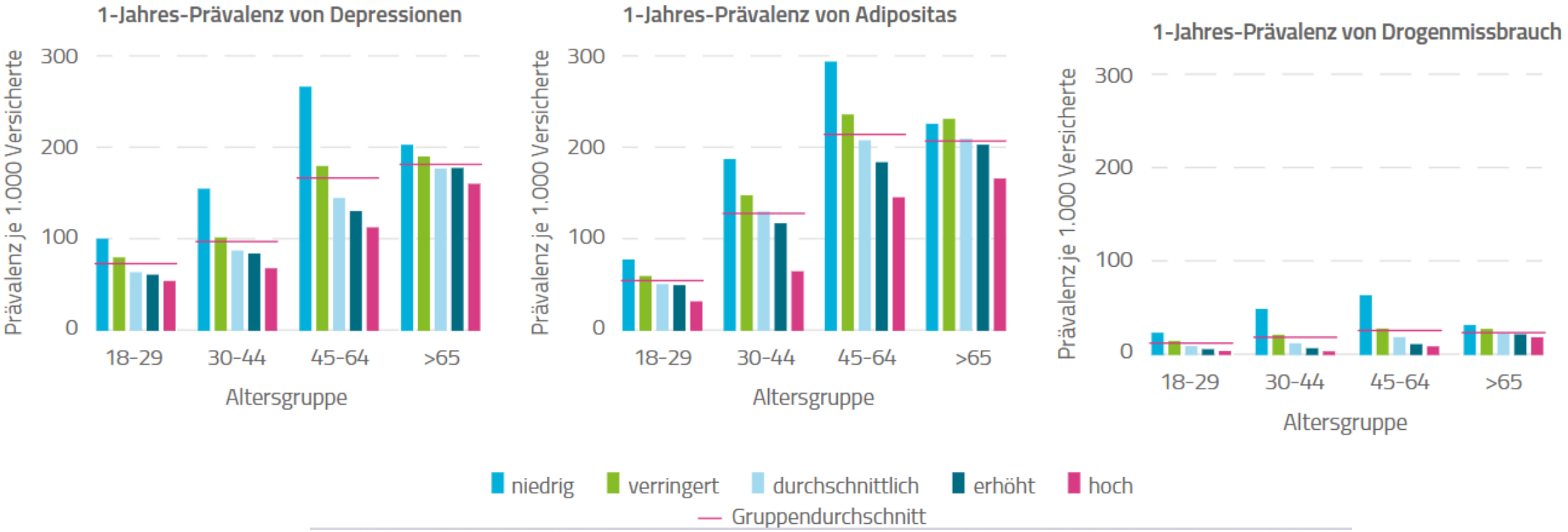
- dessen tendenziell höhere Morbidität bedingt geringeres Einkommen, schlechtere Investitionschancen, was die ersten drei Effekte erneut induziert (**fundamentaler Effekt**)

Relative Armut ist in Deutschland entscheidend.

	Morbidität (Anzahl zusätzlicher Erkrankungen)					
	Direkte Pfad		Einkommenspfad		Investitionspfad	
	Coef:	CI:	Coef:	CI:	Coef:	CI:
Individuelle Deprivation	**1.864**	[1.802, 1.920]	.023	[.020, .025]	-.006	[-.008, -.005]
Räumliche Deprivation	**.646**	[0.566, 0.717]	.000	[.000, .000]	-.034	[-.037, -.031]

- Der **direkte Pfad** (fehlende persönliche Ressourcen -> mehr Erkrankungen aufgrund schlechten Gesundheitsverhaltens -> höhere Morbidität -> höhere Deprivation …) macht den **Hauptteil der deprivationsbedingten Morbiditäts- und Lebenserwartungsunterschiede** aus.
- Mangelndes Einkommen für Gesundheitsversorgung ist aufgrund der Sozialversicherung von untergeordneter Bedeutung. Dies bedeutet aber auch: ‚*keine Einkommensdiskriminierung*' in der GKV-Behandlung.
- Investitionen in sozialen Status wirken positiv (etwa durch ‚Fitness Influencer'), der Effekt ist eher gering.

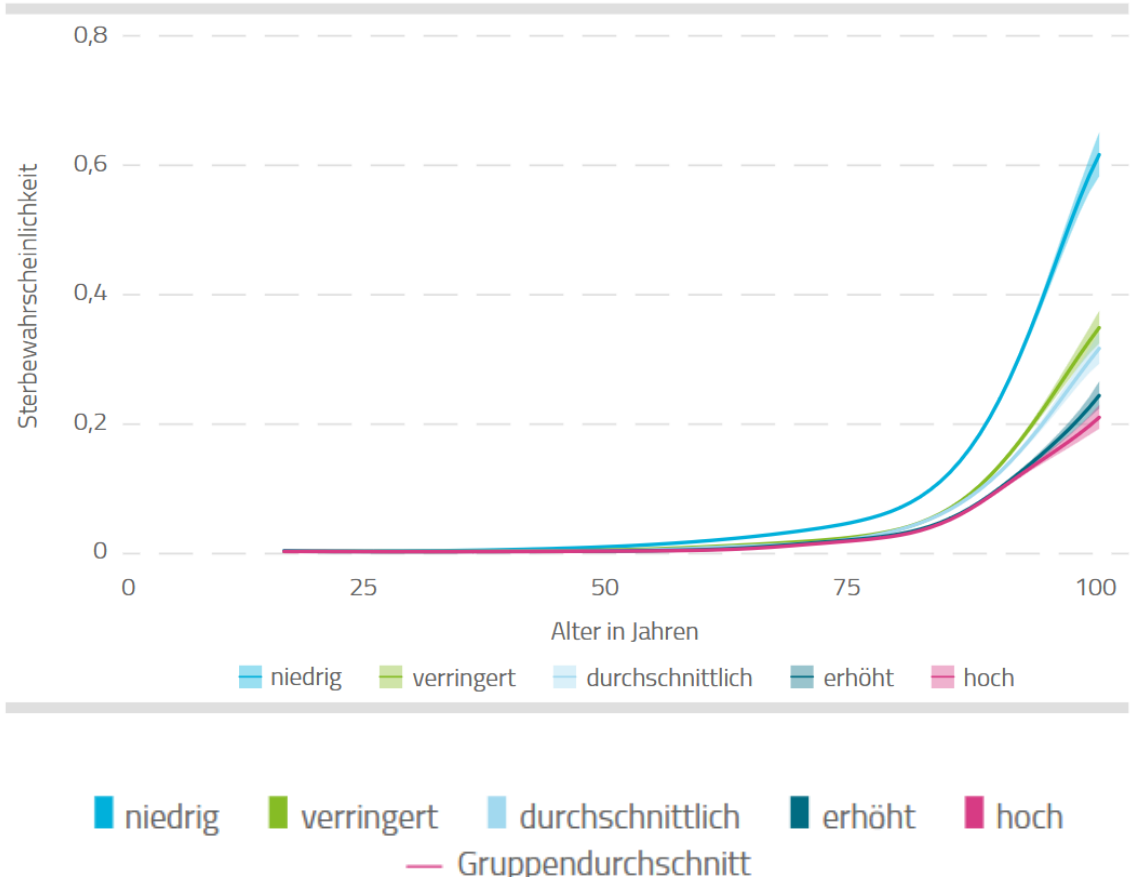
Sozialstatus wirkt sich negativ auf gesundheitsbezogenes Verhalten aus



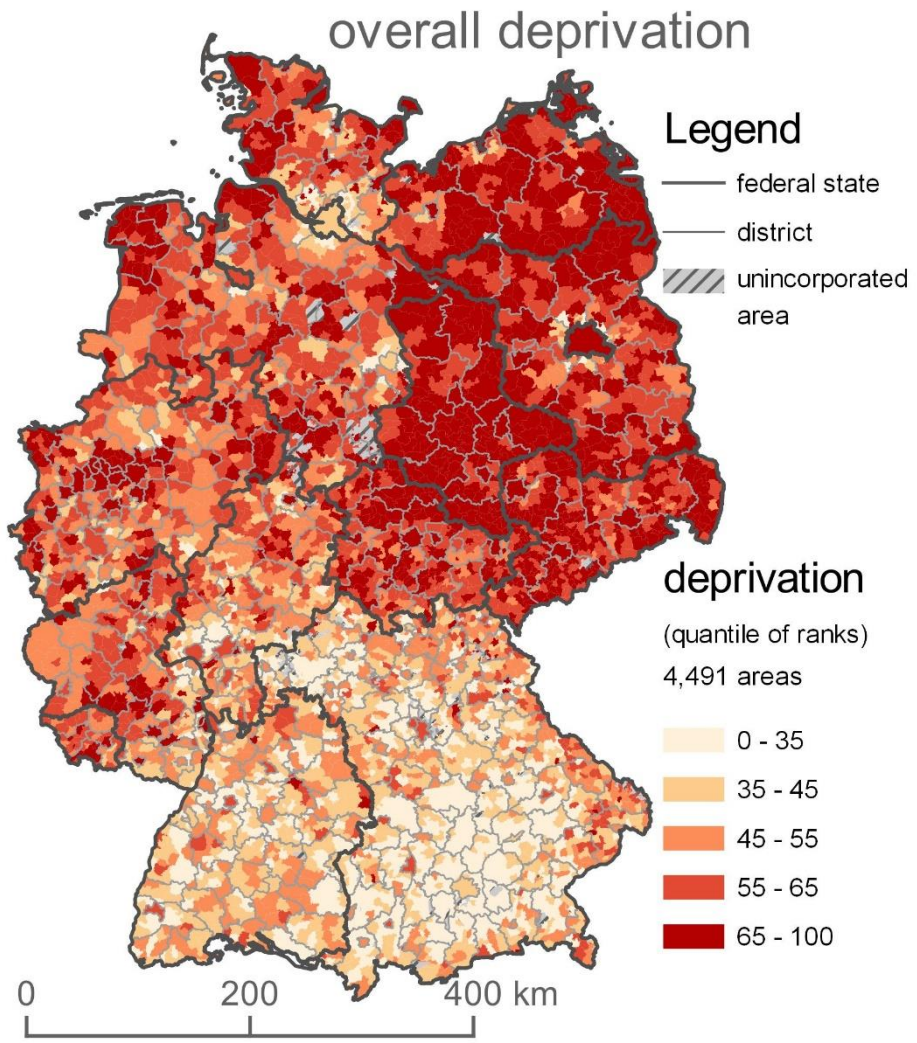
Menschen mit höherem Sozialstatus sind zu jedem Zeitpunkt gesünder. Denn Deprivation löst im Durchschnitt zwei zusätzliche Erkrankungen (wie Depression, Drogenmissbrauch oder Adipositas) im Leben aus.

Sterbewahrscheinlichkeit nach Sozialstatus: ab 40 werden die Weichen gestellt!

Abbildung 1: Sterbewahrscheinlichkeit nach SES
(Schätzwerte einer Poisson-Regression inklusive 95-Prozent-Konfidenzintervall)



Wo und warum sind Menschen in Deutschland depriviert



Regionale Deprivation wird durch verschiedene **Indizes gemessen**, die mehrere Dimensionen sozialer und wirtschaftlicher **Benachteiligung** berücksichtigen.

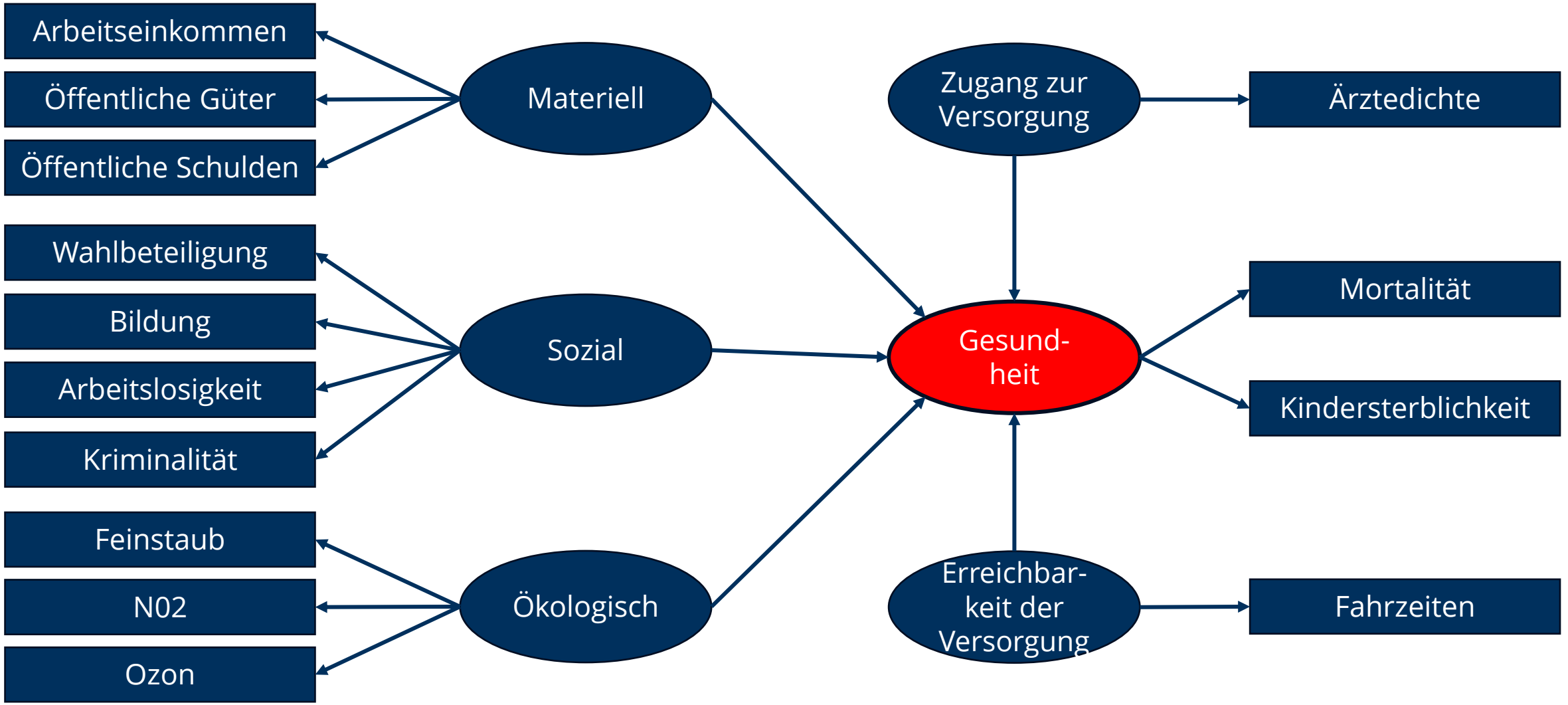
Die Indizes umfassen verschiedene Indikatoren, um die sozioökonomische Lage in unterschiedlichen Regionen zu bewerten, insbesondere

- **Einkommen**: durchschnittliches Einkommen und Einkommensverteilung.
- **Bildung**: Bildungsniveau und Zugang zu Bildungseinrichtungen.
- **Beschäftigung**: Arbeitslosenquote und Beschäftigungsrate.
- **Gesundheit**: Zugang zu Gesundheitsdiensten und gesundheitliche Ergebnisse.
- **Wohnverhältnisse**: Wohnqualität und Zugang zu Wohnraum.

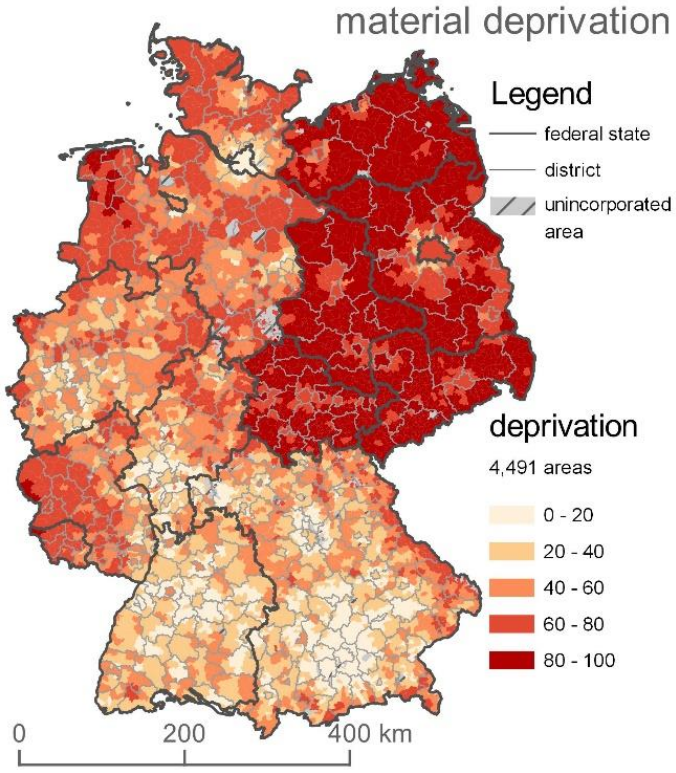
Diese Indikatoren werden kombiniert, um ein umfassendes Bild der regionalen Deprivation zu erstellen.

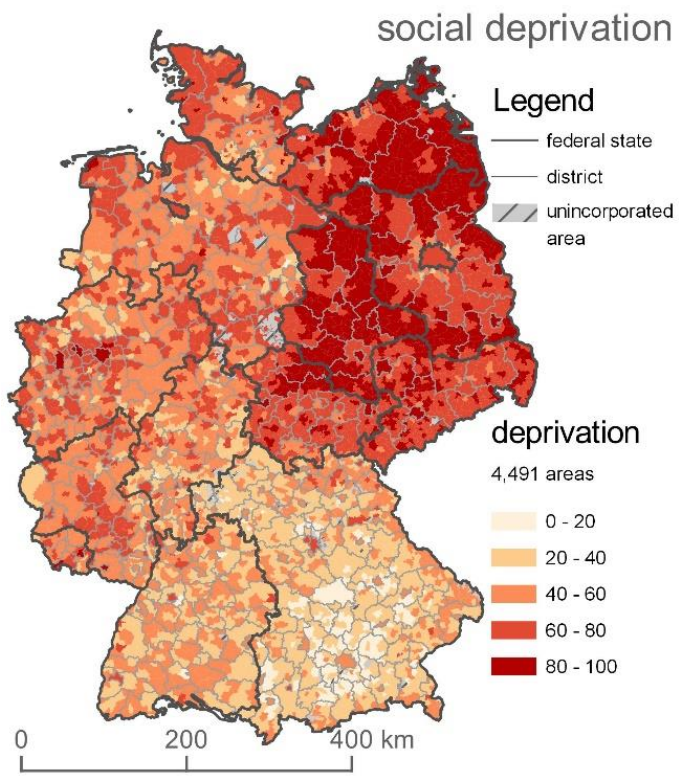
Die Dimensionen der Deprivation:

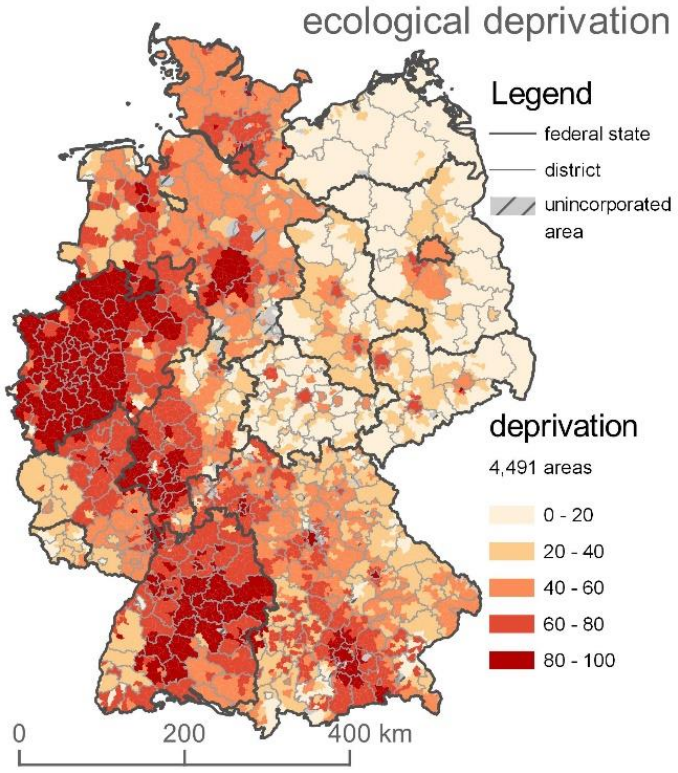
Sozial zu Materiell zu Ökologisch wie 2 zu 1 zu 0,2



Orte in Sachsen (Durchschnitt): 10% der am meisten deprivierten Orte Grund: Armut







Orte in Sachsen (Durchschnitt): 10% der am meisten deprivierten Orte Gründe im einzelnen:

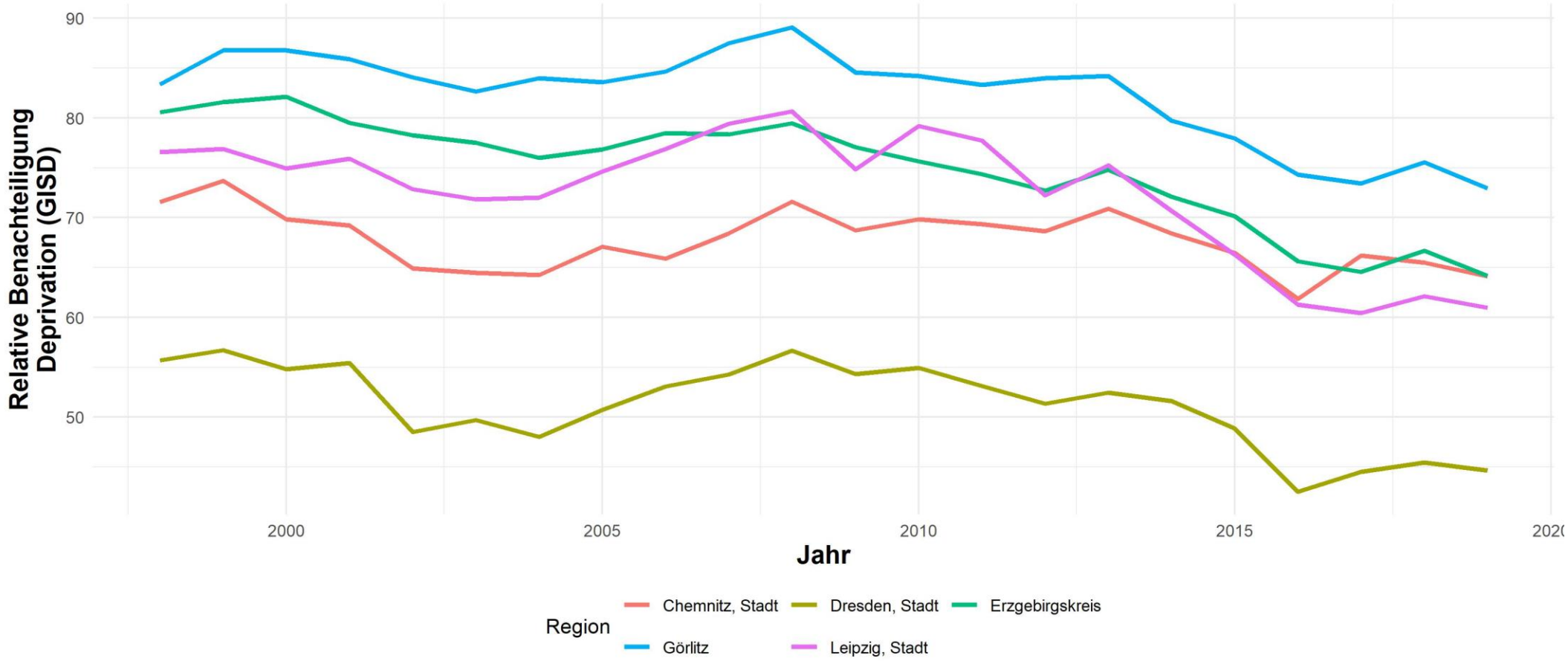
Es gibt viele **einkommensschwache** und wenig einkommensstarke Regionen

Die Anzahl der **Menschen ohne Schulabschluss** ist überproportional hoch.

Viele Orte haben eine **erhöhte Arbeitslosigkeit**

Die **Ärzteversorgung** ist bezogen auf die Einwohner überproportional, jedoch nicht bei Berücksichtigung von Altersdurchschnitt und soziale Lage.

Entwicklung der Deprivation in Sachsen



Herausforderung des Deprivation-Morbidität-Zusammenhangs
für die *Ärzte*
für die Gesellschaft

Zugang zu medizinischer Versorgung: Teil sozialräumlicher **Deprivation**

Bedarfsplanung: hat sich an regional unterschiedliche **Krankenlast** anzupassen (G-BA)

Verstärkende Kette:

Ärzte-bezogen **Deprivation** erhöht **Morbidität**

Gesellschaft-bezogen **Deprivation** vermindert **Lebenserwartung**

Was sind Handlungsbedarfe bzgl. medizinischer Resourcenverteilung?

aus Sicht der Versicherter:

Verfügbarkeit von / Ansprüche an Leistungen: „24/7“.
dabei Stabilität der Beitragssätze durch *Mehr an Steuerzuschüsse*

CAVEAT:

„**Mehr Geld** ist keine Lösung“ (SZ)

heute schon:
Dtld hat nicht sehr effizientes Gesundheitssystem:

höherer Lebenserwartung in GB, F; (USA: geringere Lebenserwartung bei viel Geld)
EU-überdurchschnittl. Inanspruchnahme Ges.-Leistungen (Europ Health Interview Survey 2025)

zukünftige Limitierung:
doppelte demographische Schere (höhere Lebenserwartung Älterer, weniger Erwerbspersonen)

bedingt steigende Ausgaben, weniger Einnahmen

gesellschaftlich:

wäre zunehmend unglaubwürdigere Forderung aus Ärzteschaft

Was sind Handlungsbedarfe bzgl. medizinischer Resourcenverteilung?

aus Sicht der Leistungserbringung:

Faktor Arbeit:

mehr Ärzte i.W. gescheitert (ausländische Fachkräfte / Medizinstudenten)

Spezialisierung, Diversifizierung: ökonomisches Prinzip der Arbeitsteilung (hilfreich, bekannt)

ortsunabhängiges Arbeiten: Telemedizin
zeitversetztes Arbeiten: Zeitfenster für Patienten, Zeitfenster für Fach-Kommunikation

Was sind Handlungsbedarfe bzgl. medizinischer Resourcenverteilung?

aus Sicht der Leistungserbringung:

Faktor Arbeit:

Spektrum Gesundheitsdienstleistung: ökonomisches Prinzip der Arbeitsteilung, bekannt:

Delegation
Substitution
CH: Medgate mit Erstkontakten über MFA
(D: Psychotherapeutische Behandlung…'Modelle'
…: Community Health Nurse)

Problem:
Silo-Denken, Silo-Finanzierung

Was sind Handlungsbedarfe bzgl. medizinischer Resourcenverteilung?

aus Sicht der Leistungserbringung:

Faktor Kapital Analogie zu „IT bei Finanzdienstleistungen“

Produkt- und Prozessinnovationen

Telemedizin; Digitalisierung, von ePA bis KI und Cloud:

Werbung Produktinnovation

personalisierte Medizin: Mustererkennung Krankheitsverläufe

Werbung Prozessinnovation:

Terminvergabe, Bildauswertung, Patientenanfragen

Fallstricke

… (bekannt)

Was sind Handlungsbedarfe bzgl. medizinischer Resourcenverteilung?

aus Sicht der Leistungsnachfrage:

Nachfragereduktion:

Priorisierung, Terminservice- und Versorgungsgesetz/TSVG (Dringlichkeitscode)
Eigenbeteiligungen (Forderung, zB bei Notruf)

Stärkung der Gesundheitskompetenz:

bzgl. Auswahl und bzgl Anwendung von Gesundheits-Apps durch ältere Patienten

Stärkung von Sozialkapital:

wo bleibt das Beziehungsnetz des Patienten (traditionell: Familie, Kirchen, Vereine)?

Und was heißt nun Verteilung-Gerechtigkeit?

…Gerechtigkeit – kein ökonomische Kategorie

…bei unterschiedlichen Interessengruppen - *Diskussionsbedarf*

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Prof. em. Dr. Alexander Karmann

alexander.karmann@tu-dresden.de

Literaturhinweis:

Wende, D.; Karmann, A.; Weinhold, I. (2024): "Deprivation as a fundamental cause of morbidity and reduced life expectancy: an observational study using German statutory health insurance data", International Journal of Health Economics and Management, https://doi.org/10.1007/s10754-024-09374-3