

ÖIF-FORSCHUNGSBERICHT

Migration in Österreich: Gesundheitliche und ökonomische Aspekte

Maria M. Hofmarcher
Christopher Singhuber

2021

Herausgeber: Österreichischer Integrationsfonds

Impressum

HS&I
Josefstädter Strasse 14/60,
1080 Wien
Tel.: +4366488508917
maria.hofmarcher@healthsystemintelligence.eu
www.healthsystemintelligence.eu

aha. Austrian Health Academy
Wallnerstrasse 3
1010 Wien
Tel.: +4315322841
maria.hofmarcher@austrianhealthacademy.at
www.austrianhealthacademy.at

Medieninhaber, Herausgeber, Redaktion und Hersteller:
Österreichischer Integrationsfonds – Fonds zur Integration von
Flüchtlingen und MigrantInnen (ÖIF)/Schlachthausgasse 30, 1030 Wien,
Tel.: +43(0)1/710 12 03-0, mail@integrationsfonds.at

Verlags- und Herstellungsort: Schlachthausgasse 30, 1030 Wien

Grafik-Design: trafikant – Handel mit Gestaltung

Druck: Gerin Druck

Grundlegende Richtung: wissenschaftliche Publikation zu den Themen
Migration und Integration

Offenlegung gem. § 25 MedienG: Sämtliche Informationen über den
Medieninhaber und die grundlegende Richtung dieses Mediums können
unter www.integrationsfonds.at/impressum abgerufen werden.

Haftungsausschluss: Die Inhalte dieses Mediums wurden mit
größtmöglicher Sorgfalt recherchiert und erstellt. Für die Richtigkeit,
Vollständigkeit und Aktualität der Inhalte wird keine Haftung
übernommen.

Weder der Österreichische Integrationsfonds noch andere an der
Erstellung dieses Mediums Beteiligte haften für Schäden jedweder Art,
die durch die Nutzung, Anwendung und Weitergabe der dargebotenen
Inhalte entstehen. Sofern dieses Medium Verweise auf andere
Medien Dritter enthält, auf die der Österreichische Integrationsfonds
keinen Einfluss ausübt, ist eine Haftung für die Inhalte dieser Medien
ausgeschlossen. Für die Richtigkeit der Informationen in Medien Dritter ist
der jeweilige Medieninhaber verantwortlich.

Die Beiträge dieser Publikation geben die Meinungen und Ansichten der
Autoren wieder und stehen nicht für inhaltliche, insbesondere politische
Positionen der Herausgeber oder des Österreichischen Integrationsfonds.

Urheberrecht: Alle in diesem Medium veröffentlichten Inhalte sind
urheberrechtlich geschützt. Ohne vorherige schriftliche Zustimmung
des Urhebers ist jede technisch mögliche oder erst in Hinkunft möglich
werdende Art der Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und
Verwertung untersagt, sei es entgeltlich oder unentgeltlich.

Inhaltsverzeichnis

6		Executive Summary	50	7	Zugang, Inanspruchnahme und Kosten
10	1	Einleitung und Zielsetzung	51	7.1	Ungedeckter Bedarf aus finanziellen Gründen
12	2	Hintergrund	53	7.2	Überblick über die Kosten der Versorgung
13	2.1	Hürden im Zugang zu Gesundheitsversorgung	53	7.3	Inanspruchnahme von Krankenanstalten und Kosten
15	2.2	Bevölkerung und Altersstruktur	55	7.4	Inanspruchnahmen ambulanter Leistungen und Kosten
18	3	Methode	62	8	Ausgewählte Porträts der gesundheitlichen Lage
18	3.1	Migrationshintergrund	62	8.1	Porträt der Gruppe Türkei
18	3.2	Stratifizierung und Datenlage	65	8.2	Porträt der Gruppe „Afghanistan, Irak, Syrien“
20	3.3	Hochrechnung auf die Bevölkerung			
22	3.4	Berechnung der Kosten	69	9	Schlussfolgerungen
24	3.5	Bestimmungsfaktoren des subjektiven Gesundheitszustandes			
24	3.6	Grenzen der Analyse	70	10	Ausgewählte Literatur
25	4	Überblick über die Lebenslagen von Menschen mit Migrationshintergrund	74	11	Anhang
25	4.1	Einkommen und Bildung			
28	4.2	Gesundheitsverhalten, soziale Beziehungen und Lebensumstände			
33	4.3	MIPEX – Rechtliche Rahmenbedingungen für Migrant/innen im EU-Vergleich			
36	5	Gesundheitszustand von Migrant/innen in Österreich			
36	5.1	Gesundheitszustand			
38	5.2	Chronische Erkrankungen			
41	5.3	Inanspruchnahme von Prävention			
45	6	Überblick über die Versorgungslage			
45	6.1	Ressourcen in Österreich im internationalen Vergleich			
47	6.2	Zufriedenheit mit der Versorgung			

Abbildungsverzeichnis

8

Abbildung: Gesundheitsausgaben pro Kopf nach Leistungsbereichen 2019, nicht standardisiert

16

Abbildung 1: Menschen mit Migrationshintergrund in Österreich

16

Abbildung 2: Altersstruktur, nach Migrationshintergrund

16

Abbildung 3: Entwicklung der älteren Bevölkerung, nach Migrationshintergrund

26

Abbildung 4: Einkommenssituation

27

Abbildung 5: Bildungssituation

28

Abbildung 6: Body Mass Index

29

Abbildung 7: Fettleibigkeit

30

Abbildung 8: Tägliche Raucher/innen

30

Abbildung 9: Trinkgewohnheiten

31

Abbildung 10: Bewegung

32

Abbildung 11: Soziale Beziehungen

32

Abbildung 12: Lebensbedingungen

34

Abbildung 13: MIPEX – Recht und Integration im EU-Vergleich

34

Abbildung 14: MIPEX – Integrationspolitik im Gesundheitsbereich

36

Abbildung 15: Subjektiver Gesundheitszustand in der Gesundheitsbefragung

37

Abbildung 16: Entwicklung des subjektiven Gesundheitszustands

38

Abbildung 17: Zufriedenheit mit Gesundheit und Lebensqualität

39

Abbildung 18: Chronische Erkrankungen

40

Abbildung 19: Chronische Erkrankungen 2014 und 2019, Detail (15 Jahre und älter)

42

Abbildung 20: Vermeidbare Sterblichkeit je 100.000 Einwohner/innen

43

Abbildung 21: Präventionsmaßnahmen

44

Abbildung 22: Impfverhalten

46

Abbildung 23: Personelle Ressourcen der Gesundheitsversorgung

46

Abbildung 24: Spitalsressourcen und Finanzierung des Gesundheitswesens

47

Abbildung 25: Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem

48

Abbildung 26: Zufriedenheit mit den Leistungsanbietern

51

Abbildung 27: Ungedeckter Gesundheitsbedarf

52

Abbildung 28: Ausgaben pro Kopf nach Leistungsbereichen

54

Abbildung 29: Inanspruchnahme im stationären Sektor

56

Abbildung 30: Inanspruchnahme im ambulanten Sektor

57

Abbildung 31: Inanspruchnahme Zahnmedizin

59

Abbildung 32: Inanspruchnahme Physiotherapie und psychische Gesundheit

60

Abbildung 33: Arzneimittelkonsum

62

Abbildung 34: Lebensqualität der türkischen Bevölkerung in Österreich

63

Abbildung 35: Gesundheitszustand der türkischen Bevölkerung in Österreich

63

Abbildung 36: Depressionsrisiko und Fettleibigkeit in der türkischen Bevölkerung

64

Abbildung 37: Bildung von türkischen Migrant/innen

64

Abbildung 38: Bildung der türkischen Bevölkerung nach Alter

65

Abbildung 39: Zuwanderung von Afghan/innen, Iraker/innen und Syrer/innen

65

Abbildung 40: Lebensqualität der Afghan/innen, Iraker/innen und Syrer/innen

67

Abbildung 41: Einkommenssituation von Migrant/innen aus Afghanistan, dem Irak, Syrien

Tabellenverzeichnis

7

Tabelle: Gesundheitsausgaben 2019

15

Tabelle 1: Die Bevölkerung Österreichs in Privathaushalten 2019

19

Tabelle 2: Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Österreich

20

Tabelle 3: Inhalt der Gesundheitsbefragungen

21

Tabelle 4: Stichprobe der Gesundheitsbefragung 2019

23

Tabelle 5: Ausgabenprofil 2019

27

Tabelle 6: Einkommen und subjektiver Gesundheitszustand

41

Tabelle 7: Depressionsrisiko 2019 in % der Bevölkerung 15 Jahre und älter, standardisiert

45

Tabelle 8: Ressourcen im österreichischen Gesundheitswesen

54

Tabelle 9: Ausgaben im stationären Sektor

57

Tabelle 10: Ausgaben im ambulanten Sektor

58

Tabelle 11: Ausgaben Zahnmedizin

59

Tabelle 12: Ambulante Ausgaben für Physiotherapie und psychische Gesundheit

61

Tabelle 13: Arzneimittelausgaben

61

Tabelle 14: Andere Ausgabenbereiche

66

Tabelle 15: Gesundheitszustand von Migrant/innen aus Afghanistan, dem Irak, Syrien

66

Tabelle 16: Perspektiven von Geflüchteten in Österreich

Abkürzungsverzeichnis

ATHIS	Österreichische Gesundheitsbefragung
ADL	Activities of Daily Living
IADL	Instrumental Activities of Daily Living
ISCED	International Standard Classification of Education
IPAQ	International Physical Activity Questionnaire
MiMi	Migrant/innen für Migrant/innen
MIPEX	Migrant Integration Policy Index
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
PHQ8	Patient Health Questionnaire Depression Scale
ReHIS	Refugee Health and Integration Survey
SHA	System of Health Accounts
UNECE	Wirtschaftskommission für Europa der Vereinten Nationen
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Abkürzungen für Länder und Ländergruppen

AF	Afghanistan	LI	Liechtenstein
BA	Bosnien und Herzegowina	LT	Litauen
BE	Belgien	LU	Luxemburg
BG	Bulgarien	LV	Lettland
CH	Schweiz	ME	Montenegro
CN	China	MK	Nordmazedonien
CY	Zypern	MT	Malta
CZ	Tschechien	NL	Niederlande
DE	Deutschland	NO	Norwegen
DK	Dänemark	PL	Polen
EE	Estland	PT	Portugal
EL	Griechenland	RO	Rumänien
FI	Finnland	RS	Serbien
FR	Frankreich	RU	Russland
HR	Kroatien	SE	Schweden
HU	Ungarn	SI	Slowenien
IE	Irland	SK	Slowakei
IN	Indien	SY	Syrien
IR	Iran	TR	Türkei
IS	Island	UA	Ukraine
IT	Italien	UK	Vereinigtes Königreich
IQ	Irak	XK	Kosovo
EFTA	Europäische Freihandelsassoziation		
EU	Die Europäische Union, 28 Länder (inklusive UK)		
EU-15	15 EU-Länder (Beitritt vor 2004, inklusive UK)		
EU-13	13 EU-Länder (Beitritt ab 2004)		

Executive Summary

Die Gesundheit und die Versorgung von Migrant/innen liegen im Gesellschaftlichen

Gesundheit ist Voraussetzung und Ergebnis erfolgreicher Integrationsprozesse und wird in der Literatur als zentraler Baustein dafür erachtet. Während Migrant/innen in Österreich einen – im EU-15-Vergleich vorzeigbaren – gesetzlich gesicherten, niederschweligen Zugang zu Versorgung haben, erschwert ihre soziale Lage diesen Zugang. So zeigt die statistische Analyse, dass das vergleichsweise niedrige Bildungs- und Einkommensniveau von Migrant/innen, die nicht aus den EU-15-Ländern kommen, den selbst berichteten Gesundheitszustand signifikant verschlechtert. Dieser Einfluss besteht schon länger und gleichzeitig mit der signifikanten Bedeutung des Alters und des Gesundheitsverhaltens. Darüber hinaus gibt es Hinweise, dass fehlende Sprach- und Gesundheitskompetenz sowie Diskriminierung zusätzlich belasten. Die Ergebnisse zeigen, dass Gesundheit förderliche gesellschaftliche Bedingungen braucht, um nachhaltig zu entstehen und gefestigt zu werden.

Die Lebenslage von Migrant/innen muss umfassend analysiert werden

Die Studie zielt darauf ab, die soziale und gesundheitliche Lage, die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und ihre Kosten zwischen Gruppen von Herkunftsländern und mit der Gruppe der Menschen in Österreich, die keinen Migrationshintergrund haben, vergleichend zu analysieren. Die Definition des Migrationshintergrundes orientiert sich an der Definition der UNECE und bedeutet, dass beide Elternteile im Ausland geboren sind; dies umfasst Migrant/innen erster und zweiter Generation. Das können sowohl Arbeitsmigrant/innen aus EU-Ländern oder Drittstaaten als auch Flüchtlinge sein. Das Herkunftsland wird in Fällen, in denen die Elternteile nicht im selben Land geboren wurden, durch das Geburtsland der Mutter bestimmt. 2019 waren nach dieser Definition 2,07 Millionen oder 23,7 % der österreichischen Bevölkerung Migrant/innen. Ihre Anteile an der Gesamtbevölkerung sind wie folgt:

- 3,2 % aus dem EU-15- und EFTA-Raum (ohne Österreich),
- 6,3 % aus den EU-13-Ländern (Beitrittsländer seit 2004),
- 6,1 % aus Ländern des ehemaligen Jugoslawien (ohne Kroatien und Slowenien),
- 3,2 % aus der Türkei,
- 1,4 % aus Afghanistan, Irak und Syrien,
- 3,5 % aus anderen Ländern, wie beispielsweise Russland, der Ukraine, aber auch aus Indien und China.

Die Studie verknüpft Daten der Inanspruchnahme von Leistungen aus den Wellen 2014 und 2019 der österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS) mit Kostendaten des Gesundheitsausgabenprofils gemäß Statistik Austria (SHA). Das Ausgabenprofil 2014 wurde auf Werte von 2019 gebracht. Die daraus resultierenden Ausgaben pro Gruppe werden nach 12 Leistungsbereichen berechnet. Die laufenden Gesundheitsausgaben ohne Ausgaben für Prävention und Verwaltung (persönliche laufende Gesundheitsausgaben) nach Altersgruppen enthalten 2019 sowohl öffentliche (29,7 Mrd. EUR oder 76 %) als auch private Ausgaben (9,3 Mrd. oder 24 %). Den Berechnungen der Ausgaben vorangestellt sind vergleichende Auswertungen zur sozialen und gesundheitlichen Lage, ebenfalls zwischen den Gruppen und dort, wo sinnvoll oder möglich, über die Zeit. Erstmals liegen umfassende Analysen vor für Menschen, die mehrheitlich zwischen 2014 und 2017 aus Afghanistan, dem Irak oder Syrien geflohen sind und in Österreich Schutz gesucht haben.

Der Gesundheitsausgabenanteil ist kleiner als der Bevölkerungsanteil

Für Menschen mit Migrationshintergrund wurden im Gesundheitssystem 2019 rund 7,6 Mrd. EUR oder 19,4 % der gesamten laufenden persönlichen Gesundheitsausgaben in der Höhe von 38,9 Mrd. EUR aufgewendet.

TABELLE

Gesundheitsausgaben 2019

Migrationshintergrund nach Herkunftsland der Mutter [#]	Gesamte Ausgaben in Mio. EUR	Stationär		Ambulant		Ambulante Therapien		Arzneimittel		Andere Bereiche*	
kein Migrationshintergrund	31.379	13.765	44 %	7.719	25 %	1.013	3 %	3.864	12 %	5.018	16 %
Migrationshintergrund	7.554	3.024	40 %	2.155	29 %	239	3 %	1.053	14 %	1.082	14 %
EU-15 und EFTA	1.312	584	44 %	327	25 %	41	3 %	156	12 %	204	16 %
EU-13	2.125	897	42 %	564	27 %	63	3 %	274	13 %	326	15 %
Ex-Jugoslawien	1.920	750	39 %	553	29 %	58	3 %	280	15 %	279	15 %
Türkei	976	384	39 %	300	31 %	33	3 %	148	15 %	112	12 %
AF, IQ, SY	286	73	26 %	115	40 %	15	5 %	48	17 %	34	12 %
Andere	935	336	36 %	296	32 %	29	3 %	147	16 %	127	14 %
Österreich gesamt	38.933	16.789	43 %	9.875	25 %	1.252	3 %	4.917	13 %	6.101	16 %

[#] Details zu den Ländergruppen werden in Tabelle 2 gezeigt.
^{*} Pflege zu Hause (2.758 Mio. EUR), Laborleistungen, bildgebende Verfahren und Krankentransporte (1.251 Mio. EUR), Hilfsmittel und Heilbehelfe (2.091 Mio. EUR)
Quellen: Statistik Austria 2021, ATHIS 2019 und Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung, SHA; eigene Berechnungen

Im selben Jahr hatten 23,7 % der Bevölkerung in Privathaushalten Migrationshintergrund. Unsere aktuellen Berechnungen passen zu Erkenntnissen früherer Untersuchungen, wonach Migrant/innen mehr an Steuern und Abgaben leisten, als sie an öffentlichen Gütern und Transferleistungen bekommen. Ohne Migrationshintergrund lebten in Österreich 2019 6,6 Millionen Menschen oder 76 %. Zwischen 2014 und 2019 wuchs die Bevölkerung um 4 % und sie verjüngte sich, was insbesondere durch Migration erklärbar ist. Der Anteil der Frauen an der Bevölkerung betrug durchschnittlich 51 %, wobei er in den Gruppen EU-13 und Türkei deutlich geringer ist, was einen Einfluss auf die gruppenspezifischen Ausgabenhöhen hat.

Die Versorgung im stationären Sektor kostete 2019 insgesamt 16,7 Mrd. EUR oder 43 % der gesamten Ausgaben, ambulante Versorgung 9,8 Mrd. EUR oder 25 %, Physiotherapie und psychische Gesundheit 1,2 Mrd. EUR oder 3 % und Arzneimittel 4,9 Mrd. EUR oder 13 %. Zwischen den Migrationsgruppen schwanken die Ausgabenanteile teilweise erheblich, abhängig von der Nachfrage und der Altersstruktur in den Migrationsgruppen. Beispielsweise nutzen Menschen ohne Migrationshintergrund und Migrant/innen aus den EU-15- und EFTA-Ländern in erster Linie den stationären Sektor, 44 % ihrer Gesundheitsausgaben fallen in diesen Bereich.

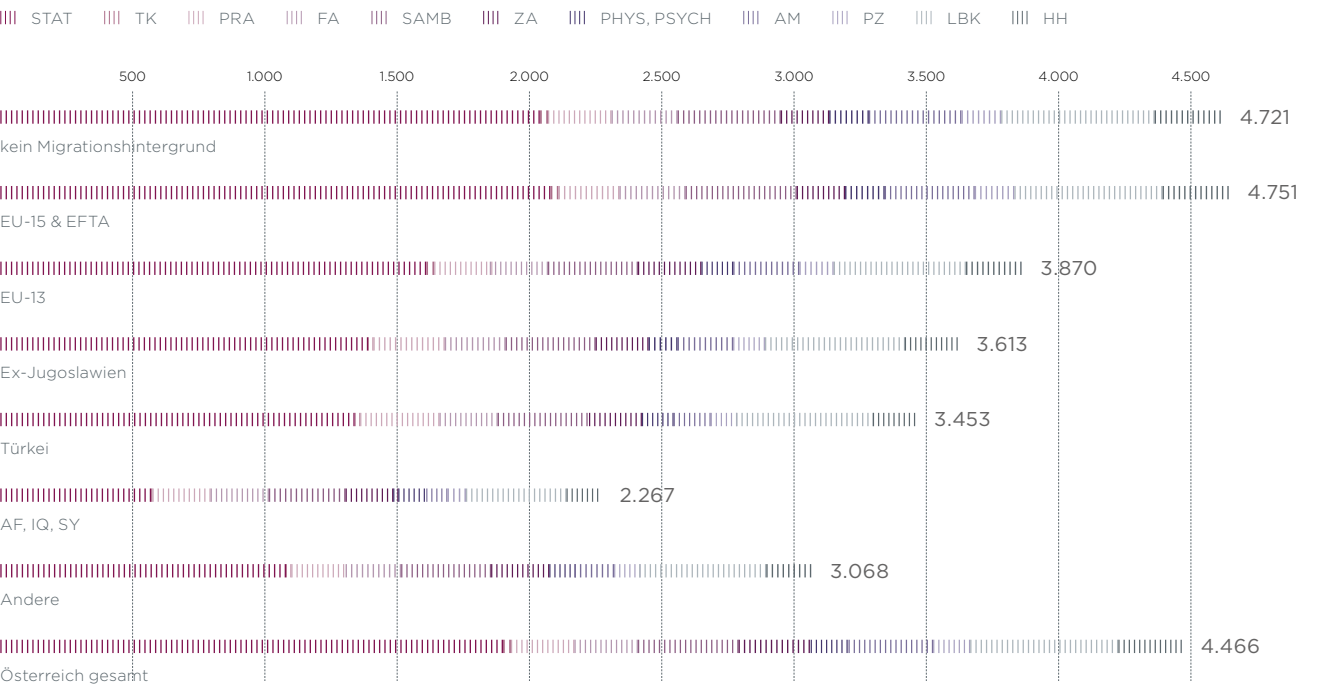
Die Höhe der Kosten spiegelt die Inanspruchnahme, die vom Alter abhängt

Insbesondere Migrant/innen aus den EU-13-Ländern, aus Ex-Jugoslawien und aus der Türkei sind im Durchschnitt kränker und sozial stärker belastet. Gleichzeitig sind sie jünger als Menschen ohne Migrationshintergrund. Damit ist ihre Inanspruchnahme deutlich geringer. Ohne Standardisierung der Altersstruktur waren die Pro-Kopf-Ausgaben im Jahr 2019 am höchsten für Migrant/innen aus EU-15- und EFTA-Ländern sowie für Menschen ohne Migrationshintergrund (4.751 EUR und 4.721 EUR). Für Menschen mit Migrationshintergrund aus den EU-13-Ländern, Ex-Jugoslawien und der Türkei waren die Ausgaben mit 3.870 EUR, 3.613 EUR und 3.453 EUR pro Kopf niedriger. Am wenigsten wurde für Migrant/innen aus Afghanistan, dem Irak oder Syrien ausgegeben (2.267 EUR pro Kopf). Diese Unterschiede gehen zu einem erheblichen Teil auf das Durchschnittsalter der jeweiligen Bevölkerungsgruppe zurück.

Hätten alle dargestellten Gruppen dieselbe demografische Struktur, wären die Pro-Kopf-Kosten der türkischen Migrant/innen und der Migrant/innen aus EU-15- und EFTA-Ländern überdurchschnittlich hoch (4.745 EUR und 4.644 EUR). Beide Gruppen benötigen sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich

ABBILDUNG

Gesundheitsausgaben pro Kopf nach Leistungsbereichen 2019, nicht standardisiert



STAT: Krankenhäuser; TK: Tagesklinische Aufenthalte; PRA: Praktische Ärzt/innen; FA: Fachärzt/innen; SAMB: Spitalsambulanzen; ZA: Zahnärzt/innen; PHYS, PSYCH: Ambulante Therapien; AM: Arzneimittel; PZ: Pflege zu Hause; LBK: Laborleistungen, bildgebende Verfahren und Krankentransporte; HH: Heilbehelfe und Hilfsmittel
Quellen: Statistik Austria 2021, ATHIS 2019 und Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung, SHA; eigene Berechnungen

mehr Leistungen, die türkischen Migrant/innen fallen zudem durch einen erhöhten Arzneimittelkonsum auf. Alle anderen Bevölkerungsgruppen lägen am oder unter dem Ausgabendurchschnitt von 4.466 EUR pro Kopf im Jahr 2019.

Ungedeckter Bedarf wegen hoher Kosten ist in vielen Gruppen häufig

Zahnbehandlung sowie Hilfe bei psychischen Problemen sind grundsätzlich Leistungen der sozialen Krankenversicherung. Für beide Bereiche gilt jedoch, dass der Umfang der Leistungen und der Erstattungen beschränkt ist und dass einiges Wissen benötigt wird, um solche Erstattungen auch abzurufen. Für Migrant/innen übersteigen die Kosten von Zahnbehandlungen häufiger die finanziellen Mittel als für Menschen ohne Migrationshintergrund. Leistungen zur Milderung psychischer Probleme sind ebenfalls für viele zu teuer. Ausnahme sind Personen der Gruppe „Afghanistan, Irak und Syrien“, die möglicherweise

Angebote zur Traumabehandlung in Anspruch nehmen können.

Alle Migrant/innen haben eine hohe Meinung vom Gesundheitswesen

Obwohl der Gesundheitszustand sowie die soziale Lage für viele Migrant/innen oft schlechter ist als für Menschen mit österreichischen Wurzeln, ist die Zufriedenheit mit dem System gegeben. Am positivsten ist der Eindruck bei Migrant/innen aus Ex-Jugoslawien und Afghanistan, dem Irak und Syrien. In diesen Gruppen stimmten jeweils 76 % der Bevölkerung der Aussage zu, dass „das Gesundheitssystem im Großen und Ganzen recht gut funktioniert.“ Demgegenüber stimmen im Durchschnitt nur 58 % der Österreicher/innen ohne Migrationshintergrund dieser Aussage zu, 37 % sind der Meinung, dass es nur teilweise gut funktioniere, und 5 % denken, dass es von Grund auf neugestaltet werden müsse. In allen Gruppen sind Männer mit dem System zufriedener als Frauen.

Gleichzeitig vertiefte sich die gesundheitliche Ungleichheit

Hatten 2014 noch 80 % der österreichischen Bevölkerung einen guten oder sehr guten Gesundheitszustand, waren das im Jahr 2019 nur noch 76 %. Noch stärker ist der Rückgang bei den Menschen mit Migrationshintergrund aus den EU-13-Ländern (-7 Prozentpunkte) und Ex-Jugoslawien (-5 Prozentpunkte). Die bereits im Jahr 2014 bestehende gesundheitliche Ungleichheit hat sich somit zusätzlich vertieft. Die Auswertungen zeigen, dass die Krankheitslast bei Migrant/innen aus der Türkei und aus Ex-Jugoslawien hoch ist. So war beispielsweise der Anteil der Bevölkerung über 15 Jahre in den Privathaushalten mit mindestens einer chronischen Erkrankung für Migrant/innen aus der Türkei 2014 41 %, 2019 lag er bei 51 %. Die Krankheitslast in diesen Gruppen war – in Anbetracht ihrer jungen Altersstruktur – deutlich höher als im österreichischen Durchschnitt, der 2019 bei 37 % lag.

Türk/innen sind häufig krank, ihre Versorgung muss besser werden

Im Jahr 2019 lebten 282.817 Menschen mit türkischem Migrationshintergrund in Österreich. 43 % davon wurden in Österreich geboren. Obwohl sich die Bildungschancen für junge türkische Migrant/innen verbessert haben, dürfte niedrige Bildung über einen langen Zeitraum intergenerationell weitergegeben worden sein. Damit in Zusammenhang ist die Einkommenssituation, die Lebensqualität und die gesundheitliche Lage in dieser Gruppe vergleichsweise schlecht. Während 2019 österreichweit 77 % der Männer und 75 % der Frauen einen sehr guten oder guten Gesundheitszustand berichteten, waren es bei Frauen mit türkischem Migrationshintergrund nur 55 % und bei den Männern 58 %. Menschen in dieser Gruppe waren auch psychisch stärker belastet, sie litten an Bewegungsarmut und hatten einen hohen Grad an Fettleibigkeit, der über die Zeit zugenommen hat. Türkische Migrant/innen benötigen sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich mehr Leistungen, sie fallen zudem durch einen erhöhten Arzneimittelkonsum auf. Angesichts ihres schlechten Gesundheitszustands deuten diese Parameter auf Fehlversorgung hin. Stärkung der Gesundheitskompetenz und der kulturell sensiblen Sprachkompetenz der Gesundheitsdienste sind wichtige Bausteine für eine effektive gesundheitliche Versorgung.

Menschen aus Afghanistan, dem Irak und Syrien brauchen förderliche Bedingungen

Flüchtlinge aus Afghanistan, dem Irak und Syrien kamen vorwiegend zwischen 2014 und 2017 nach Österreich. Während der Wanderungssaldo von 2002 bis 2019 zwischen den EU-Staaten und Österreich rund 480.000 Personen betrug, ergab sich im selben Zeitraum für die Gruppe „Afghanistan, Irak und Syrien“ ein Plus von rund 103.000 Personen. Menschen aus dieser Gruppe klagen am häufigsten über ungedeckten Bedarf wegen zu hoher Kosten, insbesondere in Bezug auf Zahnbehandlung und ärztliche Behandlungen. Die Nachfrage nach Gesundheitsleistungen und die Kosten sind in dieser Gruppe meist unterdurchschnittlich. Dies könnte auf Unterversorgung hinweisen. Gleichzeitig war die Inanspruchnahme von Psycholog/innen, Psychiater/innen, Psychotherapeut/innen vor allem von Frauen im Vergleich zum Österreichdurchschnitt höher. Angesichts der jungen Altersstruktur in dieser Gruppe und ihrer gewaltvollen Erfahrung durch Krieg und Flucht weist dies auf einen bedarfsorientierten Einsatz von Mitteln hin.

Die Corona-Pandemie multipliziert die Herausforderungen

Die Studie betrachtet das Jahr 2019 mit Zeitvergleichen zu 2014. Sie zeigt, dass die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund Ergebnis ihrer sozialen Lage ist. Darüber hinaus bestehen wichtige andere Risikofaktoren, die im Gesundheitsverhalten und im effektiven Zugang zu Leistungen liegen. Zudem gibt es Hinweise auf Fehl- bzw. Unterversorgung. Aufgrund der Corona-Krise ist zu befürchten, dass sich die Lebensbedingungen vieler Bevölkerungsgruppen, darunter auch jene von Migrant/innen, verschlechtern. Deshalb ist es wichtig, die wachsende Zahl der Menschen mit Migrationshintergrund in Österreich gesundheitlich gut zu versorgen und ihre Bildungs- und Arbeitsmarktchancen besser zu fördern. Dies sind Grundbedingungen für gelungene Integration.

1 Einleitung und Zielsetzung

Die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund wird durch sozioökonomische, kulturelle und institutionelle Faktoren beeinflusst. So wirken sich hohe Arbeitslosigkeit und niedriger Bildungsgrad negativ auf die Lebenserwartung der betroffenen Bevölkerungsgruppen aus (Case & Deaton 2017). Mangelhafte Gesundheitskompetenz und Sprachdefizite von Migrant/innen sowie fehlende interkulturelle Kompetenz vonseiten der Gesundheitsanbieter erschweren den Zugang zu einer adäquaten gesundheitlichen Versorgung (Ganahl et al. 2016, Mayer 2010) und führen zu Über-, Unter- oder Fehlversorgung von Migrant/innen (Schouler-Ocak & Aichberger 2015).

Laut Statistik Austria lebten in Österreich im Jahr 2019 2,1 Mio. Menschen mit Migrationshintergrund. Davon waren rund 39 % Zuwander/innen aus dem ehemaligen Jugoslawien und der Türkei. Angehörige dieser Gruppe bewerten ihren eigenen Gesundheitszustand deutlich schlechter als Menschen ohne Migrationshintergrund oder Personen aus EU-27- oder EFTA-Ländern (Anzenberger et al. 2015). Zugleich nehmen sie das Präventionsangebot (Vorsorgeuntersuchungen, Impfungen) in geringerem Ausmaß wahr und sind größeren Gesundheitsrisiken ausgesetzt (Gönenç et al. 2011).

Seit einigen Jahren wird auf EU-Ebene die rechtliche Situation von Migrant/innen in den Mitgliedstaaten erhoben, dokumentiert und verglichen (MIPEX, Solano & Huddleston 2020). Der daraus resultierende Index gibt einen Überblick über die Rechte und Pflichten von Migrant/innen gemäß ihrem jeweils geltenden rechtlichen Status. Die rechtliche Gleichstellung von Menschen mit Migrationshintergrund mit der Mehrheitsbevölkerung in Bezug auf den Zugang zu Versorgung ist ein wesentlicher Baustein für die Verbindung zu den gesellschaftlichen Gepflogenheiten in Österreich. Im Vergleich mit anderen Rechtsmaterien zur Integration, wie beispielsweise Staatsbürgerschaft, schneidet Österreich unter den EU-15-Ländern im Bereich rechtlich gesicherter Zugang zu Gesundheit sehr gut ab.

Während es eine Reihe von Studien gibt, die sich mit der Lebenslage von Migrant/innen in Österreich auseinandersetzen (Kohlenberger et al. 2019a, Anzenberger et al. 2015, Waxenegger et al. 2019) fehlt bislang eine empirisch orientierte, systematische Zusammenschau der gesundheitlichen Lage von Migrant/innen in Verbindung

mit sozioökonomischen Einflussfaktoren und der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems. Dies trifft auch auf die Kosten der Versorgung zu.

Diese Studie schließt diese Lücke durch

- eine Auswertung von zwei Wellen der österreichischen Gesundheitsbefragung, 2014 und 2019,
- die Berechnung der Kosten für alle Bereiche des Gesundheitswesens und durch
- Vergleiche der Inanspruchnahme und der Kosten zwischen Herkunftslandgruppen.

Um Unterschiede im Angebot und in der Nachfrage zu erkennen, wurden Bevölkerungsgruppen nach Herkunftsländern gebildet (Abschnitt 3.2). Die Studie greift somit die Empfehlung auf, bestehende Erkenntnisse aus der Literatur mit empirischen Daten für Österreich zu analysieren (Gaiswinkler & Weigl 2019). Ein weiterer Aspekt in diesem Zusammenhang betrifft Unterschiede der Nachfrage und des Angebotes an Leistungen zwischen Männern und Frauen und innerhalb der Frauen. So zeigt sich beispielsweise, dass Frauen mit Migrationshintergrund gynäkologische Untersuchungen seltener in Anspruch nehmen als Frauen ohne Migrationshintergrund (Gönenç et al. 2011).

Da so eine Situation nur bedingt Chancengerechtigkeit gewährleistet und sie sich zudem negativ auf die gesamtwirtschaftliche Entwicklung auswirkt (Darvas et al. 2018), muss die Gestaltung von Integrationsmaßnahmen und die Inklusion der betroffenen Personengruppen durch aussagekräftige Daten und Lösungsansätze formiert werden.

Die Studie hat folgende Zielsetzungen:

- Verknüpfung der Inanspruchnahme von Leistungen und Kostendaten mit Aspekten des Gesundheitszustands
- Analyse institutioneller Rahmenbedingungen, um Barrieren zum Zugang aufzuzeigen

Die Studie hat 12 Abschnitte. Auf den Abschnitt zum Hintergrund folgt in Abschnitt 3 eine Zusammenfassung der Methode. Abschnitt 4 befasst sich mit der

Lebenslage von Migrant/innen unter Berücksichtigung ihrer sozialen Lage, ihres Gesundheitsverhaltens und der rechtlichen Voraussetzungen für ihre Inanspruchnahme von Leistungen. Abschnitt 5 analysiert vergleichend den Gesundheitszustand und die Prävalenz von chronischen Erkrankungen und zeigt Aspekte der Prävention. Einen Überblick über die Ressourcenausstattung des Gesundheitssystems in Österreich und der Qualität der Versorgung gibt Abschnitt 6. Eine vergleichende Analyse des ungedeckten Bedarfs, der Inanspruchnahme und der Kosten für Gesundheit steht im Zentrum von Abschnitt 7. Abschnitt 8 vertieft die empirische Analyse mithilfe von Länderporträts für Migrant/innen aus der Türkei und aus Afghanistan, dem Irak und Syrien. Dabei liegt der Fokus auf Unterschieden zwischen den Geschlechtern und auf Aspekten der psychischen Gesundheit. Abschnitt 9 präsentiert Empfehlungen, gefolgt von Tabellenanhängen in Abschnitt 11. Ausgewählte Literatur und ausgewählte Datenquellen finden sich in den Abschnitten 10 und 11.

2 Hintergrund

Laut IOM 2019 gehört Österreich zu den 20 wichtigsten Migrationsländern in Europa. Die Schweiz hatte 2019 den höchsten Bevölkerungsanteil an Migrant/innen¹ (29,9 %), gefolgt von Schweden (20 %) und Österreich (19,9 %). Die Literatur klassifiziert Österreichs Migrationspolitik als „assimilatorisch“ (Scholten et al. 2017). Die IOM 2019 definiert Assimilation als *„einen in eine Richtung gehenden politischen Ansatz zur Integration, bei dem eine ethnische oder soziale Gruppe die kulturellen Praktiken einer anderen ... annimmt. Assimilation beinhaltet die Übernahme von Sprache, Traditionen, Werte, Sitten und Verhaltensweisen, was dazu führen soll, dass die assimilierende Gruppe weniger sozial unterscheidbar von anderen Mitgliedern der aufnehmenden Gesellschaft wird.“*

Gesundheit ist eine Voraussetzung und ein Ergebnis erfolgreicher Migrations- und Integrationsprozesse (Trummer & Krasnik 2017). Insbesondere alternde Gesellschaften werden zunehmend von Immigration abhängig, um niedrige Geburtenraten zu kompensieren, die Arbeitsmarktnachfrage zu decken und die Wohlfahrtssysteme zu stützen.

Die geringere Nachfrage nach Gesundheitsleistungen der mehrheitlich jungen Migrant/innen wirkt zudem ausgabensenkend. So zeigen Bettin & Sacchi (2020) in ihrer Analyse, dass ein hoher Migrantenanteil in italienischen Regionen zu niedrigeren Gesundheitsausgaben führt. Außerdem sind neu ankommende Migrant/innen durch Selbstselektion bei der Migration tendenziell gesünder („healthy migrant effect“). Ihr Gesundheitszustand gleicht sich aber mit zunehmender Aufenthaltsdauer an die Bevölkerung im Aufenthaltsland an („healthy immigrant paradox“). Dies wird mit stressigerem Lebensstil erklärt, gepaart mit dem Fehlen von sozialen Kontakten und Sicherheitsnetzen. Auch der Lebensstil wie beispielsweise eine höhere Raucherprävalenz dürfte hier eine wichtige Rolle spielen (Constant et al. 2018).

Trummer & Krasnik (2017) sowie McKee & LSHTM (2019) empfehlen, dass global universeller Zugang zu Gesundheitsleistungen für alle Menschen gewährleistet sein sollte, unabhängig vom legalen Aufenthaltsstatus von Migrant/innen. Während irregulären Migrant/innen in einigen EU-Ländern eine breite Palette von Gesundheitsdienstleistungen geboten wird, steht ihnen in anderen EU-Staaten lediglich medizinische Notfallversorgung zu, obwohl diese Situation langfristig zu Mehrkosten führt (FRA 2015). Die Gesundheitsversorgung sollte Teil einer umfassenderen Strategie zur Integration von Flüchtlingen sein. Scholten et al. (2017) zeigen, dass die gesundheitliche Situation von Asylwerber/innen und Flüchtlingen ein Schlüsselfaktor in ihrem Integrationsprozess sein kann; gleichzeitig war dieser wichtige Aspekt der Integration in fast allen untersuchten Ländern, darunter Österreich, vernachlässigt.

Neben förderlichen rechtlichen Rahmenbedingungen für adäquaten Zugang der Migrant/innen zu Gesundheitsdiensten (Abschnitt 4.3) verfügt Österreich seit 2017 über zehn wichtige Gesundheitsziele, die eine ganzheitliche „Health in All Policies“-Strategie verfolgen (BMGF 2017). Die Gesundheitsziele sollen dazu

beitragen, dass die gesunde Lebenserwartung steigt. Zurzeit liegt Österreich mit dem Indikator „Gesunde Lebenserwartung“ im schwachen Mittelfeld Europas und diese ist im Vergleich zur Eurozone zwischen 2000 und 2016 auch langsamer gewachsen (EuroSTAT 2021). Gleichzeitig gibt es unerklärte Unterschiede in der gesunden Lebenserwartung zwischen den Bundesländern und den Geschlechtern. So konnte beispielsweise eine Frau in Tirol 2014 erwarten, dass sie 10 Jahre länger gesund lebt als eine Frau im Burgenland (Klimont & Klotz 2016). Daten auf Basis der Gesundheitsbefragung 2019 werden seitens Statistik Austria erst im Laufe 2021 vorgelegt. Unsere Auswertungen zeigen, dass sich der selbst berichtete Gesundheitszustand zwischen 2014 und 2019 insbesondere für Migrantengruppen verschlechterte (Abschnitt 5.1). Somit dürfte das ursprüngliche Ziel, die gesunde Lebenserwartung bis 2020 um 2 Jahre zu erhöhen, nicht erreicht worden sein. Umso mehr müsste der Fokus auf die Umsetzung von Maßnahmen zur Erreichung der Gesundheitsziele insbesondere für Migrant/innen gelegt werden.

2.1 Hürden im Zugang zu Gesundheitsversorgung

Faktoren, die den Zugang zu Leistungen behindern, haben meist eine Nachfrage- und eine Angebotsseite. Ausreichende und effektive Inanspruchnahme entsteht immer in einem Wechselspiel dieser beiden Aspekte. Wenn beispielsweise nachfrageseitig Sprachfähigkeiten und Gesundheitskompetenz von Migrant/innen den Zugang erschweren, kann angebotsseitig mit einem hohen Grad interkultureller Öffnung von Gesundheitsdienstleister/innen und Informationskampagnen zum Erwerb von Gesundheitskompetenz reagiert werden.

Kosten

Finanzielle Barrieren bestehen insbesondere für solche Migrantengruppen, die aufgrund eines fehlenden Aufenthaltsstatus nicht in der gesetzlichen Pflichtversicherung sind. Hollomey et al. (2014) unterscheiden zwischen

- temporären Migrant/innen, wie Saisonarbeiter/innen oder Student/innen,
- Arbeitslosen ohne Recht auf Arbeitslosenunterstützung,

- irregulären Migrant/innen oder irregulär angestellten Migrant/innen,
- Asylsuchenden, die aus dem Aufnahmesystem gefallen sind, und
- geschiedenen Eheleuten.

Ohne legalen Aufenthaltsstatus müssen alle Leistungen, abgesehen von Mutter-Kind-Untersuchungen, jährlichen Gesundenuntersuchungen, Krebsdiagnosen und Notfallmedizin, in vollem Umfang selbst bezahlt werden. Die daraus resultierende fehlende Inanspruchnahme kann zu hohen Folgekosten für das Gesundheitssystem und die Gesellschaft führen (Seidler et al. 2019).

Menschen, die in einem offenen Asylverfahren stehen, sind zwar über die Grundversorgung versichert. Durch die fehlende Arbeitserlaubnis verfügen sie aber über sehr geringe finanzielle Mittel, was die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen erschwert (Chiarenza et al. 2019).

Für die Mehrheit der österreichischen Migrant/innen mit legalen Aufenthaltsstatus bestehen finanzielle Barrieren insbesondere bei Zahnmedizin, psychotherapeutischem Angebot, Physiotherapie, Therapien für Kinder mit Behinderungen und In-Vitro-Fertilisation (Hollomey et al. 2014, Kohlenberger et al. 2019b, Weigl & Gaiswinkler 2019). Migrant/innen mit niedrigem Einkommen haben tendenziell wenig Gesundheitskompetenz (Ganahl et al. 2016), sie nehmen ihren Gesundheitszustand häufiger als schicksalhaft und damit unabhängig von ihrem eigenen Verhalten wahr (Mayer 2010) und werden von Gesundheitsförderungsmaßnahmen schlechter erreicht (Weigl & Gaiswinkler 2016).

Sprache

Ist die Kommunikation zwischen dem Patienten/der Patientin und dem Gesundheitspersonal nicht oder nur eingeschränkt möglich, leidet die Behandlungsqualität. Migrant/innen berichten häufig über Probleme, muttersprachliche Ärzt/innen im niedergelassenen Bereich zu finden (Ganahl et al. 2016). Speziell bei psychischen Problemen fehlt oft das muttersprachliche Angebot (Ganahl et al. 2016, Weigl & Gaiswinkler 2019). Aufgrund der besseren Verfügbarkeit von Dolmetscher/innen werden häufiger Spitalsambulanzen aufgesucht (Anzenberger 2015). Eine Information, wie flächendeckend Dolmetscher/innen mittlerweile – auch im niedergelassenen Sektor – im Einsatz sind, liegt nicht aktuell vor. Geringe Deutschkenntnisse führen zu einem Mangel an Informationen über Ansprüche und Angebot, niedrigem

¹ Laut der verwendeten Definition sind Migrant/innen Personen, die im Ausland geboren wurden. Migrant/innen zweiter Generation sind somit nicht enthalten.

Vertrauen gegenüber Gesundheitsdienstleister/innen und niedriger Inanspruchnahme von Präventions- und Rehabilitationsmaßnahmen (Hollomey et al. 2014). Trummer & Novak-Zezula (2019) weisen etwa auf die Schwierigkeiten hin, die die 76.000 in Österreich lebenden ehemaligen „Gastarbeiter/innen“ über 65 Jahre aus der Türkei und Ex-Jugoslawien im Umgang mit Bürokratie und öffentlichen Institutionen haben. Trotz ihrer langen Aufenthaltsdauer verfügen sie über schlechte Sprachkenntnisse und wenig Gesundheitskompetenz.

Information

Das österreichische Gesundheitssystem setzt auf Eigeninitiative. Wenn also ein Angebot nicht bekannt ist, wird es auch nicht in Anspruch genommen. Fehlende Informationen zum verfügbaren Gesundheitsangebot können auf Unterschiede der Gesundheitssysteme im Herkunfts- und Aufnahmeland und mangelnde Sprachkenntnisse zurückzuführen sein (Anzenberger 2015). Weigl & Gaiswinkler (2019) weisen zum Beispiel auf Wissenslücken zum Angebot von Psychotherapie von Migrant/innen aus Afghanistan, Somalia, Syrien und der Türkei hin. Niedrige Gesundheitskompetenz – im Sinne eines Systemverständnisses – ist vor allem bei Migrant/innen mit niedrigem Einkommensniveau zu beobachten (Gahnal et al. 2016).

Die Verbreitung von gesundheitsrelevanten Inhalten über Medienkanäle, die von Migrant/innen wenig genutzt werden, sowie ein generelles Misstrauen gegenüber staatlichen Einrichtungen erschweren den Zugang zu Informationen zusätzlich (Perlot & Filzmaier 2021). Menschen mit Migrationshintergrund werden mit den herkömmlichen Gesundheitsförderungsmethoden kaum erreicht. In Österreich wird daher mit maßgeschneiderten Projekten versucht, Gesundheitswissen an Migrant/innen zu vermitteln (Weigl & Gaiswinkler 2016).

Geschlecht und Kultur, Diskriminierung und kulturelle Kompetenz der Gesundheitsanbieter

Das gesundheitliche Angebot muss kulturell auf Migrant/innen abgestimmt sein. Geschieht dies nicht, werden Arztkontakte vermieden, Krankheiten nicht erkannt und schlagen Behandlungen fehl. Häufig überlagern sich kulturelle Barrieren mit unterschiedlichen Geschlechterrollen. Frauen mit türkischem Migrationshintergrund wünschen sich häufig mehr gleichgeschlechtliche Ärztinnen, speziell

Gynäkologinnen (Ganahl et al. 2016, Hollomey et al. 2014). Es ist wahrscheinlich, dass die Inanspruchnahme von Screening-Programmen mit der breiten Verfügbarkeit von Gynäkologinnen zusammenhängt. Kessing et al. (2013) führen die geringe Teilnahme von Migrantinnen bei Brustkrebs-Screening-Programmen in Dänemark, entgegen der gängigen Theorie, nicht auf fehlendes Wissen zurück. Vielmehr treten die eigenen Bedürfnisse hinter die Sorgen um Freund/innen und Verwandte im Herkunftsland, finanzielle Verantwortung für diese und Probleme bei der Lebensbewältigung zurück. Klassische Maßnahmen zur Steigerung der Gesundheitskompetenz zeigen somit keine Wirkung. Gleichzeitig entwickeln Frauen eher Strategien, Hilfe und Unterstützung zu suchen als Männer, weil Gesundheit in vielen Fällen traditionell als Frauenaufgabe verstanden wird (Weigl & Gaiswinkler 2019).

Darüber hinaus spielt Kultur für das Krankheits- bzw. Gesundheitsverständnis eine bedeutende Rolle. Krankheit wird vielfach als etwas „von außen“ Kom mendes beschrieben, das in keinem ursächlichen Zusammenhang mit dem eigenen Verhalten steht. Dadurch gibt es z. B. weniger Verständnis für Prävention (Mayer 2010). Besonders psychotherapeutische Behandlungen sind ohne kulturelle Kompetenz der Therapeut/innen nur schwer möglich. So kann eine grundsätzlich andere Vorstellung von psychischen Erkrankungen eine korrekte Diagnose behindern. Fehlendes Wissen über die Kultur, beispielsweise über die Bedeutung der Familie der Patient/innen, können Behandlungserfolge gänzlich verhindern (Schouler-Ocak & Aichberger 2015, Weigl & Gaiswinkler 2019).

Patient/innen mit Migrationshintergrund berichten öfter von schlechten Erfahrungen bei Gesprächen mit Ärzt/innen oder Pflegepersonal, etwa geringere Wertschätzung, als Patient/innen ohne Migrationshintergrund (Ganahl et al. 2016). Fehlende interkulturelle Kompetenz, Vorbehalte gegenüber Migrant/innen und Diskriminierung durch in den Gesundheitsberufen Tätige senken die Versorgungsqualität und schwächen das Vertrauen in das österreichische Gesundheitssystem (Mayer 2010). Gleichzeitig bedeutet die Betreuung von Menschen mit Migrationshintergrund für das Gesundheitspersonal eine zusätzliche Belastung. Oft führt dabei der kulturell bedingte geringere Stellenwert von Frauen zu Konflikten zwischen männlichen Migranten, deren Partnerinnen und dem weiblichen Gesundheitspersonal (Trummer & Novak-Zezula 2017).

2.2 Bevölkerung und Altersstruktur

Es gibt mehrere Möglichkeiten, Migrationshintergrund zu definieren. Das Merkmal der Staatsangehörigkeit, das häufig in administrativen Datensätzen ausgewiesen wird, eignet sich nur beschränkt, da der Migrantensstatus endet, sobald die rechtlichen Voraussetzungen nicht mehr gegeben sind (Schenk et al. 2006). Der Migrationshintergrund in dieser Studie orientiert sich an der Definition der UNECE (2006) und bedeutet, dass beide Elternteile im Ausland geboren sind; dies umfasst Migrant/innen erster und zweiter Generation.

Für das Herkunftsland gilt darüber hinaus, dass das Geburtsland der Mutter für die Zuordnung angewendet wird, falls die Eltern aus unterschiedlichen Ländern kommen. Sämtliche Analysen dieser Studie werden für die in Tabelle 1 definierten Gruppen vorgenommen (Abschnitt 3).

2019 lebten in Österreich 2,07 Mio. Migrant/innen oder knapp 24 % der gesamten Bevölkerung. Davon waren etwa 1,0 Mio. Männer und 1,06 Mio. Frauen. Der Anteil

der Männer in den Gruppen schwankt zwischen 49 % für in Österreich geborene Menschen und 61 % für jene, die aus Afghanistan, dem Irak oder Syrien kamen, gefolgt von der Türkei mit einem Männeranteil von 53 %. Der Männeranteil der Menschen, die aus EU-13-Ländern und Ländern wie China, Indien, der Ukraine, Russland und Subsahara-Afrika kamen, war mit 46 % am niedrigsten.

Zwischen 2014 und 2019 stieg die Bevölkerung in Privathaushalten um 4 % oder um 301.655 Personen von 8,4 auf 8,7 Mio. Personen. Die Anzahl der Migrant/innen stieg im selben Zeitraum um 21 % oder 355.535 Personen, mit sichtbaren Zuwächsen in der Gruppe EU-13 und Afghanistan, Irak und Syrien. Somit ist der Anteil der Migrant/innen an der gesamten Bevölkerung von 20,0 % auf 23,3 % gestiegen (Abbildung 1).

Die Gruppe mit dem größten Anstieg war EU-13 (+1,2 Prozentpunkte), jene mit den kleinsten Veränderungen war die Gruppe Türkei (+0,1 Prozentpunkte).

Während der Anteil 65+ in der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund 2019 bei 21 % lag, betrug er in der Gruppe „Afghanistan, Irak und Syrien“ nur 2 %. Korrespondierend dazu sind Kinder bis 14 Jahre mit 33 % in dieser Gruppe besonders häufig vertreten

TABELLE 1
Die Bevölkerung Österreichs in Privathaushalten 2019

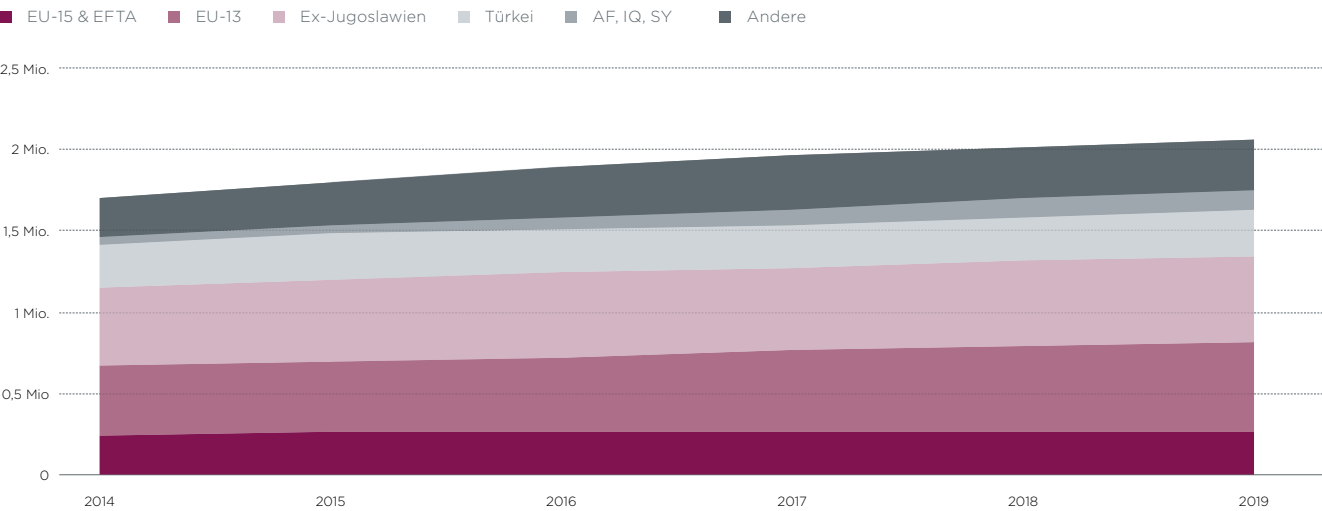
Migrationshintergrund nach Herkunftsland der Mutter	Männer	Frauen	Gesamt	% Männer	% Frauen
kein Migrationshintergrund	3.278.999	3.367.597	6.646.596	49 %	51 %
Migrationshintergrund	1.009.578	1.060.555	2.070.133	49 %	51 %
EU-15- und EFTA-Länder (ohne Österreich)	133.593	142.530	276.123	48 %	52 %
EU-13 (Beitrittsländer ab 2004)	251.469	297.462	548.931	46 %	54 %
Ex-Jugoslawien (ohne Kroatien und Slowenien)	259.029	272.527	531.556	49 %	51 %
Türkei	150.538	132.279	282.817	53 %	47 %
Afghanistan, Irak, Syrien	76.203	49.722	125.925	61 %	39 %
Andere (z. B. CN, IN, RU, UA etc.)	138.746	166.035	304.781	46 %	54 %
Österreich gesamt	4.288.577	4.428.152	8.716.729	49 %	51 %
Jahresdurchschnittsbevölkerung (inkl. Anstaltsbevölkerung)	4.367.291	4.510.346	8.877.637	49 %	51 %

Quellen: Statistik Austria 2021, Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung; eigene Berechnungen

ABBILDUNG 1

Menschen mit Migrationshintergrund in Österreich

Entwicklung der österreichischen Bevölkerung in den Privathaushalten mit Migrationshintergrund

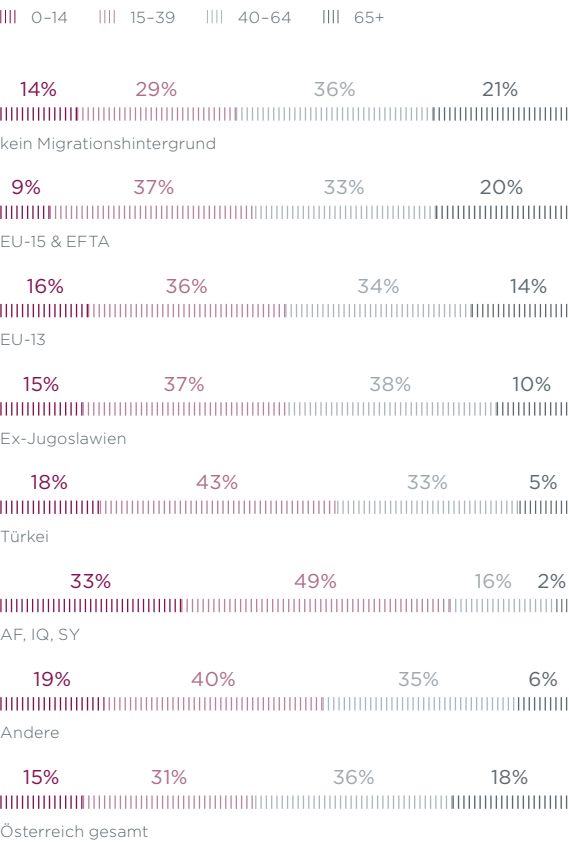


Quellen: Statistik Austria 2021, Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung; eigene Berechnungen

ABBILDUNG 2

Altersstruktur, nach Migrationshintergrund

Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten nach Altersgruppen 2019

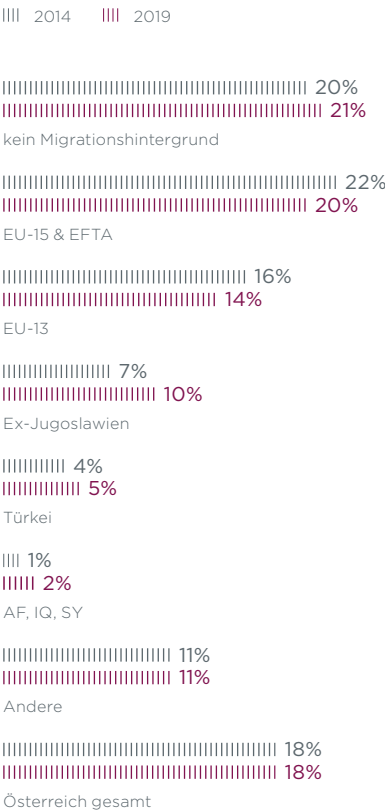


Quellen: Statistik Austria 2021, Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung; eigene Berechnungen

ABBILDUNG 3

Entwicklung der älteren Bevölkerung, nach Migrationshintergrund

Anteil der Bevölkerung in Privathaushalten über 65 Jahre 2019



Quellen: Statistik Austria 2021, Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung; eigene Berechnungen

(Abbildung 2). Die Altersstrukturunterschiede zwischen den Bevölkerungsgruppen sind groß. Daher wurden in den nachfolgenden Auswertungen altersstandardisierte Werte berechnet, wenn nicht anders bezeichnet.

Der Anteil der Personen über 65 Jahre schwankt mit dem Migrationshintergrund. Die türkische Bevölkerung in Österreich und die mehrheitlich neu zugewanderten Menschen aus Afghanistan, dem Irak und Syrien waren im Jahr 2019 deutlich jünger als die österreichische Gesamtbevölkerung in den Privathaushalten (Abbildung 3). Der Anteil der Bevölkerung über 65 Jahre ohne Migrationshintergrund ist seit 2014 von 20 % auf 21 % gestiegen. Insgesamt blieb der Wert aber relativ konstant bei 18 %, unter anderem aufgrund des Zustroms junger Migrant/innen.

Hohes Alter geht mit einem schlechteren Gesundheitszustand einher. Bei Vergleichen des Gesundheitszustandes oder der Inanspruchnahme von Leistungen zwischen den definierten Gruppen müssen deshalb Unterschiede in der Altersstruktur berücksichtigt werden (siehe Abschnitt 3).

Prognosen gehen davon aus, dass sich die Zahl der in Österreich lebenden Migrant/innen erster Generation von 1.765.311 Personen im Jahr 2020 auf 2.387.326 Personen im Jahr 2050 erhöhen wird.² Das entspricht einem Zuwachs von 35 %. Je größer die Zahl der Migrant/innen in einem Land, desto größer ist ihr Gewicht bei sozialen und gesundheitlichen Indikatoren auf Ebene der Gesamtbevölkerung.

² Statistik Austria: Bevölkerungsstatistik, http://statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/index.html (Zugriff am 6.4.2021). Eine Bevölkerungsprognose für die Migrant/innen zweiter Generation lag nicht vor, demnach können keine Aussagen über die Entwicklung der Bevölkerung nach Migrationshintergrund laut der von uns verwendeten Definition gemacht werden.

3 Methode

3.1 Migrationshintergrund

In dieser Studie wird auf die Definition für Migrationshintergrund der UNECE zurückgegriffen (UNECE 2006). Migrationshintergrund haben demnach in Österreich lebende Personen, wenn beide Elternteile im Ausland geboren wurden. Ist ein Elternteil im Inland geboren oder sind nur die Großeltern im Ausland geboren, hat eine Person keinen Migrationshintergrund. Auch rechtliche Eigenschaften wie Staatsbürgerschaft oder Aufenthaltsstatus spielen keine Rolle.

Explizit in dieser Definition enthalten sind

- Migrant/innen erster Generation, die selbst im Ausland geboren wurden, und
- Migrant/innen zweiter Generation, die in Österreich geboren wurden.³

Das Herkunftsland wird in Fällen, in denen die Elternteile nicht im selben Land geboren wurden, durch das Geburtsland der Mutter bestimmt.

3.2 Stratifizierung und Datenlage

Die Auswertungen in dieser Studie werden für die folgenden Migrationshintergrund-Gruppen vorgenommen (vgl. Anhang 1). Zur Beschreibung werden Länder-Codes nach ISO 3166 (Alpha 2) verwendet:

- kein Migrationshintergrund: Das sind Personen mit Aufenthalt in Österreich, von denen zumindest ein Elternteil in Österreich geboren wurde.

- EU-15- und EFTA-Länder (ohne Österreich): Das sind BE, DE, DK, EL, ES, FI, FR, IE, IT, LU, NL, PT, SE, UK sowie CH, IS, LI und NO.
- EU-13: Das sind BG, CY, CZ, EE, HR, HU, LT, LV, MT, PL, RO, SI und SK.
- Ex-Jugoslawien: Das sind alle Länder des ehemaligen Jugoslawien, so sie nicht zu den EU-13-Ländern gehören, also BA, ME, MK, RS und XK.
- TR
- AF, IQ und SY

Zudem wird nach Geschlecht und vier Altersgruppen, nämlich 0–14 Jahre, 15–39 Jahre, 40–64 Jahre und 65+ unterschieden.

Die Studie unterscheidet nicht zwischen „Arbeitsmigrant/innen“ und jenen, die wegen Krieg oder Verfolgung Schutz in Österreich finden. Die Gruppenbildung legt nahe, dass viele Menschen aus den EU-15- und EFTA-Ländern und teilweise aus EU-13-Ländern den „Arbeitsmigrant/innen“ zuzurechnen sind. Sie sind jedoch keine Arbeitsmigrant/innen im engeren Sinn, ihr Status ist durch die Personenfreizügigkeit in der EU bestimmt. Historisch kamen „Arbeitsmigrant/innen“ vorwiegend aus der Türkei und aus Ex-Jugoslawien. Während die Schutzsuche der Menschen aus den anderen Gruppen vielfach auf Verfolgung und Krieg in den Herkunftsländern zurückgeführt werden kann, ist die Migration aus Ex-Jugoslawien wahrscheinlich eine Mischung aus „Arbeitsmigration“ und Schutzsuche.

Bevölkerungsdaten

Daten zur Jahresdurchschnittsbevölkerung in den Privathaushalten wurden in der genannten Stratifizierung für die Jahre 2014 bis 2019 entgeltlich von Statistik Austria zur Verfügung gestellt. Sie stammen aus

TABELLE 2
Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Österreich

Bevölkerung in Privathaushalten 2019

Migrationshintergrund nach Herkunftsland der Mutter	Absolut	Anteil an Österreich Gesamt (%)	Veränderung zu 2014 in %-Punkten
kein Migrationshintergrund	6.646.596	76 %	-3,4 %
Migrationshintergrund	2.070.133	24 %	+3,4 %
EU-15- und EFTA-Länder (ohne Österreich)	276.123	3 %	+0,3 %
EU-13 (Beitrittsländer ab 2004)	548.931	6 %	+1,2 %
Ex-Jugoslawien (ohne Kroatien und Slowenien)	531.556	6 %	+0,2 %
Türkei	282.817	3 %	+0,1 %
Afghanistan, Irak, Syrien	125.925	1 %	+1,1 %
Andere (z. B. CN, IN, RU, UA etc.)	304.781	3 %	+0,5 %
Österreich gesamt	8.716.729	100 %	+0,0 %
Jahresdurchschnittsbevölkerung (inkl. Anstaltsbevölkerung)	8.877.637		

Quellen: Statistik Austria 2021, Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung; eigene Berechnungen

der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung. Im Jahr 2019 lebten 8.716.729 Personen in den österreichischen Privathaushalten. Nicht in diesen Daten enthalten ist die Anstaltsbevölkerung, also jene Personen, die in Pflegeheimen, Gefängnissen, Asylunterbringungen etc. leben. Auf die österreichische Gesamtbevölkerung (8.877.637⁴ Personen) fehlen somit 160.908 Personen (Tabelle 2).

Gesundheitsbefragungen, ReHIS

Im vorliegenden Bericht wird in erster Linie die Gesundheitsbefragung 2019 (ATHIS 2019) ausgewertet. Dort wo möglich werden Zeitvergleiche mit der Gesundheitsbefragung von 2014 angestellt. Ein Vergleich mit der Gesundheitsbefragung 2006 war aufgrund der Datenbeschaffenheit nicht möglich (Tabelle 3).

Um die Vergleichbarkeit der Daten festzustellen, wurden die drei Gesundheitsbefragungen sowie der Refugee Health and Integration Survey (ReHis, Kohlenberger 2019, vgl. Kohlenberger et al. 2019a) systematisch gegenübergestellt (Tabelle 3). Eine ausreichende

Vergleichbarkeit der Daten war gegeben, wenn die Stichprobe nach den definierten Migrantengruppen differenziert werden konnte und wenn Fragen identisch zu ATHIS 2019 waren. Vergleiche waren nur eingeschränkt möglich, wenn Fragestellungen zwar inhaltlich ähnlich waren, aber Unterschiede bei der Formulierung oder der Form des generierten Datenmaterials bestanden. Eine detaillierte Version dieser Tabelle findet sich in Anhang 2.

Die ATHIS-Kinderfragebögen 2019 und 2014, die Informationen über Personen zwischen 0 und 18 Jahren enthalten, wurden nur im Zuge der Kostenschätzungen ausgewertet. Der Migrationshintergrund der Kinder wird über das Geburtsland jenes Elternteils bestimmt, der den Hauptfragebogen ausgefüllt hat.⁵ Sämtliche Auswertungen, abgesehen von den Kostenschätzungen, beziehen sich auf die Bevölkerung über 15 Jahre.

Im Datensatz der Gesundheitsbefragung 2019 waren das Geburtsland der Mutter und das Geburtsland des Vaters standardmäßig enthalten. Eine entsprechende Information für die Gesundheitsbefragung 2014 wurde uns freundlicherweise auf Anfrage von Statistik Austria zur Verfügung gestellt.

3 Für bestimmte Fragestellungen könnte es durchaus wünschenswert sein, Auswirkungen der Migration auch auf spätere Generationen zu überprüfen. Das war aufgrund der Datenlage aber nicht möglich.

4 Statistik Austria, Bevölkerungsstatistik, siehe https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/index.html (Zugriff am 3.4.2021)
5 Da auch das Geburtsland des Vaters bestimmend für die Herkunft sein kann, stellt das eine Abweichung von der üblichen Definition des Migrationshintergrundes dar.

TABELLE 3

Inhalt der Gesundheitsbefragungen

Vergleichbarkeit mit der Gesundheitsbefragung 2019

x vergleichbar p Vergleich problematisch – nicht vergleichbar

Fragenkategorie	Vergleich „nach Migrationshintergrund“ für definierte Gruppen möglich		Vergleichs-möglichkeiten eingeschränkt	Zusatzinformation für AF, IQ, SY
	ATHIS 19	ATHIS 14	ATHIS 06	ReHIS
Subjektiver Gesundheitszustand	x	x	x	x
Chronische Krankheiten	x	x	p	–
Präsentismus	x	x	–	–
Einschränkungen bei Tätigkeiten des alltäglichen Lebens	x	x	p	–
Schmerzen	x	x	–	x
Psychische Gesundheit	x	x	–	x
Inanspruchnahme	x	x	p	p
Zufriedenheit mit Gesundheitsleistungen	x	–	–	–
Prävention	x	x	p	–
Ungedeckter Bedarf	x	x	–	x
Gesundheitsdeterminanten	x	x	p	–
Informelle Pflegeleistungen	x	x	–	–
WHO Quality of Life	x	x	x	–
Beruf, Einkommen, Haushalt	x	x	p	–

Quellen: Statistik Austria 2021, ATHIS 2006, 2014 und 2019, Kohlenberger 2019; eigene Darstellung

Stichprobe und Bevölkerung

Zwischen den Stichproben der beiden Gesundheitsbefragungen 2014 und 2019 gibt es im Hinblick auf die von uns definierten Migrantengruppen große Qualitätsunterschiede. Zum einen war die Zahl der Befragten mit Migrationshintergrund 2019 größer. Im Jahr 2014 hatten 1.503 oder 9,5 % der Befragten einen Migrationshintergrund, 2019 waren das 2.409 Personen oder 15,6 % der gesamten Stichprobe (Tabelle 4). Zum anderen ist die Altersstruktur der Migrantengruppen bei ATHIS 2019 repräsentativ für die Bevölkerung. Bei ATHIS 2014 ist das nur teilweise der Fall: So sind türkische Befragte im Schnitt viel jünger als die türkische Bevölkerung.⁶

6 In der Gesundheitsbefragung 2014 wurde nur eine türkische Person über 65 Jahre befragt. Das sind 1,2 % der Befragten mit türkischem Migrationshintergrund. Tatsächlich macht die Gruppe über 65 Jahre aber 4,3 % der türkischen Bevölkerung in den Privathaushalten 2014 aus.

3.3 Hochrechnung auf die Bevölkerung

Um auf Basis der Stichprobe Aussagen über die Gesamtbevölkerung über 15 Jahre machen zu können, werden im Datensatz der Gesundheitsbefragung Gewichte zur Verfügung gestellt. Diese legen anhand verschiedener Kriterien fest, wie viele Personen durch eine Beobachtung in der Bevölkerung repräsentiert werden. Da eine Auswertung der Gesundheitsbefragung nach den von uns festgelegten Gruppen nicht intendiert ist, würde die Verwendung der ATHIS-Gewichte zu Verzerrungen führen.

Wir rechnen die Ergebnisse aus der Gesundheitsbefragung mit einem eigenen Verfahren auf die Gesamtbevölkerung bzw. die Bevölkerung in den Migrantengruppen hoch. Im Folgenden wird dieses Verfahren

TABELLE 4

Stichprobe der Gesundheitsbefragung 2019

ATHIS-Stichprobe nach Alter, Geschlecht und Migrationshintergrund 2019

Migrationshintergrund nach Herkunftsland der Mutter	männlich			weiblich			Gesamt
	15–39	40–65	65+	15–39	40–65	65+	
kein Migrationshintergrund	1.802	2.652	1.646	1.996	2.955	2.001	13.052
EU-15- und EFTA-Länder	58	83	49	74	113	77	454
EU-13	93	117	42	149	157	72	630
Ex-Jugoslawien	131	102	34	154	125	21	567
Türkei	89	68	7	89	56	13	322
Afghanistan, Irak, Syrien	43	18	2	26	12	0	101
Andere	67	45	18	100	92	13	335
Österreich gesamt	2.283	3.085	1.798	2.588	3.510	2.197	15.461

Quellen: Statistik Austria 2021, ATHIS 2019; eigene Berechnungen

für das Jahr 2019 beschrieben, die Berechnungen für 2014 sind analog dazu.

Für die Hochrechnung wurden kategorische Ergebnisse zunächst immer auf eine einzige Kategorie gebracht. Beispielsweise wurden beim subjektiven Gesundheitszustand, der die fünf Kategorien „sehr gut“, „gut“, „mittelmäßig“, „schlecht“, „sehr schlecht“ enthält, die ersten beiden Kategorien auf eine zusammengezogen und die verbleibenden Kategorien nicht berücksichtigt. Gezählt werden also Personen, die einen sehr guten oder guten subjektiven Gesundheitszustand aufweisen. Bei Werten, die aufsummiert werden können, wie etwa die Zahl der Arztbesuche in den letzten 4 Wochen, ist dieser Schritt nicht nötig.

Jeder Indikator wurde nach Altersgruppe (a), Geschlecht (g) und Migrantengruppe (m) aus ATHIS abgefragt und durch die Zahl der Befragten in der jeweiligen Gruppe dividiert, um – je nach inhaltlicher Dimension – die Prävalenz, die durchschnittliche Zahl der Tage oder der Personen oder die durchschnittliche Häufigkeit eines Ereignisses zu erhalten.

Ausprägung_{agm} = $\frac{\sum_{i=1}^n \text{Wert}_{agmi}}{\text{Stichprobe}_{agm}}$,

wobei $i \in N$, die Zahl der Befragten in der jeweiligen Alters-, Geschlechts- und Migrantengruppe in der Stichprobe ist (Tabelle 4).

In der Gruppe AF, IQ, SY gibt es sowohl in der Gesundheitsbefragung als auch in der österreichischen Bevölkerung nur wenige Menschen über 65 Jahre. In ATHIS 2019 fallen nur 2 Personen in diese Gruppe, was bei der Umrechnung von Auswertungen auf die Gesamtbevölkerung aus Afghanistan, dem Irak und Syrien unproblematisch ist, da die über 65-Jährigen hier ebenfalls eine kleine Gruppe darstellen.⁷ Probleme treten auf, wenn Auswertungen standardisiert werden. Da die Gruppe 65+ in der österreichischen Gesamtbevölkerung von 2019 wesentlich bedeutender ist⁸, sind standardisierte Werte für die Gruppe AF, IQ, SY stärker zufallsbelastet. Die Antworten einer sehr kleinen Zahl von Befragten würden sozusagen einen sehr großen Anteil der standardisierten Gesamtwerte der Gruppe AF, IQ, SY bestimmen. Aus diesem Grund werden Ausprägungen der Männer sowie der Frauen dieser Gruppe durch die jeweiligen Werte der österreichischen Männer bzw. Frauen gesamt ersetzt. Vereinfachend wird also angenommen, dass Personen über 65 Jahre aus der Gruppe AF, IQ, SY beispielsweise denselben Gesundheitszustand aufweisen wie die österreichische Gesamtbevölkerung über 65 Jahre.

7 Die über 65-Jährigen machen 2 % in der Stichprobe und 2,7 % in der Bevölkerung aus Afghanistan, dem Irak und Syrien aus.
8 Die über 65-Jährigen machen in Österreich 22 % der Bevölkerung aus.

Ähnlich dazu werden Ausprägungen der türkischen Männer über 65 durch die Ausprägung für alle türkischen Migrant/innen in dieser Altersgruppe ersetzt. Etwaige Geschlechtsunterschiede treten durch dieses Vorgehen zwar weniger deutlich hervor, im Gegenzug sinkt die Gefahr, dass das Ergebnis allzu sehr von Ausreißern beeinflusst ist.

Werden die gruppenspezifischen Ausprägungen nun mit der jeweiligen Bevölkerungszahl multipliziert und anschließend durch die Bevölkerungszahl in dieser Migrantengruppe dividiert, ergibt das die Prävalenz oder Häufigkeit einer Krankheit oder eines anderen Merkmals in der jeweiligen Gruppe.

$$\text{Prävalenz, Häufigkeit, etc.}_m = \frac{\sum_{a=1}^3 \cdot \sum_{g=0}^1 (Ausprägung_{agm} \cdot Bevölkerung_{agm})}{Bevölkerung_m},$$

Standardisierung

Ergebnisse der Gesundheitsbefragungen wurden, wo vermerkt, nach Geschlecht und Alter standardisiert. Als Standardbevölkerung fungiert die österreichische Jahresdurchschnittsbevölkerung in den Privathaushalten älter als 15 Jahre aus dem Jahr 2019.

Im Wesentlichen ist die Berechnung der standardisierten Prävalenzen oder Häufigkeiten in der Bevölkerung identisch zur Hochrechnung auf die Bevölkerung, wobei Ausprägungen nun mit der österreichischen Gesamtbevölkerung der jeweiligen Geschlechts- und Altersgruppen multipliziert werden anstatt mit der Bevölkerung der Migrantengruppe.

$$\text{standard. Prävalenz, Häufigkeit, etc.}_m = \frac{\sum_{a=1}^3 \cdot \sum_{g=0}^1 (Ausprägung_{agm} \cdot Bevölkerung_{ag0})}{Bevölkerung_0},$$

3.4 Berechnung der Kosten

Ausgabenprofil 2019

Ausgangspunkt für die Berechnung der Gesundheitsausgaben für einzelne Migrantengruppen war das SHA-Ausgabenprofil von 2014. Das Profil gliedert die persönlichen laufenden Gesundheitsausgaben des Jahres 2014 nach 5-jährigen Altersgruppen, Geschlecht und sieben Ausgabenbereichen:

- stationär
- tagesklinisch
- ambulant
- Pflege zu Hause
- Labordienste, bildgebende Verfahren und Krankentransporte
- Arzneimittel
- Heilbehelfe und Hilfsmittel

Von diesem Profil gibt es keine aktuellere Version, weshalb es auf die Ausgaben im Jahr 2019 umgelegt werden musste. Dafür wurden zunächst Pro-Kopf-Ausgaben mittels Division durch die Bevölkerung 2014 nach 5-jährigen Altersgruppen, Geschlecht und Ausgabenkategorie ermittelt. Die Ausgaben jeder Subgruppe wurden mit der entsprechenden (Gesamt-)Bevölkerung aus dem Jahr 2019 multipliziert und für die Bereiche aufsummiert. Anschließend wurde das Profil für jede Ausgabenkategorie mit einem Faktor multipliziert, um auf das tatsächliche Ausgabenniveau 2019 zu kommen.

Im nächsten Schritt wurden diese Ausgaben auf vier Altersgruppen zusammengezogen (0-14 Jahre, 15-39 Jahre, 40-64 Jahre und 65+ Jahre) und durch die jeweilige (Gesamt-)Bevölkerung dividiert. Anschließend wurde das ambulante Ausgabenprofil in fünf ambulante Leistungsbereiche aufgesplittet.

Die Ausgaben wurden nach dem Anteil des jeweiligen Bereichs an den gesamten ambulanten Ausgaben 2019 verteilt⁹:

- Praktische Ärzt/innen (19 %)
- Fachärzt/innen (19 %)
- Zahnärzt/innen (21 %)
- Spitalsambulanzen (30 %)
- Physiotherapeut/innen und Psychotherapeut/innen (11 %)

Das gewonnene Ausgabenprofil 2019 wird in Tabelle 5 gezeigt.

Verknüpfung der Inanspruchnahme mit den Kosten

Die Berechnung der Gesundheitsausgaben nach Migrationshintergrund hat Ähnlichkeit mit der

9 Nicht berücksichtigt wurden dabei Ausgaben für Ambulanzen/Gesundheitszentren (HP.3.3) und restliche ambulante Ausgaben. Die Ausgaben dieser beiden Bereiche in Höhe von 1,6 Mrd. EUR wurden aliquot auf die genannten ambulanten Bereiche aufgeteilt.

TABELLE 5

Ausgabenprofil 2019

Kalkulierte Pro-Kopf-Ausgaben nach Alter und Geschlecht 2019

Ausgabenkategorien nach System of Health Accounts	Ausgaben in EUR, männlich				Ausgaben in EUR, weiblich			
	0-14	15-39	40-64	65+	0-14	15-39	40-64	65+
Stationär	535	547	1.573	5.210	449	898	1.465	6.121
Tagesklinisch	11	8	25	87	9	15	21	88
Praktische Ärzt/innen	216	160	211	360	187	193	257	381
Fachärzt/innen	221	163	216	368	191	197	262	390
Zahnärzt/innen	248	184	242	413	215	221	295	437
Spitalsambulanzen	349	258	340	581	302	311	414	615
Physio- und Psychotherapeut/innen	131	97	128	218	113	117	156	231
Pflege zu Hause	50	57	127	1.021	37	43	108	1.639
Labordienste, bildgebende Verfahren und Krankentransporte	40	55	125	382	30	75	143	379
Arzneimittel	193	316	559	1.170	162	339	633	1.234
Heilbehelfe und Hilfsmittel	84	79	225	670	78	94	221	647

Quellen: Statistik Austria 2021, Bevölkerungsstatistik, Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung, SHA, eigene Berechnungen

bereits beschriebenen Berechnung von Prävalenzen. Wieder werden mit a Altersgruppen, mit g das Geschlecht und mit m die Migrantengruppe bezeichnet.

Aus den Informationen im Ausgabenprofil und der Bevölkerung wurden als Erstes die gesamten Kosten innerhalb einer Alters- und Geschlechtsgruppe für einen Ausgabenbereich berechnet.¹⁰

$$Ausgaben\ Fachärzte_{ag} = Kosten\ Fachärzte\ pro\ Kopf_{ag} \cdot Bevölkerung_{ag}$$

Aus der Gesundheitsbefragung wurde die Häufigkeit von Facharztbesuchen in den letzten 4 Wochen für alle Alters-, Geschlechts- und Migrantengruppen abgefragt und Durchschnitte berechnet.

$$Facharztbesuche\ durchschnittlich_m = \frac{\sum_{j=1}^n Wert_{agmj}}{Stichprobe_{agm}}$$

10 Exemplarisch werden hier die Berechnungsschritte für die Facharztkosten gezeigt.

Anschließend wurde die Summe aller Facharztbesuche innerhalb einer Alters- und Geschlechtsgruppe, für alle Migrantengruppen und Österreich gesamt, geschätzt und die relative Häufigkeit der Facharztbesuche ermittelt.

$$\frac{Kostenanteil}{Fachärzte_{agm}} = \frac{Facharztbesuche\ durchschnittlich_{agm} \cdot Bevölkerung_{agm}}{\sum_{m=0}^6 Facharztbesuche\ durchschnittlich_{agm} \cdot Bevölkerung_{agm}}$$

Die Kosten innerhalb einer Alters- und Geschlechtsgruppe werden mit diesen Anteilen zwischen den Migrantengruppen verteilt. Werden diese Kosten nach Migrantengruppen aufsummiert, ergibt das den geschätzten Betrag, den eine Migrantengruppe in einem Leistungsbereich in Anspruch nimmt.

$$Kosten\ Fachärzte_m = \sum_{a=1}^3 \sum_{g=0}^1 \frac{Kostenanteil}{Fachärzte_{agm}} \cdot Kosten\ Fachärzte_{ag}$$

Für die Bereiche Pflege zu Hause, Labordienste, bildgebende Verfahren und Krankentransporte sowie Heilbehelfe und Hilfsmittel gab es keine verwertbare Information zur Inanspruchnahme. Die Kosten dieser Bereiche wurden nur mit den demografieabhängigen Pro-Kopf-Kosten auf die Migrantengruppen umgelegt.

Kostenberechnungen für die Bevölkerung 0–14

Die Altersgruppe 0–14 Jahre fehlt im Standarddatensatz der Gesundheitsbefragung. Im Kinderdatensatz werden zwar Informationen zur Inanspruchnahme erhoben, jedoch in deutlich reduzierter Form. Die Kosten aus dem Ausgabenprofil (Tabelle 5) in dieser Altersgruppe werden mit derselben Methode wie für die Gruppe 15+ auf die Migrantengruppen aufgeteilt, allerdings wird anstatt der Inanspruchnahme nach Leistungsbereichen ein Sammelindikator verwendet.

Eine Übersicht über die verwendeten Daten und darüber, wie diese verknüpft wurden, findet sich in Anhang 3.

3.5 Bestimmungsfaktoren des subjektiven Gesundheitszustandes

Um den Zusammenhang des subjektiven Gesundheitszustandes der Befragten der Gesundheitsbefragung 2019 und soziodemografischen Faktoren (Abschnitt 4.1 und Abschnitt 4.2) statistisch zu evaluieren, wurde eine logistische Regression durchgeführt. Die Ergebnisse und Variablenbeschreibung finden sich in Anhang 4.

Die Analyse wurde mit Stata 15.1 durchgeführt.

3.6 Grenzen der Analyse

Die vorgenommene Gruppierung von Herkunftsländern verdeckt Unterschiede bei den Gesundheitseinflüssen und -outcomes zwischen den beteiligten Ländern. Zudem könnten Veränderungen über die Zeit zum Teil auf Verschiebungen der Bevölkerungsanteile einzelner Herkunftsländer in den Gruppen zurückgehen.

Da Bevölkerungsdaten nach Migrationshintergrund nicht in besserer Qualität vorlagen, basiert die

Standardisierung der Ergebnisse auf relativ groben Altersgruppen (15–39 Jahre, 40–64 Jahre und 65+ Jahre). Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass Unterschiede in der Altersstruktur innerhalb dieser Altersgruppen die standardisierten Werte verzerren.

Auswertungen von ATHIS 2014 für die Gruppe der Personen mit türkischem Migrationshintergrund sind zu stark zufallsbehaftet und werden daher im gesamten Bericht nicht gezeigt.

Da die Gruppe AF, IQ, SY im Jahr 2014 de facto nicht in der Gesundheitsbefragung und kaum in der Bevölkerung vertreten war, gehen die entsprechenden Beobachtungen in der Gruppe „Andere“ auf.

Es gab keine Möglichkeit, zwischen Arbeitsmigrant/innen, Geflüchteten etc. zu unterscheiden. Somit können kaum Aussagen über die Auswirkungen der rechtlichen Situation von Migrant/innen auf deren Gesundheit gemacht werden. Nur für die Gruppe der Migrant/innen aus AF, IQ und SY wurde ein solcher Zusammenhang hergestellt.

In den Spitalskosten sind Ausgaben für stationäre Langzeitpflege enthalten. Die Bevölkerung in den Privathaushalten nimmt die Anstaltsbevölkerung aber per Definition aus. Die Verteilung dieser Ausgaben auf die Bevölkerung mit Migrationshintergrund führt zwangsläufig zu einer Verzerrung.

Es standen keine Daten zur Verfügung, um die Höhe der öffentlichen und privaten Ausgaben von Migrantengruppen zu bestimmen.

4 Überblick über die Lebenslagen von Menschen mit Migrationshintergrund

Die österreichischen Migrant/innen sind keine einheitliche Gruppe. Sie unterscheiden sich hinsichtlich ihres Herkunftslandes, ihrer Bildung, ihres Einkommens, ihrer Religion, aber auch hinsichtlich ihrer Aufenthaltsdauer, ihres rechtlichen Status und der Gründe für ihre Migration. Sozioökonomische, institutionelle und rechtliche Rahmenbedingungen, kultureller Hintergrund sowie Erfahrungen im Herkunfts- und Zielland bestimmen das Verständnis von Gesundheit, beeinflussen Handlungsweisen und können Hürden für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen sein.

Im Vergleich zur österreichischen Mehrheitsbevölkerung haben Migrant/innen einen schlechteren Gesundheitszustand. Hohe Arbeitslosigkeit, niedriges Bildungsniveau und Armutsgefährdung sind bedeutende Risikofaktoren für die Gesundheit (Anzenberger et al. 2015, Case & Deaton 2017, Fourweather et al. 2015, Klimont & Klotz 2016). Migrant/innen sind durch diese Faktoren relativ stärker betroffen (Spallek & Razum 2016) als Menschen ohne Migrationshintergrund.

Nur sozioökonomische Aspekte als Erklärung von Herausforderungen für Migrant/innen heranzuziehen, ist jedoch zu kurz gegriffen (Rommel et al. 2015). So leiden bestimmte Migrantengruppen vermehrt unter Zusatzbelastungen wie sozialer Ausgrenzung und Diskriminierung oder größerer Lebensunsicherheit aufgrund ihres unsicheren Aufenthaltsstatus (Kluge et al. 2019). Hinzu kommen Barrieren bei der Inanspruchnahme von Leistungen sowie lebensstilbezogene Risikofaktoren, wie Rauchen, schlechte Ernährung und körperlich ungesunde Arbeit (Binder-Fritz & Rieder 2014).

Im Folgenden werden unterschiedliche Faktoren beleuchtet, die Einfluss auf die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund haben. Damit Gruppenvergleiche vorgenommen werden können, wurden die Daten, wo vermerkt, alters- und geschlechtsstandardisiert, siehe Abschnitt 3. Dabei wird entsprechende Literatur verwendet, die auf Kausalzusammenhänge mit dem Gesundheitszustand hinweist, und diese um die Ergebnisse der logistischen Regressionsanalyse ergänzt (Anhang 4).

4.1 Einkommen und Bildung

Migrant/innen verdienen wenig, außer jene aus dem EU-15- und EFTA-Raum

Abbildung 4 zeigt das Durchschnittseinkommen nach Einkommensklassen. Während 2019 für 48 % der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund die Einkommen über dem Durchschnitt liegen, waren es für Migrant/

innen aus der Türkei 19 %, für Personen, die aus Ex-Jugoslawien nach Österreich kamen, 33 % und für Migrant/innen aus Afghanistan, dem Irak und Syrien nur 3 %. Nur Menschen aus Mitgliedstaaten der EU-15 oder dem EFTA-Raum waren besser gestellt als die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund.

Lamei et al. (2019) zeigen, dass die subjektive Gesundheit in Österreich positiv mit dem Einkommensniveau zusammenhängt. Menschen mit hohem Einkommen wohnen zumeist in gesünderen Umgebungen, können sich gesünderes Essen leisten und haben weniger existenzielle Sorgen. Zudem arbeiten Migrant/innen häufig in schlecht bezahlten Berufen mit hohen Gesundheitsrisiken, während die ansässige Bevölkerung diese Berufe seltener ausübt. Diese Verdrängungsbewegung trägt zu gesundheitlichen Ungleichheiten zwischen den Menschen mit

und ohne Migrationshintergrund bei (Giuntella et al. 2019).

Die Daten der Gesundheitsbefragung 2019 zeigen einen signifikanten positiven Zusammenhang zwischen Einkommen und gutem subjektivem Gesundheitszustand (Tabelle 6, Anhang 4). Insgesamt gaben in ATHIS 2019 11.446 der 15.461 Befragten an, einen guten oder sehr guten Gesundheitszustand zu haben. Wie zu erwarten, schätzten jüngere Befragte ihren Gesundheitszustand häufiger gut oder sehr gut ein als ältere. Für jede Altersgruppe lässt sich zudem feststellen, dass der Anteil der Personen mit gutem oder sehr gutem subjektivem Gesundheitszustand mit dem Einkommen zunimmt. Am deutlichsten ist dieser Effekt in der Gruppe der über 65-Jährigen. Von den Befragten mit einem Äquivalenzeinkommen von weniger als 60 % des Medians meinten

nur 39 %, über gute oder sehr gute Gesundheit zu verfügen. Von den Befragten 65+, die mehr als 150 % des Medianeinkommens verdienten, lag dieser Wert bei 71 %.

Der Bildungsgrad spiegelt die Einkommensposition weitgehend wider

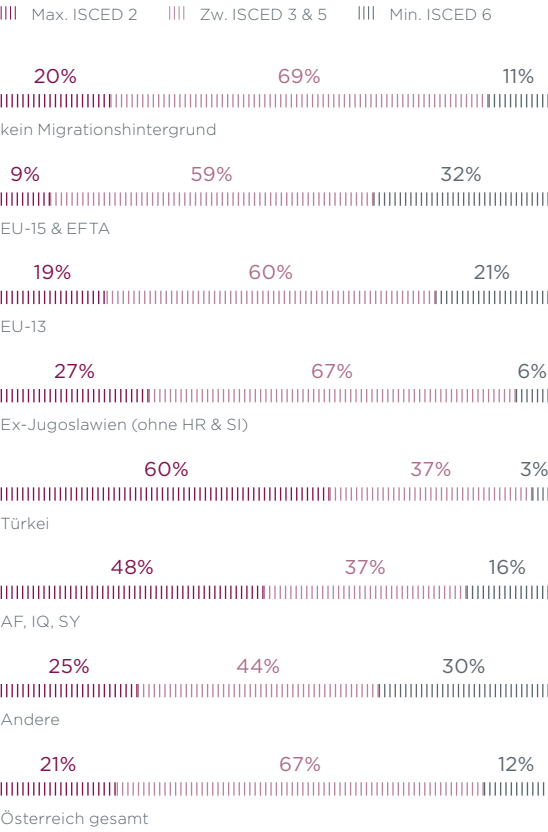
Migrant/innen aus den EU-15- und EFTA-Staaten sind besser gebildet als die österreichische Gesamtbevölkerung (Abbildung 5). Nur 9 % der Befragten haben eine niedrige formale Bildung (höchstens Pflichtschulabschluss), während 32 % einen Hochschulabschluss vorweisen können. Migrant/innen aus der Türkei haben hingegen ein relativ niedriges Bildungsniveau – nur 3 % der Befragten der Gesundheitsbefragung haben einen Hochschulabschluss. Für die Bevölkerung ohne Migrationshintergrund und die Gruppen EU-13, „Afghanistan, Irak, Syrien“ und „Andere“ ist das Bild aber weniger eindeutig – es sind sowohl größere Bevölkerungsteile mit hohem als auch mit niedrigem Bildungsniveau vertreten. Die Literatur zeigt, dass zwischen Bildung, Gesundheitskompetenz und Gesundheitszustand ein starker positiver Zusammenhang besteht (Ganahl et al. 2016, Van der Heide et al. 2013).

Da Migrant/innen aber oft Schwierigkeiten haben, formale Qualifikationen im Berufsleben verwerten

ABBILDUNG 5

Bildungssituation

Anteil der Befragten nach höchstem Bildungsabschluss, ATHIS 2019 (15 Jahre und älter)

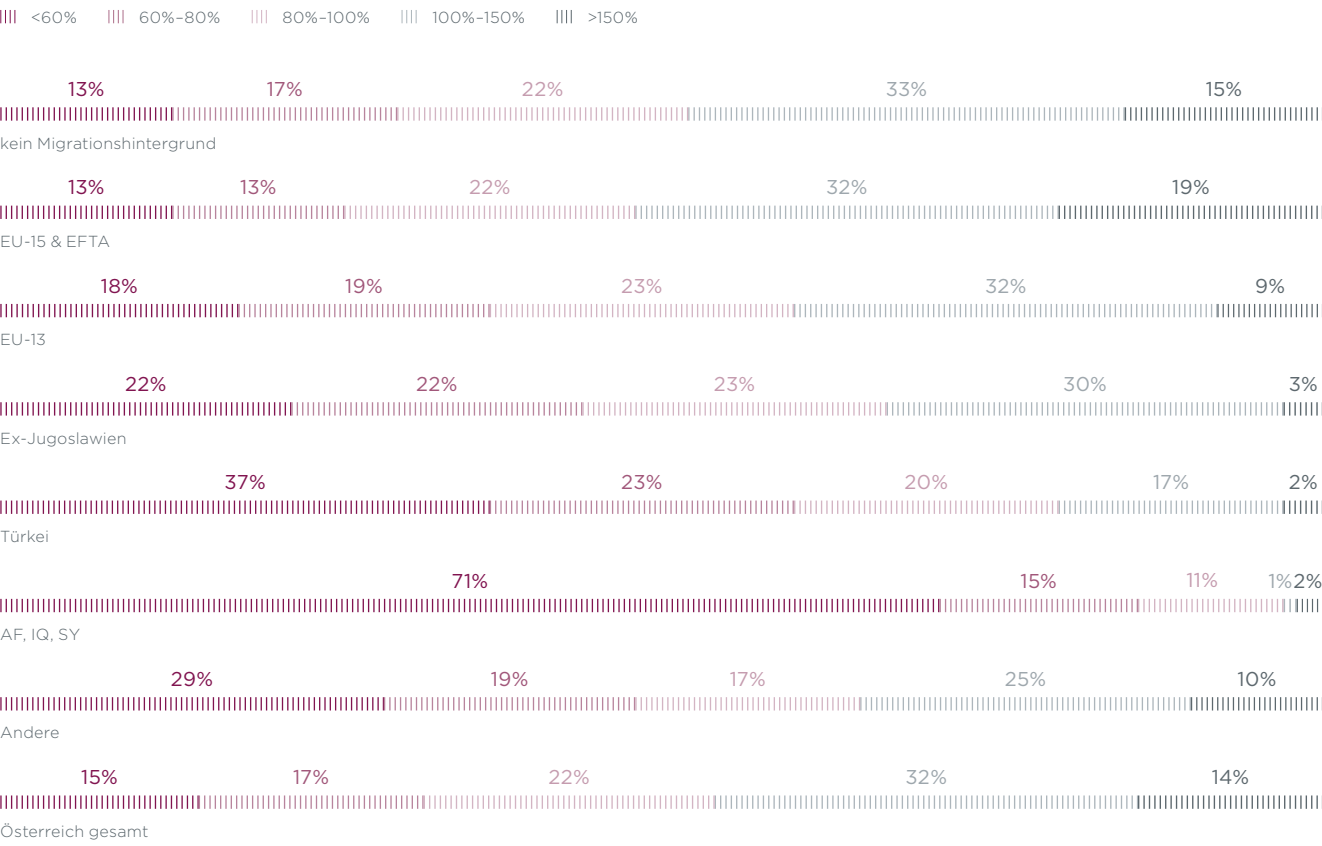


Quellen: Statistik Austria 2021, ATHIS 2019; eigene Berechnungen

ABBILDUNG 4

Einkommenssituation

Anteil der Befragten mit einem Äquivalenzeinkommen von ... in % des Medians, ATHIS 2019 (15 Jahre und älter)



Quellen: Statistik Austria 2021, ATHIS 2019; eigene Berechnungen

TABELLE 6

Einkommen und subjektiver Gesundheitszustand

Befragte mit gutem oder sehr gutem subjektivem Gesundheitszustand, ATHIS 2019

Anteil des Äquivalenzeinkommens am Median	Alter in Jahren							
	Insgesamt		15–39		40–64		65+	
	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %	Anzahl	in %
Insgesamt	11.446	74 %	4.437	91 %	4.915	75 %	2.094	52 %
<60 %	1.486	65 %	737	87 %	517	61 %	232	39 %
60 % – <80 %	1.775	67 %	688	90 %	665	69 %	422	47 %
80 % – <100 %	2.442	71 %	909	91 %	997	71 %	536	52 %
100 % – <150 %	3.917	78 %	1.516	93 %	1.745	77 %	656	58 %
>150 %	1.826	87 %	587	95 %	991	88 %	248	71 %

Quellen: Statistik Austria 2021, ATHIS 2019; eigene Berechnungen

zu können, tragen hohe Bildungsabschlüsse oft nicht zu einer Besserung der Lebenssituation bei. Besonders die erste Zuwanderergeneration – und hier vor allem Frauen – sind von diesem Phänomen betroffen (Littig 2018, Stadler & Wiedenhofer-Galik 2011). In einer europäischen Befragung zwischen 2011 und 2012 fühlten sich 25 % bis 33 % der arbeitenden Migrant/innen für ihre Jobs überqualifiziert. Gleichzeitig sind viele Migrant/innen zurückhaltend, ihre Ausbildungen anerkennen zu lassen, obwohl dies grundsätzlich in vielen Ländern vorgesehen ist (IOM 2019). Bauer et al. (2020) haben gezeigt, dass syrische Geflüchtete in Deutschland keinen besseren Gesundheitszustand hatten, wenn ihr sozioökonomischer Status im Herkunftsland hoch war.

ABBILDUNG 6
Body Mass Index

Anteil der Befragten nach BMI-Gruppen, ATHIS 2019 (15 Jahre und älter)



Quellen: Statistik Austria 2021, ATHIS 2019; eigene Berechnungen

Die statistische Analyse zeigt, dass auch der Grad der Bildung für den subjektiven Gesundheitszustand signifikant bestimmend ist (siehe Anhang 4).

4.2 Gesundheitsverhalten, soziale Beziehungen und Lebensumstände

Die österreichische Plattform für Gesundheitskompetenz versteht unter Gesundheitsdeterminanten Faktoren, die die Gesundheit von Menschen beeinflussen.

Neben den persönlichen und sozialen Einflüssen sind es auch umweltbedingte Faktoren, die den Gesundheitszustand einzelner Menschen oder ganzer Gemeinschaften bestimmen. Diese Faktoren beeinflussen einander und stehen in Wechselwirkung mit Faktoren wie Einkommen und Sozialstatus, Ausbildung, Beschäftigung und Arbeitsbedingungen. Außerdem ist der Zugang zu bedarfsgerechten Leistungen entscheidend (siehe Abschnitt 7.1) sowie soziale Netzwerke und die natürliche Umwelt.

Fettleibigkeit nimmt überall zu

35 % der Befragten der Gesundheitsbefragung 2019 waren übergewichtig, etwa 16 % litten an Fettleibigkeit¹¹ (Abbildung 6). Besonders stark sind türkische Migrant/innen betroffen. 33 % der Befragten waren übergewichtig, 27 % fettleibig. Am häufigsten normalgewichtig sind Menschen in der Gruppe „Afghanistan, Irak und Syrien“, aber auch Menschen in der Gruppe „Andere“ wie beispielsweise aus China, Indien, Russland oder Menschen aus Subsahara-Afrika.

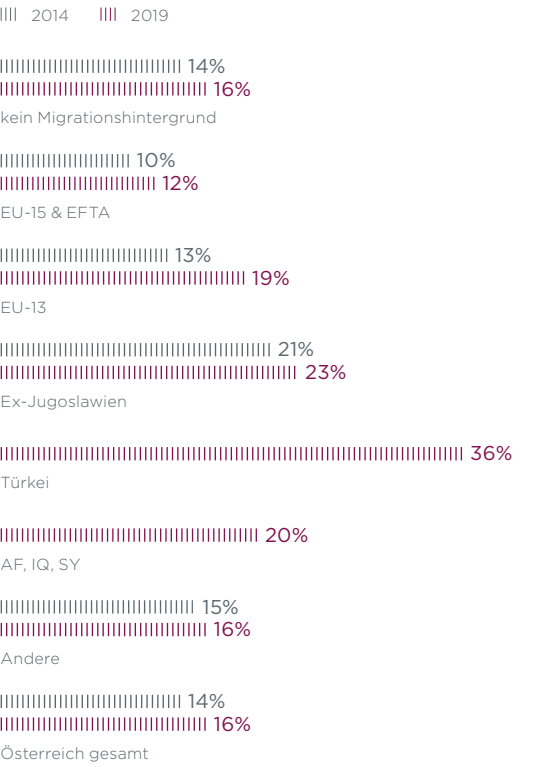
Dort wo 2014 genügend Daten vorhanden waren (Abbildung 7), hat in allen Herkunftslandgruppen die Fettleibigkeit zwischen 2014 und 2019 zugenommen. Durch die Bereinigung um die Altersstruktur der Migrantengruppen tritt die Gesundheitsproblematik der Bevölkerung mit türkischem Migrationshintergrund sowie der Migrant/innen aus Ex-Jugoslawien noch deutlicher hervor.

Fettleibigkeit gilt als wesentlicher Risikofaktor für die Entstehung von Herz- und Kreislauferkrankungen und für eine Reihe anderer chronischer Erkrankungen (James 2009, Dieterle & Landgraf 2006), wie beispielsweise Diabetes (siehe Abbildung 19, Anhang 5). Die statistische Analyse zeigt einen hochsignifikanten negativen Zusammenhang zwischen hohem BMI und guter subjektiver Gesundheit in der Stichprobe der Gesundheitsbefragung 2019 (Anhang 4).

11 Gezählt werden Adipositas Grad I, II und III.

ABBILDUNG 7
Fettleibigkeit

Anteil der Bevölkerung (15 Jahre und älter) mit Adipositas 2014 und 2019, standardisiert



Quellen: Statistik Austria 2021, ATHIS 2014, 2019 und Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung; eigene Berechnungen

Tägliches Rauchen bleibt bei Migrant/innen üblich

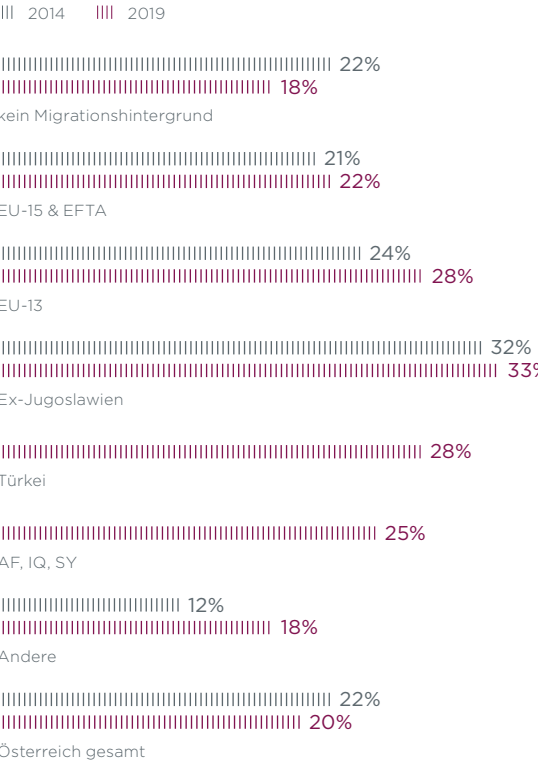
Rauchen gilt als gesichert gefäßschädigend und kann zu Lungenkrebs und anderen schweren Erkrankungen führen (Heitzer & Meinertz 2005, Zeiher & Kuntz 2017). Die statistische Analyse der Gesundheitsbefragung 2019 bestätigt den schädlichen Einfluss des Rauchens auf die Gesundheit (Anhang 4).

Während österreichweit im Jahr 2014 noch 22 % der Bevölkerung täglich rauchten, waren das im Jahr 2019 nur noch 20 % (Abbildung 8). Auffällig ist die hohe Zahl von Raucher/innen bei den Migrant/innen aus Ex-Jugoslawien (33 %), die sich zudem 2019 weiter erhöht hat. Knapp dahinter waren Menschen aus der Gruppe EU-13, die angegeben haben, täglich zu rauchen. Der stärkste Anstieg gegenüber 2014 war in der Gruppe „Andere“ zu verzeichnen, das sind im

ABBILDUNG 8

Tägliche Raucher/innen

Anteil der täglichen Raucher/innen in % der Bevölkerung (15 Jahre und älter) 2014 und 2019, standardisiert



Quellen: Statistik Austria 2021, ATHIS 2014, 2019 und Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung; eigene Berechnungen

Wesentlichen Menschen aus China, Indien, Russland, der Ukraine und aus Subsahara-Afrika. Das Rauchverhalten ist nicht nur eine sozioökonomische Erscheinung, sondern hängt mit dem Migrationshintergrund zusammen. Insofern stellt dieser eine eigenständige Determinante für den Gesundheitszustand dar (Rommel et al. 2015).

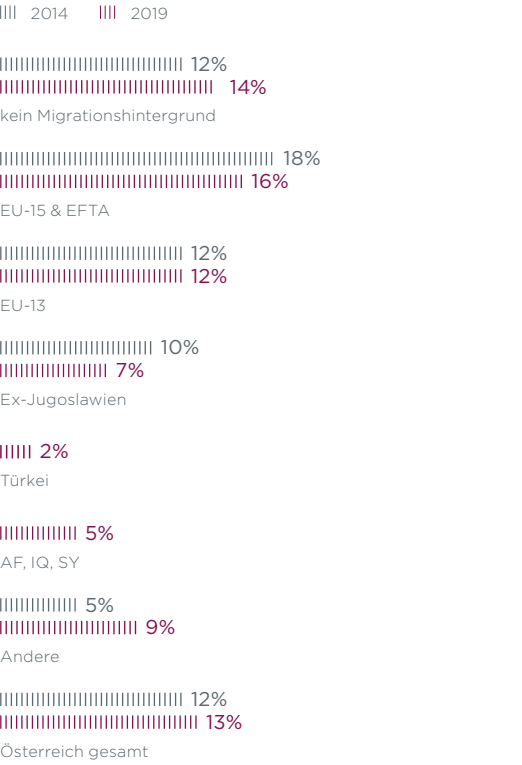
Regelmäßiges Trinken von Alkohol nimmt zu, mit einigen wichtigen Ausnahmen

Starker Alkoholkonsum kann zu schweren internistischen und neurologischen Folgeerkrankungen führen (Adams & Andreas 2010, Soyka 2008) und stellt überdies ein erhebliches soziales Problem dar (Nutt et al. 2010). Expert/innen erkennen eine hohe Dunkelziffer, die häufig kulturell bedingt zu

ABBILDUNG 9

Trinkgewohnheiten

Anteil der Bevölkerung (15 Jahre und älter), der an mindestens 4 Tagen pro Woche Alkohol trinkt, 2014 und 2019, standardisiert



Quellen: Statistik Austria 2021, ATHIS 2014, 2019 und Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung; eigene Berechnungen

einer Untererfassung von Trinkgewohnheiten führen kann¹².

2019 gaben 13 % der Bevölkerung an, viermal in der Woche Alkohol zu trinken, ein Prozentpunkt mehr als 2014 (Abbildung 9). Mit Ausnahme der Menschen, die aus EU- und EFTA-Ländern sowie den EU-13-Ländern kommen, stieg in allen Gruppen – dort wo Daten verfügbar waren – die Neigung, viermal wöchentlich Alkohol zu trinken. Bei der ersten Gruppe sticht allerdings das hohe Niveau des Konsums hervor. Es liegt mit 16 % trotz erkennbarem Rückgang noch immer 3 Prozentpunkte über dem durchschnittlichen Niveau 2019. Unter den Migrant/innen aus der Türkei und Afghanistan, dem Irak und Syrien gibt es kaum regelmäßige Trinker (2 % und

12 Persönliche Auskunft Univ. Prof. Dr. Otto Lesch.

5 %).¹³ Das regelmäßige Alkohol-trinken hat sich für Menschen in der Gruppe „Andere“, z. B. aus China, Indien, Russland oder der Ukraine auf relativ niedrigem Niveau verdoppelt.

EU-15- und EFTA-Migrant/innen bewegen sich viel

Bewegungsfreudigkeit ist eine wichtige Determinante des Gesundheitszustandes. Abbildung 10 zeigt ATHIS-2019-Antworten zur Häufigkeit von Bewegung und Muskelkräftigung in den definierten Migrationsgruppen.

Die WHO empfiehlt, an mindestens zwei Tagen pro Woche Aktivitäten zur Muskelkräftigung auszuüben und zumindest 2,5 Stunden pro Woche mäßig anstrengende Ausdaueraktivität durchzuführen (Klimont 2020). Das Ausdauerziel erreichten fast 50 % der Befragten, 30 % gaben an, sie würden mindestens zweimal wöchentlich ihre Muskeln kräftigen, und 23 % taten beides. Für Migrant/innen der Gruppe EU-15 und EFTA sind diese Werte erkennbar höher: 25 % sagten, sie würden beide Aktivitäten vornehmen. Im Gegensatz dazu ist die Bewegungsfreudigkeit von türkischen Migrant/innen gering. Nur 8 % der Menschen in dieser Gruppe gaben an, gezielt körperlich aktiv zu sein. Auch Personen aus Ex-Jugoslawien sind vergleichsweise inaktiv; allerdings war ihre Bewegungsfreudigkeit insgesamt deutlich größer (17 %) als für Menschen der Gruppe Türkei. Der Anteil der Befragten zwischen 18 und 64 Jahren, die das WHO-Ziel erfüllten, lag in den Gruppen EU-13, Ex-Jugoslawien und „Afghanistan, Irak, Syrien“ bei 17 % bis 18 %.

Migrant/innen erhalten wenig soziale Unterstützung

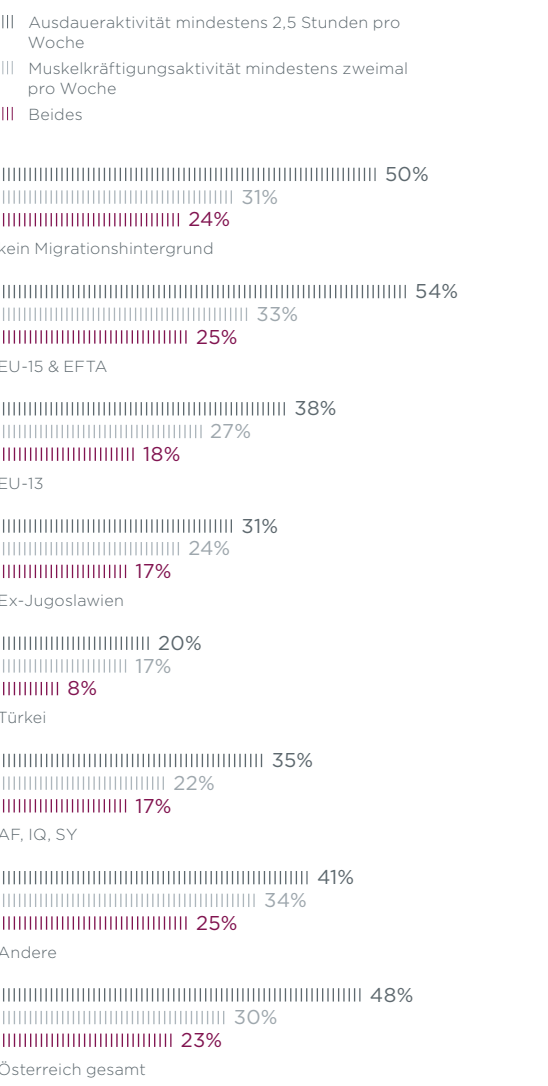
Gesundheitsverhalten und Bewegungsfreudigkeit werden häufig stimuliert über soziale Beziehungen. Solche Netzwerke sind wesentliche Determinanten für die Neigung, zu trinken oder zu rauchen oder aktiv zu sein (Lesch et al. 2020). Durchschnittlich gaben 2019 18 % der Menschen in Österreich an, dass sie weniger als drei Personen um sich haben,

13 Die Daten der Gesundheitsbefragung zeigen dafür eine höhere Neigung zum Rauschtrinken („Binge-Drinking“) in diesen beiden Gruppen. 73 % der Türk/innen und 60 % aus AF, IQ und SY tun dies mindestens einmal im Monat; in Österreich gesamt sind das 36 %, standardisierte Werte.

ABBILDUNG 10

Bewegung

Anteil der 18- bis 64-Jährigen in der ATHIS-Stichprobe 2019, die sich gemäß WHO-Empfehlung bewegen



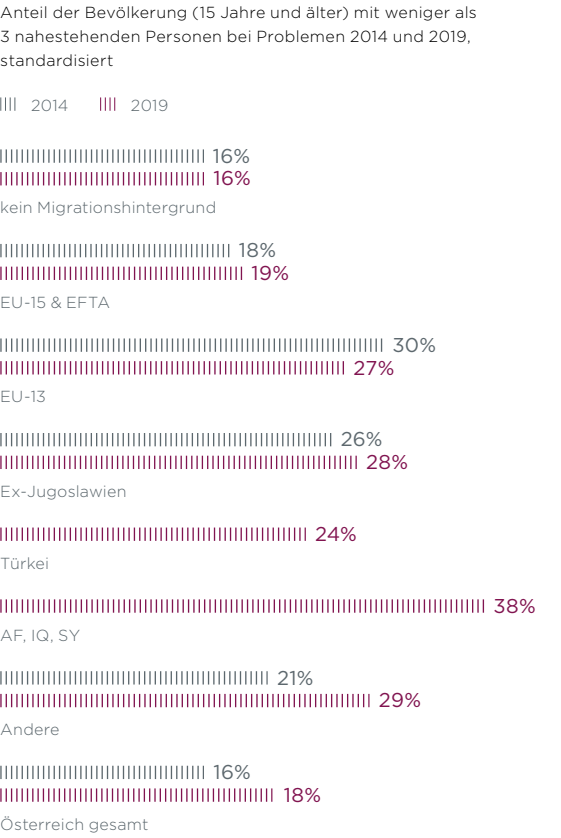
Quellen: Statistik Austria 2021, ATHIS 2019; eigene Berechnungen

die sie bei Problemen und Herausforderungen unterstützen, 2014 waren es 16 % (Abbildung 11). Der Anteil jener, die sagten, dass sie so eine Ressource nicht zur Verfügung hatten, stieg mit Ausnahme der Gruppe EU-13 überall an. Gleichzeitig sind die Niveauunterschiede zwischen den Gruppen beachtlich.

Während 2019 28 % der Migrant/innen aus Ex-Jugoslawien – 2014 waren es 26 % – angaben, weniger als drei Personen in ihrem Umfeld zu haben,

ABBILDUNG 11

Soziale Beziehungen



Quellen: Statistik Austria 2021, ATHIS 2014, 2019 und Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung; eigene Berechnungen

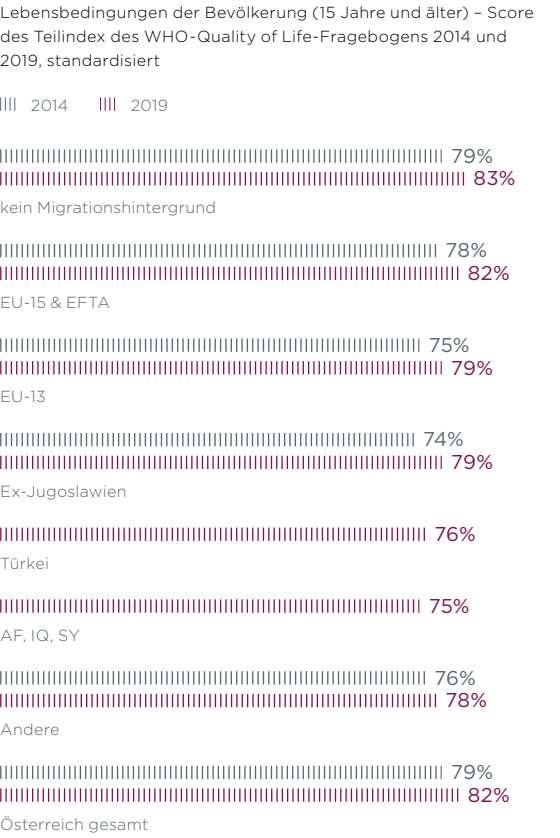
die sie unterstützen, waren es in der Gruppe „kein Migrationshintergrund“ mit 16 % um mehr als 10 Prozentpunkte weniger. Für diese Gruppe gab es auch gegenüber 2014 keine Niveauveränderung in diesem Indikator.

Die Umweltbedingungen belasten Migrant/innen, verbesserten sich aber für alle

Wohnverhältnisse und Umweltbedingungen des Wohnens haben wesentlichen Einfluss auf die Gesundheit (Kluge et al. 2019). Migrant/innen wohnen im Vergleich zur österreichischen Bevölkerung ohne Migrationshintergrund deutlich häufiger in urbanen Gebieten. Während nur 14 % der Befragten der Gesundheitsbefragung 2019 ohne Migrationshintergrund in Gebieten mit hohem Urbanisierungsgrad lebten, waren das bei Personen mit

ABBILDUNG 12

Lebensbedingungen



Quellen: Statistik Austria 2021, ATHIS 2014, 2019 und Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung; eigene Berechnungen

Migrationshintergrund 37 %, wobei die Werte zwischen den definierten Migrantengruppen stark schwanken.

Gleichzeitig berichteten Menschen ohne Migrationshintergrund, aber auch Menschen mit Migrationshintergrund, dass sich ihre Lebensbedingungen 2019¹⁴ gegenüber 2014 verbessert haben (Abbildung 12). Die Niveauunterschiede zwischen den Gruppen bleiben jedoch weitgehend bestehen. Nur etwa drei Viertel der Migrant/innen aus der Türkei und aus Afghanistan, dem Irak oder Syrien bewerteten ihre

14 Neben den Modulen zur physischen Gesundheit, dem psychischen Wohlbefinden und dem Sozialleben werden beim Quality-of-Life-Index auch Fragen zur Lebensumgebung abgefragt. Enthalten sind die folgenden acht Fragen: „Wie sicher fühlen Sie sich in Ihrem täglichen Leben?“, „Wie gesund sind die Umweltbedingungen in Ihrem Wohngebiet?“, „Haben Sie genug Geld, um Ihre Bedürfnisse erfüllen zu können?“, „Haben Sie Zugang zu den Informationen, die Sie für das tägliche Leben brauchen?“, „Haben Sie ausreichend Möglichkeiten zu Freizeitaktivitäten?“, „Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Wohnbedingungen?“, „Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Möglichkeiten, Gesundheitsdienste in Anspruch nehmen zu können?“, „Wie zufrieden sind Sie mit den Beförderungsmitteln, die Ihnen zur Verfügung stehen?“

Lebensbedingungen positiv, während es für die Gruppe ohne Migrationshintergrund mehr als vier Fünftel der Befragten waren.

4.3 MIPEX – Rechtliche Rahmenbedingungen für Migrant/innen im EU-Vergleich

Der rechtliche Status eines Migrant/en einer Migrantin wirkt sich auf seine/ihre individuellen Lebenschancen aus. Er bestimmt, wie lange eine Person das Recht hat, sich legal im Land aufzuhalten, welcher Personenkreis für eine Familienzusammenführung für sie infrage kommt, inwieweit sie am demokratischen Prozess im Land teilhaben kann oder welche Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen werden können.

Einen Versuch, die rechtliche Lage von Migrant/innen international vergleichbar zu machen, hat die EU-Migration Policy Group mit dem *Migrant Integration Policy Index (MIPEX) für das Jahr 2020 unternommen (Solano & Huddleston 2020). Er bildet rechtliche Bestimmungen und Maßnahmen ab, die die Integration von Menschen mit Migrationshintergrund fördern, und ist in mehrere Subkategorien gegliedert. Standardmäßig betreffen die in Betracht gezogenen Regelungen die sehr breit gefasste Gruppe der Drittstaatsangehörigen. Bestimmte Personengruppen könnten demnach besser oder schlechter gestellt sein, als das in MIPEX abgebildet wird. Zudem sind solche Regelungen immer beeinflusst von der Struktur der migrantischen Bevölkerung eines Landes und auch vor diesem Hintergrund zu bewerten.*

Integration ist Chancengleichheit für alle

Der MIPEX definiert Integration als Chancengleichheit für alle:¹⁵

„In sozioökonomischer Hinsicht müssen Migranten die gleichen Chancen haben, ein ebenso würdiges, unabhängiges und aktives Leben zu führen wie der Rest der Bevölkerung. In staatsbürgerlicher Hinsicht können sich alle Einwohner auf der Grundlage der Gleichheit zu gegenseitigen Rechten und Pflichten verpflichten.“

Wenn sich Migranten sicher, zuversichtlich und willkommen fühlen, sind sie in der Lage, in ihr neues Aufenthaltsland zu investieren und einen wertvollen Beitrag zur Gesellschaft zu leisten. Mit der Zeit können Migranten mehr Partizipationsmöglichkeiten, mehr Rechte, mehr Pflichten und, wenn sie es wünschen, die volle nationale Staatsbürgerschaft in Anspruch nehmen.“

Die IOM (2019) definiert Integration als zweiseitigen Prozess der gegenseitigen Anpassung zwischen Migrant/innen und den Gesellschaften, in denen sie leben, wobei Migrant/innen in das soziale, wirtschaftliche, kulturelle und politische Leben der Aufnahmegesellschaft integriert werden. Diese Definition beinhaltet eine Reihe von gemeinsamen Verantwortungen für Migrant/innen und Gemeinschaften und beinhaltet andere verwandte Begriffe wie soziale Integration und sozialer Zusammenhalt.

In diese Richtung konzipiert auch Bauböck und Volf (2001) Integration. Sie hat die Säulen Aufnahme und Zusammenhalt. Integration ist also ein dynamischer Prozess, der wechselseitige Anpassung und Veränderung impliziert.

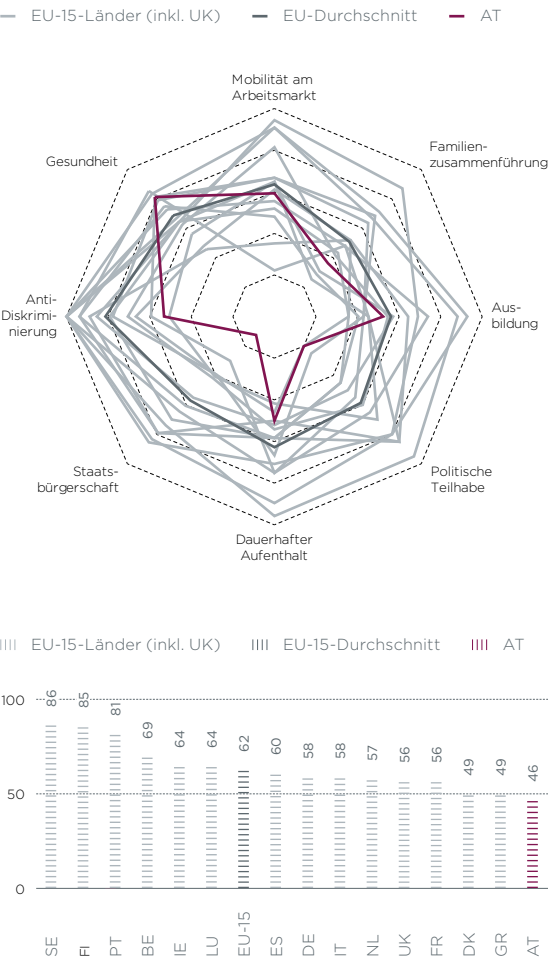
Am 1.1.2020 lebten 1.486.223¹⁶ Personen mit nicht-österreichischer Staatsbürgerschaft in Österreich. 4.255 Personen waren staatenlos, 745 hatten eine unbekannte Staatsbürgerschaft, bei 12.025 war die Staatsbürgerschaft ungeklärt.

778.433 Personen (52,4 %) waren Staatsbürger/innen der EU-28, des EWR und der Schweiz und somit auf vielen Ebenen den Österreicher/innen rechtlich gleichgestellt. 707.790¹⁷ Personen oder 47,6 % waren Drittstaatsangehörige. 68,5 % der Drittstaatsangehörigen hatten einen unbefristeten Aufenthaltstitel oder

15 MIPEX: What does MIPEX measure?, in: <https://www.mipex.eu/methodology> (Zugriff am 12.4.2021).
16 Statistik Austria: Bevölkerungsstatistik, http://statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/ (Zugriff am 25.3.2021).
17 Per 31.12.2019 (BMI).

ABBILDUNG 13
MIPEX – Recht und Integration
im EU-Vergleich

Migration Integration Policy Index (MIPEX) - Grad der
Chancengleichheit nach Bereich 2019



Quellen: Solano & Huddleston (2020)

haben sich befristet oder vorübergehend niederge-lassen. Weitere 3,8 % hatten ein offenes Asylverfah-ren und lebten vermutlich in Asylunterkünften. Die übrigen 27,7 % (ca. 196.000 Personen) werden in den öffentlichen Statistiken nicht genauer aufgeschlüs-selt. Enthalten sind Saisonarbeitskräfte, Menschen mit einem aufrechten humanitären Aufenthaltstitel¹⁸ und solche, die auf seine Verlängerung warten, Menschen, denen eine zwangsweise Außerlandesbringung bevor-steht, und andere irreguläre Migrant/innen.

¹⁸ Asyl, subsidiärer Schutz oder humanitärer Schutz.

Rechtliche Rahmenbedingungen für Migrant/innen sind eine Herausforderung

Während Österreich beim Vergleich der Gesetze und Maßnahmen im Bereich Gesundheit im inter-nationalen Vergleich sehr gut abschneidet, sind die Bedingungen für gelungene Integration in anderen Bereichen unterdurchschnittlich. Dadurch wird die Position Österreichs im EU-Vergleich geschwächt; der MIPEX-Wert liegt bei 46 Punkten (Abbildung 13). Die Expert/innen der Migration Policy Group sehen Österreich insbesondere in den Bereichen Staatsbürgerschaft, politische Teilhabe, Familienzusammen-führung und Schutz vor Diskriminierung hinter den meisten EU-15-Staaten. So gibt es beispielsweise in Österreich überdurchschnittlich lange Aufenthalts-fristen für den Erwerb der Staatsbürgerschaft, eine Situation, die von vielen Expert/innen auch in Bezug auf Wahl- und Mitspracherecht kritisch gesehen wird (Bauböck 2019). Gleichzeitig gibt es bei der Verleihung der Staatsbürgerschaft von in Österreich geborenen Kindern keine bevorzugte Behandlung – eine Ausnahme innerhalb der EU-15-Länder.

Des Weiteren sind Migrant/innen aus Drittstaaten auf keiner föderalen Ebene wahlberechtigt; NGOs werden nur auf freiwilliger Basis in den Gesetzge-bungsprozess eingebunden. Bei Familienzusam-menführungen müssen Migrant/innen zwar keine Mindestaufenthaltsdauer einhalten, allerdings kommen nur engste Familienmitglieder für eine Zusammenführung infrage, während die Voraus-setzungen dafür relativ streng sind.

Maßnahmen, um Diskriminierung aktiv vorzubeugen, sind nur schwach in den österreichischen Gesetzen verankert.¹⁹ Besser schneidet Österreich in den Kate-gorien Arbeitsmarkt und Ausbildung ab (Abbildung 13). Diese Bereiche sind essenziell für die Lebenssi-tuation und die gesundheitliche Lage von Migrant/innen. Zudem nutzt ein hohes Maß an Arbeitsmarkt-integration nicht nur Migrant/innen, sondern auch dem Aufnahmeland und seinen Unternehmen (Hin-terleitner et al. 2020, Ortlieb & Weiss 2020).

¹⁹ Genauere Informationen über den Bereich Anti-Diskriminierung in Österreich können im Country Report von Schindlauer (2020) eingesehen werden.

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen für Gesundheit sind gut

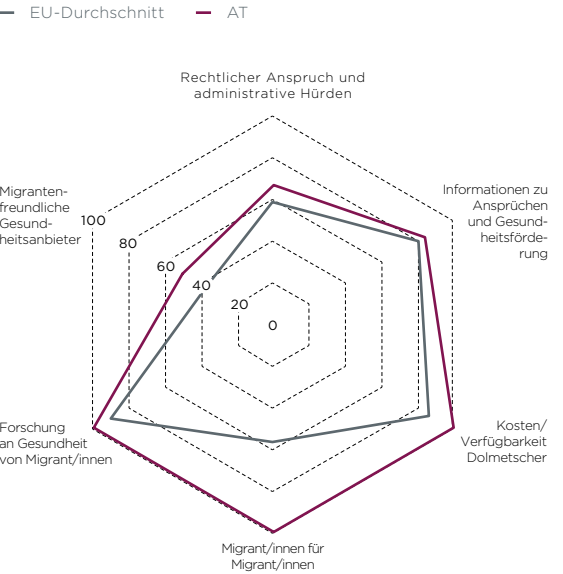
Abbildung 14 gibt eine genauere Aufschlüsselung der Subkategorien des MIPEX im Bereich Gesund-heit (vgl. Ingleby et al. 2019). Mehr als in anderen Ländern der EU-15 wird in Österreich versucht, auf Migrant/innen Rücksicht zu nehmen. Der Zugang zu Leistungen ist auf einer breiten Basis gewährleistet, Schwächen gibt es bei der Versorgung von irre-gulären Migrant/innen. Es existiert eine Reihe von Initiativen, um Menschen mit Migrationshintergrund über bestehende Präventionsangebote zu informie-ren und mehr Gesundheitskompetenz zu vermitteln. Mit dem Einsatz von Dolmetscher/innen wird ver-sucht, die Minderung der Versorgungsqualität durch Sprachbarrieren gering zu halten; auf migranten-spezifische Gesundheitsbedürfnisse wird allerdings nur in einigen spezialisierten Settings eingegangen. Zugleich wird die Beteiligung von Migrant/innen an der Gestaltung des Gesundheitssystems in vie-len Bereichen ermutigt und regelmäßig Forschung zum Thema Migration und Gesundheit finanziert. All diese Maßnahmen haben letztlich einen guten Gesundheitszustand der (migrantischen) Bevölke-rung zum Ziel.

Es gibt eine Reihe von Maßnahmen zur Gesund-heitsförderung von Migrant/innen und zur Überwin-dung von Zugangsbarrieren (Anzenberger & Gais-winkler 2016). Hervorzuheben ist das „Migranten für Migranten“-Programm (MiMi), das auf eine nieder-schwellige Vermittlung von Gesundheitskompetenz durch sogenannte Gesundheitslots/innen mit Migra-tionshintergrund setzt (Salman 2015).

Größere Anstrengungen in allen Bereichen würde die soziale Lage von Menschen mit Migrationshin-tergrund in Österreich verbessern. Das würde sich deutlich positiv auf ihre Gesundheit auswirken. Wie die nachfolgenden Abschnitte zeigen, liegen sowohl der Gesundheitszustand als auch die Inanspruch-nahme von Leistungen durch Migrant/innen aus den EU-13-Ländern, Ex-Jugoslawien, der Türkei und Afghanistan, dem Irak oder Syrien deutlich hinter jenen der österreichischen Mehrheitsbevölkerung und jenen Migrant/innen, die aus dem EU- und EFTA-Raum kommen.

ABBILDUNG 14
MIPEX – Integrationspolitik
im Gesundheitsbereich

Migration Integration Policy Index (MIPEX) - Grad der
Chancengleichheit nach Bereich 2019



Quellen: Solano & Huddleston (2020), eigene Darstellung

5

Gesundheitszustand von Migrant/innen in Österreich

5.1

Gesundheitszustand

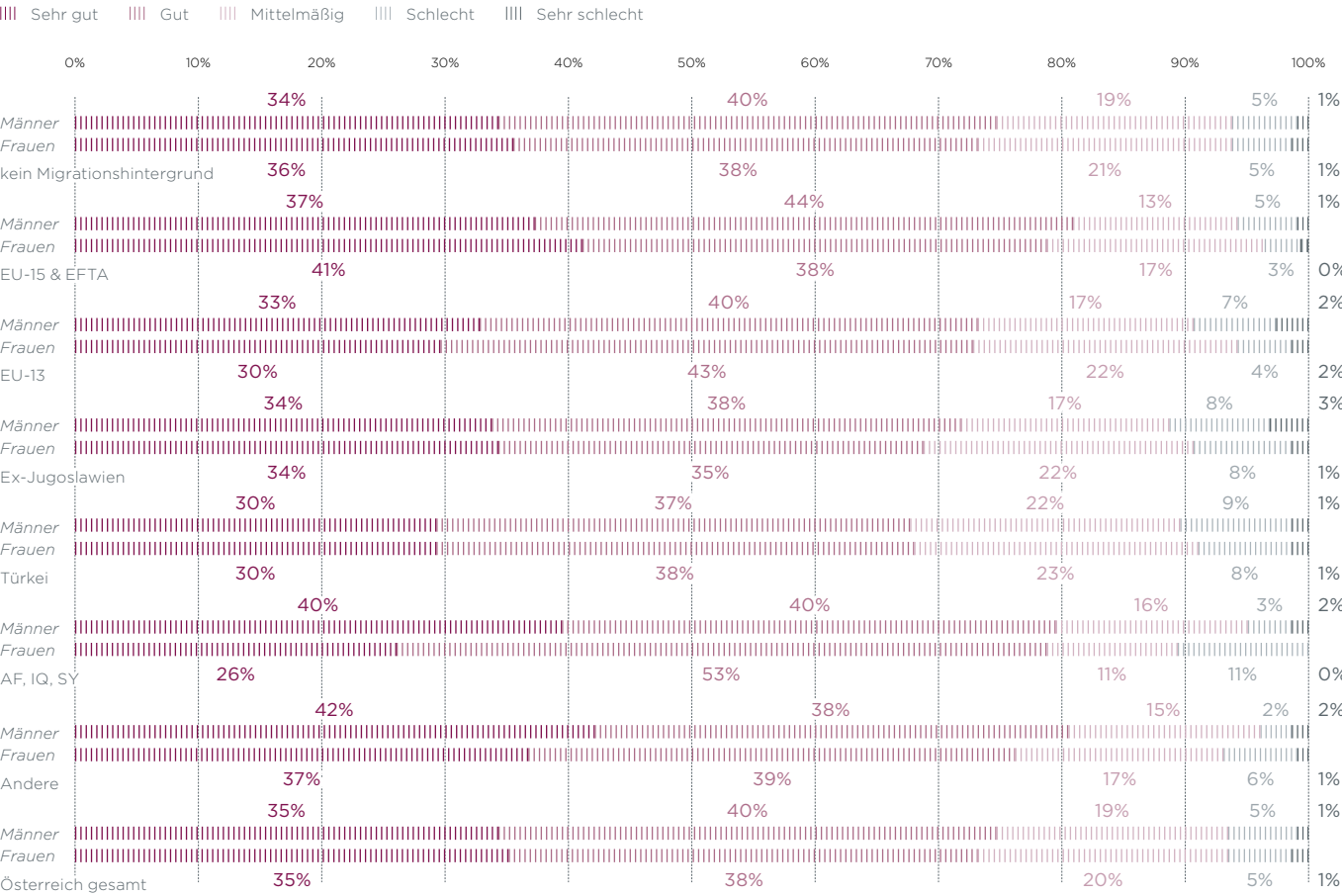
Von den 15.461 Personen, die für die Gesundheitsbefragung 2019 befragt wurden, schätzten 11.446 Personen (74 %) ihren Gesundheitszustand als gut oder sehr gut ein. Dabei beurteilten Männer ihren Gesundheitszustand etwas besser als Frauen. So gaben 75 % der Männer, aber nur 73 % der Frauen einen (sehr) guten Gesundheitszustand an (Abbildung 15).

Der subjektive Gesundheitszustand unterscheidet sich deutlich zwischen den Migrantengruppen. Von den in Österreich lebenden Befragten ohne Migrationshintergrund haben 74 % einen guten oder sehr guten Gesundheitszustand angegeben. Häufiger berichteten Befragte aus den EU-15-Ländern, Island, Liechtenstein und der Schweiz einen (sehr) guten Gesundheitszustand (80 %); seltener Befragte aus den EU-13-Ländern (73 %), Ex-Jugoslawien (70 %) und der Türkei (79 %). Auffällig ist, dass der Anteil

ABBILDUNG 15

Subjektiver Gesundheitszustand in der Gesundheitsbefragung

Anteil der Befragten nach selbst eingeschätztem Gesundheitszustand, ATHIS 2019 (15 Jahre und älter)



Quellen: Statistik Austria 2021, ATHIS 2019; eigene Berechnungen

der Männer mit sehr schlechter subjektiver Gesundheit in den Gruppen EU-13 und Ex-Jugoslawien mit 2,4 % und 3,0 % rund dreimal so hoch ist wie bei Männern ohne Migrationshintergrund (0,9 %). Menschen mit afghanischem, irakischem oder syrischem Migrationshintergrund fühlten sich deutlich gesünder als die österreichische Mehrheitsbevölkerung. In dieser Gruppe gaben 79 % der Befragten an, dass ihr Gesundheitszustand sehr gut oder gut ist. Ein Grund dafür ist ihr Alter: 68 % der Befragten aus Afghanistan, dem Irak oder Syrien waren zwischen 15 und 39 Jahre alt. Gemessen am Anteil der Befragten mit gutem und sehr gutem Gesundheitszustand, zeigt sich in allen Migrantengruppen eine etwas schlechtere Gesundheitswahrnehmung von Frauen.

Die gesundheitliche Ungleichheit hat sich vertieft

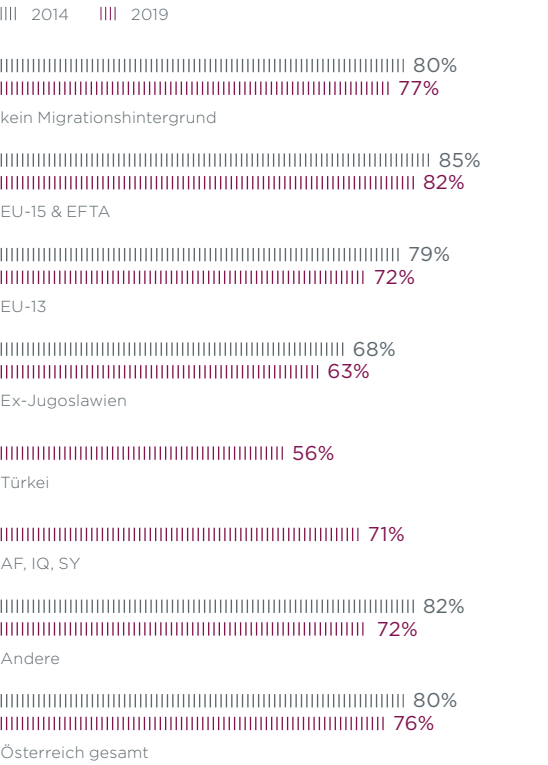
Um den subjektiven Gesundheitszustand zwischen den Herkunftslandgruppen und über die Zeit vergleichbar zu machen, wurden die Daten der Gesundheitsbefragung 2014 und 2019 auf die österreichische Gesamtbevölkerung 2019 hochgerechnet und altersstandardisiert (vgl. Abschnitt 3). Abbildung 16 zeigt, dass sich die wahrgenommene Gesundheit in Österreich seit 2014 verschlechtert hat. Hatten 2014 noch 80 % der österreichischen Bevölkerung einen guten oder sehr guten Gesundheitszustand, waren das im Jahr 2019 nur noch 76 %. Noch stärker ist der Rückgang bei den Menschen mit Migrationshintergrund aus EU-13-Ländern (-7 Prozentpunkte) und Ex-Jugoslawien (-5 Prozentpunkte). Die bereits im Jahr 2014 bestehende gesundheitliche Ungleichheit hat sich somit zusätzlich vertieft. Zwar wurde im Hauptbericht der Gesundheitsbefragung darauf hingewiesen, dass der subjektive Gesundheitszustand von 2014 auf 2019 unter anderem deshalb abgenommen hat, weil die älteren Bevölkerungsgruppen für ATHIS 2019 besser erreicht wurden (Klimont 2020). Allerdings kann die beobachtete Beschleunigung dieses Effektes bei den genannten Migrantengruppen damit nicht erklärt werden.²⁰

20 Der Anteil der über 65-jährigen Befragten betrug bei ATHIS 2014 lediglich 16 %. Tatsächlich lag der Anteil der Bevölkerung 65+ in den Privathaushalten im Jahr 2014 aber bei 23 %. 2019 waren hingegen 28 % der ATHIS-Bevölkerung über 65, während der tatsächliche Bevölkerungsanteil bei 24 % lag. Es ist nicht nachzuvollziehen, warum eine Stichprobe mit anderer Altersstruktur auf altersstandardisierte Werte großen Einfluss haben sollte. Des Weiteren sind nicht in allen Ländergruppen im Jahr 2019 mehr ältere Menschen in der Stichprobe als 2014 – in den EU-13-Ländern hat sich der Anteil sogar verringert. Dennoch hat sich der subjektive Gesundheitszustand dieser Gruppe verschlechtert.

ABBILDUNG 16

Entwicklung des subjektiven Gesundheitszustands

Anteil der Bevölkerung (15 Jahre und älter) mit (sehr) gutem Gesundheitszustand 2014 und 2019, standardisiert



Quellen: Statistik Austria 2021, ATHIS 2014, 2019 und Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung; eigene Berechnungen

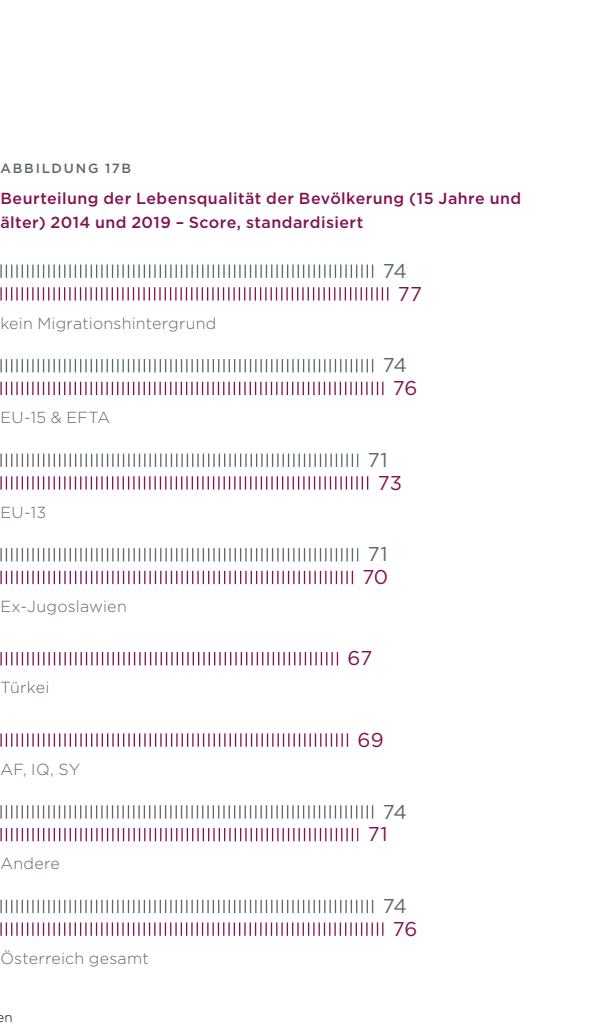
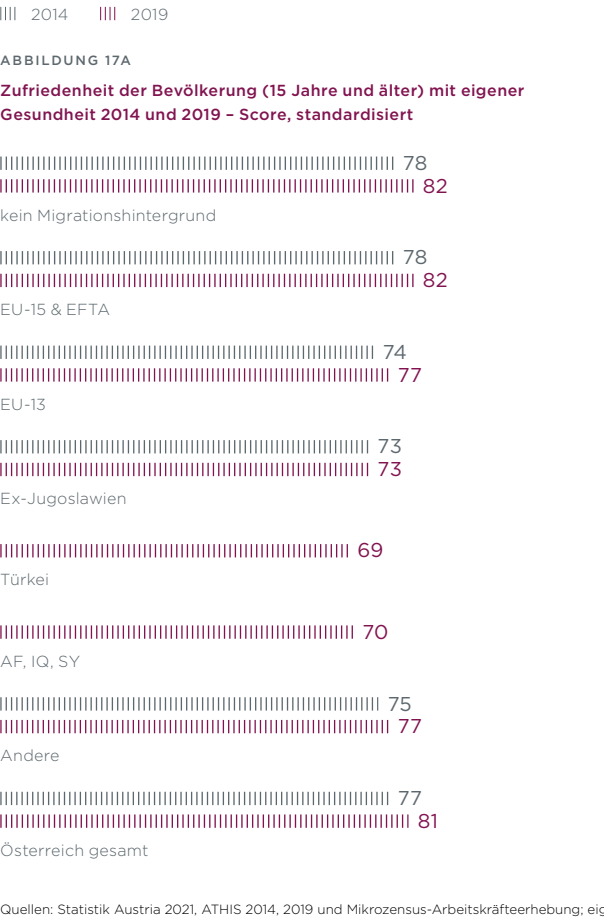
Aufgrund der Datenlage können Zeitvergleiche für türkische Migrant/innen in Österreich nur für zwei Altersgruppen gemacht werden. Gegenüber 2014 ist der Anteil der Befragten mit einem (sehr) guten Gesundheitszustand in der Gruppe 15–39 Jahre von 89 % auf 85 % und in der Gruppe 40–64 Jahre von 60 % auf 50 % gefallen (vgl. Abschnitt 8.1).

Gleichzeitig steigen die Lebensqualität und die Zufriedenheit mit der Gesundheit

Über alle Gruppen steigt die selbst berichtete Lebensqualität zwischen 2014 und 2019 an. Für Österreich gesamt war das ein Anstieg von 77,5 auf 80,6 Punkte. Auch die Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit hat in allen Gruppen – abgesehen von den Migrant/innen aus Ex-Jugoslawien – zugenommen, insgesamt von 73,8 auf 76,0 Punkte (Abbildung 17).

ABBILDUNG 17

Zufriedenheit mit Gesundheit und Lebensqualität



Für Migrant/innen aus der Türkei oder aus Afghanistan, dem Irak und Syrien gibt es keine brauchbaren Vergleichswerte 2014; allerdings waren ihre Lebensqualität und die Zufriedenheit mit ihrer Gesundheit 2019 erkennbar unterdurchschnittlich.

Mehr Analysen sind vorzunehmen, um diese Zusammenhänge besser zu verstehen und um Aussagen über kausale Beziehungen zu treffen.

5.2

Chronische Erkrankungen

Chronische Erkrankungen sind sowohl für das Empfinden von guter Gesundheit als auch für die Lebensqualität entscheidend. In Österreich hatten im Jahr

2019 37 % der Bevölkerung oder 2,8 Mio. Personen ab 15 Jahren zumindest eine chronische Erkrankung. *Gegenüber dem Jahr 2014 ist das eine Steigerung um 2 Prozentpunkte.*

Die Krankheitslast ist bei Menschen aus der Türkei und aus Ex-Jugoslawien hoch

Abbildung 18 zeigt, dass der Anteil der Personen mit chronischen Erkrankungen im Jahr 2019 in der Bevölkerung mit türkischem Migrationshintergrund und jener aus Ex-Jugoslawien gegenüber der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund erhöht war. 51 % der türkischen und 40 % der ex-jugoslawischen Migrant/innen hatten im Jahr 2019, in Anbetracht der Altersstruktur, mindestens eine chronische Erkrankung. Menschen ohne Migrationshintergrund waren mit 37 % der

Bevölkerung seltener von chronischen Krankheiten betroffen.

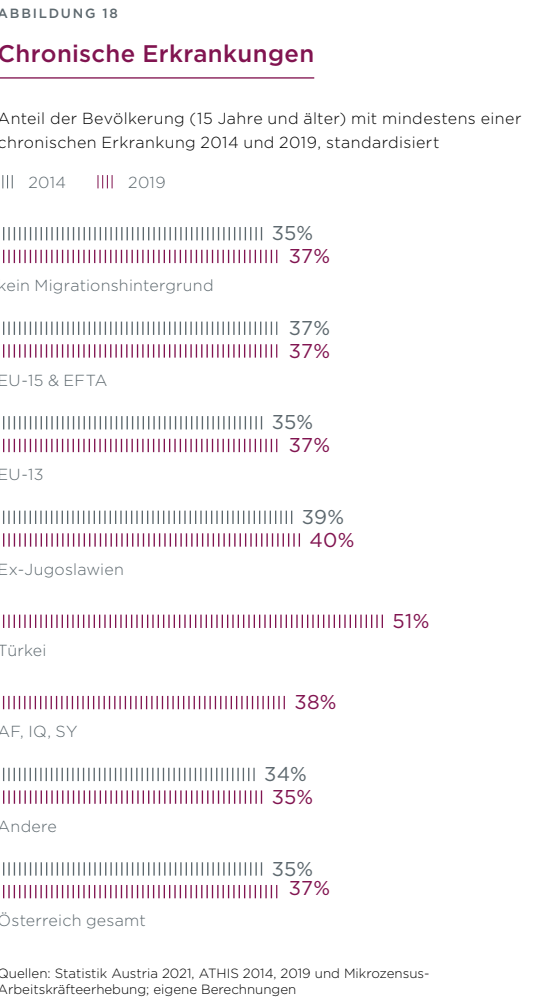
Anhand der Daten der Gesundheitsbefragung und der Verknüpfung mit den Bevölkerungszahlen sind folgende chronische Erkrankungen am weitesten in der österreichischen Bevölkerung über 15 Jahre verbreitet:

- chronische Kreuzschmerzen und andere chronische Rückenleiden (25 % der Bevölkerung)
- Allergien, ausgenommen allergisches Asthma (22 %)
- Bluthochdruck (21 %)
- chronische Nackenschmerzen oder sonstige chronische Beschwerden an der Halswirbelsäule (18 %)
- Arthrose (14 %)
- chronische Kopfschmerzen (7 %)
- Depression (7 %)
- Diabetes (6 %)

In Abbildung 19 werden selbst berichtete Prävalenzen für diese Krankheitsbilder nach Migrationshintergrund für die Jahre 2014 und 2019 dargestellt. Die Unterschiede zwischen den Gruppen sind zum Teil erheblich. Menschen mit Migrationshintergrund aus Ex-Jugoslawien oder der Türkei sind von mehreren chronischen Erkrankungen häufiger betroffen als die Gesamtbevölkerung: Die Prävalenz von chronischen Rückenleiden lag im Jahr 2019 in beiden Populationen bei über 31 %, bei chronischen Beschwerden der Halswirbelsäule bei über 26 %, bei chronischen Kopfschmerzen bei mehr als 14 %, bei Depressionen bei mehr als 12 % und bei Diabetes bei mehr als 10 %. Diese Werte sind um die Altersstruktur bereinigt und sind geeignet, einen Vergleich zwischen den Migrantengruppen anzustellen und die Krankheitslast zu beurteilen.

Ein Blick auf die unbereinigten Werte (siehe Anhang 5) zeigt, dass die tatsächliche Prävalenz bei Migrant/innen aus Ex-Jugoslawien, der Türkei, Afghanistan, dem Irak oder Syrien oft niedriger ist.

Bei den Migrant/innen aus Ex-Jugoslawien ist die Prävalenz von Bluthochdruck (+7 Prozentpunkte) und Diabetes (+5 Prozentpunkte) stark angestiegen. Auch bei den Türk/innen ist von einer Erhöhung der Krankheitslast auszugehen, einen eindeutigen Beleg dafür kann unsere Studie aufgrund der mangelhaften Datenlage in der Gesundheitsbefragung 2014 aber nicht erbringen. Der subjektive



Gesundheitszustand ist jedenfalls für einen großen Teil der Befragten merklich gesunken, wie die Detailauswertung im Porträt der türkischen Migrant/innen zeigt (Abschnitt 8.1). Dort werden außerdem Gender-Aspekte und Aspekte der psychischen Gesundheit vertieft.

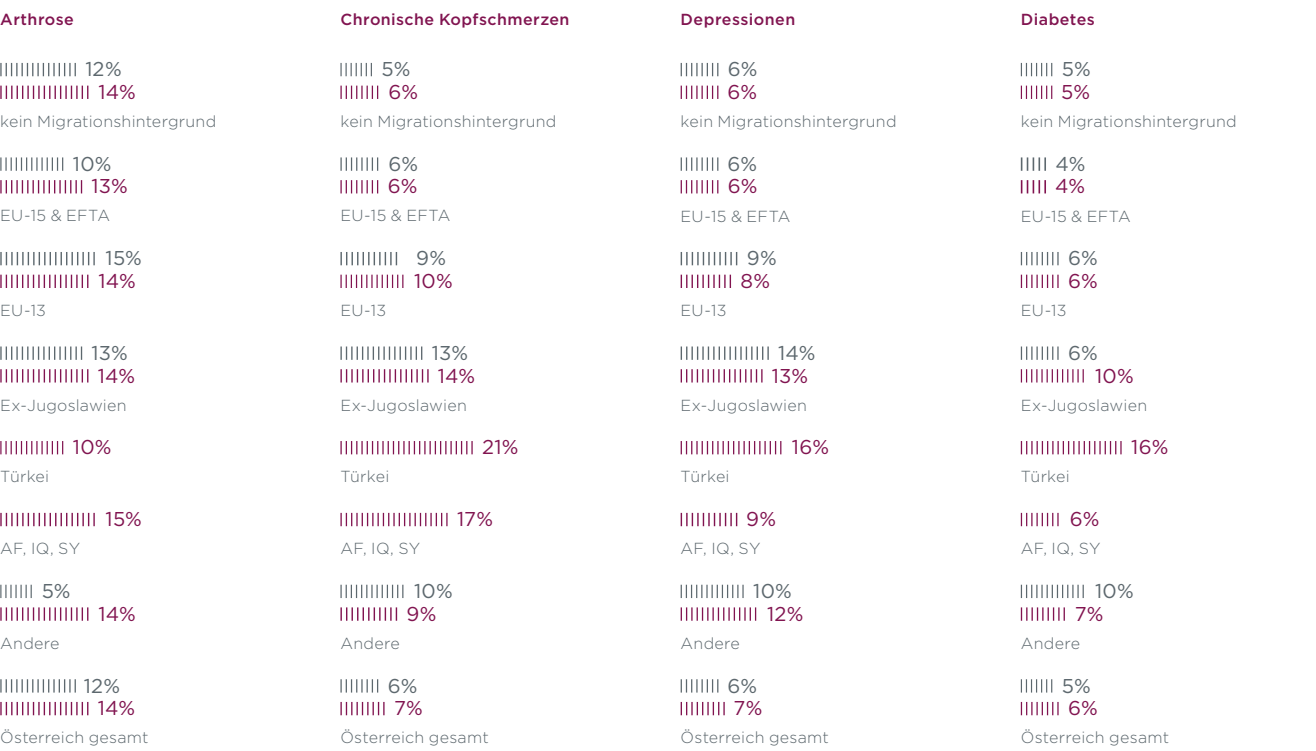
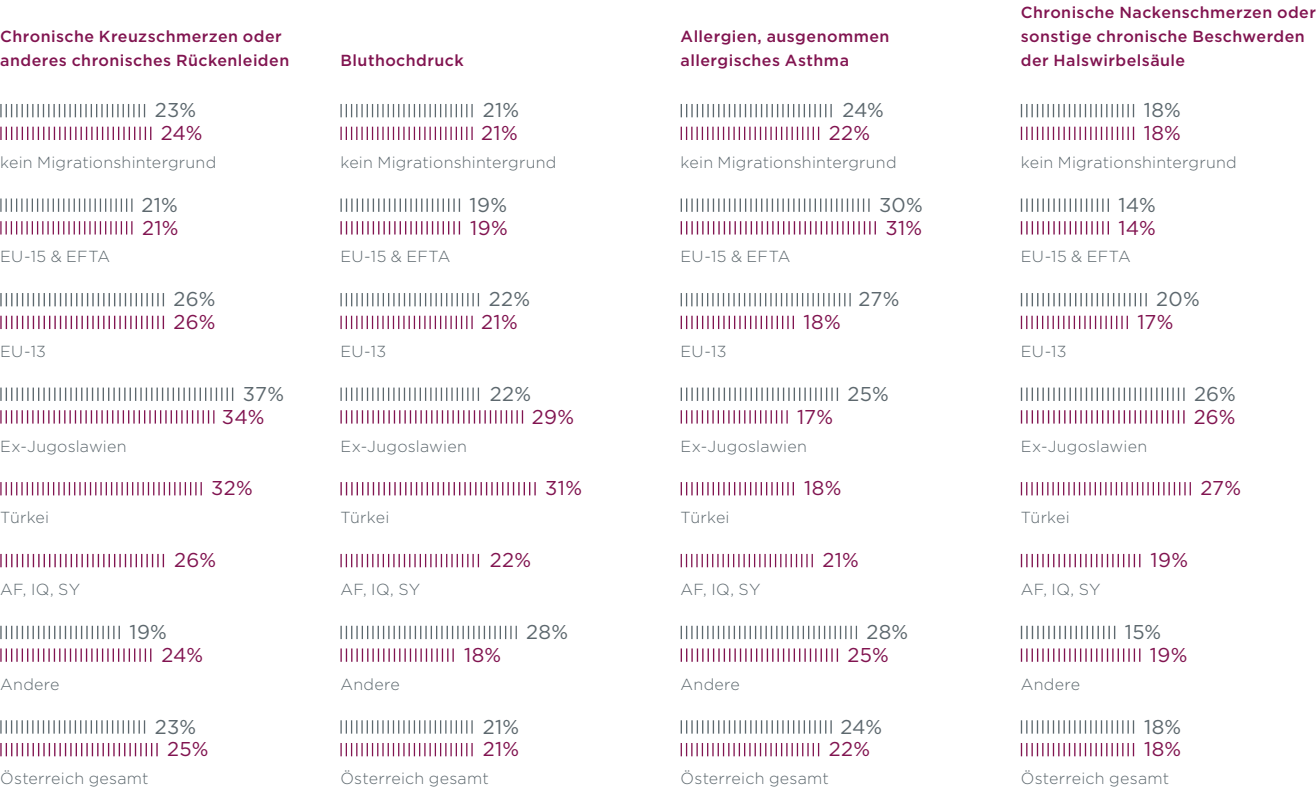
Depressionen gehen häufig mit körperlichen Einschränkungen einher

Wancata (2017) befragte rund 1.000 Personen zu psychischen und körperlichen Erkrankungen. 88,3 % der Studienpopulation waren als „Österreich“ klassifiziert, 11,7 % als „Ausland“. Die Interviews wurden von Fachleuten der Medizin bzw. Psychologie durchgeführt. Die Angaben wurden gemäß ICD-10 codiert, somit spiegeln sie eine diagnostische Information wider. Die Studie zeigt, dass zahlreiche körperliche

ABBILDUNG 19

Chronische Erkrankungen 2014 und 2019, Detail (15 Jahre und älter)*

|||| 2014 |||| 2019



* Rundungsdifferenzen möglich
Quellen: Statistik Austria 2021, ATHIS 2014, 2019 und Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung; eigene Berechnungen

TABELLE 7

Depressionsrisiko 2019 in % der Bevölkerung 15 Jahre und älter, standardisiert

Anteil der Bevölkerung mit PHQ-8 > 9

Migrationshintergrund nach Herkunftsland der Mutter	Männer	Frauen	Gesamt
kein Migrationshintergrund	3 %	6 %	4 %
EU-15 und EFTA	4 %	7 %	5 %
EU-13	5 %	9 %	7 %
Ex-Jugoslawien	7 %	10 %	9 %
Türkei	11 %	10 %	11 %
AF, IQ, SY	7 %	12 %	9 %
Andere	3 %	10 %	6 %
Österreich gesamt	4 %	6 %	5 %

Quellen: Statistik Austria 2021, ATHIS 2019 und Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung; eigene Berechnungen

Erkrankungen mit dem Vorhandensein einer psychischen Erkrankung korrelierten. Unter anderem besteht eine positive Korrelation von psychischen Erkrankungen mit Personen, die irgendwann im Laufe ihres Lebens Arthrose/Osteoporose oder Migräne hatten.

Mit einer Einjahresprävalenz von depressiven Episoden bei Männern (4,2 %) und bei Frauen (7,1 %) und bei rezidivierenden Depressionen von Männern (3,2 %) und Frauen (5,5 %) bewegen sich die Ergebnisse von Wancata (2017) auf dem Niveau des selbst berichteten Depressionsrisikos von insgesamt 5 % 2019 in der Gesundheitsbefragung, davon Frauen 6 % und Männer 4 %.²¹

Tabelle 7 zeigt den Anteil der Bevölkerung mit hohem Risiko für Depressionen in den Migrationsgruppen im Jahr 2019. Besonders betroffen sind Migrant/innen aus der Türkei, Männer stärker als Frauen. Migrantinnen aus Ex-Jugoslawien und aus Afghanistan, dem Irak und Syrien haben eine deutlich höhere Prävalenz als die österreichischen Frauen insgesamt. Auch Männer aus diesen

Ländern sind sichtbar stärker betroffen als im Österreichdurchschnitt.

Während die Studie von Wancata (2017) zeigt, dass Substanzmissbrauch bzw. Abhängigkeit ohne Tabak deutlich häufiger bei „Österreicher/innen“ vorkam als bei Personen aus dem „Ausland“, waren affektive Störungen und neurotische, Belastungs- und somatoforme Erkrankungen erkennbar häufiger in der Gruppe „Ausland“.²²

5.3 Inanspruchnahme von Prävention

Prävention hat eine Senkung der Krankheitsrisiken zum Ziel. Sie kann darauf gerichtet sein, gesundheits-schädigendes Verhalten zu ändern, beispielsweise Rauchen oder Alkoholkonsum. Sie kann aber auch dazu dienen, Krankheiten frühzeitig zu erkennen und zu verhindern.

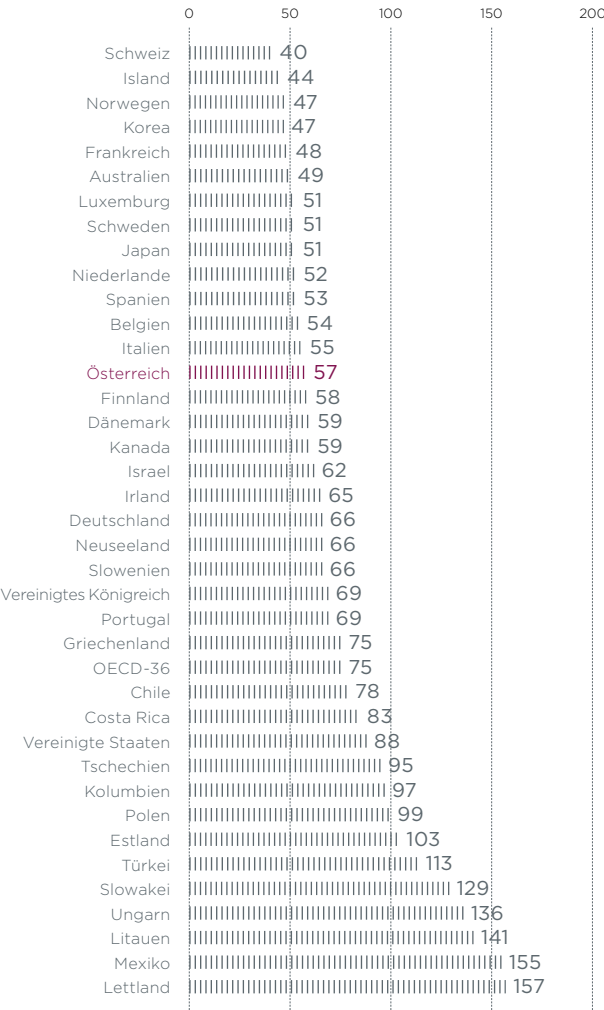
²¹ Der PHQ8 ist ein Standardfragebogen mit acht Fragen zum psychischen Wohlbefinden. Ein Score größer oder gleich 10 hängt signifikant mit dem Vorhandensein einer diagnostizierbaren Depression zusammen (Kroenke et al. 2009).
²² „Affektive Störungen“ sind meist Depressionen; zu den „neurotischen, Belastungs- oder somatoformen Erkrankungen“ zählen z. B. Zwangsstörungen und posttraumatische Belastungsstörungen.

ABBILDUNG 20

Vermeidbare Sterblichkeit je 100.000 Einwohner/innen

ABBILDUNG 20A

Vermeidbare Todesfälle (durch Behandlung vermeidbar) 2017



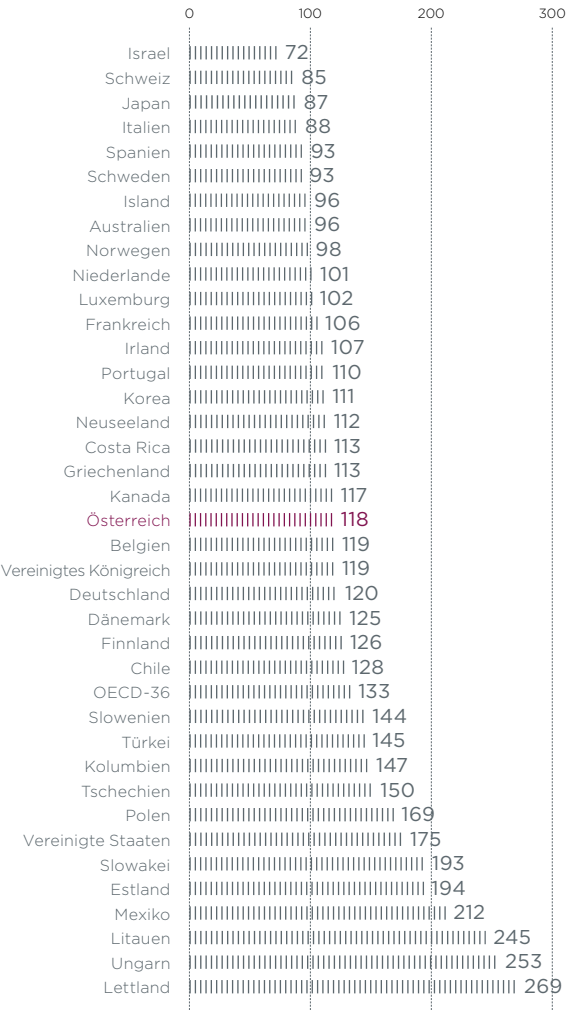
Quelle: OECD, eigene Darstellung

Österreich hat Aufholbedarf bei effektiven Präventionsprogrammen

Aktuelle Analysen zeigen, dass die vorzeitige Mortalität in Österreich im internationalen Vergleich hoch ist, insbesondere die vorzeitige Sterblichkeit²³, die durch Präventionsmaßnahmen verhindert werden könnte

ABBILDUNG 20B

Vermeidbare Todesfälle (durch Prävention vermeidbar) 2017



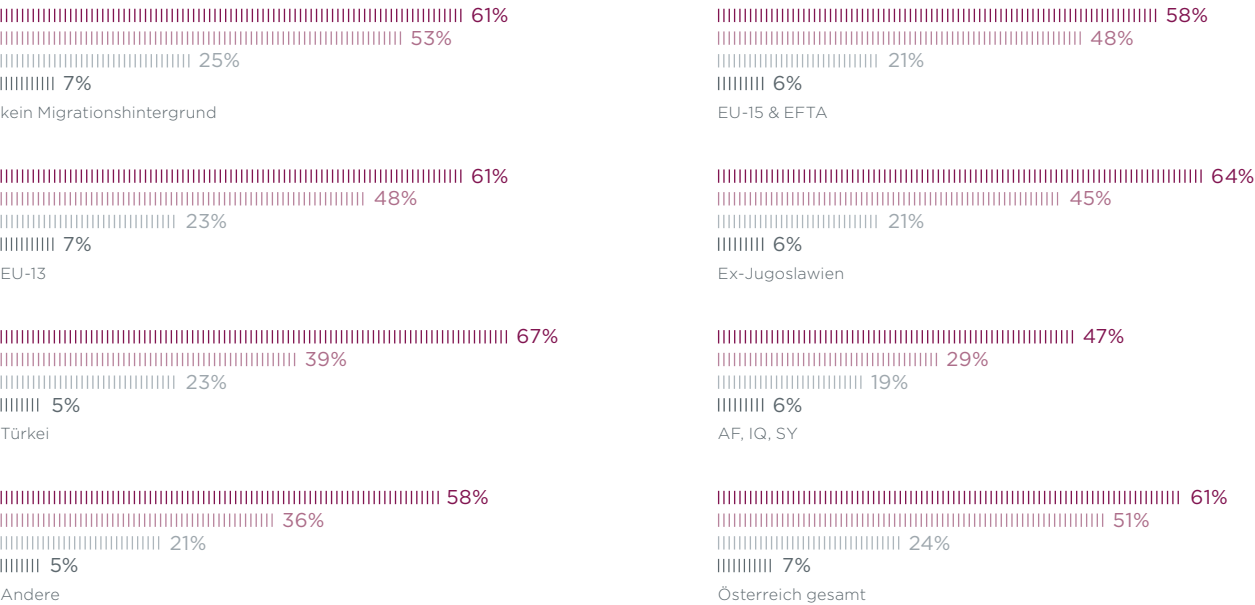
(OECD 2019). Im Jahr 2018 klassifizierten wir 10.069 oder 12% aller Todesfälle in Österreich als vermeidbar (Hofmarcher, Singhuber 2020).. Nach OECD-Berechnungsbasis nimmt Österreich mit 57 durch Behandlung vermeidbaren Todesfällen einen vorderen Platz ein und reiht sich deutlich vor dem OECD-Schnitt (75) ein. Bei der Mortalität, die durch Prävention vermeidbar wäre, fällt Österreich mit 115 Sterbefällen pro 100.000 Einwohner/innen ein paar Plätze zurück (Abbildung 20). Dies weist darauf hin, dass es einen stärkeren Fokus auf Prävention braucht.

ABBILDUNG 21

Präventionsmaßnahmen

Inanspruchnahme der Bevölkerung (15 Jahre und älter) innerhalb der letzten 12 Monate 2019, standardisiert

Blutzuckermessung Krebsabstrich (Frauen) Mammographie (Frauen) Darmspiege-



Quellen: Statistik Austria 2021, ATHIS 2019 und Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung; eigene Berechnungen

Während für Österreich gesamt detaillierte Berechnungen dieser wichtigen Ergebniskennzahlen nach Krankheitsgruppen auf Ebene der Bundesländer vorliegen (Hofmarcher & Singhuber 2020), ist die Datenlage dazu in Bezug auf Menschen mit Migrationshintergrund bescheiden. Die schwierige soziale und gesundheitliche Lage von Migrant/innen im Vergleich zur Mehrheitsbevölkerung (Abbildung 4 und Abbildung 16) lassen jedoch vermuten, dass diese Menschen von vorzeitiger Mortalität stark betroffen sein könnten.

Der Migrationshintergrund bestimmt die Inanspruchnahme von Prävention

Abbildung 21 vergleicht die Inanspruchnahme von vier etablierten Screening-Programmen nach Migrationshintergrund. Blutzuckermessungen wurden innerhalb der letzten 12 Monate vor der Befragung bei 61 % der österreichischen Bevölkerung durchgeführt und bei 7 % wurde eine Darmspiegelung gemacht. Der Anteil der Frauen, die in den letzten 12 Monaten einen Krebsabstrich gemacht haben, liegt bei 51 %, 24 % waren bei

der Mammographie. Ein Vergleich unter Berücksichtigung der Altersstruktur zeigt, dass Migrant/innen aus Afghanistan, dem Irak und Syrien an sämtlichen Screening-Programmen deutlich seltener teilgenommen haben als der Durchschnitt der österreichischen Gesamtbevölkerung.

Besonders auffällig ist die niedrige Zahl von Krebsabstrichen in dieser Gruppe (29 %), aber auch bei den Frauen mit Migrationshintergrund Türkei (39 %) und Ex-Jugoslawien (45 %). Die hohe Diabetes-Prävalenz in der Bevölkerung mit türkischem Migrationshintergrund dürfte auch die Zahl der Blutzuckermessungen nach oben treiben (67 %).

Einen aufrechten Impfschutz gegen Tetanus, Diphtherie und Polio²⁴ hatten im Jahr 2019 55 % der österreichischen Bevölkerung, niedrigere Durchimpfungsraten lassen sich bei den Gruppen „Afghanistan, Irak, Syrien“

23 Die vermeidbare Sterblichkeit ist ein Indikator, der die Performance/Qualität von Gesundheitssystemen vergleichbar machen soll. Das Konzept beruht auf der Vorstellung, dass bestimmte Todesfälle von Menschen zwischen 0 und 74 Jahren, beim aktuellen Stand des medizinischen Fortschritts, vom Gesundheitssystem verhindert werden könnten. Das umfasst sowohl Krankheiten, die durch gute Behandlungen nicht zum Tod führen müssten, als auch Todesursachen, die durch Präventionsmaßnahmen verhindert werden könnten.

24 Personen wurden nur gezählt, wenn sie einen aufrechten Schutz gegen alle drei Krankheiten hatten.

ABBILDUNG 22

Impfverhalten

Anteil der Bevölkerung (15 Jahre und älter) mit aufrechtem Impfschutz 2019, standardisiert



Quellen: Statistik Austria 2021, ATHIS 2019 und Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung; eigene Berechnungen

(26 %), Türkei (29 %), Ex-Jugoslawien (33 %) und den EU-13-Ländern (43 %) verzeichnen. Von allen übrigen in Österreich lebenden Menschen hatten nur Personen aus EU-15- und EFTA-Ländern, also vorwiegend Deutsche und Italiener/innen, einen ähnlich hohen Impfschutz wie Menschen ohne Migrationshintergrund (Abbildung 22).

Etwas anders ist die Situation bei Grippeimpfungen. Nur 8,0 % der österreichischen Gesamtbevölkerung hatte zum Zeitpunkt der Befragung einen aufrechten Gripeschutz. Die türkischen Migrant/innen hatten mit 5,2 % die niedrigste Impfaktivität. Etwas höher lag sie bei Menschen mit Migrationshintergrund aus Afghanistan, dem Irak, Syrien und Ex-Jugoslawien (6,6 % und 7,1 %). Nur Migrant/innen aus den EU-15- und EFTA-Ländern waren mit 10,9 % öfter geimpft als Menschen ohne Migrationshintergrund (8,0 %).

6 Überblick über die Versorgungslage

Österreichs Gesundheitssystem ist gut ausgebaut: In den 264 Spitälern²⁵ werden Patient/innen in 64.285 Betten von 118.646 Personen betreut (Tabelle 8). Insgesamt sind 46.337 Ärzt/innen tätig, von denen 18.181 eine Ordination betreiben. Von diesen stellen die 7.029 mit § 2-Kassenvertrag so etwas wie die Basisversorgung im ambulanten Bereich. Sie behandeln Versicherte der Österreichischen Gesundheitskasse (ÖGK), über die rund 62 %²⁶ der österreichischen Bevölkerung versichert sind.

6.1 Ressourcen in Österreich im internationalen Vergleich

Im Europa-Vergleich gehört Österreich zu den Ländern mit breiter Versorgung (Abbildungen 23 und 24). Dabei wird sehr stark auf ärztliches Personal gesetzt: Auf 1.000 Einwohner/innen kommen 5,3 Ärzt/innen (Abbildung 23A). Das Pflegepersonal hat in Österreich im Vergleich zu anderen Ländern nur wenige Befugnisse. Mit 6,9 Krankenpflegefachkräften je 1.000 Einwohner/innen ist ihre Zahl, etwa im Vergleich zu Deutschland mit 13,2 Personen je 1.000 Einwohner/innen, niedrig (Abbildung 23B).

Gleichzeitig ist der stationäre Sektor mit 7,3 Krankenhausbetten je 1.000 Einwohner/innen besonders gut ausgestattet (Abbildung 24A). Das wird durch die institutionellen Rahmenbedingungen in Österreich begünstigt, die eine abgestimmte Versorgung zwischen ambulantem und dem teuren stationären Bereich behindern. Anzustreben ist, dass Leistungen flexibel über die Versorgungskette erbracht werden, z. B. in

TABELLE 8

Ressourcen im österreichischen Gesundheitswesen

Personal und Spitalsbetten	Jahr	Anzahl
Ärzt/innen gesamt ^a	2018	46.337
Spitalsbetten ^b	2018	64.285
Gesundheitspersonal in Krankenanstalten ^c Ärzt/innen mit Ordination	2018	118.646
(exkl. Zahnmedizin) ^a	2018	18.181
§ 2-Ärzt/innen (exkl. Zahnmedizin) ^a	2018	7.029
Mobile Pfleger/innen (VZÄ) ^c	2018	12.547
Physiotherapeut/innen ^d	2018	13.948
Psychotherapeut/innen ^e	2019	10.150

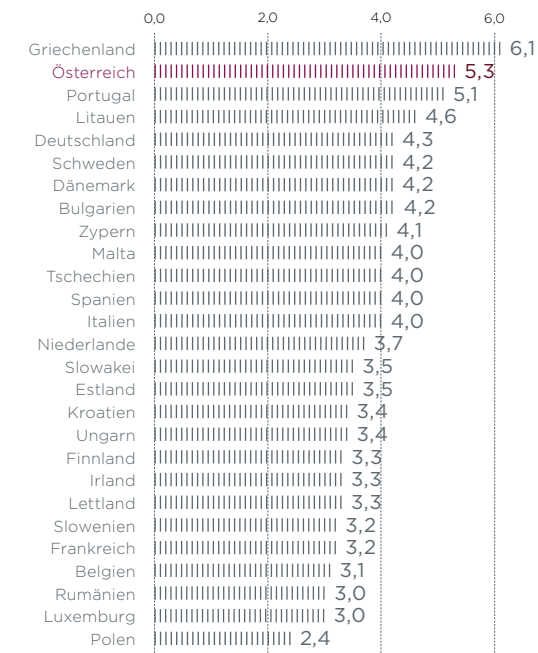
Quellen: a Österreichische Ärztekammer 2020; b Eurostat 2021; c Statistik Austria 2021; d GÖG (2020); e bestNET 2020

ABBILDUNG 23

Personelle Ressourcen der Gesundheitsversorgung

ABBILDUNG 23A

Berufsberechtigte Ärzt/innen je 1.000 Einwohner/innen 2018*



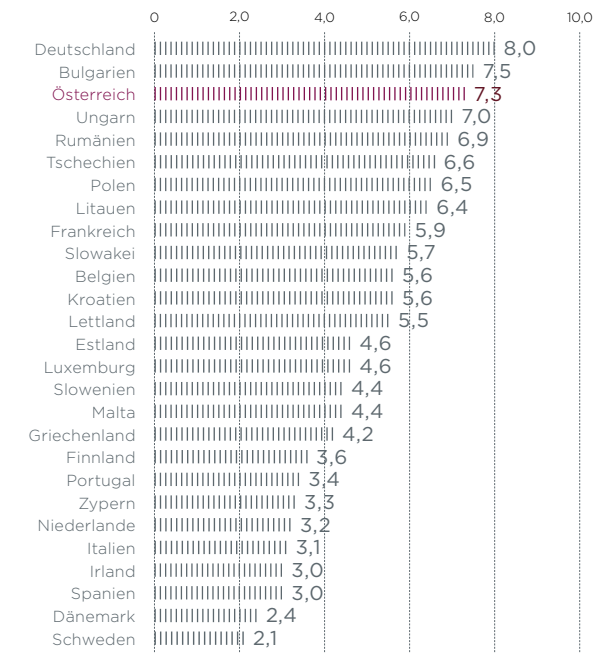
* oder letztverfügbares Jahr
Quellen: Statistik Austria 2021, Bevölkerungsstatistik; Eurostat 2021; eigene Berechnungen

ABBILDUNG 24

Spitalsressourcen und Finanzierung des Gesundheitswesens

ABBILDUNG 24A

Verfügbare Krankenhausbetten je 1.000 Einwohner/innen 2018*



* oder letztverfügbares Jahr
Quellen: Statistik Austria 2021, Bevölkerungsstatistik, SHA; Eurostat 2021; eigene Berechnungen

ABBILDUNG 23B

Krankenpflegefachkräfte je 1.000 Einwohner/innen 2018*

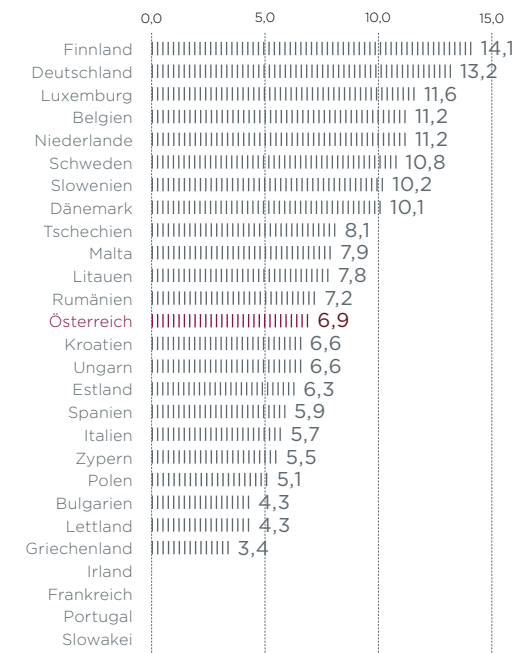
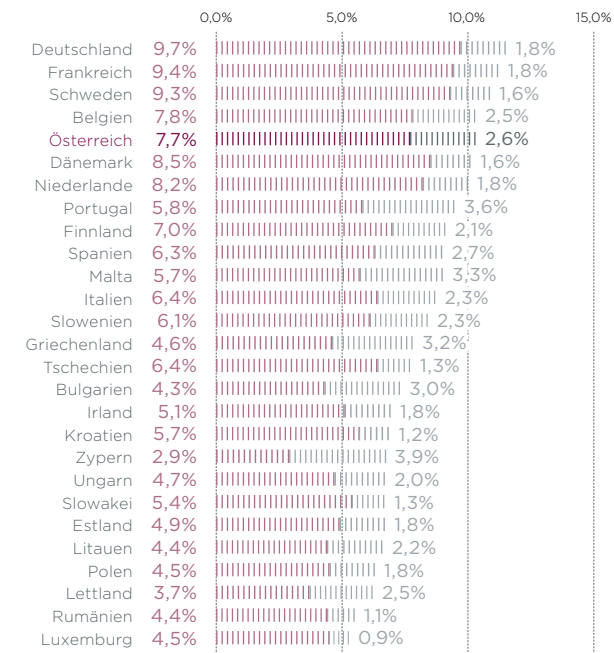


ABBILDUNG 24B

Laufende Gesundheitsausgaben in % des BIP 2018

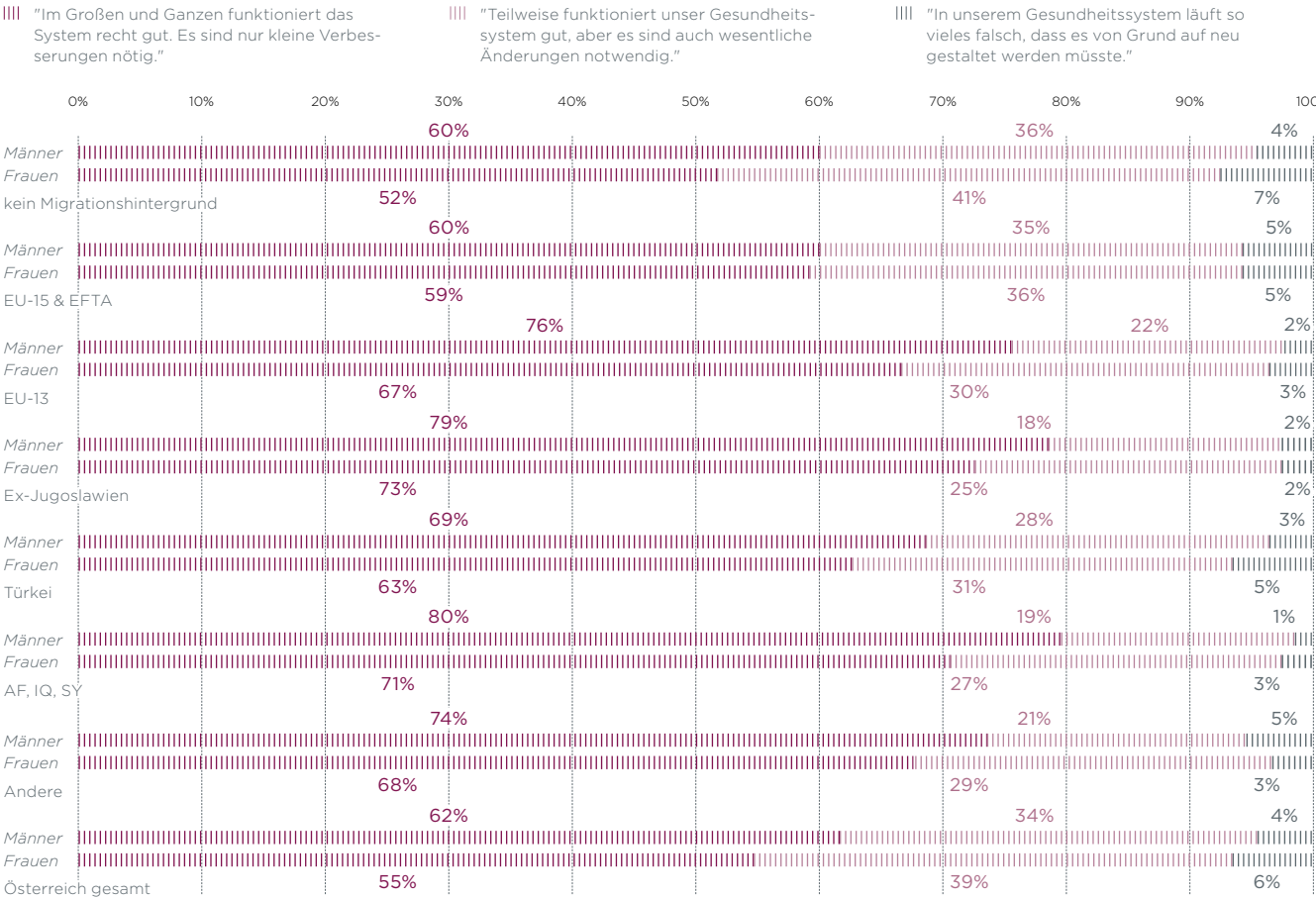


|||| öffentlich |||| privat

ABBILDUNG 25

Zufriedenheit mit dem Gesundheitssystem

Anteil der Befragten nach Aussagen über das Gesundheitssystem, ATHIS 2019 (15 Jahre und älter)



Quellen: Statistik Austria 2021, ATHIS 2019; eigene Berechnungen

Spitalsambulanzen, Primärversorgungszentren oder bei den Haus- und Fachärzt/innen, Stichwort „best point of service“ (Hofmarcher & Singhuber 2019).

Durch das hohe Versorgungsniveau, das arztzentrierte Angebot sowie den Fokus auf den stationären Sektor sind auch die laufenden österreichischen Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich hoch. 10,3 % des Bruttoinlandsprodukts oder 39,8 Mrd. EUR wurden im Jahr 2018 für Gesundheit ausgegeben (Abbildung 24B). Davon wurden 27,9 Mrd. EUR von öffentlicher Hand und 10,6 Mrd. EUR, also rund ein Viertel, von privaten Haushalten getragen.

Niedrige private Ausgaben deuten darauf hin, dass die Leistungskataloge der Krankenversicherungen großzügig ausgestattet sind. Umgekehrt bedeuten hohe private Ausgaben, dass bestimmte Gesundheitsleistungen

nicht von den Krankenkassen gedeckt sind und für Personen mit niedrigem Einkommen nicht erschwinglich sind. Da auch Migrant/innen häufig zu den Niedrigverdiener/innen gehören, kann es für diese zu ungedecktem Versorgungsbedarf kommen (Abschnitt 7.1).

6.2 Zufriedenheit mit der Versorgung

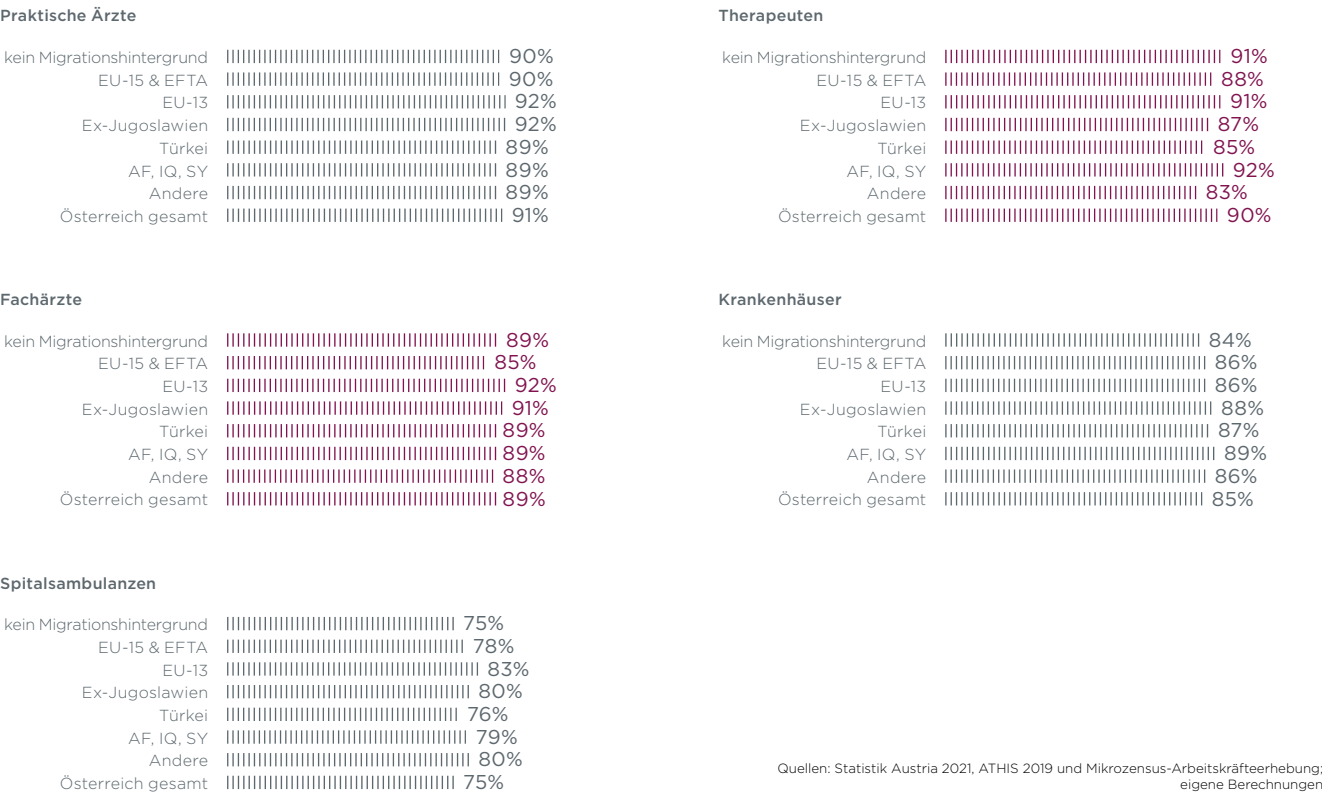
Alle Migrant/innen haben eine hohe Meinung vom Gesundheitswesen

Das österreichische Gesundheitssystem funktioniert nach Ansicht von 58 % der Österreicher/innen gut,

ABBILDUNG 26

Zufriedenheit mit den Leistungsanbietern

Anteil der Bevölkerung (15 Jahre und älter), der sehr oder eher zufrieden ist (nach Leistungsanbieter) 2019, standardisiert



37 % sind der Meinung, dass es nur teilweise gut funktioniert, und 5 % denken, dass es von Grund auf neugestaltet werden müsste (Abbildung 25). Alle Migrantengruppen haben eine überdurchschnittlich hohe Meinung vom Gesundheitswesen. Am positivsten ist der Eindruck bei Migrant/innen aus Ex-Jugoslawien und Afghanistan, dem Irak und Syrien. In diesen Gruppen stimmen jeweils 76 % der Bevölkerung der Aussage zu, dass „das Gesundheitssystem im Großen und Ganzen recht gut funktioniert.“

Insgesamt, aber auch innerhalb aller Migranten-gruppen, sehen Frauen das Gesundheitssystem kritischer. Während durchschnittlich 62 % der Männer das Gesundheitssystem positiv beurteilen, sind das bei den Frauen nur 55 % (-7 Prozentpunkte). Am deutlichsten ist die Geschlechterdifferenz bei den Migrant/innen aus den EU-13-Ländern (-8 Prozentpunkte) und aus Afghanistan, dem Irak oder Syrien (-9 Prozentpunkte).

Wie zufrieden die Bevölkerung mit der Gesundheitsversorgung ist, kann Aufschlüsse über die Versorgungsqualität liefern. Wie hoch der Anteil der Bevölkerung ist, der mit einzelnen Leistungsanbietern sehr oder eher zufrieden ist, wird in Abbildung 26 gezeigt. Sehr häufig zufrieden ist die österreichische Bevölkerung mit den Allgemeinmediziner/innen im ambulanten Bereich (91 %), ohne nennenswerte Unterschiede zwischen den Migrantengruppen. Umgekehrt sind nur 9 % der Bevölkerung mittelmäßig zufrieden oder eher oder sehr unzufrieden. Hohe Zufriedenheit mit Hausärzt/innen kann im österreichischen Kontext auch bedeuten, dass die Führung von Patient/innen eher schwach ist. Im Gegensatz zu vergleichbaren Ländern gibt es in Österreich kein „gate-keeping“ der Hausärzt/innen. Honorierungsformen und Behandlungsabläufe in der Kassenmedizin lassen für einzelne Patient/innen sehr wenig Zeit. Das hat häufig zur Folge, dass Gespräche zu kurz kommen, Patient/innen in die Spitäler geschickt werden und dass die Neigung

steigt, Medikamente zu verschreiben; in der Gruppe Türkei sehen wir das beispielsweise sehr ausgeprägt (Abschnitt 7.4).

Die Kassenmedizin ist im Rückzug, sie ist aber für Migrant/innen sehr wichtig

Die Gesamtzahl der Ärzt/innen pro 100.000 Einwohner/innen ist seit 2008 in jedem Bundesland gestiegen. Bundesländer mit einer niedrigen Versorgungsdichte haben Kapazitäten stärker erhöht als Bundesländer mit hoher Versorgungsdichte. Gleichzeitig ist die Zahl der Kassen-/§ 2-Ärzt/innen pro 100.000 Einwohner/innen in den meisten Bundesländern zurückgegangen. In Wien betrug der Rückgang zwischen 2008 und 2018 z. B. 21 %, was hauptsächlich auf die Verringerung der hausärztlichen Versorgung zurückzuführen ist (Hofmarcher & Singhuber 2020). Die Gesundheitsbefragung zeigt, dass Migrant/innen hauptsächlich in Städten leben (vgl. Abschnitt 4.2). Zunehmend übernehmen aber Wahlärzt/innen in urbanen Gebieten die Versorgung. Besonders für sozial benachteiligte Menschen ist die kassenärztliche Versorgung eine wichtige Anlaufstelle bei gesundheitlichen Problemen.

Es fällt auf, dass Frauen bei den Kassen-§ 2-Ärzt/innen deutlich schwächer vertreten sind. Sie betreiben aber häufiger Wahlarztpraxen oder sind in den Spitälern beschäftigt. Die Nachbesetzung von Kassenpraxen mit – tendenziell jüngeren – Ärzt/innen geht nur schleppend vonstatten, zumal nur wenige neue Stellen geschaffen werden. Viele Migrantinnen wünschen sich aber, von weiblichem Gesundheitspersonal behandelt zu werden. Dessen Fehlen verstärkt das Gefühl von Unwohlsein und Misstrauen (Abschnitt 2.1).

Ähnlich zufrieden wie mit den Hausarzt/innen ist die österreichische Bevölkerung mit den Therapeut/innen (90 %) und den ambulanten Facharzt/innen (89 %), wobei auch hier migrantenspezifische Unterschiede eher gering ausfallen. Unterdurchschnittlich zufrieden sind nur türkische Migrant/innen mit dem Therapieangebot (85 %) und Migrant/innen aus den EU-15- und EFTA-Ländern mit der fachärztlichen Versorgung (86 %).

Die österreichische Spitalsversorgung erhält weniger hohe Zufriedenheitswerte. Mit den Krankenhäusern sind 85 % der Bevölkerung zufrieden, wobei es

augenscheinlich kaum Unterschiede zwischen den Migrantengruppen gibt. Mit den Spitalsambulanzen sind nur 75 % der Bevölkerung zufrieden, Migrant/innen aus den EU-13-Ländern sehen diese aber deutlich positiver (83 %). Auf Geschlechterunterschiede wird in den Länderporträts zu den Migrantengruppen Türkei und „Afghanistan, Irak, Syrien“ eingegangen (vgl. Abschnitt 8).

7 Zugang, Inanspruchnahme und Kosten

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO 2000) definiert Zugang als die „... Gewährleistung des Zugangs zur Versorgung auf der Grundlage des Bedarfs und nicht der Zahlungsfähigkeit ...“ oder anderen Hürden wie fehlenden Transports, Wartezeiten etc. Ganz allgemein kann unter einer Verbesserung des Zugangs alles verstanden werden, was den Zugang zu Gesundheitsleistungen für alle erleichtert. Ausgangspunkt dieses Abschnitts ist erschwelter Zugang wegen eingeschränkter finanzieller Möglichkeiten.

Insgesamt ist der Zugang in Österreich großzügig. Im europäischen Vergleich zählt es zu jenen Ländern mit dem niedrigsten ungedeckten Versorgungsbedarf. Dies ist auf fast vollständigen Krankenversicherungsschutz, hohe Versorgungsqualität und Obergrenzen für Selbstbehalte zurückzuführen (OECD & Europäische Union 2020). Österreich ist mit Ressourcen einschließlich dem produktiven, gut ausgebildeten Gesundheitspersonal überdurchschnittlich ausgestattet²⁷. Obwohl die privaten Ausgaben im internationalen Vergleich relativ hoch sind (Abbildung 24B), sind Probleme des Zugangs infolge zu hoher Kosten vergleichsweise gering (OECD 2019).

Gleichzeitig bestehen jedoch finanzielle Barrieren für bestimmte Migrantengruppen, die aufgrund eines fehlenden Aufenthaltsstatus nicht in der gesetzlichen Pflichtversicherung sind (Hollomey et al. 2014, Abschnitt 2). Zudem ist die Einkommenssituation vieler Menschen mit Migrationshintergrund vergleichsweise schlecht (Abbildung 4).

Damit die Betroffenheit von Menschen mit Migrationshintergrund erfasst werden kann, analysieren wir den Indikator „ungedekelter Gesundheitsbedarf“ aus finanziellen Gründen. Weiters fasst dieser Abschnitt die Kosten nach Leistungsbereichen und Migrationsgruppen zusammen und detailliert die Inanspruchnahme und die Kosten in allen Leistungsbereichen des Gesundheitssystems. Die Reihenfolge, in der die Inanspruchnahme dargestellt ist, orientiert sich an der Höhe der Kosten in den einzelnen Leistungsbereichen. Methodische Details zu den Datengrundlagen und Berechnungen finden sich in Abschnitt 3.

27 Wichtige Ausnahme in diesem Zusammenhang ist die Versorgungsdichte mit Krankenpflege, wo sich Österreich im Mittelfeld bewegt (siehe Abschnitt 6.1).

7.1 Ungedekelter Bedarf aus finanziellen Gründen

Ungedekelter Gesundheitsbedarf wegen hoher Kosten ist in vielen Gruppen häufig

Die Gesundheitsbefragung 2019 erhebt, ob jemand Leistungen aus finanziellen Gründen nicht in Anspruch genommen hat, obwohl diese notwendig gewesen wären. Vier Leistungskategorien werden abgedeckt: ärztliche Behandlungen (ohne Zahnbehandlungen), Hilfe bei psychischen Problemen, Medikamente und Zahnbehandlungen.

Am häufigsten übersteigen Zahnbehandlungen die finanziellen Möglichkeiten der österreichischen Bevölkerung (Abbildung 27). Von den Personen, die innerhalb der letzten 12 Monate eine Zahnbehandlung nötig hatten, berichten 9 % der Befragten,

dass sie sich diese nicht leisten konnten. Besonders betroffen waren Migrant/innen aus Afghanistan, dem Irak und Syrien (15 %), aber auch EU-Migrant/innen (11 %) und Migrant/innen aus Ex-Jugoslawien (11 %).

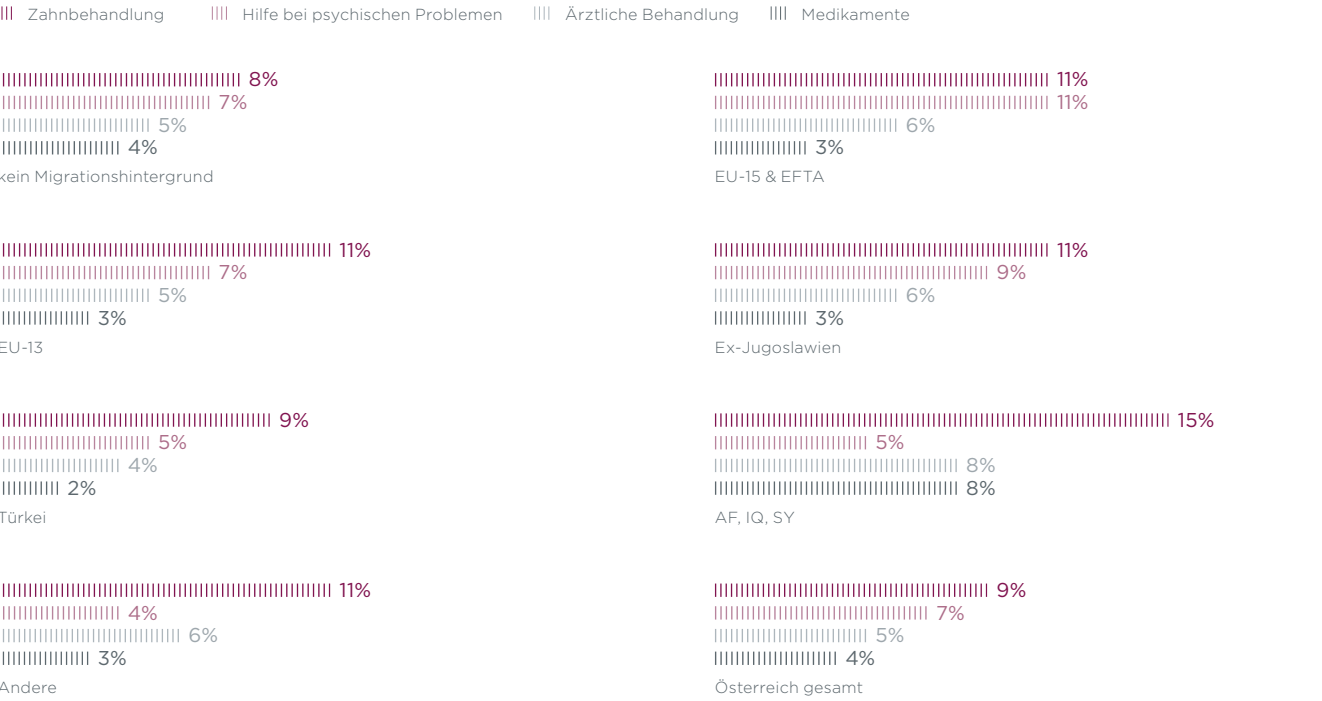
7 % der Befragten mit Versorgungsbedarf bei psychischen Problemen haben diese aus finanziellen Gründen nicht erhalten. Besonders ausgeprägt ist dieses Phänomen bei den Migrant/innen aus den EU-15-Ländern, Island, Liechtenstein und der Schweiz (11 %).

Andere ärztliche Behandlungen waren für 5 % der österreichischen Bevölkerung mit medizinischem Bedarf nicht leistbar; bei Medikamenten waren das 4 %. In beiden Kategorien hatten Migrant/innen aus Afghanistan, dem Irak oder Syrien deutlich häufiger ungedeckten Bedarf (jeweils 8 %). Das Einkommen dieser Bevölkerungsgruppe sind im österreichischen Vergleich besonders niedrig (vgl. Abschnitt 4.1).

ABBILDUNG 27

Ungedekelter Gesundheitsbedarf

Ungedekelter Gesundheitsbedarf in % der Bevölkerung (15 Jahre und älter) mit gesundheitlichem Problem aufgrund zu hoher Kosten 2019, nicht standardisiert



Quellen: Statistik Austria 2021, AT-HIS 2019 und Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung; eigene Berechnungen

ABBILDUNG 28

Ausgaben pro Kopf nach Leistungsbereichen

STAT TK PRA FA SAMB ZA PHYS, PSYCH AM PZ LBK HH

ABBILDUNG 28A

Ausgaben pro Kopf in EUR nach Leistungsbereichen 2019, nicht standardisiert

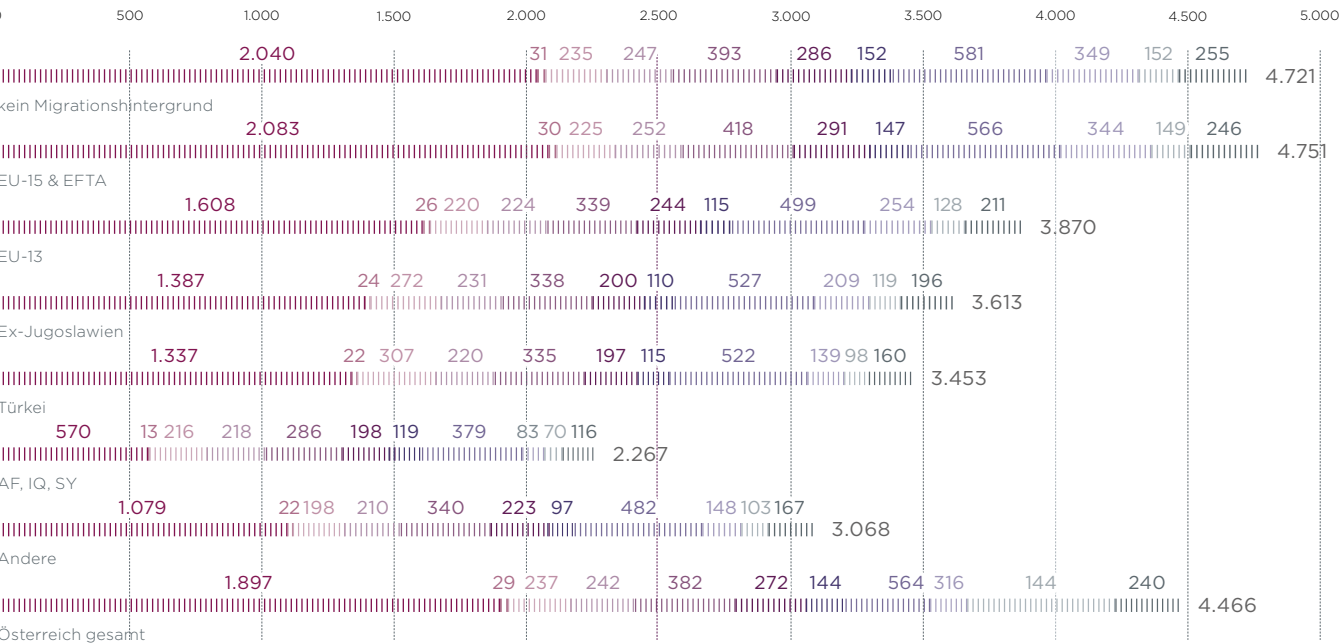
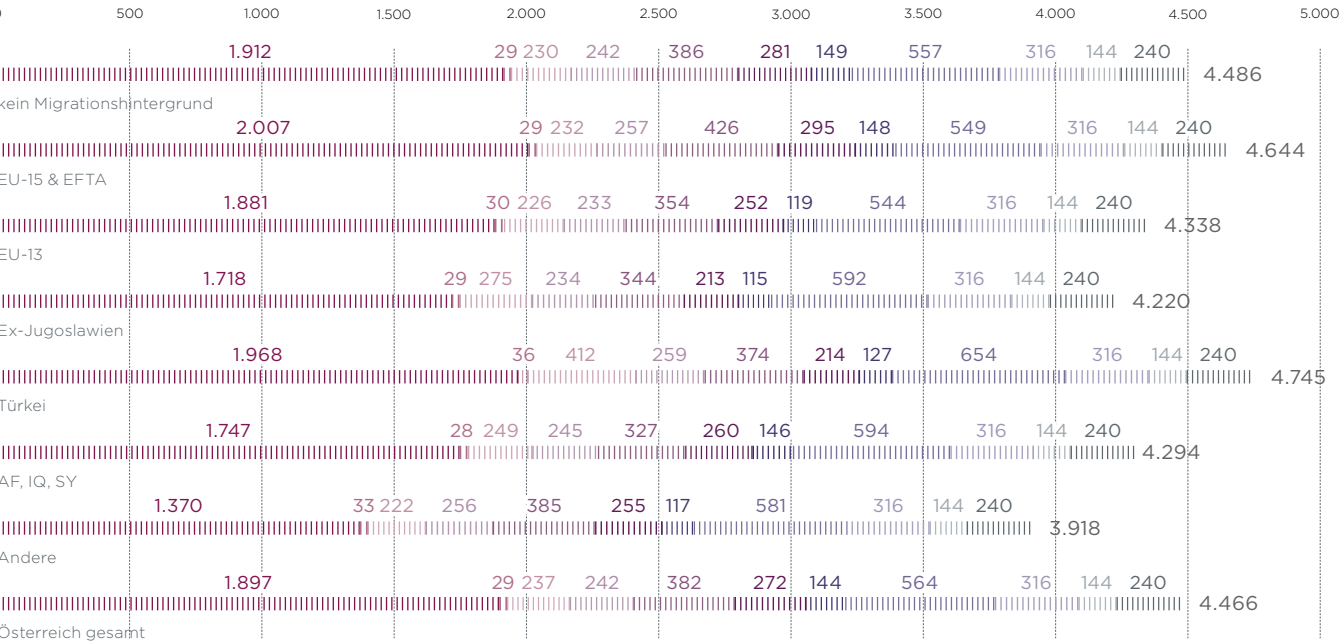


ABBILDUNG 28B

Ausgaben pro Kopf in EUR nach Leistungsbereichen 2019, standardisiert



STAT: Krankenhäuser; TK: Tagesklinische Aufenthalte; PRA: Praktische Ärzt/innen; FA: Fachärzt/innen; SAMB: Spitalsambulanzen; ZA: Zahnärzt/innen; PHYS, PSYCH: Ambulante Therapien; AM: Arzneimittel; PZ: Pflege zu Hause; LBK: Laborleistungen, bildgebende Verfahren und Krankentransporte; HH: Heilbeihilfe und Hilfsmittel
Quellen: Statistik Austria 2021, ATHIS 2019 und Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung, SHA; eigene Berechnungen

7.2 Überblick über die Kosten der Versorgung

Der Ausgabenanteil der Migrant/innen ist kleiner als ihr Bevölkerungsanteil

Für Menschen mit Migrationshintergrund wurden im österreichischen Gesundheitssystem im Jahr 2019 rund 7,6 Mrd. EUR oder 19,4 % der gesamten laufenden persönlichen Gesundheitsausgaben aufgewendet. Im selben Jahr hatten 23,7 % der Bevölkerung in den Privathaushalten Migrationshintergrund. Durch die junge Altersstruktur sind die Ausgaben von Migrant/innen geringer als ihr Bevölkerungsanteil. Wie alle jüngeren Bevölkerungsgruppen haben die Migrant/innen in Österreich eine hohe Erwerbsneigung.²⁸ Auf gesamtstaatlicher Ebene wird geschätzt, dass Migrant/innen mehr Steuern und Abgaben leisten, als sie in Form von öffentlichen Gütern und Transferleistungen erhalten (Mazal 2017). Der Saldo der fiskalischen Effekte von Migration wird auf -23 Mio. EUR im Jahr 2018 und +724 Mio. EUR im Jahr 2019 geschätzt. Die wachsende Dynamik ergibt sich aus der steigenden Erwerbsbeteiligung der Geflüchteten aus den Jahren 2015 und 2016. So eine Situation findet sich auch insgesamt in der EU (Bauböck 2019). Zuwander/innen haben hohe Beschäftigungsraten und sind zumeist Netto-Zahler für Sozialsysteme.

Menschen aus EU-15- und EFTA-Ländern und der Türkei haben hohe Ausgaben

Abbildung 28A zeigt eine Gegenüberstellung der Ausgaben nach Migrationshintergrund und Ausgabenbereich. Die Pro-Kopf-Ausgaben waren im Jahr 2019 am höchsten für Migrant/innen aus EU-15- und EFTA-Ländern sowie für Menschen ohne Migrationshintergrund (4.751 EUR und 4.721 EUR). Für Menschen mit Migrationshintergrund aus den EU-15-Ländern, Ex-Jugoslawien und der Türkei waren die Ausgaben mit 3.870 EUR, 3.613 EUR und 3.453 EUR pro Kopf niedriger. Am wenigsten wurde für Migrant/innen aus Afghanistan, dem Irak, oder Syrien ausgegeben (2.267 EUR pro Kopf). Diese Unterschiede gehen zu einem erheblichen Teil auf das Durchschnittsalter der jeweiligen Bevölkerungsgruppe zurück.

Hätten alle dargestellten Gruppen dieselbe demografische Struktur, wären die Pro-Kopf-Kosten der türkischen Migrant/innen und der Migrant/innen aus EU-15- und EFTA-Ländern überdurchschnittlich hoch (4.745 EUR und 4.644 EUR, Abbildung 28B). Beide Gruppen benötigen sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich mehr Leistungen, die türkischen Migrant/innen fallen zudem durch einen erhöhten Arzneimittelkonsum auf. Alle anderen Bevölkerungsgruppen lägen am oder unter dem Ausgabendurchschnitt von 4.466 EUR pro Kopf im Jahr 2019.

7.3 Inanspruchnahme von Krankenanstalten und Kosten

Inanspruchnahme und Kosten von Leistungen in Krankenanstalten streuen stark

In Österreich hatten im Jahr 2019 zum Zeitpunkt der Befragung 16 % der Bevölkerung ab 15 Jahren innerhalb der letzten 12 Monate mindestens einen stationären Aufenthalt (STAT) und 17 % mindestens einen tagesklinischen Aufenthalt (TK) hinter sich, zusammen genommen nahmen 2019 33 % der Bevölkerung Hilfe in Krankenanstalten in Anspruch (Abbildung 29).

Personen mit EU-15-, EFTA- und Österreich-Herkunft brauchen das Spital häufig

Altersbereinigt hatten besonders Menschen mit türkischem Migrationshintergrund häufig Kontakt zum stationären Sektor (38 %), was an der hohen Krankheitslast in dieser Gruppe liegen könnte (vgl. Abschnitt 5.1). Personen aus Afghanistan, dem Irak oder Syrien waren selten im Spital (29 %). In den Gruppen EU-15 und EFTA, Ex-Jugoslawien, Türkei, sowie „Afghanistan, Irak, Syrien“ hatten Frauen häufiger als Männer im vorangegangenen Jahr mindestens einen Spitalsaufenthalt.²⁹

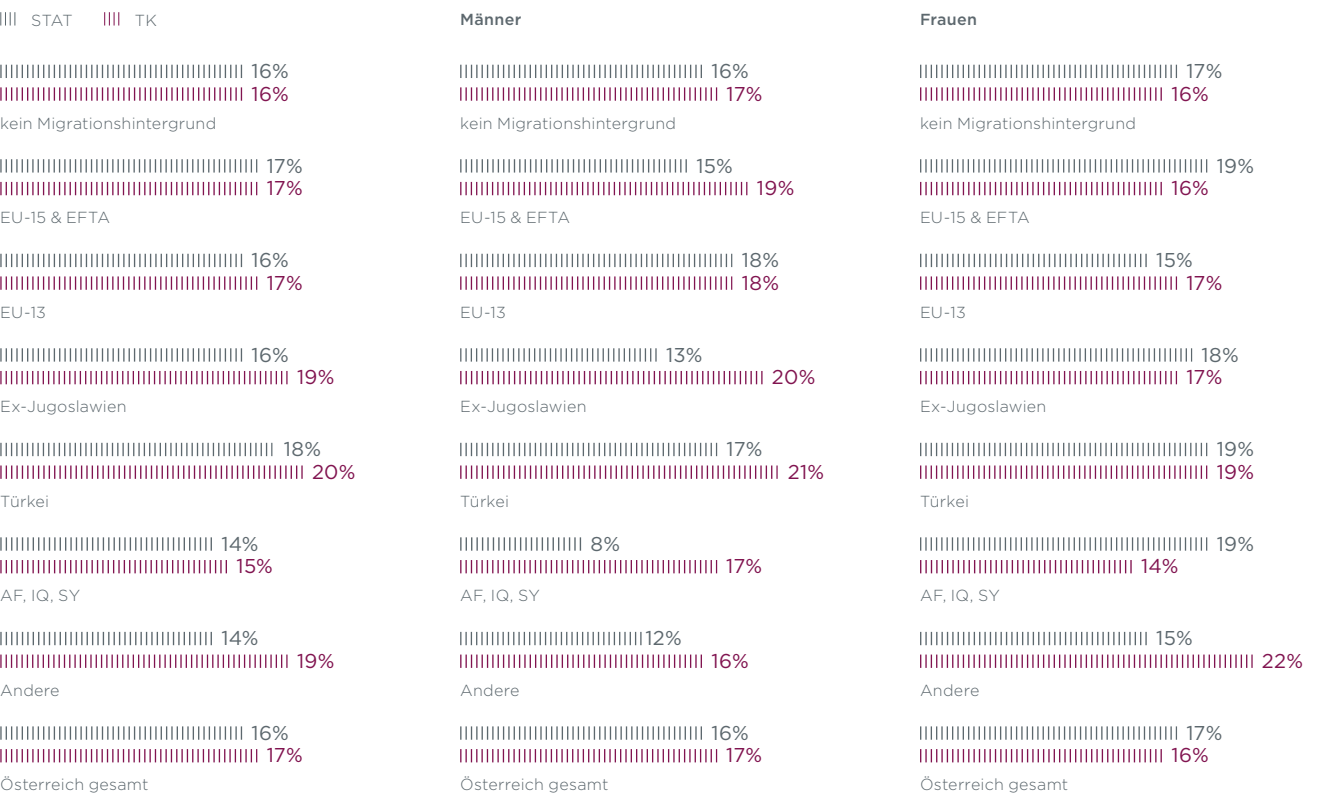
28 „Hohe Erwerbsneigung“ bedeutet, dass es in einer Gruppe viele Erwerbspersonen gibt, die dem Arbeitsmarkt grundsätzlich zur Verfügung stehen. Die Erwerbsbevölkerung beinhaltet also Berufstätige und Arbeitslose, aber nicht Pensionist/innen, Berufsunfähige, Präsenzdiener, Kinder etc. Wenn eine Bevölkerungsgruppe (hier Migrant/innen) recht jung ist, ist demnach auch der Anteil der Erwerbspersonen/ihre Erwerbsneigung hoch. Arbeitslosigkeit spielt in diesem Zusammenhang zwar eine Rolle, maßgeblich für den Saldo fiskalischer Effekte ist allerdings der Anteil der pensionierten Bevölkerung.

29 Bei der Gesundheitsbefragung 2019 wurde zwar ausdrücklich darauf hingewiesen, dass Spitalsaufenthalte im Zusammenhang mit einer Entbindung nicht zu zählen sind, es könnte aber sein, dass nicht alle Befragten diese Einschränkung berücksichtigt haben.

ABBILDUNG 29

Inanspruchnahme im stationären Sektor

Bevölkerung (15 Jahre und älter) mit mindestens einem Aufenthalt stationär/tagesklinisch in den letzten 12 Monaten 2019, standardisiert



STAT: Krankenhäuser; TK: Tagesklinische Aufenthalte
Quellen: Statistik Austria 2021, ATHIS 2019 und Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung; eigene Berechnungen

TABELLE 9

Ausgaben im stationären Sektor

Stationäre Ausgaben 2019
Bevölkerung (15 Jahre und älter) mit mindestens einem Aufenthalt stationär/tagesklinisch in den letzten 12 Monaten 2019, standardisiert

Migrationshintergrund nach Herkunftsland der Mutter	Kosten pro Kopf in EUR		Kosten pro Kopf in EUR, standardisiert		Ausgaben in Mio. EUR			Gesamte in % der Gesundheits-gesamten Ausgaben	Gesamte Ausgaben in Mio. EUR
	STAT	TK	STAT	TK	STAT	TK	Gesamt		
kein Migrationshintergrund	2.040	31	1.912	29	13.558	206	13.765	44 %	31.379
EU-15- und EFTA-Länder	2.083	30	2.007	29	575	8	584	44 %	1.312
EU-13	1.608	26	1.881	30	883	14	897	42 %	2.125
Ex-Jugoslawien	1.387	24	1.718	29	737	13	750	39 %	1.920
Türkei	1.337	22	1.968	36	378	6	384	39 %	976
Afghanistan, Irak, Syrien	570	13	1.747	28	72	2	73	26 %	286
Andere	1.079	22	1.370	33	329	7	336	36 %	935
Österreich gesamt	1.897	29	1.897	29	16.532	256	16.789	43 %	38.933

Quellen: Statistik Austria 2021, ATHIS 2019 und Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung, SHA; eigene Berechnungen

Durchschnittlich werden in Österreich pro Kopf 1.897 Euro für stationäre Leistungen ausgegeben (Tabelle 9). Insgesamt sind das 16,8 Mrd. EUR oder 43 % der gesamten persönlichen Gesundheitsausgaben im Jahr 2019. Die Unterschiede zwischen den Herkunftslandgruppen sind dabei beträchtlich: So liegen die Kosten von Migrant/innen aus EU-15- und EFTA-Ländern bei 2.083 EUR und in der Gruppe „Afghanistan, Irak, Syrien“ bei lediglich 570 EUR pro Kopf. Ein Blick auf die standardisierten Werte zeigt, dass sich diese Unterschiede zum Großteil, aber nicht vollständig, durch die unterschiedliche demografische Struktur der beiden Gruppen erklären lassen: Standardisiert werden für Spitalsaufenthalte in der ersten Gruppe 2.007 EUR, in der zweiten 1.747 EUR ausgegeben. Migrant/innen aus Afghanistan, dem Irak oder Syrien nehmen zudem einen deutlich geringeren Anteil ihrer Gesundheitsleistungen im Spital in Anspruch (26 %). Für jüngere Bevölkerungsgruppen ist das in einem gewissen Ausmaß zwar typisch, es könnte aber auch sein, dass diese Gruppe Spitalsaufenthalte eher meidet.

7.4 Inanspruchnahmen ambulanter Leistungen und Kosten

Der ambulante Sektor ist bei Menschen aus Ex-Jugoslawien und der Türkei beliebt

Nach dem stationären Sektor ist die Versorgung im ambulanten Bereich am wichtigsten. Er befindet sich im Umbau hin zu größeren Primärversorgungseinheiten bei gleichzeitigem Ausbau von Tageskliniken (Hofmarcher et al. 2018, Hofmarcher & Singhuber 2020). Letztere sind an der Schnittstelle zwischen Spitalsambulanz und Versorgung außerhalb von Krankenanstalten. Die nachfolgende Kategorisierung des ambulanten Sektors bezieht sich auf Haus- und Fachärztinnen und auf Besuche in Spitalsambulanzen.

Durchschnittlich sind in Österreich lebende Personen ab 15 Jahren innerhalb von vier Wochen 1,15-mal bei einem Mediziner/einer Medizinerin im ambulanten Sektor, davon 0,57-mal bei einem praktischen Arzt/einer praktischen Ärztin (PRA),

0,46-mal bei einem Facharzt/einer Fachärztin (FA) und 0,11-mal in einer Spitalsambulanz (Abbildung 30). Migrant/innen aus der Türkei oder Ex-Jugoslawien gingen im Jahr 2019 häufig zu Ärzt/innen im ambulanten Sektor. Vor allem Allgemeinmediziner/innen werden öfter besucht (siehe Abschnitt 6.2). Migrant/innen aus der Türkei waren in vier Wochen durchschnittlich 1,24-mal, Menschen aus Ex-Jugoslawien 0,72-mal bei einem/r praktischen Arzt/Ärztin. Die Spitalsambulanzen werden besonders oft von männlichen Migranten aus der Türkei (0,15) oder aus Ländern der Gruppe EU-15 und EFTA (0,14) besucht, zudem generell von Migrant/innen aus Ex-Jugoslawien (0,14). Die hohe Inanspruchnahme von Frauen der Gruppe der anderen Herkunftsländer (0,25-mal in 4 Wochen) ist auffällig, mangels Differenzierbarkeit der Herkunftsländer aber nicht interpretierbar.

Menschen aus der Türkei nehmen gern Hausärzt/innen in Anspruch

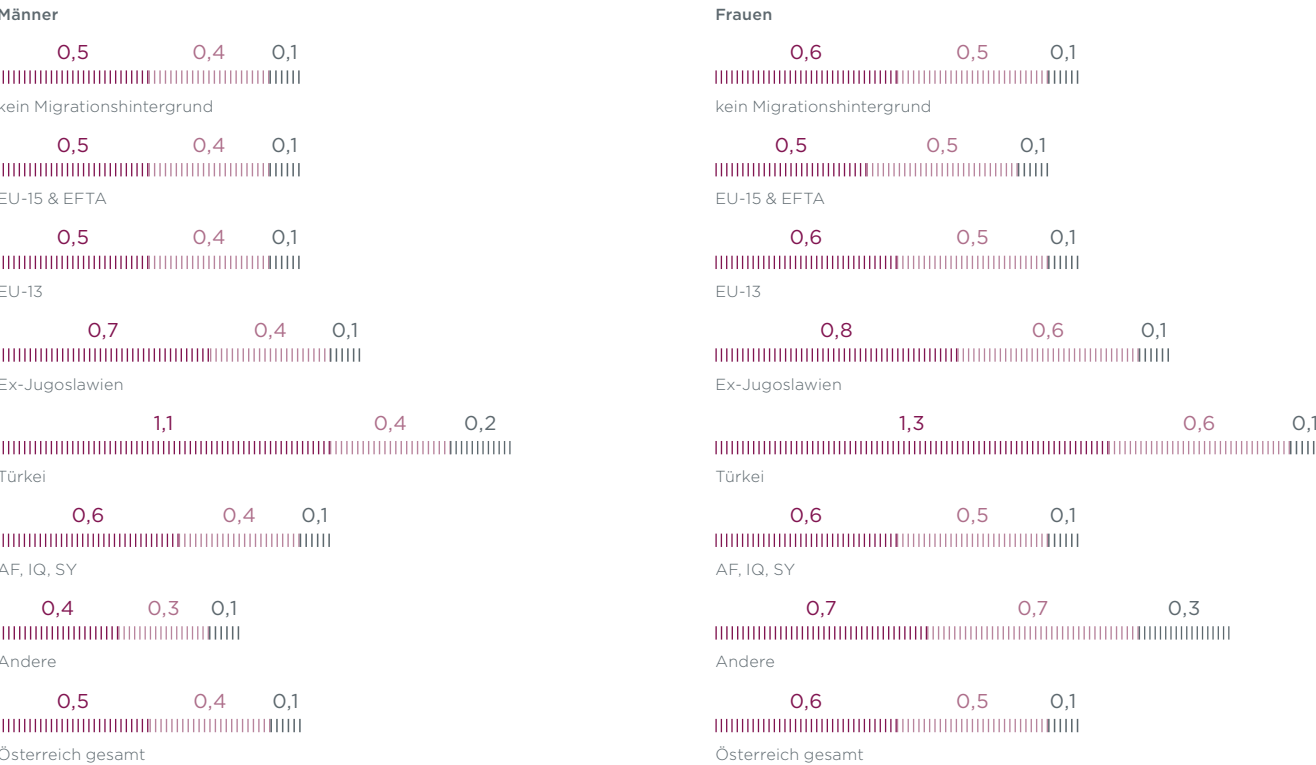
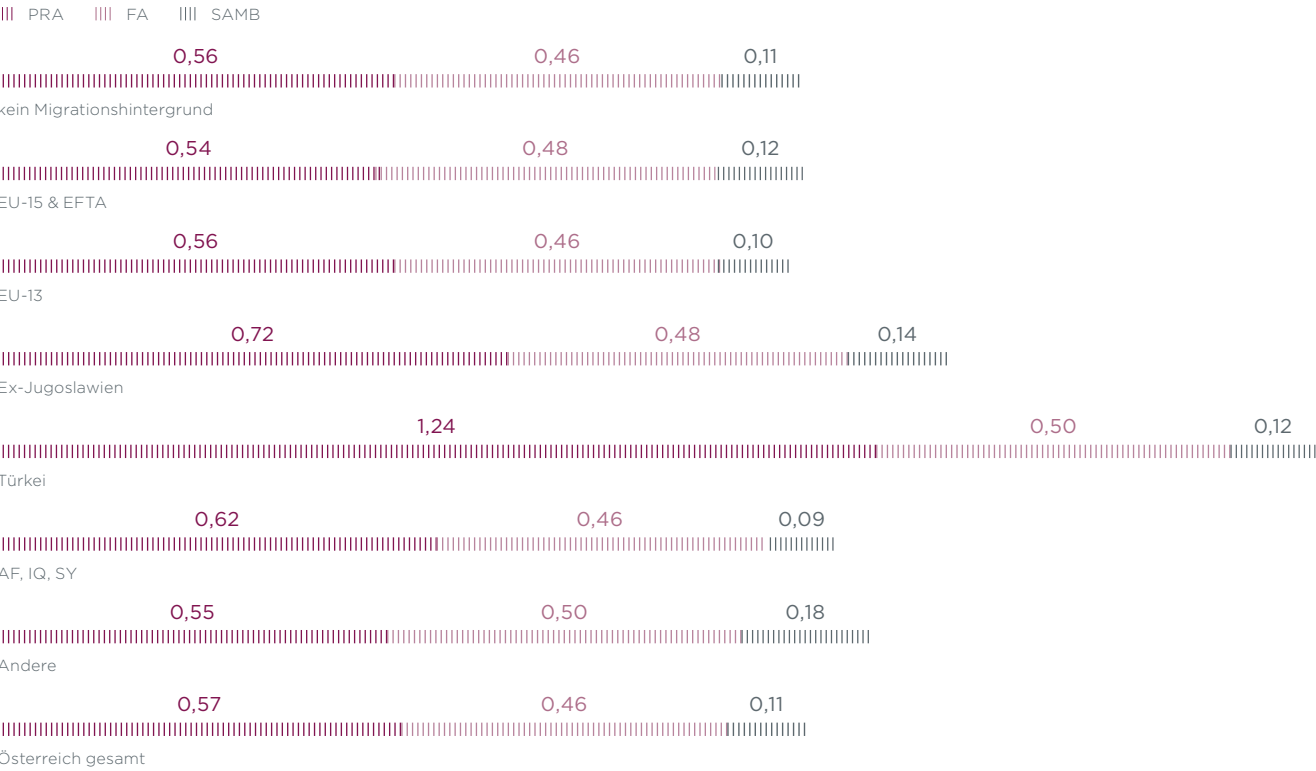
Die Kosten³⁰ im medizinischen ambulanten Bereich sind mit 862 EUR pro Kopf am höchsten bei der Bevölkerungsgruppe aus den EU-15- und EFTA-Ländern, gefolgt von der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund mit 876 EUR pro Kopf (Tabelle 10). Werden die Kosten um die demografische Struktur bereinigt, steigen diese bei den türkischen Migrant/innen für die drei ambulanten Bereiche auf 1.045 EUR pro Kopf, bedingt durch die hohe Inanspruchnahme bei den Hausärzt/innen, gefolgt von den Migrant/innen aus EU-15- und EFTA-Ländern mit 915 EUR pro Kopf, die in erster Linie auf die starke Nutzung der Spitalsambulanzen zurückgehen. Für beide Herkunftslandgruppen sind die standardisierten Kosten also relativ hoch, sie fallen aber in unterschiedlichen Bereichen an. Während bei den türkischen Migrant/innen geschätzt 39 % der Leistungen³¹ bei Allgemeinmediziner/innen und 36 % in den Spitalsambulanzen in Anspruch genommen werden, dreht sich dieses Verhältnis bei der Gruppe der Personen mit Migrationshintergrund aus den EU-15- und EFTA-Ländern um. Hier werden 25 % der Leistungen bei praktischen Ärzt/innen und 47 %

³⁰ Es sei darauf hingewiesen, dass die ambulanten Kosten 2019 der Kategorien HP.3.4 und „All other“ der „System of Health Accounts“-Systematik in Höhe von 1.596 Mrd. EUR aliquot auf die Kosten für Spitalsambulanzen (HP1), Praktische Ärzt/innen (HP.3.1.1), Fachärzt/innen (HP.3.1.3), Zahnärzt/innen (HP.3.2) und andere Gesundheitsdienstleister/innen im ambulanten Bereich (HP.3.3) aufgerechnet wurden. Die Summe der Kosten dieser fünf Bereiche entspricht den ambulanten Gesamtkosten laut SHA 2019 von 11.127 Mrd. EUR.
³¹ Es handelt sich um monetarisierte Leistungen.

ABBILDUNG 30

Inanspruchnahme im ambulanten Sektor

Anzahl der Besuche in ambulanten Settings der Bevölkerung (15 Jahre und älter) in den letzten vier Wochen 2019, standardisiert



PRA: Praktische Ärzte; FA: Fachärzte; SAMB: Spitalsambulanzen; STAT: Krankenhäuser; TK: Tagesklinische Aufenthalte
Quellen: Statistik Austria 2021, ATHIS 2019 und Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung; eigene Berechnungen

TABELLE 10

Ausgaben im ambulanten Sektor

Ambulante medizinische Ausgaben – 2019

Migrationshintergrund nach Herkunftsland der Mutter	Kosten pro Kopf in EUR			Kosten pro Kopf in EUR, standardisiert			Ausgaben in Mio. EUR				in % der gesamten Ausgaben	Gesamte Gesundheitsausgaben in Mio. EUR
	PRA	FA	SAMB	PRA	FA	SAMB	PRA	FA	SAMB	Gesamt		
kein Migrationshintergrund	235	247	393	230	242	386	1.562	1.642	2.615	5.819	19 %	31.379
EU-15- und EFTA-Länder	225	252	418	232	257	426	62	70	115	247	19 %	1.312
EU-13	220	224	339	226	233	354	121	123	186	430	20 %	2.125
Ex-Jugoslawien	272	231	338	275	234	344	144	123	180	447	23 %	1.920
Türkei	307	220	335	412	259	374	87	62	95	244	25 %	976
Afghanistan, Irak, Syrien	216	218	286	249	245	327	27	27	36	91	32 %	286
Andere	198	210	340	222	256	385	60	64	104	228	24 %	935
Österreich gesamt	237	242	382	237	242	382	2.064	2.110	3.331	7.505	19 %	38.933

Quellen: Statistik Austria 2021, ATHIS 2019 und Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung, SHA; eigene Berechnungen

in den Spitalsambulanzen in Anspruch genommen. Ein Befund für Italien, nach dem Migrant/innen von außerhalb der EU seltener Fachärzt/innen aufsuchen (Devillanova & Frattini 2016), kann für Österreich nicht gestellt werden.

Zahnmedizin ist eine wesentliche Säule der ambulanten Versorgung

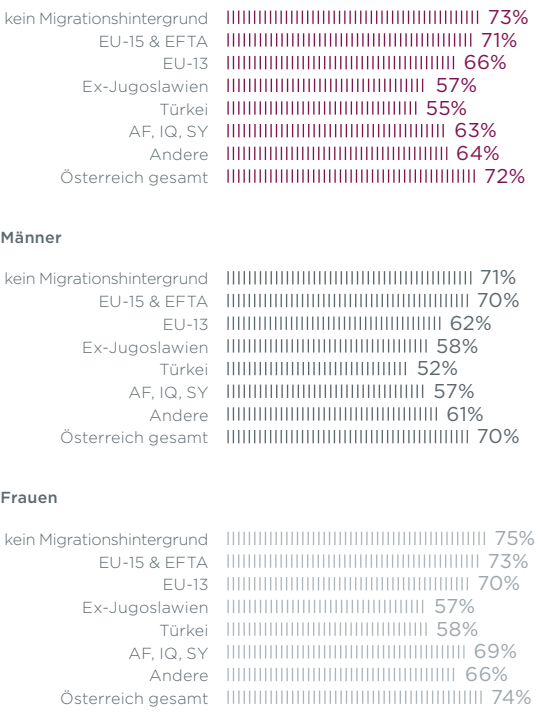
Analysen zeigen, dass es in Österreich einen deutlichen sozialen Gradienten bei zahnmedizinischen Leistungen gibt (Hofmarcher & Molnarova 2018). 72 % der in Österreich lebenden Menschen waren innerhalb der letzten 12 Monate mindestens einmal beim Zahnarzt/bei einer Zahnärztin (ZA, Abbildung 31).

Die Inanspruchnahme ist bei den Frauen mit 74 % höher als bei den Männern (70 %). Bevölkerungsgruppen mit Migrationshintergrund aus EU-13-Ländern (66 %), Ex-Jugoslawien (57 %), der Türkei (55 %) und Afghanistan, dem Irak und Syrien (63 %) gehen seltener zum Zahnarzt/zur Zahnärztin. Niedrige Inanspruchnahme scheint nur bedingt mit zu hohen Behandlungskosten zusammenzuhängen: Türkische Migrant/innen klagen beispielsweise eher selten über zu hohe Kosten bei Zahnbehandlungen (vgl. Abbildung 27), gehen aber am seltensten zum Zahnarzt.

ABBILDUNG 31

Inanspruchnahme Zahnmedizin

Anteil der Bevölkerung (15 Jahre und älter) mit mindestens einem Besuch bei Zahnarzt/Zahnärztin in den letzten 12 Monaten 2019, standardisiert



Quellen: Statistik Austria 2021, ATHIS 2019 und Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung; eigene Berechnungen

TABELLE 11

Ausgaben Zahnmedizin

Ausgaben für Zahnarztbesuche 2019

Migrationshintergrund nach Herkunftsland der Mutter	Kosten pro Kopf in EUR	Kosten pro Kopf in EUR, standardisiert	Ausgaben in Mio. EUR	in % der gesamten Ausgaben	Gesamte Ausgaben in Mio. EUR
kein Migrationshintergrund	286	281	1.900	6 %	31.379
EU-15- und EFTA-Länder	291	295	80	6 %	1.312
EU-13	244	252	134	6 %	2.125
Ex-Jugoslawien	200	213	106	6 %	1.920
Türkei	197	214	56	6 %	976
Afghanistan, Irak, Syrien	198	260	25	9 %	286
Andere	223	255	68	7 %	935
Österreich gesamt	272	272	2.369	6 %	38.933

Quellen: Statistik Austria 2021, ATHIS 2019 und Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung, SHA; eigene Berechnungen

Die Pro-Kopf-Kosten für Zahnbehandlungen liegen in Österreich durchschnittlich bei 272 EUR (Tabelle 11). Mit 2.369 Mrd. EUR machen sie rund 6 % der gesamten persönlichen laufenden Gesundheitsausgaben aus. Im Vergleich zu anderen ambulanten Versorgungsbereichen ist die Schwankungsbreite der Kosten relativ gering. Relativ zu den Gesamtkosten wird mit 9 % für Migrant/innen aus Syrien, Afghanistan und dem Irak mehr ausgegeben als für andere Gruppen.

Psychologie/Psychiatrie und Physiotherapie: für Männer wenig attraktiv

7 % der österreichischen Bevölkerung haben im Jahr 2019 innerhalb der letzten 12 Monate mindestens einmal eine/n Psychiater/in, Psycholog/in oder Psychotherapeut/in (PSYCH) aufgesucht (Abbildung 32). Männer taten das mit 5,7 % seltener als Frauen (8,2 %). Nur 4,6 % der Männer mit Migrationshintergrund aus EU-13-Ländern und 5,4 % aus Ex-Jugoslawien haben Hilfe bei psychischen Problemen aufgesucht. Migrantinnen aus Afghanistan, dem Irak oder Syrien taten das mit 10,7 % innerhalb der letzten 12 Monate besonders häufig.

Eine Physiotherapie (PHYS) haben in den letzten 12 Monaten zum Zeitpunkt der Befragung 23 % der

österreichischen Bevölkerung über 15 Jahren in Anspruch genommen. Auch hier nutzten Frauen (25 %) Therapieangebote häufiger als Männer (20 %). 2019 haben nur 13 % bzw. 14 % der männlichen Migranten aus EU-13-Ländern, Ex-Jugoslawien oder der Türkei Physiotherapie in Anspruch genommen, obwohl in diesen Gruppen häufig chronische Kopf-, Nacken- oder Kopfschmerzen auftreten (vgl. Abbildung 19).

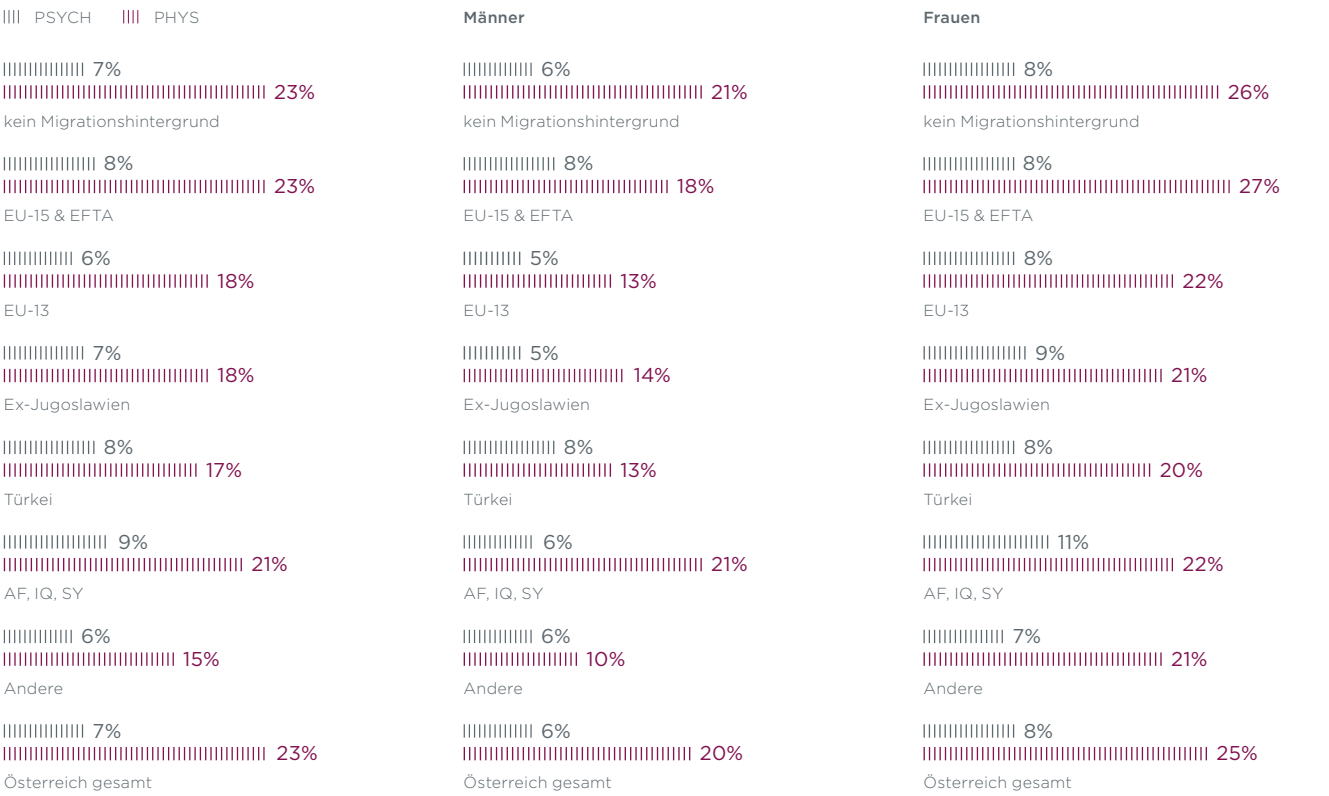
Die Kosten für ambulante Therapieangebote³² liegen pro Kopf durchschnittlich bei 144 EUR (Tabelle 12). Von den gesamten laufenden persönlichen Gesundheitsausgaben von 38,9 Mrd. EUR im Jahr 2019 wurden rund 3 % oder 1,2 Mrd. EUR für ambulante Therapien ausgegeben.

32 Die Kosten für ambulante Therapieangebote (HP.3.3) wurden mit den Inanspruchnahme-Informationen aus der Gesundheitsbefragung auf die Migrantengruppen aufgeteilt. Da die Kosten nicht näher nach Leistungsanbietern differenziert vorliegen, kam zu diesem Zweck eine Sammel-Proxyvariable zum Einsatz, die erfasst, ob Personen innerhalb der letzten 12 Monate einen der beiden Versorgungsbereiche aus Abbildung 32 in Anspruch genommen haben oder nicht. Zum einen kann es zu Unschärfen kommen, da medizinische Leistungen für psychische Gesundheit in dieser Information enthalten sind. Zum anderen werden auch Kosten für Ergotherapeut/innen, Logopäd/innen etc. mit diesem Schlüssel verteilt.

ABBILDUNG 32

Inanspruchnahme Physiotherapie und psychische Gesundheit

Anteil der Bevölkerung (15 Jahre und älter) mit mindestens einer Konsultation Psychiater/in, Psycholog/in, Psychotherapeut/in und Physiotherapeut/in in den letzten 12 Monaten 2019, standardisiert



PHYS, PSYCH: Ambulante Therapien
Quellen: Statistik Austria 2021, ATHIS 2019 und Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung; eigene Berechnungen

TABELLE 12

Ambulante Ausgaben für Physiotherapie und psychische Gesundheit

Ausgaben für ambulante Therapieangebote 2019

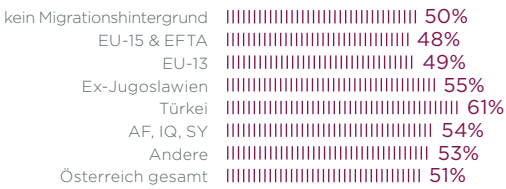
Migrationshintergrund nach Herkunftsland der Mutter	Kosten pro Kopf in EUR	Kosten pro Kopf in EUR, standardisiert	Ausgaben in Mio. EUR	in % der gesamten Ausgaben	Gesamte Ausgaben in Mio. EUR
kein Migrationshintergrund	152	149	1.013	3 %	31.379
EU-15- und EFTA-Länder	147	148	41	3 %	1.312
EU-13	115	119	63	3 %	2.125
Ex-Jugoslawien	110	115	58	3 %	1.920
Türkei	115	127	33	3 %	976
Afghanistan, Irak, Syrien	119	146	15	5 %	286
Andere	97	117	29	3 %	935
Österreich gesamt	144	144	1.252	3 %	38.933

Quellen: Statistik Austria 2021, ATHIS 2019 und Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung, SHA; eigene Berechnungen

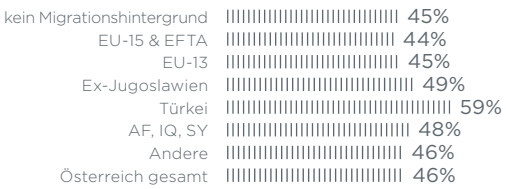
ABBILDUNG 33

Arzneimittelkonsum

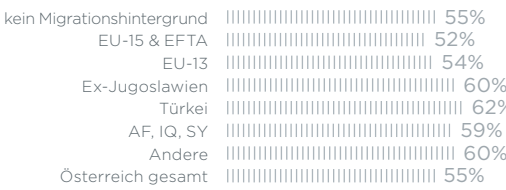
Anteil der Bevölkerung mit mindestens einem von einem Arzt/einer Ärztin verschriebenen Arzneimittel in den letzten beiden Wochen 2019, standardisiert



Männer



Frauen



Quellen: Statistik Austria 2021, ATHIS 2019 und Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung; eigene Berechnungen

Menschen aus Ex-Jugoslawien und der Türkei konsumieren viele Arzneimittel

Ein weiterer wesentlicher Bereich der ambulanten Versorgung sind medizinische Güter, darunter insbesondere Arzneimittel. Kostenmäßig erreicht der ambulante Sektor damit und unter Berücksichtigung der Zahnmedizin beinahe das Volumen des stationären Sektors. 2019 gaben 51 % der Bevölkerung in den Privathaushalten in Österreich an, in den letzten beiden Wochen von einem Arzt/einer Ärztin verschriebene Arzneimittel (AM) genommen zu haben (Abbildung 33).

Frauen aller Herkunftslandgruppen nehmen mit 55 % häufiger Medikamente als Männer (46 %), was an der Anti-Baby-Pille liegen könnte. Am höchsten ist der Arzneimittelkonsum bei Menschen aus der Türkei:

62 % der Frauen und 59 % der Männer haben in den letzten beiden Wochen ärztlich verschriebene Arzneimittel genommen, was ein Zeichen für Krankheit und/oder Fehlversorgung sein könnte (vgl. Abschnitt 2.1).

Dementsprechend sind auch die standardisierten Pro-Kopf-Kosten der türkischen Migrant/innen in Österreich höher (654 EUR pro Kopf) als im österreichischen Schnitt (564 EUR, Tabelle 13). Die höchsten tatsächlichen Pro-Kopf-Kosten für Arzneimittel haben Menschen ohne Migrationshintergrund aufgrund ihres höheren Durchschnittsalters. Insgesamt werden in Österreich 4,9 Mrd. EUR für Medikamente ausgegeben, das sind 13 % der gesamten laufenden persönlichen Gesundheitsausgaben von 38,9 Mrd. EUR.

Andere ambulante Kosten ohne Information zur Nachfrage

Es gibt eine Reihe anderer Leistungen, die ambulant in Anspruch genommen werden können. Das umfasst beispielsweise die Pflege zu Hause (PZ), Laborleistungen, bildgebende Verfahren, Krankentransporte (LBK) und Heilbehelfe und Hilfsmittel (HH). Für diese Leistungskategorien lagen keine Inanspruchnahme-Informationen aus der Gesundheitsbefragung vor. Sie wurden gemäß den alters- und geschlechtsspezifischen Pro-Kopf-Kosten auf die jeweilige Bevölkerung aufgerechnet³³.

Die Kosten für diese Kategorien betrugen 2019 gemeinsam 6,1 Mrd. EUR und machten 16 % der gesamten persönlichen laufenden Gesundheitsausgaben aus (Tabelle 14). Die Pro-Kopf-Kosten liegen bei 700 EUR und unterscheiden sich stark je nach dem Migrationshintergrund, je nach demografischer Zusammensetzung der beobachteten Gruppe.

33 Das führt zwingend dazu, dass die standardisierten Pro-Kopf-Kosten für alle Herkunftslandgruppen gleich hoch sind.

TABELLE 13

Arzneimittelausgaben

Ausgaben für Arzneimittel 2019

Migrationshintergrund nach Herkunftsland der Mutter	Kosten pro Kopf in EUR	Kosten pro Kopf in EUR, standardisiert	Ausgaben in Mio. EUR	in % der gesamten Ausgaben	Gesamte Ausgaben in Mio. EUR
kein Migrationshintergrund	581	557	3.864	12 %	31.379
EU-15- und EFTA-Länder	566	549	156	12 %	1.312
EU-13	499	544	274	13 %	2.125
Ex-Jugoslawien	527	592	280	15 %	1.920
Türkei	522	654	148	15 %	976
Afghanistan, Irak, Syrien	379	594	48	17 %	286
Andere	482	581	147	16 %	935
Österreich gesamt	564	564	4.917	13 %	38.933

Quellen: Statistik Austria 2021, ATHIS 2019 und Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung, SHA; eigene Berechnungen

TABELLE 14

Andere Ausgabenbereiche

Ausgaben für sonstige Bereiche 2019

Migrationshintergrund nach Herkunftsland der Mutter	Kosten pro Kopf in EUR	Kosten pro Kopf in EUR, standardisiert	Ausgaben in Mio. EUR	in % der gesamten Ausgaben	Gesamte Ausgaben in Mio. EUR
kein Migrationshintergrund	755	700	5.018	16 %	31.379
EU-15- und EFTA-Länder	739	700	204	16 %	1.312
EU-13	594	700	326	15 %	2.125
Ex-Jugoslawien	524	700	279	15 %	1.920
Türkei	397	700	112	12 %	976
Afghanistan, Irak, Syrien	269	700	34	12 %	286
Andere	418	700	127	14 %	935
Österreich gesamt	700	700	6.101	16 %	38.933

Quellen: Statistik Austria 2021, Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung, SHA; eigene Berechnungen

8 Ausgewählte Porträts der gesundheitlichen Lage

8.1 Porträt der Gruppe Türkei

Türkische Zuwander/innen sind im Wesentlichen in zwei Wellen nach Österreich gekommen. In den 1960er- und 1970er-Jahren sind vor allem Gastarbeiter/innen mit niedrigem Bildungsniveau eingewandert (Weigl & Gaiswinkler 2019). Bei der Volkszählung 1981 lebten bereits 59.900 Personen mit türkischer Staatsbürgerschaft in Österreich. Durch eine zweite Einwanderungswelle am Ende der 1980er- und am Anfang der 1990er-Jahre hat sich diese Zahl bis zum Jahr 1994 auf rund 135.000 Personen³⁴ erhöht. Die Zuwanderung ist seither rückläufig. Im Jahr 2018 war der Wanderungssaldo zwischen Österreich und der Türkei zum ersten Mal negativ, wobei insbesondere ältere Türk/innen in ihre Heimat zurückkehren. Im Jahr 2019 lebten 282.817 Menschen mit türkischem Migrationshintergrund³⁵ in Österreich. 43 % davon wurden selbst in Österreich geboren.

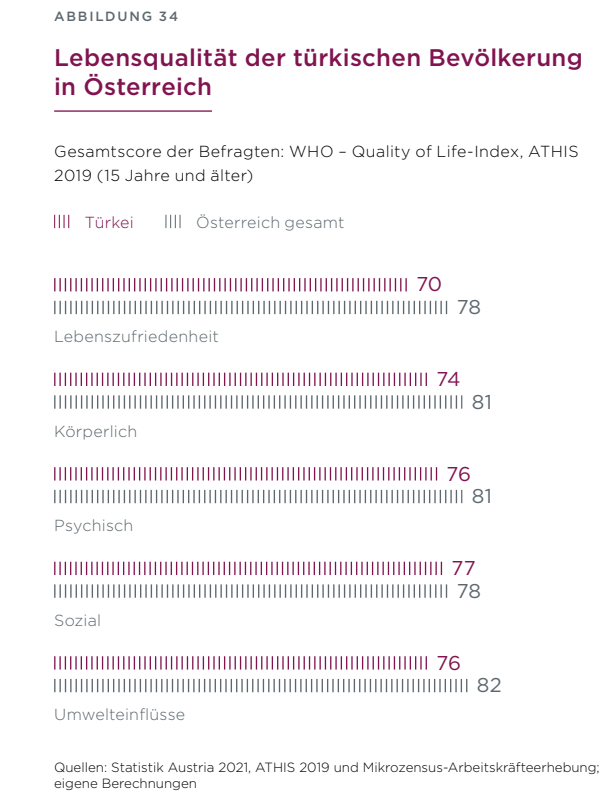
Personen mit Migrationshintergrund Türkei berichteten im Jahr 2019 über eine niedrigere Lebensqualität als die österreichische Gesamtbevölkerung. Keine andere Migrantengruppe ist mit ihrer Gesundheit und der Lebensqualität³⁶ allgemein so unzufrieden wie die Bevölkerung mit türkischem Migrationshintergrund (Abbildung 34). Besonders häufig berichteten Befragte, dass ihnen die Energie für das tägliche Leben fehlt, sie ihr Aussehen nicht akzeptieren können und dass sie unzufrieden sind mit sich selbst. Vielen fehlt das Geld für ihre täglichen Bedürfnisse, und die Umweltbedingungen im Wohngebiet werden überdurchschnittlich oft als ungesund wahrgenommen.

34 Statistik Austria: Bevölkerungsstatistik, https://www.statistik.at/web_de/statistiken/menschen_und_gesellschaft/bevoelkerung/index.html (Zugriff am 26.3.2021)
35 Diese Zahl bezieht sich auf die Einwander/innen erster und zweiter Generation.
36 Der WHO-Quality of Life-Fragebogen setzt sich aus 28 Fragen zu Zufriedenheit mit verschiedenen Teilbereichen des Lebens zusammen. Die Fragen werden auf einer fünfstufigen Skala beantwortet (z. B. sehr schlecht, ..., sehr gut), bepunktet und in 5 Scores umgewandelt. Ein Zeitvergleich war für die türkische Bevölkerung wegen der mangelhaften Datenqualität in ATHIS 2014 nicht möglich.

Fast die Hälfte der Türk/innen fühlt sich psychisch oder körperlich belastet

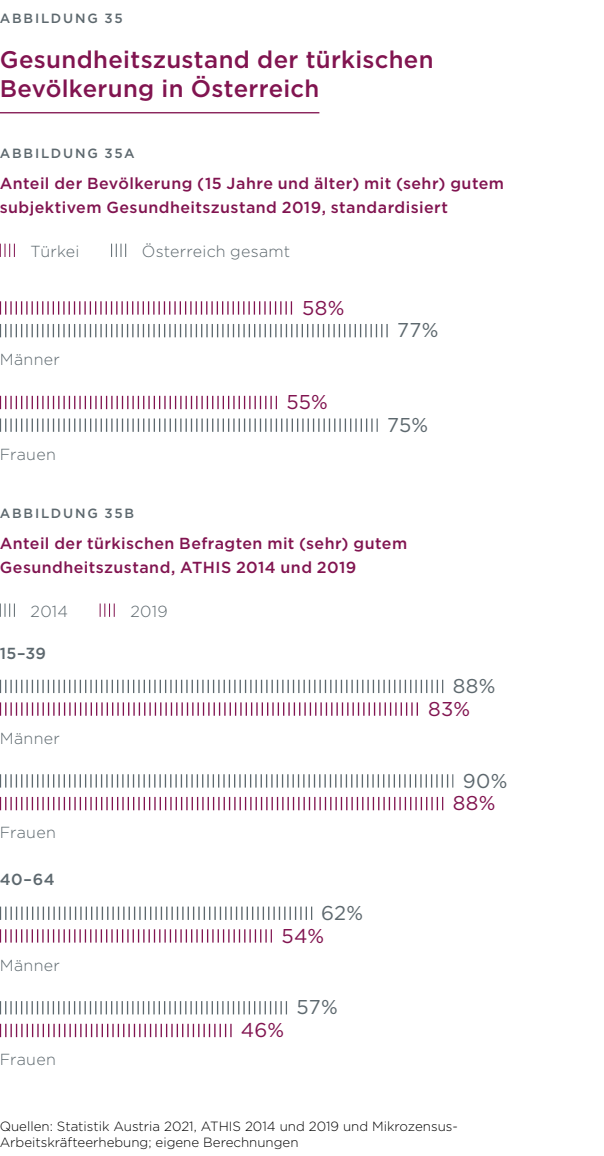
Wird die junge Altersstruktur der türkischen Migrant/innen berücksichtigt, haben sie von allen Migrantengruppen den schlechtesten subjektiven Gesundheitszustand (Abbildung 35A). Nur 55 % der Frauen und 58 % der Männer geben an, einen guten oder sehr guten Gesundheitszustand zu haben.

Standardisierte Zeitvergleiche von Gesundheitsindikatoren der türkischen Migrant/innen sind aufgrund der Datenlage nicht zulässig (vgl. Abschnitt 3). Abbildung 35B zeigt daher die Veränderung des subjektiven Gesundheitszustandes für jene beiden Altersgruppen, für die in ATHIS 2014 genügend Daten vorliegen. In allen vier dargestellten Alters- und Geschlechtsgruppen hat sich der Gesundheitszustand von 2014 auf 2019



merklich verschlechtert. Insgesamt ist der Anteil der Befragten mit türkischem Migrationshintergrund zwischen 15 und 64 Jahren, die ihren Gesundheitszustand gut oder sehr gut empfunden haben, von 82 % auf 71 % (-11 Prozentpunkte) zurückgegangen – eine deutlich stärkere Verschlechterung im Vergleich zu Österreich gesamt (4 Prozentpunkte, vgl. Abschnitt 5).

Wenn es um psychische Gesundheit geht, sind türkische Migrant/innen besonders stark belastet (Abbildung 36A, Abschnitt 5.2). Anders als in Österreich insgesamt haben Männer (11 %) häufiger Anzeichen einer Depression (vgl. Abschnitt 5.2) als Frauen (10 %). Ein Zusammenhang zu den vergleichsweise schlechten Lebensbedingungen ist naheliegend.



Türkische Migrant/innen aller Alters- und Geschlechtsgruppen sind deutlich häufiger von Fettleibigkeit betroffen als die österreichische Gesamtbevölkerung (Abbildung 36B). 69 % der Frauen über 65 Jahre mit türkischem Migrationshintergrund sind krankhaft übergewichtig, was das Risiko für Stoffwechsel- oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen erhöht (vgl. Abschnitt 4.2).

Bildungsarmut wurde vererbt, junge Türk/innen holen nur langsam auf

In der ATHIS-Stichprobe haben 60 % der türkischen Migrant/innen höchstens einen

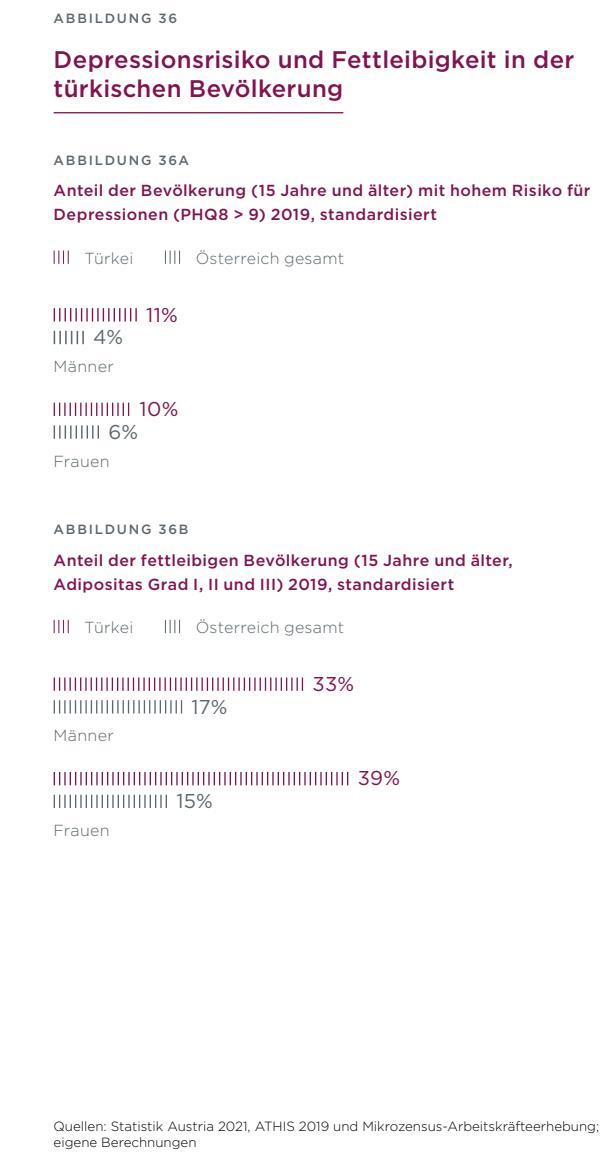
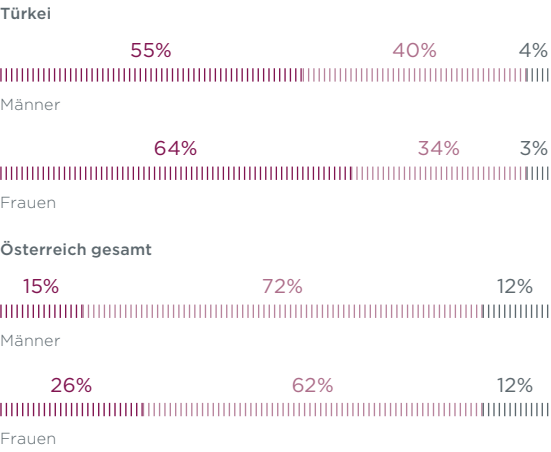


ABBILDUNG 37

Bildung von türkischen Migrant/innen

Anteil der Befragten nach höchster abgeschlossener Ausbildung, ATHIS 2019 (15 Jahre und älter)

|||| Höchstens ISCED 2 |||| Zwischen ISCED 3 und 5
|||| Mindestens ISCED 6



Quellen: Statistik Austria 2021, ATHIS 2019; eigene Berechnungen; Hinweis Rundungsdifferenzen möglich

Pflichtschulabschluss (ISCED 2), 64 % der Frauen und 55 % der Männer (Abbildung 37). Der Bildungsabstand zwischen Männern und Frauen über alle Altersgruppen ist damit ähnlich hoch wie in der österreichischen Gesamtbevölkerung (26 % und 15 %).

Die jüngeren türkischen Migrant/innen konnten gegenüber den älteren etwas aufholen. So haben 79 % der befragten Frauen und 68 % der Männer mit türkischem Migrationshintergrund zwischen 40 und 64 Jahren höchstens einen Pflichtschulabschluss, bei den Jüngeren zwischen 15 und 39 Jahren aber nur mehr 47 % und 43 %. Die Geschlechterlücke hat sich zudem etwas geschlossen. Im Vergleich zur österreichischen Gesamtbevölkerung ist das Bildungsniveau hier aber auch bei den Jüngeren gering (Abbildung 38).

Das bedeutet, dass das niedrige Bildungsniveau der ersten türkischen Einwanderergeneration an die zweite Generation weitergegeben wurde.³⁷ Das Bildungsniveau ist ein entscheidender Faktor

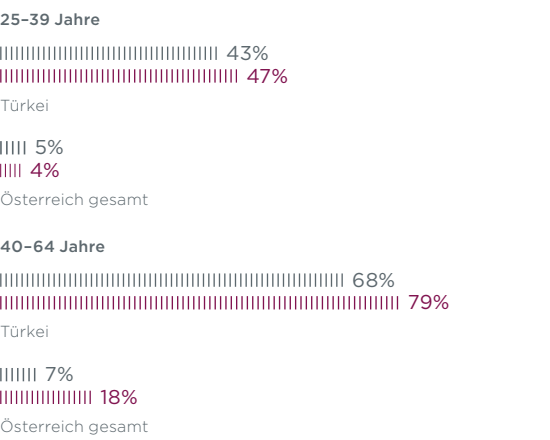
37 Der verpasste Aufstieg der Türken in Österreich: Addendum, 22.6.2018: <https://www.addendum.org/tuerken-in-oesterreich/sozialer-aufstieg> (Zugriff am 6.4.2020).

ABBILDUNG 38

Bildung der türkischen Bevölkerung nach Alter

Anteil der Befragten mit ISCED 2 als höchstem Bildungsabschluss, ATHIS 2019 (15 Jahre und älter)

|||| Männer |||| Frauen



Quellen: Statistik Austria 2021, ATHIS 2019; eigene Berechnungen

für gute Gesundheit (vgl. Abschnitt 4.2) und für den guten oder schlechten Gesundheitszustand der Bevölkerung mit türkischem Migrationshintergrund mitverantwortlich. Der Wirksamkeit gesundheitspolitischer Maßnahmen sind somit Grenzen gesetzt.

Türkische Migrant/innen benötigen sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich mehr Leistungen, besonders häufig werden Hausarzt/innen frequentiert. Sie fallen zudem durch einen erhöhten Arzneimittelkonsum auf, was auf Fehlversorgung hindeutet (Abbildung 33). Die Schaffung von Primärversorgungszentren könnte für türkische Migrant/innen eine besonders positive Wirkung entfalten, da die Gruppe im hausärztlichen Bereich sehr gut erreicht wird. Zudem ist es durch die räumliche Nähe verschiedener Gesundheitsdienstleister/innen möglich, die Inanspruchnahme in solchen Bereichen zu erhöhen, die von der Bevölkerung mit türkischem Migrationshintergrund bislang nur sehr wenig genutzt werden. Physiotherapie wird beispielsweise nur selten in Anspruch genommen, obwohl die Prävalenz von chronischen Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates sehr hoch ist (vgl. Abbildung 19 und 32).

8.2 Porträt der Gruppe „Afghanistan, Irak, Syrien“

Die Migrant/innen der Gruppe „Afghanistan, Irak, Syrien“ sind überwiegend in den Jahren 2014 bis 2017 als Geflüchtete nach Österreich gekommen, um hier um Asyl anzuschauen. Im Jahr 2015 allein sind 22.610 Syrer/innen, 19.505 Afghan/innen und 10.376 Iraker/innen nach Österreich gekommen (Abbildung 39), in den Jahren 2002 bis 2019 waren das insgesamt rund 130.000 Menschen (Tabelle 16).

Der Wanderungssaldo für diesen Zeitraum ergibt ein Plus von rund 103.000 Personen. Zum Vergleich: Der Wanderungssaldo für denselben

Zeitraum zwischen den EU-Staaten und Österreich betrug rund 480.000 Personen.

Weniger Lebensqualität, Gesundheitszustand nahe am Österreichdurchschnitt

Die subjektive Lebensqualität der Migrant/innen aus Afghanistan, dem Irak und Syrien war im Jahr 2019 geringer als in der österreichischen Gesamtbevölkerung. In allen Bereichen des WHO Quality of Life-Index³⁸, der mit der Gesundheitsbefragung 2019 erhoben wurde, schätzten Menschen mit Migrationshintergrund aus Afghanistan, dem Irak oder Syrien ihre Lebensqualität schlechter ein (Abbildung 40).

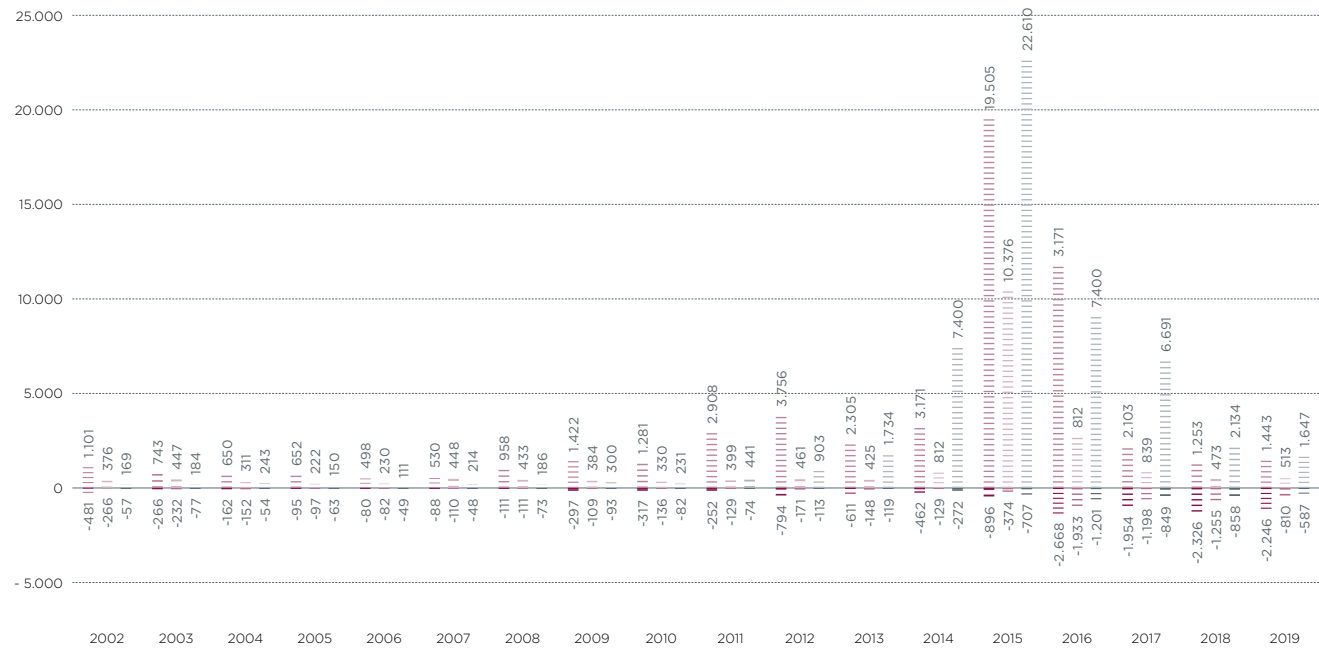
38 Der Fragebogen setzt sich aus 28 Fragen zu Zufriedenheit mit verschiedenen Teilbereichen des Lebens zusammen. Die Fragen werden auf einer fünfstufigen Skala beantwortet (z. B. sehr schlecht, ..., sehr gut), bepunktet und in 5 Scores umgewandelt. Ein Vergleich zu 2014 war für die Gruppe AF, IQ, SY aufgrund fehlender Daten nicht möglich.

ABBILDUNG 39

Zuwanderung von Afghan/innen, Iraker/innen und Syrer/innen

Wanderungsbewegungen mit Österreich, nach Staatsbürgerschaft

|||| Afghanistan |||| Irak |||| Syrien



Quellen: Statistik Austria 2021, Bevölkerungsstatistik, eigene Berechnungen

ABBILDUNG 40

Lebensqualität der Afghan/innen, Iraker/innen und Syrer/innen

Gesamtscore der Befragten: WHO – Quality of Life-Index, ATHIS 2019 (15 Jahre und älter)

|||| AF, IQ, SY |||| Österreich gesamt



Quellen: Statistik Austria 2021, ATHIS 2019 und Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung; eigene Berechnungen

Die Befragten waren tendenziell unzufrieden mit der eigenen Gesundheit und ihrer Lebensqualität generell. Sie klagten häufiger über schlechten Schlaf und negative Gefühle, wie Traurigkeit und Verzweiflung, und hatten das Gefühl, wenig Unterstützung durch Freund/innen zu erhalten. Häufig fehlte das Geld, um Bedürfnisse zu erfüllen, oder der Zugang zu Informationen, die sie für das tägliche Leben brauchen.

TABELLE 15

Gesundheitszustand von Migrant/innen aus Afghanistan, dem Irak, Syrien

(Sehr) guter Gesundheitszustand in % der Bevölkerung* 2019

Datenquelle		Afghanistan	Irak	Syrien
ATHIS 2019	Männer	61 %	100 %	89 %
	Frauen	78 %	40 %	88 %
ReHIS	Männer	72 %	87 %	91 %
	Frauen	72 %	77 %	91 %

*ATHIS: 15 bis 64 Jahre nach Migrationshintergrund
*ReHIS: 18 bis 64 Jahre nach Geburtsland

Quellen: Statistik Austria 2021, ATHIS 2019; Kohlenberger 2019; eigene Berechnungen

Tabelle 15 zeigt den Anteil der Befragten mit einem guten oder sehr guten Gesundheitszustand. In der Gesundheitsbefragung 2019 war der subjektive Gesundheitszustand der afghanischen Frauen (78 %) und Männer (61 %) schlechter als der Gesundheitszustand der syrischen Migrant/innen (88 % und 89 %). Die Werte für Menschen mit irakischem Migrationshintergrund schwanken stark, was an der kleinen Stichprobe von 12 Personen liegt. Der Refugee Health and Integration Survey (Kohlenberger 2019), der auf eine größere Stichprobe zurückgreifen kann, kommt grundsätzlich zum gleichen Ergebnis, die Geschlechterunterschiede fallen jedoch geringer aus. Insgesamt gaben in Österreich im Jahr 2019 77 % der Männer an, einen sehr guten bzw. guten Gesundheitszustand zu haben, bei den Frauen waren es 75 %, Altersunterschiede werden hier aber nicht berücksichtigt (vgl. Abbildung 16).

Die Situation von Geflüchteten in Österreich birgt Gesundheitsrisiken

Sowohl zwischen als auch innerhalb dieser drei Migrantengruppen gibt es einige Unterschiede, die für deren Gesundheit relevant sind. Die folgende Übersicht wurde zum Teil aus Weigl & Gaiswinkler (2019) entnommen und um die Daten in Tabelle 16 ergänzt.

Zuwander/innen aus Afghanistan sind meist Männer aus ländlichen Gebieten mit niedrigem Bildungsniveau. Die Bevölkerung in Afghanistan ist sehr jung,

TABELLE 16

Perspektiven von Geflüchteten in Österreich

Zuzüge und rechtliche Lage von Menschen aus Afghanistan, dem Irak und Syrien

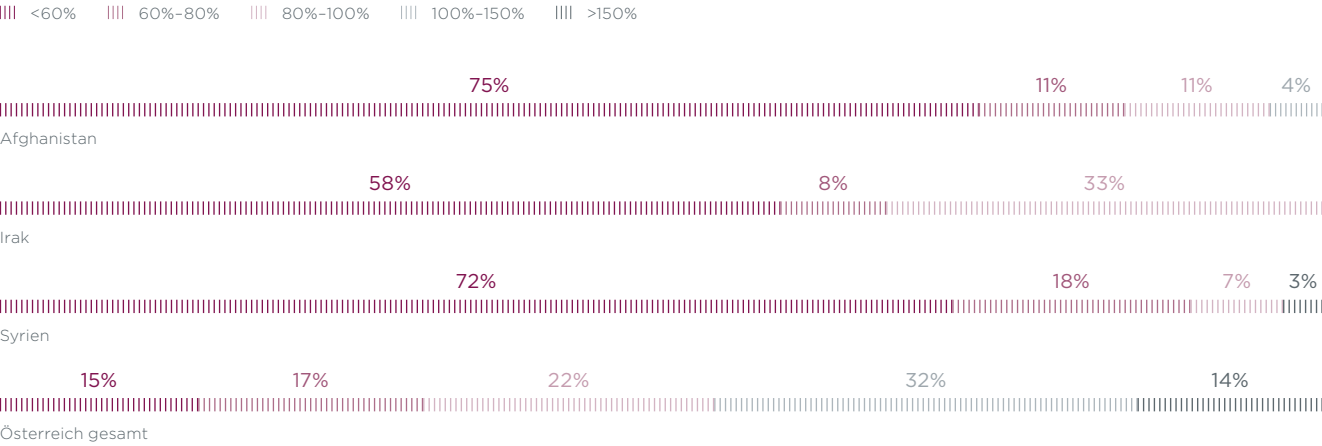
	Afghanistan	Irak	Syrien
Zuzüge ^a (2002-2019)	55.939	20.132	54.388
davon Frauen	28 %	32 %	40 %
davon unter 25 Jahre	71 %	49 %	57 %
Anteil positive Asylbescheide 2019 ^b	46 %	17 %	89 %
Anzahl offene Verfahren Ende 2019 ^b	10.326	4.733	1.304

Quellen: a nach Staatsbürgerschaft, Statistik Austria 2021, Bevölkerungsstatistik; b nach Staatsbürgerschaft, Asylstatistik 2019 BMI

ABBILDUNG 41

Einkommenssituation von Migrant/innen aus Afghanistan, dem Irak, Syrien

Anteil der Befragten mit einem Äquivalenzeinkommen von ... in % des Medians, ATHIS 2019 (15 Jahre und älter)



Quellen: Statistik Austria 2021, ATHIS 2019; eigene Berechnungen

rund die Hälfte ist unter 15 Jahre alt (Weigl & Gaiswinkler 2019). Das spiegelt sich auch im niedrigen Durchschnittsalter der Zuwander/innen wider. 71 % der afghanischen Migrant/innen waren zum Zeitpunkt ihrer Ankunft in Österreich jünger als 25 Jahre (Tabelle 16). Durch die lange Dauer des Krieges im Herkunftsland gab es schon vor 2014 einen beständigen Zuzug nach Österreich. Viele der Migrant/innen wurden bereits in früher Jugend großem Stress ausgesetzt, was das Risiko für psychische Erkrankungen erhöht. Dazu kommt, dass die Aufenthaltssituation für viele Afghan/innen in Österreich unsicher ist. Eine geringe Wahrscheinlichkeit, Asyl zu erhalten, und lange Verfahrensdauern stellen eine zusätzliche gesundheitliche Belastung dar.³⁹ Die ReHIS-Daten (Kohlenberger 2019) zeigen, dass afghanische Migrant/innen im Jahr 2019 ein höheres Depressionsrisiko⁴⁰ (14 %) hatten als Migrant/innen aus dem Irak (8 %) oder Syrien (6 %). Dementsprechend sind diese auch häufiger in Behandlung.⁴¹

Irakische Geflüchtete kamen insbesondere in den Jahren 2015 und 2016 nach Österreich – sie sind

zahlenmäßig die kleinste der drei beschriebenen Migrantengruppen. Der Anteil der positiven Asylentscheidungen ging zuletzt deutlich zurück, was auf die positivere Einschätzung der Sicherheitslage⁴² im Irak seitens der österreichischen Behörden zurückzuführen ist. Auch in dieser Gruppe ist die Zahl der offenen Asylverfahren hoch, was die Lebensunsicherheit zusätzlich beeinträchtigt.

Syrische Staatsbürger/innen sind überwiegend ab 2014 nach Österreich geflohen, die meisten von ihnen waren Männer. In den folgenden Jahren wurden viele Familienmitglieder nachgeholt, was den Frauenanteil erhöht hat. Im Vergleich zu anderen Ländern des Nahen Ostens ist das Bildungsniveau in Syrien hoch, allerdings gibt es große Gender-Unterschiede und Unterschiede zwischen städtischer und ländlicher Bevölkerung (Weigl & Gaiswinkler 2019). Die hohe Asyl-Anerkennungsrate und die niedrige Zahl von offenen Asylverfahren wirken sich vermutlich positiv auf die Lebensverhältnisse und damit auch auf die Gesundheit der Betroffenen aus (Kohlenberger et al. 2019a). Allerdings scheinen

39 Personen, die auf eine Asylentscheidung warten, haben in Österreich nicht das Recht, einer Erwerbsarbeit nachzugehen, und verfügen daher kaum über finanzielle Mittel. Niedriges Einkommen steht mit schlechter Gesundheit im Zusammenhang (vgl. Abschnitt 4.1).

40 PHQ8 > 9 (vgl. Abschnitt 5.2).

41 Das Betreuungszentrum für Folter- und Kriegsüberlebende Hemayat bietet kostenlose psychotherapeutische Unterstützung für Geflüchtete an – Afghan/innen waren dort im Jahr 2020 die größte Patient/innengruppe, siehe http://www.hemayat.org/fileadmin/user_upload/Downloads/Jahresberichte/Hemayat-Jahresbericht-2020.pdf (Zugriff am 21.4.2020).

42 Zwar wurde die Dschihadisten-Miliz „Islamischer Staat“ zurückgedrängt, die Sicherheitslage in den befreiten Gebieten ist dennoch angespannt, siehe <https://www.bpb.de/internationales/weltweit/innerstaatliche-konflikte/54603/irak> (Zugriff am 1.4.2020).

die finanziellen Verhältnisse der Menschen mit syrischem Migrationshintergrund nicht besser zu sein als die der afghanischen und irakischen Migrant/innen (Abbildung 41). 72 % der Menschen mit syrischem Migrationshintergrund verdienen weniger als 60 % des Medianeinkommens, und das, obwohl sie ein hohes Bildungsniveau⁴³ aufweisen.

Menschen aus dieser Gruppe klagen am häufigsten über ungedeckten Bedarf wegen zu hoher Kosten insbesondere in Bezug auf Zahnbehandlung und andere ärztliche Behandlungen (Abbildung 27). Die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems und die Kosten sind in dieser Gruppe in den meisten Bereichen unterdurchschnittlich (Abbildung 28A, Abbildung 28B). Dies könnte auf Unterversorgung hinweisen. Gleichzeitig war die Inanspruchnahme von Psycholog/innen, Psychiater/innen, Psychotherapeut/innen relativ hoch (Abbildung 32). Erfahrung von Krieg und Flucht sowie schwierige Lebensbedingungen in Österreich erhöhen vermutlich den Versorgungsbedarf. Für ihre Gesundheit, aber auch für das Wohlbefinden dieser Menschen insgesamt, wäre es wichtig, bildungsadäquate Beschäftigung zu finden (Baumgartner et al. 2020, Landesmann et al. 2020). Jedenfalls sollte verhindert werden, dass es zu Vererbungen von Schlechterstellung kommt, eine Situation, die Menschen mit türkischem Migrationshintergrund bis heute betrifft.

43 Nur 37 % der syrischen Befragten hatten höchstens einen Pflichtschulabschluss (ISCED 2). 20 % hatten zumindest einen Bachelor-Abschluss oder eine vergleichbare Ausbildung.

9 Schlussfolgerungen

Diese Studie liefert eine empirisch orientierte, systematische Zusammenschau der sozialen und gesundheitlichen Lage von Migranten/innen in Österreich. Während es eine Reihe von Studien gibt, die sich mit der Lebenslage von Migrant/innen in Österreich auseinandersetzen, schließt die vorliegende Analyse eine Lücke durch die Auswertung von zwei Wellen der österreichischen Gesundheitsbefragung, 2014 und 2019, durch die Berechnung der Kosten für alle Bereiche des Gesundheitswesens und durch Vergleiche der Inanspruchnahme und der Kosten zwischen Herkunftslandgruppen. Hervorzuheben ist, dass erstmals detaillierte Auswertungen für Geflüchtete aus Afghanistan, dem Irak und Syrien vorgenommen wurden. Jene Menschen kamen mehrheitlich zwischen 2014 und 2017 nach Österreich.

Im Jahr 2019 lebten in Österreich etwa 2 Millionen Menschen mit Migrationshintergrund, das sind 24 % der Bevölkerung. Dem gegenüber steht ein Gesundheitsausgabenanteil der Migrant/innen von rund 7,6 Mrd. EUR oder 19,4 % der gesamten laufenden persönlichen Gesundheitsausgaben in der Höhe von 38,9 Mrd. EUR. Unsere aktuellen Berechnungen passen zu Erkenntnissen früherer Untersuchungen, wonach Migrant/innen mehr an Steuern und Abgaben leisten, als sie an öffentlichen Gütern und Transferleistungen bekommen.

Unsere Ergebnisse weisen darauf hin, dass die gesundheitliche und soziale Lage von Migrant/innen zusammen betrachtet mehr ins Zentrum von Initiativen und Maßnahmen zur Integration rücken muss. Erstens, die Höhe der Kosten spiegelt die Inanspruchnahme, die vom Alter abhängt. Zweitens, ungedeckter Bedarf wegen hoher Kosten ist in vielen Gruppen häufig. Drittens, während im Gegensatz zu Menschen ohne Migrationshintergrund alle Migrantengruppen eine überdurchschnittlich hohe Meinung vom Gesundheitswesen haben, vertiefte sich gleichzeitig zwischen 2014 und 2019 die gesundheitliche Ungleichheit. Letztlich zeigen die Analysen, dass insbesondere türkische Migrant/innen sozial und gesundheitlich schlechter gestellt sind, ihre Versorgung muss besser werden. Der gute Gesundheitszustand von Menschen mit afghanischem, irakischem und syrischem Migrationshintergrund ist eine Chance, die Integration dieser Gruppe auf mehreren Ebenen

gleichzeitig zu fördern. Auf diese Weise sollte verhindert werden, dass es zu Vererbungen von Schlechterstellung kommt, eine Situation, die Menschen mit türkischem Migrationshintergrund bis heute betrifft.

Die rechtlichen Rahmenbedingungen für Integration sind eine Herausforderung. Während Österreich angesichts der Gesetze und Maßnahmen im Bereich Gesundheit im internationalen Vergleich sehr gut abschneidet, sind die Bedingungen für gelungene Integration in anderen Bereichen unterdurchschnittlich. Besser schneidet Österreich in den Kategorien Arbeitsmarkt und Ausbildung ab. Diese Bereiche sind essenziell für die Integration und für die gesundheitliche Entwicklung von Migrant/innen.

Offenbar gibt es Herausforderungen, wie gut sich die zweite Generation im Vergleich zur ersten Zuwanderergeneration sozioökonomisch und in Bezug auf ihr Gesundheitsverhalten integriert. Das wirkt sich auf die Gesundheit der betroffenen Bevölkerungsgruppen aus. Weiterführende Analysen müssen diese Unterschiede erfassen, Ursachen ausfindig machen und Lösungen finden.

Die hohe Krankheitslast von Migrant/innen aus der Türkei, aus Ex-Jugoslawien, aber auch aus Afghanistan, dem Irak und Syrien legen einen Zusammenhang zwischen physischen und psychischen Krankheiten nahe. Multidisziplinäre Versorgungsformen wie beispielsweise Primärversorgungszentren erhöhen die Chance, dass Migrant/innen ganzheitlich betreut werden. So scheint der ambulante Sektor das bevorzugte Versorgungsetting zu sein. Primärversorgungszentren bieten zudem die Möglichkeit, Dolmetscher/innen zur Verfügung zu stellen, und gegebenenfalls werden Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen, die den Patient/innen nicht bekannt sind.

Die Planung von innovativen Einrichtungen sollte sich an den österreichischen Gesundheitszielen orientieren. Diese sind Leitplanken für effektive Interventionen im Sinne einer „Health in All Policies“-Strategie. Es erfordert die Überwindung des engen „Gesundheits- und Krankheitsbegriffes“, wie er in der Sozialgesetzgebung verankert ist, hin zu gesundheitsförderlichen Lebenswelten und niederschwelligen Angeboten für aktives und gesundes Altern für alle.

10 Ausgewählte Literatur

Adams, M., & Andreas, S. (2010). Alkohol und Tabak: Grundlagen und Folgeerkrankungen. Georg Thieme Verlag.

Anzenberger, J., Bodenwinkler, A., & Breyer, E. (2015). Migration und Gesundheit. Literaturbericht zur Situation in Österreich.

Anzenberger, J., & Gaiswinkler, S. (2016). Menschen mit Migrationshintergrund besser erreichen (Vol. 13). Gesundheit Österreich GmbH.

Baumgartner, P., Palinkas, M., & Daur, V. (2020). Prozesse der Arbeitsmarktintegration von Flüchtlingen und subsidiär Schutzberechtigten in Österreich.

Bauer, J. M., Brand, T., & Zeeb, H. (2020). Pre-migration socioeconomic status and post-migration health satisfaction among Syrian refugees in Germany: A cross-sectional analysis. *PLoS medicine*, 17(3), e1003093.

Binder-Fritz, C., & Rieder, A. (2014). Zur Verflechtung von Geschlecht, sozioökonomischem Status und Ethnizität im Kontext von Gesundheit und Migration. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 57(9), 1031–1037.

Bettin, G., & Sacchi, A. (2020). Health spending in Italy: the impact of immigrants. *European Journal of Political Economy*, 65, 101932.

BMGF (2017). Gesundheitsziele Österreich. Wien. https://gesundheitsziele-oesterreich.at/web-site2017/wp-content/uploads/2018/08/gz_kurzfassung_2018.pdf, Februar 2021

Case, A. & Deaton, A. (2017). Mortality and Morbidity in the 21st Century. *Brookings Papers on Economic Activity*, Spring 2017, Washington. <https://www.brookings.edu/bpea-articles/mortality-and-morbidity-in-the-21st-century/>

Chiarenza, A., Dauvrin, M., Chiesa, V., Baatout, S., & Verrept, H. (2019). Supporting access to healthcare for refugees and migrants in European countries under particular migratory pressure. *BMC health services research*, 19(1), 1–14.

Constant, A. F., García-Muñoz, T., Neuman, S., & Neuman, T. (2018). A “healthy immigrant effect” or a “sick immigrant effect”? Selection and policies matter. *The European Journal of Health Economics*, 19(1), 103–121.

Darvas, Z., Moës, N., Myachenkova, Y., & Pichler, D. (2018). The macroeconomic implications of health-care (No. 2018/11). *Bruegel Policy Contribution*.

Devillanova, C., & Frattini, T. (2016). Inequities in immigrants' access to health care services: disentangling potential barriers. *International Journal of Manpower*.

Dieterle, C., & Landgraf, R. (2006). Folgeerkrankungen und Komplikationen der Adipositas. *Der Internist*, 47(2), 141–149.

European Union Agency for Fundamental Rights. (FRA 2015). Cost of Exclusion from Healthcare – The Case of Migrants in an Irregular Situation.

Fourweather T., Gillies, C., Wohland, P., Van Oyen, H., Nusselder, W., Robine, J.-M., Cambois, E., & Jagger, C. for the JA: EHLEIS Team (2015). Comparison of socio-economic indicators explaining inequalities in Healthy Life Years at age 50 in Europe. 2005 and 2010. *European Journal of Public Health*, Volume 25, Issue 6, 1 December 2015, 978–983, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv070>.

Gaiswinkler, S. & Weigl, M. (2019). Verständnis von Gesundheit und Krankheit von Frauen mit Migrationshintergrund.

Ganahl, K., Dahlvik, J., Röthlin, F., Alpagu, F., Sikic-Fleischhacker, A., Peer, S., & Pelikan, J. M. (2016). Gesundheitskompetenz bei Personen mit Migrationshintergrund aus der Türkei und Ex-Jugoslawien in Österreich. Ergebnisse einer quantitativen und qualitativen Studie. *LBIHPR Forschungsbericht*.

Giuntella, O., Mazzonna, F., Nicodemo, C., & Vargas-Silva, C. (2019). Immigration and the reallocation of work health risks. *Journal of Population Economics*, 32(3), 1009–1042.

GÖG (2020). Jahresbericht Gesundheitsberuferegister 2019. Ergebnisbericht. Im Auftrag des Bundesministeriums für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz. Wien, Juli 2020.

Gönenç, R., Hofmarcher, M. M. & Wörgötter, A. (2011). “Reforming Austria’s Highly Regarded but Costly Health System”, *OECD Economics Department Working Papers*, No. 895, OECD Publishing, <http://dx.doi.org/10.1787/5kg51mbntk7j-en>.

Heitzer, T., & Meinertz, T. (2005). Rauchen und koronare Herzkrankheit. *Zeitschrift für Kardiologie*, 94(3), iii30–iii42.

Hinterleitner, M., Kaufmann, D., & Thomann, E. (2020). The fit between regulatory instruments and targets: Regulating the economic integration of migrants. *Regulation & Governance*.

Hofmarcher, M. M., Mayer, S., Perić, N., & Dorner, T. (2018). Austria: Primary Health Care Centers: A Silver bullet? Braithwaite et al. (Ed.), *Healthcare systems: Future predictions global care*. CRC Press.

Hofmarcher, M. M., & Molnárová, Z. (2018). Fact Book Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme. HS&I Projektbericht. Projekt mit Unterstützung von Philips Austria. Wien August 2018, <http://www.HealthSystemIntelligence.eu/RegionalFactBook>.

Hofmarcher, M. M., & Singhuber, C. (2020): Leistungskraft regionaler Gesundheitssysteme in Zeiten von COVID-19. HS&I Projektbericht. Projekt mit Unterstützung von Philips Austria. Wien August 2020, http://www.healthsystemintelligence.eu/RegionalFactBook/Ambulante_Versorgung.

Hollomey, C., Perchinig, B., & Enzenhofer, E. (2014). Research Summary – Inequalities and Multiple Discrimination in Access to Health – Austria. Vienna: ICMPD.

Ingleby, D., Petrova-Benedict, R., Huddleston, T., & Sanchez, E. (2019). The MIPEx health strand: a longitudinal, mixed-methods survey of policies on migrant health in 38 countries. *European journal of public health*, 29(3), 458–462.

IOM – International Organization for Migration (2019). World Migration Report 2020. Geneva, e-ISBN 978-92-9068-789-4. www.iom.int 15.1.2021.

James, W. P. T. (2009): WHO recognition of the global obesity epidemic. *International Journal of Obesity*, 32/S120, Macmillan Publishers Limited, <http://dx.doi.org/10.1038/ijo.2008.247>.

Kluge, U., Rapp, M. A., Mehran, N., Jumaa, J., & Aichenberger, M. C. (2019). Armut, Migration und psychische Gesundheit. *Der Nervenarzt*, 90(11), 1103–1108.

Kohlenberger, J. (2019). Refugee Health and Integration Survey (ReHIS) (SUF edition).

Kohlenberger, J., Leitner, S., Buber-Ennser, I., & Rengs, B. (2019a). Psychosoziale Gesundheit und gesellschaftliche Teilhabe in Österreich: Zur Prävalenz von Angststörungen und Depressionen unter syrischen, irakischen und afghanischen Geflüchteten. Thema: Diversitätsmanagement.

Kohlenberger, J., Buber-Ennser, I., Rengs, B., Leitner, S., & Landesmann, M. (2019b). Barriers to health care access and service utilization of refugees in Austria: evidence from a cross-sectional survey. *Health Policy*, 123(9), 833–839.

Kessing, L. L., Norredam, M., Kverndok, A. B., Mygind, A., & Kristiansen, M. (2013). Contextualising migrants' health behaviour – a qualitative study of transnational ties and their implications for participation in mammography screening. *BMC Public Health*, 13(1), 1–10.

Klimont J. (2020). Österreichische Gesundheitsbefragung 2019. Hauptergebnisse des Austrian Health Interview Survey (ATHIS) und methodische Dokumentation. Wien: Statistik Austria.

Klimont, J., & Klotz, J. (2016). Lebenserwartung in Gesundheit nach Bundesland, Geburtsland und Schulbildung. Auswertungen aus der Österreichischen Gesundheitsbefragung 2014. *Statistische Nachrichten* 71(9), 664–669.

Kroenke, K., Strine, T. W., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Berry, J. T., & Mokdad, A. H. (2009). The PHQ-8 as a measure of current depression in the general population. *Journal of affective disorders*, 114(1–3), 163–173.

Lamei, N., Psihoda, S., & Skina-Tabue, M. (2019). Gesundheit und Einkommen. Analyse von Daten des EU-SILC-Moduls 2017 zu Gesundheit und Kindergesundheit. Statistische Nachrichten 3/2019. Statistik Austria.

Landesmann, M., & Leitner, S. M. (2020). Refugees' Integration into the Austrian Labour Market: Dynamics of Occupational Mobility and Job-Skills Mismatch (No. 188). The Vienna Institute for International Economic Studies, wiiw.

Lesch, O. M., Walter, H., Wetschka, Ch., Hesselbrock, M., Hesselbrock, V. & Pompo, S. (2020). Alcohol and Tobacco, Medical and Sociological Aspects of Use, Abuse and Addiction. Springer Nature, Switzerland.

Littig, B. (Ed.). (2018). Erwerbstätigkeit von Flüchtlingen: Integrationsregime, Arbeitsmarktbedingungen und Charakteristika der Herkunftsländer. American Sociological Review, 71(6), 986–1013.

Mayer, J. (2010). Migration & Gesundheit: Mögliche Wege aus dem Präventionsdilemma. Medizinische Universität. Studie im Auftrag des Österreichischen Integrationsfonds.

Mazal, W. (2017). Fiskalische und ökonomische Effekte verschiedener Migrationsformen: Analyse der Migrationsströme der Jahre 2013–2018. Wien: Österreichischer Integrationsfonds.

McKee, M., & LSHTM, E. (2019). No-one left behind: Health care is not universal if it excludes migrants.

Nutt, D. J., King, L. A., & Phillips, L. D. (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. The Lancet, 376(9752), 1558–1565.

OECD (2019). HEALTH AT A GLANCE https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2019_4dd50c09-en

OECD & Europäische Union. (2020). Health at a Glance: Europe 2020 State of Health in the EU Cycle. OECD.

Ortlieb, R., & Weiss, S. (2020). Job quality of refugees in Austria: Trade-offs between multiple workplace characteristics. German Journal of Human Resource Management, 34(4), 418–442.

Perlot, F., & Filzmaier, P. (2021). Mediennutzung in der Corona-Pandemie. Informationsverhalten von Personen mit Migrationshintergrund zum Thema Corona. ÖIF-Forschungsbericht. Österreichischer Integrationsfonds.

Rommel, A., Saß, A. C., Born, S., & Ellert, U. (2015). Die gesundheitliche Lage von Menschen mit Migrationshintergrund und die Bedeutung des sozioökonomischen Status. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 58(6), 543–552.

Salman, R. (2015). Gesundheit mit Migranten für Migranten – die MiMi Präventionstechnologie als interkulturelles Health-Literacy-Programm. In Public Health Forum, 23(2), 109–112. De Gruyter.

Schenk, L., Bau, A. M., Borde, T., Butler, J., Lampert, T., Neuhauser, H., ... & Weilandt, C. (2006). Mindestindikatorensatz zur Erfassung des Migrationssstatus. Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, 49(9), 853–860.

Schindlauer, D. (2020). Country report. Non-discrimination: transposition and implementation at national level of Council Directives 2000/43 and 2000/78: Austria 2019.

Scholten, P., Baggerman, F., Dellouche, L., Kampen, V., Wolf, J., & Ypma, R. (2017). Policy Innovation for Refugee Integration? A Comparative Analysis of Innovative Policy Strategies Toward Refugee Integration Across Europe. Erasmus University, Rotterdam.

Schouler-Ocak, M., & Aichberger, M. C. (2015). Versorgung von Migranten. PpMP-Psychotherapie-Psychosomatik-Medizinische Psychologie, 65(12), 476–485.

Seidler, Y., Novak-Zezula, S., & Trummer, U. (2019). ‘Falling off the radar’ of public health: The case of uninsured Chinese patients in Vienna, Austria. Health Policy, 123(9), 840–844.

Solano, G., & Huddleston, T. (2020). Migrant Integration Policy Index 2020. <https://www.mipex.eu>.

Soyka, M. (2008). Störungen durch Alkohol. Psychiatrie und Psychotherapie, 1145–1188. Springer, Berlin, Heidelberg.

Spallek, J., & Razum, O. (2016). Migration und Gesundheit. Soziologie von Gesundheit und Krankheit, 153–166. Springer VS, Wiesbaden.

Stadler, B., & Wiedenhofer-Galik, B. (2011). Dequalifizierung von Migrantinnen und Migranten am österreichischen Arbeitsmarkt. Statistische Nachrichten, 5(2011), 383–399.

Trummer, U., & Krasnik, A. (2017). Migrant health: the economic argument. European Journal of Public Health, 27(4), 590–591.

Trummer U., & Novak-Zezula S. (2017). Diversitätsmanagement in Ambulanzen. Aktuelle Herausforderungen und Lösungen aus Mitarbeitersicht, ZFPG, 3(2), 19–27. DOI: 10.17193/HNU.ZFPG.03.02.2017-04.

Van Der Heide, I., Wang, J., Droomers, M., Spreeuwenberg, P., Rademakers, J., & Uiters, E. (2013). The relationship between health, education, and health literacy: results from the Dutch Adult Literacy and Life Skills Survey. Journal of health communication, 18(sup1), 172–184.

Volf, P., & Bauböck, R. (2001). Wege zur Integration: Was man gegen Diskriminierung und Fremdenfeindlichkeit tun kann. Bundesministerium für Bildung, Wissenschaft und Kultur, S. 12–14. Bauböck, R. (2019). Debating European Citizenship. Springer, S. 2–230.

Wancata, J. (2017). Prävalenz und Versorgung psychischer Krankheiten in Österreich Wissenschaftlicher Bericht. Klinische Abteilung für Sozialpsychiatrie, Medizinische Universität Wien. Gefördert aus den Mitteln „Gemeinsame Gesundheitsziele aus dem Rahmen-Pharmavertrag, eine Kooperation von österreichischer Pharmawirtschaft und Sozialversicherung“. Wien.

Waxenegger, A., Mayerl, H., Rásky, É., Stolz, E., & Freidl, W. (2019). Die Bedeutung des Migrationshintergrunds für die Gesundheit. Ergebnisse der österreichischen Gesundheitsbefragung (ATHIS 2014). Das Gesundheitswesen, 81(02), 128–136.

Weigl, M., & Gaiswinkler, S. (2016). Handlungsmodule für Gesundheitsförderungsmaßnahmen für/mit Migrantinnen und Migranten. Gesundheit Österreich GmbH. Wien.

Weigl, M., & Gaiswinkler, S. (2019). Blickwechsel – Migration und psychische Gesundheit. Gesundheit Österreich GmbH. Wien.

Whitehead, M., Povall, S., & Loring, B. (2014). The equity action spectrum: taking a comprehensive approach. Guidance for addressing inequities in health. World Health Organization, Regional Office for Europe.

WHO (2000). The world health report 2000 – Health systems: improving performance. <http://www.who.int/whr/2000/en/>

UNECE (2006). Recommendations for the 2010 censuses of population and housing in the ECE region, statistical standards and studies.

Zeihner, J., Kuntz, B., & Lange, C. (2017). Rauchen bei Erwachsenen in Deutschland. Journal of Health Monitoring, 2(2).

11 Anhang

ANHANG 1

Ländergruppendefinitionen im Vergleich

Ländergruppen	...im Bericht verwendet	Abk.	Länder* (Bevölkerung mit ausländischer Staatsbürgerschaft)
EFTA (9.836)		CH	Schweiz
		IS	Island
		LI	Liechtenstein
		NO	Norwegen
EU-15 (293.441)	EU-15, EWR und Schweiz (303.277, ohne Österreich)	AT	Österreich (7.414.841)
		BE	Belgien
		DE	Deutschland (199.993)
		DK	Dänemark
		EL	Griechenland
		ES	Spanien
		FI	Finnland
		FR	Frankreich
		IE	Irland
		IT	Italien (32.490)
		LU	Luxemburg
		NL	Niederlande
		PT	Portugal
		SE	Schweden
		UK	Vereinigtes Königreich
EU-28 (768.597)	EU-Beitrittsländer ab 2004, EU-13 (475.156)	BG	Bulgarien (32.528) (EU ab 2007)
		CY	Zypern
		CZ	Tschechien (14.182)
		EE	Estland
		HU	Ungarn (87.516)
		LT	Litauen
		LV	Lettland
		MT	Malta
		PL	Polen (64.429)
		RO	Rumänien (123.459) (EU ab 2007)
		SK	Slowakei (43.621)
		HR	Kroatien (83.596) (EU ab 2013)
		SI	Slowenien (21.441)
	Ex-Jugoslawien (375.319)	BA	Bosnien und Herzegowina (96.583)
		ME	Montenegro
		MK	Nordmazedonien (24.088)
		RS	Serbien (122.115)
	Türkei	XK	Kosovo (26.032)
		TR	Türkei (117.607)
	Afghanistan, Irak, Syrien (108.638)	AF	Afghanistan (43.654)
		IQ	Irak
		SY	Syrien (51.502)
	Andere (211.263)	CN	China (13.837)
		IR	Iran (14.920)
		RU	Russland (32.872)
		...	Übrige; staatenlos; unbekannt (149.634)

Quelle: Statistik Austria 2021, Bevölkerungsstatistik
* Die 20 Herkunftsländer mit den meisten in Österreich lebenden Staatsbürger/innen sind fett gedruckt.

ANHANG 2

Inhalt der Gesundheitsbefragungen ATHIS (detailliert)

Vergleichbarkeit mit der Gesundheitsbefragung 2019

x vorhanden/vergleichbar xx zusätzliche Kategorien, ggf. abweichende Fragestellung
p problematisch/nur eingeschränkt vergleichbar - keine Information vorhanden

		Vergleich „nach Migrationshintergrund“ für definierte Gruppen möglich		Vergleichsmöglichkeiten eingeschränkt	Zusatzinformation für AF, IQ, SY
Kategorie	Indikator	ATHIS 19	ATHIS 14	ATHIS 06	ReHIS
Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen	Häufigkeit Inanspruchnahme Facharztgruppe in den letzten vier Wochen	x	x	p	
	Häufigkeit Spitalsambulanz in den letzten vier Wochen	x	x	x	
	Psycholog/in, Psychotherapeut/in, Psychiater/in (letzte 12 Monate)	x	x	x	x
	Physiotherapeut/in (letzte 12 Monate)	x	x	x	x
	Chiropraktiker/in (letzte 12 Monate)	x			
	Osteopath/in (letzte 12 Monate)	x			
	Nutzung häuslicher Pflege-/Betreuungsdienst (letzte 12 Monate)	x	x	x	
	Vom Arzt/Ärztin verschriebene Medikamente in den letzten zwei Wochen	x	x	x	
	Rezeptfreie Medikamente in den letzten zwei Wochen	x	x	x	
Zufriedenheit mit Leistungen	Qualität der medizinischen Versorgung	x			
	Meinung zur Versorgung	x			
	Zufriedenheit nach Gesundheitsdienstleister/innen	x			
Prävention	Aufrechter Impfschutz Grippeimpfung	x	x	p	
	Aufrechter Impfschutz gegen Tetanus, Diphtherie, Polio, FSME, Pneumokokken	x	x	x	
	Letzte Blutdruckmessung	x	x	p	
	Letzte Cholesterinmessung	x	x	p	
	Letzte Darmspiegelung	x	x	p	
	Letzte Mammographie	x	x	p	
	Letzter Krebsabstrich	x	x	p	
	Letzte Blutzuckermessung	x	x		
	Letzter Test auf verstecktes Blut im Stuhl	x	x		
Ungedeckter Bedarf an Gesundheitsleistungen	Unmet Need Untersuchung Termin	x	x		xx
	Unmet Need Untersuchung Weg	x	x		xx
	Unmet Need Untersuchung Kosten	x	x		xx
	Unmet Need Zahnärzt/in Kosten	x	x		xx
	Unmet Need Medikamente Kosten	x	x		xx
	Unmet Need Untersuchung psychische Probleme Kosten	x	x		xx
Gesundheits-Determinanten	Adipositas/BMI	x	x	x	
	Rauchen	x	x	x	
	Alkoholkonsum	x	x	p	
	Soziale Unterstützung	x	x		
	Ernährung	x	x		
	Bewegung (IPAQ-Sammelindikator)	x	x		
WHO Quality of Life	26 Fragen aus WHOQoL-Fragebogen	x	x	x	
	WHOQoL Physische Gesundheit 0-100	x	x	x	
	WHOQoL Psyche 0-100	x	x	x	
	WHOQoL Soziale Beziehungen 0-100	x	x	x	
	WHOQoL Umwelt 0-100	x	x	x	
	WHOQoL Overall 0-100	x	x	x	
	Nutzung häuslicher Pflege-/Betreuungsdienst (letzte 12 Monate)	x	x	x	
Beruf, Einkommen, Haushalt	Ausbildung	x	x	p	
	Vollzeit oder Teilzeit	x	x	p	
	Haushaltsgröße	x	x		
	Anzahl der Personen im HH <14 Jahre	x	x		
	Haushaltstyp	x	x		
	Haushaltseinkommen in Kategorien nach Quintilen	x	x	p	
Informelle Pflege	Pflegeleistung mind. einmal pro Woche (selbst pflegen)	x	x		
	Pflegeleistung, wer wird gepflegt (selbst pflegen)	x	x		
	Pflegeleistung Stunden pro Woche (selbst pflegen)	x	x		

ANHANG 3

Berechnung der laufenden persönlichen Gesundheitsausgaben 2019 nach Migrationshintergrund für die Bevölkerung 15+

Kosten nach Alter und Geschlecht (SHA-Ausgabenprofil)	Schlüssel ambulant (SHA)*	ATHIS-Inanspruchnahme: Antwortkategorie (Fragencode in Klammern)	Kalkulierte Leistungskategorien	Kürzel
Stationär		Ja/Nein (12 Monate, HO1B)	Stationär	STAT
Tagesklinisch		Ja/Nein (12 Monate, HO2B)	Tagesklinisch	TK
Ambulant	Praktische Ärzt/innen (HP.3.1.1)	Häufigkeit (4 Wochen, AM3)	Praktische Ärzt/innen	PRA
	Facharzt/innen (HP.3.1.3)	Häufigkeit (4 Wochen, AM9_A-I)	Facharzt/innen	FA
	Zahnarzt/innen (HP.3.2)	Ja/Nein (12 Monate, AM1)	Zahnarzt/innen	ZA
	Spitalsambulanzen (HP.1)	Ja/Nein (12 Monate, AM8_J)	Spitalsambulanzen	SAMB
	Andere Gesundheitsberufe (HP.3.3)	Ja/Nein (12 Monate, AM6A, AM6B)	Physiotherapie, Psychotherapie	PHYS, PSYCH
Arzneimittel		Ja/Nein (2 Wochen, MD1)	Arzneimittel	AM
Pflege zu Hause	/		Pflege zu Hause	PZ
Labordienste, bildgebende Verfahren, ...			Labordienste, bildgebende Verfahren, ...	LBK
Heilbehelfe und Hilfsmittel			Heilbehelfe und Hilfsmittel	HH

Berechnung der laufenden persönlichen Gesundheitsausgaben 2019 nach Migrationshintergrund für die Bevölkerung 0–14

Kosten nach Alter und Geschlecht (SHA-Ausgabenprofil)	Schlüssel ambulant (SHA)*	ATHIS-Inanspruchnahme: Antwortkategorie (Fragencode in Klammern)	Kalkulierte Leistungskategorien	Kürzel
Stationär		Sammelindikator: Aktuell in Behandlung Ja/Nein (KIG2, KIG5, KIG11, KIG14, KIG16)	Stationär	STAT
Tagesklinisch			Tagesklinisch	TK
Ambulant	Praktische Ärzt/innen (HP.3.1.1)		Praktische Ärzt/innen	PRA
	Facharzt/innen (HP.3.1.3)		Facharzt/innen	FA
	Zahnarzt/innen (HP.3.2)		Zahnarzt/innen	ZA
	Spitalsambulanzen (HP.1)		Spitalsambulanzen	SAMB
	Andere Gesundheitsberufe (HP.3.3)		Physiotherapie, Psychotherapie	PHYS, PSYCH
Arzneimittel			Arzneimittel	AM
Pflege zu Hause	/		Pflege zu Hause	PZ
Labordienste, bildgebende Verfahren, ...			Labordienste, bildgebende Verfahren, ...	LBK
Heilbehelfe und Hilfsmittel			Heilbehelfe und Hilfsmittel	HH

*Kategorien HP3.3 und Rest werden aliquot auf beschriebene ambulante Ausgabenkategorien aufgeteilt

ANHANG 4

Ergebnisse logistische Regression

Ergebnisse der logistischen Regression mit robusten Standardfehlern

Abhängige Variable: (Sehr) guter Gesundheitszustand	Odds Ratios		
	Modell 1	Modell 2	Modell 3
Alter	0,78	0,80	0,79
Geschlecht	0,95	1,09	0,99
Einkommen		1,21	1,21
Bildungsniveau		1,31	1,27
BMI			0,94
Rauchen			0,66
EU-15 und EFTA	1,51	1,23	1,25
EU-13	0,72	0,68	0,73
Ex-Jugoslawien	0,44	0,55	0,61
Türkei	0,34	0,57	0,63
Afghanistan, Irak, Syrien	0,52	0,88	0,86
Andere Länder	0,71	0,71	0,68
Konstante	27,70	4,09	26,02
Pseudo R^2	0,12	0,16	0,17

*Signifikante Werte sind fett gedruckt (p < 0,01)

Beschreibung der Variablen

Name	Werte
(Sehr) guter Gesundheitszustand	1, wenn Gesundheitszustand gut oder sehr gut; 0 sonst
Alter	1, 2, ..., 17 (5-jährige Altersgruppen (15–19, 20–24, ..., 95+))
Geschlecht	1, wenn weiblich; 0, wenn männlich
Einkommen	1, 2, ..., 5 (Quintile des Äquivalenzeinkommens)
Bildungsniveau	1, 2, ..., 8 (Bildungsniveau nach ISCED)
BMI	stetiger Wert
Rauchen	1, wenn tägliches Rauchen; 0 sonst
EU-15 und EFTA	1, wenn Migrationshintergrund EU-15 oder EFTA; 0 sonst
EU-13	1, wenn Migrationshintergrund EU-13; 0 sonst
Ex-Jugoslawien	1, wenn Migrationshintergrund Ex-Jugoslawien; 0 sonst
Türkei	1, wenn Migrationshintergrund Türkei; 0 sonst
Afghanistan, Irak, Syrien	1, wenn Migrationshintergrund AF, IQ, SY; 0 sonst
Andere Länder	1, wenn anderer Migrationshintergrund; 0 sonst

ANHANG 5

Chronische Erkrankungen, Männer, Frauen in % der ATHIS-Befragten, gereiht nach Häufigkeit der Angaben pro Erkrankung

Chronische Erkrankungen der Bevölkerung über 15 Jahre – 2019									Veränderung seit 2014 (in Prozentpunkten)						
Rang	Chronische Erkrankung	Migrationshintergrund nach Herkunftsland der Mutter	Anteil der Bevölkerung über 15 Jahre mit chronischer Erkrankung			... alters- und geschlechts-standardisiert			Anteil der Bevölkerung über 15 Jahre mit chronischer Erkrankung			... alters- und geschlechts-standardisiert			
			Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	
1.	Chronische Kreuzschmerzen oder anderes chronisches Rückenleiden	kein Migrationshintergrund	24 %	26 %	25 %	23 %	25 %	24 %	+1 %	+1 %	+1 %	+1 %	+1 %	+1 %	
		EU-15 und EFTA	21 %	21 %	21 %	22 %	21 %	21 %	+2 %	-3 %	-1 %	+3 %	-2 %	-0 %	
		EU-13	22 %	27 %	25 %	23 %	28 %	26 %	-1 %	-0 %	-1 %	+0 %	-0 %	-0 %	
		Ex-Jugoslawien	33 %	31 %	32 %	34 %	33 %	34 %	+3 %	-1 %	+1 %	-1 %	-6 %	-3 %	
		Türkei	27 %	30 %	28 %	29 %	34 %	32 %							
		AF, IQ, SY	16 %	24 %	19 %	23 %	30 %	26 %							
		Andere	17 %	22 %	20 %	19 %	29 %	24 %	+2 %	+4 %	+3 %	+1 %	+9 %	+5 %	
		Österreich gesamt	23 %	26 %	25 %	23 %	26 %	25 %	+2 %	+1 %	+1 %	+1 %	+1 %	+1 %	
2.	Allergien, ausgenommen allergisches Asthma	kein Migrationshintergrund	20 %	23 %	22 %	21 %	24 %	22 %	-1 %	-2 %	-2 %	-1 %	-2 %	-1 %	
		EU-15 und EFTA	34 %	29 %	31 %	32 %	29 %	31 %	+2 %	-2 %	+0 %	+2 %	-1 %	+0 %	
		EU-13	17 %	20 %	18 %	16 %	20 %	18 %	-9 %	-9 %	-9 %	-9 %	-8 %	-9 %	
		Ex-Jugoslawien	12 %	23 %	17 %	11 %	22 %	17 %	-9 %	-8 %	-9 %	-10 %	-7 %	-9 %	
		Türkei	16 %	24 %	20 %	14 %	22 %	18 %							
		AF, IQ, SY	16 %	18 %	16 %	17 %	24 %	21 %							
		Andere	19 %	29 %	24 %	21 %	29 %	25 %	-12 %	-5 %	-8 %	-6 %	+0 %	-3 %	
		Österreich gesamt	20 %	24 %	22 %	20 %	24 %	22 %	-2 %	-3 %	-2 %	-2 %	-3 %	-2 %	
3.	Bluthochdruck	kein Migrationshintergrund	22 %	23 %	22 %	21 %	21 %	21 %	+1 %	+1 %	+1 %	+0 %	+0 %	+0 %	
		EU-15 und EFTA	19 %	18 %	18 %	20 %	18 %	19 %	-2 %	-0 %	-1 %	-1 %	-0 %	-1 %	
		EU-13	18 %	19 %	18 %	20 %	22 %	21 %	-3 %	-1 %	-1 %	-3 %	+1 %	-1 %	
		Ex-Jugoslawien	25 %	24 %	25 %	29 %	30 %	29 %	+7 %	+8 %	+7 %	+6 %	+8 %	+7 %	
		Türkei	18 %	20 %	19 %	28 %	34 %	31 %							
		AF, IQ, SY	12 %	11 %	12 %	20 %	24 %	22 %							
		Andere	12 %	12 %	12 %	16 %	19 %	18 %	-6 %	-3 %	-5 %	-11 %	-9 %	-10 %	
		Österreich gesamt	21 %	21 %	21 %	21 %	21 %	21 %	+1 %	+1 %	+1 %	+1 %	+1 %	+1 %	
4.	Chron. Nackenschmerzen oder sonstige chron. Beschwerden an der Halswirbelsäule	kein Migrationshintergrund	14 %	23 %	19 %	14 %	22 %	18 %	+0 %	-0 %	-0 %	+0 %	-0 %	-0 %	
		EU-15 und EFTA	10 %	17 %	14 %	10 %	18 %	14 %	+0 %	-0 %	-0 %	+0 %	+0 %	+0 %	
		EU-13	10 %	20 %	16 %	11 %	22 %	17 %	-7 %	-1 %	-4 %	-7 %	-1 %	-4 %	
		Ex-Jugoslawien	18 %	30 %	24 %	19 %	33 %	26 %	+3 %	-1 %	+1 %	-0 %	-0 %	-0 %	
		Türkei	16 %	31 %	23 %	18 %	35 %	27 %							
		AF, IQ, SY	6 %	24 %	13 %	10 %	27 %	19 %							
		Andere	12 %	19 %	16 %	14 %	23 %	19 %	+1 %	+2 %	+2 %	+2 %	+5 %	+4 %	
		Österreich gesamt	14 %	23 %	18 %	14 %	23 %	18 %	+0 %	+0 %	+0 %	+0 %	-0 %	+0 %	

ANHANG 5 (FORTGESETZT)

Chronische Erkrankungen der Bevölkerung über 15 Jahre – 2019										Veränderung seit 2014 (in Prozentpunkten)							
Rang	Chronische Erkrankung	Migrationshintergrund nach Herkunftsland der Mutter	Anteil der Bevölkerung über 15 Jahre mit chronischer Erkrankung			... alters- und geschlechts-standardisiert			Anteil der Bevölkerung über 15 Jahre mit chronischer Erkrankung			... alters- und geschlechts-standardisiert					
			Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt			
5.	Arthrose	kein Migrationshintergrund	11 %	18 %	15 %	10 %	17 %	14 %	+2 %	+2 %	+2 %	+2 %	+2 %	+2 %			
		EU-15 und EFTA	10 %	15 %	13 %	11 %	15 %	13 %	+4 %	+1 %	+3 %	+5 %	+1 %	+3 %			
		EU-13	10 %	14 %	12 %	11 %	17 %	14 %	+1 %	-3 %	-2 %	+1 %	-3 %	-1 %			
		Ex-Jugoslawien	9 %	15 %	12 %	9 %	19 %	14 %	-0 %	+6 %	+3 %	-3 %	+5 %	+1 %			
		Türkei	6 %	10 %	8 %	8 %	13 %	10 %									
		AF, IQ, SY	7 %	4 %	6 %	17 %	13 %	15 %									
		Andere	8 %	9 %	9 %	11 %	17 %	14 %	+7 %	+5 %	+6 %	+8 %	+9 %	+8 %			
		Österreich gesamt	11 %	17 %	14 %	11 %	17 %	14 %	+2 %	+2 %	+2 %	+2 %	+2 %	+2 %			
6.	Chronische Kopfschmerzen	kein Migrationshintergrund	11 %	17 %	14 %	11 %	17 %	14 %	+2 %	+2 %	+2 %	+2 %	+2 %	+2 %			
		EU-15 und EFTA	4 %	8 %	6 %	4 %	8 %	6 %	+1 %	+1 %	+1 %	+1 %	+1 %	+1 %			
		EU-13	3 %	8 %	6 %	3 %	8 %	6 %	+0 %	-0 %	-0 %	+0 %	-0 %	+0 %			
		Ex-Jugoslawien	6 %	13 %	10 %	7 %	13 %	10 %	+1 %	-1 %	-0 %	+1 %	-0 %	+0 %			
		Türkei	10 %	17 %	14 %	10 %	18 %	14 %	+1 %	-2 %	-0 %	+1 %	+1 %	+1 %			
		AF, IQ, SY	11 %	25 %	18 %	15 %	27 %	21 %									
		Andere	10 %	15 %	12 %	13 %	20 %	17 %									
		Österreich gesamt	8 %	11 %	10 %	8 %	11 %	9 %	-1 %	-4 %	-2 %	+1 %	-2 %	-1 %			
7.	Depression	kein Migrationshintergrund	5 %	9 %	7 %	5 %	9 %	7 %	+1 %	+1 %	+1 %	+1 %	+1 %	+1 %			
		EU-15 und EFTA	8 %	5 %	6 %	8 %	5 %	6 %	+3 %	-2 %	+0 %	+3 %	-2 %	+0 %			
		EU-13	5 %	10 %	8 %	5 %	10 %	8 %	-1 %	-1 %	-1 %	-1 %	-1 %	-1 %			
		Ex-Jugoslawien	8 %	16 %	12 %	8 %	17 %	13 %	-2 %	-0 %	-1 %	-3 %	+0 %	-1 %			
		Türkei	10 %	12 %	11 %	13 %	18 %	16 %									
		AF, IQ, SY	6 %	11 %	8 %	8 %	10 %	9 %									
		Andere	9 %	12 %	11 %	9 %	15 %	12 %	+6 %	+0 %	+3 %	+2 %	+2 %	+2 %			
		Österreich gesamt	5 %	8 %	7 %	5 %	8 %	7 %	+0 %	+0 %	+0 %	+0 %	+0 %	+0 %			
8.	Diabetes	kein Migrationshintergrund	6 %	5 %	6 %	6 %	5 %	5 %	+1 %	+1 %	+1 %	+1 %	+1 %	+1 %			
		EU-15 und EFTA	6 %	2 %	4 %	6 %	2 %	4 %	+2 %	-2 %	-0 %	+3 %	-2 %	+0 %			
		EU-13	5 %	5 %	5 %	6 %	6 %	6 %	-2 %	+2 %	-0 %	-3 %	+2 %	-0 %			
		Ex-Jugoslawien	8 %	7 %	8 %	10 %	10 %	10 %	+5 %	+4 %	+4 %	+4 %	+5 %	+5 %			
		Türkei	12 %	9 %	11 %	17 %	15 %	16 %									
		AF, IQ, SY	3 %	0 %	2 %	8 %	3 %	6 %									
		Andere	8 %	2 %	5 %	10 %	4 %	7 %	+3 %	-1 %	+1 %	+0 %	-7 %	-3 %			
		Österreich gesamt	6 %	5 %	6 %	6 %	5 %	6 %	+1 %	+1 %	+1 %	+1 %	+1 %	+1 %			
9.	Chronische Bronchitis, COPD, Emphysem	kein Migrationshintergrund	4 %	5 %	4 %	4 %	4 %	4 %	-0 %	+0 %	+0 %	-0 %	-0 %	-0 %			
		EU-15 und EFTA	4 %	4 %	4 %	5 %	5 %	5 %	+3 %	+1 %	+2 %	+3 %	+1 %	+2 %			
		EU-13	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %	5 %	+2 %	+1 %	+1 %	+2 %	+1 %	+1 %			
		Ex-Jugoslawien	3 %	7 %	5 %	2 %	9 %	6 %	-1 %	+3 %	+1 %	-3 %	+4 %	+1 %			
		Türkei	8 %	5 %	7 %	9 %	6 %	7 %									
		AF, IQ, SY	2 %	3 %	2 %	3 %	3 %	3 %									
		Andere	4 %	4 %	4 %	5 %	5 %	5 %	+4 %	+1 %	+3 %	+5 %	+2 %	+4 %			
		Österreich gesamt	4 %	4 %	4 %	4 %	4 %	4 %	+0 %	+0 %	+0 %	+0 %	+0 %	+0 %			