

ÖIF-FORSCHUNGSBERICHT

Migration in Österreich: Gesundheitliche und ökonomische Aspekte II

Kinder und Jugendliche in Österreich

Maria M. Hofmarcher
Johannes Wüger

2022

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
T: +43 1 710 12 03-0 | mail@integrationsfonds.at

Verlags- und Herstellungsort: Schlachthausgasse 30, 1030 Wien

Druck: Gerin Druck GmbH

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.



Migration in Österreich: Gesundheitliche und ökonomische Aspekte II

Kinder und Jugendliche in Österreich

Maria M. Hofmarcher
Johannes Wüger

2022

**Migration in Österreich:
Gesundheitliche und ökonomische Aspekte II
Kinder und Jugendliche in Österreich**

Maria M. Hofmarcher

Johannes Wüger

2022

Zitiervorschlag:

Hofmarcher, M. M., Wüger, J. (2022): Migration: Gesundheitliche und ökonomische Aspekte II - Kinder und Jugendliche in Österreich

Projekt mit Unterstützung des Österreichischen Integrationsfonds und in Kooperation mit der aha. Austrian Health Academy. HS&I Projektbericht, Dezember 2022. Wien. <http://www.HealthSystemIntelligence.eu>

Inhalt

Executive Summary	10
1 Einleitung und Zielsetzung	18
2 Hintergrund	21
2.1 Herausforderungen für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund	21
2.2 Gründe für Unter- Über- oder Fehlversorgung von Kindern und Jugendlichen	22
3 Methode.....	25
3.1 Migrationshintergrund.....	25
3.2 Bevölkerung und Stichprobe.....	26
3.3 Grenzen der Analyse.....	29
4 Überblick über die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen	32
4.1 Lebenserwartung und Mortalität	32
4.2 Risikofaktoren	35
4.3 Umwelteinflüsse und Nachhaltigkeit für gutes Gedeihen	38
5 Überblick über die Lebenslagen von Kindern und Jugendlichen	41
5.1 Einkommen und Bildung im Haushalt	41
5.2 Überblick über Bereiche der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.....	43
5.3 Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Kontext ihrer Lebensrealität	46
5.4 Impfungen und Gründe für Impfskepsis	54
6 Gesundheitszustand und Versorgungsbedarf.....	59
6.1 Gesundheitszustand	59
6.2 Versorgungsbedarf von Kindern und Jugendlichen	61
6.3 Spezieller langfristiger Bedarf von Kindern und Jugendlichen	68
6.4 Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei speziellem Bedarf	71
7 Überblick über die ambulante Versorgung.....	74
8 Inanspruchnahme und Kosten der Versorgung von Kindern und Jugendlichen.....	80
8.1 Inanspruchnahme nach Migrationsgruppen im Überblick	80
8.2 Ausgaben nach Migrationsgruppen im Überblick.....	81
8.3 Inanspruchnahme Allgemeinmedizin.....	83
8.4 Inanspruchnahme Kinder- und Jugendheilkunde.....	83
8.5 Ausgaben der ambulanten Behandlung	85
8.6 Inanspruchnahme und Ausgaben der stationären Versorgung.....	87
9 Schlussfolgerungen und Empfehlungen.....	90
10 Ausgewählte Literatur	92
11 Anhang	98

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Spezieller, langfristiger Bedarf	13
Abbildung 2: Gesundheitsbezogene Lebensqualität	14
Abbildung 3: Inanspruchnahme des kostenlosen Impfangebots.....	16
Abbildung 4: Entwicklung der Lebenserwartung	33
Abbildung 5: Säuglings-, Kinder- und Jugendsterblichkeitsraten, 2019.....	34
Abbildung 6: Risikofaktoren für Jugendliche.....	36
Abbildung 7: Über- und Untergewicht, internationaler Vergleich	37
Abbildung 8: Überleben, Blühen und Gutes Gedeihen Index.....	39
Abbildung 9: Gutes Gedeihen (rechte Achse) und Nachhaltigkeit (linke Achse)	39
Abbildung 10: Das Einkommen in Herkunftsland-Gruppen ist ungleich verteilt	42
Abbildung 11: Höchster Bildungsabschluss der Eltern	43
Abbildung 12: Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität	45
Abbildung 13: Körperliches Wohlergehen.....	47
Abbildung 14: Psychisches Wohlergehen	48
Abbildung 15: Selbstwert.....	49
Abbildung 16: Familiäres Umfeld	51
Abbildung 17: Freundeskreis.....	52
Abbildung 18: Schulisches Umfeld	53
Abbildung 19: Impfraten international	55
Abbildung 20: Impfungen	56
Abbildung 21: Gründe das kostenlose Impfangebot nicht anzunehmen.....	58
Abbildung 22: Entwicklung des subjektiven Gesundheitszustandes.....	59
Abbildung 23: Sehr gute Gesundheit hängt auch vom Einkommen ab	61
Abbildung 24: Einnahme von ärztlich verschriebenen Medikamenten.....	63
Abbildung 25: Mehr Versorgung als für das jeweilige Alter üblich	64
Abbildung 26: Einschränkungen im Alltag	65
Abbildung 27: Kinder und Jugendliche in speziellen Therapien.....	66
Abbildung 28: Emotionale, Entwicklungs- und Verhaltensproblemen.....	67
Abbildung 29: Spezieller langfristiger Bedarf*	69
Abbildung 30: Kinder und Jugendliche mit Bedarf in adäquater Behandlung	70
Abbildung 31: Determinanten der Lebensqualität bei Versorgungsbedarf	71

Abbildung 32: Ärztliche Spezialisierung der Versorgung steigt	75
Abbildung 33: Global verbesserte sich der Versorgungsgrad leicht	76
Abbildung 34: Die Kassenmedizin für die unter 18-Jährigen stagniert	78
Abbildung 35: Inanspruchnahme ausgewählter medizinischer Leistungen pro Kopf.....	81
Abbildung 36: Inanspruchnahme Allgemeinmedizin	84
Abbildung 37: Inanspruchnahme Kinder- und Jugendheilkunde.....	85
Abbildung 38: Inanspruchnahme stationäre Aufenthalte	88

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Überblick über die Bevölkerung und die Gesundheitsausgaben	12
Tabelle 2: Die Bevölkerung unter 18 mit Migrationshintergrund wächst.....	27
Tabelle 3: Die ATHIS Stichprobe im Kinderfragenbogen wird diverser	27
Tabelle 4: Vergleichbarkeit der ATHIS Kinderfragebögen	28
Tabelle 5: Generell wächst der Versorgungsgrad stärker als die Bevölkerung unter 18	74
Tabelle 6: Ausgaben der unter 18-Jährigen nach Migrationshintergrund, standardisiert, 2019	82
Tabelle 7: Geschätzte Ausgaben für Allgemeinmedizin sowie Kinder- und Jugendheilkunde, Bevölkerung unter 18 Jahren nach Migrationshintergrund, standardisiert, 2019...	86
Tabelle 8: Geschätzte Ausgaben für stationäre Aufenthalte, Bevölkerung unter 18 nach Migrationshintergrund, standardisiert, 2019	89

Abkürzungsverzeichnis

ATHIS	Austrian Health Interview Survey: Österreichische Gesundheitsbefragung
CSHCN	Children with Special Health Care Needs
DVSV	Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger
ISCED	International Standard Classification of Education
KINDL	Kinder: gesundheitsbezogene Lebensqualität Fragebogen
MIPEX	Migrant Integration Policy Index
OECD	Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung
SHA	System of Health Accounts
UNECE	Wirtschaftskommission für Europa der Vereinten Nationen
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNICEF	United Nations International Children's Emergency Fund
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Abkürzungen für Länder und Ländergruppen

AF	Afghanistan	LT	Litauen
AT	Österreich	LU	Luxemburg
BA	Bosnien und Herzegowina	LV	Lettland
BE	Belgien	ME	Montenegro
BG	Bulgarien	MK	Nordmazedonien
CH	Schweiz	MT	Malta
CN	China	NL	Niederlande
CY	Zypern	NO	Norwegen
CZ	Tschechien	PL	Polen
DE	Deutschland	PT	Portugal
DK	Dänemark	RO	Rumänien
EE	Estland	RS	Serbien
GR	Griechenland	RU	Russland
FI	Finnland	SE	Schweden
FR	Frankreich	SI	Slowenien
HR	Kroatien	SK	Slowakei
HU	Ungarn	ES	Spanien
IE	Irland	SY	Syrien
IN	Indien	TR	Türkei
IR	Iran	UA	Ukraine
IS	Island	UK	Vereinigtes Königreich
IT	Italien	XK	Kosovo
IQ	Irak		
LI	Liechtenstein		
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)		

* Während der Datenerhebungen zur Gesundheitsbefragung (ATHIS) bis 2019 war das Vereinigte Königreich – UK noch ein EU-Land und gehörte auch zur Ländergruppe EU-15. Am 31.1. 2020 erfolgte der Austritt. Diese Situation wird im Folgenden berücksichtigt, in dem sich dieser Bericht für die Konvention entschieden hat Gruppe 1 als EU-15 & EFTA inklusive UK zu bezeichnen. Im gesamten Bericht, seinen Abbildungen und Tabellen wird die Bezeichnung EU-15 & EFTA inklusive UK und EU-15 & EFTA + oder „plus“ UK synonym verwendet.

Executive Summary

Die soziale Lage ist für die Gesundheit der unter 18-Jährigen entscheidend. Hohes Einkommen der Haushalte in denen Kinder und Jugendliche aufwachsen verbessern den Gesundheitszustand dieser Bevölkerungsgruppe signifikant. Gleichzeitig reduziert Migrationshintergrund den selbstberichteten sehr guten Gesundheitszustand. Einkommens- und Bildungsniveaus sind in diesen Haushalten unterdurchschnittlich. Ebenso statistisch signifikant ist der negative Einfluss von erhöhtem Versorgungsbedarf, der 2019 etwa 8 % der Bevölkerung unter 18 betraf. In Zusammenhang mit dem Mehrbedarf an Versorgung gibt es geschlechtsspezifisch keine signifikanten Unterschiede. Jedoch, je älter Kinder und Jugendliche werden, umso weniger häufig fühlen sie sich sehr gesund, ausgehend von einem hohen Niveau.

Während es Evidenz gibt, dass Kinderarmut in Österreich generell zugenommen hat, haben Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund besondere Herausforderungen. Dies trifft auf unbegleitete Minderjährige häufig zu, wie beispielsweise unzureichende Aufnahme, Zugang zu grundlegenden Diensten, darunter die medizinische und psychosoziale Versorgung, oder die Trennung von Familien. Gründe für die unterschiedliche Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten bei Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund sind entweder familienbezogen wie beispielsweise Angst, Probleme mit dem neuen Gesundheitssystem, und mangelndes Wissen und Bewusstsein für Rechte. Sie können auch versorgungsbezogen sein wie beispielsweise Kommunikationsprobleme mit Gesundheitspersonal, Missverständnisse und kulturelle Barrieren. Darüber hinaus gibt es für diese Kinder und Jugendlichen auch strukturelle Probleme wie fehlender Anspruch auf Versorgung oder Probleme beim physischen Zugang. Diese Faktoren betreffen Migrantenfamilien mit unterschiedlichen Merkmalen in unterschiedlichem Maße: Unter Migrant/innen mit undokumentiertem Einwanderungsstatus dürfte mangelndes Bewusstsein ihrer Rechte und fehlendes Wissen über die Funktionsweise des Gesundheitssystems, aber auch Angst, und wirtschaftliche Gründe besonders wichtig sein.

Die Studie analysiert die Lebenslagen der Bevölkerung unter 18 Jahren umfassend. Sie zielt darauf ab die soziale und gesundheitliche Lage, die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und ihren Kosten zwischen Gruppen von Herkunftsländern 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 Herkunftsland wird in Fällen, in denen die Elternteile nicht im selben Land geboren wurden, durch das Geburtsland der Mutter bestimmt. 2019 hatten nach dieser Definition 410.920 Personen oder 27 % der Kinder und Jugendlichen in Österreich unter 18 Jahren Migrationshintergrund. Dieser Anteil teilt sich wie folgt auf:

- 2 % aus dem EU-15- und EFTA-Raum (ohne Österreich),
- 7 % aus EU-13 (Beitrittsländer seit 2004),
- 6 % aus Ländern des ehemaligen Jugoslawiens (ohne Kroatien & Slowenien),

- 4 % aus der Türkei,
- 3 % aus Afghanistan, Irak und Syrien,
- 5 % aus anderen Ländern, wie beispielsweise Russland, Ukraine, aber auch aus Indien und China.

Die Studie verknüpft Daten der Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen mit Hilfe von stratifizierten e-card Konsultationen bereitgestellt durch den Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger (DVSV) mit Kostendaten des Gesundheitsausgabenprofils gemäß Statistik Austria (SHA). Die daraus resultierenden Ausgaben pro Kopf in der jeweiligen Gruppe wurden nach den Leistungsbereichen Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendheilkunde und stationäre Versorgung berechnet.

Den Berechnungen der Ausgaben für Kinder und Jugendliche vorangestellt sind vergleichende Auswertungen zur sozialen und gesundheitlichen Lage, und zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität ebenfalls zwischen den Gruppen und dort wo sinnvoll oder möglich über die Zeit und nach Geschlecht. Die Daten der Gesundheitsbefragung für Kinder und Jugendliche (ATHIS-Kinderfragebogen) basieren weitgehend auf Auskünfte der Eltern (Proxybefragungen) und gliedern sich in das Modul „Children with special health care needs (CSHCN)“ für die 0 bis 17-Jährigen und das Modul „gesundheitsbezogene Lebensqualität (KINDL)“ für die 3 bis 17-Jährigen. In dieser Studie liegen erstmals umfassende Analysen für Kinder und Jugendliche vor, die mehrheitlich zwischen 2014 und 2017 aus Afghanistan, dem Irak oder Syrien geflohen sind und in Österreich Schutz suchten. Zudem bettet diese Studie Österreich in einen internationalen Vergleich wichtiger Indikatoren der Gesundheit und der Lebenslage von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren. Dies umfasst auch Auswertungen zu erwartbaren Umweltbedingungen für gutes Gedeihen.

Der Ausgabenanteil der unter 18-Jährigen mit Migrationshintergrund ist geringer als ihr Bevölkerungsanteil. Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund verbrauchten 2019 für medizinische ambulante und für stationäre Leistungen etwa 247 Mio. EUR, oder 25 % der gesamten berechneten Ausgaben für diese Bereiche, etwa 1 Mrd. EUR. Die gesamten Ausgaben für die unter 18-Jährige Bevölkerung betragen 2,1 Mrd. EUR. Unsere Berechnungen erfassen demnach etwa die Hälfte dieser Ausgaben für diese Altersgruppe und Leistungsbereiche (46 %).

2019 war der Bevölkerungsanteil der unter 18-Jährigen mit Migrationshintergrund etwas höher als ihr Ausgabenanteil. Dies ist auch bei der gesamten Bevölkerung der Fall, allerdings noch deutlicher. Die Berechnungen der Ausgaben für Kinder und Jugendliche nach Altersgruppen und Geschlecht speisen sich aus durchschnittlichen pro-Kopf Ausgaben pro Altersgruppe und Geschlecht gemäß modelliertem Ausgabenprofil 2019.

Um die Struktur der Altersgruppen in der Gesundheitsbefragung abzubilden, wurde auf dieser Basis ein Ausgabenprofil für die 0 bis 17-Jährigen gebildet.

Tabelle 1: Überblick über die Bevölkerung und die Gesundheitsausgaben

	2019			
	Bevölkerung in Privathaushalten		Ausgaben Allgemein-, Kinder- Jugendmedizin*	
Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren	In Mio.	in %	Mio. EUR	in %
kein Migrationshintergrund	1 120	73,2	740	74,9
mit Migrationshintergrund	410	26,8	247	25,1
Gesamt	1 531	100	987	100
Ambulante und stationäre Versorgung, gesamt			2 129	
Allgemein-, Kinder- und Jugendmedizin in %			46,4	

<i>Memorandum Item</i>				
	Bevölkerung in Privathaushalten		Gesamte Ausgaben für ambulant und stationär	
	Absolut	in %	Mio. EUR	in %
Österreich				
kein Migrationshintergrund	6 646	76,3	19 584	80,6
mit Migrationshintergrund	2 070	23,7	4 710	19,4
Gesamt	8 716	100	24 294	100

*Ausgaben für Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendheilkunde und für stationäre Versorgung

Quelle: Statistik Austria (2022), ATHIS 2019, Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung, SHA; HS&I-eigene Berechnungen.

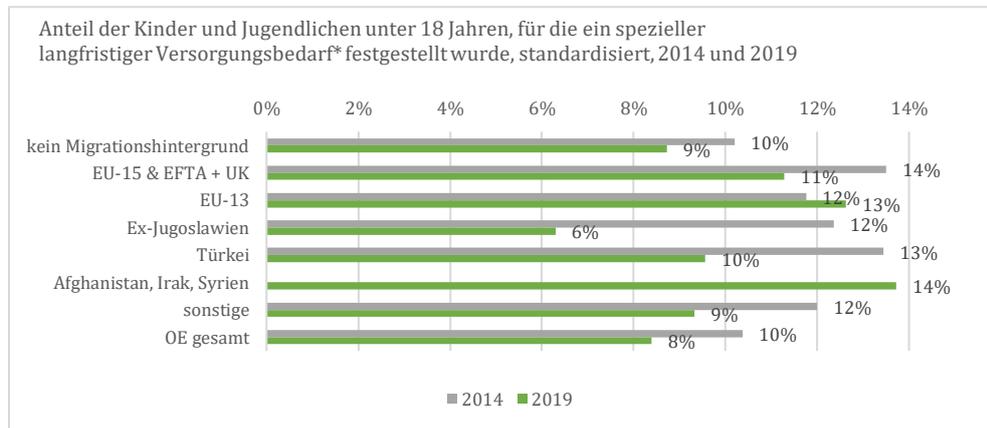
Dieses wurde in Folge auf Migrationsgruppen unter zu Hilfenahme von Bevölkerungsanteilen umgelegt. Um die Inanspruchnahme und die pro-Kopf Kosten zu berechnen, wurden Fallwerte in fünf Altersgruppen nach Geschlecht mit der jeweiligen Bevölkerung unter 18 Jahren nach Geschlecht und Migrationshintergrund verknüpft.

Männliche Kinder und Jugendliche brauchen das Gesundheitssystem häufig. Zwischen den Migrationsgruppen schwanken die Ausgaben erheblich. Während beispielsweise für Kinder und Jugendliche aus EU-15 & EFTA + UK für Allgemeinmedizin 220 EUR pro-Kopf ausgegeben wurde, waren es für jene aus Afghanistan, Irak und Syrien 113 EUR. Eine ähnliche Relation besteht im Bereich der Kinder- und Jugendheilkunde und im stationären Sektor. Durch mehr Inanspruchnahme sind die pro-Kopf-Kosten in allen Herkunftslandgruppen und in allen Versorgungssettings für Burschen und junge Männer höher als für Mädchen und junge Frauen. Die berechneten Kosten von 987 Mio. EUR würden sich um etwa 20 Mio. EUR erhöhen, wenn die Bevölkerungen in den Migrationsgruppen mit der Anzahl der Kinder und Jugendlichen unter 18, die erhöhten Versorgungsbedarf haben gewichtet werden.

Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund brauchen mehr Augenmerk. 2019 hatten in Österreich 8 % der Kinder und Jugendlichen einen speziellen, langfristigen Bedarf an Versorgung. Das waren insgesamt 128.480 Personen der Altersgruppe unter 18 Jahren, 2014 waren es 154.646 oder 10 %. Diese Veränderung weist auf die bessere Verfügbarkeit adäquater Versorgung hin und auf die berichtete Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands der unter 18-Jährigen. Gemäß ATHIS Befragung

werden Kinder und Jugendliche mit speziellem Bedarf zunehmend auch behandelt, es gibt aber auffällige Unterschiede zwischen den Gruppen, häufig zu Ungunsten jener mit Migrationshintergrund.

Abbildung 1: Spezieller, langfristiger Bedarf



*Spezieller langfristiger Bedarf liegt dann vor, wenn entweder ärztlich verschriebene Medikamente eingenommen werden, mehr psychosozialer und pädagogischer Bedarf als für das Alter üblich gegeben ist, es zu Einschränkungen im Alltag kommt, Bedarf an speziellen Therapien besteht, und emotionale, oder Entwicklungs- und Verhaltensprobleme vorliegen, und wenn eines dieser Themen länger als ein Jahr dauern.

Quelle: Statistik Austria (2022), ATHIS 2014 & 2019: Kinderfragebogen, HS&I-eigene Berechnungen.

Während global die Dichte der ärztlichen Versorgung der unter 18-Jährigen zwischen 2014 und 2019 leicht stieg, stagnierte die Kassenmedizin, die für Familien mit Migrationshintergrund wichtig ist. Diese Stagnation dürfte im Beobachtungszeitraum auch dazu geführt haben, dass sich die Frequenz der stationären Aufenthalte – ausgehend von geringen Niveaus - für alle Herkunftslandgruppen verdoppelte. Obwohl der Gesundheitszustand besser und der Bedarf geringer wurde. Dies lässt auf Fehlbelegungen und damit auf bereits länger bestehende Ineffizienzen schließen.

Burschen haben mehr Versorgungsbedarf als Mädchen und junge Frauen. Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren und mit Migrationshintergrund haben im Durchschnitt etwas mehr langfristigen Bedarf als jene ohne Migrationshintergrund. Vor allem sind dies bedürftige Kinder und Jugendliche aus Afghanistan, Irak und Syrien (14 %), aus EU-13, aus EU-15 & EFTA + UK und aus der Türkei. Während diese Altersgruppe aus Afghanistan, Irak und Syrien in ATHIS 2014 noch nicht berücksichtigt war, verringerte sich im Beobachtungszeitraum für alle anderen Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund der spezielle Bedarf mit Ausnahme jener, die aus den EU-13 Ländern kommen. Männliche Kinder und Jugendliche in Österreich haben deutlich mehr speziellen, langfristigen Bedarf, als dies für weibliche der Fall war; die relative Differenz bestand bereits 2014. Allerdings steigt so ein Bedarf mit dem Alter, dabei ist der Altersgradient für junge Frauen stärker als für junge Männer.

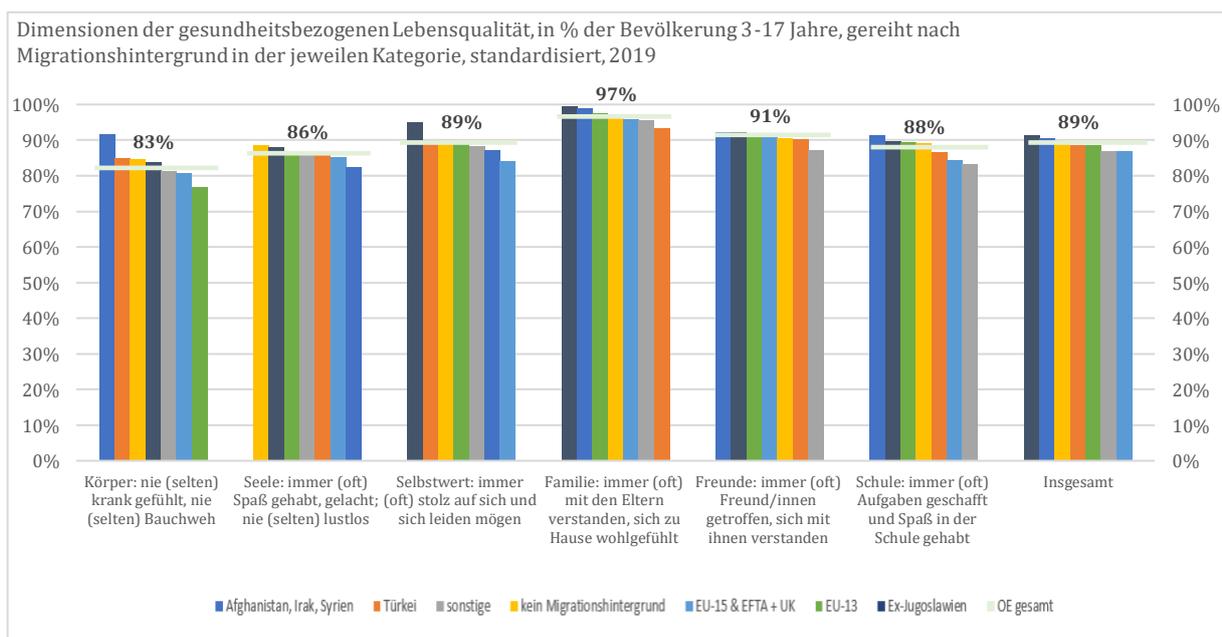
Kinder und Jugendliche fühlen sich gesundheitlich sehr gut, Unterschiede bleiben. Außer für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren aus der Türkei verbesserte sich zwischen 2014 und 2019 der Gesundheitszustand für alle. Jedoch war im Durchschnitt

2019 der Anteil von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund, die sich sehr gesund fühlen (78 %) um 4 Prozentpunkte geringer als für jene ohne Migrationshintergrund (82 %). Bereits 2014 war der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit sehr gutem Gesundheitszustand in der Gruppe ohne Migrationshintergrund auf höherem Niveau als dies für andere Gruppen der Fall war. Während sich dies 2019 fortsetzte, war der Aufholeffekt der Kinder und Jugendlichen aus Ex-Jugoslawien sichtbar stärker. Sehr deutliche Verbesserungen gab es für Kinder und Jugendliche aus den EU-13 Ländern, aber auch aus EU-15 & EFTA inklusive UK. Unterdurchschnittlich wurde 2019 der Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen aus Afghanistan, Irak und Syrien bewertet. Ältere Kinder und Jugendliche in allen Herkunftsland-Gruppen berichteten weniger häufig sehr guten Gesundheitszustand als in Kinderjahren; bei jungen Männern ist dies sehr viel deutlicher der Fall als bei jungen Frauen.

Die Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen spiegelt den Versorgungsbedarf.

Insgesamt bewerteten 2019 89 % der Kinder und Jugendlichen ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität positiv, Kinder und Jugendliche mit erhöhtem Versorgungsbedarf erreichten 77 %. Niveaus und Durchschnitte der Dimension der Lebensqualität sind deutlich geringer für die versorgungs-bedürftigen Kinder und Jugendlichen und die Unterschiede zwischen den Herkunftsland-Gruppen sind auffälliger. Kinder und Jugendliche ohne Migrationshintergrund bewerten Familie, Freunde und Schule etwas schwächer als körperliches und seelisches Wohlergehen; auch ihr Selbstwert ist vergleichsweise stark. Auf niedrigerem Niveau traf dieses Muster auch auf Kinder und Jugendliche ohne Migrationshintergrund mit erhöhtem Versorgungsbedarf zu.

Abbildung 2: Gesundheitsbezogene Lebensqualität



Quelle: Statistik Austria (2022), ATHIS 2019: Kinderfragebogen, HS&I-eigene Berechnungen.

Die meisten Kinder und Jugendlichen fühlen sich fit, kein Spaß und Lustlosigkeit waren selten, in beiden Dimensionen gibt es wichtige Ausnahmen, z.B. bei Kindern und Jugendlichen aus EU-13. Im Durchschnitt gaben Burschen öfter an sich krank gefühlt zu haben als Mädchen, insbesondere auch in der Gruppe EU-13. Die Bevölkerung aus Afghanistan, Irak und Syrien ist auf mehreren Ebenen, aber insbesondere seelisch angeschlagen. Kinder und Jugendliche aus „reichen“ Haushalten sind jedenfalls häufiger unbeschwert als andere. Insgesamt sind Burschen und junge Männer weniger häufig stolz auf sich als Mädchen und junge Frauen. Darüber hinaus ist Selbstliebe für einige mit Migrationshintergrund eine Herausforderung, wie auch der Bereich Freundin oder Freund. Kinder und Jugendliche verstehen sich mit ihren Eltern und leben gerne zuhause. Junge Türcinnen bewältigen ihre schulischen Aufgaben gut, haben aber so wie junge Türken Schwierigkeiten. Spaß in der Schule ist bei Mädchen und jungen Frauen weit verbreitet, insbesondere auch bei Afghaninnen, Irakerinnen und Syrierinnen.

Bei Impfungen hat Österreich Aufholbedarf. Internationale Daten erlauben den Vergleich der Impfperformance in Österreich. Über alle Krankheitsbilder für die Daten zu Impfungen erhoben wurden betrug die Gesamtimpfquote für Kinder und Jugendliche in Österreich 84 %. Die „Topnationen“ bei der Impfung dieser Bevölkerungsgruppe sind Norwegen, Spanien, Luxemburg, Dänemark und Schweden (96,6 % - 95,3 %). Auffällig ist, dass Österreich in allen Kategorien unter dem Durchschnitt der EU-15 & EFTA + UK liegt. Zum Teil ist der Anteil der geschützten Kinder in Österreich sogar über 10 Prozentpunkte von jenem Durchschnitt entfernt. Die höchsten Quoten weisen die Kinder und Jugendlichen Österreichs bei Impfungen gegen Diphtherie, Keuchhusten und Tetanus sowie gegen Masern auf.

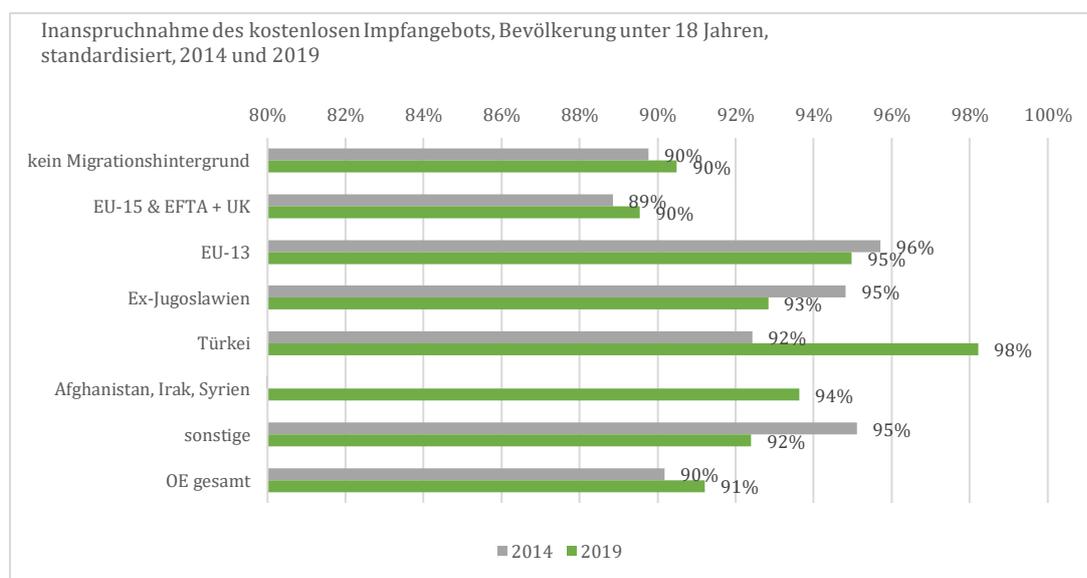
Zwischen 2014 und 2019 stieg die Impfbereitschaft moderat. Diese Zunahme kommt von der höheren Impfwillingkeit in der Gruppe Türkei. Aber auch insgesamt werden Impfangebote stärker von Familien mit Migrationshintergrund angenommen. 94 % der unter 18-Jährigen mit Migrationshintergrund hatten 2019 Impfschutz, bei Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund war er nur 90 %. Außerdem haben Mädchen und Frauen mit Migrationshintergrund höhere Impfquoten als Burschen und junge Männer.

Familien mit Migrationshintergrund brauchen mehr Wissen zu den Impfungen. Trotz hoher Impfdisziplin berichteten 28 % der Familien mit Migrationshintergrund, keine oder mangelnde Information über Impfangebote zu haben. Im Gegensatz dazu hatten nur 7 % der Familien ohne Migrationshintergrund dieses Problem. Vor allem für Familien aus der Türkei und Afghanistan, Irak und Syrien dürfte der Mangel an Informationen ein relevantes Problem sein, denn in beiden Gruppen berichten 45 % der Bevölkerung, dass dies zutrifft. Dieses Informationsgefälle ist bekannt, auf mehreren Ebenen des Gesundheitswesens relevant und dokumentiert.

Impfskepsis ist weit verbreitet, offenbar vorwiegend in bessergestellten Familien. Gleichzeitig fanden auffällig viele Familien ohne Migrationshintergrund, dass Impfungen

entweder schädlich (41 %) oder überflüssig sind (37 %), gefolgt von Familien aus dem EU- 15 & EFTA-Raum + UK (36 %). Die Auffassung, dass Impfungen schädlich sind, war auch sehr häufig in Familien aus den EU-13 Ländern (47 %), 36 % fanden darüber hinaus, dass sie überflüssig wären. Allgemein aber sehen Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund bzw. deren Eltern Impfungen im Vergleich als weniger schädlich an (25 %) als einkommensstärkere Familien ohne Migrationshintergrund oder aus EU-15 & EFTA + UK.

Abbildung 3: Inanspruchnahme des kostenlosen Impfangebots



Quelle: Statistik Austria (2022), ATHIS 2014 & 2019: Kinderfragebogen, HS&I-eigene Berechnungen.

Gutes Gedeihen von Kindern und Jugendlichen sollte sich in Österreich verbessern.

Eine Studie der WHO, UNICEF und Lancet erstellte einen nationalen „Gedeihen Index“ für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren in 180 Ländern. Dieser Index wurde außerdem in einen Zusammenhang mit umweltbedingten Risikofaktoren bis 2030 für unter 18-Jährige gestellt. Der Index „Gutes Gedeihen“ ist als eine Kombination der Kategorien „Überleben“ und „Blühen“ definiert. „Überleben“ betrachtet u.a. Überleben von Kindern bei Geburt und unter 5 Jahren, Zugang zu Kindergesundheitsleistungen oder Hygienebedingungen.

„Blühen“ analysiert u.a. Bildungszugang, Ernährung, Wachstum, aber auch Schutz gegen Gewalt. Norwegen belegt in dieser Auswertung den ersten Platz innerhalb der der EU-15 & EFTA + UK und führt auch das globale Ranking an. In allen Ländern der vorliegenden Auswahl sind die Überlebensraten von Kindern hoch als auch das Potential „zu blühen“, das heißt unbeschwert leben zu können. Österreich belegt unter 180 Ländern den guten 19. Platz. Allerdings ist es in der ausgewählten Ländergruppe abgeschlagen und rangiert im unteren Drittel.

Länder, die in Bezug auf Überleben, Blühen und des Gedeihens sehr gute Ergebnisse erzielen, hinken gleichzeitig bei der Erreichung von Klimazielen hinterher. Während reichere Länder ihren Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren häufig einen gesunden

Start ins Leben ermöglichen können, sind nachhaltige Chancen für ein gedeihliches Leben durch Umweltbelastungen beschränkt. Beispielsweise können Norwegen und die Niederlande eine sehr gute Performance im Index „Gutes Gedeihen“ aufweisen, Platz 1 und 3 im Ranking, in Bezug auf ihren CO₂ Ausstoß, weichen beide Länder jedoch um über 210 % von ihren Klimazielen ab und sie belegen Platz 156 und 160 im Nachhaltigkeitsprofil. Österreich liegt in diesem Ranking auf Platz 149 und geschätzt 196 % über den Nachhaltigkeitszielen für 2030. Schweden ist mit Rang 116 und einer Abweichung von 55 % das Land mit der besten Bilanz der EU-15 & EFTA Länder + UK.

Investitionen in den Ausbau der öffentlichen Primärversorgung sind ein Muss. Eine relativ hohe Krankheitslast von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren aus der Türkei, aus Ex-Jugoslawien, aber auch aus Afghanistan, dem Irak und Syrien legt einen Zusammenhang zwischen physischem und psychischem Bedarf nahe. Das dürfte auch für die Bevölkerung unter 18 Jahren zutreffen, die aus dem EU-15 & EFTA + UK-Raum kommen, obwohl deren ökonomische Grundbedingungen im Vergleich zu anderen Gruppen deutlich besser sind.

Multidisziplinäre Versorgungsformen wie beispielsweise Primärversorgungszentren erhöhen die Chance, dass die familienorientierte, ganzheitliche Versorgung kostenschonend effektiver wird. Der ambulante Sektor scheint die Drehscheibe für gesundheitliche Anliegen zu sein, insbesondere auch die Allgemeinmedizin. Multidisziplinäre Primärversorgungszentren sollten einheitlich und verbindlich geeignete Kapazitäten bereitstellen, Dolmetscher/innen und mehrsprachiges Personal einsetzen und Leistungen effektiv koordinieren. Dies sollte auch soziale Leistungen mit einschließen.

Die Planungen von innovativen Einrichtungen sollten sich an fortschrittlichen, bundeseinheitlichen Kriterien zur Umsetzung unter Bezugnahme auf die österreichischen Gesundheitsziele orientieren. Diese sind Leitplanken für effektive Interventionen, um aktives und gesundes Altern zu fördern. Eine wachsende Bevölkerung mit Migrationshintergrund ist der Arbeitskräfte- und Innovationspool einer wirtschaftlich gesunden Zukunft in Österreich und der EU. Mehr Ausbildung und Einkommen und zügige Integration, inklusive der Sicherstellung von Bürger/innenrechten, wird Österreich im globalen Kontext weiterhin wettbewerbsfähig sein lassen und die Lebenslagen von allen Menschen, die in Österreich leben nachhaltig verbessern.

1 Einleitung und Zielsetzung

Breiter Zugang zu medizinischer und therapeutischer Versorgung von Kindern und Jugendlichen ist unabdingbar, um Chancengleichheit und soziale Kohäsion zu gewährleisten. Um Versorgungslücken aufzuzeigen und fundierte Politikmaßnahmen zu informieren, bedarf es einer systematischen Gegenüberstellung von Bedarf und Ressourcen.

Unsere, im Jahr 2021 veröffentlichte Studie in Zusammenarbeit mit dem Österreichischen Integrationsfonds (ÖIF), zeigt wichtige Herausforderungen für die soziale und gesundheitliche Lage von Migranten/innen in Österreich (Hofmarcher & Singhuber 2021). Sozio-ökonomische, kulturelle und institutionelle Faktoren haben einen signifikanten Einfluss auf die Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund. Niedriger Bildungsgrad und geringes Einkommen wirken sich negativ auf die Lebensqualität der betroffenen Bevölkerungsgruppen aus, was die Literatur bereits umfassend beschrieb (z.B. Runge 2020, Case & Deaton 2017). Mangelhafte Gesundheitskompetenz und Sprachdefizite von Migranten und Migrantinnen, sowie fehlende interkulturelle Kompetenz vonseiten der Gesundheitsanbieter, erschweren den Zugang zu einer adäquaten gesundheitlichen Versorgung (Ganahl et al., 2016; Mayer, 2011) und führen zu Über-, Unter-, oder Fehlversorgung von Migrantinnen und Migranten (Schouler-Ocak & Aichberger, 2015; Hofmarcher & Singhuber, 2021).

Gut entwickelte Gesundheitssysteme mit egalitärem Zugang tragen wesentlich dazu bei, ökonomische Ungleichheiten zu kompensieren. Hingegen trifft eine generelle Unterversorgung mit Gesundheitsleistungen meist die Schwächsten der Gesellschaft – diese werden ihrer Chancen beraubt. Unter diesem Gesichtspunkt kommt der Versorgung von Kindern und Jugendlichen eine Sonderstellung zu. Damit aktives und gesundes Altern im Familienverbund gelingen kann, müssen Angebote für Kinder deutlich verbessert werden (Grois et al., 2019). Gerade in Österreich hätten effektive Präventionsmaßnahmen das Potenzial den Gesundheitszustand der Bevölkerung zu verbessern – diese Strategie muss in jungen Jahren ansetzen, um die größtmögliche Wirkung zu entfalten.

Zudem treten bei Kindern und Jugendlichen immer häufiger Krankheitsbilder wie Übergewicht oder Karies durch Fehlernährung, allerdings auch Allergien, Verhaltens- und Entwicklungsprobleme und psychische Erkrankungen auf (Kohlenberger et al., 2019a). Besonders stark scheinen hier Kinder aus sozial schlechter-gestellten Haushalten betroffen zu sein (Grois et al., 2019). Studien verweisen darauf, dass insbesondere der Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit ungesichertem Aufenthaltsstatus aufgrund der Belastungen vor und während der Flucht schlechter sein könnte, als die gesundheitliche und soziale Lage von Kindern mit oder ohne Migrationshintergrund. Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem wirken demnach für diese Gruppe noch stärker (Kohlenberger et al., 2019b; Wenner et al., 2003).

Der niedergelassene Bereich in Österreich ist von einem steigenden Verhältnis von Wahlarzt- zu Kassenpraxen gekennzeichnet (Hofmarcher & Singhuber, 2020). Tendenzen zur Vertiefung der Zwei-Klassen-Medizin sind insbesondere auch im Bereich der Kinder- und Jugendheilkunde zu beobachten und besorgniserregend. In Verbindung mit der wachsenden Zahl armutsgefährdeter Kinder (Volkshilfe, 2021), für die ein Wahlarztbesuch nicht in Frage kommt, kommt es in Österreich zunehmend zu einer Verknappung der Ressourcen gerade für jene, die geeignete Therapien und ärztliche Hilfe am dringendsten benötigen.

Während es eine Reihe von Studien gibt, die sich mit der Lebenslage von Migrant/innen in Österreich auseinandersetzen (Kohlenberger et al., 2019a & 2019b; Anzenberger et al., 2015; Waxenegger et al., 2019) fehlt bislang eine empirisch orientierte, systematische und bevölkerungsbezogene Zusammenschau der gesundheitlichen Lage von Kinder- und Jugendlichen mit Migrationshintergrund in Verbindung mit sozio-ökonomischen 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 wichtige 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). Die Studie greift somit die Empfehlung auf, bestehende Erkenntnisse aus der Literatur mit empirischen Daten für Österreich zu analysieren (Gaiswinkler & Weigl, 2019). Sie erweitert die Analyse 2021 auf die Bevölkerungsgruppe unter 18 Jahren. Es werden Unterschiede zwischen zwei Geschlechtern identifiziert, um spezifische Versorgungsbedarfe zwischen und innerhalb der definierten Migrationsgruppen zu erfassen. Während beispielsweise spezieller Versorgungsbedarf zwischen 2014 und 2019 insgesamt etwas rückläufig sein dürfte, ist er im Vergleich zur Bevölkerung unter 18-Jahren ohne Migrationshintergrund für männliche Kinder und Jugendliche in bestimmten Migrationsgruppen im gesamten Zeitraum höher als für Mädchen und junge Frauen derselben Gruppe.

Während Chancengerechtigkeit ein Menschenrecht ist, kann sich ihr Fehlen darüber hinaus auch negativ auf die gesamtwirtschaftliche Entwicklung auswirken (Darvas et al., 2018). Deshalb muss die Gestaltung von Integrationsmaßnahmen/die Inklusion betroffener Personengruppen durch aussagekräftige Daten und Lösungsansätze informiert werden. Die Studie hat folgende Zielsetzungen:

- Internationaler Vergleich zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren und wesentliche Aspekte des Gedeihens in Österreich und EU-15&EFTA + UK.

- Analyse der gesundheitlichen Lage, des Versorgungsbedarfes und der Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren.
- Verknüpfung der Inanspruchnahme von Leistungen im Bereich der Kinder- und Jugendheilkunde, der Allgemeinmedizin und im stationären Setting mit Kostendaten.
- Zusammenfassende Empfehlungen zur Versorgung von Kindern- und Jugendlichen in Österreich.

Während sich zwischen 2014 und 2019 die soziale und die gesundheitliche Lage der Kinder und Jugendlichen insgesamt verbessert hat und der spezielle Versorgungsbedarf der unter 18-Jährigen geringer wurde, gibt es nach wie vor erhebliche Unterschiede zwischen den Herkunftslandgruppen. Obwohl sich die Niveaus der meisten Indikatoren für fast alle verbesserten, blieben die Abstände der Werte in den Gruppen mit Migrationshintergrund, die im Vergleich zu Österreich und Europa aus ärmeren Ländern kommen, zur Gruppe ohne Migrationshintergrund und der EU-15 & EFTA + UK Länder, die häufig sehr gute Werte haben, im Wesentlichen konstant.

Die Studie hat 12 Abschnitte. Auf den Abschnitt zum Hintergrund, folgt eine Zusammenfassung der Methode. Abschnitt 4 bettet Österreichs Bevölkerung unter 18 Jahren in einen internationalen Vergleich relevanter Indikatoren von Gesundheit, Lebenslagen und Risikofaktoren ein. Abschnitt 5 analysiert vergleichend die Lebenslagen der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren und ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität einschließlich dem Vergleich der Impfwillingkeit. Der Gesundheitszustand und Dimensionen des Versorgungsbedarfes werden in Abschnitt 6 analysiert. Einen Überblick über die ärztlichen Ressourcen im niedergelassenen Bereich, die Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren zur Verfügung stehen und die Herausforderungen für die ambulante Versorgung gibt Abschnitt 7. Abschnitt 8 vertieft die empirische Analyse mit Vergleichen der Inanspruchnahme ärztlicher Versorgung und ihren Kosten. Dabei wird die Nachfrageinformation und die Kosten zwischen den Geschlechtern unterschieden. Abschnitt 9 präsentiert Empfehlungen, gefolgt von Tabellen- und Abbildungsanhängen in Abschnitt 10. Ausgewählte Literatur und ausgewählte Datenquellen finden sich in den Abschnitten 11 und 12.

2 Hintergrund

Zwischen 2015 und 2017 wurden fast eine Million asylsuchende Kinder in der Europäischen Union registriert, in Österreich waren es 62.110 oder 6%. Während EU-weit 200 000 Kinder ohne Begleitung einer Betreuungsperson kamen, waren es in Österreich fast 22 % oder 13.525 Kinder (WHO, 2018).

Konsens besteht weitgehend darüber, dass Kinder mit Migrationshintergrund individuellen, familiären und gemeinschaftlichen Risikofaktoren ausgesetzt sind. In diesem Zusammenhang wurde ein sektorübergreifender Ansatz zur Förderung der Gesundheit und des Wohlbefindens, insbesondere der psychischen Gesundheit propagiert (WHO, 2018). Bei der Förderung oder Behinderung der Lebensbedingungen von Flüchtlings- und Migrantenkinder in den Bereichen Wohnen, Gesundheitsdienste und Bildung kommt nationalen/lokalen Regierungen besondere Bedeutung zu.

In Österreich wuchs die Anzahl der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren mit Migrationshintergrund in den letzten Jahren stark (Abschnitt 3) und trägt wesentlich zum Wachstum der gesamten Bevölkerung in Österreich bei (Hofmarcher & Singhuber, 2021). Praktisch alle Theorien des Wirtschaftswachstums sagen eine positive Beziehung zwischen Bevölkerungsgröße und Produktivität voraus. Peters (2021) untersuchte den Einfluss von 8 Millionen Migrant/innen, die nach dem Zweiten Weltkrieg nach Deutschland kamen, auf die lokale Produktivität der deutschen Wirtschaft. Der Zustrom damals erhöhte die deutsche Bevölkerung um fast 20 %. Empirisch gesichert zeigte Peters, dass geregelte Flüchtlingsansiedlung das Pro-Kopf-Gesamteinkommen in Deutschland nach 25 Jahren um etwa 12 % erhöht hat, und dass dadurch eine anhaltende Industrialisierung der ländlichen Gebiete ausgelöst wurde.

2.1 Herausforderungen für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund

Während die aktuelle Berichterstattung darauf hinweist, dass Kinderarmut in Österreich zugenommen hat (Volkshilfe, 2021), haben Kinder mit Migrationshintergrund besondere Herausforderungen. Dies trifft auf unbegleitete Minderjährige häufig zu. Die Europäische Kommission (EC, 2016) hat Hürden identifiziert, die beim Umgang mit geflüchteten Kindern häufig auftreten:

- Unzureichende Aufnahme - Einige Aufnahmeeinrichtungen, in denen Kinder zunächst Schutz finden, sind unzureichend und unsicher für Minderjährige. Das Personal ist möglicherweise nicht qualifiziert oder geschult und die Aufnahmebedingungen werden nicht überwacht.
- Zugang zu grundlegenden Diensten - Kinder in der Migration haben oft nur unzureichenden Zugang zu medizinischer und psychosozialer Versorgung, Rechtshilfe und Bildung.

- Trennung von Familien - Kinder können von ihren Familien getrennt werden, zum Beispiel wenn sie in großen Gruppen reisen, wenn die Grenzen geschlossen sind oder durch vorsätzliche Aktionen von Schmugglern.
- Langwierige Familienzusammenführungs- und Überstellungsverfahren - Oft gibt es lange Verzögerungen oder keinen Zugang zu Familienzusammenführung oder Überstellungsverfahren.
- Fehlende Unterstützung für Missbrauchsopfer - Viele Kinder sind in Europa mit offensichtlichen Anzeichen von Verletzungen, Traumata oder körperlichem, sexuellem und psychologischem Missbrauch, den sie auf ihrem Weg erlitten haben, manchmal auch auf EU-Gebiet.
- Vormundschaftssysteme - Das EU-Recht sieht bereits vor, dass für unbegleitete Kinder so schnell wie möglich ein Vormund bestellt wird, aber die Kinder müssen unter Umständen lange warten, bis ihnen ein Vormund zugewiesen wird. Außerdem haben die Vormünder möglicherweise viel zu viele Kinder zu betreuen oder sind nicht ausreichend geschult.

2.2 Gründe für Unter- Über- oder Fehlversorgung von Kindern und Jugendlichen

Kulturelle Normen, Erklärungsmodelle für Krankheiten, fehlende Sicherheitsnetze, Sprachbarrieren sowie wirtschaftliche und soziale Hürden spielen eine Rolle bei der Entscheidung von Migrant/innen, Gesundheitsdienste zu suchen und in Anspruch zu nehmen. Gründe für die unterschiedliche Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten bei Kindern mit Migrationshintergrund lassen sich in drei Bereiche einteilen (Markkula et al., 2018):

- Familienbezogene Gründe wie beispielsweise Angst, Stigmatisierung, mangelndes Vertrauen, finanzielle Schwierigkeiten, Probleme mit dem neuen Gesundheitssystem, mangelndes Wissen und Bewusstsein für Rechte,
- Versorgungsbezogene Gründe, die mit dem Gesundheitspersonal zusammenhängen wie Kommunikationsprobleme, Missverständnisse, kulturelle Barrieren, und
- Strukturelle Probleme in Zusammenhang mit den Gesundheitssystemen wie fehlender Anspruch auf Versorgung oder Einschränkungen bei Nutzung, Probleme beim physischen Zugang.

Diese Faktoren betreffen Migrantenfamilien mit unterschiedlichen Merkmalen in unterschiedlichem Maße: Unter Migranten mit undokumentiertem Einwanderungsstatus dürfte mangelndes Bewusstsein ihrer Rechte und fehlendes Wissen über die Funktionsweise des Gesundheitssystems, aber auch Angst, und wirtschaftliche Gründe besonders wichtig sein. Stubbe et al. (2017) zeigen beispielsweise, dass Österreich neben Frankreich, Italien, Norwegen, Portugal und Spanien grundsätzlich allen

Migrantenkindern, unabhängig von ihrem rechtlichen Status, das Recht auf die gleiche Gesundheitsversorgung wie den eigenen Staatsangehörigen gewähren, jedenfalls aber gibt es einen Minimumstandard. In einigen europäischen Länder wie beispielsweise in Deutschland und in der Slowakei ist das nicht der Fall, was eine Verletzung der universellen Kinderrechte bedeutet (Stubbe et al., 2017).

Zugang zu Versorgung

Bei Flüchtlingen und Asylbewerber/innen hängen die Hürden für die Versorgung oft mit dem Rechtsanspruch zusammen, aber auch mit organisatorischen Barrieren und mangelnden Kenntnissen über ihren Zugang zur Versorgung (Markulla et al., 2018). Andere Barrieren, die insbesondere für Arbeitsmigrant/innen wichtig sein könnten, sind fehlende Krankenversicherung, mangelndes Bewusstsein über Arbeits-, Gesundheits- und Sicherheitsvorschriften sowie der Status. Es wurden auch mehrere andere Probleme festgestellt, wie beispielsweise Unterbrechung laufender Behandlungen oder Impfstoffe; immer wieder wird auch auf mangelnde Koordination zwischen den Gesundheitsbehörden innerhalb und zwischen den Ländern hingewiesen (Markulla et al., 2018).

Studien basierend auf einer internationalen Befragung zu gesetzlichen Rahmenbedingungen für Integration (Ingleby et al., 2019) zeigen, dass der Zugang von Migrant/innen zur Gesundheitsversorgung in Österreich im Europäischen Vergleich gut ist (Casquilho-Martins & Ferreira, 2022; Hofmarcher & Singhuber, 2021). Allerdings sind die Hürden zur umfassenden Entfaltung gelungener Integration hoch. Im EU-15 Vergleich belegt Österreich mit dem MIPEX-Gesamtindex von 46 den letzten Platz. Ausschlaggebend dafür sind restriktive Gesetzgebungen in Bezug auf Staatsbürgerschaft, politische Teilhabe und Familienzusammenführung.

Potenzielle Faktoren, die den Zugang für alle Migrant/innen und ethnische Minderheiten erschweren, sind die Fähigkeiten und Einstellungen der Leistungserbringer/innen im Gesundheitswesen. Eine systematische Überprüfung fand drei Hauptkomponenten von Barrieren: Vorurteile, Stereotypen und Sprach- und Kommunikationsbarrieren sowie kulturelle Missverständnisse (Drewniak et al., 2017). Eine andere systematische Arbeit kommt zu dem Schluss, dass diese Art von impliziten Vorurteilen wahrscheinlich klinische Entscheidungen beeinflussen (FitzGerald & Hurst, 2017).

Versorgungsbedarf und Perspektiven über die eigene Gesundheit

Schließlich kann die unterschiedliche Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten auch wegen Unterschieden im Bedarf resultieren. Dies gilt zwar wahrscheinlich nicht für geringere Impfraten oder eine geringere Inanspruchnahme der zahnärztlichen Versorgung, aber kann bis zu einem gewissen Grad die geringere Inanspruchnahme anderer Leistungen erklären, wo der Bedarf geringer zu sein scheint als in der

einheimischen Bevölkerung. Der 'gesunde Migranteneffekt' wurde bei Raten von Asthma beobachtet, einigen psychischen Problemen und riskantem Gesundheitsverhalten, die bei Migrant/innen alle niedriger zu sein scheinen als bei einheimischer Bevölkerung (Cabieses et al., 2014; Mendoza, 2009). Dies wird mit stressigerem Lebensstil der Bevölkerungen in den Gastländern erklärt. Auch der Lebensstil wie beispielsweise eine höhere Raucherprävalenz dürfte hier eine wichtige Rolle spielen (Constant et al., 2018). Die geringere Nachfrage nach Gesundheitsleistungen der mehrheitlich jungen Migranten/innen wirkt zudem ausgabensenkend. So zeigen Bettin & Sacchi (2020) in ihrer Analyse, dass ein hoher Migrantenanteil in italienischen Regionen zu niedrigeren Gesundheitsausgaben führt.

Um ein Bild über die gesundheitliche Lage von Kindern und Jugendlichen zu erhalten, ist es außerdem bedeutsam, wie solche Daten gewonnen werden. Curtis et al. (2018) fanden nur sehr spärliche Literatur zu eigenen Perspektiven und Erfahrungen von Kindern und Jugendlichen. Obwohl bei Befragungen üblich und auch pragmatisch, Box 1, sind Eltern und Erwachsene im Allgemeinen nicht unbedingt gute Vertreter für Kinder. Die Forschung von Curtis et al. (2018) verarbeitet Literatur, die beispielsweise darauf hinwies, dass stellvertretende Informationen eindeutig unzureichend sind, wenn die Sichtweisen von Kindern gefragt sind, und dass sich die Perspektiven von Erwachsenen und Kindern stark unterscheiden können. Erwachsene dürften die Auswirkungen der emotionalen und psychologischen Schwierigkeiten von Kindern mit Migrationshintergrund auf ihr Alltagsleben unterschätzen. Soweit Selbstauskünfte vorliegen, deuten diese auf ein hohes Maß an Krankheit und unerfülltem Gesundheitsbedarf bei einigen Gruppen von Migranten hin (Curtis et al., 2018).

Hoher Gesundheitsbedarf bei Migranten/innen im Vergleich zur Bevölkerung ohne Migrationshintergrund konnten auch für Österreich gezeigt werden (Hofmarcher & Singhuber, 2021). Das von sozioökonomischen Unterschieden zwischen Bevölkerungsgruppen geprägte Muster setzte sich auch bei der Evaluierung der gesundheitlichen Lage der Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren fort. Obwohl diese Studie Daten auswertet, die aus Proxy-Interviews gewonnen wurden, Abschnitt 3, konnten wir durch die Stratifizierung der Bevölkerung unter 18 Jahren in einzelne Alters- und Geschlechtsgruppen und Gruppen von Herkunftsländern ein Bild der Unterschiede zeichnen.

3 Methode

Um Kinder- und Jugendgesundheit in Österreich vergleichend zu erfassen wurden relevante Indikatoren von Kindergesundheit aus internationalen und nationalen Informationssystemen analysierend aufbereitet und grafisch zusammengefasst. Während sich die Analyse der internationalen Daten auf den Vergleich Österreichs mit den EU-15 & EFTA Länder beschränkt, wurden unter Zuhilfenahme der Austrian Health Interview Survey - ATHIS Wellen 2014 und 2019 und Daten der STAT-AT Statistik Austria die national verfügbaren Daten in Migrationsgruppen nach Alter und Geschlecht gebildet, klassifiziert, berechnet und analysiert. E-card Daten zur Inanspruchnahme von Haus- und Fachärzt/innen und des stationären Sektors wurden vom DVS (Dachverband der österreichischen Sozialversicherungsträger) nach Altersgruppen und Geschlecht für die Jahre 2014 und 2019 bereitgestellt. Die Aufteilung dieser Daten auf Migrationsgruppen erfolgt mit Hilfe von Bevölkerungsanteilen in den jeweiligen Gruppen. In diesem Abschnitt werden die wichtigsten methodischen Grundlagen präsentiert. Anhang 2 beschreibt detailliert die Methoden der Hochrechnung der Stichprobe auf die Bevölkerung, die Alters- und Geschlechtsstandardisierung und die Kostenberechnungen.

Internationaler Vergleich

Die UNICEF (United Nations International Children's Emergency Fund) stellt im Rahmen der „State of the World's Children“-Statistik regelmäßig Daten zu Gesundheit, Lebensrealität, Risikofaktoren aber auch Bildung von Kindern und Jugendlichen bereit. Daten für 2020 oder letztverfügbares Jahr wurden für Österreich und alle Länder der EU-15, EFTA und dem Vereinigten Königreich (UK) extrahiert. Infolge wurde Österreich mit dem ungewichteten Durchschnitt dieser Länder verglichen. Dadurch soll ein Bild gezeichnet werden, wie sich Österreich innerhalb Europas in Bezug auf Kindergesundheit präsentiert. Darüber hinaus wurden aus einer gemeinsamen Publikation der UNICEF und der WHO (World Health Organisation) Daten ausgewertet, um den Grad der (un-)sicheren Zukunft von Kinder- und Jugendlichen vergleichend abzubilden (Clark et al., 2020).

3.1 Migrationshintergrund

Der Migrationshintergrund der Österreichischen Bevölkerung orientiert sich an der Definition der Wirtschaftskommission für Europa der Vereinten Nationen (UNECE) von 2006. Nach dieser Logik hat eine in Österreich lebende Person Migrationshintergrund, wenn beide Elternteile im Ausland geboren wurden. Ist ein Elternteil im Inland geboren, hat das Kind oder die jugendliche Person keinen Migrationshintergrund. Um entsprechende Grundgesamtheiten für die Analyse sicher zu stellen und um die Auswertungen bevölkerungsbezogen vornehmen zu können, wurde diese Definition erweitert. Dabei zogen wir das Geburtsland der Mutter heran, um das Kind oder die jugendliche Person einer definierten Migrationsgruppe zuzuordnen.

Stratifizierung in Migrationsgruppen

Um Vergleichbarkeit zwischen Kindern und Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund sicher zu stellen wurden die einzelnen Beobachtungen zu insgesamt 6 Migrationsgruppen zusammengeführt, eine genaue Erläuterung und die einzelnen Ländercodes finden sich in Anhang 1.

- Gruppe 0: kein Migrationshintergrund
- Gruppe 1: EU-15 und EFTA Länder inkl. Vereinigtes Königreich (BE, DE, DK, EL, ES, FI, FR, IE, IT, LU, NL, PT, SE, UK, CH, IS, LI, NO)¹
- Gruppe 2: EU-13 (BG, CY, CZ, EE, HR, HU, LT, LV, MT, PL, RO, SI, SK)
- Gruppe 3: Ex-Jugoslawien (BA, ME, MK, RS, XK)
- Gruppe 4: Türkei
- Gruppe 5: Afghanistan, Irak, Syrien (AF, IQ, SY)
- Gruppe 6: andere Länder (z.B. RU, UA, IR, IN, etc.)

Die Organisation der vorliegenden Datensätze (Österreichische Gesundheitsbefragung, Inanspruchnahme medizinischer Leistungen) orientiert sich an zwei Geschlechts- (männlich, weiblich) und fünf Altersgruppen (0-2, 3-6, 7-10, 11-14, 15-17). Eine Unterscheidung zwischen den Beweggründen der Eltern, oder auch der Jugendlichen selbst, nach Österreich auszuwandern und auch zwischen Menschen auf der Flucht oder Vertriebenen und sonstigen Gründen, wie z.B. Arbeitsmigration wurde nicht getroffen.

3.2 Bevölkerung und Stichprobe

Bevölkerungsdaten 2014 bis 2019

Daten zur österreichischen Bevölkerung unter 18 Jahren von 2014 bis 2019, nach den oben genannten Kriterien, wurden auf Anfrage von Statistik Austria (STAT AT) zur Verfügung gestellt. Jene Daten sind dadurch mit allen Dimensionen der Kindergesundheit in ATHIS verknüpfbar und erlauben auch Zeitvergleiche zwischen 2014 und 2019. Tabelle 2 zeigt die österreichische Bevölkerung unter 18 Jahren 2019 in absoluten Zahlen, ihren Bevölkerungsanteil, die relevante Veränderung zu 2014 und den Anteil der Bevölkerung unter 18 Jahren an der Gesamtbevölkerung in Privathaushalten.

¹ Während der Datenerhebungen zur Gesundheitsbefragung bis 2019 war das Vereinigte Königreich – UK noch ein EU-Land und gehörte auch zur Ländergruppe EU-15. Am 31.1. 2020 erfolgte der Austritt. Diese Situation wird im Folgenden berücksichtigt, in dem sich dieser Bericht für die Konvention entschieden hat Gruppe 1 als EU-15 & EFTA inklusive UK zu bezeichnen. Im gesamten Bericht, seinen Abbildungen und Tabellen wird die Bezeichnung EU-15 & EFTA inklusive UK und EU-15 & EFTA + oder „plus“ UK synonym verwendet.

ATHIS (Kinder-)Fragebogen und Stichprobe

2019 wurden 5.605 Personen unter 18 Jahren bzw. deren Eltern befragt. Dies entsprach einem Anteil von 27 % an der gesamten ATHIS Stichprobe (Erwachsene und Kinderfragebogen) von 21.066 Personen. Gegenüber 2014 erhöhte sich dieser Anteil um etwa 2 Prozentpunkte von 25 auf 27 %. 2014 hatten 12 % der Kinder und Jugendlichen in der Stichprobe Migrationshintergrund, 2019 waren es 23 %. Gegenüber 2014 hat sich der Anteil der befragten Kinder, bzw. Eltern, mit Migrationshintergrund in der ATHIS Kinder-Stichprobe demnach fast verdoppelt. Dies hat auch mit den Flüchtlingsbewegungen, die seit 2015 zunahmen zu tun. Migrant/innen der Gruppe Afghanistan, Irak und Syrien waren beispielsweise in der Befragung 2014 noch nicht vertreten, während ihr Anteil 2019 2 % war. Tabelle 3 zeigt die Aufteilung der ATHIS Stichprobe aus dem Jahr 2019, in absoluten Zahlen, Anteilen an der gesamten Stichprobe und in Relation zu ATHIS 2014.

Tabelle 2: Die Bevölkerung unter 18 mit Migrationshintergrund wächst

<i>Bevölkerung in Privathaushalten, Österreich, 2019</i>				
<i>Migrationshintergrund nach Geburtsland der Mutter</i>	<i>Absolut</i>	<i>Anteil an Bevölkerung unter 18 (%)</i>	<i>Veränderung zu 2014 (%)</i>	<i>Bevölkerung unter 18 Jahren in % Gesamtbevölkerung nach Migrationshintergrund</i>
kein Migrationshintergrund	1.120.460	73%	-4,66%	17%
mit Migrationshintergrund	410.920	27%	4,66%	20%
EU-15 & EFTA inkl. UK	29.715	2%	0,51%	11%
EU-13	99.994	7%	1,89%	18%
Ex-Jugoslawien	97.061	6%	-0,57%	18%
Türkei	65.170	4%	0,03%	23%
Afghanistan, Irak, Syrien	47.839	3%	2,40%	38%
Andere	71.141	5%	0,40%	23%
Österreich unter 18 Jahren	1.531.380	100%	2,70%	
Österreich Gesamtbevölkerung	8.716.729			18%

Quelle: Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung, Statistik Austria (2022), HS&I-eigene Berechnungen.

Tabelle 3: Die ATHIS Stichprobe im Kinderfragebogen wird diverser

<i>ATHIS 2019, gesamtes Sample, Kinderfragebogen</i>			
<i>Migrationshintergrund nach Geburtsland der Mutter</i>	<i>Absolut</i>	<i>Anteil gesamten Sample (%)</i>	<i>Veränderung zu 2014 (%)</i>
kein Migrationshintergrund	4.312	77%	-11,09%
mit Migrationshintergrund	1.293	23%	+11,09%
EU-15 & EFTA inkl. UK	220	4%	-0,04%
EU-13	325	6%	+3,20%
Ex-Jugoslawien	267	5%	+1,94%
Türkei	182	3%	+2,45%
Afghanistan, Irak, Syrien	104	2%	+1,86%
Andere	195	3%	+1,68%
ATHIS Personen unter 18 Jahren	5.605	100%	+6,22%
ATHIS 2019 gesamt	21.066		
Personen unter 18 Jahre in %	27%		+1,54%*

*%-Punkte

Quelle: ATHIS 2019, Statistik Austria (2021), HS&I-eigene Berechnungen.

Die vorliegende Studie analysiert Informationen, die im Rahmen der österreichischen Gesundheitsbefragung in den Jahren 2014 und 2019 gesammelt wurden. Hauptdatenquelle war ATHIS 2019. Diese regelmäßig durchgeführte Befragung, aktuell in 5 Jahresintervallen, enthält auch ein eigenes Segment, das sich der Kindergesundheit widmet. Dieser auf Kinder und Jugendliche bezogene Teil der Auswertung (unter 18-Jährige) gibt Auskunft über die Gesundheit, den Bedarf und die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Individuen. Dabei werden physische und psychische Aspekte, aber auch die soziale Dimension von Gesundheit erfasst. Die Praxis der österreichischen Gesundheitsbefragung für Kinder und Jugendliche sieht Fremdbeantwortung vor, die Antworten wurden also durch die Eltern gegeben, Box 1.

Tabelle 4: Vergleichbarkeit der ATHIS Kinderfragebögen

<i>Kategorie</i>		<i>2019</i>	<i>2014</i>
subjektiver Gesundheitszustand		x	x
CSHCN	- Einnahme ärztlich verschriebener Medikamente	x	x
	- medizinische Versorgung, psychosoziale oder pädagogische Unterstützung	x	x
	- eingeschränkt oder daran gehindert Dinge zu tun, die Gleichaltrige tun können	x	x
	- spezielle Therapien (Physio-, Ergo-, Sprachtherapie, etc.)	x	x
	- emotionale, Entwicklungs- oder Verhaltensprobleme	x	x
	- Behandlung der genannten Probleme	x	x
KINDL	- körperliches Wohlbefinden	x	!
	- psychisches Wohlbefinden	x	
	- Selbstwert	x	
	- Familiäres Umfeld	x	
	- Freunde	x	
	- Schulisches Umfeld	x	
Impfungen		x	x
höchster Bildungsabschluss der Eltern ²		x	x
Haushaltseinkommen der Eltern		x	!

CSHCN – Children with special health care needs: 0-17-Jährige
KINDL – gesundheitsbezogene Lebensqualität: 3-17-Jährige

Legende: x: Vergleich über Migrationsgruppen möglich; !: Vergleich über Migrationsgruppen problematisch; keine Angabe: Vergleich nicht möglich

Quelle: ATHIS 2014 & 2019, HS&I-eigene Zusammenstellung 2022.

Daten aus dem Jahr 2019 sind in den meisten Dimensionen mit jenen aus 2014 vergleichbar, Tabelle 4. Dies gilt besonders für die „Children with Special Health Care Needs“ (CSHCN) Daten. Dieser Teil der Befragung dient der Ermittlung des langfristigen Versorgungsbedarf von Kindern und Jugendlichen. Insgesamt besteht der CSHCN Teil aus 6 Teilen, Tabelle 4. Jede dieser Kategorien enthält auch Subkategorien, die die Dauer (länger als ein Jahr oder absehbar ein Jahr) und Ursache (aufgrund von Krankheit, Verhaltensstörung oder anderem gesundheitlichen Problem) notwendiger Versorgung für Kinder und Jugendliche mit Versorgungsbedarf erfragen. Wurden in mindestens einer

² Angaben zu Bildungsabschluss und Einkommen der Eltern entstammen dem Hauptfragebogen und wurden mit dem Kinderfragebogen verknüpft.

Kategorie alle Fragen mit „Ja“ beantwortet, so gilt ein „spezieller langfristiger Versorgungsbedarf“, Abschnitt 6.

Der größte Unterschied zwischen den beiden Befragungen ist die seit 2019 verwendete KINDL Befragung. Hierbei handelt es sich um ein standardisiertes, methodisch geprüftes Instrument, das eigens zum Thema der Kindergesundheit entwickelt wurde. KINDL zielt darauf ab die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern- und Jugendlichen zwischen 3 und 17 Jahren zu erfassen und gibt die Möglichkeit der Selbstbeantwortung, lässt jedoch auch Fremdbeantwortung, wie beispielsweise durch die Eltern, zu.

Bestimmungsfaktoren des subjektiven Gesundheitszustandes

Um den Zusammenhang des subjektiven Gesundheitszustandes der Befragten der Gesundheitsbefragung 2019 und sozioökonomischen und soziodemografischen Faktoren (Abschnitt 5 & Abschnitt 6) statistisch zu evaluieren, wurden logistische Regressionen durchgeführt. Die Ergebnisse und die Variablen-Beschreibung finden sich in Anhang 5.

Die Analyse wurde mit R Version 4.1.1 durchgeführt.

3.3 Grenzen der Analyse

Die vorgenommene Gruppierung von Herkunftsländern verdeckt Unterschiede bei den Gesundheitseinflüssen und -outcomes zwischen den beteiligten Ländern. So ist beispielsweise nicht auszuschließen, dass Kinder und Jugendliche aus Kroatien und Slowenien die Ergebnisse der Gruppe EU-15 & EFTA + UK verzerren, wenn ihre Werte näher an den Werten der Gruppe Ex-Jugoslawien sind als an den Werten der EU-15 Länder. Zudem könnten Veränderungen über die Zeit zum Teil auf Verschiebungen der Bevölkerungsanteile einzelner Herkunftsländer in den Gruppen zurückgehen. Da beispielsweise die Gruppe Afghanistan, Irak und Syrien im Jahr 2014 kaum in der Bevölkerung vertreten war, gehen die entsprechenden Beobachtungen 2014 in der Gruppe „Sonstige“ auf. Allerdings wurde die Gruppe Afghanistan, Irak, Syrien in den Berechnungen zur Nachfrage und zu den Kosten aufgenommen. Da ihre Anzahl 2014 gering war, kann dies Auswirkungen auf Werte von Indikatoren für dieses Jahr haben und damit den Zeitvergleich schwächen.

Da Bevölkerungsdaten nach Migrationshintergrund nicht in Altersjahrgängen vorlagen, basiert die Standardisierung der Ergebnisse für die Altersgruppen 0-2, 3-6, 7-10, 11-13, 14-17. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass Unterschiede in der Altersstruktur innerhalb dieser Altersgruppen nach Migrationshintergrund die standardisierten Werte verzerren. Zum Beispiel waren Personen in einigen Altersgruppen in einzelnen Migrationsgruppen unterrepräsentiert, d.h. z.B. weniger als 10.000 Personen, was Statistik Austria als insignifikant markierte. Diese Datenschwäche blieb in der Analyse weitgehend unberücksichtigt.

Box 1: Proxybefragungen in der Praxis

Der von Statistik Austria zur Verfügung gestellte Kinderfragebogen besteht aus Fremangaben durch die Eltern der Kinder unter 18 Jahren, er ist daher ein „Proxy-Fragebogen“. Proxy Befragungen sind Umfragen, an denen die Zielperson nicht selbst teilnimmt, sondern eine dritte Person Auskünfte erteilt. Solche Erhebungen haben Vor- und Nachteile:

Pro

- + Erhöhung der Ausschöpfungsquote
- + Geringere Kosten für die Erhebung
- + Verkürzung des Zeitaufwands

Contra

- Potentielle Verringerung der Datenqualität und Verzerrungen

Auch wenn nur spärlich Daten über Herausforderungen in Zusammenhang mit Proxybefragungen bei Kindern vorliegen, gibt es einige Hinweise, dass diese zu Verzerrungen führen kann, Abschnitt 2. Statistik Austria garantiert für alle vorgenommenen Proxy Befragungen die Durchführung umfangreicher Plausibilitätskontrollen. Auch das Statistische Bundesamt Deutschland beschreibt in ihrem Qualitätsbericht zum Mikrozensus (2019), dass der Effekt von Proxy Befragungen Ergebnisunterschiede allenfalls zu einem kleinen Teil erklären. Abweichungen von „Selbstbeantwortungen“ traten zwar auf, waren jedoch im Rahmen allgemeiner Abweichungen von Befragungen (Destatis, 2019).

Auch Weir et al. fanden in ihrem Vergleich der Health and Retirement Study (HRS) und der English Longitudinal Study of Ageing (ELSA) keine nachhaltigen Bedenken für die Anwendung von Proxy Befragungen. Sie argumentierten, dass die HRS, die einen höheren Anteil an Proxy Befragungen anwendete, eine wesentlich stärkere Ausschöpfungsrate der Antworten hatte, während Verzerrungen zwischen den Angaben wesentlich höher ohne die Inkludierung von Proxy Befragungen ausfielen (Weir et al., 2011).

Ein Vergleich der Angaben im ATHIS Kinderfragebogen und des ATHIS Hauptfragebogens, gibt Grund zur Annahme, dass etwaige Verzerrungen durch Proxybefragungen auch im ATHIS Kinderfragebogen gering sind. Zu diesem Zweck haben wir die selbstberichteten Antworten zum „sehr guten Gesundheitszustand“ der 15-19-Jährigen im Hauptfragebogen mit den fremdberichteten Antworten der Gruppe der 14-17-Jährigen im Kinderfragebogen für die Jahre 2014 und 2019 verglichen. Der Abstand in der Bewertung des sehr guten Gesundheitszustandes zwischen diesen beiden Instrumenten bleibt im Wesentlichen gleich.

	ATHIS19 Hauptfragebogen 15-19-Jährige	ATHIS19 Kinderfragebogen 14-17-Jährige	ATHIS14 Hauptfragebogen 15-19- Jährige	ATHIS14 Kinderfragebogen 14-17-Jährige
sehr guter Gesundheitszustand	61%	74%	58%	71%
n	855	1.196	559	1.276

Jedenfalls ist ein Anstieg der Einschätzung des subjektiven Gesundheitszustands als „sehr gut“ erkennbar, mit abnehmender Tendenz je älter die Kinder und Jugendlichen sind. Die Ergebnisse der Selbst- und der Proxybefragungen können daher über die Zeit als konsistent gesehen werden.

Es gab keine Möglichkeit zwischen Arbeitsmigranten, Geflüchteten, etc. zu unterscheiden. Somit können kaum Aussagen über die Auswirkungen der rechtlichen Situation von Migrant/innen auf deren Gesundheit gemacht werden.

Durch die kleinen Anteile mancher Bevölkerungsgruppen in der Gesundheitsbefragung ATHIS 2014 sind direkte Vergleiche mit der Befragung 2019 nur bedingt oder auch gar nicht möglich.

Der Hauptteil der für die Analyse verwendeten Daten entstammte dem Jahr 2019. Daher konnten etwaige Effekte der Covid-19 Pandemie nicht in Betracht gezogen werden.

Durch das Design der ATHIS Kinderbefragung basieren die Antworten auf Einschätzungen der Eltern. Verzerrungen durch Fremdbeantwortung sind daher nicht auszuschließen, Box 1.

Aufgrund der Beschaffenheit der Inanspruchnahme Daten war eine genaue Differenzierung zwischen Schweregrad und Dauer stationärer Aufenthalte nicht möglich. Die Auswertungen der Daten zu stationären Aufenthalten sind somit im Zuge der Analyse als Gesamtkosten des stationären Sektors zu verstehen.

4 Überblick über die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen

Die Verfügbarkeit adäquater Gesundheitsleistungen in Kombination mit kulturellen und sozialen Determinanten haben starken Einfluss auf den Gesundheitszustand von Kindern. Besonders in der Zeitspanne zwischen Schwangerschaft und dem dritten Lebensjahr, in der das Gehirn am anfälligsten für Umwelteinflüsse ist. Diese frühen Jahre stellen eine wichtige Säule für die Entwicklung von Kindern dar (Wolfe et al., 2013). Auch wenn sich der allgemeine Gesundheitszustand von Kindern in Europa in den letzten Jahrzehnten positiv entwickelt hat, existieren teilweise noch immer starke Unterschiede innerhalb Europas.

Im folgenden Abschnitt wird Österreich mit der Gruppe der EU-15 & EFTA + UK verglichen, um es in ein internationales Umfeld der Kindergesundheit zu setzen. Die präsentierten Daten werden pro Land dargestellt bzw. werden mit dem ungewichteten Durchschnitt aller Länder in dieser Gruppe verglichen. Obwohl in einigen, wenigen Fällen Daten aus 2020 präsentiert werden, beziehen die Auswertungen keine Aspekte der Corona-Pandemie mit ein.

4.1 Lebenserwartung und Mortalität

Die Lebenserwartung bei der Geburt stieg in Europa stark mit Österreich am unteren Ende der Reihung. Abbildung 4 zeigt den Anstieg der Lebenserwartung bei der Geburt in den letzten 50 Jahren. Besonders in der Zeitspanne zwischen 1970 und 2000 stieg die Lebenserwartung für die beobachteten Länder stark. Bei den Daten des Jahres 2020 ist die Schweiz mit 83,9 Jahren Spitzenreiter, „Schlusslicht“ ist Dänemark mit ca. 81 Jahren. Der Durchschnitt über die EU-15 und EFTA-Länder inklusive UK sind 82,5 Jahre. Österreich liegt mit 81,7 Jahren knapp unter diesem Durchschnitt. Steigende Lebenserwartung legt Rückgang der Mortalität und die allgemeine Verbesserung der Kindergesundheit in derselben Zeitspanne nahe.

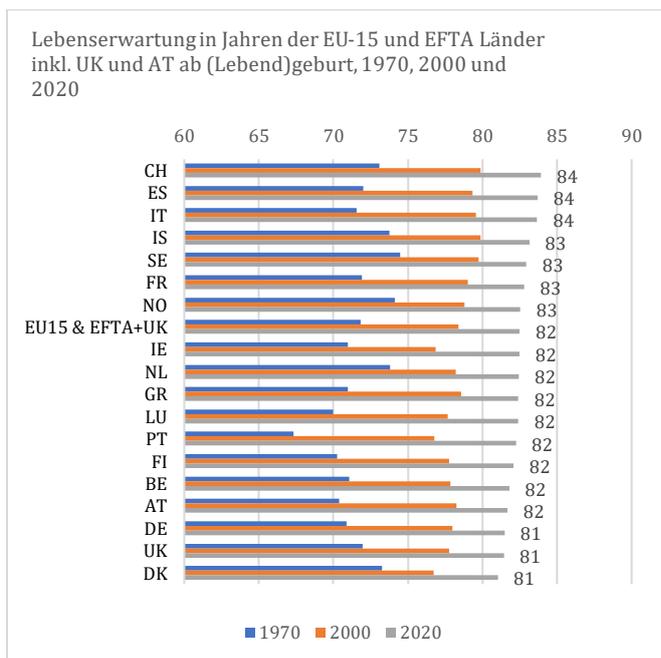
Mortalität: Österreich ist nah am Durchschnitt, Totgeburten sind selten

Ein guter Indikator zur Analyse der allgemeinen Gesundheit von Kindern, ist die Sterblichkeitsrate von Kleinkindern, Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen. Zusätzlich sind sie Signal für den sozioökonomischen Entwicklungsstatus eines Landes. Allgemein ist die Mortalität von unter 18-Jährigen in Europa sehr moderat. Onambele et al. (2019) bestätigen eine sehr starke Abnahme beispielsweise bei der Sterblichkeit von Kleinkindern im Zeitfenster 1994-2015. Ihre Auswertungen zeigten weiters, dass jene Trends besonders stark im Norden und Osten Europas ausgeprägt waren. Auch neonatale Sterblichkeitsraten verringerten sich im selben Zeitraum deutlich (Onambele et al., 2019).

Abbildung 5 zeigt die Sterblichkeitsraten von Säuglingen, Kindern und Jugendlichen im Jahr 2019, dargestellt als die Todeswahrscheinlichkeit jeder Altersgruppe pro 1.000 Lebendgeburten. Ausgenommen ist die Rate der Totgeburten, sie wird als Zahl der

Neugeborenen ohne Lebenszeichen pro 1.000 Geburten angegeben. Im Vergleich zu weniger wohlhabenden Ländern, sind die Werte in der Länderauswahl EU15 & EFTA inklusive UK gering und liegen auch eng beisammen. Besonders die Sterblichkeitsrate von Jugendlichen im Alter von 10 bis 20 Jahren zeigt kaum signifikante Ausprägungen, mit einem Durchschnitt von 1,5 über die beobachteten Länder.

Abbildung 4: Entwicklung der Lebenserwartung



Quelle: Unicef State of the World's Children (2021), HS&I-eigene Berechnungen und eigene Darstellungen.

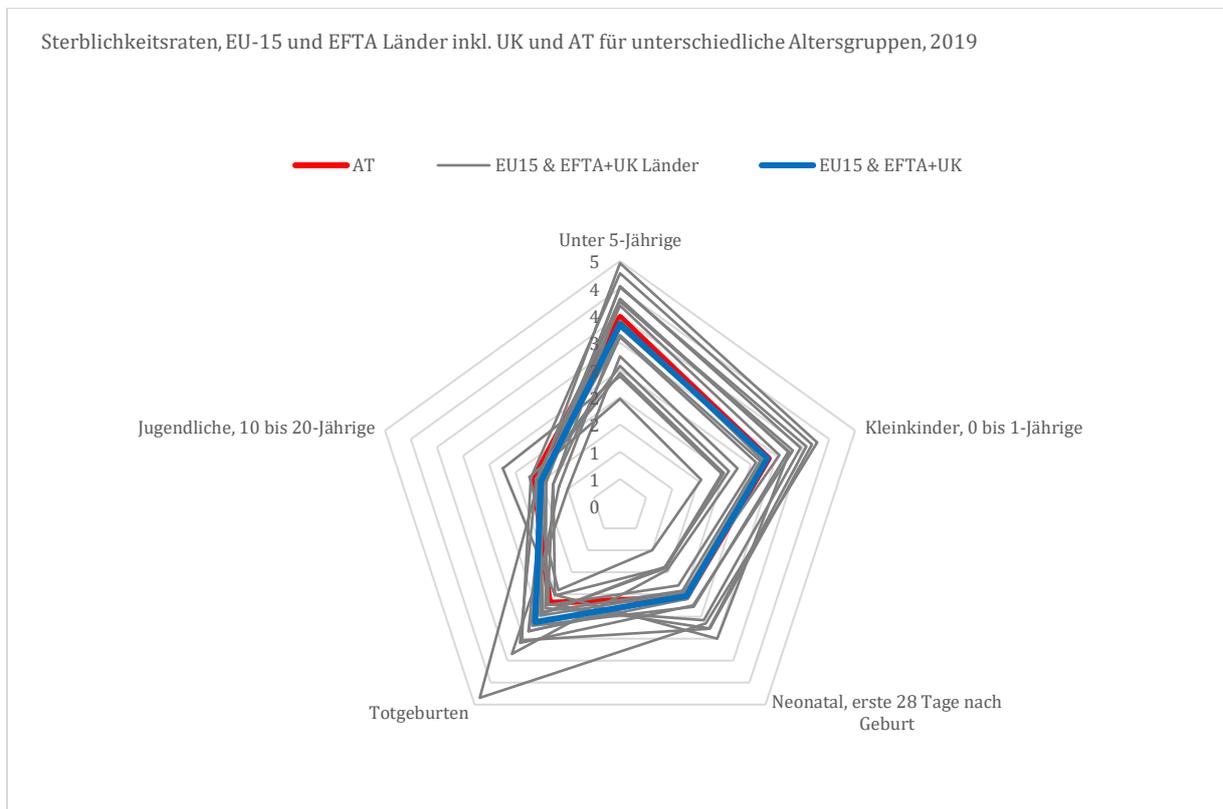
Mortalität ist stärker verbreitet für die Gruppe der unter 5-Jährigen, im Durchschnitt aller beobachteten Länder waren es 3,3 Kinder pro 1.000 Lebendgeburten. Island, Finnland und Norwegen zeigen in dieser Kategorie die besten Werte, während Frankreich die höchste Rate ausweist. Durch unterschiedliche Erhebungs- und Berechnungsmethoden sind diese Raten jedoch nicht immer unmittelbar vergleichbar. So verringerte sich zwischen 1901 und 2011 jene Rate an Totgeburten in Frankreich von 35 auf 4,8 pro 1.000 Lebendgeburten, erhöhte sich 2002 auf 8,2 durch die Anwendung von neuen WHO-Grenzwerten des Schwangerschaftsalters (Serfaty, 2014). Im Jahr 2010 lag Frankreichs Todgeburtenrate dann mit 9,2 pro 1.000 Lebendgeburten auf dem höchsten Stand Europas³. Österreich liegt bei der Sterblichkeit der unter 5-Jährigen mit einer Rate von 3,5 knapp über dem Durchschnitt.

In der Gruppe der Kleinkinder unter einem Jahr ist die Sterblichkeitsrate im Durchschnitt geringer und betrug 2019 2,8 pro 1.000 Lebendgeburten. Auch hier sind die Nordeuropäischen Staaten Island, Finnland und Norwegen die Spitzenreiter der Gruppe.

³ Diese Sprünge ergaben sich durch administrative Änderungen des Meldewesens. Solche Unterschiede der Berechnungsgrundlage sind ein Hindernis für die internationale Vergleichbarkeit dieser Daten, (Serfaty, 2014).

Die höchste Sterblichkeit bei Kleinkindern wurde in Frankreich und dem Vereinigten Königreich registriert. Die österreichische Rate entspricht in dieser Kategorie dem Durchschnitt aller Länder.

Abbildung 5: Säuglings-, Kinder- und Jugendsterblichkeitsraten, 2019



Quelle: Unicef State of the World's Children (2021), HS&I-eigene Berechnungen und eigene Darstellungen.

Die Neonatale Sterberate, also innerhalb der ersten 28 Tage nach Lebendgeburt, ist auf geringerem Niveau als die ersten beiden Kategorien und betrug 2019 im Durchschnitt 2,0 neonatale Todesfällen pro 1.000 Lebendgeburten. Die nordischen Staaten Island, Finnland, Schweden und Norwegen, aber auch Luxemburg hatten die vergleichsweise besten Werte, Dänemark, die Schweiz und das Vereinigte Königreich die höchsten. Österreich verzeichnete eine Neonatal-Sterblichkeit von 2,1 Todesfällen pro 1000 Lebendgeburten und war damit leicht über dem Durchschnitt.

2019 waren Totgeburten in den EU-15 und EFTA Ländern inklusive UK auf dem Niveau von 2,6 Fällen pro 1.000 Geburten. Frankreich, Griechenland, Luxemburg und das Vereinigte Königreich haben die höchsten Werte in diesem Bereich. Island, Dänemark und Finnland hatten die geringsten Raten, Österreich eine unterdurchschnittliche Rate von 2,2. Obwohl die EU15 & EFTA Länder wohlhabend sind, ist der soziale Gradient in vielen Fällen stark. Frankreich beispielsweise hat die höchste Rate an Totgeburten, die mit der Einkommens- und Ausbildungssituation der Mütter bzw. Eltern signifikant zusammenhängt. Zeitlin et al. (2016) zeigten für 19 Länder (darunter u.a. Frankreich, Spanien, Italien, Österreich) eine Rate zwischen 2 und 5 Totgeburten pro 1.000 Lebendgeburten. Diese Rate war für die Gruppe von Müttern mit dem höchsten

verfügbaren Bildungsabschluss am geringsten. Auch in Österreich zeigt sich dieser Gradient und das damit verbundene Risiko einer Fehlgeburt, allerdings etwas schwächer (Zeitlin et al., 2016).

4.2 Risikofaktoren

Abbildung 6 fasst häufige Risikofaktoren zusammen. Die Werte werden mit Hilfe von Bevölkerungsanteilen gebildet, für die ein spezifischer Risikofaktor mindestens einmal in den letzten 12 Monaten zutraf. Die jeweiligen Daten wurden aus unterschiedlichen Jahren zusammengetragen, und die Kategorien sind in unterschiedlichen Altersgrenzen erfasst. Außerdem waren Daten zu Tabak- und Drogenkonsum nicht verfügbar. Alkoholkonsum von Jugendlichen ist in Österreich überdurchschnittlich, aber überall rückläufig.

Der Konsum von Alkohol scheint insgesamt auf hohem Niveau zu sein. Im Durchschnitt konsumierten 64 % der 15 bis 19-jährigen Jugendlichen in den EU-15 und EFTA Ländern inklusive UK innerhalb von 12 Monaten mindestens einmal Alkohol. Die Nation mit dem höchsten Anteil war Luxemburg (86 %), die mit dem geringsten Anteil Italien (50 %). Geschlechtsunterschiede sind auffällig: 76 % der männlichen Jugendlichen in den EU-15 und EFTA Ländern inkl. UK konsumierten Alkohol, bei den jungen Frauen waren es 51 %. Österreich liegt beim jugendlichen Konsum von Alkohol mit 68 % über dem Durchschnitt. Auch hier bestehen deutliche Geschlechtsunterschiede, 80 % der jungen Männer und 56 % der jungen Frauen tranken einmal in 12 Monaten Alkohol, Anhang 6.

Die vorliegenden Daten bestätigen auch die Ergebnisse aus Strizek et al. (2015). Während der letzten Jahre kam es zur allgemeinen Reduktion des Tabak- und Alkoholkonsums unter Jugendlichen in Europa, was sich nach jüngsten Analysen für Österreich fortgesetzt hat. Allerdings spielen soziodemografische Aspekte eine wichtige Rolle. So ist beispielsweise stärkerer Alkoholkonsum von männlichen Jugendlichen, die in einer ländlichen Gegend Österreichs wohnen häufiger (Strizek et al., 2021).

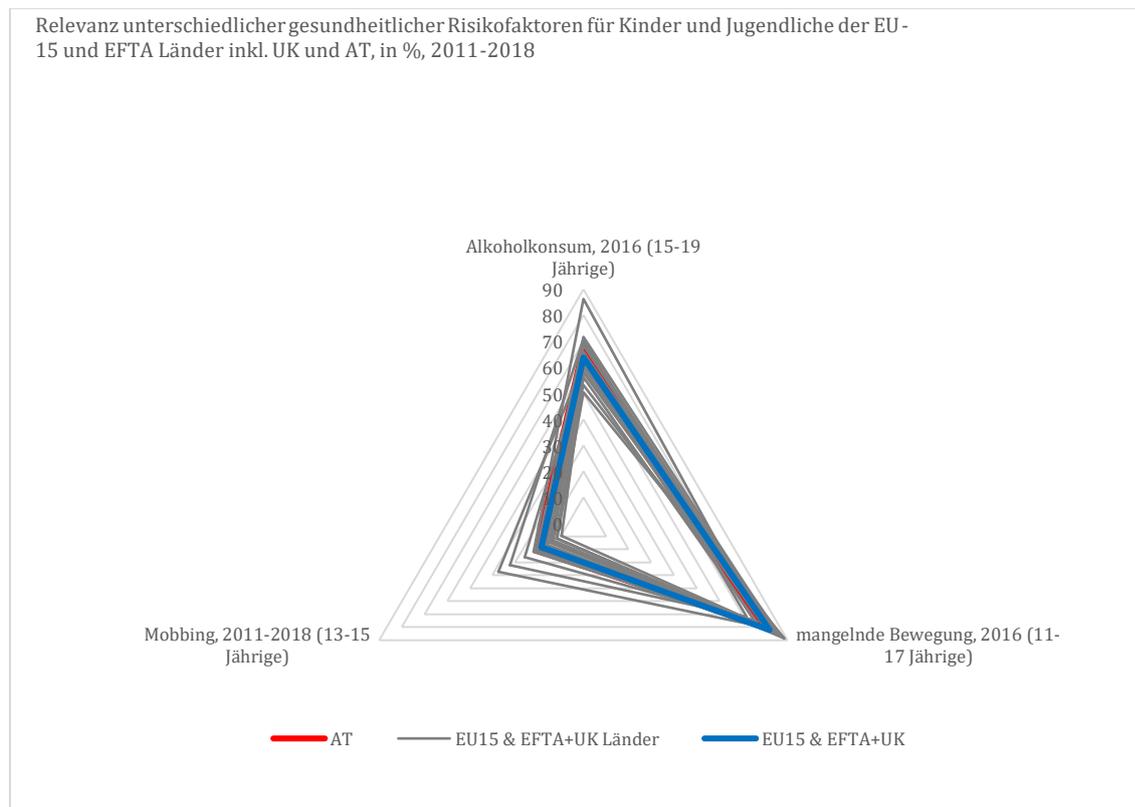
Mobbing ist häufig in Österreich, Mädchen sind stärker betroffen als Burschen.

Abbildung 6 zeigt die Prävalenz von Mobbing innerhalb eines 30 Tage Zeitfensters. Im Durchschnitt über alle beobachteten Länder betrug sie ca. 18 %. Das Vereinigte Königreich mit 37 % und Irland mit 32 % der 13 bis 15-Jährigen führen diesen Bereich an. Die Quote in Österreich war mit 21 % über dem EU-15 & EFTA + UK Durchschnitt.

Im Vergleich zum Konsum von Substanzen ist Mobbing ein weniger stark dokumentierter Risikofaktor für Jugendliche. Hierbei handelt es sich um bewusst böses, wiederholendes Verhalten gegen andere. Mobbing kann physisch, psychisch, aber auch beziehungsorientiert sein. Traditionell treten diese Probleme in Schulen oder vergleichbaren sozialen Zusammenkünften auf, in den letzten Jahrzehnten verlagert sich dieser Missstand jedoch auch oft in das Internet und Soziale Medien. Jede Art des Mobbings ist jedoch mit schweren, langfristigen psychischen Problemen der Betroffenen verbunden. Besorgniserregend sind vor allem Beobachtungen von Ängstlichkeit und

Depressionen unter den Opfern. Nach Chudal et al. (2021) ist es daher unabdinglich sowohl gegen Mobbing selbst, aber auch den Folgen entgegenzuwirken. Sie befürworten, dass Anti-Mobbing Kampagnen Komponenten der mentalen Gesundheit inkludieren und sich sowohl auf traditionelles wie auch „Cybermobbing“ konzentrieren sollten, und nicht nur auf die Identifizierung von Mobbing gerichtet werden. Ziel muss die Verhinderung oder die Reduktion von Mobbing sein. Gemäß den vorliegenden Daten werden Mädchen häufiger gemobbt als Burschen, Anhang 6.

Abbildung 6: Risikofaktoren für Jugendliche



Quelle: Unicef State of the World's Children (2021), HS&I-eigene Berechnungen und Darstellungen.

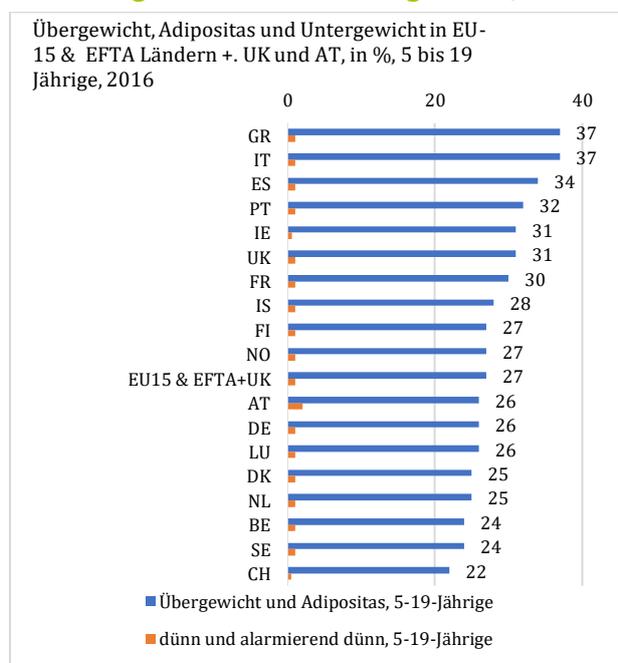
Bewegung und Übergewicht: überall eine Herausforderung.

Abbildung 6 zeigt außerdem den Anteil der 11 bis 17-Jährigen, die innerhalb von 12 Monaten zu wenig Bewegung hatten. Für unsere Länderauswahl betrug dieser im Schnitt 82 %. Irland hatte den geringsten Anteil an Jugendlichen mit mangelnder Bewegung für diese Altersgruppe. Für männliche Jugendliche war der Durchschnitt 77 %, während er für weibliche bei 87 % lag. Österreich ist bei diesem Risikofaktor unter dem EU-15 & EFTA + UK Durchschnitt (78 %). Jedoch zeigen sich auch hier starke Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Bei 71 % der männlichen und 85 % der weiblichen 11 bis 17-Jährigen wurde mangelnde Bewegung registriert, Anhang 6.

Physische Aktivität ist ein wichtiger Faktor für mentale, physische und soziale Gesundheit. Beobachtungen der letzten Jahrzehnte zeigen jedoch eher ein Bild einer

„Pandemie der mangelnden Bewegung“. Geschätzt betraf 2010 der Bewegungsmangel in Schulen weltweit mehr als 80 % der Jugendlichen, auch wenn es länderspezifische Unterschiede gab (Bann et al., 2019). Ausreichende Bewegung in Kombination mit gesunder Ernährung spielen eine wichtige Rolle im Verhindern von Mangelernährung, Über- oder Untergewicht, aber auch von nicht-übertragbaren Krankheiten. Ergebnisse der WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI) zeigen, dass zwischen 2015 und 2017 29 % der männlichen und 27 % der weiblichen 7 bis 9-Jährigen an Übergewicht litten, und dass 12 % der Burschen und 9 % der Mädchen an Adipositas litten. Gleichzeitig traten in Teilen der WHO Europa Region verschiedene Formen der Unterernährung auf, wie z.B. Untergewicht. Das Vorkommen von Übergewicht und Adipositas unter Kindern und Jugendlichen ist weltweit steigend und hat langfristige gesundheitliche Folgen wie beispielsweise Diabetes (Williams et al., 2020).

Abbildung 7: Über- und Untergewicht, internationaler Vergleich



Anmerkung: Übergewicht oder Adipositas ist definiert als BMI größer einer Standardabweichung vom Median. Dünn und alarmierend dünn ist definiert als Kinder und Jugendliche deren BMI < -2 Standardabweichungen des Medians ist.

Quelle: Unicef State of the World's Children (2021), HS&I-eigene Berechnungen und eigene Darstellungen.

In Abbildung 7 werden die beobachteten Länder der EU-15 und EFTA Staaten inklusive UK gereiht nach den Daten zum Anteil der übergewichtigen und adipösen 5 bis 19-jährigen Kinder- und Jugendlichen aus dem Jahr 2016. Zusätzlich zeigt Abbildung 7 auch den Anteil der Jugendlichen, die zu dünn bzw. alarmierend dünn waren. Nach dieser Reihung findet sich der größte Anteil von 5 bis 19-Jährigen mit Übergewicht oder Adipositas in Griechenland und Italien mit jeweils 37 %. Spanien, Portugal, Irland, das Vereinigte Königreich und Frankreich registrieren über 30 % der Kinder und Jugendlichen mit Übergewicht oder Adipositas. Im Durchschnitt dieser Länder waren 27 % der 5 bis 19-Jährigen entweder übergewichtig oder adipös. Österreich war mit 26 %

unter dem Durchschnitt⁴. Erfreulich ist, dass der Anteil der zu dünnen oder alarmierend dünnen Kinder und Jugendlichen sehr gering ausfällt. Für die meisten Länder betrug er ca. 1 %. Die Werte für Österreich waren in dieser Altersgruppe mit ca. 2 % leicht überdurchschnittlich.

4.3 Umwelteinflüsse und Nachhaltigkeit für gutes Gedeihen

Klimakrise, ökologische Veränderungen, starke Migrationsströme, internationale Konflikte und ökonomische Ungleichgewichte stellen große Herausforderungen für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen dar. Im Jahr 2015 einigten sich die Länder der Welt auf „Sustainable Development Goals“ (SDG), jedoch waren nach Einschätzung einer Allianz aus WHO, UNICEF und Lancet (2020) nur wenige Länder tatsächlich in der Lage diese bislang umzusetzen. Weiters forderte diese Kommission, dass Kinder und Jugendliche das Herzstück dieser SDGs sein sollten und Regierungen weltweit zusammen agieren müssten, um ökologische und ökonomische Hindernisse für die Gesundheit von Kindern und Jugendlichen beseitigen zu können.

Als oberstes Ziel der Nachhaltigkeit wird gefordert, dass alle Kinder in der Lage sein sollten, gut zu gedeihen und glückliche, bedeutungsvolle Leben zu führen. Aus diesem Grund wurde in der Studie der WHO, UNICEF und Lancet ein nationaler „Gedeihen Index“ für 180 Länder erstellt. Dieser wurde außerdem in einen Zusammenhang mit umweltbedingten Risikofaktoren bis 2030 für unter 18-Jährige gestellt. Abbildung 8 zeigt die Auswertungen der WHO, UNICEF und Lancet Analyse für Österreich und die EU-15 & EFTA+ UK Länder, gereiht nach dem „Gedeihen Index“ der Länder. Abbildung 9 reiht die geschätzte Abweichung von den Nachhaltigkeitszielen in Prozent und verbindet dies mit dem Index Gutes Gedeihen.

Umweltbedingungen für gutes Gedeihen müssen sich in Österreich verbessern.

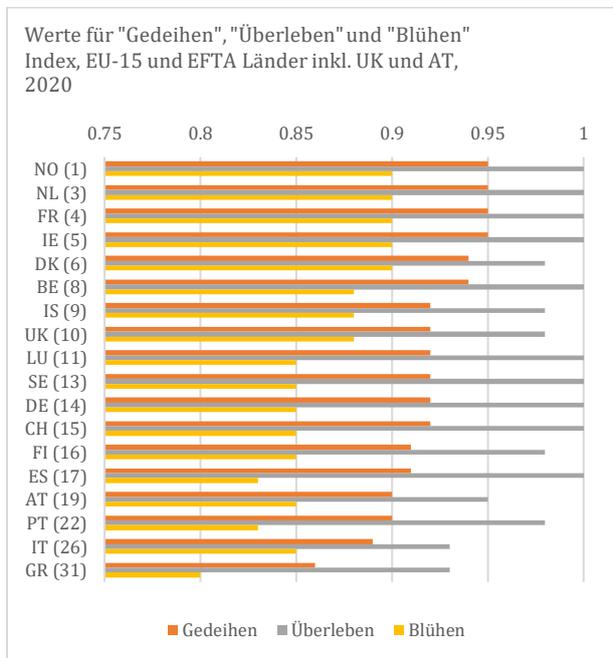
Der Index „Gutes Gedeihen“ ist als eine Kombination der Kategorien „Überleben“ und „Blühen“ definiert. „Überleben“ betrachtet u.a. Überleben von Kindern bei Geburt und unter 5 Jahren, Zugang zu Kindergesundheitsleistungen oder Hygienebedingungen. „Blühen“ analysiert u.a. Bildungszugang, Ernährung, Wachstum, aber auch Schutz gegen Gewalt.

Norwegen belegt in dieser Auswertung den ersten Platz innerhalb der beobachteten Länder und führt auch das globale Ranking an. In allen Ländern der vorliegenden Auswahl sind die Überlebensraten von Kindern hoch, Abbildung 8, als auch das Potential „zu blühen“, das heißt unbeschwert leben zu können. Österreich belegt unter 180 Ländern den guten 19. Platz. Allerdings ist es gegenüber vergleichbaren, reichen EU-Ländern

⁴ Die Ermittlung dieser Daten unterscheidet sich von nationalen Standards. Während im Kinder- und Jugendgesundheitsbericht (Griebler et al., 2016) die Rate der (prä-)adipösen Kinder Jugendlichen im Alter von 7-14 Jahren mit 24 % angegeben wurde, war sie in der UNICEF Quelle bei 26 % für die 10 bis 19-Jährigen.

abgeschlagen und rangiert im unteren Drittel. Dies dürfte auf eine geringe Ausprägung im „Blühen Index“ zurückzuführen sein.

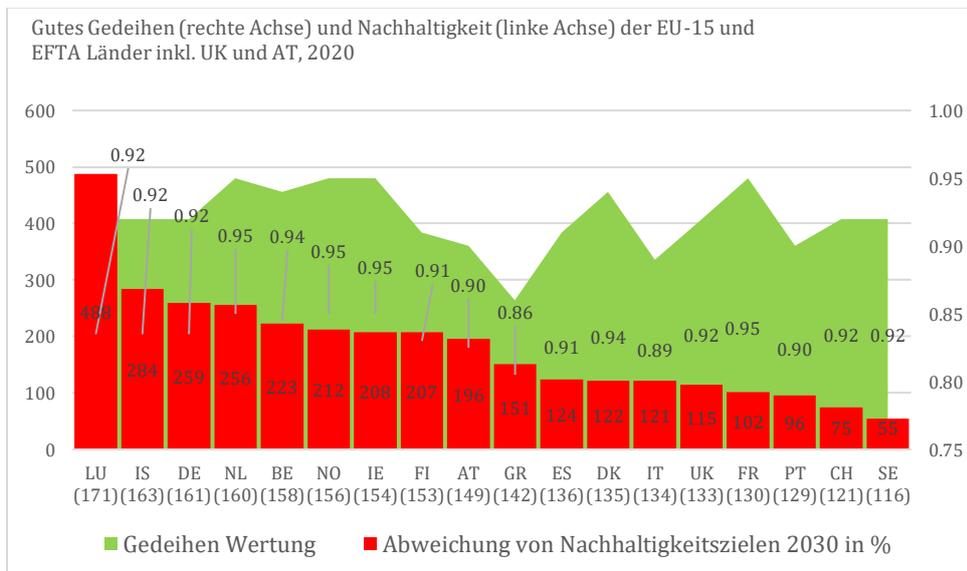
Abbildung 8: Überleben, Blühen und Gutes Gedeihen Index



Anmerkung: Gedeihen Index: 0= sehr schlecht, 0,25=schlecht, 0,5 weder schlecht noch angemessen, 0,75 angemessen, 1=gut

Quelle: Clark et al. (2020), HS&I-eigene Darstellungen.

Abbildung 9: Gutes Gedeihen (rechte Achse) und Nachhaltigkeit (linke Achse)



Anmerkungen: i) Rechte y-Achse: geschätzte Abweichung des CO2 Ausstoß pro Kopf bis 2030 ausgehend vom jeweiligen Klima-Nachhaltigkeitsziel in Prozent, gereiht nach Höhe der Abweichung, ii) Linke y-Achse: Index für „Gutes Gedeihen“. Werte nahe 1 werden als sehr gute Bedingungen interpretiert. iii) x-Achse: Rang des ermittelten Nachhaltigkeitsindex in Klammer.

Quelle: Clark et al. (2020), HS&I-eigene Darstellungen.

Länder, die in Bezug auf Überleben, Blühen und Gedeihen sehr gute Ergebnisse erzielen, hinken gleichzeitig bei der Erreichung ihrer Klimazielen hinterher (Abbildung 9). Während reichere Länder Kindern und Jugendlichen häufig einen gesunden Start ins

Leben ermöglichen können, sind nachhaltige Chancen für ein gedeihliches Leben durch Umweltbelastungen beschränkt (Clark et al., 2020). Beispielsweise können Norwegen und die Niederlande eine sehr gute Performance im Index „Gutes Gedeihen“ aufweisen und belegen Platz 1 und 3 im Ranking (Abbildung 8). In Bezug auf ihren CO₂ Ausstoß weichen beide Länder jedoch um über 210 % von ihren Klimazielen ab und sie belegen Platz 156 und 160 im Nachhaltigkeitsprofil. Österreich liegt in diesem Ranking auf Platz 149 und geschätzt 196 % über den Nachhaltigkeitszielen. Schweden ist mit Rang 116 und einer Abweichung von 55 % das Land mit der besten Bilanz der EU-15 & EFTA + UK Gruppe. Die schwächste Performance in Bezug auf seine Klimaziele hat Luxembourg mit Platz 171 und einer Abweichung von 488 %.

5 Überblick über die Lebenslagen von Kindern und Jugendlichen

In diesem Abschnitt wird die Gesundheit der Bevölkerung unter 18 Jahren in den Kontext ihrer Lebenslagen gestellt. Der erste Teil fasst sozioökonomische Unterschiede zwischen Gruppen von Migranten/innen in dieser Altersgruppe und jenen ohne Migrationshintergrund zusammen. Der zweite Abschnitt gibt erstmals einen Überblick über die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren. Dimensionen dieser Lebensqualität werden im dritten Teil vertieft. Der vierte Teil bettet Österreich in einen internationalen Vergleich von Impfraten für verschiedene Krankheitsbilder für die Bevölkerung unter 18 Jahren und endet mit Auswertungen zum Impfverhalten nach Herkunftsland-Gruppen auf Basis von ATHIS Daten.

5.1 Einkommen und Bildung im Haushalt

Familien, in denen Kinder mit Migrationshintergrund leben, haben oft wenig Geld.

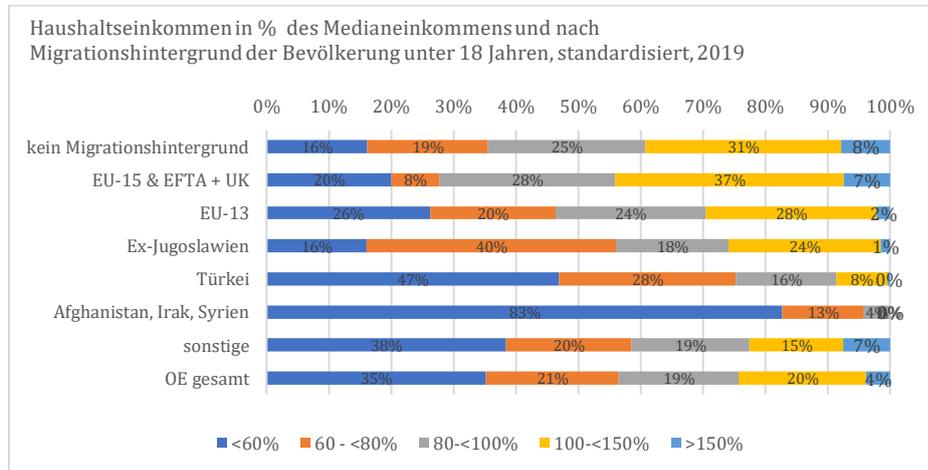
2019 lebten 39 % der Kinder und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund in Haushalten mit einem Einkommen über dem Median, Abbildung 10. Der Durchschnitt für Kinder mit Migrationshintergrund belief sich auf 22 %. Während dies eine Verbesserung der Einkommenssituation der repräsentativen Migrationsgruppen gegenüber 2014 darstellt⁵, war jener Anteil immer noch deutlich unter dem der Kinder ohne Migrationshintergrund. Haushalte in der Gruppe EU-15 & EFTA + UK hatten 2019 mit 44 % den höchsten Anteil an überdurchschnittlichem Einkommen. Mit Ausnahme der Türkei ist der Anteil an überdurchschnittlichen Einkommen für alle Gruppen im Jahr 2019 gegenüber 2014 gestiegen, Anhang 7, die Situation der türkischen Haushalte hat sich gegenüber 2014 um 9 Prozentpunkte verschlechtert. 2019 lebten 96 % der Kinder und Jugendlichen aus Afghanistan, Irak und Syrien in Haushalten mit einem Einkommen unter 80 % des Medianeinkommens.

Während 2014 Eltern ohne Migrationshintergrund über mehr Einkommen (36 % in höheren Einkommensklassen) verfügten, waren es im Durchschnitt für Kinder aus Haushalten mit Migrationshintergrund nur 19 %. Gleichzeitig verfügten Haushalte in der Gruppe der EU-15 und EFTA Länder inklusive UK bereits 2014 über deutlich mehr Ressourcen; sie waren mit einem Anteil von 45 % an überdurchschnittlichem Einkommen die „reichste“ Gruppe. Im Gegensatz dazu war dieser Anteil für die Haushalte in den Gruppen der Länder des ehemaligen Jugoslawiens und der Türkei, mit jeweils ca. 10 % am geringsten. Haushalte in diesen zwei Gruppen zählten zu den einkommensschwächsten mit 64 bzw. 79 % in den untersten zwei Einkommensklassen.

⁵ Ein Vergleich der Einkommenslage der Eltern zwischen 2014 und 2019 ist nur bedingt möglich, da Statistik Austria 2014 für solche Vergleiche Einkommensquintile bereitstellte, 2019 hingegen den Anteil am Medianeinkommen.

Daten zu Haushalten mit Migrationshintergrund „Afghanistan, Irak und Syrien“ lagen 2014 noch nicht vor.

Abbildung 10: Das Einkommen in Herkunftsland-Gruppen ist ungleich verteilt



Quelle: ATHIS 2019, Statistik Austria (2022), HS&I-eigene Berechnungen.

Der Bildungsgrad spiegelt die Einkommenslage wider und hat sich verbessert.

Im Durchschnitt war in allen Herkunftsland-Gruppen der Bildungsgrad 2019 höher als 2014. Hatte 2019 etwa ein Fünftel der Haushalte, in denen Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren leben, hohe Bildungsabschlüsse⁶, waren es 2014 15 %. Allgemein besteht ein starker Zusammenhang zwischen Bildung und Einkommensniveau (Turčínková & Stávková, 2012). Während die Einkommenssituation der Haushalte zwischen den ATHIS-Wellen nur bedingt vergleichbar ist, sind höhere Bildungsabschlüsse in fast allen Herkunftsland-Gruppen zwischen 2014 und 2019 häufiger geworden. Ausnahme davon ist die Gruppe Türkei⁷. Abbildung 11 präsentiert die Unterschiede im höchsten Bildungsabschluss der Eltern zwischen den Migrationsgruppen.

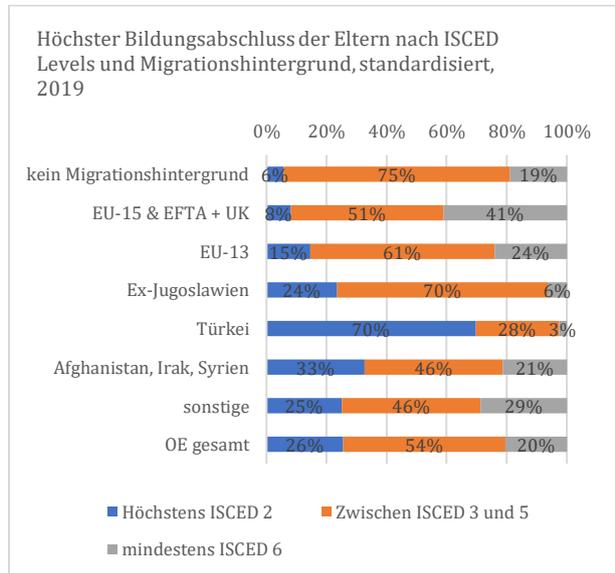
2014 hatten 14 % der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund einen Universitätsabschluss (mindestens ISCED Stufe 6), für Eltern von Kindern mit Migrationshintergrund war dieser Anteil 13 %. Den höchsten Anteil an universitär ausgebildeten Menschen hatte die Gruppe EU-15 und EFTA inkl. UK mit 29 %, den geringsten Menschen aus den Ländern des ehemaligen Jugoslawiens mit 2 %, die mehrheitlich Lehrabschlüsse, berufsspezifische Ausbildungen oder vergleichbares (ISCED Stufe 3 bis 5) hatten. Während etwa ein Fünftel der Menschen aus dieser Gruppe nur über Pflichtschulabschlüsse (ISCED Stufe 0 bis 2) verfügte, waren es nur 7 % der

⁶ Diese Unterteilung basiert auf der internationalen Standardklassifikation im Bildungswesen (ISCED). ISCED ist ein Instrument der Statistik und dient dem internationalen Vergleich von Bildungsabschlüssen. Eine genaue Beschreibung der einzelnen Gruppen befindet sich in Anhang 19. Allgemein ist ein höheres ISCED Level aber mit höherem Bildungslevel assoziiert.

⁷ Die Vergleichbarkeit der Daten zwischen 2014 und 2019 leidet an wenigen validen Daten für das Jahr 2014, insbesondere für die Türkei. So war beispielsweise der Anteil an Türk/innen in der ATHIS Befragung 2014 wesentlich geringer als in der Befragung 2019. Dies könnte Verzerrungen nach sich gezogen haben.

Bevölkerung ohne Migrationshintergrund und noch weniger aus EU-15 & EFTA + UK (4 %). Dies entspricht ähnlichen Größenordnungen wie bei den Haushaltseinkommen 2014.

Abbildung 11: Höchster Bildungsabschluss der Eltern



Quelle: ATHIS 2019, Statistik Austria (2022), HS&I-eigene Berechnungen.

Auch 2019 waren die Muster zum Bildungsabschluss der Eltern mit jenen der Haushaltseinkommen vergleichbar. Der Anteil an Eltern der Gruppe ohne Migrationshintergrund mit einem Abschluss, der mindestens ISCED 6 entsprach, stieg von 14 % auf 19 %. Die EU-15 & EFTA + UK Haushalte hatten mit 41 % die häufigsten Universitätsabschlüsse oder vergleichbares (ISCED 6). Gleichzeitig war der Anteil an Personen von Kindern mit Migrationshintergrund, die Pflichtschulabschlüsse hatten mit 29 % zwar im österreichischen Durchschnitt, aber im Vergleich zu den Eltern in der Gruppe ohne Migrationshintergrund wesentlich höher. In dieser Gruppe hatten 2019 6 % Pflichtschulabschluss, der geringste Wert im Gruppenvergleich.

Bildung und Einkommen sind wesentliche Determinanten des Gesundheitszustandes (Kuntz, 2011). Abschnitt 6.1 zeigt, dass es einen sozialen Gradienten gibt, Abbildung 23. Haushalte mit hohem Einkommen beherbergen die meisten Kinder mit sehr gutem Gesundheitszustand. Darüber hinaus gibt es einen gesicherten, signifikant positiven Zusammenhang zwischen dem sehr guten Gesundheitszustand und dem Niveau des Haushaltseinkommens, Anhang 5.

5.2 Überblick über Bereiche der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Das Design der KINDL Befragung macht es erstmals möglich, einzelne Bereiche auf definierte Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen nach Migrationsgruppen zu analysieren. Diese Dimensionen umfassen Auswertungen zu:

- Körperlichem Wohlergehen

- Psychischer Gesundheit
- Selbstwert
- Familiärem Umfeld
- Freunden, und zu
- Schule/Kindergarten

Die genaue Zusammensetzung dieser Dimensionen und weitere methodische Details werden in Abschnitt 2 erklärt, das Beobachtungsjahr ist 2019. Die Fragen wurden von den Eltern beantwortet, Box 1. Für alle Kategorien gilt 100 % als Maximum, also der bestmögliche Wert. Die Daten erlauben eine Differenzierung zwischen der gesamten Bevölkerung in der Altersgruppe 3 bis 17 Jahre und jenen Kindern und Jugendlichen in derselben Altersgruppe, die einen speziellen, langfristigen Versorgungsbedarf haben. Im Folgenden werden die Daten zur gesamten österreichischen Bevölkerung in dieser Altersgruppe präsentiert. Abschnitt 6.3 diskutiert diese Daten für Kinder und Jugendliche, die speziellen Bedarf aufweisen. 2019 waren dies 8 % der Bevölkerung zwischen 3 und 17 Jahren oder 106.812 Kinder und Jugendliche. Unterschiede in der Lebensqualität von bedürftigen Kindern und Jugendlichen im Vergleich zur gesamten Bevölkerung dieser Altersgruppe werden somit systematisch erfasst und analysiert, Abbildungen 12 und 31 sowie Anhang 18.

Insgesamt bewerteten 2019 89 % der Kinder und Jugendlichen bzw. deren Bezugspersonen die gesundheitsbezogene Lebensqualität positiv. Das Gesamt-Ranking wird von den Menschen in Österreich, die aus dem ehemaligen Jugoslawien kommen, angeführt, gefolgt von Afghanistan, Irak und Syrien und der Gruppe ohne Migrationshintergrund. Relativ schwach schneidet die Gruppe EU-15 & EFTA + UK ab (87 %), der Abstand zum Durchschnitt ist jedoch gering, wie auch bei der Gruppe „sonstige Länder“.

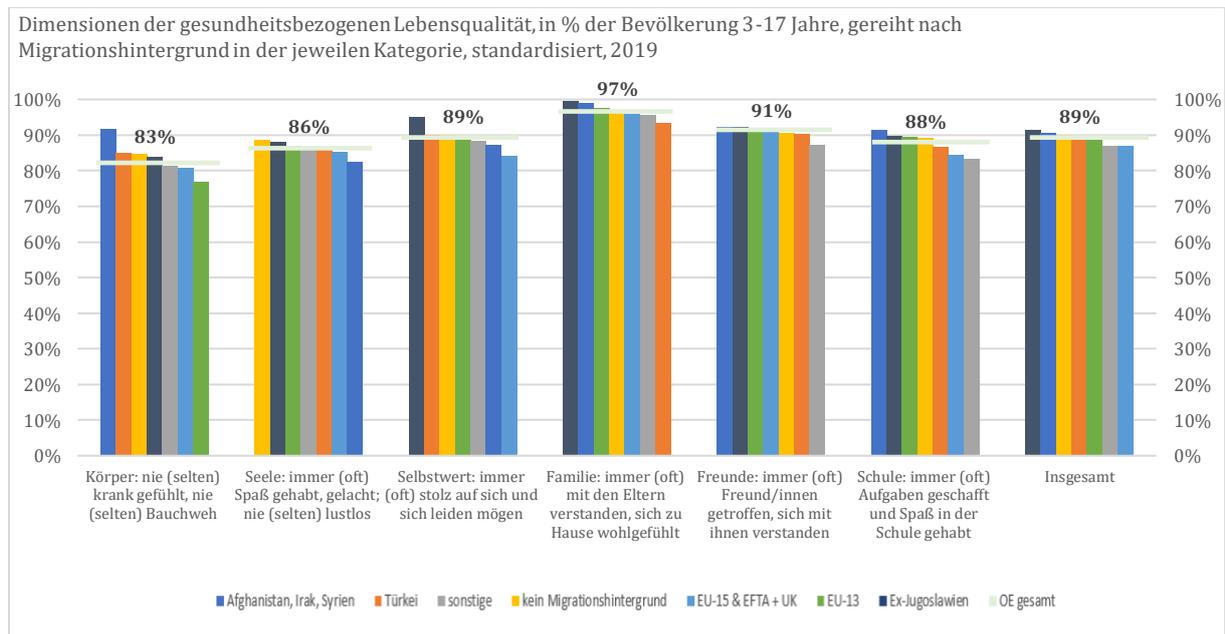
Einschätzungen zur Lebensqualität sind divers, kein Muster erkennbar.

Wie Abbildung 12 erkennen lässt, sind die Niveaus der Einschätzung zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität zwischen einzelnen Dimension und innerhalb der Kategorien zwischen den Herkunftsland-Gruppen unterschiedlich. So bewerteten beispielsweise österreichweit 83 % der Kinder und Jugendlichen ihre körperliche Gesundheit positiv. Vier der sieben Gruppen lagen über diesem Durchschnitt, nämlich die Gruppen ohne Migrationshintergrund, Türkei, ehemaliges Jugoslawien und die Gruppe Afghanistan, Irak und Syrien. Letztere zeigte auch die einzige Wertung über 90 % und damit den besten Wert. Dem gegenüber waren Wertungen der Gruppe EU-13 mit 77 % in diesem Bereich schwach. Dies ist auch der einzige Wert unter 80 % für diese Dimension der gesundheitsbezogenen Lebensqualität.

Ein optimistisches Bild gibt die psychische Lebensqualität der 3 bis 17-Jährigen. Im Durchschnitt gaben 86 % an, Spaß gehabt und häufig gelacht zu haben. Fünf Gruppen lagen über diesem Durchschnitt, darunter die Gruppen ohne Migrationshintergrund, ehemaliges Jugoslawien, EU-13, sonstige Länder und Türkei. Die Gruppe ohne Migrationshintergrund bewertete ihre psychische Lebensqualität am besten (89 %), Kinder und Jugendliche aus Afghanistan, Irak und Syrien am schwächsten (82 %). Insgesamt sind Unterschiede zwischen den Migrationsgruppen für die Dimension psychische Lebensqualität weniger stark ausgeprägt als dies für die körperlich bestimmte Lebensqualität der Fall war.

Österreichweit hatten 89 % der Kinder und Jugendlichen einen positiven Selbstwert. Klarer Spitzenreiter dieser Kategorie war die Gruppe der Länder des ehemaligen Jugoslawiens mit 95 %. Kinder und Jugendliche ohne Migrationshintergrund und aus der Türkei zeigten auch überdurchschnittlichen Selbstwert. Relativ weit unter dem österreichweiten Durchschnitt lag die Bewertung des Selbstwerts von Kindern und Jugendlichen aus EU-15 und EFTA Ländern inklusive UK mit 84 %. Auch jene aus Afghanistan, Irak und Syrien hatten unterdurchschnittliche Werte.

Abbildung 12: Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität



Quelle: ATHIS 2019, Statistik Austria (2022), HS&I-eigene Berechnungen.

Familiäres Umfeld genießt hohes Ansehen.

Im Vergleich zu den anderen Dimensionen wird das familiäre Umfeld noch positiver bewertet. Österreichweit fühlten sich 97 % der Kinder und Jugendlichen zu Hause wohl und verstanden sich mit ihren Eltern, besonders jene aus Ländern des ehemaligen Jugoslawiens und aus Afghanistan, Irak und Syrien (fast 99 %). Kinder und Jugendliche ohne Migrationshintergrund bewerteten diese Dimension durchschnittlich. Auffällig unter dem Durchschnitt sind die Angaben der Kinder und Jugendlichen aus der Türkei (93

%). 91 % der 3 bis 17-Jährigen beurteilten ihre sozialen Kontakte und den Freundeskreis positiv. Die besten Bewertungen für das soziale Umfeld gaben Kinder und Jugendliche aus Afghanistan, Irak und Syrien, aus Ländern des ehemaligen Jugoslawiens und jenen aus den EU-13-Ländern. Die Gruppe ohne Migrationshintergrund lag für diese Wertung knapp unter dem österreichweiten Durchschnitt. Die schwächste Bewertung des Freundeskreises machten Kinder und Jugendliche, die aus sonstigen Ländern kommen (87 %).

Das schulische Umfeld erzielte einen österreichweiten Durchschnitt von 88 %. Besonders Kinder und Jugendliche der Gruppe Afghanistan, Irak und Syrien gaben sehr positive Bewertungen des schulischen Umfelds an (91 %). Auch für die Gruppen der Länder des ehemaligen Jugoslawiens, EU-13 und ohne Migrationshintergrund liegen die Werte über dem Durchschnitt. Kinder aus EU-15 & EFTA + UK und aus sonstigen Ländern bewerteten mit 84 % und 83 % ihre Erfahrungen mit Schule und Kindergarten verhältnismäßig schwach.

5.3 Gesundheit von Kindern und Jugendlichen im Kontext ihrer Lebensrealität

Der folgende Abschnitt detailliert Angaben zur Gesundheit im Kontext der Lebensrealität von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren in Österreich (KINDL). KINDL ist eine wertvolle Ergänzung zur Erhebung des Bedarfes und der Nachfrage von Kindern und Jugendlichen, Abschnitt 6. Die Auswertungen sind bevölkerungsbezogen, und nach Geschlecht getrennt, Anhang 8. Da 2014 dieses Modul noch kein Teil des Kinderfragebogens der Gesundheitsbefragung war, ist ein Zeitvergleich nicht möglich. Stattdessen wurde - dort wo möglich und sinnvoll - ein Vergleich aller Teilnehmer/innen mit jenen vorgenommen, für die ein spezieller, langfristiger Bedarf erhoben wurde, Abschnitt 6.3.

Körperliches Wohlergehen

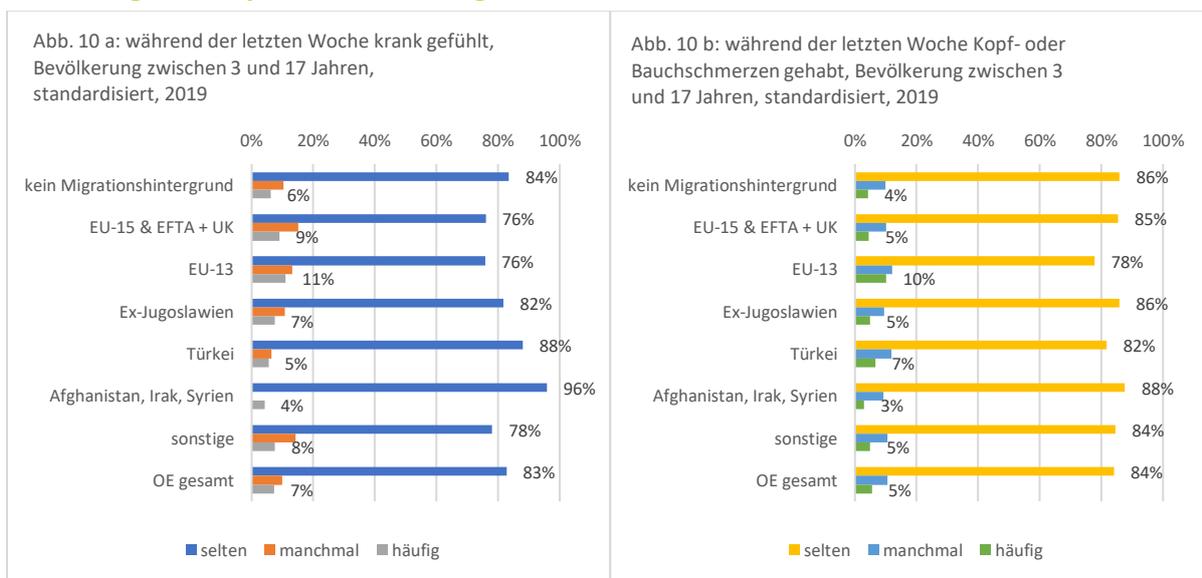
Die erste Kategorie des KINDL Fragebogens widmet sich dem physischen Wohlergehen von Kindern und Jugendlichen. Er zielt darauf ab, Erfahrung über „krank fühlen“ oder an „Kopf- und Bauchschmerzen zu leiden“ in der Woche vor der Befragung zu erfassen. Abbildung 13 fasst die Ergebnisse zusammen.

Die meisten Kinder und Jugendlichen fühlen sich fit, es gibt wichtige Ausnahmen.

Ein Großteil der Kinder und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund hatte keine dieser Beschwerden. Etwa 84 % gaben an, sich nie oder selten krank gefühlt zu haben, 6 % fühlten sich während der letzten Woche oft oder immer krank. Es bestehen relevante Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen. Der höchste Anteil an Kindern, die sich oft oder immer krank gefühlt haben, fand sich in der EU-13 Gruppe mit 11 %. Dies war, für diese Kategorie, der einzige Wert über 10 %, auch wenn die Gruppe EU-15 & EFTA + UK mit ca. 9 % nur knapp unter dieser Marke blieb. Kinder ohne Migrationshintergrund

fühlten sich selten krank (6 %). Dieser Wert ist unterdurchschnittlich und nah beim Wert der Gruppe von Kindern und Jugendlichen aus Afghanistan, Irak, Syrien und der Türkei. Im Gegensatz dazu wurde für Personen dieser Altersgruppen, die aus den letztgenannten Ländern kamen, ein überdurchschnittlicher langfristiger Bedarf erhoben, Abschnitt 6.

Abbildung 13: Körperliches Wohlergehen



Quelle: ATHIS 2019, Statistik Austria (2022), HS&I-eigene Berechnungen.

Im Durchschnitt gaben Burschen öfter an sich oft oder immer krank gefühlt zu haben als Mädchen, 8 % und 6 %. Auch hier sticht die Gruppe der EU-13 mit ca. 14 % der Burschen und jungen Männern hervor, gefolgt von jenen aus sonstigen Ländern mit 11 %. Keine andere Gruppe kam in diesem Bereich über 10 %, und zwar weder Burschen noch Mädchen fühlten sich häufiger krank als jene in diesen beiden Gruppen.

Auch von Kopf- und Bauchschmerzen während der letzten Woche vor der Befragung waren Kinder und Jugendliche in der Gruppe EU-13 am stärksten betroffen, die einzige Gruppe mit einem Wert über 10 %. Auch Türkinnen und Türken dieser Altersgruppe waren relativ stark betroffen (7 %). Im österreichweiten Durchschnitt gaben 84 % an selten an jenen Problemen gelitten zu haben, während 5 % häufig angaben. Die Gruppe ohne Migrationshintergrund ist damit auch in dieser Kategorie mit 4 % unter dem Durchschnitt der „häufig“ Angaben und wies nach Afghanistan, Irak und Syrien den geringsten Wert für diese Angabe aus. Es bestehen schwache Unterschiede zwischen den Geschlechtern, Anhang 8a. Das größte Gewicht bei geschlechtsspezifischen Unterschieden kam von Burschen zwischen 3 bis 17 Jahren in der Gruppe EU-13. (12 %). Auch für weibliche Befragte fiel jener Anteil in dieser Gruppe am höchsten aus (8 %).

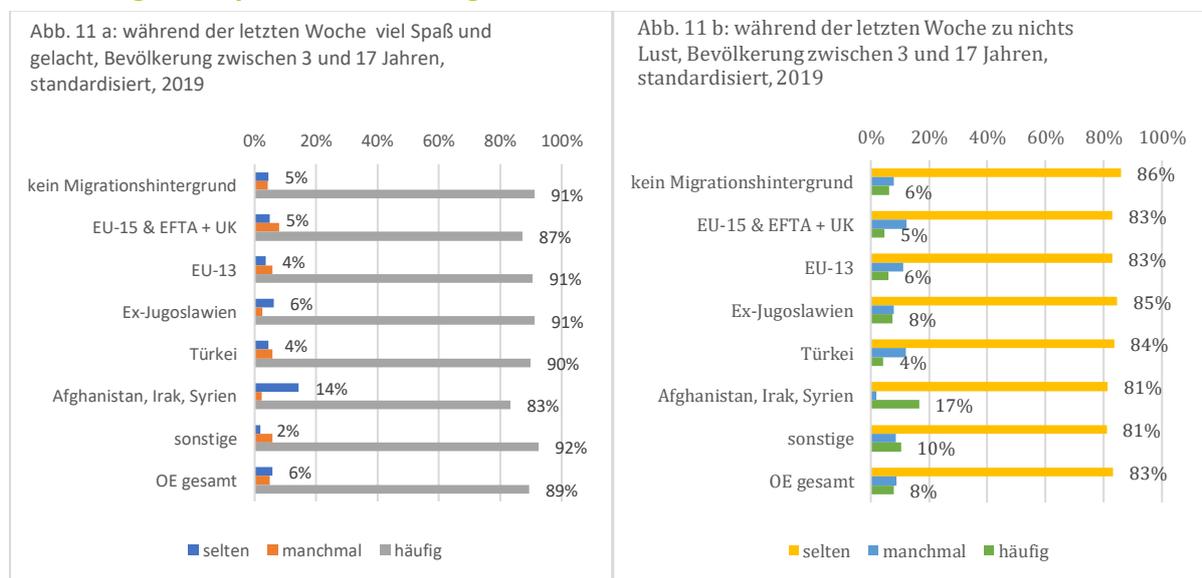
Psychisches Wohlergehen

Zur Feststellung des psychischen Wohlbefindens der 3 bis 17-Jährigen in Österreich wurden zwei Fragen formuliert. Sie zielten darauf ab, Trägheit bzw. Freude der Kinder und Jugendlichen während der letzten Woche vor der Befragung zu erfassen. Abbildung 14 stellt diese psychischen Determinanten grafisch dar.

Kein Spaß und Lustlosigkeit waren selten, es gibt wichtige Ausnahmen.

In der Kategorie „viel Spaß und gelacht“ zeigt sich ein positives Bild. Über 90 % der Kinder und Jugendlichen in fünf von sieben Migrationsgruppen gaben an, in der vergangenen Woche häufig Spaß gehabt und gelacht zu haben. Die beiden Gruppen, für die dies nicht der Fall war, waren EU-15 & EFTA + UK und Afghanistan, Irak und Syrien. Letztere gaben am seltensten an, Spaß gehabt zu haben (83 %). Sehr viele sagten, dass sie selten Spaß gehabt und gelacht zu haben (14 %), ein Wert, der 8 Prozentpunkte über dem Wert der Gruppe Ex-Jugoslawien liegt, in der Kinder und Jugendliche ebenso angaben, in der Beobachtungszeit relativ wenig Spaß gehabt oder gelacht zu haben (6 %). Geschlechtsbezogen ist das Bild ausgeglichen, mit Ausnahme von wenig Spaß und Lustlosigkeit der 3 bis 17-Jährige aus Afghanistan, Irak und Syrien, sowohl der Mädchen (14 %) als auch der Burschen (15 %). In keiner anderen Gruppe gaben mehr als 10 % der Kinder und Jugendlichen an selten Spaß gehabt und gelacht haben.

Abbildung 14: Psychisches Wohlergehen



Quelle: ATHIS 2019, Statistik Austria (2022), HS&I-eigene Berechnungen.

Kinder und Jugendliche aus „reichen“ Haushalten sind häufig unbeschwert.

Zum Thema der Trägheit unter den Kindern und Jugendlichen wurde die Frage erhoben, ob die 3 bis 17-Jährigen in der vergangenen Woche „zu nichts Lust“ hatten. Die Gruppe, für die Trägheit und Lustlosigkeit scheinbar am wenigsten Bedeutung hatte, war jene ohne Migrationshintergrund. Für 86 % der Bevölkerung in dieser Altersgruppe war das

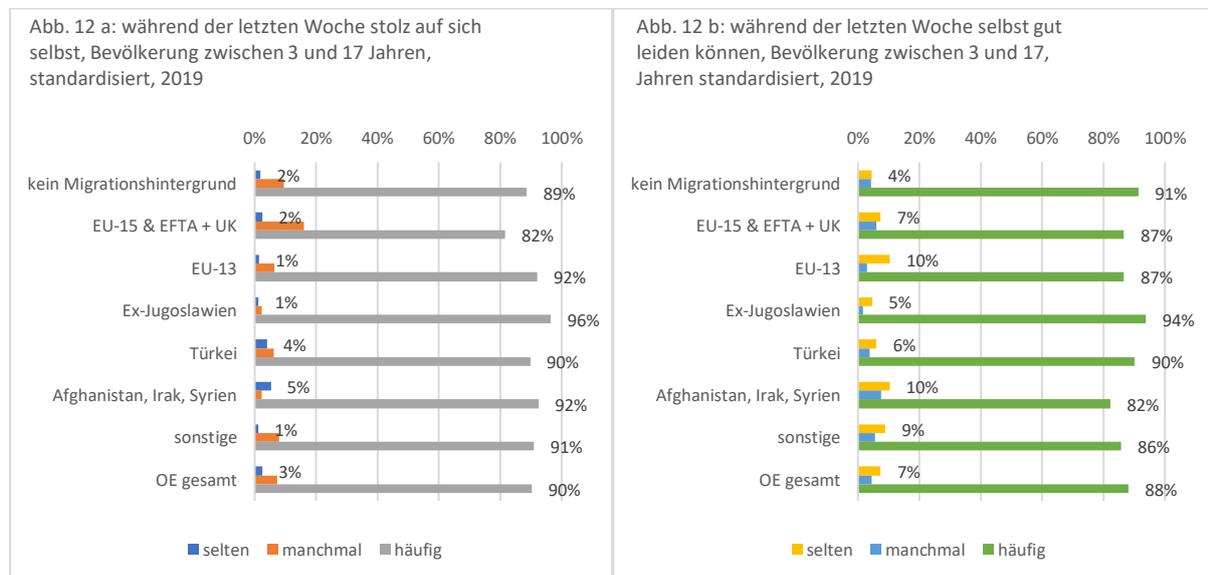
selten oder nie der Fall, auch für die relevante Altersgruppe aus Ex-Jugoslawien nicht (85 %). Die Ergebnisse zeigen, dass Kinder und Jugendliche aus Afghanistan, Irak und Syrien in einem schlechteren psychischen Zustand sind, als die vergleichbaren Personen in anderen Migrationsgruppen (Abbildung 12).

17 % der Kinder und Jugendlichen aus Afghanistan, Irak und Syrien gaben an, zu nichts Lust gehabt zu haben, gefolgt von Kindern und Jugendlichen aus sonstigen Ländern (10 %). Geschlechterspezifisch ist das Bild ausgeglichen, sowohl für Mädchen als auch Burschen beträgt der Anteil an Kindern und Jugendlichen, die häufig zu nichts Lust hatten durchschnittlich 8 %. Aber auch hier haben Burschen (14 %) und Mädchen (19 %) aus Afghanistan, Irak und Syrien mehr Probleme als die Bevölkerung in den anderen Gruppen.

Selbstwert

Eine wichtige Determinante für die psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen ist auch der empfundene Selbstwert. Zu diesem Zweck wurden die Kategorien „stolz auf sich selbst“ und „konnte sich selbst gut leiden“ ausgewertet, um ein genaueres Bild dazu zu zeichnen. Abbildung 15 stellt diese beiden Kategorien nach Migrationshintergrund dar.

Abbildung 15: Selbstwert



Quelle: ATHIS 2019, Statistik Austria (2022), HS&I-eigene Berechnungen.

Sind Burschen weniger stolz auf sich als Mädchen und junge Frauen?

Die 3 bis 17-jährigen Personen, die in der Woche vor der Befragung angaben, stolz auf sich gewesen zu sein, sind häufig in Migrationsgruppen mit relativ niedrigem durchschnittlichen Haushaltseinkommen, Abbildung 10. Umgekehrt waren die Kinder und Jugendlichen in den Gruppen mit hohem Haushaltseinkommen weniger häufig „stolz auf sich“, nur 89 % in der Gruppe ohne Migrationshintergrund und 82 % für EU-15 & EFTA + UK. Beide Gruppen bleiben damit unter dem österreichweiten Durchschnitt von

90 %. Die Bevölkerung 3 – 17 Jahre alt in den verbleibenden Gruppen war zumindest zu 90 % stolz auf sich. 96 % der Kinder und Jugendlichen aus Ländern des ehemaligen Jugoslawiens gaben an, häufig stolz auf sich gewesen zu sein, der höchste Wert in diesem Bereich.

Das Selbstwertgefühl war bei Kindern und Jugendlichen aus Afghanistan, Irak und Syrien relativ schwach. Zwar war der Anteil an Kindern und Jugendlichen, die häufig stolz auf sich gewesen sind über 90 %, gleichzeitig waren viele in dieser Gruppe im Vergleich zu anderen Gruppen von Kindern und Jugendlichen, die in Österreich leben, selten oder nie stolz auf sich (5 %), gefolgt von Personen in derselben Altersgruppe aus der Türkei (4 %).

Durchschnittlich waren Burschen weniger stolz auf sich als Mädchen, wenn der Unterschied nur moderat ist, Anhang 8 b. Verhältnismäßig viele Mädchen aus Afghanistan, Irak und Syrien und Burschen aus der Türkei und aus Afghanistan, Irak und Syrien waren selten stolz auf sich, jeweils 6 %.

Selbstliebe ist für einige mit Migrationshintergrund eine Herausforderung.

Im Durchschnitt konnten sich 88 % der Kinder und Jugendlichen selbst gut leiden. Der Durchschnitt wird durch niedrige Werte in der Gruppe Afghanistan, Irak und Syrien gedrückt (82 %). Viele 3 bis 17-Jährige aus Afghanistan, Irak und Syrien, sowie aus EU-13 konnten sich selten gut leiden, jeweils ca. 10 %. Auch jene aus sonstigen Ländern haben wenig Freude mit sich (9 %). Diese Auswertungen lassen also weiter auf einen, vergleichsweise, schwächeren psychischen Zustand von Kindern und Jugendlichen der Gruppe Afghanistan, Irak und Syrien schließen. Am meisten konnten sich Kinder und Jugendliche aus den Ländern des ehemaligen Jugoslawiens (94 %) leiden, und die vergleichbare Altersgruppe ohne Migrationshintergrund (91 %).

Geschlechtsbezogene Unterschiede sind moderat: Burschen aus Afghanistan, Irak und Syrien sowie aus den EU-13 Ländern mögen sich im Vergleich zu Burschen in anderen Gruppen nicht sehr gern (jeweils über 10 %). Für Mädchen und junge Frauen aus sonstigen Ländern und jenen aus den EU-13 Ländern war dies auch der Fall.

Familiäres Umfeld

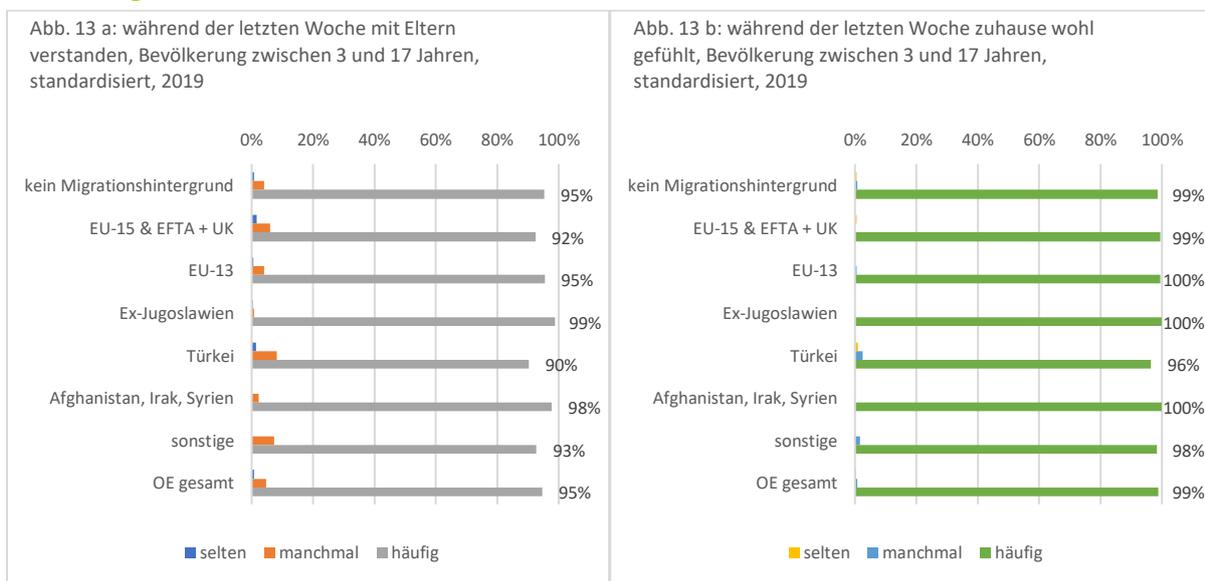
Das familiäre Umfeld spielt eine entscheidende Rolle bei der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen. Abbildung 16 zeigt Auswertungen der Daten zum familiären Umfeld, in dem die 3 bis 17-Jährigen aufwachsen. Ziel dieser Fragen ist, herauszufinden, ob sich Kinder und Jugendliche mit ihren Eltern verstanden haben, und ob sie sich zuhause wohl gefühlt haben.

Kinder und Jugendliche verstehen sich mit ihren Eltern und leben gerne zuhause.

Im Durchschnitt haben sich 95 % der Kinder und Jugendlichen mit ihren Eltern häufig oder immer verstanden. Während in allen Migrationsgruppen die Zustimmung in diesem

Bereich über 90 % war, verstanden sich genau 90 % der Türk/innen häufig oder immer mit ihren Eltern, der schwächste beobachtete Wert. Die Gruppe ohne Migrationshintergrund lag mit 95 % im österreichweiten Durchschnitt. Den höchsten Wert zeigte die Gruppe des ehemaligen Jugoslawiens mit 99 %. Auch in dieser Dimension sind Unterschiede zwischen den Geschlechtern moderat. In der Tendenz fühlen sich Burschen und junge Männer eher wohl zu Hause als Mädchen und junge Frauen. Während insgesamt die Zufriedenheit mit dem familiären Umfeld groß ist, nimmt sie für beide Kategorien mit steigendem Alter ab. Dies zeigt auch die Literatur. Bonfadelli et al. (2008) beispielsweise beobachteten, dass die Familie während der Kindheit das zentrale und prägende Umfeld ist, mit der Zeit aber der Freundeskreis bzw. Kollegen und Kolleginnen im Freizeitkontext mehr an Bedeutung gewinnen.

Abbildung 16: Familiäres Umfeld



Quelle: ATHIS 2019, Statistik Austria (2022), HS&I-eigene Berechnungen.

„Zuhause wohl gefühlt“ wird in vielen Haushalten und Migrationsgruppen noch mehr geschätzt als das „verstehen mit den Eltern“. Der österreichweite Durchschnitt liegt hier nahe bei 99 % der 3 bis 17-Jährigen, für die dies häufig der Fall war. Am schwächsten ist dieser Wert für die Gruppe Türkei mit 96 %, während die Gruppe ohne Migrationshintergrund auch hier im Durchschnitt lag.

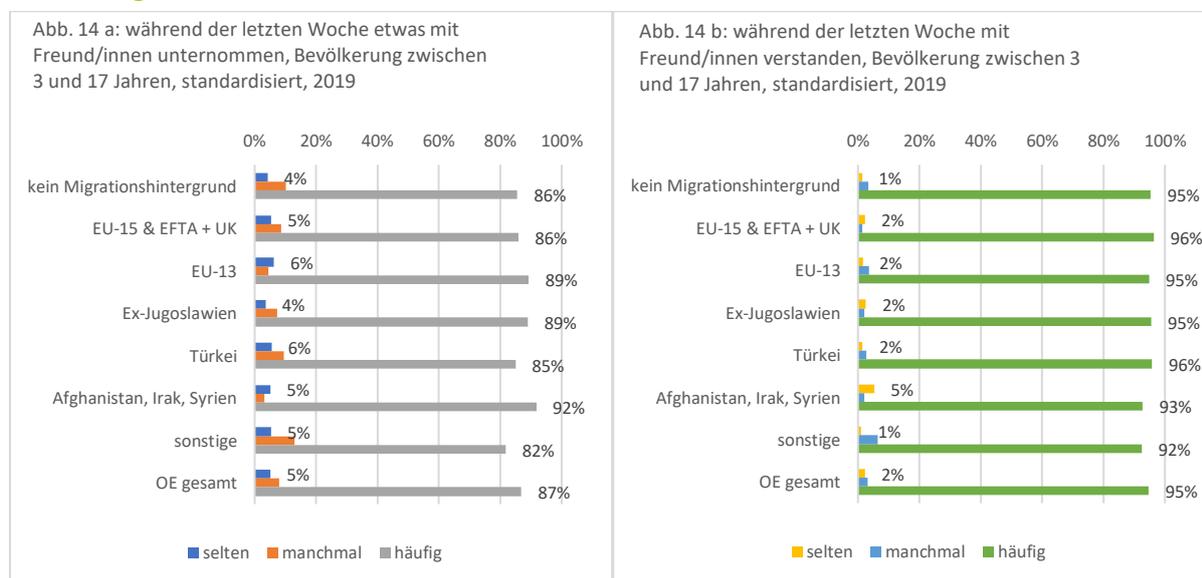
Freundeskreis

Soziale Interaktion und ein aktiver Freundeskreis stellen eine weitere Determinante der gesundheitsbezogenen Lebensqualität dar. Abbildung 17 zeigt Auswertungen zu den Kategorien „etwas mit Freunden unternommen“ und „mit Freunden verstanden“, nach Migrationshintergrund.

Freund/in sein gelingt gut, aber ist eine Herausforderung für einige.

Durchschnittlich 87 % der 3 bis 17-Jährigen gaben an in der vergangenen Woche Freund/innen getroffen, bzw. etwas mit ihnen unternommen zu haben. Für Kinder und Jugendliche aus Afghanistan, Irak und Syrien traf dies am häufigsten zu (92 %). Mädchen aus diesen Ländern und aus EU-13 waren hier besonders aktiv. In der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund derselben Altersgruppe haben 86 % angegeben, Freund/innen zu treffen, etwas weniger häufig als im Durchschnitt über alle Gruppen. Kinder und Jugendliche aus der Gruppe sonstige Länder hatten im Vergleich dazu die geringste soziale Interaktion mit Freund/innen (82 %). Insgesamt sind geschlechtsspezifische Unterschiede in diesen Bereich schwach ausgeprägt, Anhang 8 c.

Abbildung 17: Freundeskreis



Quelle: ATHIS 2019, Statistik Austria (2022), HS&I-eigene Berechnungen.

Auch die Angaben dazu wie gut sich Kinder und Jugendliche mit ihren Freund/innen verstanden haben zeigen ein positives Bild. Im Durchschnitt verstanden sich österreichweit ca. 95 % der 3 bis 17-Jährigen häufig oder sogar immer gut mit ihren Freund/innen. In allen Migrationsgruppen war der Wert dieses Indikators nie unter 90 %. Verhältnismäßig weniger verstanden sich Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund aus Afghanistan, Irak und Syrien mit ihren Freund/innen, 5 % – der höchste Anteil - gaben an, sich selten oder nie mit Freund/innen verstanden zu haben (zu 93 % „häufig“). Geschlechtsspezifisch ist eine leichte Tendenz zu erkennen, dass sich Mädchen mit ihrem Freundeskreis besser verstehen, Anhang 8 c.

Schulisches Umfeld

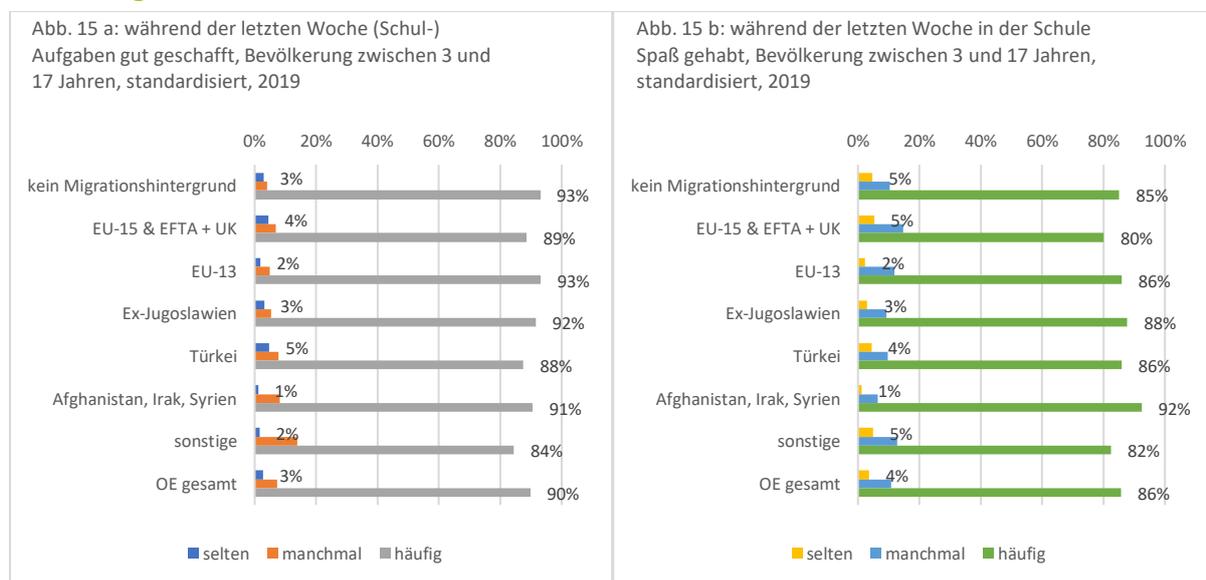
Eine weitere Determinante der gesundheitsbezogenen Lebensqualität stellt der Alltag der Kinder und Jugendlichen in der Schule bzw. im Kindergarten dar. Abbildung 18 stellt die ausgewerteten Daten nach ihren Kategorien „Aufgaben gut geschafft“ und „Schule hat Spaß gemacht“ und nach Migrationshintergrund dar.

Junge Türk/innen bewältigen ihre Aufgaben gut, haben aber Schwierigkeiten.

Österreichweit schafften 90 % der 3 bis 17-Jährigen ihre Schulaufgaben häufig oder immer. Unterdurchschnittlich häufig schafften solche Aufgaben Kinder und Jugendliche aus der Türkei (88 %), aus EU-15 & EFTA + UK (89 %) und aus sonstigen Ländern (84 %). Den geringsten Anteil an Kindern und Jugendlichen, die ihre Aufgaben häufig gut bewältigen konnten, hat die Gruppe der sonstigen Länder, der höchste Anteil an 3 bis 17-Jährigen, die ihre Aufgaben selten oder nie bewältigen konnten, wurde mit 5 % für die Gruppe Türkei gefunden.

In diesem Bereich gibt es relevante Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Kindern und Jugendlichen. Während 88 % der Burschen angaben, ihre Aufgaben häufig gut bewältigen zu können, waren es bei den Mädchen 92 %. Mit 82 % war der Anteil männlicher Kinder und Jugendlicher aus EU-15 & EFTA + UK, die sagten, dass sie Hausaufgaben gut schaffen im Vergleich zu Personen in anderen Gruppen am geringsten. 98 % der Mädchen aus EU-13 schafften ihre Schulverpflichtungen häufig. Gleichzeitig sind Mädchen und junge Frauen aus der Türkei auffällig: 8 % schafften ihre Aufgaben selten gut, der schwächste Wert im Vergleich zu Kindern und Jugendlichen in den anderen Gruppen, Anhang 8 c.

Abbildung 18: Schulisches Umfeld



Quelle: ATHIS 2019, Statistik Austria (2022), HS&I-eigene Berechnungen.

Spaß in der Schule ist bei Mädchen und junge Frauen weit verbreitet

Spaß in der Schule wurde grundsätzlich positiv bewertet, wenn auch auf geringerem Niveau als die Lebensqualität in anderen Dimensionen. Durchschnittlich gaben österreichweit 86 % der Kinder und Jugendlichen an, häufig Spaß in der Schule gehabt zu haben. Am stärksten war diese Tendenz für die Gruppe Afghanistan, Irak und Syrien zu beobachten 92 %. Dieser Wert ist der einzige über 90 %. Am schwächsten bewertete die

Gruppe EU-15 & EFTA + UK Spaß in der Schule (80 %). Etwas weniger als im Durchschnitt über alle Gruppen hatten Kinder und Jugendliche ohne Migrationshintergrund (85 %) Spaß in der Schule. Aber relative viele dieser Gruppe und aus EU-15 & EFTA + UK hatten gleichzeitig selten Spaß, jeweils etwa 5 %.

Auch hier gibt es relevante Unterschiede zwischen den Geschlechtern. 88 % der Mädchen gaben an, Spaß in Schule oder Kindergarten gehabt zu haben, während es nur 83 % der Burschen waren. Mädchen aus Afghanistan Irak und Syrien hatten am häufigsten Spaß in der Schule (95 %). Bei den 3 bis 17-jährigen Burschen aus den EU-15 und EFTA Ländern inklusive UK und aus sonstigen Ländern waren es unter 80 %. 8 % der männlichen Kinder und Jugendlichen aus sonstigen Ländern hatten nie oder selten Spaß in der Schule, Anhang 8 c.

5.4 Impfungen und Gründe für Impfskepsis

Einer der Hauptgründe für die Reduktion der Sterblichkeit von Kindern und Jugendlichen innerhalb der EU waren und sind die Inanspruchnahme von Impfungen. In ihrer Auswertung aus dem Jahr 2015 analysierten Tiwari et al. beispielsweise tödliche und nicht tödliche Fälle von Keuchhusten, die vermeidbar gewesen wären, wenn diese impffähigen Kinder die Impfung auch erhalten hätten. Innerhalb einer Beobachtungsdauer von 17 Jahren kamen sie zu dem Ergebnis, dass bereits die erste Dosis der Keuchhusten-Impfung und Antibiotika-Einnahme gegen Tod, Spitalseinlieferungen und Lungenentzündungen helfen können. Auch McGovern und Canning (2015) zeigten, dass für vollständig geimpfte Kinder das relative Risiko an einer infektiösen Krankheit zu sterben bis zu 27 % geringer ist als für Kinder ohne Impfung.

Bei Impfungen hat Österreich Aufholbedarf.

Über alle Krankheitsbilder und betrachteten Länder betrug die Gesamtimpfquote 92 %. Die „Topnationen“ bei der Impfung von Kindern und Jugendlichen sind nach den vorliegenden Daten Norwegen, Spanien, Luxemburg, Dänemark und Schweden (96,6 % - 95,3 %). Auffällig ist, dass Österreich in allen Impfbereichen unter dem Durchschnitt liegt. Zum Teil ist der Anteil der geschützten Kinder in Österreich sogar über 10 Prozentpunkte vom jeweiligen Durchschnitt entfernt. Die höchsten Quoten weisen die Kinder und Jugendlichen Österreichs bei Impfungen gegen Diphtherie, Keuchhusten und Tetanus, sowie gegen Masern auf.

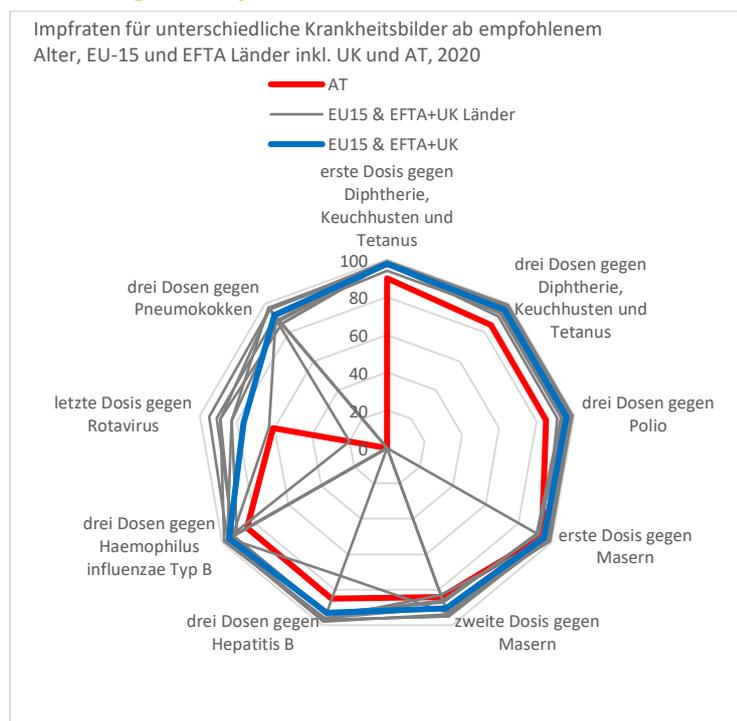
Abbildung 19 zeigt die Durchimpfungsraten von Kindern für ausgewählte Krankheitsbilder (je nach Altersempfehlungen) für Österreich, die einzelnen EU-15 und EFTA Länder inklusive UK und den Durchschnitt über diese Länder. Die höchste Durchimpfungsraten bestand für Diphtherie, Keuchhusten und Tetanus. 98 % der verfügbaren Kinder und Jugendlichen erhielten zumindest eine Dosis, weitere 96 % hatten 3 Dosen des Impfstoffs erhalten. Den schwächsten Impfschutz wiesen die Kinder

und Jugendlichen der EU-15 und EFTA Staaten inklusive UK bei der letzten Impfung gegen das Rotavirus auf.

Inanspruchnahme des kostenlosen Impfangebotes in Österreich

Der folgende Abschnitt widmet sich der Inanspruchnahme des kostenlosen Impfangebots für Kinder und Jugendliche in Österreich. Abbildung 20 zeigt die Auswertungen dazu nach Migrationsgruppen. Zusätzlich werden in Abbildung 21 die Beweggründe all jener genauer analysiert, die das Angebot nicht beansprucht haben. Zwischen 2014 und 2019 stieg die Impfbereitschaft moderat von 90 % der Bevölkerung unter 18 Jahren auf 91 %. Der stärkste Treiber dieses leichten Anstiegs dürften mehr Impfungen der Kinder und Jugendlichen aus der Türkei sein. Im Vergleich zu 2014 stieg die Impfquote in dieser Gruppe um 6 Prozentpunkte und erreichte 2019 das Niveau von 98 % der Bevölkerung unter 18 Jahren mit türkischem Migrationshintergrund.

Abbildung 19: Impfraten international



* Ausprägungen im Nullpunkt der Abbildung stellen fehlende Datenpunkte dar, wie etwa für Österreich bei der Impfung gegen Pneumokokken.

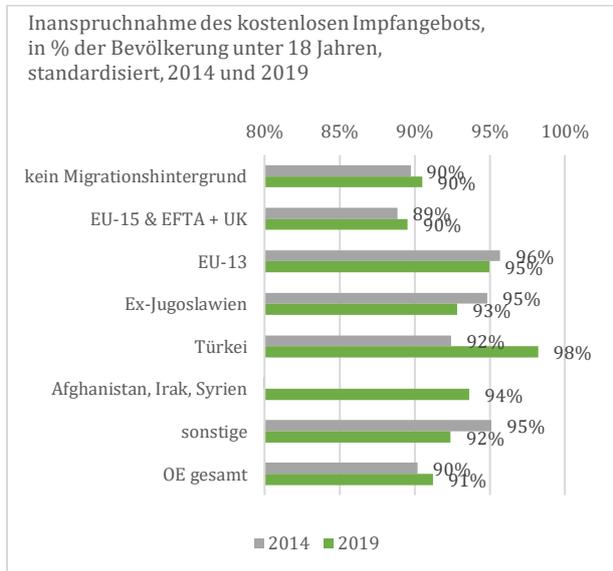
Quelle: Unicef State of the World's Children (2022), HS&I-eigene Berechnungen und eigene Darstellungen.

Familien mit Migrationshintergrund sind impfwilliger.

94 % der unter 18-Jährigen mit Migrationshintergrund hatten 2019 Impfschutz, bei Kindern und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund waren es nur 90 %. Für die meisten anderen Gruppen lag die Impfquote über 92 %. Während der Impfschutz für Personen unter 18 Jahren ohne Migrationshintergrund und jene aus den EU-15 und EFTA Ländern inklusive UK knapp unter dem Durchschnitt war (90 %), ist ihre wirtschaftliche Lage im Vergleich zu anderen Gruppen deutlich besser, Abbildung 10. Somit dürfte die

soziale Lage hier eine untergeordnete Rolle spielen. Gründe für das „Impfverhalten“ fasst Abbildung 21 zusammen.

Abbildung 20: Impfungen



Quelle: ATHIS 2014 & 2019, Statistik Austria (2022), HS&I-eigene Berechnungen.

Geschlechterspezifisch zeigte sich österreichweit ein ähnliches Bild. Zwischen 2014 und 2019 stieg die Inanspruchnahme von Impfungen um jeweils ca. 1 %.

Die geschlechtsspezifischen Unterschiede sind für alle Gruppen auf ähnlichem Niveau, außer für Kinder und Jugendliche aus sonstigen Ländern und aus Afghanistan, Irak und Syrien. Bei Letzteren sind Burschen und junge Männer deutlich weniger oft geimpft als Mädchen und junge Frauen (- 8 Prozentpunkte). Während 2019 98 % der Mädchen und jungen Frauen das kostenlose Impfangebot in Anspruch nahmen, waren es nur 90 % der Burschen und jungen Männer in dieser Gruppe. Für unter 18-Jährige in der Gruppe der sonstigen Länder betrug der Unterschied 9 Prozentpunkte, wobei in dieser Gruppe weniger Mädchen und junge Frauen (88 %) – sie haben die geringste Impfquote im Gesamtvergleich - geimpft wurden als Burschen und junge Männer (97 %). Für alle besteht ein Altersgradient: je höher das Alter, desto weniger wird geimpft.

Gründe, Impfangebote nicht anzunehmen

Abbildung 21 fasst Beweggründe für jene zusammen, die das kostenlose Impfangebot nicht angenommen haben. Da es sich bei dem ATHIS Kinderfragebogen um eine Proxybefragung handelt, Abschnitt 3, spiegeln die Angaben eher die Meinungen der Eltern wider. Die Auswahlmöglichkeiten für Gründe das Impfangebot nicht zu beanspruchen, sind:

- die Verschiebung von Impfungen,
- mangelnde Informationslage über Notwendigkeit und Angebot,

- die Impfung ist überflüssig oder schädlich und
- andere Gründe.

Daten zur Skepsis gegenüber Impfungen in Österreich sind spärlich. Bauer et al. (2021) zeigten mit Hilfe einer Befragung, dass die selbstberichteten Impfraten sowohl bei Erwachsenen als auch Kindern gering waren. 3 % der Kinder in ihrer Stichprobe wurden noch nie oder werden nicht geimpft. Mehr als die Hälfte der Befragten hatten eine positive Einstellung gegenüber Impfungen, diejenigen die diese Meinung nicht teilten gaben vor allem Skepsis gegenüber den Impfstoffen als Hauptgrund an. Die Autor/innen empfehlen altersgerechte Aufklärungskampagnen zur Stärkung der Gesundheitsbildung von Kindern und Jugendlichen, und zur Krankheitsvermeidung durch Impfungen (Bauer et al., 2021).

Familien mit Migrationshintergrund brauchen mehr Wissen zu den Impfungen.

28 % der Familien mit Migrationshintergrund berichteten, keine oder mangelnde Information über das Impfangebot gehabt zu haben. Im Gegensatz dazu hatten nur 7 % der Familien ohne Migrationshintergrund dieses Problem. Vor allem für Familien aus der Türkei und Afghanistan, Irak und Syrien dürfte der Mangel an Informationen ein relevantes Problem sein, denn in beiden Gruppen berichten 45 % der Bevölkerung, dass dies zuträfe. Dieses Informationsgefälle ist bekannt, auf mehreren Ebenen des Gesundheitswesens relevant und dokumentiert, wie beispielsweise in Bermejo et al. (2012).

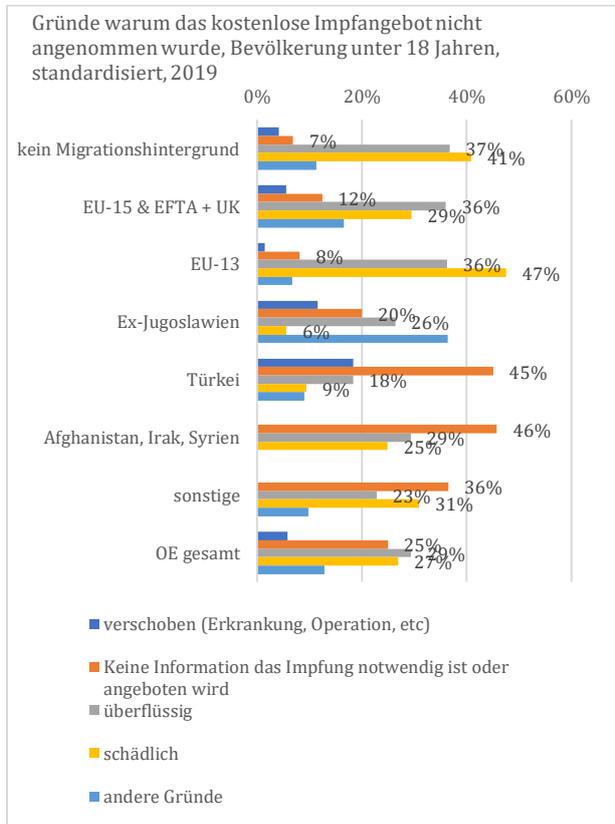
Impfskepsis ist weit verbreitet, offenbar vorwiegend in bessergestellten Familien.

Gleichzeitig fanden auffällig viele Familien ohne Migrationshintergrund, dass Impfungen entweder schädlich (41 %) oder überflüssig sind (37 %), gefolgt von Familien aus dem EU-15 und EFTA Raum inklusive UK (36 %). Die Auffassung, dass Impfungen schädlich sind, war auch sehr häufig in Familien aus den EU-13 Ländern (47 %), 36 % fanden darüber hinaus, dass sie überflüssig wären. Allgemein sehen Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund bzw. deren Eltern Impfungen im Vergleich weniger schädlich (25 %) als einkommensstärkere Familien ohne Migrationshintergrund oder aus EU-15 und EFTA Ländern inklusive UK.

Trotz vieler Herausforderungen in Bezug auf die Versorgung der Kinder und Jugendlichen, Abschnitt 6 und 8, und trotz der fehlenden Information zur Impfung, war die Impfskepsis am schwächsten bei den Türk/innen ausgeprägt (18 % überflüssig und 9 % schädlich). Alle anderen Gruppen waren moderat skeptisch, weniger als 30 % sagten, die Impfungen seien überflüssig. Mit wenigen Ausnahmen wird durch diese Daten der Eindruck erweckt, dass in bessergestellten Familien, die noch dazu im Vergleich sehr gut informiert sind, Impfungen vermehrt als überflüssig und / oder schädlich angesehen werden. Dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass viel Aufklärung und Information

erforderlich sind, damit Kinder und Jugendliche Impfungen bekommen. Sie sind die wichtigste Maßnahme der Primärprävention.

Abbildung 21: Gründe das kostenlose Impfangebot nicht anzunehmen



Quelle: ATHIS 2019, Statistik Austria (2022), HS&I-eigene Berechnungen.

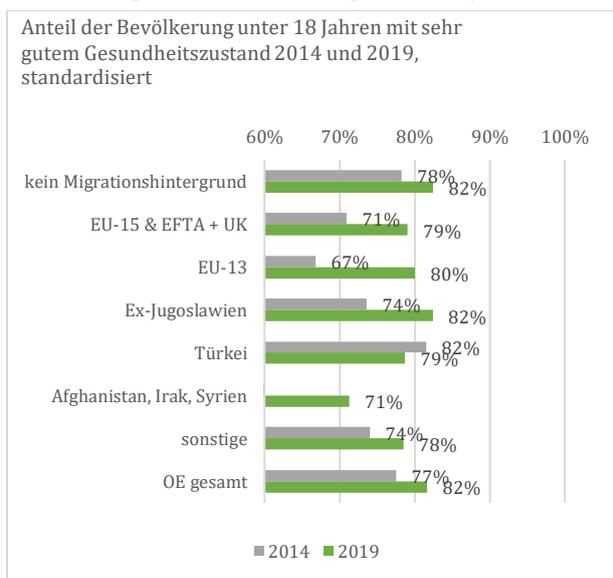
6 Gesundheitszustand und Versorgungsbedarf

Dieser Abschnitt hat drei Teile. Im ersten Teil werden Angaben zum Gesundheitszustand der Bevölkerung unter 18 Jahren präsentiert, seine Veränderung über die Zeit und sein Zusammenhang mit der sozialen Lage der Haushalte, in denen Kinder und Jugendliche aufwachsen. Der zweite Teil befasst sich mit dem Versorgungsbedarf, der für Kinder mit speziellem Bedarf im dritten Teil weiter ausgeführt wird und auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität dieser Kinder näher eingeht.

6.1 Gesundheitszustand

Die Bestimmung des allgemeinen Gesundheitszustands von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren beruht in ATHIS auf einer subjektiven (Selbst-)Einschätzung der Eltern, Box 1. Die befragten Individuen geben Auskunft zum Gesundheitszustand. Abbildung 22 präsentiert Angaben zu „sehr gutem Gesundheitszustand“⁸ nach Migrationsgruppen und im Zeitvergleich.

Abbildung 22: Entwicklung des subjektiven Gesundheitszustandes



Quelle: ATHIS 2014 & 2019, Statistik Austria (2022), HS&I-eigene Berechnungen.

Der Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen hat sich verbessert.

Außer für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren aus der Türkei verbesserte sich zwischen 2014 und 2019 der Gesundheitszustand für alle. Gaben 2014 insgesamt 77 % der Bevölkerung dieser Altersgruppe an, dass ihr Gesundheitszustand „sehr gut“ ist,

⁸ Während es häufig Konvention ist, „sehr guten“ und „guten“ Gesundheitszustand zu einem Indikator zusammen zu ziehen, vgl. beispielsweise Hofmarcher & Singhuber (2021), würde so eine Vorgangsweise bei Kindern und Jugendlichen zu Werten führen, die zwischen den Bevölkerungsgruppen nur mehr schwer unterscheidbar wären. Daher wurde für diese Studie der Indikator „sehr guter“ Gesundheitszustand nach Alter, Geschlecht und Herkunftslandgruppe gebildet und über die Zeit verglichen.

waren es 2019 82 %. Sehr deutliche Verbesserungen gab es für Kinder und Jugendliche aus den EU-13 Ländern, aber auch aus EU-15 & EFTA + UK und Ex-Jugoslawien. Unterdurchschnittlich wurde 2019 der Gesundheitszustand für Menschen aus Afghanistan, Irak und Syrien bewertet. Zu diesem Zeitpunkt betrug der Abstand mehr als 10 Prozentpunkte zur gesamten Bevölkerung dieser Altersgruppe.

Junge Menschen mit Migrationshintergrund haben gesundheitlich aufgeholt.

Im Durchschnitt war 2019 der Anteil von Kindern und Jugendlichen mit Migrationshintergrund, die sich sehr gesund fühlten (78 %) um 4 Prozentpunkte geringer als für jene ohne Migrationshintergrund, 82 %. Bereits 2014 war der Anteil der Kinder und Jugendlichen mit sehr gutem Gesundheitszustand in der Gruppe ohne Migrationshintergrund auf höherem Niveau als dies für andere Gruppen der Fall war. Während sich dies 2019 fortsetzte, war der Aufholeffekt der Kinder und Jugendlichen aus Ex-Jugoslawien am stärksten: diese Gruppe erreichte ebenfalls einen Anteil an sehr guten Gesundheitszuständen von 82 %. Aber auch die Gruppen EU-15 & EFTA + UK und EU-13 verzeichneten einen (geringeren) Aufholeffekt.

Bei der Bewertung des sehr guten Gesundheitszustanden besteht österreichweit nur ein geringer Unterschied zwischen männlichen (81 %) und weiblichen (82 %) Kindern und Jugendlichen. 2014 war der Unterschied noch stärker ausgeprägt (79 % der Mädchen und jungen Frauen, 76 % der Burschen und jungen Männern). Am deutlichsten war der Unterschied zwischen den Geschlechtern in der Gruppe Türkei. Nur 75 % der Mädchen und Frauen aus dieser Gruppe sagten 2019, dass sie sich sehr gesund fühlten, während der Anteil der Burschen und jungen Männern 82 % war, ein Abstand von 7 Prozentpunkten. Auch bei unter 18-Jährigen, die aus den Ländern der EU-13 (6 Prozentpunkte) und den Ländern des ehemaligen Jugoslawiens (5 Prozentpunkte) kommen, gibt es Unterschiede zwischen den Geschlechtern, Anhang 10.

Über alle Herkunftsland-Gruppen und ausgewertet nach Geschlecht, nimmt der berichtete sehr gute Gesundheitszustand mit steigendem Alter der Kinder und Jugendlichen ab. Die Abnahme war für Mädchen und junge Frauen schwächer ausgeprägt als für Burschen und junge Männer. So war beispielsweise der Rückgang 2019 für die weibliche Bevölkerung 5 Prozentpunkte zwischen den 0 bis 2-Jährigen und den 14 bis 17-Jährigen, bei der männliche Bevölkerung derselben verglichenen Altersgruppen war er 9 Prozentpunkte.

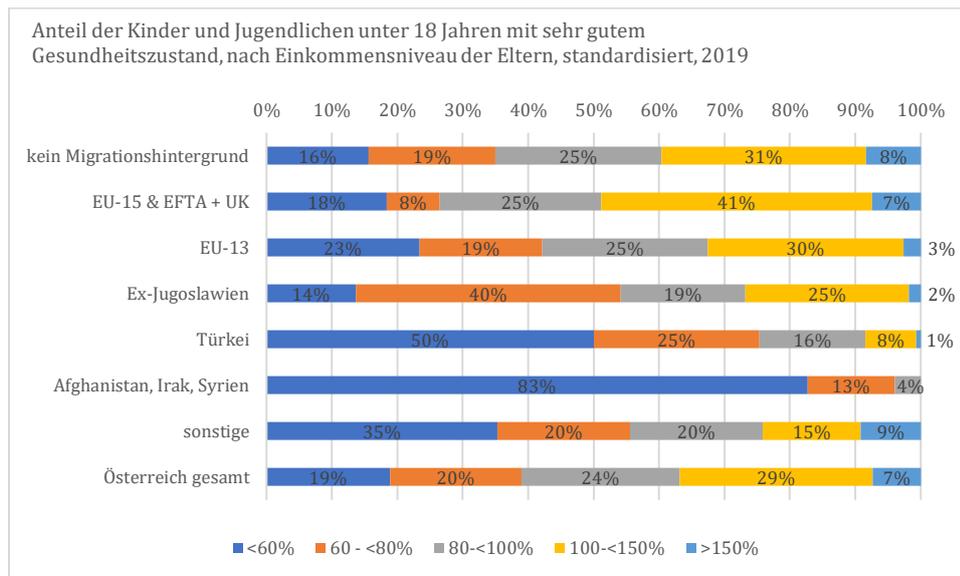
Sehr gute Gesundheit hat einen sozialen und gesundheitlichen Gradienten.

Dort wo das Einkommen hoch ist, ist auch der Anteil an Kindern und Jugendlichen hoch, die angeben, dass ihr Gesundheitszustand sehr gut ist, Abbildung 23.

Im Österreich-Durchschnitt steigt der Anteil der Kinder und Jugendlichen, die sagen, dass ihr Gesundheitszustand sehr gut ist mit dem Einkommen des Haushaltes, in dem sie aufwachsen. So sagte beispielsweise die Mehrheit der Kinder und Jugendlichen unter 18

(41 %) aus EU- 15 & EFTA + UK in der Einkommensklasse bis zu 150 % über dem Median, dass ihr Gesundheitszustand sehr gut sei. Dieser Anteil war auch sehr hoch in der Gruppe der Kinder und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund. Im Gegensatz dazu waren die meisten Befragten aus Afghanistan, Irak und Syrien und der Türkei, die sagten, sie hätten einen sehr guten Gesundheitszustand, in der niedrigsten Einkommensklasse.

Abbildung 23: Sehr gute Gesundheit hängt auch vom Einkommen ab



Quelle: ATHIS 2019, Statistik Austria (2022), HS&I-eigene Berechnungen.

Der Zusammenhang zwischen sehr gutem Gesundheitszustand und dem Haushaltseinkommen ist auch statistisch signifikant, Anhang 5. Weitere wesentliche, statistisch signifikante Bestimmungsfaktoren für den Gesundheitszustand sind das Alter der Kinder und Jugendlichen – der sehr gute Gesundheitszustand verringert sich je älter sie werden –, der Migrationshintergrund und erhöhter Versorgungsbedarf wie beispielsweise gesundheitliche Einschränkungen, und psychische Probleme. Obwohl es in einigen wichtigen Bereichen des Versorgungsbedarfes Unterschiede zwischen den Geschlechtern gibt (Abschnitt 6.2), sind ihre Effekte auf den Gesundheitszustand in allen logistischen Regressionsmodellen nicht signifikant.

6.2 Versorgungsbedarf von Kindern und Jugendlichen

Während im ATHIS für die Bevölkerung 15+ der Bedarf an Versorgung durch Daten zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen auf fast allen Ebenen des Systems angenähert werden kann (Hofmarcher & Singhuber, 2021), sind Informationen zur Nachfrage und dem Bedarf in den Modulen des Kinderfragebogen anders strukturiert, Abschnitt 3. Im Folgenden werden Auswertungen zum Bedarf entlang fünf definierter Bereiche präsentiert. Sie umfassen Fragen:

- zur Einnahme ärztlich verschriebener Medikamente,

- zu mehr psychosozialer und pädagogischer Versorgung als für das jeweilige Alter üblich,
- zu Einschränkungen im Alltag,
- zum Bedarf an speziellen Therapien, wie z.B. Physiotherapie, Ergotherapie oder Sprachtherapie und zu
- emotionalen, Entwicklungs- und Verhaltensproblemen.

Die Analyse wird in Abschnitt 6.3 vertieft, in dem die Kategorien des Versorgungsbedarfs kombiniert werden, um den „speziellen langfristigen Versorgungsbedarf“ der Kinder und Jugendlichen zu isolieren. Dieser liegt vor, wenn für:

- mindestens einen der definierten Bereiche das Problem auftritt oder Behandlung ausgelöst ist und wenn
- das Problem länger als (oder absehbar) ein Jahr präsent ist und aufgrund einer Krankheit, Verhaltensstörung oder eines anderen gesundheitlichen Problems vorliegt.

Auswertungen werden deskriptiv beschrieben. Dabei wird auf Geschlechtsunterschiede und auf die Entwicklung über die Altersgruppen eingegangen. Dort wo sinnvoll und erforderlich werden zu den einzelnen Bereichen Detailergebnisse zu Gründen oder Dauer von Bedarfen illustrativ angegeben. Detailauswertungen dazu finden sich in Anhang 11 bis 15. Auf Literatur wird dort hingewiesen, wo es die Ergebnisse erfordern bzw. zulassen. Die statistische Analyse quantifiziert den Einfluss diverser Faktoren auf den Gesundheitszustand, Anhang 5.

Einnahme ärztlich verschriebener Medikamente

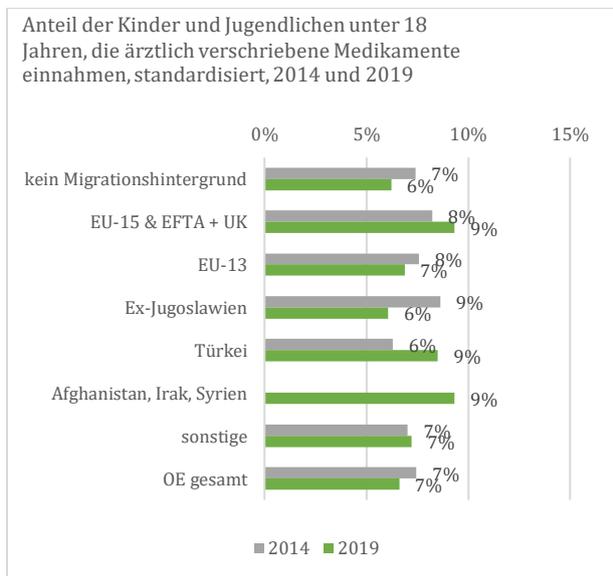
Abbildung 24 zeigt den Anteil an Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren in Österreich, die vom Arzt/Ärztin verschriebene Medikamente einnehmen. Anhang 11 zeigt zusätzliche Auswertungen zu Dauer und Begründung der Einnahme von Medikamenten.

Außer bei den Türk/innen ist die Einnahme verordneter Medikamente rückläufig.

Insgesamt ist die Einnahme von Medikamenten von Kindern und Jugendlichen in Österreich 2019 im Vergleich zu 2014 leicht rückläufig. Allerdings gibt es große Unterschiede zwischen den einzelnen Herkunftsland-Gruppen. 2019 wurden die meisten Medikamente für Kinder und Jugendliche aus den EU-15 und EFTA Ländern inklusive UK verordnet, auch für jene aus der Türkei und aus Afghanistan, Irak und Syrien. In diesen Gruppen fühlten sich Kinder und Jugendliche unterdurchschnittlich häufig sehr gesund, Abbildung 22. Am wenigsten nahmen Kinder und Jugendliche ohne Migrationshintergrund ärztlich verschriebene Medikamente ein, aber auch jene aus den Ländern des ehemaligen Jugoslawiens. Insgesamt wurden mit steigendem Alter 2019 mehr verschriebene Medikamente eingenommen, wobei dies für Mädchen und junge

Frauen deutlicher der Fall war. 5 % der weiblichen 0 bis 2-Jährigen nahmen verordnete Medikamente ein, während es bei den 14 bis 17-Jährigen 13 % waren. Für die Burschen und jungen Männer waren es in denselben Altersgruppen 3 % und 10 %.

Abbildung 24: Einnahme von ärztlich verschriebenen Medikamenten



Quelle: ATHIS 2014 & 2019, Statistik Austria (2022), HS&I-eigene Berechnungen.

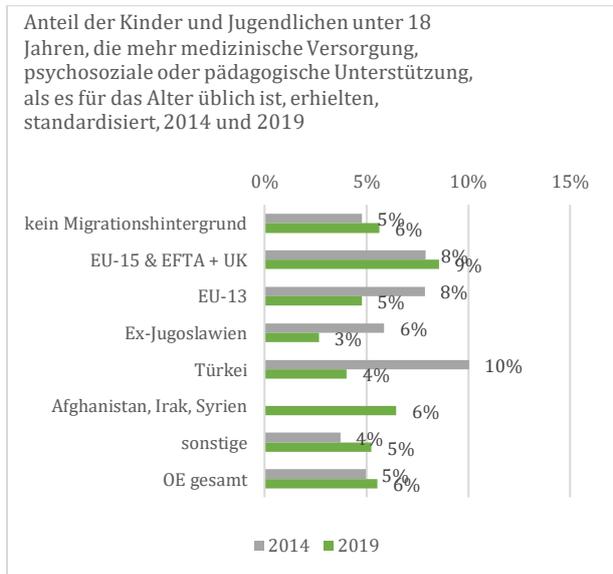
Medizinische Versorgung, psychosoziale oder pädagogische Unterstützung

Abbildung 25 zeigt den Anteil an Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren in Österreich, die mehr medizinische, psychosoziale und pädagogische Versorgung brauchen als es für ihr Alter üblich ist. Gründe und Dauer dieses Bedarfes werden in Anhang 12 präsentiert.

Viele bekommen weniger Versorgung, einige mehr, die Unterschiede sind auffällig.

Insgesamt dürfte die Versorgung von Kindern und Jugendlichen, die mehr Bedarf haben, zwischen 2014 und 2019 zugenommen haben, was auf bessere Versorgung hinweisen kann. Waren in diesem Zusammenhang 2014 5 % der Kinder bedürftig bzw. versorgt, waren es 2019 6 %. Gleichzeitig dürfte das Mehr der Versorgung für Türk/innen deutlich schwächer geworden sein. Sagten 2014 10 % von ihnen, dass sie mehr Betreuung als üblich brauchen, war der Anteil 2019 4 %. Das meiste Mehr an Versorgung bekommen Kinder und Jugendliche aus den EU-15 und EFTA Ländern inklusive UK mit 9 %, bei wenig Verbesserung gegenüber 2014. Nur 3 % der Kinder und Jugendlichen aus Ex- Jugoslawien hatten 2019 Bedarf an mehr Versorgung, 2014 waren es 6 %.

Wenn auch gering, gibt es Unterschiede in diesem Bereich zwischen Burschen und jungen Männern (6 %) und Mädchen und jungen Frauen (5 %). Ausnahme davon sind die Kinder und Jugendlichen aus den EU-15 und EFTA Ländern plus UK, wo 11 % der Burschen und der jungen Männer ein Mehr an Versorgung bekamen. Bei Mädchen und jungen Frauen mit Wurzeln in diesen Ländern waren es 6 %.

Abbildung 25: Mehr Versorgung als für das jeweilige Alter üblich


Quelle: ATHIS 2014 & 2019, Statistik Austria (2022), HS&I-eigene Berechnungen.

Altersbezogen stieg 2019 der Mehrbedarf bei Mädchen und jungen Frauen stärker als bei Burschen und jungen Männern. Während in der Gruppe der 0 bis 2-Jährigen 3 % angaben, mehr medizinische, psychosoziale und pädagogische Versorgung zu benötigen, war er in der Gruppe der 14 bis 17-Jährigen 8 %. Für Burschen war so eine Tendenz nicht zu beobachten.

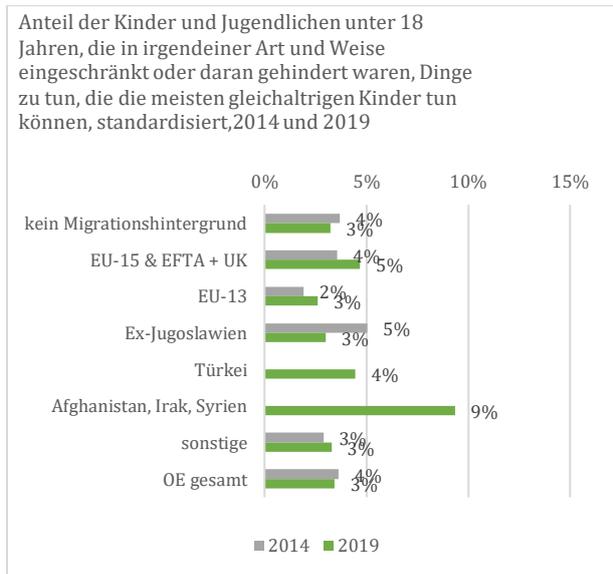
Einschränkungen im Alltag

In einer weiteren Kategorie zum Versorgungsbedarf von Kindern und Jugendlichen wurde erhoben, welcher Anteil von unter 18-Jährigen im Alltag eingeschränkt ist bzw. daran gehindert ist Dinge zu tun, welche andere, gleichaltrige Kinder tun können.

Abbildung 26 zeigt eine Darstellung jener Daten nach Migrationshintergrund. Anhang 13 und 5 geben die Dauer und Gründe dieser Einschränkungen an bzw. den Einfluss jener auf den allgemeinen Gesundheitszustand.

Burschen aus Afghanistan, Irak und Syrien fühlen sich eingeschränkt.

Während sich 2019 3 % der Kinder und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund eingeschränkt fühlten, waren es 5 % im Durchschnitt der Bevölkerungen mit Migrationshintergrund. Getrieben ist dieser Unterschied vor allem von dem hohen Anteil an Kinder und Jugendlichen aus Afghanistan, Irak und Syrien. Von jenen fühlten sich 9 % eingeschränkt, gefolgt von den unter 18-Jährigen aus den EU-15 und EFTA Ländern inklusive UK (5 %). In der Gruppe der Länder des ehemaligen Jugoslawiens ging jener Anteil um 2 Prozentpunkte zurück, die stärkste Reduktion der berichteten Einschränkung im Alltag zwischen 2014 und 2019.

Abbildung 26: Einschränkungen im Alltag


Quelle: ATHIS 2014 & 2019, Statistik Austria (2022), HS&I-eigene Berechnungen.

Insgesamt dürften die Einschränkungen im Alltag für alle Kinder und Jugendlichen geringer geworden sein. Fühlten sich 2014 4 % eingeschränkt, waren es 2019 3 %. Erkennbare Unterschiede zwischen den Gruppen bestehen jedoch.

Auffällig ist das hohe Niveau der Einschränkungen, die Kinder und Jugendliche aus Afghanistan, Irak und Syrien 2019 berichten. Vor allem Burschen und junge Männer in dieser Gruppe fühlten sich sehr eingeschränkt (15 %) und zwar sehr viel mehr als jene in anderen Herkunftsland-Gruppen, wo es nie über 5 % der jeweiligen Bevölkerung betraf. Dies könnte auch dazu beitragen, dass der berichtete sehr gute Gesundheitszustand der Burschen und jungen Männer aus Afghanistan, Irak und Syrien mit 71 % deutlich geringer ist als in anderen Gruppen, Anhang 10. Während insgesamt geschlechtsspezifische Unterschiede in diesem Bereich moderat sind, gibt es, wie bei anderen Bedarfen, einen Altersgradienten. Je älter die Kinder und Jugendlichen werden, desto eingeschränkter im Alltag fühlten sie sich.

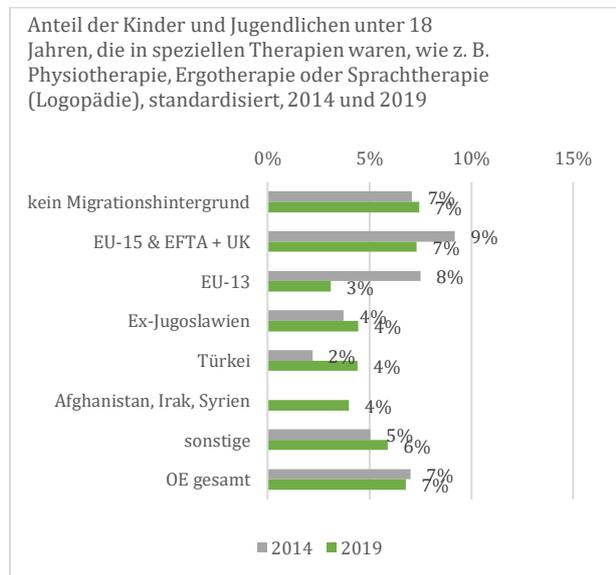
Bedarf an speziellen Therapien, z. B. Physio-, Ergo- oder Sprachtherapie

Der Zugang zu speziellen Therapien ist ein weiterer relevanter Bereich zur Bestimmung des Versorgungsbedarfs von Kindern und Jugendlichen. Dabei werden sowohl Physiotherapie, Ergotherapie und Sprachtherapie mit einbezogen. Abbildung 27 stellt die Auswertung der Daten in dieser Kategorie nach Migrationsgruppen dar. Wie bereits in den vorherigen Abschnitten werden in Anhang 14 zusätzlich Gründe und Dauer jener Therapien dargestellt.

Während der Bedarf an speziellen Therapien zwischen 2014 und 2019 leicht rückläufig war, führten 2019 5 % der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund so einen Bedarf an und damit etwas weniger als die vergleichbare Altersgruppe ohne

Migrationshintergrund (7 %). Obwohl rückläufig halten Kinder und Jugendliche aus EU-15 und EFTA Ländern inklusive UK ein hohes Niveau bei dem berichteten Bedarf.

Abbildung 27: Kinder und Jugendliche in speziellen Therapien



Quelle: ATHIS 2014 & 2019, Statistik Austria (2022), HS&I-eigene Berechnungen.

Der Zugang zu speziellen Therapien ist unausgewogen und dürfte schwierig sein.

Nachdem der Zugang zu solchen Angeboten beschränkt und oft auch unausgewogen ist und die Leistbarkeit eine große Rolle spielt, könnte die wirtschaftliche Situation der Haushalte hier eine Rolle spielen. Beide genannten Gruppen gehören zu den einkommensstärksten Haushalten, Abbildung 10. Im Gegensatz dazu dürfte der Zugang zu speziellen Therapien in einkommensschwächeren Gruppen wie der Türkei, Ex-Jugoslawien und Afghanistan, Irak und Syrien beschränkt sein; nur 4 % der jeweiligen Bevölkerungen bekamen 2019 spezielle Therapien und noch weniger häufig Kinder und Jugendliche aus der Gruppe EU-13 (3 %). Dieses Ergebnis kann auch auf Schwierigkeiten hinweisen, über solche Angebote Bescheid zu wissen. Sprach- oder Zugangsbarrieren sind häufig Grund für Unterschiede in der Inanspruchnahme diverser medizinischer Leistungen zwischen Migrant/innen und Einheimischen (Hemminki, 2014). Auch weniger adäquate medizinische Versorgung und fehlender oder geringer Versicherungsschutz für Migrant/innen in Europa könnten hier eine Rolle spielen. Zusätzlich dürfte fehlende Information über den eigenen Gesundheitszustand, bzw. den des Kindes, zu einer Unterschätzung ihres Bedarfes führen. Hemminki (2014) weist auf eine Studie in Frankreich hin, wo Migrant/innen wesentlich weniger Zugang zu Privatpraxen von Allgemein- wie auch Fachmediziner/innen hatten, eine Situation die auch in Österreich relevant sein dürfte, Abschnitt 7. Insbesondere auch für notwendige Behandlungen bei nicht-medizinischen Gesundheitsdiensten (Grois et al., 2019).

Burschen und junge Männer nehmen häufiger spezielle Therapien in Anspruch (8 %) als Mädchen und junge Frauen (6 %). Diese Unterschiede sind ebenso zu Gunsten der

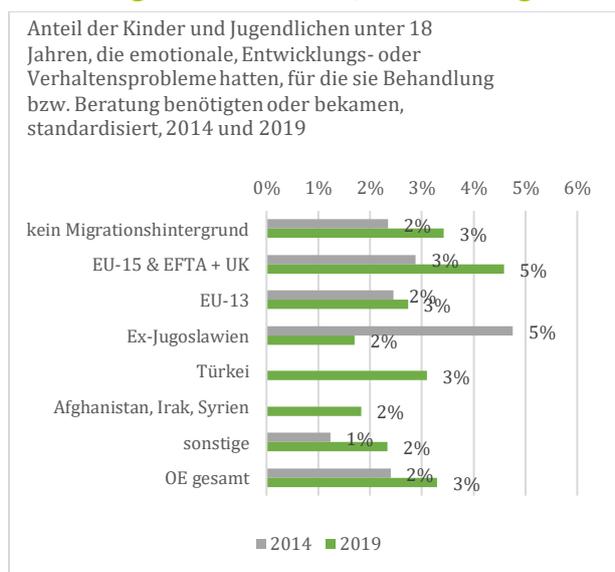
Burschen und der jungen Männer in der Gruppe ohne Migrationshintergrund (8 %) und EU-15 und EFTA inkl. UK (13 %) manifest. Aber auch Mädchen und jungen Frauen ohne Migrationshintergrund nehmen im Vergleich zu jenen in Migrationsgruppen spezielle Therapien häufiger in Anspruch (7 %). Im Gegensatz zu anderen Bereichen nimmt die Inanspruchnahme von speziellen Therapien mit dem Alter ab. In der Altersgruppe 3 bis 7 sind diese Behandlungen für alle häufig, jedoch für Burschen noch häufiger als für Mädchen.

Emotionale Probleme, Entwicklungs- und Verhaltensprobleme

Eine weitere Dimension des Versorgungsbedarfs von unter 18-Jährigen in Österreich umfasst emotionale, Entwicklungs- und Verhaltensprobleme.

Abbildung 28 zeigt den Anteil an Kindern und Jugendlichen nach Migrationshintergrund, die emotionale Probleme und / oder Entwicklungs- und Verhaltensprobleme hatten. Anhang 5 und 15 geben einen Überblick über die Auswirkung und Dauer jener Probleme.

Abbildung 28: Emotionale, Entwicklungs- und Verhaltensproblemen



Quelle: ATHIS 2014 & 2019, Statistik Austria (2022), HS&I-eigene Berechnungen.

Emotionale und psychische Auffälligkeiten sind selten, nehmen aber zu.

Österreichweit stieg zwischen 2014 und 2019 die emotionale Belastung oder Entwicklungsprobleme der unter 18-Jährigen, wenn auch ausgehend von einem sehr geringen Niveau. 2019 waren 3 % der Kinder und Jugendlichen mit solchen Themen konfrontiert. Wo messbar, ergaben sich Unterschiede zwischen den einzelnen Migrationsgruppen. Der stärkste Anstieg von 2 Prozentpunkten war für die Gruppe EU-15 & EFTA + UK zu beobachten, jener für Kinder und Jugendliche ohne Migrationshintergrund stieg um einen Prozentpunkt gegenüber 2014. Rückläufige Häufigkeit dieser Belastungen berichten Kinder und Jugendliche aus Ex-Jugoslawien. Während 2014 5 % solche Probleme angaben, waren es 2019 noch 2 %.

Kulturelle und sprachliche Aspekte dürften auch hier eine Rolle spielen. Bermejo et al. (2012) beispielsweise beschrieben, dass psychosomatisch erkrankte Migrant/innen mit spanischen oder italienischen Wurzeln in Deutschland verstärkt Unterstützung in der Familie bzw. ihrem sozialen Umfeld suchen. Menschen mit russischem Migrationshintergrund schienen vermehrt auf selbst umsetzende Maßnahmen, also z.B. Hausmittel, zu setzen. Sprachliche Probleme, vor allem für Personen mit türkischem oder russischem Migrationshintergrund, dürften ein entscheidendes Hindernis für gezielte Inanspruchnahme sein. Besonders für Menschen aus der Türkei stellt die Einschätzung über zu wenig Kenntnis der türkischen Kultur im Gesundheitssystem eine wichtige Barriere dar (Bermejo et al., 2012).

Unterschiede zwischen den Geschlechtern bestehen auch in diesem Bereich. 2014 wurden solche Probleme für 3 % der männlichen Bevölkerung und 1 % der weiblichen erhoben. 2019 verringerte sich diese Differenz auf 1 %, jedoch auf höherem Niveau (4 % und 3 %). Besonders stark sind diese geschlechtsspezifischen Unterschiede für Kinder und Jugendliche aus EU-15 und EFTA Ländern inklusive UK. Hier waren 7 % der Burschen und 2 % der Mädchen betroffen. Auch die unter 18-jährigen Burschen und jungen Männer ohne Migrationshintergrund und aus Afghanistan, Irak und Syrien hatten im Vergleich zu Mädchen und Frauen mehr Probleme, jeweils ca. 4 %. Türk/innen berichteten unter allen Mädchen und Frauen die meisten emotionalen und Entwicklungsprobleme. Für letztere ist ein Altersgradient erkennbar, wenn auch auf geringerem Niveau als für Burschen und junge Männer. Während für 2 % der 0 bis 2-jährigen Mädchen solche Probleme erhoben wurden, waren sie für die 14 bis 17-Jährigen 4 %. Eine Häufigkeit dieser Störungen von 5 % wurde für Burschen und junge Männer in den Altersgruppen 3 bis 7, 7 bis 10 und bei 14 bis 17-Jährigen berichtet, länger anhaltend als bei Mädchen und jungen Frauen.

6.3 Spezieller langfristiger Bedarf von Kindern und Jugendlichen

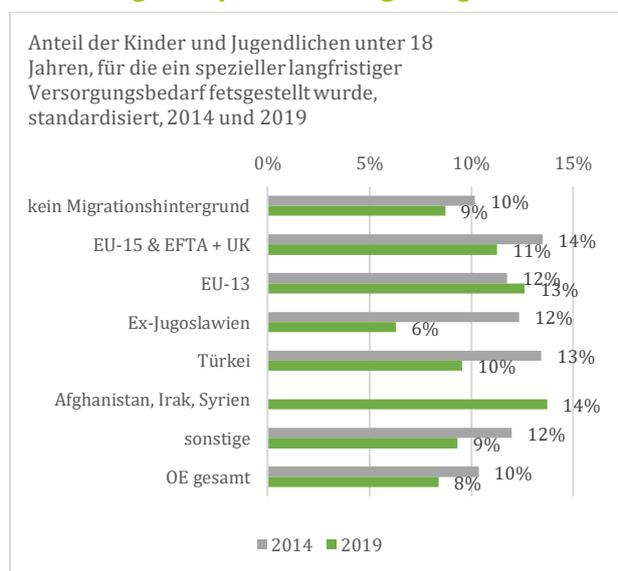
2019 hatten in Österreich 8 % der Kinder und Jugendlichen einen speziellen, langfristigen Bedarf an Versorgung. Das waren insgesamt 128.480 Personen der Altersgruppe unter 18 Jahren. Abbildung 29 lässt erkennen, dass jener Anteil gegenüber 2014 (10 %) rückläufig ist. Diese Veränderung weist auf die bessere Verfügbarkeit adäquater Versorgung hin und auf die Verbesserung des allgemeinen Gesundheitszustands der unter 18-Jährigen (Abbildung 22).

Kinder mit speziellem, langfristigem Bedarf haben dennoch wesentlich mehr Hospitalisierungen, Zuweisungen auf Notfallstationen oder Verschreibungen von Medikamenten (Cianci et al., 2020). Dies nimmt Einfluss auf die Lebensqualität von Kindern (Abschnitt 5) und führt auch zu höheren Kosten für die Eltern von Kindern mit speziellem, langfristigem Bedarf.

Zusätzlich kann dieser erhöhte Versorgungsbedarf auch das Einkommen der einzelnen Haushalte schwächen. Foster et al. (2021) fanden, dass 14,5 % von Familien mit Kindern in den U.S.A. mit speziellem, langfristigem Versorgungsbedarf wegen des Zustands der

Kinder entweder weniger Stunden, oder gänzlich aufgehört hatten zu arbeiten. Besonders stark war dieser Effekt bei Einschränkungen der geistigen Funktionen von Kindern (Foster et al., 2021).

Abbildung 29: Spezieller langfristiger Bedarf*



**Spezieller langfristiger Bedarf liegt dann vor, wenn entweder ärztlich verschriebene Medikamente eingenommen werden, mehr psychosozialer und pädagogischer Bedarf als für das Alter üblich gegeben ist, es zu Einschränkungen im Alltag kommt, Bedarf an speziellen Therapien besteht, und emotionale oder Entwicklungs- und Verhaltensprobleme vorliegen, und wenn eines dieser Themen länger als ein Jahr dauert.*

Quelle: ATHIS 2014 & 2019, Statistik Austria (2022), HS&I-eigene Berechnungen.

Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund brauchen mehr Augenmerk.

Im Durchschnitt haben Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund mehr langfristigen Bedarf (10 %) als jene ohne Migrationshintergrund (9 %). Getrieben ist dieser Unterschied mit Ausnahme von bedürftigen Kinder und Jugendlichen aus Ex-Jugoslawien und aus sonstigen Länder von allen anderen Migrationsgruppen. Dabei hatten mit 14 % die unter 18-Jährigen aus Afghanistan, Irak und Syrien den größten langfristigen Bedarf. Während diese Gruppe im ATHIS 2014 noch nicht berücksichtigt war, verringerte sich für alle anderen Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund der spezielle Bedarf mit Ausnahme jener, die aus den EU-13 Ländern kommen. Der Rückgang von langfristigen Versorgungsbedarf war für Kinder und Jugendliche aus Ex-Jugoslawien am deutlichsten, 2014: 12 %, 2019: 6 %.

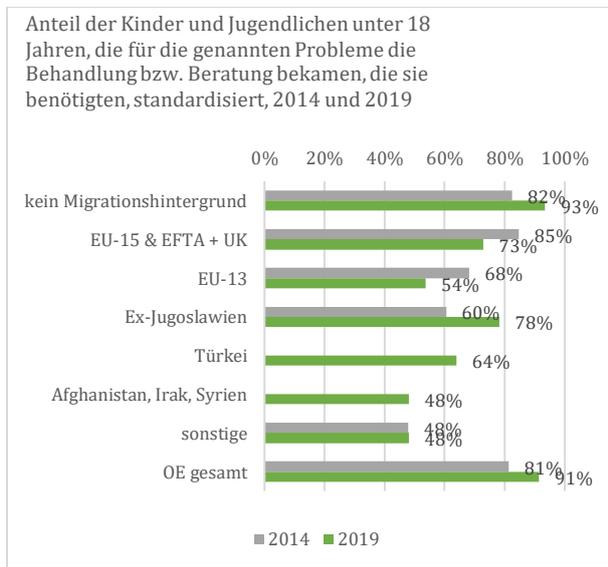
Insgesamt zeigte sich, dass männliche Kinder und Jugendliche (10 %) in Österreich mehr speziellen, langfristigen Bedarf hatten, als dies für weibliche (3 %) der Fall war. Die relative Differenz von ca. 3 Prozentpunkten bestand bereits 2014. Auch in diesem Kontext zeigen sich starke Unterschiede zwischen Kindern mit und ohne Migrationshintergrund. Während 10 % der Burschen und jungen Männern ohne Migrationshintergrund speziellen Bedarf hatten, waren es bei der vergleichbaren Gruppe mit Migrationshintergrund 12 %. Ein ähnliches Bild zeigte sich für Mädchen und junge Frauen, wo 7 % ohne Migrationshintergrund diesen Bedarf hatten und 9 % mit Migrationshintergrund.

Insbesondere bei Mädchen und Frauen steigt der spezielle Bedarf mit dem Alter. War der Anteil 2019 für die 0 bis 2-Jährigen 3 %, erhöhte er sich bei 14 bis 17-Jährigen auf 12 %. Für Burschen ließ sich keine solche Tendenz erkennen. Jedoch war der Bedarf auf höherem Niveau. Bis auf die jüngste Altersgruppe (3 %) war er für alle anderen Altersgruppen auf einem Niveau von über 10 %.

Kinder und Jugendliche mit speziellem Bedarf werden vermehrt behandelt.

Österreichweit bekamen 2019 91 % jener Kinder und Jugendlichen, die speziellen Bedarf hatten, die benötigte Behandlung - eine deutliche Verbesserung gegenüber 2014 (81 %), Abbildung 30. Unterschiede zwischen den Bevölkerungsgruppen der unter 18-Jährigen sind jedoch sehr auffällig.

Abbildung 30: Kinder und Jugendliche mit Bedarf in adäquater Behandlung



Quelle: ATHIS 2014 & 2019, Statistik Austria (2022), HS&I-eigene Berechnungen.

Aber mehr Behandlung bedürftiger Kinder und Jugendlichen ist für viele ein Muss.

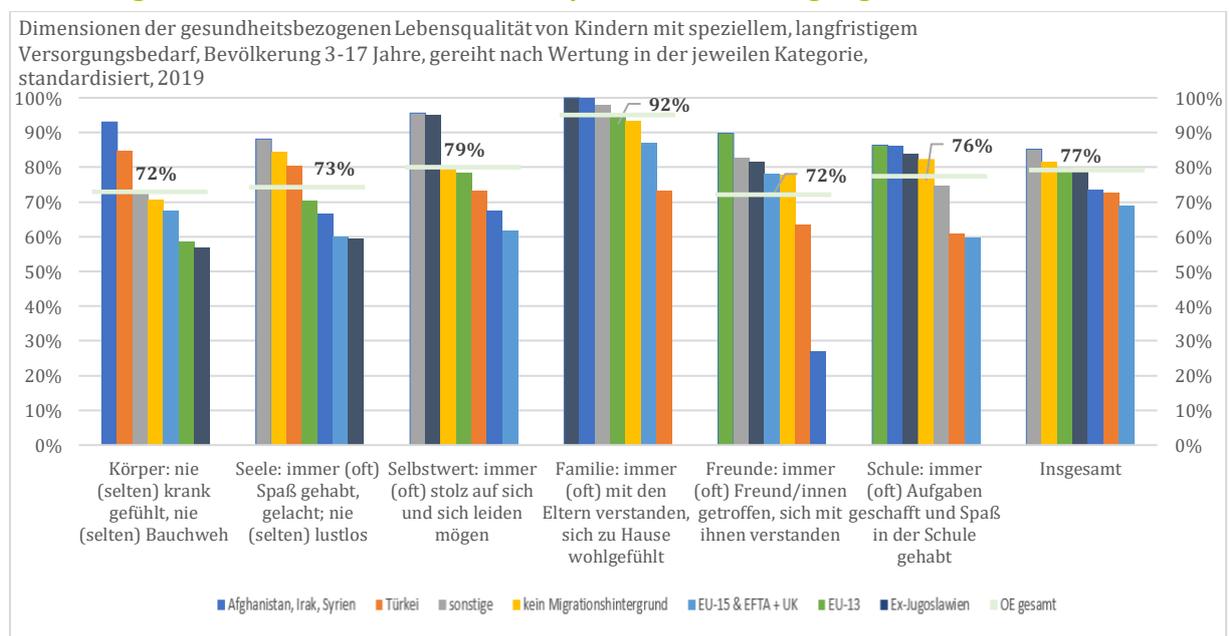
Während 93 % der Betroffenen ohne Migrationshintergrund adäquate Behandlung bekam, waren es für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund im Durchschnitt nur 61 %. Auch auf dieser Ebene gibt es Aufholbedarf für junge Menschen, die aus Afghanistan, Irak und Syrien und aus sonstigen Ländern kommen und geeignete Therapien brauchen; nur jeweils 48 % hatten diese Versorgung. Die einzige Gruppe, für die neben der Gruppe ohne Migrationshintergrund mehr Behandlung berichtet wurde, waren die Kinder und Jugendlichen aus den Ländern des ehemaligen Jugoslawiens. Die großen Unterschiede zwischen Kindern und Jugendlichen mit und ohne Migrationshintergrund in der Behandlung des speziellen, langfristigen Versorgungsbedarfs weisen darauf hin, dass Eltern bzw. die Jugendlichen selbst nicht ausreichend über Versorgungs- und Behandlungsangebote informiert sein könnten, wie etwa durch Bermejo (2012) oder Hemminki (2014) angesprochen.

Die beschriebenen Unterschiede lassen sich auch auf geschlechtsspezifischer Basis erkennen. Während bedürftige Burschen und Mädchen ohne Migrationshintergrund zu 94 % und 92 % in Behandlung waren, war dies für jene mit Migrationshintergrund nur zu 58 % für Burschen und zu 65 % für Mädchen der Fall. Zudem wurden weniger als die Hälfte der Burschen und jungen Männer aus EU-13, Türkei und sonstigen Ländern, die speziellen Versorgungsbedarf hatten, auch behandelt. Bezüglich des Alters der Kinder und Jugendlichen in Behandlung zeigten sich konstante Werte über alle Altersgruppen, die jedoch durch das vergleichsweise hohe Niveau an Behandlung der Kinder und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund getrieben sind.

6.4 Gesundheitsbezogene Lebensqualität bei speziellem Bedarf

Im Vergleich zu allen Kindern und Jugendlichen, Abbildung 12, bewerten jene mit erhöhtem Versorgungsbedarf ihre gesundheitsbezogene Lebensqualität schwächer. Die Unterschiede zwischen unter 18-Jährigen mit speziellem, langfristigem Versorgungsbedarf sind teilweise sehr auffällig. Abbildung 31 zeigt die Bewertungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität für Kinder mit speziellem langfristigen Bedarf nach Dimension und Migrationshintergrund.

Abbildung 31: Determinanten der Lebensqualität bei Versorgungsbedarf



Quelle: ATHIS 2014 & 2019, Statistik Austria (2022), HS&I-eigene Berechnungen.

Die Lebensqualität ist für Kinder und Jugendliche mit Bedarf deutlich schwächer.

Insgesamt war die gesundheitsbezogene Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen mit speziellem, langfristigem Bedarf auf geringerem Niveau als dies für die gesamte relevante Bevölkerung der Fall war. Der österreichweite Durchschnitt war für die 3 bis 17-Jährigen 77 %. Die einzigen Gruppen mit mehr Versorgungsbedarf, die eine Bewertung der allgemeinen gesundheitsbezogenen Lebensqualität von über 80 % erzielen konnten,

waren die Bevölkerung aus sonstigen Ländern, ohne Migrationshintergrund und EU-13. Besonders Afghanistan, Irak und Syrien sowie die Türkei zeigten starke Reduktionen in der Lebensqualität. Beide Gruppen erzielten Werte nahe 70 %. Auffällig ist, dass die Gruppe EU-15 & EFTA + UK mit 69 % die schwächste Bewertung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität für Kinder und Jugendliche mit erhöhtem Versorgungsbedarf erzielte.

Versorgungsbedürftige 3 bis 17-Jährige fühlen sich körperlich und psychisch weniger fit.

Während sich beispielsweise 83 % im Durchschnitt über die gesamte Bevölkerung unter 18 Jahren körperlich fit fühlte, waren es 72 % der Kinder und Jugendlichen mit speziellem, langfristigen Versorgungsbedarf, ein Unterschied von über 10 Prozentpunkten. Lediglich zwei der sieben Migrationsgruppen lagen über 80 %, nämlich die Gruppen Afghanistan, Irak und Syrien und Türkei. Die Gruppe ohne Migrationshintergrund lag mit 71 % knapp unter dem Durchschnitt. Besonders auffällig sind die Gruppen EU-13 und Länder des ehemaligen Jugoslawiens. Hier zeigten sich Bewertungen unter 60 %. Dies entspricht Unterschieden von 18 bis 27 Prozentpunkten im Vergleich zur gesamten Bevölkerung zwischen 3 und 17 Jahren, Abbildung 21.

Auch für die psychische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen ist der Unterschied stark. Gegenüber 73 % für Österreich gesamt war ihr Wohlbefinden um 13 Prozentpunkte geringer. Die stärksten Unterschiede zeigten sich in den Gruppen Afghanistan, Irak und Syrien, EU-15 & EFTA + UK und für Kinder und Jugendliche aus Ländern des ehemaligen Jugoslawiens. Weniger als 60 % der bedürftigen Kinder und Jugendliche fühlten sich innerhalb dieser Gruppe psychisch fit. Dem gegenüber stehen Kinder und Jugendliche aus sonstigen Ländern, ohne Migrationshintergrund und aus der Türkei, die sich jeweils zu über 80 % psychisch fit fühlten.

Die Tatsache, einen langfristigen Versorgungsbedarf zu haben, dürfte den Selbstwert der Kinder und Jugendlichen weniger stark beeinträchtigt haben. Obwohl es auch in dieser Dimension Unterschiede im Vergleich zur Gesamtbevölkerung (86 %) von 10 Prozentpunkten gab (79 %). Am stärksten betroffen von weniger Selbstwert waren Kinder und Jugendliche aus Afghanistan, Irak und Syrien und aus EU-15 & EFTA + UK. Beide Gruppen kamen auf eine Selbstwerttrate von unter 70 %. Am wenigsten litten bedürftige Kinder und Jugendliche an schwächerem Selbstwert, wenn sie aus den Ländern des ehemaligen Jugoslawiens und Österreich (ohne Migrationshintergrund) kamen. Diese Gruppen waren auch die einzigen, die über dem Durchschnitt in dieser Dimension lagen.

Familiäres Umfeld bleibt wichtig, Freundeskreis und Aktivitäten sind geschwächt.

Die stabilste Kategorie war das familiäre Umfeld. Hier gab es einen Unterschied von 5 Prozentpunkten für Kinder und Jugendliche mit erhöhtem Versorgungsbedarf (92 %) im Vergleich zur gesamten Bevölkerung der 3 bis 17-Jährigen. Ein intaktes Familienleben

dürfte ein wichtiger Faktor für jene Kinder und Jugendlichen sein. Dies dürfte vor allem für Afghanistan, Irak und Syrien sowie Länder des ehemaligen Jugoslawiens der Fall sein, beide Gruppen gaben für diese Dimension eine hohe Bewertung (nahe 99 %). Die Gruppe ohne Migrationshintergrund war knapp überdurchschnittlich. Im Gegensatz dazu sagten nur 73 % der Betroffenen aus der Türkei, dass ihr familiäres Umfeld gut ist, die einzige Bewertung unter 80 %.

Der Freundeskreis schien jedoch stark unter dem Vorliegen eines speziellen, langfristigen Bedarfs zu leiden. Im Vergleich zu allen 3 bis 17-Jährigen in Österreich ging die Bewertung für den Freundeskreis für Kinder mit erhöhtem Bedarf um ca. 19 Prozentpunkte auf 72 % zurück. Vor allem die Betroffenen aus Afghanistan, Irak und Syrien fühlten sich sehr stark eingeschränkt. Während der Freundeskreis auf Ebene der Gesamtbevölkerung in dieser Gruppe eine wichtige Rolle spielt, sagten nur 27 % der Betroffenen, dass sie im guten Austausch mit Freund/innen sind. Auch betroffene Personen unter 18 Jahren aus der Türkei berichteten im Vergleich zu ihrer Gesamtbevölkerung einen Rückgang von fast 30 Prozentpunkten, jedoch lag die Wertung für diese Gruppe mit 63 % auf einem hohen Niveau. Auch für die Gruppe ohne Migrationshintergrund zeigte sich ein Rückgang, die Bewertung blieb jedoch über dem Durchschnitt. Am besten bewerteten Kinder und Jugendliche mit erhöhtem Versorgungsbedarf der Gruppe EU-13 ihren Freundeskreis.

Österreichweit bewältigten den schulischen Alltag 76 % der Kinder und Jugendlichen mit speziellem Bedarf gut, ein Unterschied von über 10 Prozentpunkten im Vergleich zur gesamten Bevölkerung der 3 bis 17-Jährigen. Vor allem für Kinder und Jugendliche aus der Türkei und aus EU-15 & EFTA + UK dürfte das Vorliegen eines solchen erhöhten Bedarfs starke Auswirkungen auf den Alltag in Schule und Kindergarten haben. Nur 60 % sagten, sie schaffen schulische Anforderungen und hatten Spaß. Gleichzeitig war es für die Bedürftigen aus Afghanistan, Irak und Syrien und aus EU-13 weniger problematisch, 86 % kamen gut zurecht. Überdurchschnittliche 82 % der Kinder und Jugendlichen ohne Migrationshintergrund und mit erhöhtem Bedarf kommen mit der Schule ebenso gut zurecht.

7 Überblick über die ambulante Versorgung

Dieser Abschnitt erläutert einige Aspekte der medizinischen Versorgungslage im ambulanten Bereich für die Bevölkerung unter 18 Jahren. E-card Daten zur Inanspruchnahme der Kinder und Jugendlichen zeigen, dass für die Versorgung neben Fachärzt/innen mit Kinderschwerpunkten, Hausärzt/innen eine wichtige Rolle spielen. Während in Abschnitt 8 eine Differenzierung der Inanspruchnahme zwischen Migrationsgruppen sowohl in Bezug auf Allgemeinmedizin als auch auf Fachärzt/innen vorgenommen wurde, beschränkt sich dieser Abschnitt auf die Übersicht der österreichweiten, ambulanten Versorgungssituation von Kindern und Jugendlichen zwischen 2014 und 2019, jene zwei Zeitpunkte für die auch die Daten der ATHIS Kinderfragenbögen analysiert wurden, Abschnitt 3. Unterschiede in diesem Zeitraum, insbesondere in der kassenmedizinischen Versorgung⁹ zwischen den Bundesländern und zwischen Ballungsräumen, bleiben unberücksichtigt, könnten jedoch wesentliche Auswirkungen auf den Grad der adäquaten Behandlung haben (Hofmarcher & Singhuber, 2020; Kaleta et al., 2022).

Die Anzahl der Ärzt/innen wächst rascher als die Bevölkerung unter 18 Jahren.

2019 wurden 1,5 Millionen Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren von 1.560 Ärzt/innen mit Kinderschwerpunkt versorgt. Zwischen 2014 und 2019 wuchs diese Bevölkerung um 2,7 %, die Anzahl der Ärzt/innen mit Kinderschwerpunkten um 13 %, Tabelle 5.

Tabelle 5: Generell wächst der Versorgungsgrad stärker als die Bevölkerung unter 18

Jahr	Bevölkerung unter 18	Alle Fachärzt/innen mit Kinderschwerpunkt, absolut	Alle Hausärzt/innen, absolut	Memorandum Item		
				Gesamte ambulante Gesundheitsausgaben, 0-18 in Mio. EUR, nominell	Gesamte Gesundheitsausgaben, 0-18 in Mio. EUR, nominell	Ambulante Ausgaben % gesamte Ausgaben
2014	1 491 126	1 374	13 633	926	1 749	53
2015	1 494 112	1 440	13 811			
2016	1 518 088	1 498	13 975			
2017	1 520 526	1 607	13 620			
2018	1 521 116	1 650	13 523			
2019	1 531 378	1 560	14 805	1 189	2 129	56
Veränderung in % 2014/2019	2,7	13,5	8,6	28,5	21,7	

Quelle: Österreichische Ärztekammer (2020), Statistik Austria (2022), HS&I-eigene Berechnungen.

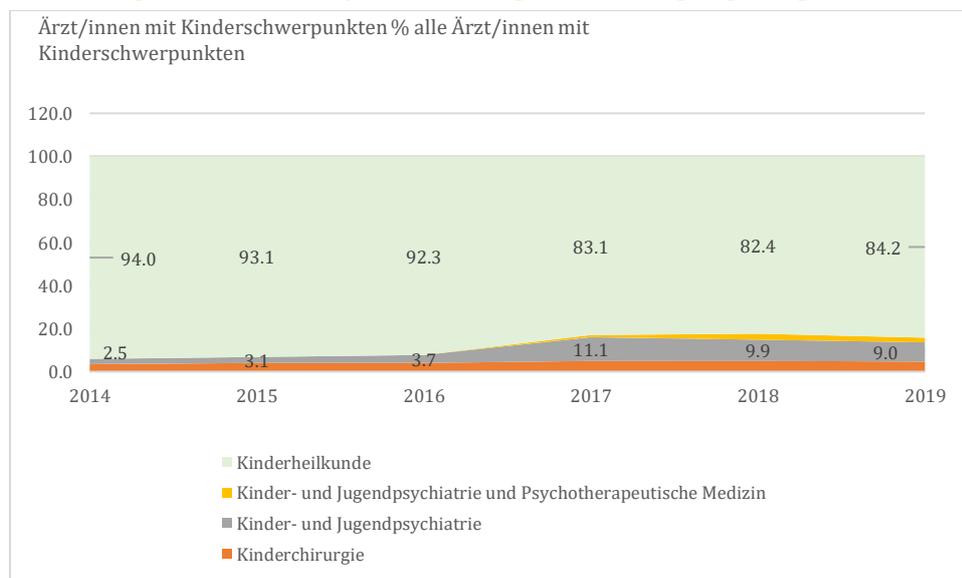
Registrierte Ärzt/innen der Allgemeinmedizin sind für die Versorgung der Bevölkerung unter 18 Jahren wichtig, Abbildung 33. Ihre Zahl stieg im Beobachtungszeitraum um 8,6

⁹ Die Daten zu den Ärzt/innen wurden risikobereinigt; dort wo beispielsweise viele ältere Menschen leben, sind mehr Ärzt/innen notwendig. Details zur Bereinigung finden sich [hier](#).

% von 13.633 auf 14.805. Die gesamte ambulante Versorgung der unter 18-Jährigen¹⁰ kostete 2014 geschätzte 925 Mio. EUR, 2019 1.189 Mio. EUR, ein Anstieg von etwa 28 %. Damit wuchsen sie im Beobachtungszeitraum stärker als die gesamten Gesundheitsausgaben¹¹ (21 %), die 2019 für die Bevölkerung unter 18 Jahren 2.129 Mio. EUR ausmachten. Dementsprechend erhöhte sich auch der Anteil der ambulanten Ausgaben an den gesamten Ausgaben der Bevölkerung unter 18 Jahren von 53 % 2014 auf 56 % 2019.

Abbildung 32 zeigt, wie sich die Anzahl der Fachärzt/innen nach Kinderschwerpunkten im Beobachtungszeitraum entwickelte. Hatten 2014 94 % der 1.374 Fachärzt/innen Kinderheilkunde als Schwerpunkt, reduzierte sich dieser Anteil bis 2019 um etwa 10 Prozentpunkte auf 84 %. Parallel dazu stieg die Anzahl aller anderen Ärzt/innen mit Kinderschwerpunkt in derselben Größenordnung. Dabei wird diese Verschiebung durch den Aufbau der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Fachdisziplin dominiert. Die kinderchirurgische Fachdisziplin gewann ebenso an Gewicht, wenn auch weniger stark als die Kinder- und Jugendpsychiatrie. Diese Entwicklungen weisen auf Fortschritte in der Spezialisierung der Angebote für Kinder und Jugendliche hin.

Abbildung 32: Ärztliche Spezialisierung der Versorgung steigt



Quelle: Österreichische Ärztekammer (2020), eigene Berechnungen.

Global steigt der Versorgungsgrad leicht an.

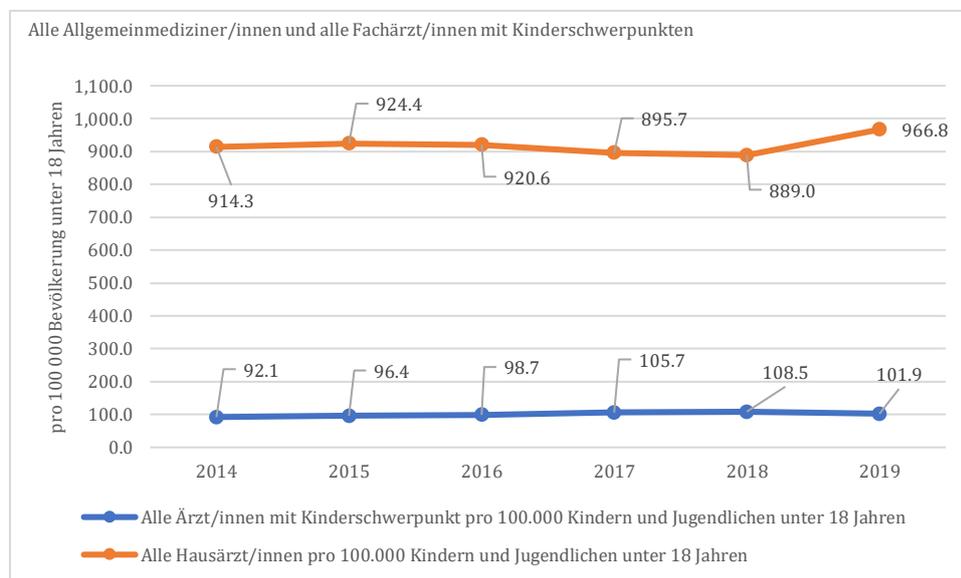
Die Versorgungsdichte für die Bevölkerung unter 18 Jahren stieg zwischen 2014 und 2019 leicht, mit Schwankungen insbesondere auch im Bereich der Fachärzt/innen mit

¹⁰ Darunter fallen Ausgaben für Spitalsambulanzen, Allgemeinmedizin, Fachärzt/innen, Zahnärzt/innen und Physio- und Psychotherapeut/innen.

¹¹ Die gesamten persönlichen Gesundheitsausgaben setzen sich zusammen aus Ausgaben für stationäre Versorgung plus Tagesklinik, ambulante Versorgung, Pflege zu Hause, Arzneimittel und Heil- und Hilfsmittel, Anhang 4.

Kinderschwerpunkten, Abbildung 33. Während 2014 92 dieser Ärzt/innen für Kinder und Jugendlichen unter 18 sorgten, waren es 2019 101 Fachärzt/innen.

Abbildung 33: Global verbesserte sich der Versorgungsgrad leicht



Quelle: Österreichische Ärztekammer (2020), eigene Berechnungen.

Das Pflegepersonal hat in Österreich im Vergleich zu anderen Ländern nur wenige Befugnisse. Mit 6,9 Krankenpflegefachkräften je 1.000 Einwohner/innen ist auch die Versorgungsdichte, etwa im Vergleich zu Deutschland mit 13,2 Personen je 1.000 Einwohner/innen, niedrig. Dies dürfte auch auf andere Gesundheitsdienste zutreffen, wie kassenfinanzierte Ergotherapie, Logopädie und Psychotherapie. Gleichzeitig haben Migrant/innen eine hohe Meinung vom Gesundheitswesen in Österreich. Insbesondere praktische Ärzt/innen und Therapeut/innen werden sehr wert geschätzt¹², Fachärzt/innen rangieren auf Platz 3. Im Gegensatz dazu ist die Zufriedenheit mit dem stationären Sektor im Vergleich bescheiden (Hofmarcher & Singhuber, 2021).

Obwohl es eine Reihe von Initiativen z.B. seitens der sozialen Krankenversicherung gibt (SV 2021), die Gesundheit der Versicherten und ihrer Kinder zu stärken und auszubauen, ist nicht klar wie diese Projekte Hand in Hand mit der kassenfinanzierten haus- und fachärztlichen Versorgung der Bevölkerung unter 18 Jahren einhergehen. Mit ihrem Schwerpunkt zu Kinderarmut zeigt auch die Volkshilfe (2021) Wege auf Kinderarmut zu verringern, wobei hier kein expliziter Fokus auf Kinder mit Migrationshintergrund gelegt wird. Haushalte in Gruppen von Herkunftsländern mit Migrationshintergrund verfügen

¹² 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, was sich auch für Menschen aus der Türkei bestätigen dürfte (Hofmarcher & Singhuber, 2021).

häufig über geringe Einkommen im Vergleich zu jenen ohne Migrationshintergrund und jenen aus anderen reichen EU-Ländern, Abbildung 10, Abschnitt 5.1.

Die Versorgung der Bevölkerung unter 18 durch Kassenmedizin stagniert.

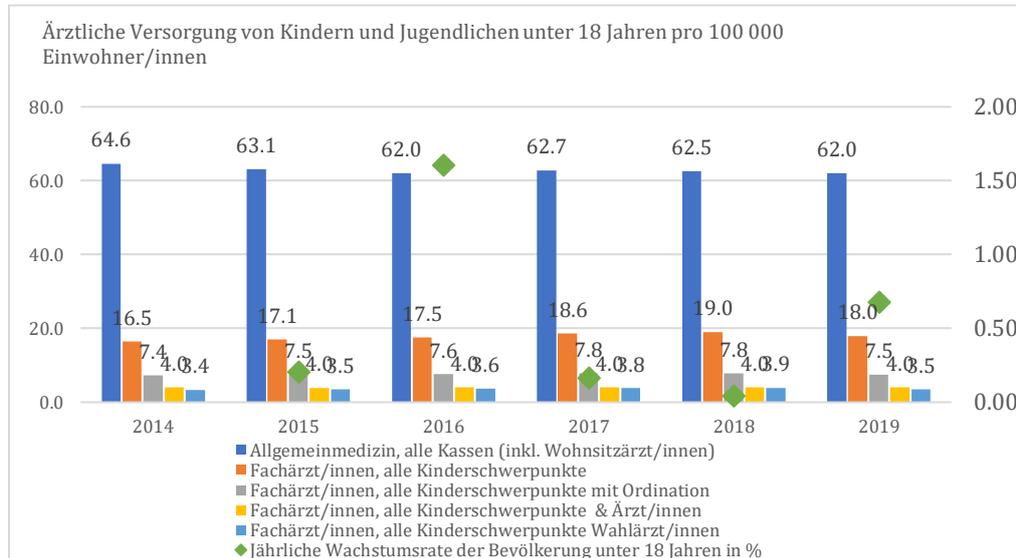
Trotz der gut entwickelten Ausstattung des österreichischen Gesundheitssystems, mit wachsendem Personal und modernisierten Spitalskapazitäten¹³, stagniert die niederschwellige, kinderärztliche Versorgung (Abbildung 31), bei gleichzeitig gegebenem Bedarf, Abschnitt 6.3. So ein Bedarf umfasst beispielsweise die Sprachtherapie, die Ergotherapie und Einschränkungen im Alltag. Während zwischen 2014 und 2019 der Versorgungsbedarf insgesamt leicht rückgängig war, gibt es bedeutsame Unterschiede zwischen den Gruppen der Herkunftsländer zu Ungunsten der Kinder und Jugendlichen mit Migrationshintergrund im Vergleich zu Personen unter 18 ohne Migrationshintergrund, bzw. jenen aus anderen reichen EU-Ländern, Abbildung 7, Abschnitt 5.1.

Österreichweit war die Dichte aller Ärzt/innen der Allgemeinmedizin mit Kassenvertrag etwas mehr als drei Mal so hoch wie die Dichte aller Ärzt/innen mit Kinderschwerpunkten. Gegenüber 2014 verbesserte sich die Versorgungslage durch die Ärzt/innen mit Kinderschwerpunkten leicht. 2019 gab es 18 Ärzt/innen pro 100.000 Einwohner/innen mit diesen Qualifikationen, 2014 waren es 16,5 Ärzt/innen mit Kinderschwerpunkten, Abbildung 34. Während die Fachdisziplin Kinderpsychiatrie und Psychotherapeutische Medizin erst seit 2017 registriert und im Aufbau ist und damit voraussichtlich den Bedarf nicht ausreichend deckt, war die Dichte der Ärzt/innen mit Kinderschwerpunkt und mit Ordination zwischen 2014 (7,4 pro 100.000 Einwohner/innen) und 2019 konstant (7,5 pro 100.000 Einwohner/innen). Etwa die Hälfte der Ärzt/innen mit Ordination hatten im Beobachtungszeitraum einen Kassenvertrag. Auch in diesem Bereich stagnierte der Versorgungsgrad. Der Versorgungsgrad durch allgemein-medizinische, kassenfinanzierte Ärzt/innen verringerte sich sogar gegenüber 2014 und erreichte 2019 das Niveau von 62 Ärzt/innen der Allgemeinmedizin pro 100.000 Einwohner/innen. Und dies obwohl dieses Versorgungssetting für Kinder und vor allem für Jugendliche sehr wichtig ist, Abbildung 35. Auch die Dichte der Wahlärzt/innen mit Kinderschwerpunkten - im Beobachtungszeitraum auf dem Niveau jener der Kassenärzt/innen mit

¹³ Österreichs Gesundheitssystem ist gut ausgebaut: In den 264 Allgemeinen Krankenanstalten, in Sonderkrankenanstalten und Genesungsheimen, Sanatorien und Pflegeanstalten für chronisch Kranke (Statistik Austria, 2018) wurden 2018 Patient/innen in 64.285 Betten von 118.646 Personen betreut. Insgesamt waren 2018 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 % der österreichischen Bevölkerung versichert sind, basierend auf den Versichertenzahlen der österreichischen Gebietskrankenkassen und der Betriebskrankenkassen im Jahr 2017 (HVSV, 2018). Diese Träger wurden am 1.1.2020 zur ÖGK zusammengelegt.

Kinderschwerpunkten – blieb ebenso konstant¹⁴. Die Bevölkerung der unter 18-jährigen Personen wuchs besonders stark in den Jahren 2016 und 2019.

Abbildung 34: Die Kassenmedizin für die unter 18-Jährigen stagniert



Quelle: Österreichische Ärztekammer (2020), HS&I-eigene Berechnungen.

Breiter Krankenversicherungsschutz ist gegeben, aber es gibt Risiken.

Durch das hohe Versorgungsniveau, das Ärzt/innen-zentrierte Angebot, sowie den Fokus auf den stationären Sektor, sind auch die laufenden österreichischen Gesundheitsausgaben im internationalen Vergleich hoch. 10,4 % des Bruttoinlandsprodukts oder 41,1 Mrd. EUR wurden im Jahr 2019 für Gesundheit ausgegeben. Davon wurden 32,6 Mrd. EUR von öffentlicher Hand, und 11,5 Mrd. EUR, also rund ein Viertel, von privaten Haushalten getragen. Direkte Zahlungen an Wahlärzt/innen der Allgemeinmedizin (ca. 122 Mio. EUR) und in den Fachdisziplinen (ca. 390 Mio. EUR) betragen 2014 insgesamt 512 Mio. EUR (Hofmarcher, 2014). Wieviel von diesen Beträgen im Bereich der Versorgung von Kindern und Jugendlichen unter 18 anfallen, ist nicht erhebbar.

Allgemein gilt, dass niedrige private Ausgaben darauf hinweisen, dass die Leistungskataloge der Krankenversicherungen großzügig ausgestattet sind. Umgekehrt bedeuten hohe private Ausgaben, dass bestimmte Gesundheitsleistungen nicht von den Krankenkassen gedeckt und damit für Personen mit niedrigem Einkommen nicht erschwinglich sind. Da Familien von Migrant/innen häufig zu den Niedrigverdienern gehören, Abbildung 10, kann es für Kinder und Jugendliche zu ungedecktem Versorgungsbedarf kommen. Dieser besteht neben allen Barrieren des Zugangs, den

¹⁴ Sowohl Niveau als auch Entwicklung der Dichte von Wahlärzt/innen unterscheidet sich zwischen den Bundesländern erheblich, z.B. hat Wien eine deutliche höhere Dichte als andere vergleichbare Bundesländer (Hofmarcher & Singhuber, 2020).

Kinder und Jugendliche mit Fluchterfahrung und Migrationshintergrund häufig vorfinden, Abschnitt 2.

Wichtiger noch für benachteiligte Personen als hohe private Ausgaben ist ein höheres Risiko keinen geeigneten Krankenversicherungsschutz zu haben. Obwohl der Krankenversicherungsschutz in Österreich umfassend ist und der Zugang zu Versorgung für Migrant/innen grundsätzlich niederschwellig ist (Hofmarcher & Singhuber, 2021), fluktuiert das Niveau der Anzahl der geschützten Personen. Dies betrifft auch Menschen oder Familien aus Ländern der Europäischen Union sowie aus Drittländern, die in Österreich nicht erwerbstätig sind und auch über keine Sozialleistungsansprüche verfügen, sowie Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus und deren Kinder. Obwohl es Hinweise gibt, dass der Status „Nicht-Versicherung“ durch gesetzliche Nachschärfungen seit 2003 nicht stark zugenommen hat, zeigen Fuchs et al. (2018) beispielsweise, dass Männer häufiger von Nicht-Versicherung betroffen sind als Frauen. Dabei finden sich relevante Versicherungslücken in erster Linie bei männlichen Jugendlichen bzw. jüngeren Erwachsenen unter 30 Jahren. Dies kann darauf hinweisen, dass Kinder und Jugendliche, begleitet oder unbegleitet und mit oder ohne Fluchterfahrung und Migrationshintergrund, insbesondere aus Drittstaaten ein relativ hohes Risiko haben, ohne Versicherungsschutz zu sein.

Die Kassenmedizin ist wichtig, nicht nur für Migrant/innen.

Besonders für sozial benachteiligte Menschen ist die kassenärztliche Versorgung eine wichtige Anlaufstelle bei gesundheitlichen Problemen. 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. Zunehmend übernehmen aber Wahlärzt/innen in urbanen Gebieten die Versorgung. Dies kann auch den Rückgang der e-card Konsultationen für bessergestellte Haushalte begründen, Abbildungen 36 und 37.

Es fällt auf, dass Frauen bei den Kassen-§2-Ärzt/innen deutlich schwächer vertreten sind, was ebenso Hürden in der Versorgung von Migrant/innen bedeuten kann. Frauen betreiben 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 Migrant/innen wünschen sich aber von weiblichem Gesundheitspersonal behandelt zu werden (Ganahl et al., 2016; Hollomey et al., 2014).

8 Inanspruchnahme und Kosten der Versorgung von Kindern und Jugendlichen

Während die Gesundheitsbefragung ATHIS für die Altersgruppen ab 15 Jahren und älter Angaben zur Inanspruchnahme der meisten Gesundheitsleistungen enthält (Hofmarcher & Singhuber, 2021), konzentrieren sich die ATHIS Daten für Kinder und Jugendliche auf speziellen Versorgungsbedarf (Abschnitt 6) und auf mehrere Dimensionen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Abschnitt 5).

Um die Inanspruchnahme der Bevölkerung unter 18 Jahren zu erfassen wurden e-card Konsultationen des DVSV für Schlüsselbereiche der kassenärztlichen Gesundheitsversorgung wie die:

- Hausärztliche Versorgung,
- Versorgung durch Ärzt/innen der Kinder- und Jugendheilkunde und die
- Stationäre Versorgung

nach Altersgruppen beschafft und analysiert. Damit Zeitvergleiche möglich werden, wurden die e-card Daten für die Jahre 2014 und 2019 ausgewertet. Diese Daten bilden die Grundlage für die Ermittlung der Kosten für Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren für das Jahr 2019, Abschnitt 3 und Anhang 2. Dieser Abschnitt präsentiert die Daten zur Inanspruchnahme und die Kosten in den genannten Bereichen nach Migrationshintergrund, Österreich gesamt und nach Geschlecht.

Da keine e-card Informationen zur Inanspruchnahme von nicht-medizinischen ambulanten Leistungen vorliegen, müssen wir uns auf Konsultationen bei Allgemeinmediziner/innen sowie Kinder- und Jugendmediziner/innen beschränken. Auch für den stationären Sektor liegen keine Informationen über tagesklinische Aufenthalte vor, sondern nur die Daten zu „Aufenthalten“, die tagesklinische Leistungen beinhalten könnten, wenn eine „Tagesklinik“ als Aufenthalt klassifiziert war. Darüber hinaus bilden die Informationen zum stationären Sektor weder die Komplexität noch die Dauer der Aufenthalte ab, was zur Unterschätzung der Ausgaben führt. Für die Inanspruchnahme bzw. Nachfrage werden die Begriffe „Konsultationen“ und „Besuche“ synonym verwendet.

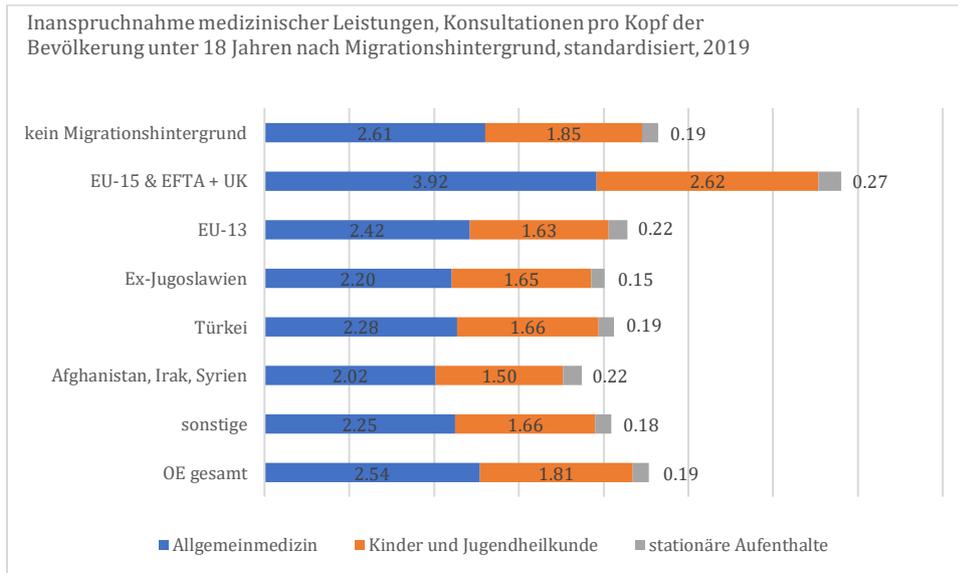
8.1 Inanspruchnahme nach Migrationsgruppen im Überblick

Abbildung 35 zeigt die jährliche Inanspruchnahme medizinischer Leistungen nach Migrationshintergrund für Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendheilkunde sowie für stationäre Aufenthalte.

Allgemeinmediziner/innen, also Hausarzt/innen, mit Kassenvertrag spielen bei der Versorgung der unter 18-Jährigen die größte Rolle. Insgesamt konsultierten Österreichs Kinder und Jugendliche 2,54-mal pro Jahr eine/n Hausarzt/in, 1,81 mal pro Jahr eine/n

Kinder- und Jugendmediziner/in und 0,19-mal pro Jahr wurden stationäre Aufenthalte registriert. Die meisten durchschnittlichen Konsultationen bzw. Aufenthalte ergaben sich dabei für die Gruppe EU-15 & EFTA + UK. Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren aus EU-13 und aus Afghanistan, Irak und Syrien nahmen stationäre Dienste vergleichsweise deutlich öfter in Anspruch als andere Gruppen.

Abbildung 35: Inanspruchnahme ausgewählter medizinischer Leistungen pro Kopf



Quelle: DVSV (2022), Statistik Austria (2022), HS&I-eigene Berechnungen.

Diese Werte sind jedoch mit altersspezifischen Unterschieden verbunden. Die Inanspruchnahme für Kinder- und Jugendheilkunde fällt beispielsweise mit dem Alter. Im ambulanten Bereich wird demnach die Anzahl der Besuche bei Allgemeinmediziner/innen mit zunehmendem Alter der Kinder und Jugendlichen stärker. Die Anzahl der stationären Aufenthalte fällt ebenfalls mit steigendem Alter. Aber für die Gruppe der 14 bis 17-jährigen Mädchen und jungen Frauen steigt sie wieder leicht an. Auch geschlechtsspezifisch bestehen Unterschiede. Insgesamt nahmen männliche unter 18-Jährige mehr Leistungen in den drei beobachteten Sektoren in Anspruch. Auf diese Unterschiede wird im Folgenden genauer eingegangen.

8.2 Ausgaben nach Migrationsgruppen im Überblick

Tabelle 6 fasst Kostenkomponenten zusammen, die wir mit Hilfe der Nachfrageinformation durch e-card Daten berechnen konnten, Abschnitt 3. Sie gibt für diese Ausgabenbereiche auch den Anteil an den gesamten ambulanten Ausgaben für alle Altersgruppen an, siehe auch Hofmarcher & Singhuber (2021).

Dadurch konnten wir etwa 1 Mrd. EUR erfassen, die für die unter 18-Jährigen für diese drei Leistungsbereiche 2019 aufgewendet wurden. Bezogen auf die gesamten Ausgaben von etwa 2 Mrd. EUR für die unter 18-Jährigen waren das 46 %. Da die gesamten ambulanten Ausgaben für diese Altersgruppe (1,19 Mrd. EUR) auch die privaten Ausgaben z.B. für Wahlärzt/innen enthalten, ist der gesamte Anteil der berechneten

Ausgaben nach Migrationsgruppen relativ gering, 37%. Da die stationäre Versorgung in unserer Auswertung nicht nach Leistungstiefe und Dauer der Inanspruchnahme unterschieden wurde, entspricht der Anteil an stationären Ausgaben in Bezug auf die Aufenthalte der unter 18-Jährigen jenem der gesamten Ausgaben für diese Altersgruppe, dies waren 2019 ca. 540 Mio. EUR, Tabelle 8.

Tabelle 6: Ausgaben der unter 18-Jährigen nach Migrationshintergrund, standardisiert, 2019

Migrationshintergrund nach Herkunftsland der Mutter	Ausgaben der Bevölkerung unter 18 Jahren, in Mio. EUR			Ausgaben der gesamten Bevölkerung, in Mio. EUR	Ausgaben der Bevölkerung unter 18 Jahren in % Gesamt		
	Allgemein-, Kinder- und Jugendmedizin	Stationäre Aufenthalte	Gesamt		Ambulant	Stationär	Gesamt
kein Migrationshintergrund	335	404	740	19.584	1,7	2,1	3,8
EU-15 & EFTA + UK	13	16	29	831	1,6	1,9	3,5
EU-13	28	33	60	1.327	2,1	2,5	4,6
Ex-Jugoslawien	25	30	55	1.196	2,1	2,5	4,6
Türkei	17	21	37	628	2,7	3,3	6,0
Afghanistan, Irak, Syrien	11	14	25	164	6,7	8,3	14,9
sonstige	19	23	41	563	3,3	4,0	7,3
Österreich gesamt	447	540	987	24.294	1,8	2,2	4,1
Memorandum Item	ambulant	stationär	Gesamt				
Gesamte Ausgaben unter 18-Jährige	1.189	540	2.129				
% Gesamt	37,6	100,0	46,4				

Quelle: DSVS (2022), Statistik Austria (2022), Hofmarcher & Singhuber (2021), HS&I-eigene Berechnungen.

Die für die unter 18-Jährigen berechneten Ausgaben entsprachen einem Anteil von 4 % der Ausgaben für ambulante und stationäre Leistungen für die gesamte Bevölkerung über alle Altersgruppen. Dabei entfielen insgesamt 1,8 % auf den ambulanten Sektor und 2,2 auf den stationären Bereich. Im Vergleich der Bevölkerungsstruktur in anderen Gruppen mit geringem Ausgabeniveau sind überdurchschnittlich viele Menschen aus Afghanistan, Irak und Syrien unter 18 Jahren, 38 % ihrer gesamten Bevölkerung, Tabelle 2. Somit wird der Großteil der Ausgaben von jungen Menschen verbraucht. Dies führt zu einem hohen Anteil an den gesamten Ausgaben für ambulant und stationär, da nur ganz wenig oder keine Ausgaben für Menschen aus Afghanistan, Irak und Syrien in höheren Altersgruppen anfallen. Das Niveau der Ausgaben für die 0 bis 18-Jährigen ist jedenfalls unterdurchschnittlich, auch auf Pro-Kopf-Basis, gegeben die unterdurchschnittliche Inanspruchnahme, Abbildung 35. Auch die Bevölkerungen unter 18 Jahren aus der Türkei und aus sonstigen Ländern haben einen überdurchschnittlichen Ausgabenanteil, der durch mehr Nachfrage bzw. höhere Ausgaben im Vergleich zu anderen Gruppen sowohl im ambulanten als auch in den stationären Bereichen entstehen dürfte. Die nachfolgenden

Abschnitte detaillieren die Daten zur Nachfrage und zu den Kosten nach Migrationshintergrund, Geschlecht und Altersgruppen.

8.3 Inanspruchnahme Allgemeinmedizin

Die kassenärztliche Allgemeinmedizin erreicht viele Migrant/innen.

2019 konsultierten Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren Hausarzt/innen pro Kopf 2,62-mal. Insgesamt verringerte sich die Häufigkeit der Konsultationen in der Allgemeinmedizin zwischen 2014 (2,78 pro Jahr) und 2019 (2,62 pro Jahre), für Mädchen und junge Frauen etwas mehr als für Burschen und junge Männer. Dieser Rückgang spiegelt sich insbesondere in weniger Konsultationen 2019 in der Gruppe EU-15 & EFTA inklusive UK. Gleichzeitig stiegen die Konsultationen für die unter 18-Jährigen, die aus der Türkei, Ex-Jugoslawien, der Herkunftslandgruppe EU-13 und sonstigen Ländern kamen, Abbildung 36.

Allgemeinmedizin ist unter jungen Männern populär und wichtig für Versorgung.

Insgesamt besuchten die heimischen Burschen im Jahr 2019 2,56-mal eine/n Allgemeinmediziner/in. Dies sind etwas mehr Konsultationen als dies für Mädchen, mit 2,52-mal, der Fall war, Abbildung 36. Mit zunehmendem Alter steigt die Inanspruchnahme in diesem Setting, sowohl für männliche als auch weibliche unter 18-Jährige.

Die Nachfrage der Gruppe EU-15 & EFTA + UK nach Leistungen der Allgemeinmedizin war sowohl für Mädchen als auch Burschen die jeweils stärkste, aber auch der Rückgang gegenüber 2014. Die Gruppe ohne Migrationshintergrund hatte mit 2,64 Arztbesuchen für Burschen und 2,57 für Mädchen ebenfalls eine vergleichsweise hohe Anzahl an jährlichen Konsultationen. Mit knapp zwei Besuchen 2019 war die Nachfrage für die Bevölkerung unter 18 aus Afghanistan, Irak und Syrien am geringsten. Dies gilt für Mädchen wie auch für Burschen.

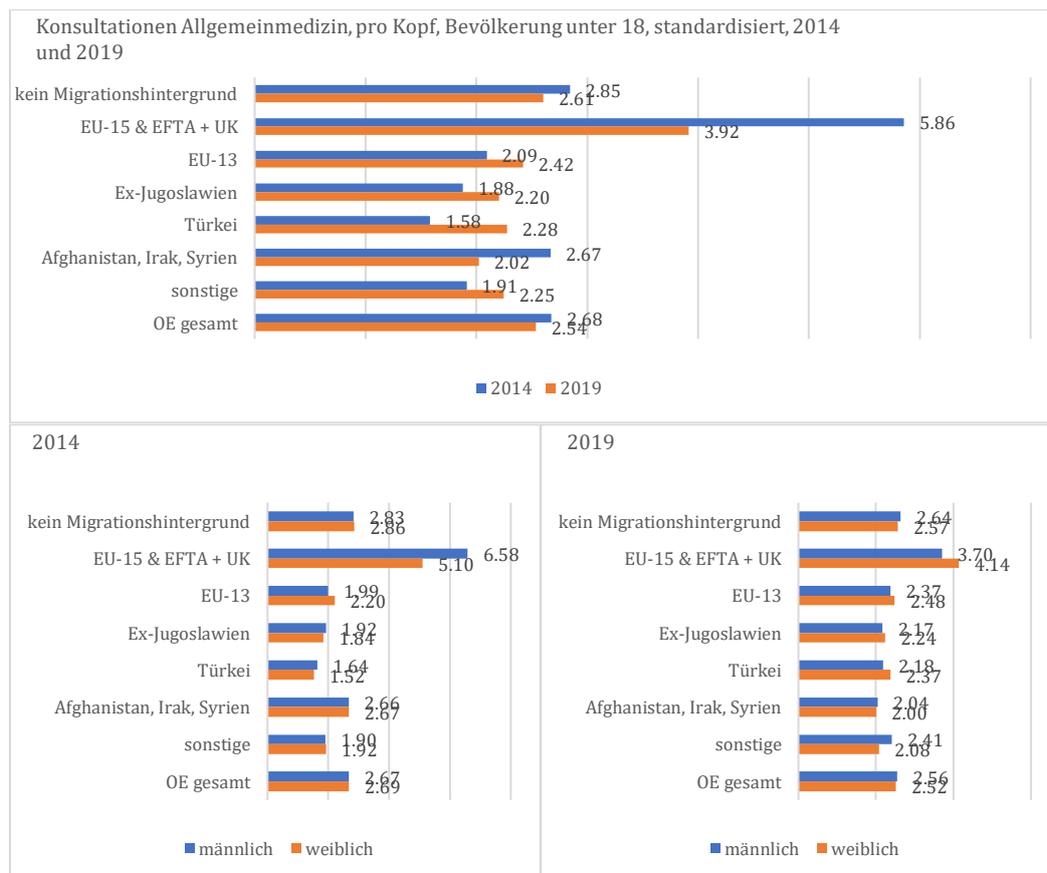
8.4 Inanspruchnahme Kinder- und Jugendheilkunde

Kinder- und Jugendheilkunde wird für Migrant/innen bedeutsamer.

Während insgesamt das Niveau der Konsultation in der Allgemeinmedizin 2019 (2,54 Konsultationen) höher war als in der Fachdisziplin Kinder- und Jugendheilkunde (1,81 Konsultationen), nahm die Bedeutung des Faches für die Bevölkerung unter 18 Jahren mit Migrationshintergrund zu. So gab es 2019 mehr Konsultationen der unter 18-Jährigen in diesem Bereich als 2014 in den Gruppen EU-13, Ex-Jugoslawien, Türkei und sonstige Länder. Gleichzeitig wurde der Rückgang an Konsultationen zwischen 2014 und 2019 auch in diesem Bereich durch deutlich weniger Besuche von Kindern und Jugendlichen aus den EU-15 & EFTA + UK getrieben. Ein Rückgang ist auch für die Gruppe ohne

Migrationshintergrund erkennbar (-0,15 Konsultationen), allerdings deutlich geringer und etwa die Hälfte des Rückgangs im Bereich Allgemeinmedizin (-0,24 Konsultationen). Wahrscheinlich spielt hier die Versorgungsstruktur eine Rolle. Die Kassenmedizin durch Hausarzt/innen und Ärzt/innen mit Kinderschwerpunkten stagniert, Abschnitt 7, die Dichte der Wahlärzt/innen nimmt zu, allerdings unterschiedlich stark zwischen den Bundesländern.

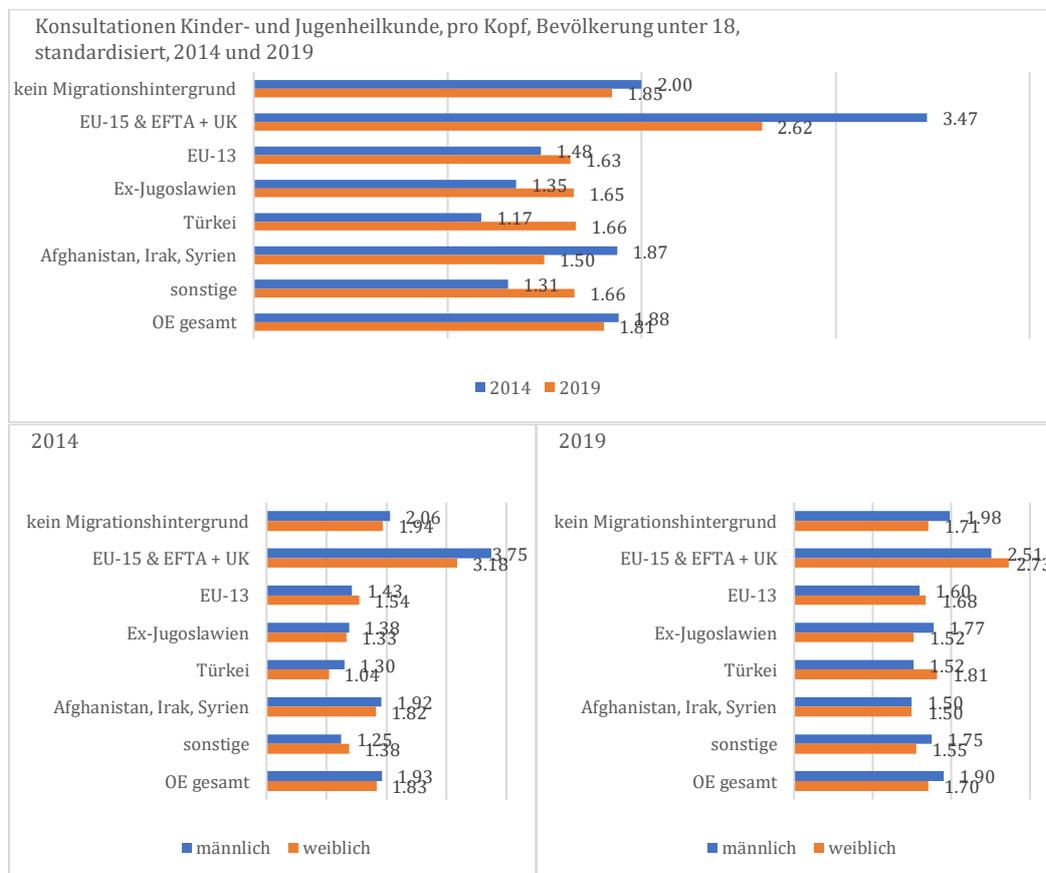
Abbildung 36: Inanspruchnahme Allgemeinmedizin



Quelle: DSVS (2022), Statistik Austria (2022), HS&I-eigene Berechnungen.

Mädchen im Kindesalter brauchen deutlich weniger Leistungen als Burschen.

Insgesamt konsultierten Österreichs unter 18-Jährige Kinder- und Jugendmediziner/innen 1,81-mal pro Jahr. Burschen lagen mit 1,90 Besuchen leicht über diesem Wert. Bei Mädchen waren es 1,70 Besuche. Der Unterschied zwischen den Geschlechtern ist darauf zurück zu führen, dass die Nachfrage nach medizinischen Leistungen der Mädchen im jüngeren Alter generell niedriger ist als für Burschen. Diese generell niedrigere Nachfrage in jungen Jahren, in Verbindung mit der mit steigendem Alter abnehmenden Bedeutung der Kinder- und Jugendmediziner/innen, dürften diese Unterschiede erklären. Ähnlich verhält es sich auch bei den Unterschieden in der Nachfrage nach allgemeinmedizinischen Leistungen, auch hier ist die Inanspruchnahme vor allem im Alter von 7 bis 17 bei Mädchen schwächer, mit höherer Relevanz dieser Leistungen mit steigendem Alter.

Abbildung 37: Inanspruchnahme Kinder- und Jugendheilkunde


Quelle: DSVS (2022), Statistik Austria (2022), HS&I-eigene Berechnungen.

Konsultationen der Gruppe EU-15 & EFTA + UK in dieser Fachdisziplin waren am häufigsten. Sowohl männliche als auch weibliche unter 18-Jährige besuchten mehr als zweimal Kinder- und Jugendmediziner/innen. Auch die Gruppe ohne Migrationshintergrund lag über dem österreichweiten Durchschnitt für beide Geschlechter. Die Bevölkerung unter 18 Jahren mit Migrationshintergrund aus Afghanistan, Irak und Syrien hatte - gefolgt von jenen aus den EU-13 Ländern, Ex-Jugoslawien und Türkei - die geringste Nachfrage, wenn auch für Kinder und Jugendliche aus den letzteren Herkunftsländern 2019 erkennbar mehr als 2014.

8.5 Ausgaben der ambulanten Behandlung

Die mit der Inanspruchnahme ambulanter Leistungen in Verbindung stehenden, berechneten Kosten werden in Tabelle 7 dargestellt. Diese inkludiert geschätzte pro-Kopf Kosten, die in den einzelnen Migrationsgruppen 2019 nach Geschlecht entstanden sind, sowie die Gesamtausgaben für Allgemeinmedizin und Kinder- und Jugendheilkunde.

Für hausärztliche Versorgung wurden 2019 durchschnittlich 144 EUR pro Kopf ausgegeben, für Leistungen der Kinder- und Jugendheilkunde waren es 147 EUR. Pro-Kopf wurde für Kinder und Jugendliche aus EU-15 & EFTA + UK am meisten ausgegeben, gefolgt von der Bevölkerung unter 18 Jahren ohne Migrationshintergrund. Die geringsten Pro-Kopf Ausgaben entfallen auf Kinder und Jugendliche aus Afghanistan, Irak und Syrien.

Tabelle 7: Geschätzte Ausgaben für Allgemeinmedizin sowie Kinder- und Jugendheilkunde, Bevölkerung unter 18 Jahren nach Migrationshintergrund, standardisiert, 2019

Migrationshintergrund nach Herkunftsland der Mutter	Allgemeinmedizin				Kinder- und Jugendheilkunde				Gesamt	
	Kosten, pro Kopf			Ausgaben in Mio. EUR	Kosten, pro Kopf			Ausgaben in Mio. EUR	Ausgaben in Mio. EUR	Anteil in %
	männlich	weiblich	gesamt	gesamt	männlich	weiblich	gesamt	gesamt	gesamt	gesamt
kein Migrationshintergrund	158	137	148	166	162	140	151	170	335	75%
EU-15 & EFTA + UK	218	222	220	7	223	227	225	7	13	3%
EU-13	141	133	137	14	145	136	141	14	28	6%
Ex-Jugoslawien	130	122	126	12	133	124	129	13	25	6%
Türkei	127	127	127	8	130	130	130	8	17	4%
Afghanistan, Irak, Syrien	120	106	113	5	123	108	116	6	11	2%
sonstige	145	113	129	9	148	115	132	9	19	4%
OE gesamt	153	135	144	221	156	138	147	226	447	

Quelle: DSVS (2022), Statistik Austria (2022), HS&I-eigene Berechnungen.

Personen aus Afghanistan, Irak und Syrien sind vergleichsweise sehr jung.

Im Durchschnitt waren 18 % der gesamten Bevölkerung Österreichs 2019 unter 18 Jahren, in der Gruppe Afghanistan, Irak und Syrien waren es mit 38 % deutlich mehr, Tabelle 2. Das hat Auswirkungen auf die Struktur der Kostenanteile im ambulanten Sektor, Tabelle 6. Insgesamt wurden 2019 für unter 18-Jährige für Allgemeinmedizin 221 Mio. und weitere 226 Mio. Euro für Kinder- und Jugendheilkunde ausgegeben. Die Ausgaben für diese beiden Säulen der ambulanten Versorgung zusammen beliefen sich somit auf 447 Mio. EUR. Das waren 2019 ca. 6 % der ambulanten Gesamtausgaben Österreichs von 7,5 Mrd. EUR (Hofmarcher & Singhuber, 2021). Kinder und Jugendliche aus Afghanistan, Irak und Syrien verursachten mit 11 Mio. EUR die geringsten Ausgaben in den beiden ambulanten Bereichen und damit auch den geringsten Anteil an den Gesamtkosten in beiden Bereichen. Die höchsten Ausgaben hatte die größte Bevölkerungsgruppe, jene ohne Migrationshintergrund, mit 335 Mio. EUR über beide Sektoren, mit einem Kostenanteil von 75 %.

Die Verteilung der Kosten könnte auf Herausforderungen beim Zugang hinweisen.

Das Niveau der gesamten Kosten ist für den Bereich Kinder- und Jugendheilkunde im Vergleich zur Allgemeinmedizin etwas höher. Die pro-Kopf Kosten sind für männliche Kinder und Jugendliche erkennbar höher als für weibliche. Am deutlichsten ist dieser Unterschied in der Gruppe ohne Migrationshintergrund und sonstige Länder. Hier ergaben sich für beide Bereiche Unterschiede von über 20 Euro pro Kopf; Ausnahme waren die Mädchen in der Gruppe EU-15 & EFTA inklusive UK, die höhere pro Kopf Kosten für beide Bereiche hatten als die Burschen.

In beiden Settings waren die pro Kopf Ausgaben der Gruppe EU-15 & EFTA + UK am höchsten. Dies gilt für Mädchen wie auch für Burschen. Dem folgen die Ausgaben für die Gruppe ohne Migrationshintergrund und EU-13. Für Erstere sind jedoch männliche

Kinder und Jugendliche die Kostentreiber. Die Verteilung der Kosten könnte auf finanzielle Zugangsbarrieren zwischen den Migrationsgruppen hinweisen (Anzenberger et al., 2015; Hofmarcher & Singhuber, 2021), bzw. ein Anzeichen für fehlende Informationen in manchen Gruppen gewesen sein (Runge, 2020) und/oder mit dem Rückgang der Kassenmedizin zugunsten der wahlärztlichen Versorgung zu haben (Griebler et al., 2016; Hofmarcher & Singhuber, 2020), Abschnitt 7, die sich einkommensschwache Haushalte mit Migrationshintergrund nicht leisten können.

8.6 Inanspruchnahme und Ausgaben der stationären Versorgung

Um einen Blick auf die stationäre Versorgung von Kindern und Jugendlichen machen zu können, wurden Informationen zur Anzahl der Aufenthalte in öffentlichen Fonds-Krankenanstalten analysiert, Abschnitt 7, Fußnote 12. Dies inkludiert die Zahl der stationären Aufenthalte pro Migrationsgruppe sowie die dadurch entstandenen Kosten.

Stationäre Aufenthalte nehmen in allen Gruppen zu, Fehlbelegungen?

Global betrachtet ist die Anzahl der Aufenthalte pro Kopf und Jahr auf erkennbar geringerem Niveau als dies für den ambulanten Sektor der Fall war. Gleichzeitig waren sie 2019 (0,19 Aufenthalte pro Kopf) gegenüber 2014 fast doppelt so hoch (0,11 Aufenthalte pro Kopf), Abbildung 38. Dies könnte ein Hinweis dafür sein, dass Ressourcen im ambulanten Sektor im Beobachtungszeitraum knapper wurden und die Nachfrage nach Versorgung in den stationären Sektor verschoben wurde. Da sich global betrachtet der Gesundheitszustand dieser Bevölkerungsgruppe gegenüber 2014 verbessert hat (Abbildung 22), was voraussichtlich auch zu einem Rückgang der durchschnittlichen Inanspruchnahme des ambulanten Settings führte, könnte dies auf Fehlbelegungen hinweisen. Gleichzeitig sind Zugangs- und Informationsdefizite der Bevölkerung mit Migrationshintergrund weitgehend bekannt (Runge, 2020) und könnten dazu führen, dass Spitalsaufenthalte notwendig werden, obwohl Versorgung auch außerhalb der Krankenanstalten grundsätzlich möglich wäre, aber fehlt oder für viele nicht „auffindbar“ ist. Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren, deren Nachfrage im stationären Bereich erkennbar gestiegen ist kamen aus Afghanistan, Irak und Syrien, aus EU-13, der Türkei und sonstigen Ländern.

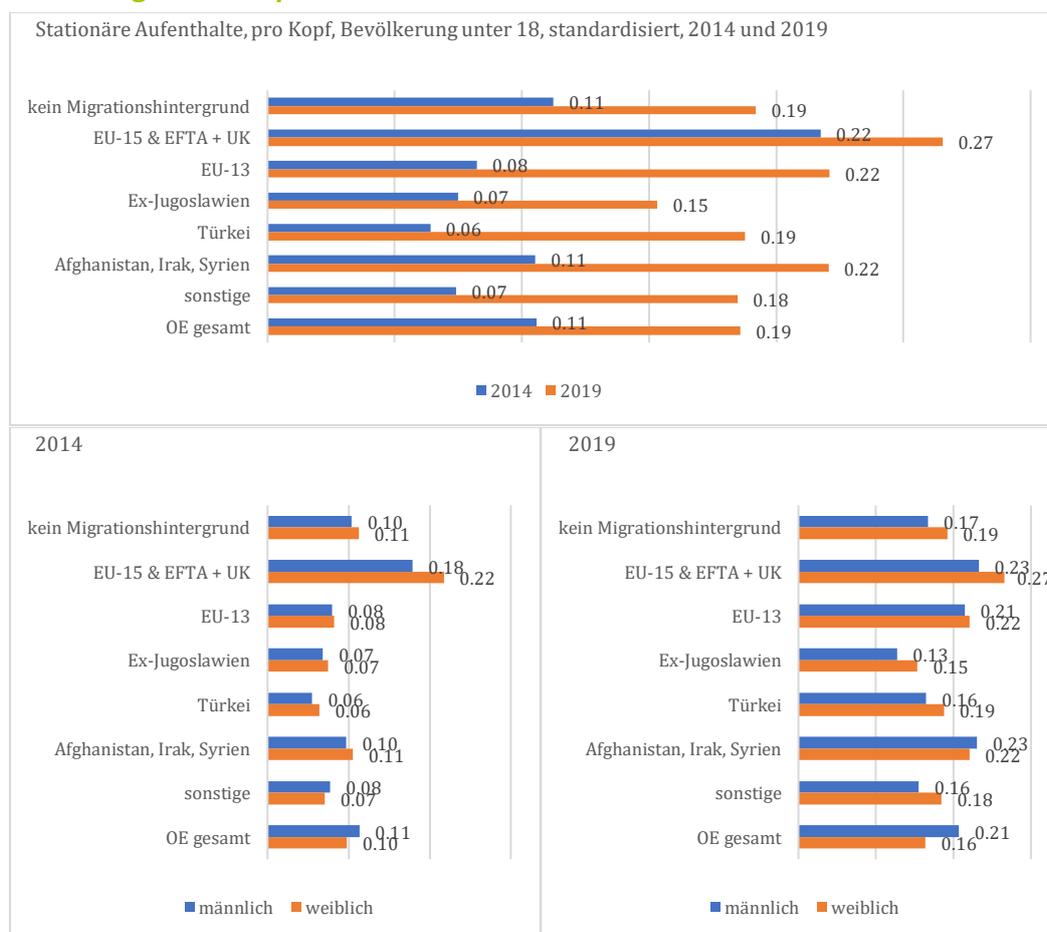
Burschen brauchen mehr stationäre Leistungen als Mädchen.

Mädchen und junge Frauen nehmen stationäre Leistungen weniger in Anspruch als Burschen und junge Männer. Während männliche unter 18-Jährige 2019 0,21 Aufenthalte pro Kopf verzeichneten waren es für weibliche 0,16.

Die meisten Aufenthalte hatten Kinder und Jugendliche aus den EU-15 und EFTA Ländern inklusive UK, aus EU-13 und aus Afghanistan, Irak, Syrien mit über 0,2 Aufenthalten pro Kopf für beide Geschlechter. Mädchen der Gruppe EU-15 & EFTA + UK hatten mit 0,27 Aufenthalten pro Kopf die höchste Frequenz in Österreich. Die wenigsten stationären

Aufenthalte hatten Kinder und Jugendliche aus den Ländern des ehemaligen Jugoslawiens mit 0,13 Aufenthalten für Burschen und 0,15 Aufenthalten für Mädchen. Altersspezifisch zeigte sich insgesamt eine mit dem Alter abnehmende Tendenz. Das Niveau war für männliche Kinder und Jugendliche jedoch vor allem im Alter zwischen 0 und 10 Jahren wesentlich höher als in der vergleichbaren Altersgruppe der Mädchen. Die Nachfrage nach Spitalsleistungen stieg in der Altersgruppe 14 bis 17 Jahre, sowohl für Burschen wie auch für Mädchen.

Abbildung 38: Inanspruchnahme stationäre Aufenthalte



Quelle: DSVS (2022), Statistik Austria (2022), HS&I-eigene Berechnungen.

Ausgaben der stationären Versorgung

Insgesamt betragen 2019 die Ausgaben für stationäre Aufenthalte der unter 18-Jährigen in Österreich 540 Mio. EUR. Dies waren rund 3 % der gesamten stationären Ausgaben Österreichs, 16,8 Mrd. EUR, (Hofmacher & Singhuber, 2021). Tabelle 8 präsentiert geschätzte pro Kopf Kosten für stationäre Aufenthalte nach Migrationsgruppe und Geschlecht, sowie den Anteil der Ausgaben nach Migrationsgruppe an den geschätzten, gesamten stationären Ausgaben.

Tabelle 8: Geschätzte Ausgaben für stationäre Aufenthalte, Bevölkerung unter 18 nach Migrationshintergrund, standardisiert, 2019

Migrationshintergrund nach Herkunftsland der Mutter	Kosten, pro Kopf			Ausgaben in Mio. EUR	Anteil an Ausgaben in %
	männlich	weiblich	gesamt	gesamt	gesamt
kein Migrationshintergrund	385	335	361	404	75%
EU-15 & EFTA + UK	518	542	529	16	3%
EU-13	328	324	326	33	6%
Ex-Jugoslawien	327	293	311	30	6%
Türkei	312	325	319	21	4%
Afghanistan, Irak, Syrien	294	273	284	14	3%
sonstige	353	280	317	23	4%
Österreich gesamt	372	330	351	540	

Quelle: DSVV (2022), Statistik Austria (2022), HS&I-eigene Berechnungen.

Wie bereits die Unterschiede in der Inanspruchnahme vermuten lassen, waren die pro Kopf Ausgaben der weiblichen Kinder und Jugendlichen im stationären Bereich geringer als jene der männlichen. Ausnahmen von diesem Muster sind die Kosten für die Herkunftslandgruppen EU-15 & EFTA + UK und Türkei. Hier hatten Mädchen und junge Frauen höhere pro-Kopf Kosten als Burschen und junge Männer. Die höchsten geschlechtsspezifischen Unterschiede ergaben sich für die Gruppen sonstige Länder und ohne Migrationshintergrund.

Im stationären Setting waren die 2019 Ausgaben der Gruppe Afghanistan, Irak und Syrien mit 14 Mio. EUR insgesamt die geringsten. Dies ist auch für die pro-Kopf Ausgaben der Fall. Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren aus EU-15 & EFTA + UK und ohne Migrationshintergrund haben überdurchschnittliche pro-Kopf Ausgaben. Dementsprechend haben diese Gruppen auch die höchsten Gesamtausgaben.

9 Schlussfolgerungen und Empfehlungen

Diese Studie liefert eine empirisch orientierte, systematische Zusammenschau der sozialen und gesundheitlichen Lage von Kindern und Jugendlichen in Österreich mit und ohne Migrationshintergrund. Während es eine Reihe von Studien gibt, die sich mit der Lebenslage der Bevölkerung unter 18 Jahren in Österreich befasst, schließt die vorliegende Analyse eine Lücke durch die Auswertung von zwei Wellen der österreichischen Gesundheitsbefragung von Kindern und Jugendlichen, 2014 und 2019, durch die Berechnung der Kosten für Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendheilkunde und der stationären Versorgung. Basis dafür war die Erhebung und der Vergleich der Inanspruchnahme 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. Darüber wurde erstmals die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Bevölkerung unter 18 Jahren in mehreren Dimensionen ausgewertet und analysiert. Zusammen mit der Studie Hofmarcher & Singhuber (2021) liegt somit ein umfassendes Portrait der Gesundheit und Lebenslagen der Menschen in Österreich vor, unter Berücksichtigung ihrer Herkunft.

Im Jahr 2019 lebten in Österreich etwa 411 Tausend Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund, das sind 27 % der Bevölkerung in Privathaushalten. Der Ausgabenanteil der unter 18-Jährigen mit Migrationshintergrund ist geringer als ihr Bevölkerungsanteil. Dies ist auch bei der gesamten Bevölkerung der Fall, allerdings noch deutlicher.

Unsere Ergebnisse weisen darauf hin, dass die gesundheitliche und soziale Lage von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren zusammen betrachtet mehr ins Zentrum von Initiativen und Maßnahmen zur Integration rücken muss.

Erstens, berichteter sehr guter Gesundheitszustand unterscheidet sich deutlich zwischen Herkunftslandgruppen, häufig zu Ungunsten der Bevölkerung unter 18 Jahren mit Migrationshintergrund.

Zweitens sollten die Gesundheit und die Lebenslagen von Burschen und jungen Männern im Aus- und Aufbau von Versorgungsangeboten mehr beachtet werden.

Drittens dürften Informations- und Kommunikationsprobleme für Familien mit Migrationshintergrund in vielen Bereichen des Gesundheitswesens bestehen, jedenfalls aber auch im Bereich von Möglichkeiten zur Impfung.

Letztlich zeigen die Analysen, dass Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren aus der Türkei und aus Afghanistan, Irak und Syrien in sehr vielen Bereichen sozial und gesundheitlich schlechter gestellt sind, ihre Versorgung muss verbessert werden. Der schlechtere Gesundheitszustand der afghanischen, irakischen und syrischen Kinder und Jugendlichen im Vergleich zu anderen Herkunftsland-Gruppen sollte bei allen Maßnahmen zur

Integration berücksichtigt werden. Auf diese Weise muss verhindert werden, dass es zu Vererbungen von Schlechterstellung kommt - eine Problematik, die Menschen mit türkischem Migrationshintergrund bis heute betrifft.

Offenbar gibt es zwischen erster und zweiter Zuwanderergeneration Herausforderungen in Bezug auf ihre sozio-ökonomische Stellung und in Bezug auf ihr Gesundheitsverhalten. Das wirkt sich auf die Gesundheit der betroffenen Bevölkerungsgruppen aus. Unsere Analysen zeigen, dass sich zwischen 2014 und 2019 das Bildungsniveau in den Haushalten, in denen Kinder und Jugendliche leben beispielsweise für die Gruppen Türkei, EU-13, aber auch Ex-Jugoslawien verbessert hat. Damit ist zu erwarten, dass das Wissen um Gesundheit und über das Gesundheitssystem in diesen Bevölkerungen steigen wird und sie selbst Multiplikatoren für ihre Umgebung werden. Weiterführende Analysen müssen diese Unterschiede erfassen, Ursachen ausfindig machen und Lösungen finden.

Hohe Krankheitslast von Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren 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 die familienorientierte, ganzheitliche Versorgung besser wird. Der ambulante Sektor scheint die Drehscheibe für gesundheitliche Anliegen zu sein, insbesondere auch die Allgemeinmedizin. Primärversorgungszentren sollten zudem die Möglichkeit schaffen Dolmetscher/innen zur Verfügung zu stellen und soziale Leistungen effektiv zu koordinieren.

Die Planung von innovativen Einrichtungen sollten sich jedenfalls 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 niederschweligen Angeboten für aktives und gesundes Altern für alle. Dazu gehören auch umweltbezogene Maßnahmen wie die Reduktion des CO₂ Ausstoßes und es braucht förderliche Bedingungen für gutes Gedeihen. Für beide Bereiche besteht in Österreich deutlicher Verbesserungsbedarf.

10 Ausgewählte Literatur

- Anzenberger, Judith; Bodenwinkler, Andrea; Breyer, Elisabeth (2015): Migration und Gesundheit. Literaturbericht zur Situation in Österreich. Gesundheit Österreich GmbH, Wien.
- Bann, D., Scholes, S., Fluharty, M., & Shure, N. (2019). Adolescents' physical activity: cross-national comparisons of levels, distributions and disparities across 52 countries. *The international journal of behavioral nutrition and physical activity*, 16(1), 141. <https://doi.org/10.1186/s12966-019-0897-z>
- Bauer, A., Tiefengraber, D. & Wiedermann, U. (2021). Towards understanding vaccine hesitancy and vaccination refusal in Austria. *Wien Klin Wochenschr* 133, 703–713. <https://doi.org/10.1007/s00508-020-01777-9>
- Bermejo, I., Frank, F., Maier, I., & Hölzel, L. (2012). Gesundheitsbezogenes Inanspruchnahmeverhalten von Personen mit Migrationshintergrund und einer psychischen Störung im Vergleich zu Deutschen. *Psychiatrische Praxis*, 39, 64-70.
- Bermejo, I., Hölzel, L. P., Kriston, L., & Härter, M. (2012). Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen. *BUNDESGESUNDHEITSBLATT*, 55(8), 944-53. <https://doi.org/10.1007/s00103-012-1511-6>
- Bettin, G., & Sacchi, A. (2020). Health spending in Italy: the impact of immigrants. *European Journal of Political Economy*, 65, 101932.
- Bonfadelli, H., Bucher, P., Hanetseder, C., Hermann, T., Ideli, M., Moser, H. (2008). Soziales Umfeld. In: *Jugend, Medien und Migration*. VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-91149-6_5
- Cabieses B, Uphoff E, Pinart M, Anto JM, Wright J. (2014). A systematic review on the development of asthma and allergic diseases in relation to international immigration: the leading role of the environment confirmed. *PLoS One*. 2014;9:e105347.
- 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-21stcentury/>
- Casquilho-Martins, I.; Ferreira, S. Migrants' Health Policies and Access to Health Care in Portugal within the European Framework. *Societies* 2022, 12, 55. <https://doi.org/10.3390/soc12020055>
- Chudal, R., Tiiri, E., Brunstein Klomek, A., Ong, S. H., Fossum, S., Kaneko, H., Kolaitis, G., Lesinskiene, S., Li, L., Huong, M. N., Prahara, S. K., Sillanmäki, L., Slobodskaya, H. R., Srabstein, J. C., Wiguna, T., Zamani, Z., Sourander, A., & Eurasian Child Mental Health Study (EACMHS) Group (2021). Victimization by traditional bullying and cyberbullying and the combination of these among adolescents in 13 European and

- Asian countries. *European child & adolescent psychiatry*, 10.1007/s00787-021-01779-6. Advance online publication. <https://doi.org/10.1007/s00787-021-01779-6> Socioeconomic Variables. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18, 13080. <https://doi.org/10.3390/ijerph182413080>
- Cienci, P., D'Apolito, V., Moretti, A., Barbagallo, M., Paci, S., Carbone, M. T., Lubrano, R., Urbino, A., Dionisi Vici, C., Memo, L., Zampino, G., La Marca, G., Villani, A., Corsello, G., Selicorni, A., Italian Society of Pediatrics (SIP), Italian Society of Pediatric Genetic Diseases and Congenital Disabilities (SIMGePed) the Italian Society of Pediatric Emergency Medicine (SIMEUP), & Italian Society For The Study Of Inborn Metabolic Disorders And Newborn Screening (SIMMENS) and Members of Italian Network (2020). Children with special health care needs attending emergency department in Italy: analysis of 3479 cases. *Italian journal of pediatrics*, 46(1), 173. <https://doi.org/10.1186/s13052-020-00937-x>
- Clark, H., Coll-Seck, A. M., Banerjee, A., Peterson, S., Dalglish, S. L., Ameratunga, S., Balabanova, D., Bhan, M. K., Bhutta, Z. A., Borrazzo, J., Claeson, M., Doherty, T., El-Jardali, F., George, A. S., Gichaga, A., Gram, L., Hipgrave, D. B., Kwamie, A., Meng, Q., Mercer, R., ... Costello, A. (2020). A future for the world's children? A WHO-UNICEF-Lancet Commission. *Lancet* (London, England), 395(10224), 605–658. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32540-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32540-1)
- 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.
- Curtis P, Thompson J, Fairbrother H. (2018). Migrant children within Europe: a systematic review of children's perspectives on their health experiences. *Public Health*. 2018 May;158:71-85. doi: 10.1016/j.puhe.2018.01.038. Epub 2018 Apr 5. PMID: 29627115.
- Darvas, Z., Moës, N., Myachenkova, Y., & Pichler, D. (2018). The macroeconomic implications of healthcare (No. 2018/11). Bruegel Policy Contribution.
- Drewniak D, Kronen T, Wild V. (2017). Do attitudes and behavior of health care professionals exacerbate health care disparities among immigrant and ethnic minority groups? An integrative literature review. *Int J Nurs Stud*. 2017;70:89–98
- EC – European Commission (2016). Protecting children in migration. Factsheet Directorate-General for Justice and Consumers. November.
- FitzGerald C, Hurst S. (2017). Implicit bias in healthcare professionals: a systematic review. *BMC Med Ethics*. 2017;18:19.
- Foster, C. C., Chorniy, A., Kwon, S., Kan, K., Heard-Garris, N., & Davis, M. M. (2021). Children With Special Health Care Needs and Forgone Family Employment. *Pediatrics*, 148(3), e2020035378. <https://doi.org/10.1542/peds.2020-035378>
- Fuchs, M., Hollan, K., Schenk, M. (2018). Analyse der nicht-krankenversicherten Personen in Österreich

- Fuchs, M; Hollan, K; Schenk, M. (2018): Analyse der nicht-krankenversicherten Personen in Österreich <https://www.diakonie.at/unsere-themen/gesundheit-und-medizin/hilfe-ohne-krankenversicherung>
- 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.
- Griebler, Robert; Winkler, Petra; Bengough, Theresa (2016): Österreichischer Kinder- und Jugendgesundheitsbericht. Bundesministerium für Gesundheit, Wien.
- Grois, N., Fröhlich, C., & Schweitzer, K. (2019). Die alltägliche medizinisch-therapeutische Versorgung unserer Kinder. *Pädiatrie & Pädologie*, 54(1), 20-25.
- Hemminki, K. (2014). Immigrant health, our health, *European Journal of Public Health*, Volume 24, Issue suppl_1, August 2014, Pages 92–95, <https://doi.org/10.1093/eurpub/cku108>
- Hofmarcher M.M. (2014). Unbeliebt aber zunehmend: Private Gesundheitsausgaben, Selbstbehalte stagnieren. *HS&I Fast Track*, Wien. http://www.healthsystemintelligence.eu/docs/MMH_Private_Gesundheitsausgaben_2014.pdf
- Hofmarcher, M. M. (2014) Private Gesundheitsausgaben 2014. *HS&I Fast Track*. Wien 2014
- 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/Ambulante_Versorgung
- Hofmarcher-Holzhacker, Maria & Singhuber, Christopher. (2021). Migration in Österreich, gesundheitliche und ökonomische Aspekte. 10.13140/RG.2.2.35732.63368.
- 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.
- 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.
- Kaleta, M., Lasser, J., Dervic, E. et al. Stress-testing the resilience of the Austrian healthcare system using agent-based simulation. *Nat Commun* 13, 4259 (2022). <https://doi.org/10.1038/s41467-022-31766-7>
- Kohlenberger, J. (2019). Refugee Health and Integration Survey (ReHIS) (SUF edition). <https://doi.org/10.11587/7LX1BD>, AUSSDA, V2, UNF:6:dHbl]xuzZmazXJ58U0tErA== [fileUNF]

- Kohlenberger, J., Buber-Ennsner, 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.
- Kohlenberger, J., Leitner, S., Buber-Ennsner, I., Rengs, B. (2019a). Psychosoziale Gesundheit und gesellschaftliche Teilhabe in Österreich: Zur Prävalenz von Angststörungen und Depressionen unter syrischen, irakischen und afghanischen Geflüchteten, in Bauböck, R.; Ch. Reinprecht, W. Sievers (Hrsg.): *Flucht und Asyl – internationale und österreichische Perspektiven*. Wien: Verlag der Österreichischen Akademie der Wissenschaften. doi:10.1553/9780EAW87066
- Kuntz, B. (2011). Bildung und Gesundheit. In: Schott, T., Hornberg, C. (eds) *Die Gesellschaft und ihre Gesundheit*. VS Verlag für Sozialwissenschaften. https://doi.org/10.1007/978-3-531-92790-9_16
- Markkula, N., Cabieses, B., Lehti, V. et al. Use of health services among international migrant children – a systematic review. *Global Health* 14, 52 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12992-018-0370-9>
- Mayer, J. (2010). *Migration & Gesundheit: Mögliche Wege aus dem Präventionsdilemma*. Medizinische Universität. Studie im Auftrag des Österreichischen Integrationsfonds.
- McGovern, M. E., & Canning, D. (2015). Vaccination and all-cause child mortality from 1985 to 2011: global evidence from the Demographic and Health Surveys. *American journal of epidemiology*, 182(9), 791–798. <https://doi.org/10.1093/aje/kwv125>
- Mendoza FS. (2009). Health disparities and children in immigrant families: a research agenda. *Pediatrics*. 2009;124:S187–95.
- Onambele, L., San Martin-Rodríguez, L., Niu, H., Alvarez-Alvarez, I., Arnedo-Pena, A., Guillen-Grima, F., & Aguinaga-Ontoso, I. (2019). Mortalidad infantil en la Unión Europea: análisis de tendencias en el período 1994-2015 [Infant mortality in the European Union: A time trend analysis of the 1994-2015 period]. *Anales de pediatria*, 91(4), 219–227. <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.10.022>
- Peters, M. (2021). Market Size and Spatial Growth - Evidence from Germany's Post-War Population Expulsions. National Bureau of Economic Research, NBER Working Paper No. 29329. October. JEL No. O11,O4,R11
- Runge, Ronja (2020): *Anders krank? Die Rolle von Kultur und kultureller Diversität bei Gesundheit und Krankheit*, Universitätsverlag Hildesheim, DOI: 10.18442/153, <https://hildok.bsz-bw.de/frontdoor/index/index/docId/1136>
- Schouler-Ocak, M., & Aichberger, M. C. (2015). Versorgung von Migranten. *PPmP- Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie*, 65(12), 476-485.
- Serfaty A. (2014). Stillbirth in France. *Lancet* (London, England), 384(9955), 1672. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62032-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62032-8)

- Statistisches Bundesamt "Destatis". (2019). Qualitätbericht Mikrozensus.
<https://www.destatis.de/DE/Methoden/Qualitaet/Qualitaetsberichte/Bevoelkerung/mikrozensus-2019.html>
- Strizek, J.; Uhl, A.; Schaub, M.; Malischnig, D. (2021). Alcohol and Cigarette Use among Adolescents and Young Adults in Austria from 2004–2020: Patterns of Change and Associations with
- Stubbe Østergaard L, Norredam M, Mock-Munoz de Luna C, Blair M, Goldfeld S, Hjern A. Restricted health care entitlements for child migrants in Europe and Australia. *Eur J Public Health*. 2017 Oct 1;27(5):869-873. doi: 10.1093/eurpub/ckx083. PMID: 28633364.
- SV (2021). Bericht zur Kinder- und Jugendgesundheit 2019/2020. Dachverband der Österreichischen Sozialversicherungen.
<https://www.sozialversicherung.at/cdscontent/load?contentid=10008.739977&version=1603264690>
- Tiwari, T. S., Baughman, A. L., & Clark, T. A. (2015). First pertussis vaccine dose and prevention of infant mortality. *Pediatrics*, 135(6), 990–999.
<https://doi.org/10.1542/peds.2014-2291>
- Turčínková, J., Stávková, J. (2012). Does the Attained Level of Education Affect the Income Situation of Households?, *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, Volume 55, 2012, Pages 1036-1042, ISSN 1877-0428,
<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2012.09.595>.
- Volkshilfe (2021). Kindergesundheit sichern. Gesundheitliche Folgen von Kinderarmut in Österreich. Policy Paper. 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.
- Weir, D., Faul, J., & Langa, K. (2011). Proxy interviews and bias in the distribution of cognitive abilities due to non-response in longitudinal studies: a comparison of HRS and ELSA. *Longitudinal and life course studies: international journal*, 2(2), 170–184. <https://doi.org/10.14301/llcs.v2i2.116>
- Wenner, J., Razum, O., Schenk, L. et al. Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus Familien mit ungesichertem Aufenthaltsstatus im Vergleich zu Kindern mit und ohne Migrationshintergrund: Auswertung der KiGGS-Daten 2003–06. *Bundesgesundheitsbl* 59, 627–635 (2016). <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2338-3>
- WHO 2018. Health of refugee and migrant children. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (Technical guidance on refugee and migrant health).

- Williams, J., Buoncristiano, M., Nardone, P., Rito, A. I., Spinelli, A., Hejgaard, T., Kierkegaard, L., Nurk, E., Kunešová, M., Musić Milanović, S., García-Solano, M., Gutiérrez-González, E., Brinduse, L. A., Cucu, A., Fijałkowska, A., Farrugia Sant'Angelo, V., Abdrakhmanova, S., Pudule, I., Duleva, V., Yardim, N., ... Breda, J. (2020). A Snapshot of European Children's Eating Habits: Results from the Fourth Round of the WHO European Childhood Obesity Surveillance Initiative (COSI). *Nutrients*, 12(8), 2481. <https://doi.org/10.3390/nu12082481>
- Wolfe, I., Thompson, M.J., Gill, P.J., Tamburlini, G., & Mckee, M. (2013). Health services for children in western Europe. *The Lancet*, 381, 1224-1234.
- Zeitlin, J., Mortensen, L., Prunet, C., Macfarlane, A., Hindori-Mohangoo, A. D., Gissler, M., Szamotulska, K., van der Pal, K., Bolumar, F., Andersen, A. M., Ólafsdóttir, H. S., Zhang, W. H., Blondel, B., Alexander, S., & Euro-Peristat Scientific Committee (2016). Socioeconomic inequalities in stillbirth rates in Europe: measuring the gap using routine data from the Euro-Peristat Project. *BMC pregnancy and childbirth*, 16, 15. <https://doi.org/10.1186/s12884-016-0804-4>

11 Anhang

Anhang 1: Ländergruppenelemente im Vergleich*

Ländergruppen		...im Bericht verwendet	Abk.	Länder' (Bevölkerung unter 18 Jahren nach Geburtsland)
EU-28 (1.459.092)	EFTA (1.989)	EU-15, EWR und Schweiz (29.294, ohne Österreich)	CH	Schweiz
			IS	Island
			LI	Liechtenstein
			NO	Norwegen
			AT	Österreich (1.396.418)
			BE	Belgien
			DE	Deutschland (16.253)
			DK	Dänemark
			EL	Griechenland
			ES	Spanien
			FI	Finnland
			FR	Frankreich
			IE	Irland
			IT	Italien (3.372)
			LU	Luxemburg
	NL	Niederlande		
	PT	Portugal		
	SE	Schweden		
	UK	Vereinigtes Königreich		
	EU-15 (1.423.723)	EU-Beitrittsländer ab 2004, EU-13 (35.369)	BG	Bulgarien (3.135) (EU ab 2007)
			CY	Zypern
			CZ	Tschechien (1.493)
			EE	Estland
			HU	Ungarn (7.486)
			LT	Litauen
			LV	Lettland
			MT	Malta
			PL	Polen (3.304)
RO			Rumänien (10.545) (EU ab 2007)	
SK			Slowakei (4.123)	
HR			Kroatien (2.636) (EU ab 2013)	
SI			Slowenien (2.204)	
Ex-Jugoslawien (19.240)	Ex-Jugo-slawien (ohne HR und SI) (14.400)	BA	Bosnien und Herzegowina (4.267)	
		ME	Montenegro	
		MK	Nordmazedonien (1.578)	
		RS	Serbien (6.741)	
		XK	Kosovo (1.742)	
	Türkei	TR	Türkei (2.895)	
	Afghanistan, Irak, Syrien (28.151)	AF	Afghanistan (9.047)	
		IQ	Irak	
		SY	Syrien (15.909)	
	sonstige (71.140)	CN	China	
		IR	Iran	
		RU	Russland	
		...	Übrige; staatenlos, unbekannt	

*alle Werte nach Geburtsland der Kinder; Spalte Länder: Hauptzuwanderungsländer sind fett gedruckt

Quelle: Statistik Austria (2022), HS&I-eigene Berechnungen und Zusammenstellungen.

Anhang 2: Methodik

Hochrechnung auf die Bevölkerung

Prinzipiell bietet die österreichische Gesundheitsbefragung eine Gewichtung zur Erleichterung der Hochrechnung auf die Bevölkerung an. Aufgrund der vorgenommenen Unterteilung in einzelne Migrationsgruppen, führen diese Gewichte jedoch möglicherweise zu Verzerrungen, da sie nicht auf die von uns gewählte Gruppierung ausgelegt sind. Aus diesem Grund wurde ein eigenes Hochrechnungsverfahren basierend auf den von Statistik Austria bereit gestellten Bevölkerungsdaten angewendet. Dieses wird in den nächsten Absätzen für das Jahr 2019 beschrieben. Dasselbe Verfahren fand auch für die Daten des Jahres 2014 Anwendung.

Binäre Variablen, die mit „Ja“ oder „Nein“ zu beantworten waren, wurden beispielsweise auf „Ja“ gefiltert und „Nein“ daher für die Auswertungen und Hochrechnung nicht explizit berücksichtigt. Dies ist beispielsweise bei der Frage nach Einnahme von ärztlich verschriebenen Medikamenten der Fall. Ähnlich verhält es sich auch mit kategorischen Variablen wie der Frage nach dem subjektiven Gesundheitszustand der Kinder und Jugendlichen. Hier wurde aus den Kategorien „sehr gut“, „gut“, „mittelmäßig“, „schlecht“ und „sehr schlecht“ die Option „sehr gut“ für die Auswertungen herangezogen.

Diese Vorgangsweise wurde auch in Bezug auf den Abschnitt zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität (KINDL) der Befragung angewendet. KINDL besteht aus 12 Einzelfragen, die zu den Aggregaten „Körper“, „Psyche“, „Selbstwert“, „Familie“, „Freunde“ und „Schule“ zusammengefasst wurden, Anhang 3. Die Bildung jener Aggregate basiert auf den gemeinsamen Mittelwerten der einzelnen Fragen. Die Auswertung der Aggregate erfolgte auf Basis der „positiven Antworten“ zu den jeweiligen Fragen. So wurde zum Beispiel für die Frage nach Erkrankungen die Optionen „nie“ und „selten“ zusammengeführt, für die Frage nach Spaß in der Schule „oft“ oder „immer“, Anhang 3.

Jeder Indikator der Kinderfragebögen wurde also zunächst nach Altersgruppen (a), Geschlecht (g), und Migrationsgruppen (m) gegliedert, anschließend wurden die ermittelten Summen der Befragten durch die Gesamtzahl der entsprechenden Gruppe dividiert, um den Anteil an der Stichprobe (beispielsweise Kinder die ärztlich verschriebenen Medikamente einnahmen) zu ermitteln.

$$\text{Anteil}_{agm} = \frac{\sum_{i=1}^n \text{Befragte}_{agmi}}{\text{Gruppe}_{agm}}$$

$i \in N$ entspricht der Zahl der Befragten in den für jeweiliges a , g und m im Sample.

Generell ist durch die kleine Zahl der ATHIS Kinderfragebögen die Gefahr fehlender Daten, aber auch von Datenausreißer hoch. Um starken Verzerrungen durch die Hochrechnung und Standardisierung vorzubeugen, wurden Auswertungen von kleineren Migrations-, Alters- und Geschlechtsgruppen daher teilweise imputiert. Beispielsweise waren bei den Auswertungen der

Frage nach Einschränkungen im Jahr 2014 keine Angaben für die Gruppe „Türkei“ verfügbar. In einem solchen Fall wurden die Auswertungen des Vergleichsjahres 2019 herangezogen und um die Bevölkerungszahlen des jeweiligen Jahres 2014 angepasst und vice versa. Dies war beispielsweise in Abbildung 29 der Fall.

Ein weiteres Problem, das sich innerhalb der Daten ergab, ist die kleine Gruppe „Afghanistan, Irak und Syrien“. Die kleine Grundgesamtheit führte gelegentlich zu Verzerrungen in den Auswertungen. Für diese Gruppe gibt es jedoch kein Vergleichsjahr, daher war die oben beschriebene Imputationsmethode nicht anwendbar. Für solche Fälle wurden Mittelwerte der übrigen Migrationsgruppen (ohne „kein Migrationshintergrund“) verwendet und auf den jeweiligen Bevölkerungsanteil angepasst.

Standardisierung

Die Ergebnisse, die aufgrund der Datenauswertungen der Kinderfragbögen ermittelt wurden, wurden nach Alter (a) und Geschlecht (g) standardisiert. Dazu wurde die Bevölkerung aus den Daten der Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung als Standardbevölkerung unter 18 Jahren verwendet. Sie beziffern die Bevölkerung unter 18 Jahren in Privathaushalten, etwaige Anstaltsbevölkerung wurde nicht in die Analyse einbezogen.

Zum Großteil zeigte sich hohe Korrespondenz zwischen den Werten der Standardisierung und denen der ersten Hochrechnungen. Der Unterschied in den beiden Berechnungen liegt darin, dass für den Standardisierungsprozess die Gesamtbevölkerung Österreichs unter 18 Jahren der jeweiligen Geschlechter und Altersgruppen herangezogen wurden.

$$\text{Bevölkerungsanteile}_{std_m} = \frac{\sum_{a=1}^5 \sum_{g=1}^2 (\text{Anteil}_{agm} * \text{Bevölkerung}_{ag0})}{\text{Bevölkerung}_0}$$

Kostenberechnungen

Ausgabenprofil 2019

Der Ausgangspunkt für die Berechnung der Gesundheitsausgaben für Kinder und Jugendliche in Österreich war das System of Health Accounts (SHA) Ausgabenprofil des Jahres 2014. In jener Auswertung werden die laufenden Gesundheitsausgaben nach 5-jährigen Altersgruppen (außer unter Einjährige und über 90-Jährige) und Geschlecht aufbereitet. Im Detail werden diese Ausgaben nach den folgenden Behandlungsbereichen gegliedert:

- stationär
- tagesklinisch
- ambulant
- Pflege Zuhause
- Labordienste, bildgebende Verfahren und Krankentransporte
- Arzneimittel

- Heilbehelfe und Hilfsmittel

Zunächst war es für die Analyse notwendig die Pro-Kopf Kosten der jeweiligen Altersgruppen zu bestimmen. Hierfür wurden mittels Division durch die Bevölkerung 2014 nach angegebenen Altersgruppen, Geschlecht und Ausgabenkategorie ermittelt. Um jene Kosten der einzelnen Gruppen für das Jahr 2019 abzuschätzen, wurden sie unter der Annahme eines bevölkerungsbezogenen Anstiegs, mit den entsprechenden Bevölkerungsgruppen des Jahres 2019 multipliziert und aufsummiert. Anschließend wurde das Profil für jede Ausgabenkategorie mit einem Faktor multipliziert, um auf das geschätzte Ausgabenniveau 2019 zu kommen.

Da jene Altersgruppen nicht mit jenen der ATHIS und Bevölkerungsdaten übereinstimmen, war es notwendig sie über Bevölkerungsanteile auf die in ATHIS verwendeten Altersgruppen 0-2, 3-6, 7-10, 11-13 und 14-17 um zu wälzen um eine möglichst präzise Approximation der Kosten in Einklang mit den anderen Analyseschritten zu gewährleisten.

Das ambulante Ausgabenprofil wurde in einem weiteren Schritt in fünf ambulante Leistungsbereiche aufgeteilt. Die gesamten Kosten innerhalb des ambulanten Sektors für das Jahr 2019 wurden demnach nach der Folgenden Logik verteilt:

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

Anhang 4 zeigt das ermittelte Kostenprofil nach Alter, Geschlecht und Leistungsbereich.

Inanspruchnahme medizinischer Leistungen

Im Vergleich zum Hauptteil der österreichischen Gesundheitsbefragung bietet der Kinderfragebogen keine konkreten, verwertbaren Informationen die zur Bestimmung der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in Frage kamen. Aus diesem Grund mussten externen Daten einbezogen werden.

Diese wurden uns vom Dachverband der Sozialversicherträger (DVSV), in Form von E-Card Frequenzen (1, 2, 3, 4, 5 oder >5 Besuche pro Jahr) der jeweiligen Alters- und Geschlechtsgruppen, zur Verfügung gestellt. Aus diesen lassen sich Informationen zu Patienten- und Konsultationszahlen nach Alter und Geschlecht ermitteln. Jedoch war es nicht möglich jene Informationen nach den von uns gewählten Kriterien zur Bestimmung des Migrationshintergrunds zu bekommen. Aus diesem Grund war es notwendig diese mit Hilfe der Informationen zur Bevölkerungsverteilung (Tabelle 2) zu bilden.

Um Verzerrungen zu minimieren geschah dies über eine Gewichtung der Bevölkerungsanteile der jeweiligen Alters-, Geschlechts- und Migrationsgruppe. Der von der DVSV zur Verfügung gestellte Datensatz bietet Jahresdaten zu Patient/innen- und Konsultationszahlen aller Fachbereiche und

detaillierte Informationen für die Bereiche Allgemeinmedizin, Kinder- und Jugendheilkunde und stationäre Aufenthalte. Die Analyse stützt sich also auf diese drei Bereiche. Der Prozess wird im Folgenden anhand des Beispiels Allgemeinmedizin genauer erklärt.

In einem ersten Schritt wurden die Gesamtkosten für die jeweiligen Alters- und Geschlechtsgruppen nach Ausgabenbereich ermittelt.

$$\text{Ausgaben Allgemeinmedizin}_{ag} = \text{Kosten Allgemeinmedizin pro Kopf}_{ag} * \text{Bevölkerung}_{ag}$$

Danach wurde die gesamte Zahl der Konsultationen nach Alter und Geschlecht bestimmt.

$$\text{Konsultationen Allgemeinmedizin}_{gesamt_{ag}} = \sum_{i=1}^n \text{Konsultationen Allgemeinmedizin}_{agmi}$$

Um die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen abzuschätzen, wurde die Gesamtzahl der Konsultationen mittels Gewichtungen auf die Migrationsgruppen überwältzt.

$$\text{Inanspruchnahme Allgemeinmedizin}_{agm} = \text{Gewichtung}_{agm} * \text{Konsultationen Allgemeinmedizin}_{gesamt_{ag}}$$

Nachdem nun ein Proxy für die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen der Bevölkerung unter 18 nach Alter, Geschlecht und Migrationshintergrund zur Verfügung stand, konnte eine Verknüpfung mit den Kostenprofilen vorgenommen werden.

Die in Anhang 4 ausgewiesenen kalkulierten Pro-Kopf-Kosten wurden durch Multiplikation mit den jeweiligen Bevölkerungsgruppen zu Gesamtkosten aggregiert und anschließend durch Division durch die Inanspruchnahme derselben Gruppen zu Kosten pro Einheit zusammengefasst. Die Pro-Kopf-Kosten nach Alter, Geschlecht und Migrationsgruppe ergaben sich nun durch:

$$\begin{aligned} \text{Kosten pro Kopf Allgemeinmedizin}_{agm} \\ = \frac{\text{Kosten pro Einheit Allgemeinmedizin}_{agm} * \text{Inanspruchnahme Allgemeinmedizin}_{agm}}{\text{Bevölkerung}_{agm}} \end{aligned}$$

Jene Methode wurde auch für die Bereiche Kinder- und Jugendheilkunde und stationäre Aufenthalte angewendet.

Anhang 3: „positive Antworten“ zur Bildung der Überkategorien zur gesundheitsbezogenen Lebensqualität der 3 bis 17-Jährigen

Auswahlmöglichkeiten: nie - selten - manchmal - oft - immer

Kategorie	Frage: In der letzten Woche hat mein Kind	Auswahl für Auswertung
Körper	sich krank gefühlt.	nie, selten
	Kopf- oder Bauchschmerzen gehabt	nie selten
Psyche	viel Spaß gehabt und gelacht	oft, immer
	zu nichts Lust gehabt	nie, selten
Selbstwert	war mein Kind stolz auf sich	oft, immer
	sich selbst leiden können	oft, immer
Familie	sich gut mit uns als Eltern verstanden	oft, immer
	sich zu Hause wohl gefühlt	oft, immer
Freunde	mit Freund/innen gespielt/etwas mit Freund/innen gemacht	oft, immer
	sich gut mit seinen Freund/innen verstanden	oft, immer
Schule	die Aufgaben im Kindergarten/Vorschule/Schule gut geschafft	oft, immer
	Spaß in Kindergarten/Vorschule/Schule gehabt	oft, immer

Quelle: ATHIS 2019, HS&I-eigene Zusammenstellung 2022.

Anhang 4: Kalkulierte Pro-Kopf-Ausgaben nach Alter und Geschlecht, Bevölkerung unter 18 Jahren, 2019

Ausgabekategorien nach System of Health Accounts	Ausgaben in EUR									
	männlich					weiblich				
	0 - 2	3 - 6	7 - 10	11 - 13	14 - 17	0 - 2	3 - 6	7 - 10	11 - 13	14 - 17
Stationär	573	516	243	179	337	478	414	191	179	380
Tagesklinisch	13	11	5	3	6	11	9	4	3	7
Praktische Ärzt/innen	104	176	197	123	146	95	148	163	112	142
Fachärzt/innen	106	180	202	126	149	97	152	166	115	145
Zahnärzt/innen	119	202	226	141	167	108	170	187	129	163
Spitalsambulanzen	167	284	318	199	235	153	239	262	181	229
Physio- und Psychotherapeut/innen	63	107	120	75	88	57	90	99	68	86
Pflege Zuhause	17	35	47	37	48	15	27	33	27	37
Labordienste, bildgebende Verfahren & Krankentransporte	22	33	34	22	35	18	24	23	18	38
Arzneimittel	102	144	153	127	178	84	121	130	108	174
Heilbehefe und Hilfsmittel	43	64	70	53	65	38	56	63	55	70

Quelle: Statistik Austria (2022), Mikrozensus-Arbeitskräfteerhebung, SHA, HS&I-eigene Berechnungen.

Anhang 5: Ergebnisse des logistischen Regressionsmodells und Erläuterung der Variablen

	Modell 1	Modell 2	Modell 3
<i>Abhängige Variable: sehr guter Gesundheitszustand</i>			
<i>Unabhängige Variablen</i>	<i>Odds Ratios</i>	<i>Odds Ratios</i>	<i>Odds Ratios</i>
(Konstante)	4.77	5.12	5.49
Alter	0.82	0.86	0.86
Geschlecht	1.09	1.05	1.03
Haushaltseinkommen	1.13	1.14	1.15
Migrationshintergrund	0.85	0.80	0.79
Medikamente		0.16	0.19
Einschränkungen		0.15	0.25
Probleme		0.24	0.52
Jahr		1.36	1.37
Therapien			0.59
Mehr Versorgung			0.29
Beobachtungen	10882	10882	10882
R ² Tjur	0.018	0.150	0.167

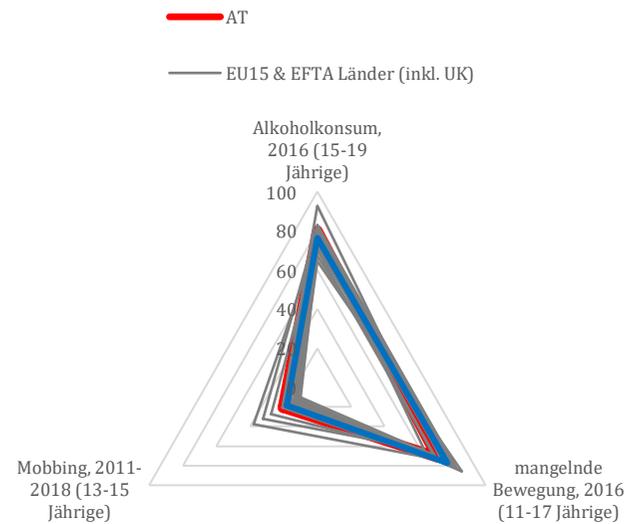
Fett gedruckte Werte sind signifikant

<i>Beschreibung der Variablen</i>	
<i>Name</i>	<i>Werte</i>
Sehr guter Gesundheitszustand	1, wenn Gesundheitszustand sehr gut; sonst 0
Alter	1-5...angewandte Altersgruppen (0-2, 3-6, 7-10, 11-13, 14-17))
Geschlecht	1, wenn männlich; 0, wenn weiblich
Haushaltseinkommen	1-5...Haushaltseinkommen der jeweiligen Familien als Quintile des Äquivalenzeinkommens
Migrationshintergrund	1, wenn Kind Migrationshintergrund aufwies; sonst 0
Medikamente	1, wenn Kind ärztlich verschriebene Medikamente einnahm, sonst 0
Einschränkungen	1, wenn Kind in irgendeiner Art und Weise eingeschränkt oder daran gehindert war, Dinge zu tun, die die meisten gleichaltrigen Kinder tun können; sonst 0
Probleme	1, wenn Kind emotionale, Entwicklungs- oder Verhaltensprobleme hat, für die es Behandlung bzw. Beratung benötigt oder bekam; sonst 0
Jahr	1, wenn 2019; sonst 0
Therapien	1, wenn Kind spezielle Therapie, wie z. B. Physio-, Ergo- oder Sprachtherapie bekam; sonst 0
Mehr Versorgung	1, wenn Kind mehr medizinische Versorgung, psychosoziale oder pädagogische Unterstützung bekam, als es für Kinder in diesem Alter üblich ist; 0 sonst

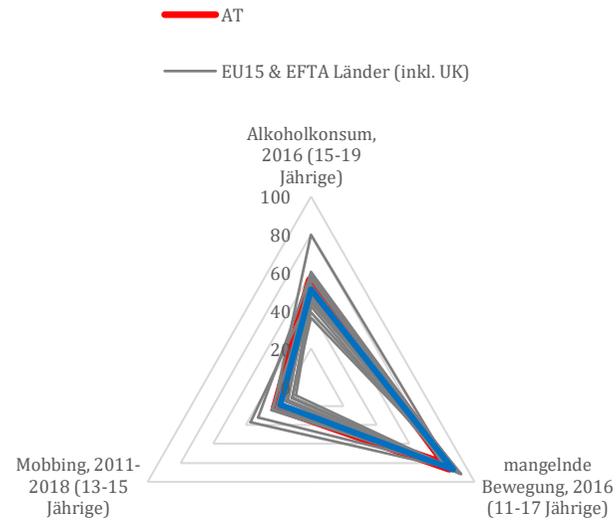
Quelle: ATHIS 2014 & 2019, HS&I-eigene Berechnungen und Zusammenstellung 2022.

Anhang 6: Risikofaktoren für Jugendliche nach Geschlecht

Anh. 6 a: Relevanz unterschiedlicher gesundheitlicher Risikofaktoren für männliche Kinder und Jugendliche der EU-15 und EFTA Länder inkl. UK und AT, in %, 2011-2018

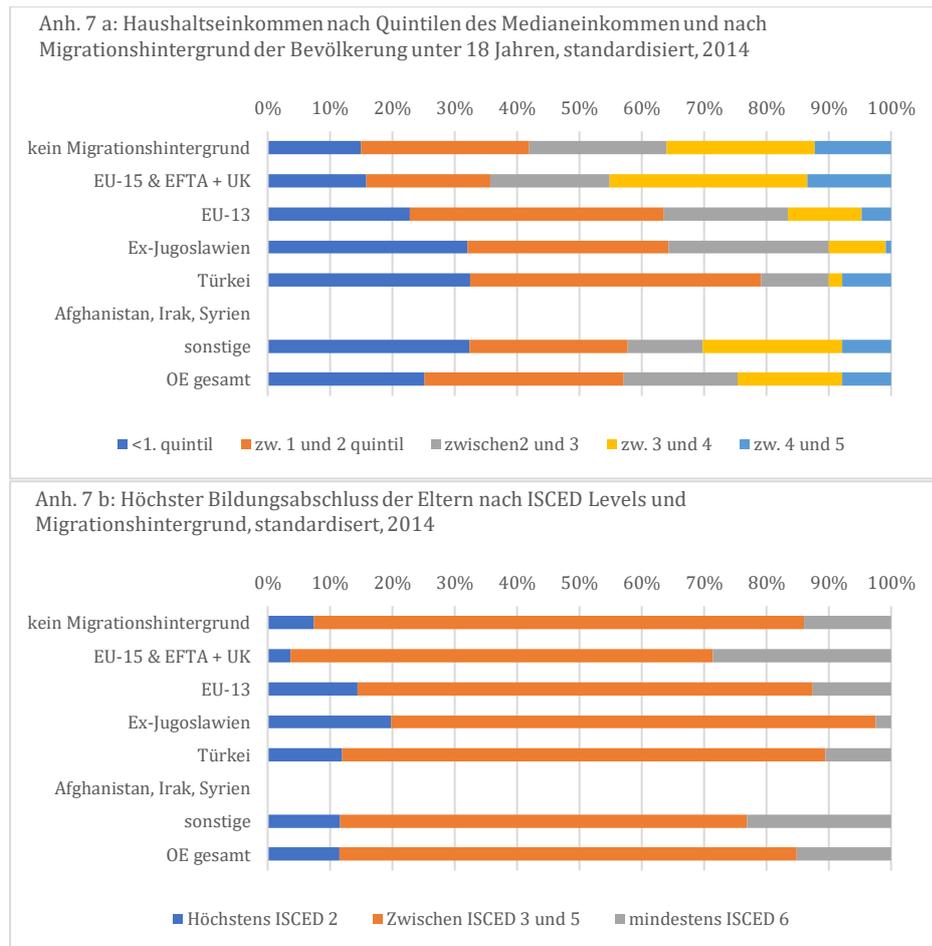


Anh. 6 b: Relevanz unterschiedlicher gesundheitlicher Risikofaktoren für weibliche Kinder und Jugendliche der EU-15 und EFTA Länder inkl. UK und AT, in %, 2011-2018



Quelle: Unicef State of the World's Children (2021), HS&I-eigene Berechnungen und eigene Darstellungen.

Anhang 7: Einkommen und Bildung im Haushalt 2014



Quelle: ATHIS 2014, Statistik Austria (2022), HS&I-eigene Berechnungen.

Anhang 8 a: Auswertungen des KINDL Fragebogens nach Geschlecht, standardisiert, Bevölkerung zwischen 3 und 17 Jahren, 2019

Körperlich												
Migrationshintergrund nach Geburtsland der Mutter	männlich						weiblich					
	krank gefühlt			Kopf- oder Bauchschmerzen			krank gefühlt			Kopf- oder Bauchschmerzen		
	selten	manchmal	häufig	selten	manchmal	häufig	selten	manchmal	häufig	selten	manchmal	häufig
kein Migrationshintergrund	84%	10%	5%	88%	8%	4%	83%	10%	7%	84%	12%	5%
EU-15 & EFTA + UK	74%	17%	9%	85%	12%	3%	78%	13%	9%	85%	8%	6%
EU-13	75%	11%	14%	79%	9%	12%	77%	15%	8%	76%	16%	8%
Ex-Jugoslawien	84%	10%	6%	89%	7%	4%	80%	11%	9%	82%	12%	6%
Türkei	88%	5%	7%	86%	7%	7%	88%	8%	4%	77%	17%	6%
Afghanistan, Irak, Syrien	95%	0%	5%	96%	2%	2%	96%	0%	4%	79%	17%	4%
sonstige	78%	11%	11%	85%	8%	7%	78%	18%	4%	84%	14%	3%
OE gesamt	83%	9%	8%	87%	7%	6%	83%	11%	6%	81%	14%	5%

Psychisch												
Migrationshintergrund nach Geburtsland der Mutter	männlich						weiblich					
	viel Spaß und gelacht			zu nichts Lust			viel Spaß und gelacht			zu nichts Lust		
	selten	manchmal	häufig	selten	manchmal	häufig	selten	manchmal	häufig	selten	manchmal	häufig
kein Migrationshintergrund	4%	5%	92%	86%	8%	6%	5%	4%	91%	86%	7%	7%
EU-15 & EFTA + UK	7%	9%	84%	80%	18%	3%	3%	6%	91%	87%	7%	7%
EU-13	3%	6%	91%	83%	11%	6%	4%	5%	90%	83%	11%	6%
Ex-Jugoslawien	5%	3%	91%	81%	8%	11%	7%	2%	91%	88%	7%	4%
Türkei	4%	6%	90%	84%	10%	6%	5%	5%	90%	83%	15%	3%
Afghanistan, Irak, Syrien	15%	5%	80%	82%	4%	14%	14%	0%	86%	81%	0%	19%
sonstige	1%	4%	95%	85%	4%	11%	3%	7%	90%	76%	13%	10%
OE gesamt	6%	5%	89%	83%	9%	8%	6%	4%	90%	83%	9%	8%

Anhang 8 b: Auswertungen des KINDL Fragebogens nach Geschlecht, standardisiert, Bevölkerung zwischen 3 und 17 Jahren, 2019

Selbstwert												
Migrationshintergrund nach Geburtsland der Mutter	männlich						weiblich					
	stolz auf sich			selbst gut leiden			stolz auf sich			selbst gut leiden		
	selten	manchmal	häufig	selten	manchmal	häufig	selten	manchmal	häufig	selten	manchmal	häufig
kein Migrationshintergrund	1%	10%	88%	4%	4%	92%	2%	9%	89%	5%	5%	91%
EU-15 & EFTA + UK	3%	17%	80%	6%	7%	88%	2%	15%	83%	9%	6%	85%
EU-13	1%	9%	90%	11%	2%	87%	2%	4%	94%	10%	4%	86%
Ex-Jugoslawien	2%	2%	97%	5%	3%	92%	1%	3%	96%	4%	1%	95%
Türkei	6%	5%	90%	7%	4%	89%	3%	8%	90%	5%	4%	91%
Afghanistan, Irak, Syrien	5%	0%	95%	13%	11%	75%	6%	5%	89%	7%	4%	89%
sonstige	2%	6%	91%	6%	5%	89%	0%	10%	90%	12%	6%	82%
OE gesamt	3%	7%	90%	8%	5%	87%	2%	7%	90%	7%	4%	89%

Familiäres Umfeld												
Migrationshintergrund nach Geburtsland der Mutter	männlich						weiblich					
	mit Eltern verstanden			zuhause wohl gefühlt			mit Eltern verstanden			zuhause wohl gefühlt		
	selten	manchmal	häufig	selten	manchmal	häufig	selten	manchmal	häufig	selten	manchmal	häufig
kein Migrationshintergrund	0%	4%	95%	0%	1%	99%	1%	4%	95%	1%	1%	98%
EU-15 & EFTA + UK	0%	8%	92%	0%	0%	100%	3%	4%	93%	1%	0%	99%
EU-13	0%	5%	95%	0%	0%	100%	1%	3%	96%	0%	1%	99%
Ex-Jugoslawien	0%	1%	99%	0%	0%	100%	1%	1%	98%	0%	0%	100%
Türkei	2%	6%	92%	1%	0%	99%	1%	10%	88%	1%	5%	93%
Afghanistan, Irak, Syrien	0%	0%	100%	0%	0%	100%	0%	5%	95%	0%	0%	100%
sonstige	0%	7%	93%	0%	1%	99%	0%	7%	93%	0%	3%	97%
OE gesamt	0%	4%	95%	0%	0%	100%	1%	5%	94%	0%	1%	98%

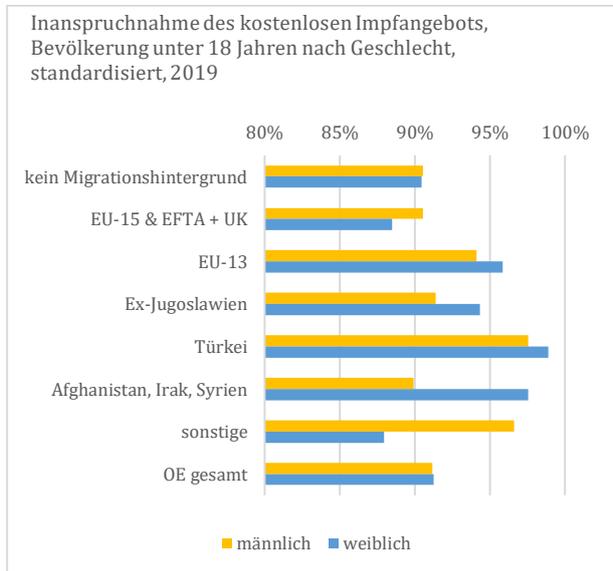
Anhang 8 c: Auswertungen des KINDL Fragebogens nach Geschlecht, standardisiert, Bevölkerung zwischen 3 und 17 Jahren, 2019

Freundeskreis												
Migrationshintergrund nach Geburtsland der Mutter	männlich						weiblich					
	etwas mit Freunden unternommen			mit Freunden verstanden			etwas mit Freunden unternommen			mit Freunden verstanden		
	selten	manchmal	häufig	selten	manchmal	häufig	selten	manchmal	häufig	selten	manchmal	häufig
kein Migrationshintergrund	4%	10%	86%	1%	3%	96%	4%	11%	85%	1%	3%	95%
EU-15 & EFTA + UK	3%	8%	89%	1%	3%	96%	8%	9%	82%	3%	0%	97%
EU-13	9%	6%	86%	2%	4%	94%	4%	3%	93%	1%	3%	96%
Ex-Jugoslawien	3%	7%	89%	3%	2%	94%	4%	7%	89%	2%	2%	96%
Türkei	6%	9%	86%	2%	0%	98%	5%	10%	84%	1%	5%	93%
Afghanistan, Irak, Syrien	4%	6%	90%	5%	4%	91%	6%	0%	94%	6%	0%	94%
sonstige	7%	8%	84%	2%	7%	91%	3%	18%	79%	0%	6%	94%
OE gesamt	5%	8%	87%	2%	3%	94%	5%	8%	87%	2%	3%	95%

Schulisches Umfeld												
Migrationshintergrund nach Geburtsland der Mutter	männlich						weiblich					
	Aufgaben gut geschafft			Spaß in Schule gehabt			Aufgaben gut geschafft			Spaß in Schule gehabt		
	selten	manchmal	häufig	selten	manchmal	häufig	selten	manchmal	häufig	selten	manchmal	häufig
kein Migrationshintergrund	3%	5%	92%	5%	12%	83%	3%	3%	94%	4%	9%	87%
EU-15 & EFTA + UK	7%	12%	82%	6%	21%	74%	2%	2%	96%	5%	8%	87%
EU-13	2%	4%	94%	2%	17%	81%	2%	6%	93%	3%	7%	91%
Ex-Jugoslawien	4%	11%	85%	3%	12%	85%	2%	0%	98%	3%	7%	90%
Türkei	2%	9%	90%	3%	9%	88%	8%	7%	85%	6%	10%	83%
Afghanistan, Irak, Syrien	2%	8%	90%	2%	8%	90%	0%	8%	92%	0%	5%	95%
sonstige	3%	13%	84%	8%	13%	79%	0%	15%	85%	2%	13%	86%
OE gesamt	3%	9%	88%	4%	13%	83%	2%	6%	92%	3%	8%	88%

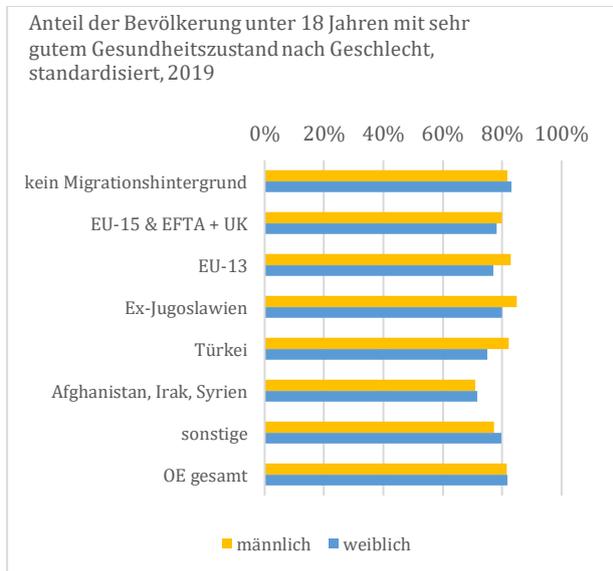
Quelle: ATHIS 2019, Statistik Austria (2022), HS&I-eigene Berechnungen.

Anhang 9: Impfungen nach Geschlecht



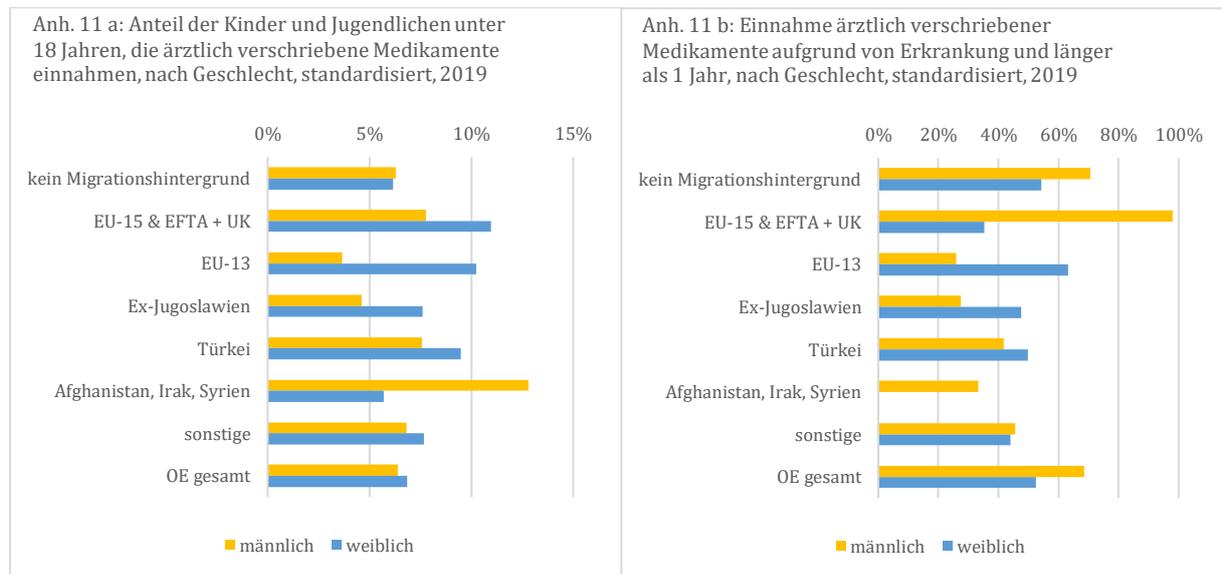
Quelle: ATHIS 2019, Statistik Austria (2022), HS&I-eigene Berechnungen.

Anhang 10: Gesundheitszustand nach Geschlecht



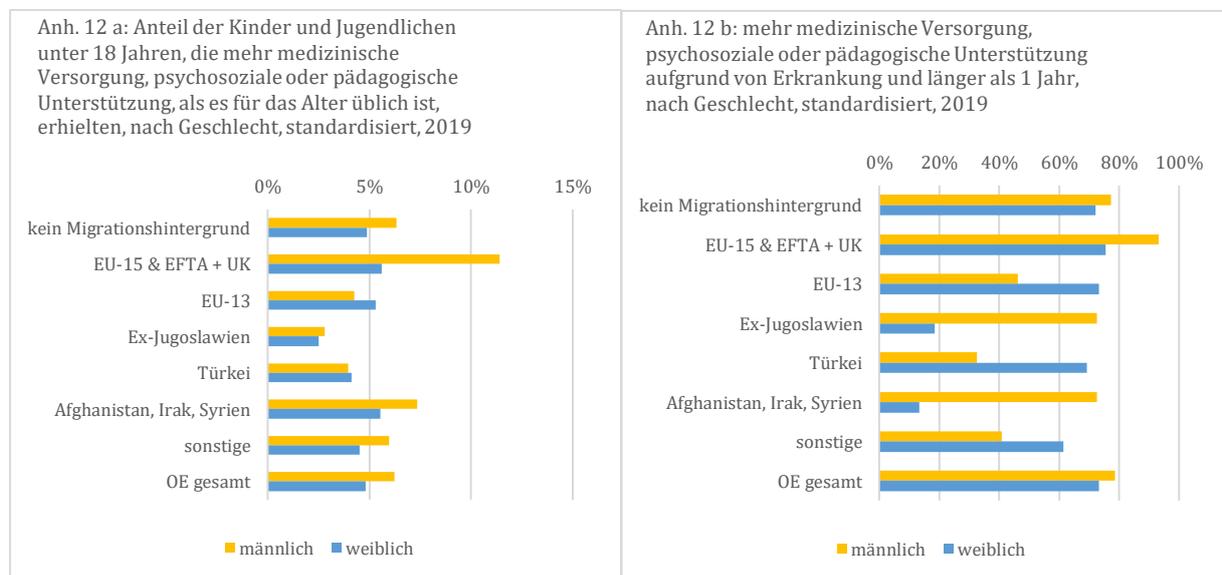
Quelle: ATHIS 2019, Statistik Austria (2022), HS&I-eigene Berechnungen.

Anhang 11: Zusatzinformationen zur Einnahme von ärztlich verschriebenen Medikamenten



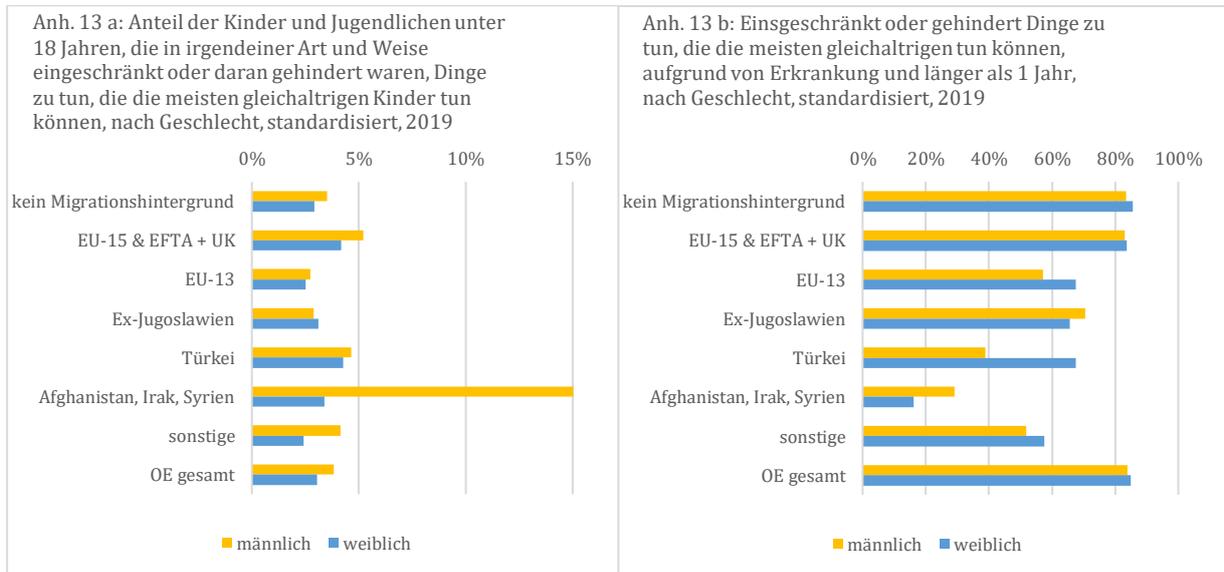
Quelle: ATHIS 2019, Statistik Austria (2022), HS&I-eigene Berechnungen.

Anhang 12: Zusatzinformationen zu überdurchschnittlicher medizinischer Versorgung, psychosozialer oder pädagogischer Unterstützung



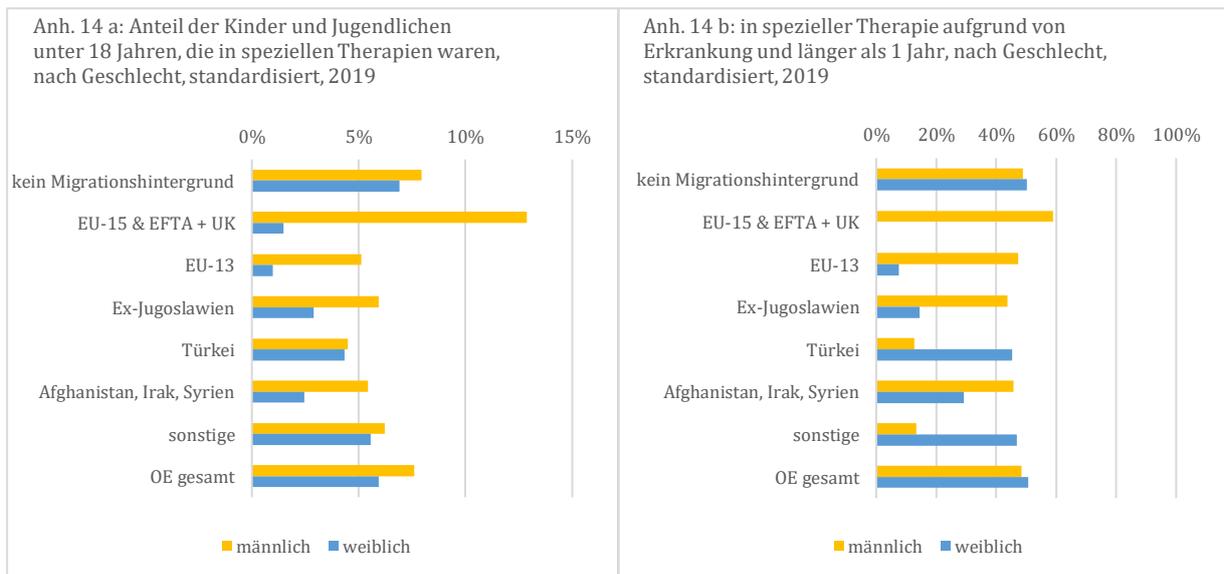
Quelle: ATHIS 2019, Statistik Austria (2022), HS&I-eigene Berechnungen.

Anhang 13: Zusatzinformationen zu Einschränkungen im Alltag



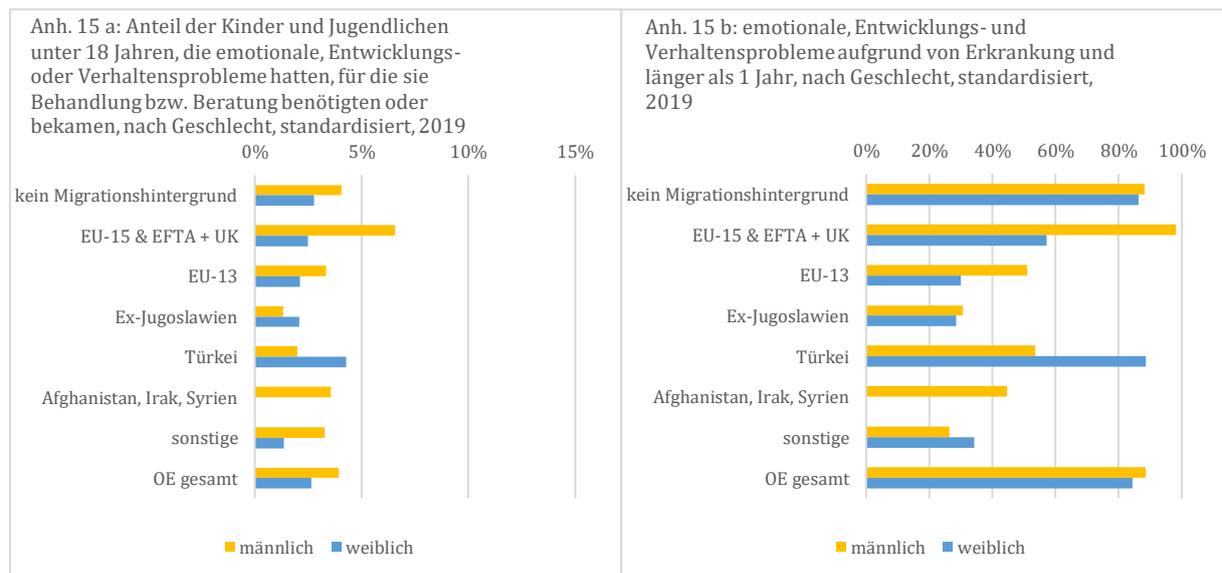
Quelle: ATHIS 2019, Statistik Austria (2022), HS&I-eigene Berechnungen.

Anhang 14: Zusatzinformationen zu speziellen Therapien



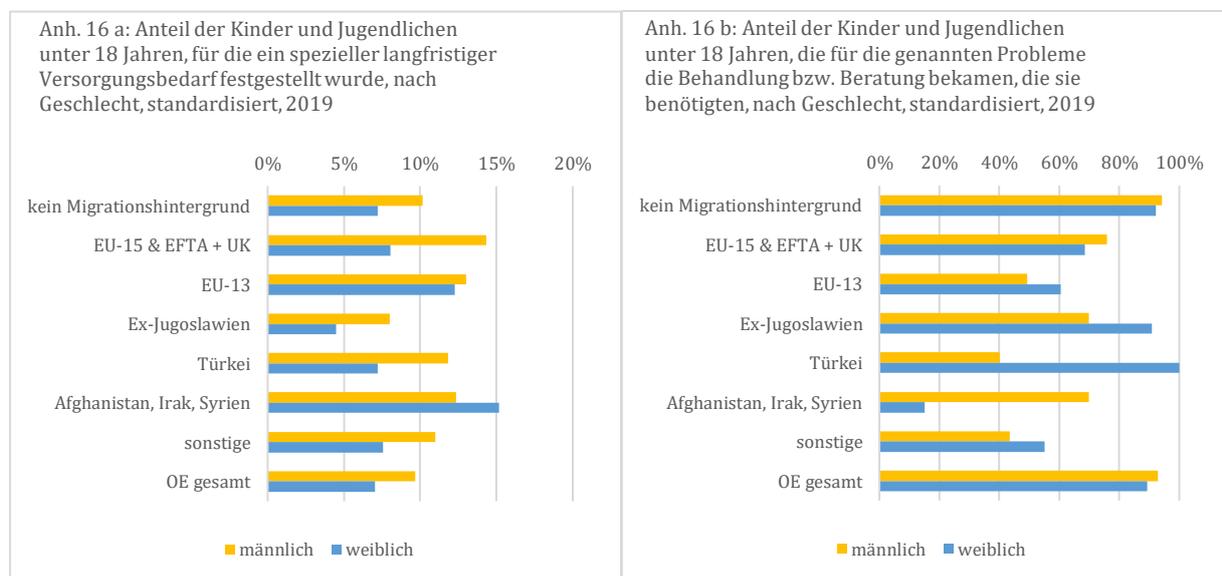
Quelle: ATHIS 2019, Statistik Austria (2022), HS&I-eigene Berechnungen.

Anhang 15: Zusatzinformationen zu emotionalen, Entwicklungs- und Verhaltensproblemen



Quelle: ATHIS 2019, Statistik Austria (2022), HS&I-eigene Berechnungen.

Anhang 16: Zusatzinformationen zu speziellem langfristigem Bedarf



Quelle: ATHIS 2019, Statistik Austria (2022), HS&I-eigene Berechnungen.

Anhang 17 a: Auswertungen des KINDL Fragebogens für Kinder mit speziellem, langfristigem Versorgungsbedarf, nach Geschlecht, standardisiert, Bevölkerung zwischen 3 und 17 Jahren, 2019

Körperlich												
Migrationshintergrund nach Geburtsland der Mutter	männlich						weiblich					
	krank gefühlt			Kopf- oder Bauchschmerzen			krank gefühlt			Kopf- oder Bauchschmerzen		
	selten	manchmal	häufig	selten	manchmal	häufig	selten	manchmal	häufig	selten	manchmal	häufig
kein Migrationshintergrund	70%	18%	12%	73%	17%	10%	76%	11%	13%	64%	22%	14%
EU-15 & EFTA + UK	64%	27%	9%	91%	9%	0%	40%	20%	39%	74%	7%	20%
EU-13	66%	13%	21%	72%	7%	21%	51%	31%	18%	51%	16%	33%
Ex-Jugoslawien	32%	25%	42%	56%	32%	12%	67%	20%	14%	67%	20%	14%
Türkei	75%	0%	25%	75%	0%	25%	90%	10%	0%	90%	10%	0%
Afghanistan, Irak, Syrien	81%	0%	19%	100%	0%	0%	100%	0%	0%	100%	0%	0%
sonstige	55%	25%	20%	65%	25%	10%	64%	36%	0%	100%	0%	0%
OE gesamt	63%	16%	21%	76%	13%	11%	70%	18%	12%	78%	11%	12%

Psychisch												
Migrationshintergrund nach Geburtsland der Mutter	männlich						weiblich					
	viel Spaß und gelacht			zu nichts Lust			viel Spaß und gelacht			zu nichts Lust		
	selten	manchmal	häufig	selten	manchmal	häufig	selten	manchmal	häufig	selten	manchmal	häufig
kein Migrationshintergrund	4%	10%	86%	83%	11%	6%	9%	6%	85%	84%	11%	5%
EU-15 & EFTA + UK	9%	40%	51%	63%	37%	0%	20%	20%	60%	67%	7%	26%
EU-13	7%	20%	73%	86%	14%	0%	7%	25%	67%	60%	33%	7%
Ex-Jugoslawien	12%	44%	44%	56%	44%	0%	0%	27%	73%	60%	40%	0%
Türkei	0%	8%	92%	83%	0%	17%	28%	10%	63%	90%	0%	10%
Afghanistan, Irak, Syrien	19%	36%	45%	100%	0%	0%	100%	0%	0%	100%	0%	0%
sonstige	10%	10%	80%	100%	0%	0%	0%	0%	100%	73%	0%	27%
OE gesamt	9%	24%	67%	82%	15%	3%	23%	13%	64%	76%	13%	11%

Anhang 17 b: Auswertungen des KINDL Fragebogens für Kinder mit speziellem, langfristigem Versorgungsbedarf, nach Geschlecht, standardisiert, Bevölkerung zwischen 3 und 17 Jahren, 2019

Selbstwert												
Migrationshintergrund nach Geburtsland der Mutter	männlich						weiblich					
	stolz auf sich			selbst gut leiden			stolz auf sich			selbst gut leiden		
	selten	manchmal	häufig	selten	manchmal	häufig	selten	manchmal	häufig	selten	manchmal	häufig
kein Migrationshintergrund	5%	16%	79%	9%	8%	83%	7%	18%	75%	7%	10%	83%
EU-15 & EFTA + UK	9%	41%	50%	9%	40%	51%	0%	20%	80%	33%	0%	67%
EU-13	0%	20%	80%	7%	13%	80%	0%	7%	93%	24%	15%	61%
Ex-Jugoslawien	0%	12%	88%	0%	12%	88%	0%	0%	100%	0%	0%	100%
Türkei	17%	0%	83%	17%	0%	83%	37%	0%	63%	28%	0%	72%
Afghanistan, Irak, Syrien	0%	0%	100%	18%	0%	82%	100%	0%	0%	100%	0%	0%
sonstige	0%	10%	90%	0%	10%	90%	0%	0%	100%	0%	0%	100%
OE gesamt	4%	14%	81%	8%	12%	80%	21%	6%	73%	27%	4%	69%

Familiäres Umfeld												
Migrationshintergrund nach Geburtsland der Mutter	männlich						weiblich					
	mit Eltern verstanden			zuhause wohl gefühlt			mit Eltern verstanden			zuhause wohl gefühlt		
	selten	manchmal	häufig	selten	manchmal	häufig	selten	manchmal	häufig	selten	manchmal	häufig
kein Migrationshintergrund	2%	8%	90%	2%	1%	98%	2%	6%	91%	3%	3%	94%
EU-15 & EFTA + UK	0%	19%	81%	0%	0%	100%	33%	0%	67%	0%	0%	100%
EU-13	0%	0%	100%	0%	0%	100%	0%	7%	93%	0%	7%	93%
Ex-Jugoslawien	0%	0%	100%	0%	0%	100%	0%	0%	100%	0%	0%	100%
Türkei	8%	8%	83%	0%	0%	100%	28%	10%	63%	28%	10%	63%
Afghanistan, Irak, Syrien	0%	0%	100%	0%	0%	100%	0%	0%	100%	0%	0%	100%
sonstige	0%	10%	90%	0%	0%	100%	0%	0%	100%	0%	0%	100%
OE gesamt	1%	6%	92%	0%	0%	100%	9%	3%	88%	4%	3%	93%

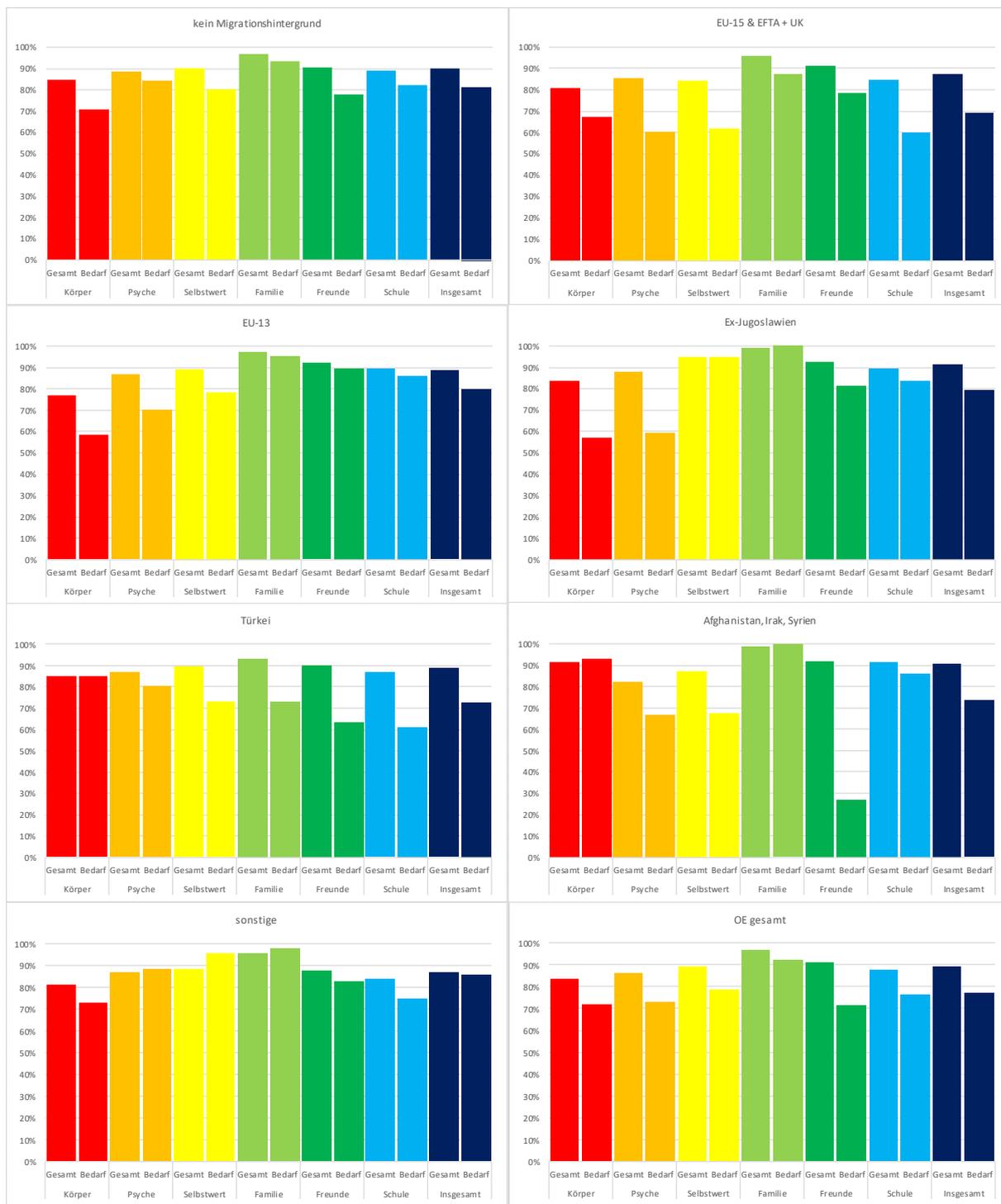
Anhang 17 c: Auswertungen des KINDL Fragebogens für Kinder mit speziellem, langfristigem Versorgungsbedarf, nach Geschlecht, standardisiert, Bevölkerung zwischen 3 und 17 Jahren, 2019

Freundeskreis												
Migrationshintergrund nach Geburtsland der Mutter	männlich						weiblich					
	etwas mit Freunden unternommen			mit Freunden verstanden			etwas mit Freunden unternommen			mit Freunden verstanden		
	selten	manchmal	häufig	selten	manchmal	häufig	selten	manchmal	häufig	selten	manchmal	häufig
kein Migrationshintergrund	10%	16%	74%	4%	10%	86%	9%	22%	69%	5%	12%	82%
EU-15 & EFTA + UK	9%	10%	81%	9%	0%	91%	40%	0%	60%	20%	0%	80%
EU-13	7%	7%	86%	14%	0%	86%	0%	7%	93%	0%	7%	93%
Ex-Jugoslawien	0%	31%	69%	0%	19%	81%	14%	0%	86%	14%	0%	86%
Türkei	25%	8%	67%	8%	0%	92%	37%	26%	36%	28%	0%	72%
Afghanistan, Irak, Syrien	45%	19%	36%	36%	27%	36%	100%	0%	0%	100%	0%	0%
sonstige	10%	35%	55%	0%	10%	90%	19%	0%	81%	0%	0%	100%
OE gesamt	15%	18%	67%	10%	9%	80%	31%	8%	61%	24%	3%	73%

Schulisches Umfeld												
Migrationshintergrund nach Geburtsland der Mutter	männlich						weiblich					
	Aufgaben gut geschafft			Spaß in Schule gehabt			Aufgaben gut geschafft			Spaß in Schule gehabt		
	selten	manchmal	häufig	selten	manchmal	häufig	selten	manchmal	häufig	selten	manchmal	häufig
kein Migrationshintergrund	6%	10%	84%	7%	17%	76%	6%	7%	87%	7%	10%	83%
EU-15 & EFTA + UK	22%	50%	28%	9%	64%	27%	0%	7%	93%	7%	0%	93%
EU-13	0%	20%	80%	0%	14%	86%	7%	0%	93%	7%	7%	85%
Ex-Jugoslawien	0%	42%	58%	0%	32%	68%	0%	0%	100%	0%	0%	100%
Türkei	8%	17%	75%	8%	17%	75%	47%	0%	53%	47%	0%	53%
Afghanistan, Irak, Syrien	19%	0%	81%	19%	0%	81%	0%	0%	100%	0%	0%	100%
sonstige	25%	0%	75%	35%	10%	55%	0%	36%	64%	0%	0%	100%
OE gesamt	11%	20%	69%	11%	22%	67%	9%	7%	84%	10%	3%	88%

Quelle: ATHIS 2019, Statistik Austria (2022), HS&I-eigene Berechnungen.

Anhang 18: Vergleich der Determinanten der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Kindern und Jugendlichen zwischen 3 und 17 Jahren mit und ohne speziellem, langfristigem Bedarf, nach Migrationsgruppen, standardisiert, 2019



Quelle: ATHIS 2019, Statistik Austria (2022), HS&I-eigene Berechnungen.

Anhang 19: Definitionen und Erklärungen der einzelnen ISCED (2011) Stufen nach UNESCO und österreichischen Bildungssystem

<i>Stufe</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Erklärung</i>
0	Elementarbereich	formale frühkindliche Bildung für Kinder ab drei Jahren bis zum regulären Schuleintritt, auch den frühkindlichen Bildungsbereich für Kinder bis zu drei Jahren
1	Primarbereich	Volksschule
2	Sekundarbereich I	die ersten 4 Jahre der Mittelschule und der Unterstufe der Allgemeinbildenden höheren Schule (AHS)
3	Sekundarbereich II	Bildungseinrichtungen, welche sich der allgemeinen Bildung oder der Berufsbildung nach dem Sekundarbereich I widmen (individuelle Berufsausbildung, Polytechnische Schulen, Berufsschulen & Lehren, die Berufsbildenden mittleren Schulen, Berufsbildende höhere Schulen bis zum 3. Jahr, die Oberstufe von Allgemeinbildenden höheren Schulen sowie Ausbildungen für Gesundheitsberufe)
4	Postsekundärer, nicht tertiärer Bereich	Abschlüsse, welche zwar nach der Sekundarbildung einzuordnen sind, jedoch noch nicht in den Tertiären Sektor fallen (Gesundheits- und Krankenpflegesschulen sowie manche Lehrgänge an Universitäten oder Fachhochschulen)
5	Kurzes tertiäres Bildungsprogramm	sämtliche postsekundäre Abschlüsse, die den Absolvent/innen professionelles Wissen Fertigkeiten und Kompetenzen typischerweise praxisorientiert vermitteln (höhere Schulen ab dem 4. Jahrgang, Aufbaulehrgänge, Schulen für Berufstätige, Werkmeister-Bauhandwerker- und Meisterschulen sowie Kollegs. Solche Programme können auch als erster Teil eines Bachelor Programme definiert sein)
6	Bachelor- bzw. gleichwertiges Bildungsprogramm	Bachelor Studiengänge an Universitäten, Fachhochschulen und Pädagogischen Hochschulen. Auch gleichwertige Bildungsprogramme in anderen Bereichen fallen in diese Kategorie
7	Master- bzw. gleichwertiges Bildungsprogramm	Master-Studiengänge an Universitäten, Fachhochschulen und Pädagogischen Hochschulen. Auch gleichwertige Bildungsprogramme in anderen Bereichen fallen in diese Kategorie
8	Promotion bzw. gleichwertiges Bildungsprogramm	höchsten hochschulischen Ausbildungsformen, die Promotion sowie die Habilitation. (Dr., PhD)

Quelle: ISCED 2011, UNESCO Institute for Statistics, <https://www.bildungssystem.at/>

**AUTORINNEN:**

MARIA M. HOFMARCHER-HOLZHACKER,
JOHANNES WÜGER

TITEL:

MIGRATION IN ÖSTERREICH:
GESUNDHEITLICHE UND ÖKONOMISCHE ASPEKTE II
KINDER UND JUGENDLICHE IN ÖSTERREICH

PROJEKTBERICHT/RESEARCH REPORT

HS&I

JOSEFSTÄDTER STRASSE 14/60
1080 VIENNA
AUSTRIA
TEL: +43-66488508917
MARIA.HOFMARCHER@HEALTHSYSTEMINTELLIGENCE.EU
[HTTP://WWW.HEALTHSYSTEMINTELLIGENCE.EU/](http://WWW.HEALTHSYSTEMINTELLIGENCE.EU/)

AHA. AUSTRIAN HEALTH ACADEMY

WALLNERSTRASSE 3
1010 WIEN
AUSTRIA
TEL: +43 1 5322841
MARIA.HOFMARCHER@AUSTRIANHEALTHACADEMY.AT
[HTTP://WWW.AUSTRIANHEALTHACADEMY.AT](http://WWW.AUSTRIANHEALTHACADEMY.AT)

Diese und alle weiteren Publikationen des ÖIF
stehen unter [integrationsfonds.at/publikationen](https://www.integrationsfonds.at/publikationen)
zum Download bereit.

www.integrationsfonds.at