Wenn man die Zahlen nebeneinanderlegt, wirkt das deutsche Gesundheitswesen wie ein tragischer Widerspruch: teuer, technisch perfekt – und dennoch sozial ungerecht. Es ist eines der teuersten Systeme der Welt, ausgestattet mit modernster Technik, hohem Fachkräfteanteil und einer Dichte an Arztpraxen, die (zumindest in den Städten) in Europa ihresgleichen sucht – und doch existieren darin Kinder, die zu spät diagnostiziert, zu selten behandelt und zu oft übersehen werden. Von **Detlef Koch**.

Dieser Beitrag ist auch als Audio-Podcast verfügbar.

https://www.nachdenkseiten.de/upload/podcast/251114-Koch-Kinderarmut-Teil-3-NDS.mp3

Podcast: Play in new window | Download

Die bisherigen Teile dieser Serie finden Sie hier und hier. Die in dieser Serie auftretende „Lina“ ist eine fiktive Person – die Lebensumstände und Geschehnisse haben aber einen sehr realen Hintergrund.

> *Lina[1] gehört zu dieser Gruppe. Ihre Mutter ist gesetzlich versichert, wechselte in den letzten Jahren mehrfach zwischen Krankenkassen, Minijobs und Arbeitslosengeld-II-Bezug. Jedes Mal musste sie neue Anträge stellen, Nachweise erbringen, Fristen einhalten. Sie lernte schnell, dass der Zugang zur Gesundheitsversorgung in Deutschland zwar formal universal ist, praktisch aber von Zeit, Wissen und Durchhaltevermögen abhängt.*

Die Zwei-Klassen-Medizin beginnt im Wartezimmer

Ein Experiment des RWI Essen und der Cornell University brachte 2020 ans Licht, was viele Eltern längst ahnten: Privat versicherte Kinder erhalten im Schnitt doppelt so schnell einen Facharzttermin wie gesetzlich Versicherte. Zwölf Tage Wartezeit für Privatpatienten gegenüber 25 Tagen für Kassenpatienten – bei identischen Symptomen, identischem Anliegen.

Diese strukturelle Bevorzugung ist kein Zufall, sondern folgt einer ökonomischen Logik: Privat Versicherte bringen Praxen höhere Erstattungen, also werden sie bevorzugt behandelt. Für arme Familien, deren Kinder fast ausnahmslos in der gesetzlichen Versicherung sind, bedeutet das faktisch längere Krankheitsverläufe, mehr unbehandelte Beschwerden und höhere Risiken für Chronifizierungen.

Besonders drastisch zeigt sich das bei Fachrichtungen mit hoher Nachfrage: Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kieferorthopädie, Logopädie. In manchen Regionen beträgt die Wartezeit auf einen Therapieplatz mehr als sechs Monate. Für ein Kind in akuter psychischer Krise ist das eine Ewigkeit.

Armut verzögert nicht nur den Zugang zur Versorgung – sie beeinflusst auch ihre Qualität. Untersuchungen zeigen, dass arme Kinder häufiger in Praxen behandelt werden, die über weniger Personal, geringere Ausstattung und schlechtere räumliche Bedingungen verfügen. Medizinische Versorgung ist damit Teil des sozialen Gefälles, nicht dessen Korrektiv.

Wenn Prävention zur Privatsache wird

Deutschland verfügt über ein umfassendes System an Früherkennungsuntersuchungen (U1–U9), Impfungen, zahnärztlichen Prophylaxen und Schuluntersuchungen. Auf dem Papier ist Prävention flächendeckend, in der Praxis sozial selektiv. Die KiGGS Welle 2 zeigte: Nur rund 74 Prozent der Kinder aus niedrigen Statusgruppen nehmen alle U-Untersuchungen wahr – in der hohen Statusgruppe sind es über 87 Prozent. Die Ursachen sind vielfältig: fehlende Zeit, Scham, sprachliche Barrieren, Unkenntnis über Fristen oder Angst vor Behörden. Oft scheitert Prävention schlicht an den Bedingungen des Alltags.

Auch bei Impfungen zeigt sich ein Muster. Insgesamt liegen die Impfquoten in Deutschland zwar hoch, doch sozialräumlich differenziert: In benachteiligten Vierteln finden sich häufiger Impflücken, weil Familien weniger regelmäßig ärztliche Kontakte pflegen. Während in gut situierten Haushalten manchmal impfskeptische Haltungen den Ausschlag geben, sind es in ärmeren Milieus vor allem Informationsdefizite.

Zahngesundheit ist ein weiteres Beispiel: Die Studie von Nicole Stasch und anderen über die Karieshäufigkeit bei Schulkindern in Vorarlberg – auf Deutschland übertragbar – zeigte, dass Kinder aus sozial benachteiligten Regionen ein um 75 Prozent höheres Risiko für unbehandelte Karies haben als Gleichaltrige aus wohlhabenden Gegenden. In Deutschland gilt das Gleiche: Trotz insgesamt rückläufiger Kariesraten bleibt der soziale Gradient stabil. Kinder aus armen Familien putzen seltener regelmäßig ihre Zähne, besuchen seltener Zahnärzte und profitieren weniger von Individualprophylaxe-Programmen.

Das System der kleinen Schwellen

Was aus Sicht der Verwaltung rational wirkt – Nachweise, Terminfristen, Bewilligungen –, bedeutet für viele arme Familien eine kaum zu überwindende Hürde.

Die Gesundheitssoziologin Claudia Spahn bezeichnet das als „administrative Exklusion“: Ein System, das auf Eigeninitiative, digitaler Kompetenz und formaler Sprache basiert, schließt jene aus, die all das nicht leisten können. Im Klartext: Wer seine Rechte nicht kennt, verliert sie.

Ein verpasster Antrag auf eine Brille oder ein Sprachtherapieplatz, eine Frist, die übersehen wird – und das Kind bleibt ohne Versorgung.

> *Lina musste monatelang auf eine Ergotherapie warten, die Schule hatte sie wegen motorischer Probleme empfohlen. Doch die Krankenkasse verlangte erst eine ärztliche Überweisung, dann eine Stellungnahme, dann eine Bewilligung. Nach drei Monaten gab die Mutter auf. „Sie sagen immer, sie melden sich“, sagte sie. „Aber das tun sie nicht.“*

Diese Bürokratisierung trifft besonders jene, die ohnehin überlastet sind. Das Gesundheitssystem reproduziert so ungewollt soziale Unterschiede – nicht durch offenen Ausschluss, sondern durch Erschöpfung.

Psychische Versorgung: Die unsichtbare Not

Psychische Erkrankungen bei Kindern haben in den letzten Jahren stark zugenommen, nicht erst seit der Pandemie. Doch der Zugang zu Therapie ist ungleich verteilt. Das Deutsche Jugendinstitut berichtete 2025, dass nur 65 Prozent der Kinder mit diagnostizierten psychischen Störungen tatsächlich eine Behandlung erhalten.

Die Wartezeiten betragen im Durchschnitt zehn Wochen für ein Erstgespräch und 25 Wochen für den Beginn einer Therapie. Für Kinder wie Lina, deren Symptome nicht spektakulär sind, sondern diffus – Schlafprobleme, Rückzug, Gereiztheit –, bleibt oft nur die Hoffnung auf eine Lehrerin, die aufmerksam genug ist. Doch die Schulsozialarbeit wurde gekürzt, die Klassen sind groß, die Zeit fehlt.

Die Kosten dieser Unterversorgung sind langfristig: unbehandelte Depressionen, Schulabbrüche, Suchtverhalten, Arbeitslosigkeit.

Psychische Erkrankungen sind kein Randphänomen, sondern ein zentraler Mechanismus sozialer Vererbung. Sie zerstören nicht nur Wohlbefinden, sondern Lernfähigkeit, Bindung, Motivation – jene Fähigkeiten, die eine Gesellschaft für ihre eigene Zukunft braucht.

Wenn der Wohnort über die Lebenserwartung entscheidet

Die gesundheitliche Ungleichheit in Deutschland ist geografisch sichtbar. Ein Kind, das in Bremen-Osterholz, Dortmund-Nord oder Berlin-Neukölln aufwächst, hat im Durchschnitt eine vier bis sechs Jahre geringere Lebenserwartung als ein Kind aus München-Schwabing oder Hamburg-Blankenese.

Solche Unterschiede gab es früher zwischen Ländern, heute existieren sie zwischen Stadtteilen.

Medizinisch lässt sich das leicht erklären: Armut bedeutet höhere Belastung durch Feinstaub, schlechtere Luft, weniger Grünflächen, beengtes Wohnen, schlechtere Ernährung. Aber die eigentliche Erklärung ist politisch: Gesundheit folgt der Infrastruktur. Dort, wo Kitas unterbesetzt sind, Schulen verfallen und Nahversorgung fehlt, wächst keine Resilienz – sondern Erschöpfung.

> *Lina lebt in einem Viertel, das euphemistisch „sozialer Brennpunkt“ heißt. Hier kostet eine Wohnung wenig, aber sie verbraucht Gesundheit: Feuchtigkeit, Schimmel, Lärm, fehlende Spielplätze, unsichere Wege.*

Was in Bauausschüssen als „Investitionsrückstand“ firmiert, bedeutet im Alltag verkürzte Kindheit.

Der Preis des Nichtstuns

Die OECD hat mehrfach berechnet, dass jeder in Prävention investierte Euro langfristig das Fünf- bis Zehnfache an Sozial- und Gesundheitskosten spart. Trotzdem macht Prävention in Deutschland nur etwa drei Prozent der Gesundheitsausgaben aus. Das System verdient am Kranken, nicht am Gesunden.

Diese ökonomische Schieflage ist kein Betriebsunfall, sondern Struktur: Kassenärzte werden nach Behandlungsfällen bezahlt, nicht nach verhinderten Krankheiten. Präventive Hausbesuche, Ernährungsberatung oder aufsuchende Elternarbeit gelten als „freiwillige Leistungen“ und sind damit haushaltspolitisch jederzeit streichbar. Dabei wäre genau das nötig: niedrigschwellige, kontinuierliche Begleitung – Hausbesuche nach der Geburt, Kita-Gesundheitsprogramme, Schulpsychologinnen, die nicht fünf Schulen gleichzeitig betreuen müssen. Was fehlt, ist nicht Wissen, sondern Wille.

Eine stille Selektion

Das deutsche Gesundheitswesen hat keine formelle Zugangsbeschränkung. Aber es selektiert leise – durch Zeit, Bürokratie, Sprache und Scham. Diese Selektion beginnt im Wartezimmer und endet oft in der Statistik, die dann nüchtern vermerkt, dass Kinder aus niedrigen Statusgruppen „signifikant häufiger chronisch krank“ sind.

In Wahrheit handelt es sich um eine institutionalisierte Form sozialer Diskriminierung – nicht intendiert, aber wirksam. Sie wird von der Politik selten benannt, weil sie nicht an einem Ort greifbar ist, sondern in den Routinen des Alltags: im überfüllten Jugendamt, in der unbesetzten Praxis, im anonymen Callcenter der Krankenkasse.

Das Ergebnis ist ein Gesundheitssystem, das Ungleichheit nicht heilt, sondern stabilisiert. Lina erlebt das täglich – in Wartezeiten, in Formularen, in der leisen Botschaft: „Dein Leben zählt, aber nicht so viel wie das der anderen.“

Titelbild: nimito / Shutterstock

Quellen

1. **Robert Koch-Institut (RKI):**
   Gesund aufwachsen – Welche Bedeutung kommt dem sozialen Status zu? GBE kompakt 1/2015. Berlin: RKI.
2. **Kuntz, B., Rattay, P., Poethko-Müller, C. et al.:**
   Soziale Unterschiede im Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse aus KiGGS Welle 2*.*
   Journal of Health Monitoring, 3 (3), 2018. Robert Koch-Institut.
3. **Lampert, T., Prütz, F., Rommel, A., Kuntz, B.:**
   Soziale Unterschiede in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Ergebnisse aus KiGGS Welle 2.
   Journal of Health Monitoring, 3 (4), 2018. Robert Koch-Institut.
4. **Biesalski, H. K.:**
   Ernährungsarmut bei Kindern – *Ursachen, Folgen, COVID-19.*
   Aktuelle Ernährungsmedizin, 46 (2021), 317–332. Georg Thieme Verlag, Stuttgart.
   DOI: 10.1055/a-1553-3202
5. **Castiglioni, L.:**
   Armut gefährdet die psychische Gesundheit.
   Deutsches Jugendinstitut (DJI), Themenportal Psychische Gesundheit, 2025.
6. **Röhling, M. et al.:**

Diabetes- und kardiovaskuläre Gesundheitskompetenz im Kindes- und Jugendalter – *Ein 12-Jahres-Follow-up.*
Deutsche Medizinische Wochenschrift, 148 (2023), e1–e7.
DOI: 10.1055/a-1960-1587

7. **Stasch, N., Ganahl, K., Geiger, H.:**
Soziale Ungleichheit in der Zahngesundheit von Kindern – *Behandlungsbedürftige Karies der 6- bis 12-jährigen Volksschulkinder in Vorarlberg (Österreich) in Bezug zu regionalen sozioökonomischen Determinanten und Migration.*
Prävention und Gesundheitsförderung, 18 (2023), 87–92. Springer Medizin Verlag.
DOI: 10.1007/s11553-021-00929-7
8. **RWI – Leibniz-Institut für Wirtschaftsforschung / Cornell University:**
Cream Skimming by Health Care Providers and Inequality in Health Care Access – Evidence From a Randomized Field Experiment.
Journal of Economic Behavior & Organization
Paper #188, 2021.
9. **Bregenz/aks Gesundheit GmbH:**
Kinder von Grund auf gegen Armut sichern – *Ursachen, Auswirkungen, Auswege.*
Konrad-Adenauer-Stiftung e. V., 2023.
10. **Walper, S., Ulrich, C., Kindler, H. (Hrsg.):**
Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen stärken – *Ergebnisse und Perspektiven aus der Forschung des DJI.*
Deutsches Jugendinstitut, München 2023.

[«1] Lina ist eine fiktive Person, die Lebensumstände und Geschehnisse haben einen realen Hintergrund.