

Dreiländerkongress für Gesundheits- und Medizinsoziologie 2026

Soziale Bedingungen, Mechanismen und Folgen gesundheitlicher Ungleichheit

Gesundheitspolitik, Wohlfahrtsstaat und gesundheitliche Ungleichheiten in den D-A-CH-Ländern

Departement Gesundheit, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften

Winterthur, 11./12. Juni 2026



Themen

1. Soziale und gesundheitliche Ungleichheit
2. Zugang zu Gesundheitsleistungen
3. Soziallagenbezogene Prävention und Gesundheitsförderung
4. Schluss



UNIVERSITÄT
BIELEFELD

Fakultät für
Gesundheitswissenschaften

1.

Soziale und gesundheitliche Ungleichheit



Soziale Ungleichheit (1/2)

- Beharrungskraft sozialer Ungleichheit in D-A-CH (Einkommen/Vermögen)
- Wachsende Arbeitslosigkeit (bei periodischen Schwankungen)
- Wachsender Wettbewerbsdruck (v.a. Standortwettbewerb wg. ökon. Globalisierung)
- Sinkende Verhandlungsmacht von Gewerkschaften
- Ausweitung atypischer Beschäftigung mit erhöhten Prekaritätsrisiken
- Ausweitung des Niedriglohnsektors
- sinkendes Rentenniveau



Soziale Ungleichheit (2/2)

- Abfederung durch staatliche Umverteilung, aber:
- Reduzierung sozialer Ungleichheit nicht als Ziel der Sozialpolitik (zumindest in konservativen und liberalen Wohlfahrtsstaaten)
- im Vordergrund (nach Esping-Andersen):
 - Reproduktion von Ungleichheit/Statusunterschieden
 - Hilfe in Notlagen/Mindestsicherung (nach Bedürftigkeitsprüfung)
- 1990er/2000er-Jahre: Delegitimierung monetärer Umverteilung („Fass ohne Boden“) als klassisches Feld des Wohlfahrtskapitalismus

People at risk of poverty or social exclusion (AROPE), 2019 und 2025

Land	2019	2025
Deutschland	17,3	21,2
Österreich	16,5	18,8
Schweiz	---	19,0
EU-27	21,1	20,9

,Schweiz: 2024.

Quelle: SILC 2024, 2026.

Überdurchschnittliches Armutsrisiko

- Arbeitslose
- Alleinerziehende, Kinder
- Behinderte und Personen mit starken gesundheitlichen Einschränkungen
- Personen mit geringer Bildung bzw. ohne Berufsabschluss
- Personen in atypischen Beschäftigungsverhältnissen, working poor
- ohnehin exkludierte Gruppen: Sans Papiers, Obdachlose, Asylsuchende

Gesundheitliche Ungleichheit: Parameter und Determinanten

- im Zeitverlauf kaum Veränderungen, eher punktuelle Anzeichen für Ausweitung der Ungleichheit (Hoebel & Müters 2024; BMSGPK 2023; Obsan 2025)
- durchgängige Befunde für alle erdenklichen Parameter und Determinanten:

2019	2025
• (gesunde und fernere) Lebenserwartung	• subjektiver Gesundheitszustand
• Verbreitung chronischer Erkrankungen/ Multimorbidität	• Verhaltensrisiken (Alkohol, Tabak, Ernährung)
• psychische Gesundheit	• medizinische Risikofaktoren
• Mundgesundheit	• Einkommen, Deprivation, Bildungsstatus, Stellung im Beruf
• Gesundheit im Lebensverlauf	• soziale Netzwerke/soziale Unterstützung

Angaben über eine lang anhaltende Erkrankung oder ein lang anhaltendes Gesundheitsproblem, 2024

Land	geringstes Einkommen	höchstes Einkommen	Insgesamt
Deutschland	46,3	26,8	36,2
Österreich	43,5	28,5	36,1
Schweiz	43,4	34,8	38,2
OECD-29	44,3	28,4	36,2

nach Einkommensquintil, Personen ab 16 Jahre, in % der jew. Gruppe

Quelle: OECD 2025, p. 73.

Subjektiver Gesundheitszustand (gut oder sehr gut), 2023

Land	geringstes Einkommen	höchstes Einkommen	Insgesamt
Deutschland	50,4	79,9	64,6
Österreich	56,9	80,6	67,7
Schweiz	70,2	87,6	79,3
OECD-35	59,5	80,3	69,1

nach Einkommensquintil, Personen ab 15, in % der jew. Gruppe, 2023

Quelle: OECD 2025, p. 105.



UNIVERSITÄT
BIELEFELD

Fakultät für
Gesundheitswissenschaften

2.

Zugang zu Gesundheitsleistungen

Gesundheitsausgaben, 2024

Land	in US-Dollar- Kaufkraftparitäten pro Kopf	in % d. BIP
Deutschland	9.365	12,3
Österreich	8.401	11,8
Schweiz	9.963	11,8
OECD	5.967	9.3

Quelle: OECD 2025, p. 25.

Kapazitäten und Ressourcen, 2023

Land	Ärztinnen/ Ärzte	Pflegekräfte	Krankenhaus- betten
je 1.000 Einwohner/innen			
Deutschland	4,7	12,2	7,7
Österreich	5,5	10,6	6,6
Schweiz	4,5	18,8	4,4
OECD	3,9	9,2	4,2

Quelle: OECD 2025, p. 25.

Finanzierungssystem: Deutschland

- einkommensabhängige Beiträge, paritätisch finanziert, mit Beitragsbemessungsgrenze
- Zuzahlungen, v.a. Arznei-, Hilfs- u. Heilmittel, 10% der Kosten, mind. 5 €, max. 10 €, bei Belastungshöchstgrenze (2% der Bruttoeinnahmen, 1% für chronisch Kranke)
- hohe Eigenbeteiligung in der zahnärztlichen Versorgung
- Trennung gesetzliche/private Krankenversicherung (Besserverdienende, Beamte/innen, Selbständige)
- höhere Vergütung in der ambulanten privatärztlichen Versorgung
- daher häufig längere Wartezeiten für GKV-Versicherte, v.a. in der fachärztlichen Versorgung
- Zusatzversicherung konzentriert sich auf:
 - Chefarztbehandlung
 - Einbettzimmer im Krankenhaus
 - Zahnbehandlung/Zahnersatz
 - nicht relevant für Verkürzung von Wartezeiten

Finanzierungssystem: Österreich

- Finanzierung über einkommensabhängige Beiträge (bis zur Höchstbeitragsgrundlage)
- Beitragssatz 7,65 % (davon 2,87 % durch Arbeitnehmer)
- Ferner: Steuermittel (rd. 40%): v.a. für Arbeitslose, Empfänger/innen von Mindestsicherung
- Vertragsärztliche Versorgung: Kassen tragen 100 %, Wartezeiten
- Wahlärzte/innen (ohne Vertrag mit der Krankenversicherung):
 - Kassen tragen nur 80 % der Kosten
 - schnellerer Zugang zur Krankenversorgung
- Folge: Bedeutungszuwachs von Wahlarztkosten bzw. Zusatzversicherungen
 - Vermeidung von Direktzahlungen
 - Umgehung von Wartezeiten in der kassenärztlichen Versorgung
- 7,55 Euro Rezeptgebühren (bis 2% des Bruttoeinkommens)
- Eigenanteil von 20 % bei Psychotherapie

Finanzierungssystem: Schweiz

- Obligatorische Krankenversicherung für die gesamte Bevölkerung
- Umfassender Leistungskatalog, aber ohne zahnärztliche Versorgung
- Kopfprämie mit staatlicher Prämienverbilligung (Bund/Kantone, kantonale Unterschiede)
- Franchise-System (300 CHF), entfällt bei Kindern
- Selbstbehalte für Kosten oberhalb der Franchise bis zur gesetzlichen Obergrenze (700 CHF), bei Kindern: 350 CHF
- Wahl-Franchise (bis 2.500 CHF, bei maximalem Prämienrabatt von 1.514 CHF)
- Folgen:
 - umfangreiche direkte Ausgaben der Patienten/innen
 - starke Belastung von Haushalten mit geringem Einkommen (kann reichen bis hin zum Verzicht auf Inanspruchnahme von Leistungen)
 - weitreichende Möglichkeiten für „gute“ Risiken zur Selbstselektion

Durch öffentliche Programme festgelegte Gesundheitsausgaben, 2023

Land	in % aller Gesundheitsausgaben
Deutschland	85,9
Österreich	76,7
Schweiz	67,5
OECD	75,1

Quelle: OECD 2025, p. 21.

Kostendeckung durch öffentliche Programme, nach Versorgungsbereich (in %), 2023

Land	Insgesamt	Krankenhaus- versorgung	Ambulante Versorgung	Zahnärztliche Versorgung	Arzneimittel- versorgung
Deutschland	86	97	93	73	82
Österreich	77	87	83	45	68
Schweiz	68	82	70	8	72
OECD-32	75	89	78	32	58

Quelle: OECD 2025, p. 107.

Haushalte mit katastrophalen Gesundheitsausgaben, 2023

Land	geringstes Einkommen	höchstes Einkommen	Insgesamt
Deutschland (2018)	1,5	0,4	2,4
Österreich (2020)	3,0	0,2	4,2
Schweiz (2017)	2,3	0,1	2,7

nach Einkommensquintil; katastrophale Gesundheitsausgaben: direkte Zuzahlungen und Eigenleistungen für medizinische Behandlung belaufen sich auf mehr als 40 Prozent der monatlichen oder jährlichen Netto-Kaufkraft (nach Abzug der Ausgaben für elementare Bedürfnisse wie Wohnen und Lebensmittel)

Quelle: OECD 2025, p. 109.

Angaben über ungedeckten Versorgungsbedarf in der medizinischen Versorgung (nach Hauptgrund), 2024

Land	Wartezeiten	Kosten	Insgesamt
Deutschland	0,6	0,2	0,8
Österreich	0,7	0,2	1,0
Schweiz	0,1	1,2	1,3
OECD-28	2,3	1,0	3,4

Personen ab 15 Jahre, in % der Bevölkerung

Quelle: OECD 2025, p. 105.

Angaben über ungedeckten Versorgungsbedarf in der medizinischen Versorgung (nach Einkommen), 2024

Land	geringstes Einkommen	höchstes Einkommen	Insgesamt
Deutschland	1,2	0,6	0,8
Österreich	1,6	0,6	1,0
Schweiz	2,9	0,4	1,3
OECD-28	4,9	2,0	3,4

nach Einkommensquintil (Personen ab 15 Jahre)

Quelle: OECD 2025, p. 105.

Angaben über ungedeckten Versorgungsbedarf in der zahnärztlichen Versorgung (nach Einkommen), 2024

Land	geringstes Einkommen	höchstes Einkommen	Insgesamt
Deutschland	0,9	0,1	0,4
Österreich	3,1	0,4	1,1
Schweiz	9,7	4,6	1,3
OECD-27	7,5	4,1	1,5

Quelle: nach Einkommensquintil, Personen ab 15 Jahre

Quelle: OECD 2025, p. 105.

Ausgewählte Befunde: Deutschland

Längere Wartezeiten für gesetzlich Krankenversicherte (z.B. Breitenbach & Heinrich 2023)

- Im Durchschnitt warteten gesetzlich Versicherte 15 Tage länger auf einen Facharzttermin als privat Versicherte (19 Tage gegenüber 34 Tagen)
 - Dermatologie (Symptom: fransiger Leberfleck, Hautkrebsverdacht), Termin erhalten:
 - 78,8 % der PKV-Patient/inn/en,
 - nur 71,0 % der GKV-Patient/inn/en
 - Neurologie (Symptom: ständige Kopfschmerzen), Termin erhalten:
 - 68,5 % der PKV-Patient/inn/en,
 - nur 56,8 % der GKV-Patient/inn/en
- unklar: Auswirkungen auf individuelle Gesundheit, Versorgungsqualität



Ausgewählte Befunde: Österreich

- Zwischen 2005 und 2019 ist die Zahl der Vertragsärzte/innen je 100.000 Einwohner/innen von 44 auf 41 gesunken, die Zahl der Wahlärzte/innen hingegen von 56 auf 84 gestiegen (BMSGPK/GÖG 2023: 344).
- 10,9 % der Patient/inn/en, die auf einen künstlichen Hüft- oder Kniegelenkersatz warteten, gaben an, ein Angebot zur Verkürzung ihrer Wartezeit erhalten zu haben - entweder durch einen Besuch in der Privatpraxis des operierenden Arztes vor der Operation oder durch eine informelle Zahlung direkt an den Arzt. Ferner waren Operationen in privaten Krankenhäusern sowie eine vorliegende private Zusatzkrankenversicherung (aber auch starke Schmerzen) mit kürzeren Wartezeiten verbunden (Kaus et al. 2024).

Ausgewählte Befunde: Schweiz

- Anteil der Haushalte mit katastrophalen Gesundheitsausgaben (CHE) stieg zwischen 2004/05 und 2019/20 von 2,1% auf 3,6% (Stegner & Czypionka 2025; OECD 2025).
- Über alle Erhebungszeiträume hinweg gehörten mindestens 60 % der Haushalte, die von CHE betroffen waren, zum untersten Konsumquintil (Stegner & Czypionka 2025; OECD 2025)
- unter den Personen mit materieller und sozialer Deprivation verzichteten 8,7 % aus Kostengründen auf notwendige medizinische Leistungen, unter den nicht deprivierten 0,8 % (Obsan 2025: 61)

Charakterisierung

Deutschland:

- recht geringe finanzielle Hürden
- stärkere Umverteilung
- Finanzierung in Deutschland und Österreich: stärkere Umverteilung
- Finanzierung Schweiz:

Österreich:

- relativ geringe direkte finanzielle Zugangshürden
- ebenfalls deutliche Umverteilung
- aber: wachsende Bedeutung privater Kosten für Versorgung durch Wahlärzte/innen

Schweiz:

- deutlich höherer Anteil direkter Finanzierung über private Haushalte



Gesundheitspolitik (1/4)

- Seit 1990er-Jahren: vergleichsweise geringe Einschnitte in das Leistungsrecht der Krankenversicherung (im Vergleich zur Sicherung bei Alter und Arbeitslosigkeit)
- auch in der Gesundheitspolitik: Verlagerung von Kosten auf Versicherte bzw. Patient/inn/en
- aber: Wandel eher schleichend und insgesamt moderat
 - Erhöhung von Zuzahlungen/Selbstbehalten
 - eher vereinzelte Leistungsausgliederungen
 - berühren nicht den Kernbereich der medizinischen Versorgung
- auch Leistungsausweitungen:
 - tw. explizit (z.B. Vorsorge, Impfungen)
 - ferner: „stumme“ Leistungsexpansion durch medizinischen Fortschritt

Gesundheitspolitik (2/4)

Hauptansatzpunkte: Organisation und Anreize im Versorgungs- und Versicherungssystem

- Vergütungsreformen
 - Einführung von DRG-Systemen
 - zahllose Vergütungsreformen in der ambulanten Versorgung
 - Reformen in der Arzneimittelpreissetzung
- Reformen im Versicherungssystem
 - D: GKV-Organisationsreform der GKV (1992/1995, freie Kassenwahl (1992/95), Selektivverträge (1996ff.)
 - A: Zentralisierung des Versicherungssystems (2020)
 - CH: Krankenversicherungsgesetz (1994)
- Etablierung von Qualitätssicherung
 - Qualitätsvorgaben für die medizinische und pflegerische Versorgung

Gesundheitspolitik (3/4)

unterschiedliche Gründe:

- Gesundheitswesen als bedeutsamer Wirtschaftsbereich, auch: Bedienung von Klientelinteressen
- Gesundheit als Sozialinvestition
 - Re-Integration in den Arbeitsmarkt durch leistungsfähiges Versorgungssystem
 - alternde Belegschaft: Vermeidung von Arbeitsunfähigkeit und Frühberentung
 - Verlängerung der Lebensarbeitszeit (späterer Renteneintritt)
 - ehrenamtliche Tätigkeit im Alter, nicht zuletzt: Angehörigenpflege
 - Kostenvermeidung in anderen Sozialversicherungszweigen oder beim Staat (Sozialhilfe)



Gesundheitspolitik (4/4)

- normativer Rahmen:
 - Gesundheit als „besonderes Gut“
 - Zugang zu guter Krankenversorgung in Wohlfahrtsstaaten als „one of the hallmarks of citizenship“ (Freeman & Moran 2000: 17)
 - Leistungskürzungen für Kranke schwerer legitimierbar als Leistungskürzungen z.B. für Arbeitslose



3.

Soziallagenbezogene Prävention und Gesundheitsförderung

Prävention und Gesundheitsförderung: länderübergreifende Merkmale (1/3)

- gestiegene Aufmerksamkeit/rechtliche Verankerung
- Normative und utilitaristische Legitimationsmuster
- auch: wachsende Aufmerksamkeit für Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit

Rechtliche Verankerung

Deutschland	Österreich	Schweiz
1989: § 20 SGB V – Primärprävention und Gesundheitsförderung durch Krankenkassen	1992: Gesundheitsförderung als Pflichtaufgabe der Sozialversicherungsträger	1989: Schweizerische Stiftung für Gesundheitsförderung
1999: Verringerung sozialer Unterschiede von Gesundheitschancen als Ziel, Qualitätsvorgaben	1998: Gesundheitsförderungsgesetz	1994: Krankenversicherungsgesetz (Art. 19 KVG)
2015: Präventionsgesetz (nationale Präventionsstrategie, Erhöhung der zulässigen Mittel?)	1998: Etablierung „Fonds Gesundes Österreich“	1996: Schweizerische Stiftung für Gesundheitsförderung als offiziell zuständige Institution

Prävention und Gesundheitsförderung: länderübergreifende Merkmale (1/3)

- gestiegene Aufmerksamkeit/rechtliche Verankerung
- Normative und utilitaristische Legitimationsmuster
- auch: wachsende Aufmerksamkeit für Verringerung gesundheitlicher Ungleichheit
- Institutionalisierung von Gesundheitsförderung und Prävention
- geringe Finanzmittel
- Projektförderung (im Allgemeinen: Ko-Finanzierung durch Projektträger erforderlich)



Finanzierung

Deutschland	Österreich	Schweiz
2024: Ausgaben von 9,21 EUR je Versicherten/Jahr	Jährliches Budget (seit 1998): 7,25 Millionen Euro (knapp 0,80 Euro je Einwohner)	1998: Prämienzuschlag zur Krankenversicherung 2,40 CHF, seit 2018: 4,80 CHF je Versicherten/Jahr

Prävention und Gesundheitsförderung: länderübergreifende Merkmale (2/3)

- Nationale Gesundheitsziele
- Mehrjährige Strategien (NPK, FGÖ, BAG)
- Netzwerkbildung (z.B. Hochschulen, Städte, betriebliche Gesundheitsförderung), Kooperationen
- Etablierung der Gesundheitswissenschaften an Universitäten und Hochschulen
- Verantwortung von Ländern/Kantonen und Kommunen
 - Umsetzung bundesstaatlicher Vorgaben
 - zahlreiche eigene Initiativen, Aktionspläne
 - Finanzierung

Prävention und Gesundheitsförderung: länderübergreifende Merkmale (3/3)

- keine Hinweise im Hinblick auf Wirksamkeit/Reichweite der Interventionen
- projektförmige Aktivitäten, Verstetigung fraglich
- erhebliche Varianzen bei kommunalen Aktivitäten
 - Haushaltssituation
 - Innovationsbereitschaft der Verantwortlichen



UNIVERSITÄT
BIELEFELD



Fakultät für
Gesundheitswissenschaften

4.

Schluss

Fazit (1/3)

- starke Beharrungskraft sozialer Ungleichheit, wesentliche Gründe:
 - ökonomische und politische Makrotrends
 - unzureichende staatliche Interventionen in der Sozialpolitik
- starke Beharrungskraft gesundheitlicher Ungleichheit, wesentlicher Grund:
 - fortbestehende, tw. verstärkte soziale Ungleichheit
 - unzureichende soziallagenbezogene Prävention und Gesundheitsförderung
- Verstärker gesundheitlicher Ungleichheit:
 - finanzielle Hindernisse beim Zugang zur Krankenversorgung - trotz
 - (weitgehend) universalistischer Zugangsrechte zur Krankenversorgung
 - umfangreicher Versorgungskapazitäten und hohen Ressourceneinsatzes
 - (eher schleichender) Bedeutungszuwachs finanzieller Hindernisse (spätestens) seit den 1990er-Jahren



Fazit (2/3)

- Unterschiedliche Muster/Ausmaße von Eigenbeteiligung in den D-A-CH-Ländern
- **Deutschland:**
 - insges. eher geringe Eigenbeteiligung, bedeutsam: v.a. zahnärztliche Behandlung, tw. lange ambulante Wartezeiten wg. Trennung GKV/PKV, geringe Bedeutung von Zusatzversicherungen
- **Österreich:**
 - Eigenbeteiligung insges. etwas höher, wachsende Rolle d. Wahlärzte/innen, Zusatzversicherung als Instrument zur Verbesserung des Zugangs
- **Schweiz:**
 - einkommensunabhängige Prämie, traditionell starke Rolle von Eigenbeteiligung (Franchise, prozentuale Beteiligung, Wahlmöglichkeit für Selbstbehalte) und Zusatzversicherung, Ausgliederung der zahnärztlichen Versorgung, Prämienverbilligung durch Bund/Kantone



Fazit (3/3)

- Einschränkung des Zugangs zur Krankenversorgung:
 - unmet need (wg. Kosten, wachsende Zahlen bei Geringverdienern)
 - Wartezeiten
- Trend: Verstärkung sozialer Ungleichheiten beim Zugang zur Krankenversorgung

Ausblick

- Schwierige Rahmenbedingungen für Reduzierung sozialer und gesundheitlicher Ungleichheiten:
 - Ökonomische Stagnation/Anstieg der Arbeitslosigkeit/prekäre Haushaltssituation
 - Globale Unsicherheiten (politisch, ökonomisch)
 - Keine Perspektiven für neue Wachstumsdynamik
- offen: stehen wir am Beginn einer Dynamik in Richtung auf stärkere Privatisierung von Kosten angesichts schwieriger ökonomischer (und politischer) Rahmenbedingungen?
 - Deutschland: aktuelle Reformdiskussion (z.B. Erhöhung der Selbstbeteiligung)
 - Schweiz: Diskussion über Anhebung der Grundfranchise (auf 400 CHF) und des maximalen Selbstbehalts
- also: Trendumkehr nicht in Sicht

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!