

Kapitel 4

Gesundheitszustand und Zugang zu Gesundheitsleistungen

Die soziodemografischen Merkmale wie z.B. Geschlecht, Alter, Risikoverhalten (z.B. Alkoholkonsum, Rauchen) sowie Lebens- und Arbeitsbedingungen gehören zu den wichtigsten Bestimmungsfaktoren des Gesundheitszustands eines Menschen. Mit der Feststellung eines „Healthy-Migrant-Effekts“ ist in Ländern zu rechnen, in denen sich die Zuwandererpopulation überwiegend aus Neuzuwanderern zusammensetzt, die im Durchschnitt jünger sind als die im Inland geborene Bevölkerung. Es wird davon ausgegangen, dass sich der positive Effekt mit zunehmender Aufenthaltsdauer verringert.

Das Herkunftsland der Migranten und die Migrationsbedingungen können den positiven Effekt, den die „Zuwanderungsautoselektion“ auf den Gesundheitszustand hat, nuancieren. Einige Migrantenkategorien, wie z.B. Flüchtlinge, sind besonders gefährdet und leiden u.U. mit größerer Wahrscheinlichkeit unter bestimmten Krankheiten oder psychischen Störungen. Ganz allgemein kann der Migrationsvorgang zu Stress führen, der den Gesundheitszustand von Migranten in der Folge – je nach den sozioökonomischen und gesundheitlichen Bedingungen im Herkunftsland und dem Maß, in dem sie im Aufnahmeland ansässig werden – auf verschiedene Art und Weise beeinträchtigen kann. Schließlich existiert in der Regel eine positive Korrelation zwischen dem Bildungs- und Einkommensniveau auf der einen Seite und dem Gesundheitszustand auf der anderen.

In diesem Kapitel werden auf der Basis von Eigenangaben der im Inland geborenen Bevölkerung und der Zuwandererpopulation verschiedene Aspekte des Gesundheitszustands (Indikator 4.1) und das Versorgungsdefizit (Indikator 4.2) analysiert. Eine Erörterung dieser Indikatoren findet sich im Abschnitt „Messung“ am Ende dieses Kapitels.

4.1 Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands

Hintergrundinformationen

Die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustands spiegelt den allgemeinen Eindruck wider, den eine Person von ihrem Gesundheitszustand – einschließlich der physiologischen und psychologischen Dimensionen – hat. In diesem Abschnitt werden drei verschiedene Aspekte behandelt: 1. der allgemeine Gesundheitszustand, 2. das Vorliegen chronischer oder langjähriger Krankheiten oder Gesundheitsbeschwerden und 3. das Vorhandensein gesundheitsbedingter Einschränkungen (eingeschränkt oder stark eingeschränkt), was eine der Definitionen der Erwerbsunfähigkeit ist. Der Gesundheitszustand nach Selbsteinschätzung wird zwar bei allen Erhebungen mit fünf Stufen bewertet, doch reichen die Antworten auf dem australischen und dem EU-SILC-Fragebogen von „sehr schlecht“ bis „sehr gut“, mit der mittleren Antwortoption „recht gut“, die auf dem amerikanischen, kanadischen und Schweizer Fragebogen dagegen von „schlecht“ bis „ausgezeichnet“ mit der mittleren Antwortoption „gut“. Dieser Abschnitt enthält Abbildungen über den Anteil der Personen, die ihren Gesundheitszustand als „gut“ oder besser einstufen. Das Vorhandensein chronischer Gesundheitsbeschwerden und gesundheitsbedingter Einschränkungen wird in den nichteuropäischen Fragebogen detaillierter behandelt als in denen der Schweiz und der EU-SILC. Dies kann bei internationalen Vergleichen insofern zu Verzerrungen führen, als es bei den nichteuropäischen Fragebogen mehr Möglichkeiten gibt, gesundheitliche Beschwerden anzugeben. Jeder Indikator für die Zuwandererpopulation ist bereinigt, so dass sich vorhersagen lässt, wie das Ergebnis wäre, wenn die im Ausland geborene Bevölkerung dasselbe Einkommen sowie dieselben Bildungsniveau- und Einkommensmerkmale hätte wie die im Inland geborene.

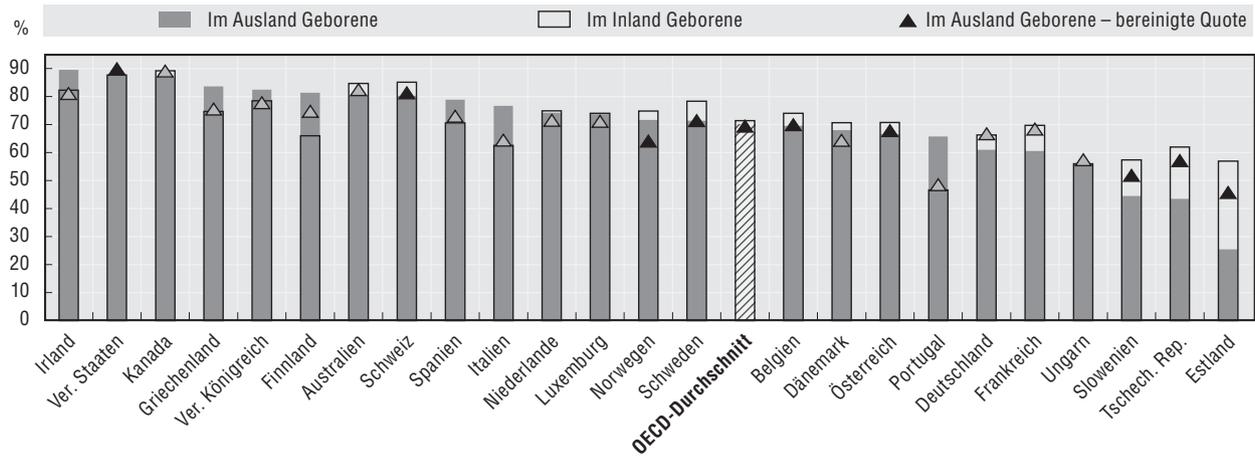
Durchschnittlich 70% der Zuwanderer in den OECD-Ländern gaben ihren Gesundheitszustand 2009 als gut oder besser an (72,2% der Männer, 68,1% der Frauen). Dieser Durchschnitt ist mit dem der im Inland Geborenen vergleichbar. Über 85% der Zuwanderer in Kanada, Irland und den Vereinigten Staaten und weniger als 45% der Zuwanderer in der Tschechischen Republik, Estland und Slowenien gaben ihren Gesundheitszustand mindestens als gut an (Abb. 4.1).

In Südeuropa (Griechenland, Italien, Portugal und Spanien) sowie in Finnland, Irland und dem Vereinigten Königreich sind Zuwanderer in der Regel durchschnittlich gesünder als im Inland geborene Personen. In diesen Ländern stellen Neuzuwanderer, die im Durchschnitt jünger sind als der Rest der Bevölkerung, einen hohen Anteil am Zuwandererbestand. In Portugal wird der Trend durch den vergleichsweise geringen Anteil von im Inland Geborenen bestimmt, die angeben, einen guten oder besseren Gesundheitszustand zu haben. In allen anderen Ländern, einschließlich der klassischen Einwanderungsländer (Australien, Kanada), ist die Wahrscheinlichkeit, den Gesundheitszustand als gut oder besser anzugeben, bei Zuwanderern durchschnittlich geringer als bei im Inland Geborenen. In den Ländern Mittel- und Osteuropas – mit Ausnahme Ungarns – sind die Unterschiede im Vergleich zu den im Inland Geborenen groß (die Differenz liegt zwischen -31,6 Prozentpunkten in Estland und -12,9 Prozentpunkten in Slowenien).

Nach der Bereinigung um Alter sowie Bildungs- und Einkommensniveau werden jedoch die Unterschiede im Gesundheitszustand zwischen Zuwanderern und im Inland Geborenen in den meisten Ländern geringer oder unerheblich. Nennenswerte Ausnahmen sind Norwegen, wo sich der Abstand zu im Inland Geborenen vergrößert, und in geringerem Maß Australien, Kanada, Schweden, die Schweiz und die Vereinigten Staaten, wo die Bereinigung kaum Effekte hat. Die Präsenz gefährdeter Bevölkerungsgruppen, wie z.B. humanitäre Migranten, kann die Ergebnisse der nordischen Länder beeinflussen.

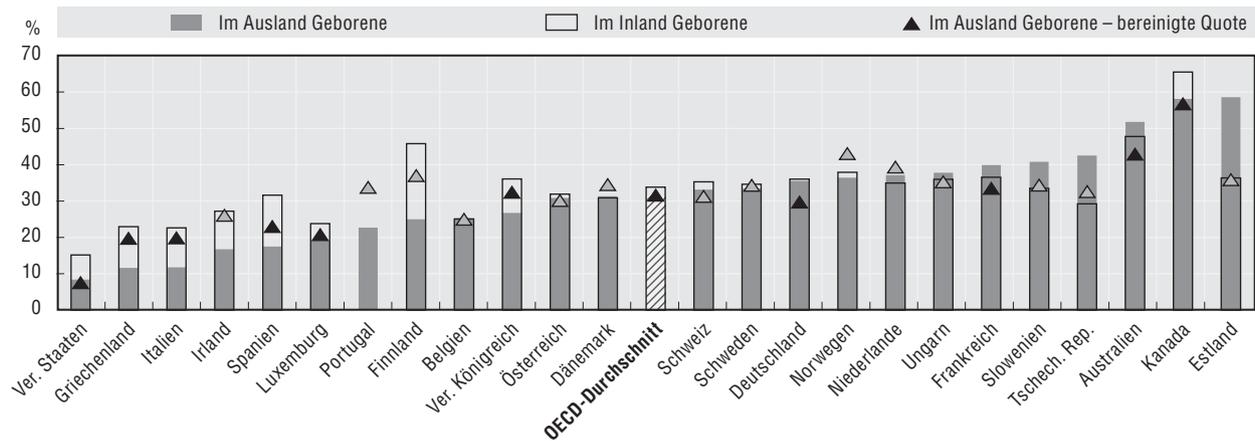
Ähnliche Ergebnisse sind bei den beiden anderen Indikatoren zu beobachten. Die Wahrscheinlichkeit, unter einer chronischen Krankheit zu leiden oder gesundheitsbedingte Einschränkungen anzugeben, ist in Irland, den Vereinigten Staaten und den südeuropäischen Ländern bei Zuwanderern wesentlich geringer, als bei im Inland geborenen Personen (Abb. 4.2 und 4.3). In Australien, Frankreich und Deutschland wird nach der Bereinigung die Wahrscheinlichkeit, unter chronischen Gesundheitsbeschwerden zu leiden, bei Zuwanderern geringer als bei im Inland Geborenen. In den meisten übrigen Ländern verringern sich die Unterschiede gegenüber den im Inland Geborenen dieser Kategorie oder werden statistisch nicht signifikant. In Kanada, Luxemburg und den Vereinigten Staaten scheinen jedoch die Unterschiede zwischen Zuwanderern und im Inland Geborenen im Hinblick auf das Vorhandensein chronischer Gesundheitsbeschwerden nicht mit sozioökonomischen Faktoren in Zusammenhang zu stehen. Der Prozentsatz der Zuwanderer, die angeben, gesundheitsbedingte Einschränkungen zu haben, verringert sich zwar in Mittel- und Osteuropa, Frankreich und Deutschland nach der Bereinigung ganz erheblich, bleibt jedoch in Dänemark und der Schweiz nach Bereinigung unverändert und erhöht sich tendenziell in den Niederlanden und Norwegen (Abb. 4.3).

Abbildung 4.1 **Prozentsatz der im Ausland und im Inland geborenen Erwachsenen, die laut eigenen Angaben bei guter Gesundheit sind, 2009**



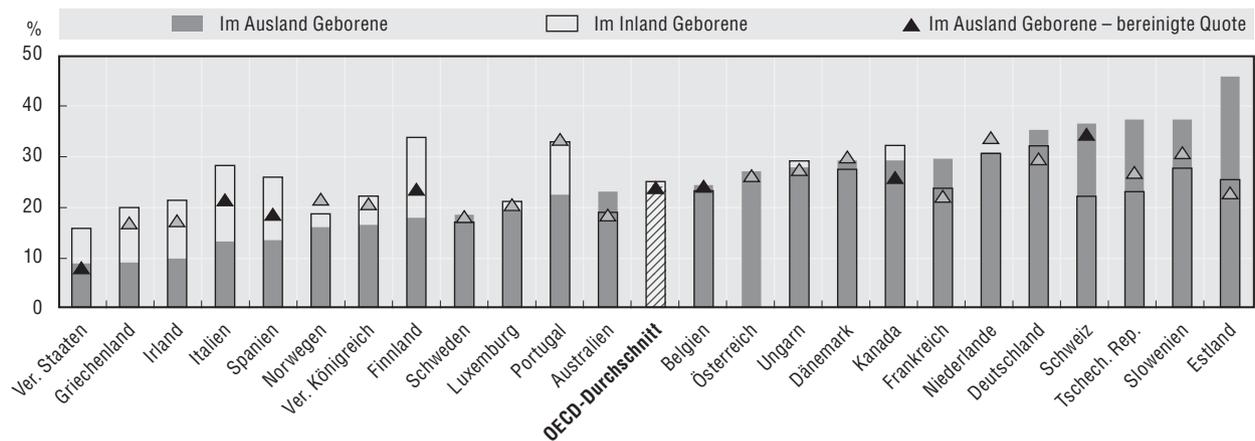
StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932734913>

Abbildung 4.2 **Prozentsatz der im Ausland und im Inland geborenen Erwachsenen, die laut eigenen Angaben chronische Gesundheitsbeschwerden haben, 2009**



StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932734932>

Abbildung 4.3 **Prozentsatz der im Ausland und im Inland geborenen Erwachsenen, die laut eigenen Angaben gesundheitsbedingte Einschränkungen haben, 2009**



StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932734951>

Anmerkungen und Quellen werden am Ende des Kapitels aufgeführt.

4.2 Versorgungsdefizite

Hintergrundinformationen

Dieser Indikator gibt an, ob es für die Befragten in den letzten zwölf Monaten einen Zeitpunkt gab, an dem sie das Gefühl hatten, Gesundheitsleistungen (ohne zahnärztliche Untersuchung oder Behandlung) zu benötigen, diese aber nicht erhalten haben. Von den in diesem Bericht analysierten 20 Ländern der EU-SILC-Erhebung wiesen nur 16 eine angemessene Stichprobengröße für eine Analyse des Versorgungsdefizits von Zuwanderern auf. Die Stichprobengrößen sind zudem in der Regel zu klein, um eine ausführlichere Darstellung der Gründe des Versorgungsdefizits zu ermöglichen.

Von den übrigen OECD-Ländern waren nur für die Vereinigten Staaten Daten über Versorgungsdefizite von Zuwanderern verfügbar. Die entsprechenden Daten bezogen sich jedoch ganz spezifisch auf kostenbedingte Versorgungsdefizite, und nicht auf alle für Versorgungsdefizite möglichen Gründe, und bei einem Vergleich mit dem EU-Datenmaterial ist daher Vorsicht geboten.

Der Indikator für die Zuwandererbevolkerung ist bereinigt, so dass sich vorhersagen lässt, wie das Ergebnis wäre, wenn die im Ausland geborene Bevölkerung dasselbe Einkommen sowie dieselben Bildungsniveau- und Einkommensmerkmale hätte wie die im Inland geborene.

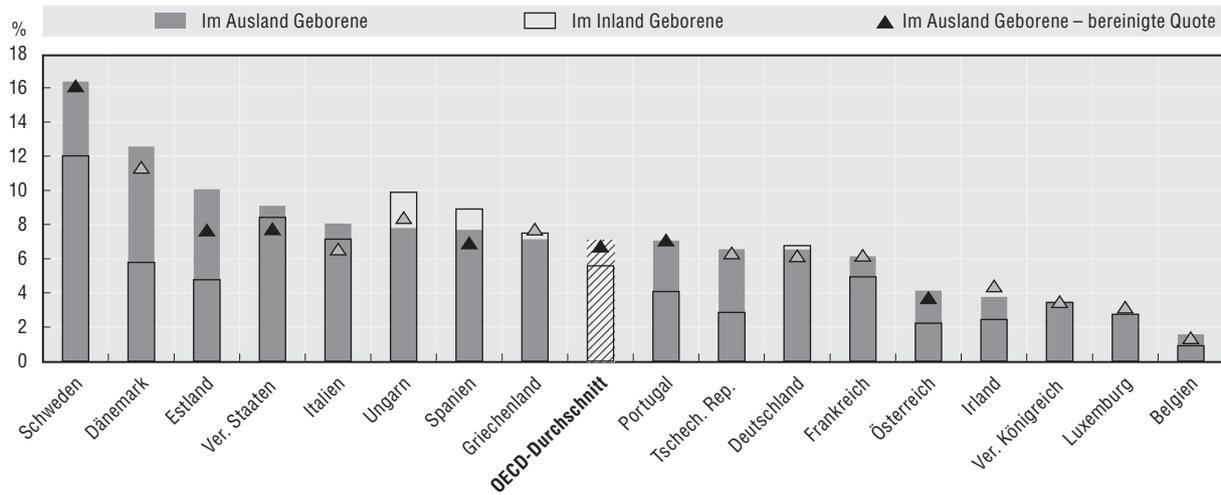
Im OECD-Durchschnitt hatten 7,1% der Zuwanderer eigenen Angaben zufolge im vergangenen Jahr ein Versorgungsdefizit, gegenüber 5,6% der im Inland geborenen Bevölkerung. Diese Differenz wurde als statistisch nicht signifikant beurteilt.

Die Unterschiede hinsichtlich der Häufigkeit eines Versorgungsdefizits zwischen im Ausland und im Inland Geborenen sind bei etwa der Hälfte der Länder, für die Daten veröffentlicht werden können, signifikant (Abb. 4.4). In all diesen Ländern ist die Wahrscheinlichkeit, ein Versorgungsdefizit zu haben, bei im Ausland Geborenen größer als bei im Inland Geborenen. Bei den Zuwanderern in den skandinavischen Ländern war die Wahrscheinlichkeit, ein Versorgungsdefizit anzugeben, am höchsten (16,4% in Schweden, 12,6% in Dänemark), am geringsten in Belgien, Luxemburg und dem Vereinigten Königreich (weniger als 4%). Rund 9% der Zuwanderer in den Vereinigten Staaten gaben ein allein durch die Kosten bedingtes Versorgungsdefizit an.

Nach Bereinigung um Alter sowie Bildungs- und Einkommensniveau war die Wahrscheinlichkeit, ein Versorgungsdefizit anzugeben, bei Zuwanderern in Spanien (-2,0 Prozentpunkte) wie auch in den Vereinigten Staaten (-0,7 Prozentpunkte) geringer als bei im Inland Geborenen. In Österreich, Estland, Portugal und Schweden lag jedoch die Wahrscheinlichkeit, ein Versorgungsdefizit anzugeben, bei Zuwanderern immer noch zwischen 4,1 Prozentpunkten und 1,2 Prozentpunkten höher als bei im Inland Geborenen.

Die Gründe, die für das Versorgungsdefizit angegeben wurden, waren bei im Inland Geborenen und Zuwanderern in den europäischen OECD-Ländern ähnlich: Kosten, Abwarten um zu sehen, ob die Beschwerden von allein nachlassen, Zeitmangel und Wartelisten. Mit einem Anteil von 31% gaben die Zuwanderer jedoch mit höherer Wahrscheinlichkeit als im Inland Geborene (23%) die Kosten als Grund für Versorgungsdefizite an.

Abbildung 4.4 **Prozentsatz der im Ausland und im Inland geborenen Erwachsenen, die laut eigenen Angaben ein Versorgungsdefizit haben, 2009**



Anmerkungen und Quellen werden am Ende des Kapitels aufgeführt.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932734970>

Messung

Eine ideale Indikatorreihe bezüglich der Gesundheit von Zuwanderern würde über den objektiven Gesundheitszustand Auskunft geben und auch die Faktoren beschreiben, die zu einem schlechten Gesundheitszustand führen. Die verfügbaren und leicht messbaren Indikatoren sind jedoch statisch und geben in der Regel nur über den aktuellen Gesundheitszustand Auskunft, nicht aber über Risikofaktoren, die die Trends im Hinblick auf den Gesundheitszustand beeinflussen könnten. Üblicherweise verwendete Gesundheitsindikatoren, wie z.B. Säuglingssterblichkeit und Lebenserwartung, sind für Zuwandererpopulationen entweder nicht verwendbar oder nicht verfügbar. Gesundheitsuntersuchungen, wie z.B. ärztliche Analysen (Blutanalysen, Berichte über chronische Krankheiten usw.) wären ideal, machen jedoch spezifische Erhebungen erforderlich, die in den Ländern selten, wenn überhaupt durchgeführt werden.

In diesem Kapitel werden verschiedene Aspekte des Gesundheitszustands auf der Basis von Eigenangaben der im Inland geborenen Bevölkerung und der Zuwandererpopulation analysiert (Indikator 4.1). Bei der Interpretation der auf Eigenangaben basierenden Antworten der Erhebung ist jedoch eine gewisse Vorsicht geboten, da bei Selbsteinschätzungen und Eigenangaben soziokulturelle Unterschiede zwischen den Ländern und zwischen im Inland Geborenen und Zuwanderern eines Landes der Aussagekraft des Vergleichs Grenzen setzen können.

Arztbesuche im Rahmen präventiver und kurativer Behandlung und medizinische Vorsorgemaßnahmen (Krebsvorsorge, insbesondere Früherkennung von Brustkrebs von Frauen, Impfung von Kindern usw.) sind wichtige Indikatoren für die Gleichheit des Zugangs zu medizinischer Versorgung. Die Stichprobengrößen nationaler Gesundheitserhebungen ermöglichen jedoch keine aussagekräftigen Ergebnisse für Zuwanderer. Eine andere Methode, die Gleichheit des Zugangs zu Gesundheitsleistungen zu evaluieren, besteht darin, die Eigenangaben über bestehende Versorgungsdefizite zu überprüfen. Zur Ermittlung der Versorgungsdefizite werden die Betroffenen in der Regel gefragt, ob es für sie in den letzten zwölf Monaten einen Zeitpunkt gab, an dem sie das Gefühl hatten, Gesundheitsleistungen zu benötigen, diese aber nicht erhalten haben; im Anschluss daran wird dann die Frage gestellt, warum der Versorgungsbedarf nicht gedeckt wurde (Indikator 4.2).

Anmerkungen, Quellen und weiterführende Literatur

Anmerkungen

Die grauen Dreiecke verweisen in allen Abbildungen auf Unterschiede zwischen den bereinigten Quoten von Zuwanderern und im Inland Geborenen, die sich mit einer Wahrscheinlichkeit von 0,05 nicht statistisch signifikant von null unterscheiden.

Alle Panelkonzepte unterzeichnen tendenziell die Zahl der Neueinreisenden. Im Fall der EU-SILC-Erhebung wird das Panel alle vier Jahre erneuert. Die Stichproben sind querschnittsmäßig nur für den ersten Durchgang eines neuen Panels repräsentativ, da nur Neuzuwanderer, die in einen ansässigen Haushalt aufgenommen wurden – z.B. bei Familienzusammenführung und Familiengründung –, erfasst werden. Bei HILDA werden Neueinreisende ab 1999 nur berücksichtigt, wenn sie sich in einem zuvor ansässigen Haushalt befinden. Da Australien im Zeitraum 1999-2009 massive Zuwandererströme aufnahm und seit Mitte der 1990er Jahre stärker auf höher qualifizierte Arbeitsmigranten fokussiert war, sind die Schätzungen in der Regel verzerrt.

Quelle

Statistik der Europäischen Union über Einkommen und Lebensbedingungen (EU-SILC) 2009; Schweizer Haushalt-Panel (SHP) 2009; Household, Income, and Labour Dynamics in Australia (HILDA) 2009; Canadian Community Health Survey (CCHS) 2007-2008; US National Health Interview Survey (NHIS) 2010.

Weiterführende Literatur

- Berchet, C. und F. Jusot (2010), "Social Health Inequalities. A French Analysis Based on the Migrant Population", *Public Economics*.
- Berchet, C. und F. Jusot (2012), "État de santé et recours aux soins des immigrés : une synthèse des travaux français", *Questions d'économie de la santé*, IRDES.
- Chen, J., E. Ng und R. Wilkins (1996), "The Health of Canada's Immigrants in 1994-1995", *Health Reports*, Vol. 7, No. 4, S. 37-50.
- Dey, A.N. und J.W. Lucas (2004), "Physical and Mental Health Characteristics of U.S.-Born and Foreign-Born Adults 1997-2002", Division of Health Statistics, National Center for Health Statistics, www.cdc.gov/nchs/ppt/duc2004/dey_lucas.ppt, Zugriff am 21. November 2011.
- OECD (2011a), *How's Life? Measuring Well-being*, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2011), *Health at a Glance*, OECD Publishing, Paris.
- Razum, O. und S. Rohrmann (2002), "Der Healthy-migrant-Effekt: Bedeutung von Auswahlprozessen bei der Migration und Late-entry-bias", *Gesundheitswesen*, Vol. 64, No. 2, S. 82-88.
- Singh, M. und M. de Looper (2002), "Australian Health Inequalities: Birthplace", *AIHW Bulletin*, Cat. No. AUS 27, Canberra.
- Swerdlow, A.J. (1991), "Mortality and Cancer Incidence in Vietnamese Refugees in England and Wales: A Follow-Up Study", *International Journal of Epidemiology*, Vol. 20, No. 1, S. 13-19.