



179 Editorial von Cornelia Kristen

Fluchterfahrungen und Unterstützung nach der Ankunft

181 Bericht von Cornelia Kristen und Jana Nebelin

Geflüchtete kommen auf gefährlichen Wegen nach Deutschland

191 Bericht von Ellen Heidinger

Bedarf an und Inanspruchnahme von Unterstützung bei Geflüchteten ungleich verteilt

199 Bericht von Louise Biddle

Verlängerte Leistungseinschränkungen für Geflüchtete: Negative Konsequenzen für Gesundheit – erhoffte Einsparungen dürften ausbleiben

208 Interview mit Cornelia Kristen

212 Kommentar von Karsten Neuhoff

Klimaschutzverträge sind ein fairer Deal zwischen Industrie und Gesellschaft



Zur Wirtschaftslage in der sowjetischen Besatzungszone

Bruttoproduktionswert der sowjetzonalen Industrie
in Mrd. DM¹⁾

	1950	1951	1952
Insgesamt	23,4	28,5	33,0
dar. Bergbau	1,4	1,6	1,6
Metallurgie	0,6	0,8	1,0
Maschinenbau	3,8	4,6	6,1
Elektroindustrie	1,3	1,4	1,9
Feinmechanik und Optik	0,3	0,5	0,6
Chemische Industrie	4,0	4,6	5,4
Baustoffindustrie	0,9	1,0	1,2
Lebensmittelindustrie	3,5	4,0	5,7
Energie	0,8	0,8	0,9

¹⁾ Berechnungen und Schätzungen des DIW nach sowjetzonalen Angaben.

© DIW Berlin 1954

Der von der staatlichen Plankommission der Sowjetzone Ende Februar vorgelegte Abrechnungsbericht¹⁾ für das Jahr 1952 enthält fast nur prozentuale Erfüllungsangaben, aber nur wenige und bedeutungslose absolute Zahlen. Nur die Güter sind aufgeführt, in denen der Plan übererfüllt wurde, für die übrigen wird summarisch ein Nichterfüllen des Planzieles festgestellt. Untererfüllungen werden außer für einige Industriezweige auch für die Landwirtschaft und den Verkehr zugegeben.

Aus dem Wochenbericht Nr. 12 vom 20. März 1954

IMPRESSUM



DIW Berlin — Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e. V.
Mohrenstraße 58, 10117 Berlin
www.diw.de
Telefon: +49 30 897 89-0 E-Mail: kundenservice@diw.de
91. Jahrgang 20. März 2024

Herausgeber*innen

Prof. Dr. Tomaso Duso; Sabine Fiedler; Prof. Marcel Fratzscher, Ph.D.;
Prof. Dr. Peter Haan; Prof. Dr. Claudia Kemfert; Prof. Dr. Alexander S. Kritikos;
Prof. Dr. Alexander Kriwoluzky; Prof. Karsten Neuhoff, Ph.D.;
Prof. Dr. Carsten Schröder; Prof. Dr. Katharina Wrohlich

Chefredaktion

Prof. Dr. Pio Baake; Claudia Cohnen-Beck; Sebastian Kollmann;
Kristina van Deuverden

Lektorat

Dr. Lavinia Kinne; Dr. Renke Schmacker; Dr. Johannes Geyer

Redaktion

Rebecca Buhner; Dr. Hella Engerer; Ulrike Fokken; Petra Jasper; Sandra Tubik

Gestaltung

Roman Wilhelm; Stefanie Reeg; Eva Kretschmer, DIW Berlin

Umschlagmotiv

© imageBROKER / Steffen Diemer

Satz

Satz-Rechen-Zentrum Hartmann + Heenemann GmbH & Co. KG, Berlin

Der DIW Wochenbericht ist kostenfrei unter www.diw.de/wochenbericht abrufbar. Abonnieren Sie auch unseren Wochenberichts-Newsletter unter www.diw.de/wb-anmeldung

ISSN 1860-8787

Nachdruck und sonstige Verbreitung – auch auszugsweise – nur mit Quellenangabe und unter Zusendung eines Belegexemplars an den Kundenservice des DIW Berlin zulässig (kundenservice@diw.de).

Fluchterfahrungen und Unterstützung nach der Ankunft

Von Cornelia Kristen

In gegenwärtigen Debatten zum Migrationsgeschehen geht es häufig darum, wie viel Migration Deutschland braucht und welche Art. Auch die Integration der Zugewanderten spielt eine wichtige Rolle. Zum Teil wird dabei übersehen, dass die Erfahrungen auf der Flucht und in der ersten Zeit nach der Ankunft sich auf den weiteren Integrationsverlauf auswirken. Negative Erfahrungen auf der Flucht sind zu verarbeiten, sprachliche, rechtliche und gesundheitliche Hürden sind zu nehmen.

Die vorliegende Ausgabe des DIW Wochenberichts thematisiert diese frühe Phase. Einerseits wird untersucht, welche Erfahrungen Ankömmlinge auf der Flucht gemacht haben. Andererseits geht es um den geeigneten Umgang mit den Schutzsuchenden nach ihrer Ankunft. Betrachtet werden hierzu, welche Bedarfe an Unterstützung Geflüchtete angeben und inwieweit sie Hilfe in Anspruch nehmen sowie welchen Zugang sie zur Gesundheitsversorgung haben.

Die empirische Grundlage hierfür bilden neben offiziellen Statistiken Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP)¹ und die darin integrierte IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten.² Letztere beruhen auf Informationen zu Schutzsuchenden, die zwischen 2013 und 2020 nach Deutschland gekommen sind. Die meisten Geflüchteten sind in den Jahren 2015 und 2016 zugewandert und leben seitdem in der Bundesrepublik.

1 Jan Goebel et al. (2019): The German Socio-Economic Panel (SOEP). Jahrbücher für Nationalökonomie und Statistik 239 (2), 345–360; Miriam Gauer und Cornelia Kristen (2023): A guide to using the Socio-Economic Panel for research on individuals of immigrant origin. SOEP Survey Papers 1332. Series C. (online verfügbar; abgerufen am 17.11.2023. Dies gilt auch für alle anderen Onlinequellen dieses Editorials, sofern nicht anders vermerkt).

2 Sie wird vom Sozio-oekonomischen Panel (SOEP) im Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW Berlin) in Kooperation mit dem Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) sowie dem Forschungszentrum des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF-FZ) durchgeführt. Herbert Brücker, Ninas Rother und Joachim Schupp (2017; korrigierte Fassung 2018): IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten 2016: Studiendesign, Feldergebnisse sowie Analysen zu schulischer wie beruflicher Qualifikation, Sprachkenntnissen sowie kognitiven Potenzialen. Politikberatung kompakt 123 (online verfügbar); Martin Kroh et al. (2016): Das Studiendesign der IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten. SOEP Survey Papers 365 (online verfügbar).

Im ersten Bericht wird das Fluchtgeschehen zwischen 2014 und 2023 beschrieben. Auf unterschiedlichen Fluchtrouten gelangen Schutzsuchende nach Europa. Diese Routen bergen vielfältige Gefahren. Die gefährlichste Route ist die zentrale Mittelmeerroute, auf der weltweit die meisten Menschen sterben. Diese Route wird in jüngerer Zeit wieder verstärkt für die Flucht genutzt. Die Landrouten enden zwar seltener tödlich als die Flucht auf der zentralen Mittelmeerroute, sie bergen aber andere Gefahren. Körperliche Übergriffe, sexuelle Belästigung, Raubüberfall, Betrug und Gefängnisaufenthalte sind anzutreffen. Während Personen, die von ihrer Flucht berichten, ein zum Teil düsteres Bild zeichnen, möchte etwa die Hälfte nicht über die Flucht sprechen. Über diese schweigende Gruppe und ihre Erfahrungen kann nur spekuliert werden. Die tatsächliche Gefahrenlage lässt sich anhand der gegenwärtig verfügbaren Informationen kaum adäquat einschätzen. Dies erschwert auch den geeigneten Umgang mit Schutzsuchenden nach ihrer Ankunft.

Der zweite Bericht beschäftigt sich mit der Unterstützung Schutzsuchender in der ersten Zeit nach der Migration. Kontrastiert werden die von den Geflüchteten geäußerten Bedarfe nach Unterstützung mit der Inanspruchnahme in verschiedenen Bereichen wie rechtlicher Beratung, Hilfestellung bei der Arbeitssuche, beim Zugang zu Bildung, dem Erlernen der deutschen Sprache und der gesundheitlichen Versorgung. Es wird gezeigt, dass die vorhandenen Bedarfe nicht in allen Bereichen gedeckt sind. Insbesondere bei der Suche nach Schulplätzen, Ausbildungs- oder Weiterbildungsangeboten sowie bei Flüchtlings- und Asylfragen geben viele Geflüchtete an, dass sie die benötigte Hilfe nicht erhalten haben. Außerdem ist die Inanspruchnahme sozial ungleich verteilt. Personen, die im Herkunftsland eine höhere Bildung erworben und auf dem dortigen Arbeitsmarkt eine gute Position hatten, sind eher in der Lage,

vorhandene Angebote zu nutzen. Auch Geflüchtete, deren Asylstatus anerkannt ist, nehmen die Unterstützungsleistungen stärker in Anspruch als Personen, die sich noch im Asylverfahren befinden oder die geduldet sind.

Die Gesundheitsversorgung von Geflüchteten wird durch das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) geregelt. Es legt fest, dass in der ersten Zeit nach der Ankunft ein eingeschränkter Anspruch auf Gesundheitsversorgung besteht. Die Folgen der Verlängerung der Geltungsdauer des Asylbewerberleistungsgesetzes von 18 auf 36 Monate werden im dritten Beitrag untersucht. Er zeigt, dass eine längere Wartezeit nicht wie erhofft Kosten einsparen dürfte. Stattdessen werden gesundheitliche Probleme zu spät behandelt, was zu höheren Kosten führt als eine rechtzeitige Behandlung. Auch ist Gesundheit zentrale Voraussetzung, damit die Integration in anderen Bereichen gelingt. Eine Verlängerung der Geltungsdauer ist auch deshalb kritisch zu sehen, weil sie Personen mit geringer Bildung und wenigen Deutschkenntnissen stärker trifft. Um den Zugang zur Gesundheitsversorgung

zu vereinfachen, sollte die elektronische Gesundheitskarte genutzt werden. Sie bietet Ländern und Kommunen die Möglichkeit, den negativen Konsequenzen einer Ausweitung des AsylbLG entgegenzuwirken.

Die drei Beiträge verdeutlichen: Es ist unabdingbar herauszufinden, welche Gruppen von Personen welche Erfahrungen gemacht haben und welche Bedarfe sie daher aufweisen. Nur dann ist es möglich, Geflüchtete in der ersten Zeit nach ihrer Ankunft in geeigneter Weise zu unterstützen. Vor allem diejenigen, denen es weniger gut gelingt, Angebote zu nutzen und vorhandene Möglichkeiten auszuschöpfen, müssen gezielt in den Blick genommen werden. Dazu zählen insbesondere gering Gebildete oder Personen, die noch begrenzte Sprachkenntnisse aufweisen. Dies gilt für eine bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung ebenso wie für andere Unterstützungsleistungen. Auch ein angemessener Umgang mit negativen Erfahrungen auf der Flucht ist nur dann möglich, wenn diese erfasst und berücksichtigt werden.

Cornelia Kristen ist Professorin für Soziologie, insbesondere Sozialstrukturanalyse, an der Otto-Friedrich-Universität Bamberg und Fellow des DIW Berlin | ckristen@diw.de

AUF EINEN BLICK

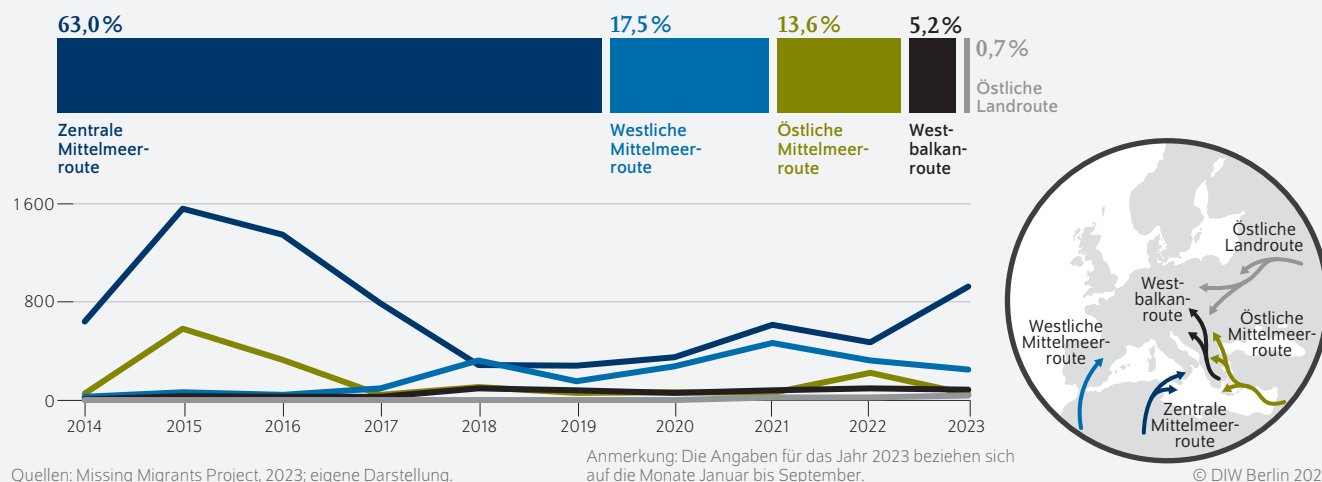
Geflüchtete kommen auf gefährlichen Wegen nach Deutschland

Von Cornelia Kristen und Jana Nebelin

- Bericht stellt Gefahren auf der Flucht anhand offizieller Statistiken und der IAB-BAMF-SOEP-Stichprobe für Geflüchtete dar
- Fluchtrouten unterscheiden sich deutlich nach Todesfällen – zentrale Mittelmeerroute weltweit gefährlichste Route
- Tod durch Ertrinken häufigste Todesursache auf der Flucht
- Bei Befragungen geben viele Geflüchtete keine Auskunft über ihre Erfahrungen während der Flucht
- Datenbasis zum Fluchtgeschehen sollte ausgebaut werden

Die meisten Todesfälle Geflüchteter ereignen sich auf der zentralen Mittelmeerroute

Anzahl der Todesfälle 2014 bis 2023 und Anteile insgesamt in Prozent



ZITAT

„Offizielle Statistiken erfassen zwar Todesfälle, bilden aber andere Gefahren auf der Flucht nur unzureichend ab. Befragungen füllen diese Lücke zum Teil, jedoch zeigt sich, dass viele Geflüchtete keine Auskunft über ihre Erfahrungen während der Flucht geben wollen.“

— Jana Nebelin —

MEDIATHEK



Audio-Interview mit Cornelia Kristen
www.diw.de/mediathek

Geflüchtete kommen auf gefährlichen Wegen nach Deutschland

Von Cornelia Kristen und Jana Nebelin

ABSTRACT

Die Routen, auf denen Geflüchtete in den Jahren 2014 bis 2023 nach Europa und Deutschland gekommen sind, wurden in unterschiedlichem Maße für die Flucht genutzt. Zuletzt hat die Bedeutung der zentralen Mittelmeerroute wieder zugenommen. Laut offizieller Statistiken, in denen vor allem Todesfälle erfasst werden, ist dies die weltweit tödlichste Fluchtroute. Die Gefahrenlage auf den verschiedenen Routen lässt sich auch aus Perspektive der Ankömmlinge beschreiben. Diese zeichnen ebenfalls ein in Teilen düsteres Bild von der Flucht, gekennzeichnet von unterschiedlichen Formen von Gewalt und Bedrohung. Gleichzeitig sprechen viele Schutzsuchende, darunter insbesondere Frauen, gar nicht erst über ihre Flucht. Um die Gefahren besser beschreiben und geeignete Instrumente zu ihrer Bekämpfung entwickeln zu können, sollten die Vorkommnisse während der Flucht besser erfasst werden.

Die politische Diskussion über Geflüchtete konzentriert sich häufig auf deren absolute Zahl. Die Fragen, auf welchen Routen sie nach Europa und Deutschland kommen und welchen Gefahren sie dabei ausgesetzt sind, finden weniger Beachtung. In diesem Bericht wird anhand offizieller Statistiken die Nutzung der unterschiedlichen Fluchtrouten nach Europa und Deutschland für den Zeitraum zwischen 2014 und 2023 beschrieben. Es wird gezeigt, auf welchen Routen Geflüchtete gewandert sind und welche Korridore von welchen Gruppen genutzt wurden. Außerdem werden die Gefahren behandelt, die mit der Flucht nach Europa verbunden sind und die sich zwischen den verschiedenen Routen systematisch unterscheiden. Die Gefahren lassen sich einerseits anhand von offiziellen Informationen beschreiben, andererseits aus Sicht der Geflüchteten charakterisieren. Um die Perspektive der Schutzsuchenden nachzuzeichnen, wird die IAB-BAMF-SOEP-Stichprobe für Geflüchtete genutzt.¹ Sie umfasst Personen, die zwischen 2014 und 2021 nach Deutschland gekommen sind. Die meisten von ihnen stammen aus Syrien und sind in den Jahren 2015 und 2016 eingewandert.

Geflüchtete nutzen unterschiedliche Routen nach Europa

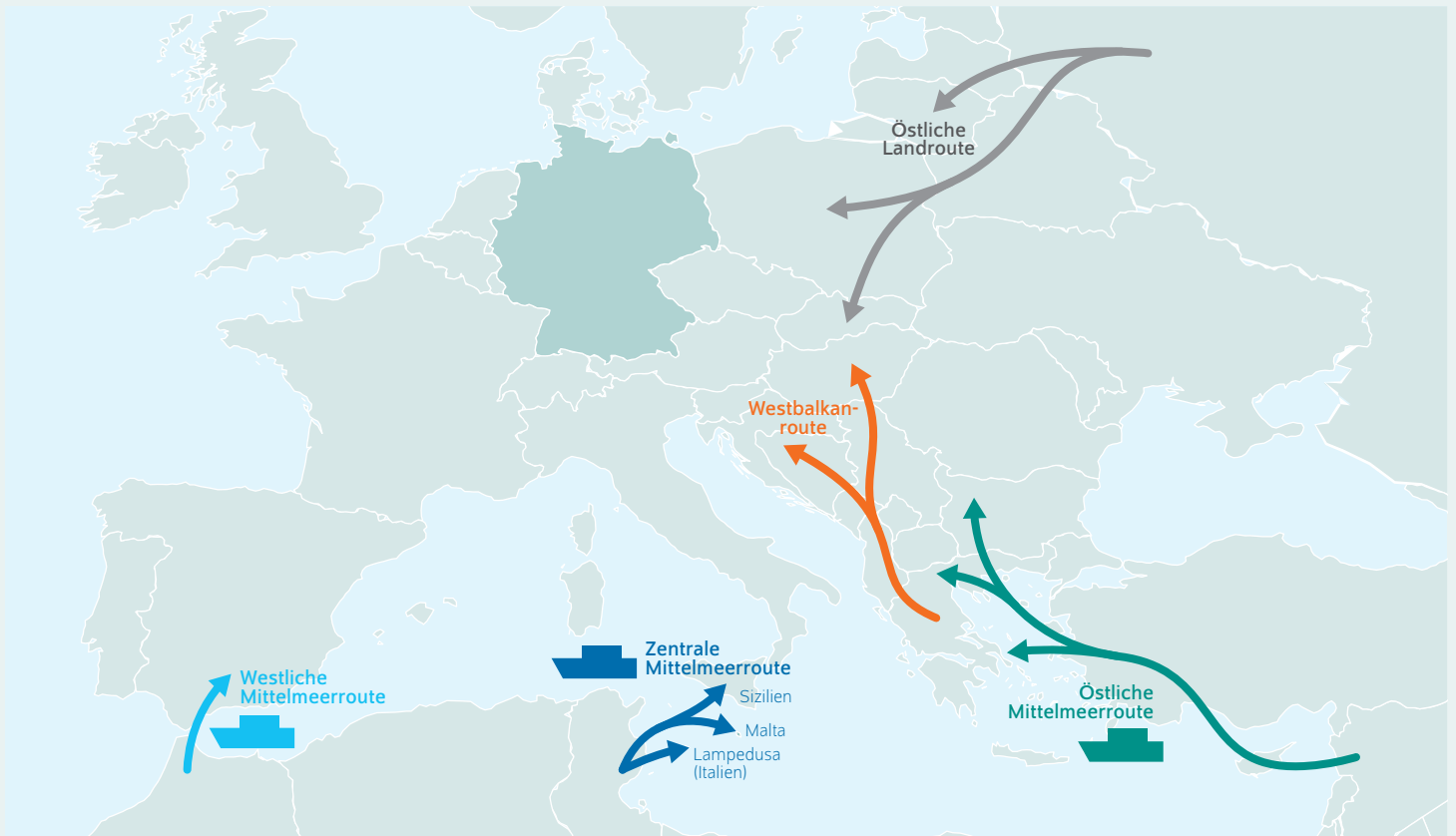
Die Wege, auf denen Schutzsuchende nach Europa kommen, sind in der Regel nicht direkt, schnell oder einfach zu bewältigen, sondern können mehrere Etappen und Länder einschließen und mit längeren Phasen des Aufenthalts an einzelnen Stationen einhergehen.² Es haben sich zentrale Fluchtrouten gebildet, auf denen Geflüchtete häufig auch

¹ Die Studie wird vom Sozio-ökonomischen Panel (SOEP) am Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW Berlin) in Kooperation mit dem Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) sowie dem Forschungszentrum des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF-FZ) durchgeführt. Herbert Brücker, Nina Rother und Joachim Schupp (2017); korrigierte Fassung 2018); IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten 2016: Studiendesign, Feldergebnisse sowie Analysen zu schulischer wie beruflicher Qualifikation, Sprachkenntnissen sowie kognitiven Potenzialen. DIW Politikberatung kompakt 123 (online verfügbar; abgerufen am 7. Dezember 2023). Dies gilt auch für alle anderen Online-Quellen, sofern nicht anders vermerkt; Martin Kroh et al. (2016): Das Studiendesign der IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten. SOEP Survey Papers 365 (online verfügbar).

² Benjamin Etzold (2019): Fragmentierte Flucht nach Europa. *Stadtforschung und Statistik* 32(2), 71–80; Joris Schapendonk (2012): Migrants' im/mobilities on their way to the EU: lost in transit? *Tijdschrift voor Economische en Sociale Geografie* 103(5), 577–583.

Abbildung 1

Migrationsrouten nach Europa



Quellen: Eigene Darstellung.

© DIW Berlin 2024

Fluchtwege lassen sich in fünf Routen zusammenfassen.

auf Angebote von Schleppern oder andere Dienstleistungen angewiesen sind.³ Unterscheiden lassen sich die östliche Mittelmeerroute, die zentrale Mittelmeerroute, die westliche Mittelmeerroute, die Westbalkanroute und die östliche Landroute (Abbildung 1, Tabelle). Während die ersten drei Routen mit einer Überquerung des Mittelmeers verbunden sind, handelt es sich bei den letzten beiden Routen um Landrouten.

Zentrale Mittelmeer- und Westbalkanroute gewinnen wieder an Bedeutung

Frontex, die Europäische Agentur für die Grenz- und Küstenwache, berichtet regelmäßig über die Anzahl irregulärer Grenzübertritte in die Europäische Union und Schengen-assoziierte Länder. Auch wenn diese Zahlen das Migrationsgeschehen nicht akkurat widerspiegeln, zum Beispiel, weil nicht alle Geflüchteten erfasst oder Personen mehrfach aufgegriffen und gezählt werden, können sie einen Eindruck über Unterschiede in der Nutzung der verschiedenen Routen

vermitteln (Abbildung 2). Die östliche Mittelmeerroute und die Westbalkanroute gehören im Beobachtungszeitraum (mit 35,1 beziehungsweise 32,6 Prozent aller irregulären Grenzübertritte) zu den wichtigsten Korridoren, insbesondere in den Jahren 2015 und 2016. Es folgen die zentrale Mittelmeerroute (mit 24,8 Prozent), die westliche Mittelmeerroute (mit 6,7 Prozent) und die östliche Landroute (mit 0,7 Prozent). Mit Inkrafttreten des EU-Türkei-Abkommens im März 2016 ist die Anzahl irregulärer Grenzübertritte auf der östlichen Mittelmeer- und der Westbalkanroute deutlich zurückgegangen. In den Jahren 2022 und 2023 waren die zentrale Mittelmeerroute (mit 39,1 Prozent) und die Westbalkanroute (mit 36,7 Prozent) die am stärksten frequentierten Korridore. Diese beiden Routen haben gegenüber den Vorjahren wieder an Bedeutung gewonnen.

Verschiedene Gruppen nutzen unterschiedliche Fluchtwege

Schutzsuchende aus Afghanistan, Eritrea, dem Irak und vor allem Syrien gehörten in den Jahren 2015 und 2016 zu den größten Geflüchtetengruppen. Zwischen 2014 und 2023

3 Benjamin Etzold (2019), a. a. O., 77.

Tabelle

Migrationsrouten nach Europa

Route	Frontex	Frontex-Länderzuordnung	IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten
Östliche Mittelmeerroute	Eastern Mediterranean	Zypern, Seegrenze zu Griechenland, Landgrenzen Griechenland und Bulgarien mit der Türkei	Mit dem Boot/Schiff über das Meer von der Türkei nach Griechenland
Zentrale Mittelmeerroute	Central Mediterranean	Seegrenzen zu Italien und Malta	Mit dem Boot/Schiff über das Meer von Nordafrika nach Italien oder Malta
Westliche Mittelmeerroute	Western Mediterranean	Land- und Seegrenze zu Spanien ohne kanarische Inseln	Mit dem Boot/Schiff über das Meer von Nordafrika nach Spanien oder Frankreich
	Western African	Kanarische Inseln	
Westbalkanroute	Western Balkans	Bulgarien, Rumänien, Ungarn und Kroatien an den Landgrenzen zu Ländern der Westbalkanregion	Über das Festland von der Türkei nach Bulgarien oder Griechenland
	Circular route from Albania to Greece	Griechische Landgrenze zu Albanien und Nordmazedonien	
Östliche Landroute	Eastern Land Borders	Rumänien, Ungarn, Slowakei, Polen, Litauen, Lettland, Estland, Finnland, Norwegen, Landgrenzen zu Moldawien, Ukraine, Belarus und der Russischen Föderation	Über das Festland von Russland

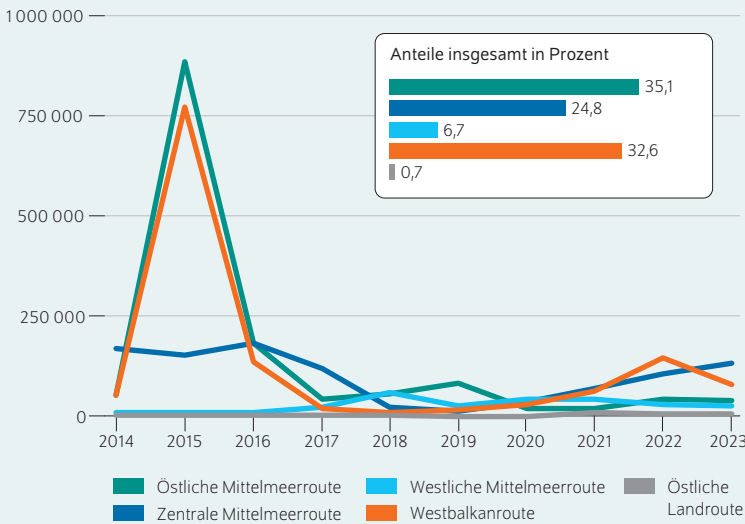
Anmerkung: Den Geflüchteten wurde folgende Frage gestellt: Haben Sie auf Ihrer Reise oder Flucht nach Deutschland eine der folgenden Hauptrouten genutzt? Zusätzlich zur direkten Abfrage wurden die Geflüchteten aufgefordert, die Route auf einer virtuellen Weltkarte zu vermerken. Die hieraus resultierenden georeferenzierten Punkte können genutzt werden, um auf die Fluchtrouten zu schließen. So können fehlende Werte bei der direkten Abfrage aufgefüllt werden. Siehe Lucas Guichard, Ismael Issifou und Sekou Keita (2023): Price adjustments on the market for human smuggling: evidence from a large demand shock, 10 (online verfügbar).

Quellen: Frontex (2023): Migratory Routes (online verfügbar); SOEP (2023): SOEP-Core – 2021: Person und Biografie (M3–M6, Erstbefragte, mit Verweis auf Variablen) (online verfügbar).

© DIW Berlin 2024

Abbildung 2

Anzahl irregulärer Grenzübertritte in das Gebiet der EU und Schengen-assoziiertes Länder 2014 bis 2023



Anmerkung: Die Angaben für das Jahr 2023 beziehen sich auf die Monate Januar bis Oktober.

Quelle: Frontex.

© DIW Berlin 2024

Die zentrale Mittelmeerroute hat in den letzten Jahren wieder an Bedeutung gewonnen.

haben aus diesen Ländern 2,9 Millionen Personen in der EU⁴ und davon 1,5 Millionen Personen in Deutschland⁵ einen Asylerstantrag gestellt. Sie machen ungefähr die Hälfte aller Anträge aus. Die Gesamtzahl der Asylerstanträge in diesem Zeitraum beläuft sich auf 7,2 Millionen in der EU⁶, wovon 2,6 Millionen in der Bundesrepublik⁷ gestellt wurden.

Die verschiedenen Fluchtrouten wurden in unterschiedlichem Maße von verschiedenen Herkunftsgruppen genutzt (Abbildung 3). Die wichtigste Fluchtroute für Menschen aus Afghanistan, Irak und Syrien war zwischen 2014 und 2023 die östliche Mittelmeerroute. Sie wurde von 69,1 Prozent der erfassten Geflüchteten aus Afghanistan genutzt, von 80,4 Prozent der Geflüchteten aus dem Irak und von 65,1 Prozent der Geflüchteten aus Syrien. Ein weiterer wichtiger Korridor in die Europäische Union war für diese Gruppen die Westbalkanroute. Sie wurde im Beobachtungszeitraum von 27,4 Prozent der Geflüchteten aus Afghanistan, von 9,8 Prozent der Geflüchteten aus dem Irak und von 28,3 Prozent der Geflüchteten aus Syrien gewählt. Schutzsuchende aus Eritrea sind dagegen in erster Linie auf der zentralen Mittelmeerroute nach Europa gekommen (94,6 Prozent).

⁴ Eigene Auszählung beruhend auf Eurostat (2023): Asylum applicants by type of applicant, citizenship, age and sex – annual aggregated data; Online data codemigr_asyappctza_custom_8776839 (online verfügbar). Für das Jahr 2023 konnten nur die Monate Januar bis August berücksichtigt werden.

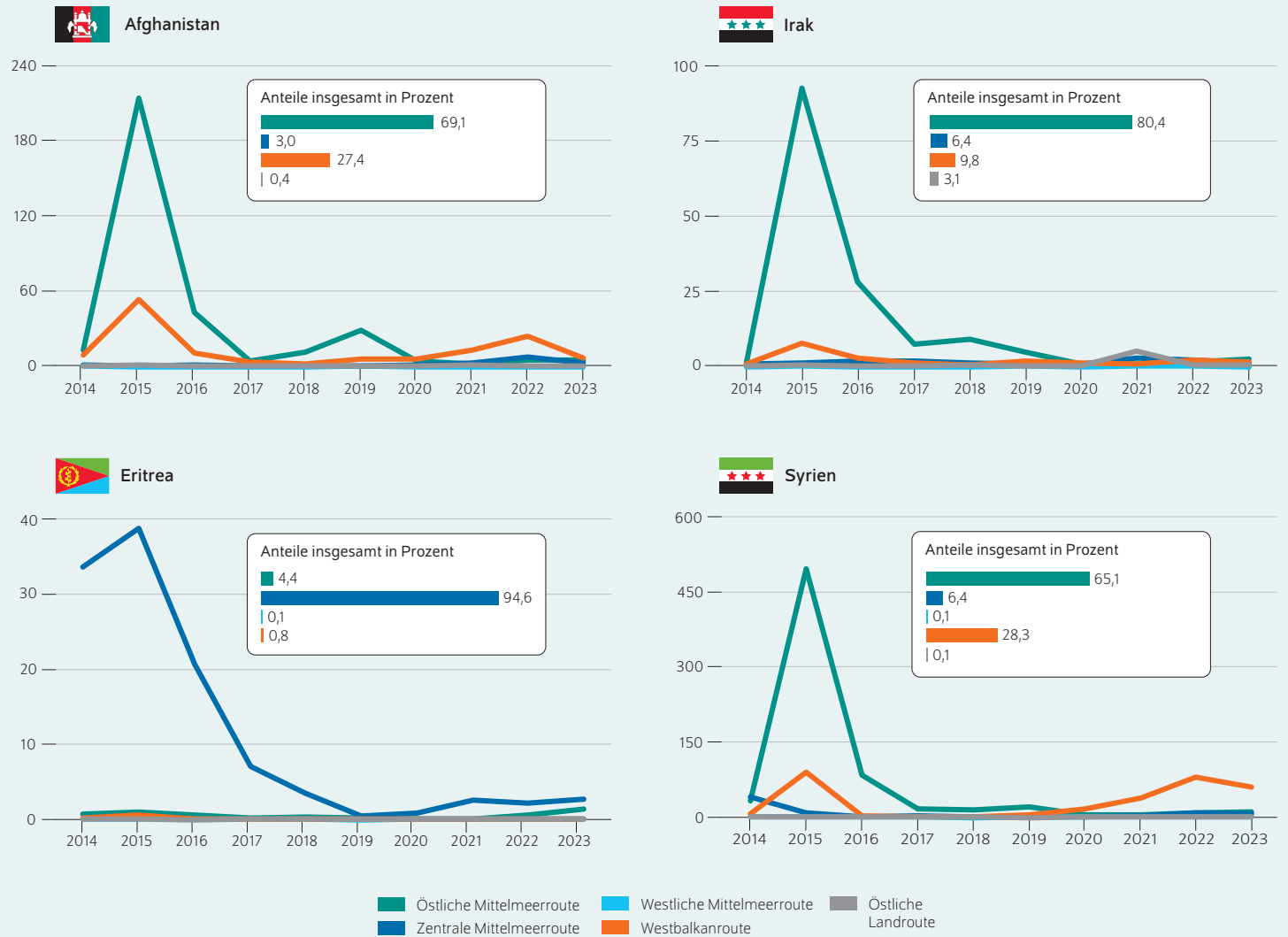
⁵ Eigene Auszählung beruhend auf (a) für die Jahre 2013 bis 2022: BAMF (2023): Das Bundesamt in Zahlen. Asyl. Nürnberg: BAMF, 17; (b) für das Jahr 2023 (Januar-Oktober): BAMF (2023): Aktuelle Zahlen (Oktober 2023). Nürnberg: BAMF, 3.

⁶ Eurostat (2023): Asylum and first time asylum applicants – annual aggregated data (tps00191) (online verfügbar). Für das Jahr 2023 konnten nur die Monate Januar bis August berücksichtigt werden.

⁷ BAMF (8.11.2023): Anzahl der Asylanträge (Erstanträge) in Deutschland von 1991 bis 2023 (bis Oktober). In Statista (online verfügbar). Für das Jahr 2023 konnten nur die Monate Januar bis Oktober berücksichtigt werden.

Abbildung 3

Anzahl irregulärer Grenzübertritte in das Gebiet der EU und Schengen-assoziiertes Länder nach ausgewählten Herkunftsgruppen 2013 bis 2023
In Tausend



Anmerkung: Die Angaben für das Jahr 2023 beziehen sich auf die Monate Januar bis Oktober.

Quelle: Frontex.

© DIW Berlin 2024

Vor allem Flüchtlinge aus Eritrea nutzen die zentrale Mittelmeerroute.

Fluchtrouten bergen vielfältige Gefahren

Der Weg in die Europäische Union ist gefährlich. Menschen ertrinken im Mittelmeer, sie sterben an Hunger und Durst, werden Opfer von Menschenhandel, Entführung sowie sexueller und anderer Formen von Gewalt. Die Internationale Organisation für Migration (IOM) dokumentiert weltweit Todesfälle und Todesursachen entlang der Fluchtkorridore. Auch wenn diese Daten unvollständig sind, da nicht alle Todesfälle und Todesursachen erfasst werden, vermitteln sie

einen Eindruck von den Gefahren unterschiedlicher Fluchtrouten.⁸

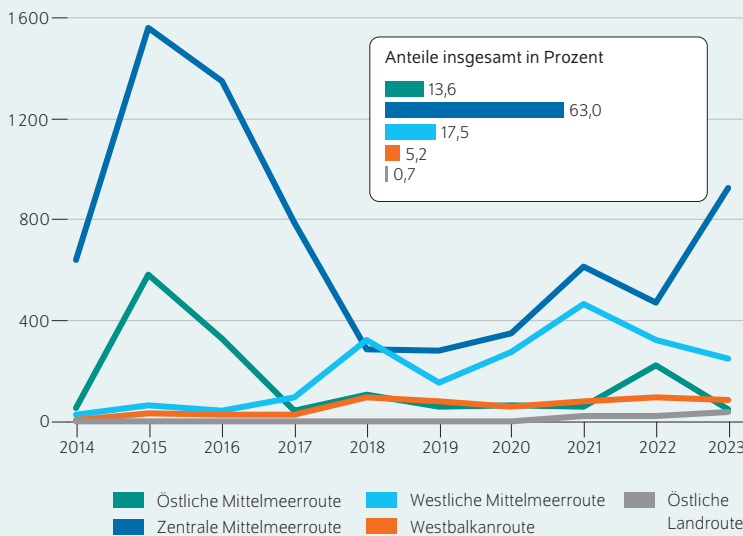
Während die Todesfälle auf Landwegen eher mit Gewalt und Fahrzeugunfällen in Verbindung gebracht werden, ist der Tod durch Ertrinken kennzeichnend für die Seerouten.⁹

⁸ Frank Laczko, Ann Singleton und Julia Black (Hrsg.) (2017): Fatal journeys, vol. 3, part 1: improving data on missing migrants. International Organization for Migration (online verfügbar).

⁹ UNODC (2018): Global study on smuggling of migrants 2018. United Nations, 39 (online verfügbar).

Abbildung 4

Todesfälle nach Fluchtrouten im Zeitverlauf 2014 bis 2023



Anmerkung: Die Angaben für das Jahr 2023 beziehen sich auf die Monate Januar bis September. Todesfälle auf vorgelagerten Etappen (zum Beispiel auf dem Weg in die Türkei oder durch Afrika) sind nicht enthalten.

Quelle: Missing Migrants Project, 2023 (online verfügbar).

© DIW Berlin 2024

Die zentrale Mittelmeerroute ist bei weitem die gefährlichste Fluchroute.

Weltweit sterben die meisten Menschen auf der Flucht auf dem Mittelmeer. Die global gesehen tödlichste Route ist die zentrale Mittelmeerroute – ausgehend von Tunesien, Algerien, Marokko oder Libyen und mit Ziel Italien oder Malta.¹⁰ Dieser Korridor ist so gefährlich, weil hier mit etwa 300 zu überwindenden Kilometern eine besonders lange Überfahrt zu bewältigen ist. Im Vergleich dazu liegen zwischen der Türkei und einer der griechischen Inseln etwa 30 Kilometer (östliche Mittelmeerroute), ähnlich wie zwischen Marokko und Spanien (westliche Mittelmeerroute).¹¹

Dieser Sachverhalt spiegelt sich in offiziellen Statistiken wider (Abbildung 4). Durchgängig entfallen auf die zentrale Mittelmeerroute die meisten Todesfälle. Für den Beobachtungszeitraum und die betrachteten Migrationskorridore macht diese 63 Route Prozent aller Todesopfer aus. Die anderen beiden Seerouten folgen mit 17,5 Prozent (westliche Mittelmeerroute) und 13,6 Prozent (östliche Mittelmeerroute). Im Gegensatz dazu kommen auf den Landrouten, die von rund einem Drittel der Geflüchteten genutzt werden, deutlich weniger Menschen zu Tode. Die Anteile betragen für die Westbalkanroute 5,2 Prozent und für die östliche Landroute 0,7 Prozent aller Todesfälle.

Da zwei Drittel der Geflüchteten über die Seerouten kommen, bildet Ertrinken die mit großem Abstand bedeutsamste Todesursache zwischen 2014 und 2023. Diese alleine macht 81,0 Prozent aller gezählten Todesfälle auf den Routen aus.¹² Alle übrigen Todesursachen belaufen sich jeweils auf weniger als fünf Prozent. 65,9 Prozent der Todesfälle durch Ertrinken entfallen auf die zentrale Mittelmeerroute, 15,9 Prozent auf die östliche Mittelmeerroute und 16,3 Prozent auf die westliche Mittelmeerroute.¹³ Diese Routen wurden im Beobachtungszeitraum von den oben genannten Gruppen vorwiegend genutzt (Abbildung 3). Insbesondere Geflüchtete aus Eritrea stechen heraus, weil sie fast ausschließlich (94,6 Prozent) auf der gefährlichsten Route, der zentralen Mittelmeerroute, nach Europa gekommen sind.

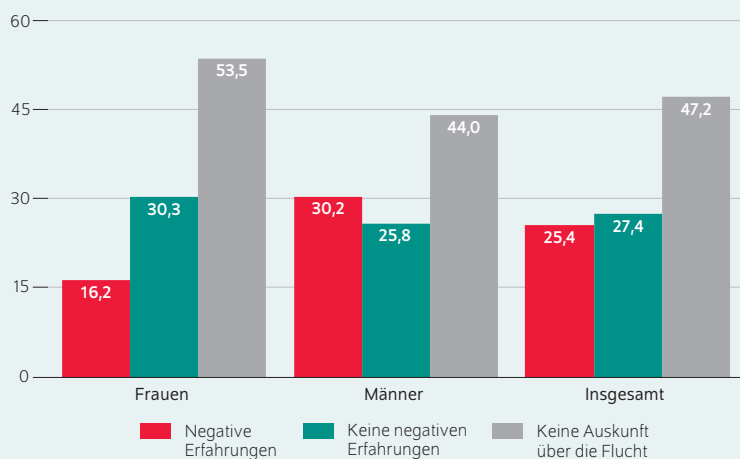
Statistiken zu Todesfällen bilden die Gefahrenlage nicht nur deshalb unvollständig ab, weil nicht jeder Fall erfasst werden kann, sondern auch weil sie sich ausschließlich auf Ereignisse richten, die zum Tod führen. Darüber hinaus können Berichte von Ankömmlingen die vielfältigen Gefahren entlang der Migrationskorridore beschreibend ergänzen.

Geflüchtete zeichnen ein düsteres Bild von ihren Erlebnissen

Die Perspektive der Schutzsuchenden lässt sich anhand von Auswertungen der IAB-BAMF-SOEP-Stichprobe für

Abbildung 5

Negative Erfahrungen auf der Flucht In Prozent



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP v38.1); jeweils Erstbefragte aus den Wellen 2016 bis 2021; N = 9 545, davon N = 3 281 Frauen und N = 6 264 Männer (gewichtet).

© DIW Berlin 2024

Über die Hälfte der geflüchteten Frauen gibt keine Auskunft über ihre Flucht.

¹⁰ UNODC (2018), a. a. O., 39; Erhabor Idemudia und Klaus Boehnke (2020): Psychosocial experiences of African migrants in six European countries. Social Indicators Research Series 81, 33 und 37; Heaven Crawley et al. (2016): Destination Europe? Understanding the dynamics and drivers of Mediterranean migration in 2015. MEDMIG Final Report, 33 (online verfügbar).

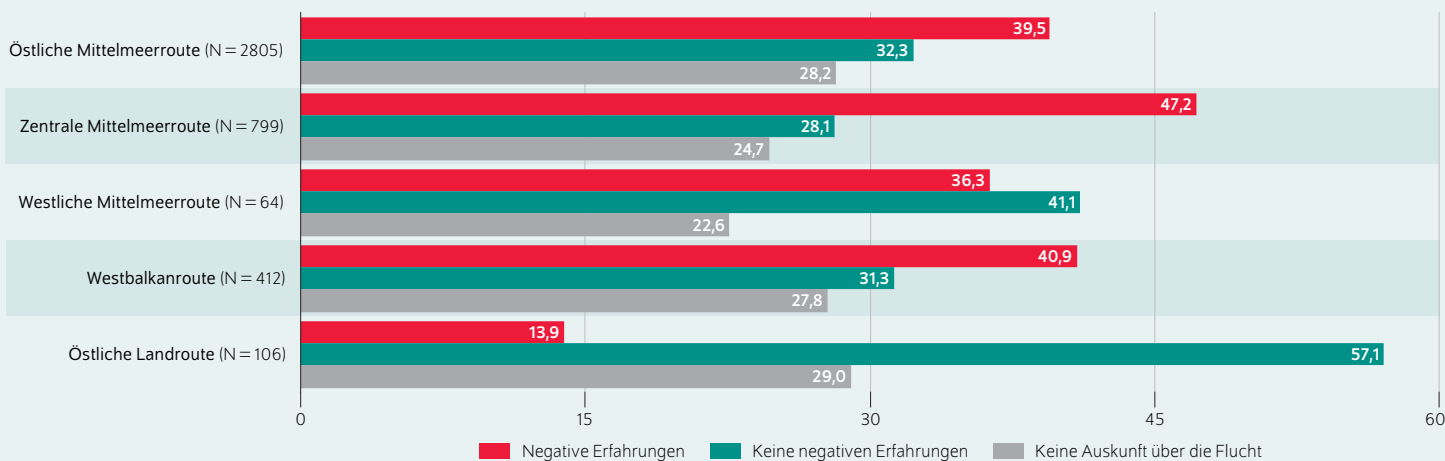
¹¹ UNODC (2018), a. a. O., 39.

¹² Eigene Auszählung beruhend auf Missing Migrants Project (2023) (online verfügbar). Für das Jahr 2023 konnten nur die Monate Januar bis September berücksichtigt werden.

¹³ Missing Migrants Project (2023), a. a. O.

Abbildung 6

Negative Erfahrungen im Spiegel der Fluchtrouten
In Prozent



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP v38.1); jeweils Erstbefragte aus den Wellen 2016 bis 2021; N = 9 545 (gewichtet).

© DIW Berlin 2024

Erneut sticht die zentrale Mittelmeerroute als besonders gefährlich hervor.

Geflüchtete abbilden.¹⁴ Der Erfassung des Fluchtgeschehens wurde eine einleitende Frage vorangestellt, die ankündigt, dass Erlebnisse im Zusammenhang mit der Flucht angesprochen werden sollen: „Als nächstes haben wir ein paar Fragen, bei denen es um Erlebnisse im Zusammenhang mit Ihrer Flucht geht. Dabei werden auch Fragen zu negativen Erfahrungen gestellt. Möchten Sie die Fragen zu diesem Thema beantworten oder möchten Sie diese Fragen lieber nicht beantworten?“ Nahezu die Hälfte der Befragten (47,2 Prozent) möchte nicht über die Flucht berichten (Abbildung 5). Die übrigen Personen haben entweder keine negativen Erfahrungen gemacht (27,4 Prozent) oder berichten von Gewalt und Bedrohung (25,4 Prozent). Frauen scheinen Gefahren deutlich seltener als Männer ausgesetzt gewesen zu sein (16,2 Prozent im Vergleich zu 30,2 Prozent). Allerdings sprechen sie auch seltener als Männer über ihre Flucht (53,3 Prozent im Vergleich zu 44,0 Prozent). Es könnte deshalb sein, dass sie nicht weniger Gefahrensituationen erlebt haben als Männer, sondern dass die Erlebnisse in den Daten nicht sichtbar sind, weil Frauen die Beantwortung der Fragen zur Flucht häufiger vermeiden.

Analog zu den Ergebnissen der offiziellen Statistiken wird die zentrale Mittelmeerroute auch von den Ankömmlingen als besonders gefährlich charakterisiert (Abbildung 6). Für diesen Fluchtkorridor ergibt sich der höchste Anteil negativer Erfahrungen (47,2 Prozent). Im Gegensatz dazu weist die östliche Landroute mit 13,9 Prozent den geringsten Anteil an Personen mit negativen Erfahrungen auf. Gleichzeitig gibt es auch Seerouten, die von den Geflüchteten als ähnlich gefährlich wie bestimmte Landrouten eingestuft werden.

So liegt die Westbalkanroute bei den negativen Erfahrungen mit 40,9 Prozent gleichauf mit der östlichen Mittelmeerroute (39,5 Prozent).

Zu den bedrohlichen Ereignissen auf der Flucht lassen sich körperliche Übergriffe, sexuelle Belästigung, Raubüberfall, Betrug, Erpressung, Gefängnis und Schiffbruch zählen (Abbildung 7). Am häufigsten wird von Betrug berichtet (23,7 Prozent). Auch Gefängnisaufenthalte (18,3 Prozent) und körperliche Übergriffe (18,0 Prozent) werden prominent genannt. Sexuelle Belästigung findet dagegen seltener Erwähnung (2,6 Prozent). Es ist fraglich, ob negative Erfahrungen in diesem Bereich angemessen abgebildet werden. Sexuelle Übergriffe könnten ungezählt geblieben sein, weil sich die betroffenen Personen von vornherein gegen die Beantwortung der Frage zu den negativen Erfahrungen entschieden haben oder darüber auch dann nicht berichten, wenn sie ansonsten über ihre Flucht sprechen. Bis auf den Bereich sexueller Übergriffe sind unter Männern deutlich höhere Anteile an allen Arten negativer Erfahrungen zu verzeichnen als unter Frauen.

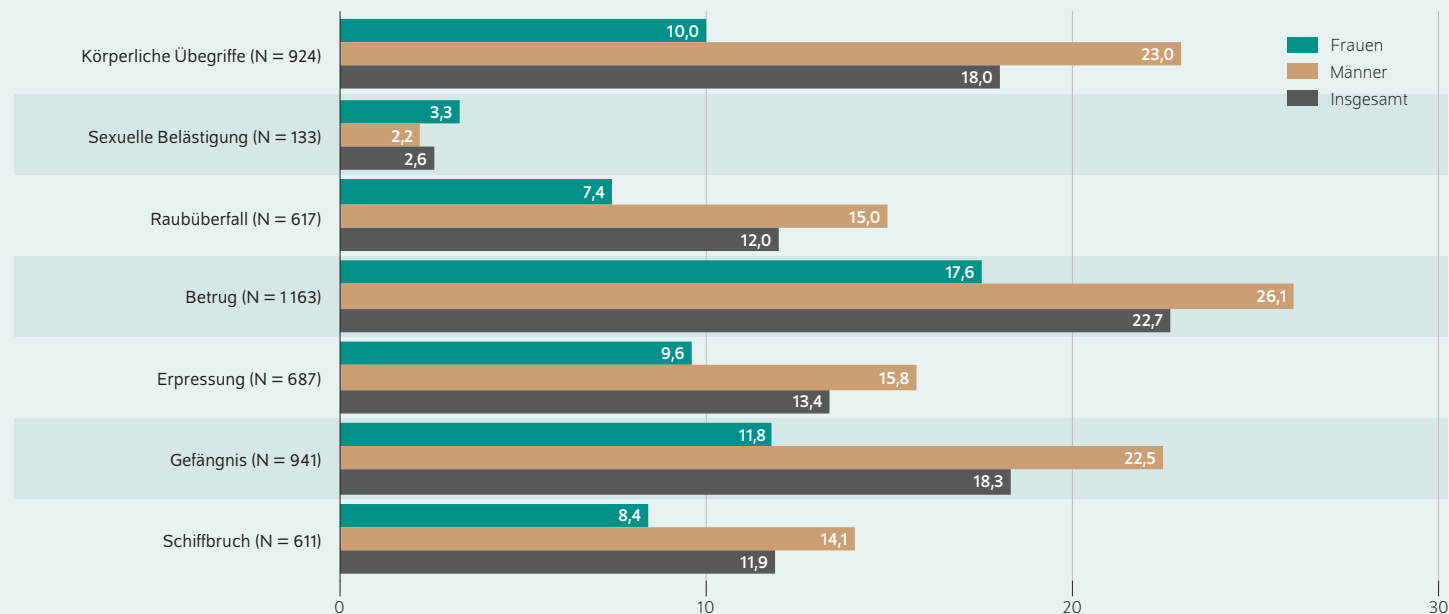
Viele Schutzsuchende beantworten keine Fragen zur Flucht

In der IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten erteilen nur rund die Hälfte der Schutzsuchenden Auskunft zum Fluchtgeschehen (Abbildung 5). Über die Erlebnisse von Befragten, die nicht über ihre Flucht berichten, kann nur spekuliert werden. In dieser Gruppe könnten zum Beispiel gehäuft Personen mit negativen Erfahrungen vertreten sein. In diesem Fall würde der Bericht die Gefahrenlage unterschätzen. Richtung und Ausmaß der Verzerrung sind

14 Brückner, Rother und Schupp (2017; korrigierte Fassung 2018), a.a.O.; Kroh et al. (2016), a.a.O.

Abbildung 7

Art der negativen Erfahrungen auf der Flucht
In Prozent



Anmerkung: Betrachtet werden ausschließlich Personen, die über ihre Flucht berichten.

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP v38.1); jeweils Erstbefragte aus den Wellen 2016 bis 2021; N = 5 134 (gewichtet).

© DIW Berlin 2024

Betrug, körperliche Übergriffe und Gefängnis sind die häufigsten negativen Erfahrungen.

jedoch unklar. Da es sich um eine so große Gruppe von Personen handelt, über deren Flucht keine Aussagen möglich sind, soll abschließend mithilfe eines multivariaten Modells der Einfluss verschiedener Faktoren auf das Antwortverhalten untersucht werden. Verglichen werden Personen, die Angaben zu ihrer Flucht machen mit Personen, die dies nicht tun (Abbildung 8).

Zunächst werden in die Analysen Charakteristiken und Bedingungen einbezogen, die mit bestimmten Gefahren auf der Flucht in Verbindung stehen könnten. Sofern Frauen in stärkerem Maße als Männer sexuellen Übergriffen auf der Flucht ausgesetzt waren, über die sie nicht im Rahmen einer Befragung Auskunft geben möchten, müssten sie seltener als Männer über ihre Flucht berichten. Dies zeigt sich auch so in den Analysen. Geflüchtete Frauen weisen im Vergleich zu Männern eine um rund sechs Prozentpunkte geringere Wahrscheinlichkeit auf, die Fragen zum Fluchtgeschehen zu beantworten.

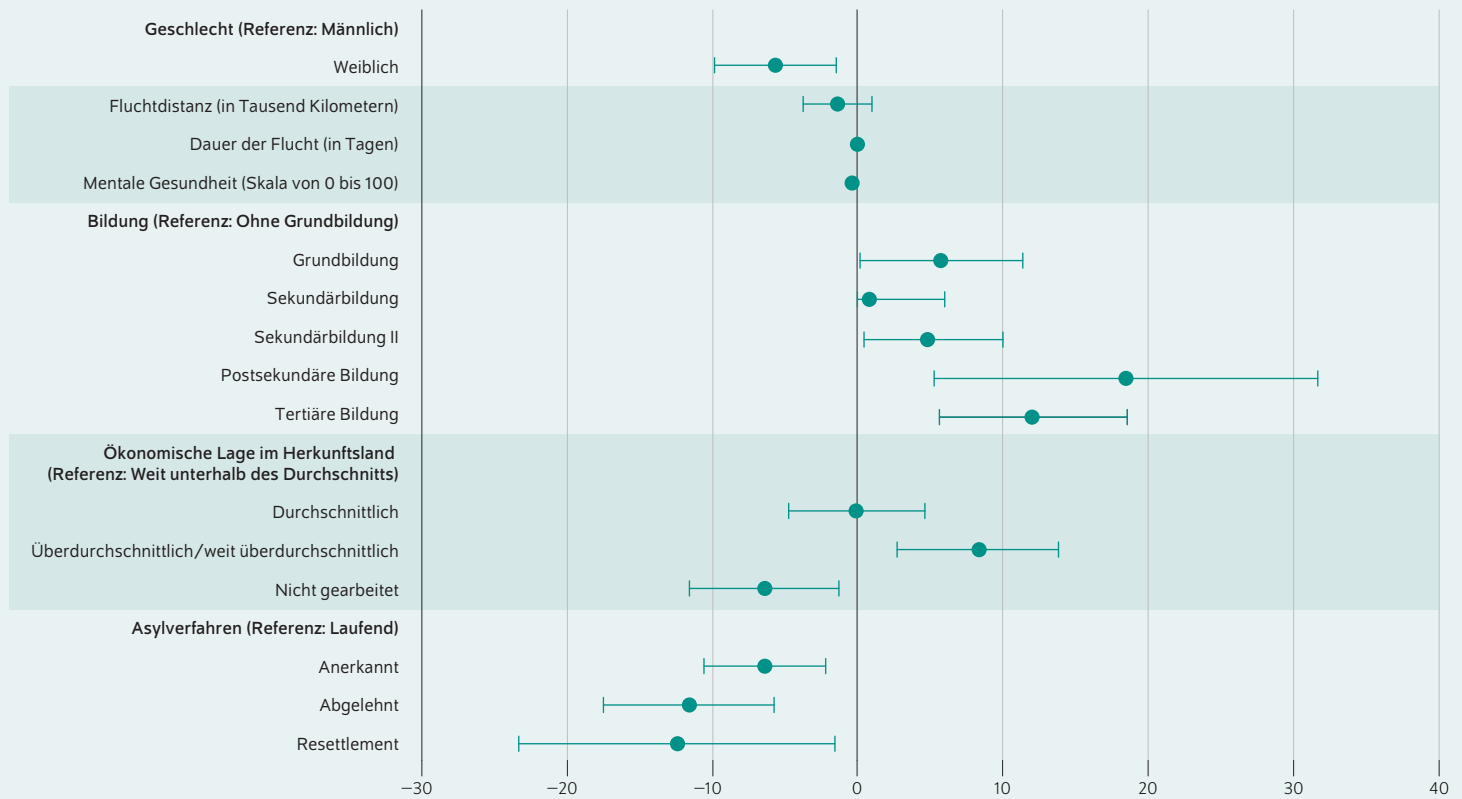
Eine größere zu überwindende Distanz zwischen dem Herkunfts- und dem Zielort könnte ebenso wie eine längere Dauer der Flucht für ein erhöhtes Risiko stehen, Gefahren ausgesetzt gewesen zu sein. Allerdings finden sich in den Analysen keine statistisch signifikanten Hinweise auf einen solchen Sachverhalt.

Traumatische Erfahrungen auf der Flucht können sich nachteilig auf die mentale Gesundheit auswirken und die Bereitschaft, über die Flucht zu berichten, senken. Allerdings zeigen die Ergebnisse keinen solchen Zusammenhang. Ein höherer Wert auf der Skala zur mentalen Gesundheit geht mit einer geringeren Wahrscheinlichkeit einher, über die Flucht zu berichten. Eventuell kommt in diesem Ergebnis das Bedürfnis derjenigen, die auf der Flucht schlechte Erfahrungen gemacht haben und geringere Werte auf der Skala zur mentalen Gesundheit aufweisen, zum Ausdruck, ihre Erlebnisse zu teilen und zu verarbeiten.

Die zweite Gruppe von Einflüssen umfasst Bedingungen, die auch unabhängig von den Erlebnissen auf der Flucht ein bestimmtes Antwortverhalten nahelegen. Bildung befähigt beispielsweise zu Reflexion und Verbalisierung von Erfahrungen, weshalb Befragte mit einer höheren Bildung eher über die Flucht sprechen sollten als Befragte mit einer geringeren Bildung. Diese Überlegung scheint zuzutreffen: Personen mit tertiärer Bildung weisen gegenüber Personen ohne Grundbildung eine um zwölf Prozentpunkte höhere Wahrscheinlichkeit auf, sich zum Fluchtgeschehen zu äußern. Analog zur Bildung steht auch eine wirtschaftlich vorteilhafte Lage im Herkunftsland für eine privilegierte sozioökonomische Situation, die aus ähnlichen Gründen wie bei der Bildung mit einem bereitwilligeren Antwortverhalten einhergehen sollte. Sie könnte es auch erlauben, die gestellte

Abbildung 8

Einfluss von Faktoren auf die Wahrscheinlichkeit, die Fragen zum Fluchtgeschehen zu beantworten
 In Prozentpunkten in Relation zur Referenzgruppe



Lesebeispiel für kategoriale Variablen: Geflüchtete Frauen haben eine um 5,7 Prozentpunkte geringere Wahrscheinlichkeit, die Fragen zum Fluchtgeschehen zu beantworten, als Männer.
 Lesebeispiel für kontinuierliche Variablen: Mit einer Verbesserung der mentalen Gesundheit um einen Punkt (auf der Skala von 1 bis 100), sinkt die Wahrscheinlichkeit, die Fragen zum Fluchtgeschehen zu beantworten um 0,4 Prozentpunkte.

Anmerkungen: Betrachtet werden jeweils Erstbefragte (N = 9 545). Die Berechnungen beruhen auf einem binären logistischen Regressionsmodell. Dargestellt werden durchschnittliche marginale Effekte. Die horizontalen Linien stellen ein 95-Prozent-Konfidenzintervall dar. Dieses besagt, dass in 95 Prozent der Fälle der tatsächliche Wert in diesem Intervall liegt. Je enger das Intervall, desto genauer ist der geschätzte Wert. Wenn das Konfidenzintervall nicht die Nulllinie berührt/übertritt, sind die Koeffizienten auf dem Fünf-Prozent-Niveau statistisch signifikant. Weitere Kontrollvariablen, für welche die Ergebnisse nicht gesondert ausgewiesen werden, sind das Herkunftsland, das Alter bei Zuzug, die Aufenthaltsdauer sowie Dummies zur Kontrolle der fehlenden Werte bei der Bildung, der ökonomischen Lage im Herkunftsland und dem Asylverfahren.

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP v38.1), Wellen 2016 bis 2021.

Bildung spielt für die Bereitschaft, Fragen zur Flucht zu beantworten, eine wichtige Rolle.

Frage besser zu verstehen. Dieser Zusammenhang lässt sich in den Analysen nachweisen. Schutzsuchende, die sich vor ihrer Migration in einer ökonomisch überdurchschnittlichen Lage befunden haben, weisen im Vergleich zu unterdurchschnittlich positionierten Personen eine um acht Prozentpunkte höhere Wahrscheinlichkeit auf, die Fragen zum Fluchtgeschehen zu beantworten.

Schließlich könnte vermutet werden, dass Geflüchtete mit unsicherem oder ungewissem Aufenthaltsstatus zurückhaltender sind bei der Beantwortung von Fragen zum Fluchtgeschehen, weil sie dieses durch ihre Aussagen nicht gefährden möchten. Umgekehrt könnte aber auch argumentiert werden, dass Personen in einer unsicheren Situation eher bereit sind, an sie gerichtete Erwartungen zu erfüllen und sie sich deshalb in der Befragungssituation konform verhalten

und Auskunft geben. Die Befunde sprechen für das zweite Argument: Geflüchtete aus allen Gruppen mit geklärtem Status in Form von Anerkennung, Ablehnung oder Resettlement weisen eine geringere Wahrscheinlichkeit auf, Fragen zur Flucht zu beantworten, als Geflüchtete, die sich in einem laufenden Asylverfahren befinden.

Insgesamt liefern die Befunde kaum Anhaltspunkte für die Vermutung, dass das Antwortverhalten mit negativen Erfahrungen auf der Flucht in Verbindung steht.

Fazit: Verbesserung der Datengrundlage notwendig

Geflüchtete erreichen Europa auf unterschiedlichen Wegen, die sich zu fünf Migrationskorridoren zusammenfassen

lassen. Drei führen über das Mittelmeer (die östliche, die zentrale und die westliche Mittelmeerroute), zwei über das Land (die Westbalkan- und die östliche Landroute). Die Nutzung dieser Fluchtrouten hat sich in den vergangenen zehn Jahren (2014 bis 2023) immer wieder verändert. Gefahren und Tod sind ständige Begleiter. Die Seerouten wurden von rund zwei Drittel der Geflüchteten genutzt. Auf ihnen ereigneten sich 81 Prozent aller Todesfälle. Unter den Seerouten sticht die zentrale Mittelmeerroute aufgrund der großen zu überwindenden Distanz heraus: Sie ist die gefährlichste und tödlichste Migrationsroute weltweit. Und genau dieser Korridor wird in den vergangenen zwei Jahren wieder in stärkerem Maße genutzt.

Fragt man die Ankömmlinge nach ihren Erfahrungen, so wird vor allem eines deutlich: Über die Flucht wird nicht gerne gesprochen. Diejenigen, die darüber Auskunft geben, zeichnen ein bedrückendes Bild vielfältiger Gefahren. Warum über die Flucht nicht geredet wird, kann anhand der vorliegenden Daten nicht abschließend geklärt werden. Gleichzeitig wäre es wichtig zu wissen, ob vor allem traumatische Erlebnisse die Ursache hierfür sind. In diesem Fall wäre es

wichtig, den Zugang zu entsprechender medizinischer und psychologischer Behandlung zu erleichtern. Dies könnte auch die Integration der Geflüchteten unterstützen.

Derzeit können jedoch weder das Migrationsgeschehen noch die Gefahrenlage zufriedenstellend abgebildet werden. Die offiziellen Statistiken erfassen nicht alle Geflüchteten, können aber die gleichen Personen mehrfach enthalten. Auch Informationen zu Todesfällen und Gefahren sind oft unvollständig und unterschätzen das Leid, wobei unklar ist in welchem Ausmaß. Befragungsdaten sind hier unzureichend, weil sie die notwendigen Informationen nicht enthalten. Es ist zwar wichtig, den Befragten die Möglichkeit zu geben, einzelne Fragen nicht zu beantworten. In Befragungen sollte jedoch vermieden werden, ganze Blöcke von Fragen zu überspringen. Das gegenwärtige Vorgehen, wonach Personen, die die Eingangsfrage zum Fluchtgeschehen verneinen, viele Fragen nicht gestellt bekommen, führt zu einem lückenhaften Bild. Ohne Kenntnis der Situation, welchen Gefahren Geflüchtete auf den unterschiedlichen Fluchtrouten ausgesetzt waren, bleibt es schwierig, sie in geeigneter Weise zu unterstützen.

Cornelia Kristen ist Professorin für Soziologie, insbesondere Sozialstrukturanalyse, an der Otto-Friedrich-Universität Bamberg und Fellow des DIW Berlin | ckristen@diw.de

Jana Nebelin ist Mitarbeiterin der Infrastruktureinrichtung Sozio-ökonomisches Panel (SOEP) im DIW Berlin | jnebelin@diw.de

JEL: F22, J15

Keywords: refugees, escape routes

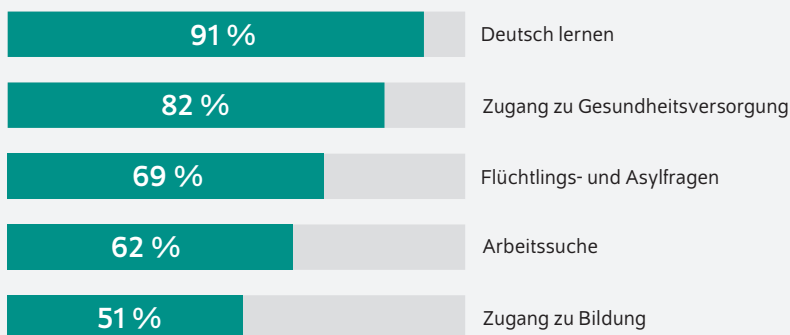
Bedarf an und Inanspruchnahme von Unterstützung bei Geflüchteten ungleich verteilt

Von Ellen Heidinger

- Bericht analysiert den Bedarf an und die Inanspruchnahme von Unterstützung bei Geflüchteten, die zwischen 2013 und 2016 nach Deutschland gekommen sind
- Größter Bedarf besteht bei Spracherwerb und Gesundheitsversorgung, aber auch bei Asylfragen, Zugang zu Arbeit und Bildung brauchen die meisten Hilfe
- Geduldete und Asylbewerber*innen können seltener Unterstützung in Anspruch nehmen als jene mit anerkanntem Aufenthaltsstatus
- Zusätzliche Bildungsabschlüsse und Arbeitserfahrung aus dem Herkunftsland korrelieren positiv mit Inanspruchnahme von Hilfe
- Inanspruchnahme von Unterstützung muss erleichtert werden, etwa durch bessere Informationsverbreitung sowie kultur- und sprachensible Angebote

Bedarf an Hilfe bei der Integration ist groß, Inanspruchnahme ist ungleich verteilt

Geflüchtete brauchen Unterstützung bei ...



Quellen: IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten 2016–2020 (Daten gewichtet); eigene Darstellung.

© DIW Berlin 2024

ZITAT

„Der Bedarf nach Unterstützung ist unter Geflüchteten allgemein hoch, kann jedoch nicht überall gedeckt werden. Sprach- und kultursensible Angebote müssen ausgebaut werden, um allen Personengruppen Zugang zu gewähren. Das Chancen-Aufenthaltsgesetz ist ein erster Schritt.“

— Ellen Heidinger —

Bedarf an und Inanspruchnahme von Unterstützung bei Geflüchteten ungleich verteilt

Von Ellen Heidinger

ABSTRACT

Laut Bundesinnenministerium sollen Beratung und Hilfe zur Integration für alle Schutzsuchenden verfügbar sein. Der vorliegende Wochenbericht untersucht, inwieweit dies auf Personen zutrifft, die zwischen 2013 und 2016 nach Deutschland geflüchtet sind. Mithilfe von Daten der IAB-BAMF-SOEP-Befragung Geflüchteter wird der Bedarf an und die tatsächliche Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten in fünf Lebensbereichen untersucht: Flüchtlings- und Asylfragen, Deutsch lernen, Zugang zum Arbeitsmarkt, zu Bildung und zur Gesundheitsversorgung. Die Analyse zeigt, dass der große Bedarf an Unterstützung nicht überall gedeckt werden kann und der Zugang zu Hilfen selektiv ist. Vor allem Geduldete und Personen im Asylverfahren erhalten seltener Hilfe als jene mit anerkanntem Aufenthaltsstatus. Personen, die Bildung oder Arbeitserfahrung aus ihrem Herkunftsland mitbringen, gelingt es eher, die benötigte Hilfe in Anspruch zu nehmen. Staatliche sowie zivilgesellschaftliche Akteure sollten weiterhin zusammenarbeiten, um zugeschnittene sprach- und kultursensible Unterstützung anzubieten.

Für das Jahr 2024 sieht der Haushaltsentwurf des Bundes 1,2 Milliarden Euro für verschiedene Maßnahmen zur Förderung der Integration und Migration, für Minderheiten und Vertriebene vor. Die Ausgaben für Integrationskurse und Migrationsberatung bilden mit 937 Millionen Euro den Schwerpunkt.¹ Ergänzt wird dies durch Integrationskonzepte auf kommunaler Ebene in Zusammenarbeit mit zivilgesellschaftlichen Organisationen. Es soll laut Bundesinnenministerium sichergestellt werden, dass für jede Person ein entsprechendes Angebot zur Orientierung und Beratung verfügbar ist.² Der vorliegende Wochenbericht analysiert auf Basis der IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten, inwieweit diese Angebote in den Jahren 2016 bis 2020 benötigt und in Anspruch genommen worden sind. Dafür werden Geflüchtete, die seit 2013 nach Deutschland gekommen sind, und die Bereiche Flüchtlings- und Asylfragen, Deutsch lernen, Arbeitsmarktzugang, Bildung und Gesundheitsversorgung in den Fokus genommen. Der Bericht analysiert auch, welche Faktoren einen besonderen Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Unterstützung aufweisen.³

Geflüchtete sind nach ihrer Ankunft in Deutschland unter anderem mit Fragen der Familienzusammenführung, des Arbeitsmarktzugangs, der Bestreitung des Lebensunterhaltes sowie der Gesundheitsversorgung konfrontiert.⁴ Dazu kommen soziale Isolation, Ungewissheit und Zukunftssorgen.⁵ Die Bearbeitungsdauer von Asylverfahren in Erstanträgen

¹ Bundesrechnungshof (2023): Information über die Entwicklung des Einzelplans 06 (Bundesministerium des Innern und für Heimat) für die Beratungen zum Bundeshaushalt 2024. Bericht nach § 88 Absatz 2 BHO an den Haushaltsausschuss des Deutschen Bundestages (online verfügbar, abgerufen am 9. Februar 2024). Dies gilt auch für alle anderen Onlinequellen in diesem Bericht, sofern nicht anders vermerkt.

² Pressemitteilung des Bundesministeriums des Inneren und für Heimat vom 21. Juli 2023: Bundesinnenministerium stellt 160 Millionen Euro zusätzlich für Integrationsmaßnahmen bereit (online verfügbar).

³ Der vorliegende Wochenbericht basiert auf: Ellen Heidinger (2023): Overcoming Barriers to Service Access: Refugees' Professional Support Service Utilization and the Impact of Human and Social Capital. *Journal of International Migration and Integration* (24), 271–312.

⁴ Axel Böhm (2017): Was bewegt geflüchtete Menschen in Deutschland? Migrationsmotive, Sorgen und Zukunftsorientierungen. *Migration und Soziale Arbeit* Nr. 4, 357–364.

⁵ Maria Metzger, Diana Schacht und Antonia Scherz (2020): Psychische und körperliche Gesundheit von Geflüchteten im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen. *DIW Wochenbericht* Nr. 5, 63–72 (online verfügbar).

betrug 2022 durchschnittlich 7,8 Monate.⁶ Um diese Probleme zu bewältigen, sind Geflüchtete in hohem Maße auf externe Unterstützung angewiesen. Neben Hilfe von Familie und Bekannten bieten sowohl zivilgesellschaftliche als auch staatliche Einrichtungen professionelle Unterstützung bei der Integration und dem Ankommen in Deutschland (Kasten 1).

Studien belegen, dass die reine Existenz dieser Angebote nicht ausreicht und es zahlreiche Hürden zur Inanspruchnahme gibt.⁷ Neben sprachlichen Barrieren können kulturelle Barrieren, wie fehlende Vertrautheit mit sozialen Normen, Stigmatisierung oder Diskriminierung den Zugang verhindern. Zudem fehlen Geflüchteten oft die Informationen über geeignete Angebote. Insbesondere im ländlichen Raum sind die Angebote auch nicht immer oder teilweise nur schwer erreichbar. Dazu kommt die rechtliche Barriere. So standen bis zum 31. Dezember 2022 die vom Bund finanzierten Integrations- und Sprachkurse nur Personen mit anerkanntem Asylstatus oder solchen im Verfahren offen, denen eine sogenannte positive Bleibeperspektive bescheinigt wurde.⁸ Diese Barrieren können die Inanspruchnahme beeinträchtigen oder gänzlich verhindern. US-amerikanische Studien zeigen, dass vor allem Geflüchtete mit geringem sozioökonomischem Status beim Zugang zu professioneller Unterstützung benachteiligt sind.⁹ Deshalb wird im zweiten Teil des Berichtes untersucht, wie wahrscheinlich die Inanspruchnahme von Unterstützung nach Asylstatus sowie der im Herkunftsland erworbenen Bildung und Arbeitserfahrung ist. Zunächst wird der Bedarf und die tatsächliche Inanspruchnahme von Unterstützung in fünf verschiedenen Lebensbereichen betrachtet.

Bedarf an Unterstützung ist bei Geflüchteten allgemein groß

Ein Bedarf an Unterstützung in einem der fünf Lebensbereiche liegt vor, wenn eine Person angegeben hat, dass sie Hilfe benötigt und erhalten hat oder Hilfe benötigt hat, diese aber nicht erhalten hat. Aufsummiert haben 21 Prozent aller Befragten angegeben, dass sie in allen fünf abgefragten Bereichen einen Bedarf an Unterstützung haben und fast jede zweite befragte Person braucht Hilfe in entweder vier oder allen Bereichen (Abbildung 1). Lediglich zwei Prozent geben an, keinen Unterstützungsbedarf zu haben.

⁶ Deutscher Bundestag, Parlamentsnachrichten (2023): Durchschnittliche Bearbeitungsdauer von Asylverfahren (online verfügbar).

⁷ M. Reza Nakhaie (2017): Service Needs of Immigrants and Refugees. *Journal of International Migration and Integration* 19(2), 143–160; Jaswant Kaur Bajwa et al. (2017): Refugees, Higher Education, and Informational Barriers. *Refugee* 33(2), 56–65.

⁸ Das Gesetz zur Einführung eines Chancen-Aufenthaltsrechts ist am 31.12.2022 in Kraft getreten und soll unter anderem allen Asylbewerber*innen den Zugang zu Integrations- und Berufssprachkursen im Rahmen verfügbarer Plätze zusichern. Das Bundesinnenministerium legte im Oktober 2015 fest, dass eine sogenannte gute Bleibeperspektive besteht, wenn Geflüchtete aus Eritrea, Irak, Iran, Somalia oder Syrien kommen. Von August 2019 bis März 2021 galt dies vorübergehend nur für Syrien oder Eritrea. Seitdem gilt die Regelung für die Herkunftsländer Eritrea, Somalia und Syrien.

⁹ Nakhaie (2017), a. a. O.; Navjot K. Lamba (2003): The employment experiences of Canadian refugees: Measuring the impact of human and social capital on quality of employment. *Canadian Review of Sociology/Revue Canadienne de Sociologie*, 40(1), 45–64.

Kasten 1

Staatliche und zivilgesellschaftliche Unterstützung für Geflüchtete in Deutschland

Die Höhe und Art der staatlichen Unterstützung für Geflüchtete ist im Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) festgelegt und abhängig vom rechtlichen Status. Das bundesweit geltende Gesetz wird von den Ländern umgesetzt und in vielen Fällen weiter an die Kommunen delegiert. Zu den Aufgaben der Kommunen gehören Vollzug des Ausländerrechts (zum Beispiel Durchführung von Abschiebungen) sowie die Bereitstellung von Unterkunft, finanziellen Leistungen, die Gesundheitsversorgung und das Bildungswesen. Darüber hinaus können sich die Kommunen für zusätzliche freiwillige Aufgaben wie Sprachförderung, Qualifizierung, Unterstützung des freiwilligen Engagements und Öffentlichkeitsarbeit entscheiden. Dabei müssen sie auf eigene Mittel zurückgreifen oder Möglichkeiten der Mittelbeschaffung, beispielsweise aus europäischen Quellen wie dem Europäischen Sozialfonds (ESF) oder dem Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds (AMIF), nutzen. Diese föderale Aufteilung der Zuständigkeiten führt zu einer großen Vielfalt an Regelungen und Maßnahmen vor allem in der Sozialhilfe. Während die Kommunen nicht in den politischen Entscheidungsprozess eingebunden sind, findet Integration auf lokaler Ebene statt.¹ Viele Kommunen tragen durch eigene Integrationskonzepte und die Zusammenarbeit mit zivilgesellschaftlichen Organisationen dazu bei, die Teilhabe von Geflüchteten am lokalen Leben sicherzustellen.² Diese Organisationen sind ehrenamtliche Initiativen wie Wohlfahrtsverbände, Stiftungen, Vereine oder anders organisierte, selbstverwaltete Non-Profit-Gruppierungen. Sie erweitern die staatlichen Leistungen und übernehmen vor allem Aufgaben der Asylberatung, sozialen Beratung, sowie Begegnung und unterstützen bei Fragen des täglichen Lebens.

¹ Jutta Aumüller, Priska Daphi und Celine Biesenkamp (2015): Die Aufnahme von Flüchtlingen in den Bundesländern und Kommunen – Behördliche Praxis und zivilgesellschaftliches Engagement. *Teilhabe – Vernetzung – Engagement – Integration; Expertise*. Stuttgart: Robert Bosch-Stiftung (online verfügbar).

² Danielle Gluns (2018): Social Assistance for Refugees in Germany. *LoGoSO Research Papers* Nr. 4 (online verfügbar).

Bedarf an Hilfe bei Spracherwerb und medizinischer Versorgung ist besonders groß

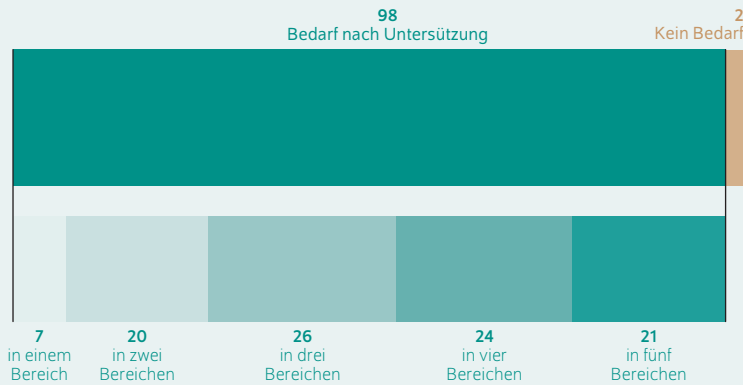
Besonders beim Deutschlernen brauchen viele Geflüchtete Hilfe. Über 91 Prozent der Befragten geben an, hier Unterstützung zu benötigen (Abbildung 2). Dies ist zu erwarten, da Geflüchtete ihre Deutschkenntnisse unmittelbar nach ihrer Ankunft in Deutschland als gering einstufen.¹⁰ Auch bei der Frage nach der medizinischen Versorgung geben 82 Prozent an, Hilfe zu benötigen. Ein mittlerer Bedarf von 62 beziehungsweise 69 Prozent besteht bei Flüchtlings- und Asylfragen sowie bei der Arbeitssuche. Jede*r zweite Befragte

¹⁰ Jan Eckhard (2024): Deutschkenntnisse von geflüchteten Frauen und Männern: Entwicklung, Unterschiede und Hintergründe. Kurzanalyse des BAMF Nr. 1 (online verfügbar).

Abbildung 1

Bedarf von Geflüchteten nach Unterstützung in fünf Lebensbereichen

In Prozent



Anmerkungen: Die fünf abgefragten Lebensbereiche sind: Flüchtlings- und Asylfragen, Deutsch lernen, Zugang zum Arbeitsmarkt, zu Bildung und zur Gesundheitsversorgung.

Quelle: IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten 2016–2020, Daten gewichtet.

© DIW Berlin 2024

Jede fünfte befragte Person braucht Unterstützung in allen fünf Lebensbereichen.

(51 Prozent) gibt an, Unterstützung bei der Suche nach Schulen, Hochschulen, Ausbildungsplätzen oder Weiterbildungsangeboten zu benötigen. Dieser vergleichsweise geringe Hilfebedarf könnte darauf zurückzuführen sein, dass zwei Drittel der Geflüchteten (65 Prozent) zum Befragungszeitpunkt angaben, bereits in ihrem Herkunftsland erwerbstätig gewesen zu sein. Somit ist für viele die Suche nach Bildungsangeboten nicht mehr unmittelbar relevant. Allerdings sollte

man bei dieser Interpretation mitberücksichtigen, dass sich Geflüchtete nach der Ankunft in Deutschland dazu entscheiden können, sich weiterzubilden, selbst wenn sie in ihrem Herkunftsland bereits erwerbstätig waren. Ebenfalls ist es möglich, dass Qualifikationen aus dem Herkunftsland nicht anerkannt werden und sich Personen deshalb entscheiden, nach Weiterbildungen zu suchen.

Geflüchtete erhalten oft keine Hilfe bei der Arbeitssuche

Oft erhalten Geflüchtete nicht die benötigte Unterstützung. Nur bei der medizinischen Versorgung ist der Bedarf größtenteils gedeckt: Lediglich acht Prozent der Befragten gaben an, dass ihnen hier nicht geholfen wurde, obwohl es nötig gewesen wäre. Bei der Hilfe zum Deutschlernen, Flüchtlings- und Asylfragen, der Arbeits- sowie der Bildungssuche hingegen geben 25 Prozent bis knapp 40 Prozent an, die benötigte Unterstützung nicht erhalten zu haben. Beim Spracherwerb ist anzumerken, dass zwei Drittel derjenigen, die Hilfe benötigten, diese auch erhalten haben. Wie andere Analysen belegen, lernen dadurch viele Geflüchtete gut Deutsch und bauen auch zunehmend Kontakte zu Deutschen auf.¹¹ Untersuchungen, die sich auf das Erhebungsjahr 2016 beschränken, zeigen ähnliche Ergebnisse.¹²

Die ungedeckten Bedarfe bei der Arbeits- und Bildungssuche sollten auch in Zusammenhang mit dem Asylstatus gesehen

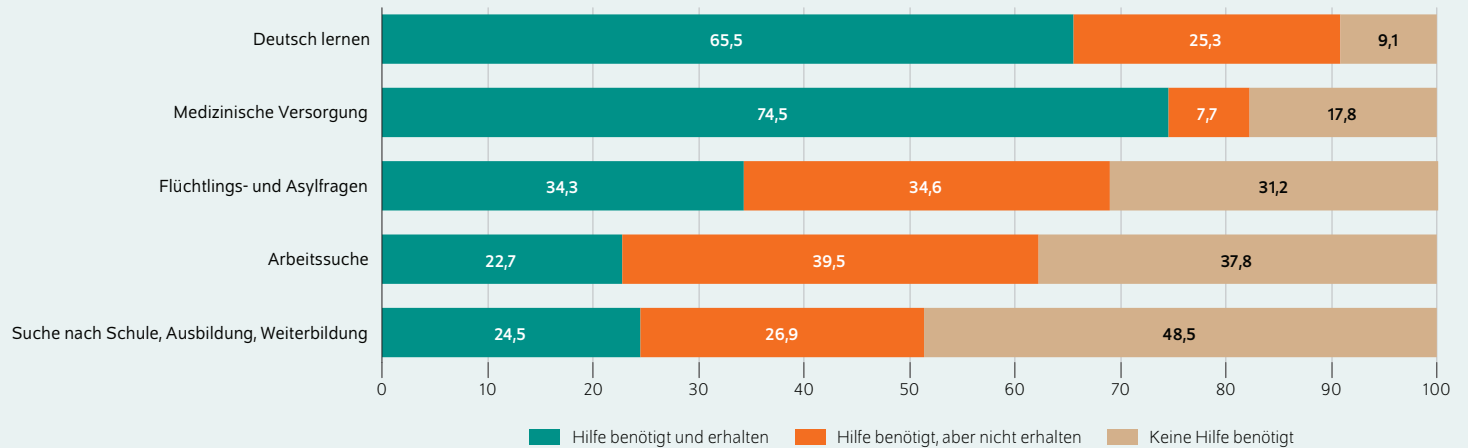
¹¹ Wenke Niehues, Nina Rother und Manuel Siegert (2021): Vierte Welle der IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten. Spracherwerb und soziale Kontakte schreiten bei Geflüchteten voran. Kurzanalyse des BAMF Nr. 4 (online verfügbar).

¹² Jana A. Scheible und Axel Böhm (2018): Geflüchtete Menschen in Deutschland: Hilfebedarfe und Nutzung von Beratungsangeboten. Kurzanalyse des BAMF Nr. 5 (online verfügbar).

Abbildung 2

Bedarf an und Inanspruchnahme von Unterstützung in fünf Lebensbereichen

In Prozent



Quelle: IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten 2016–2020, Daten gewichtet.

© DIW Berlin 2024

Während bei der medizinischen Versorgung die meisten Geflüchteten die benötigte Hilfe erhalten, werden viele bei der Arbeitssuche nicht ausreichend unterstützt.

werden. Da Personen, deren Asylantrag sich in Bearbeitung befindet, grundsätzlich erst nach drei beziehungsweise neun Monaten¹³ eine Arbeiterlaubnis und somit auch eine Ausbildungserlaubnis erteilt werden kann, ist es möglich, dass Befragte diesen Bedarf als ungedeckt einschätzen, selbst dann, wenn sie dahingehend korrekt beraten wurden. Auch der große Prozentsatz derer, die einen ungedeckten Bedarf bei Flüchtlings- und Asylfragen angeben (34,6 Prozent) kann auf Personen zurückzuführen sein, deren Asylstatus noch nicht feststeht und die sich daher nicht unterstützt sehen.

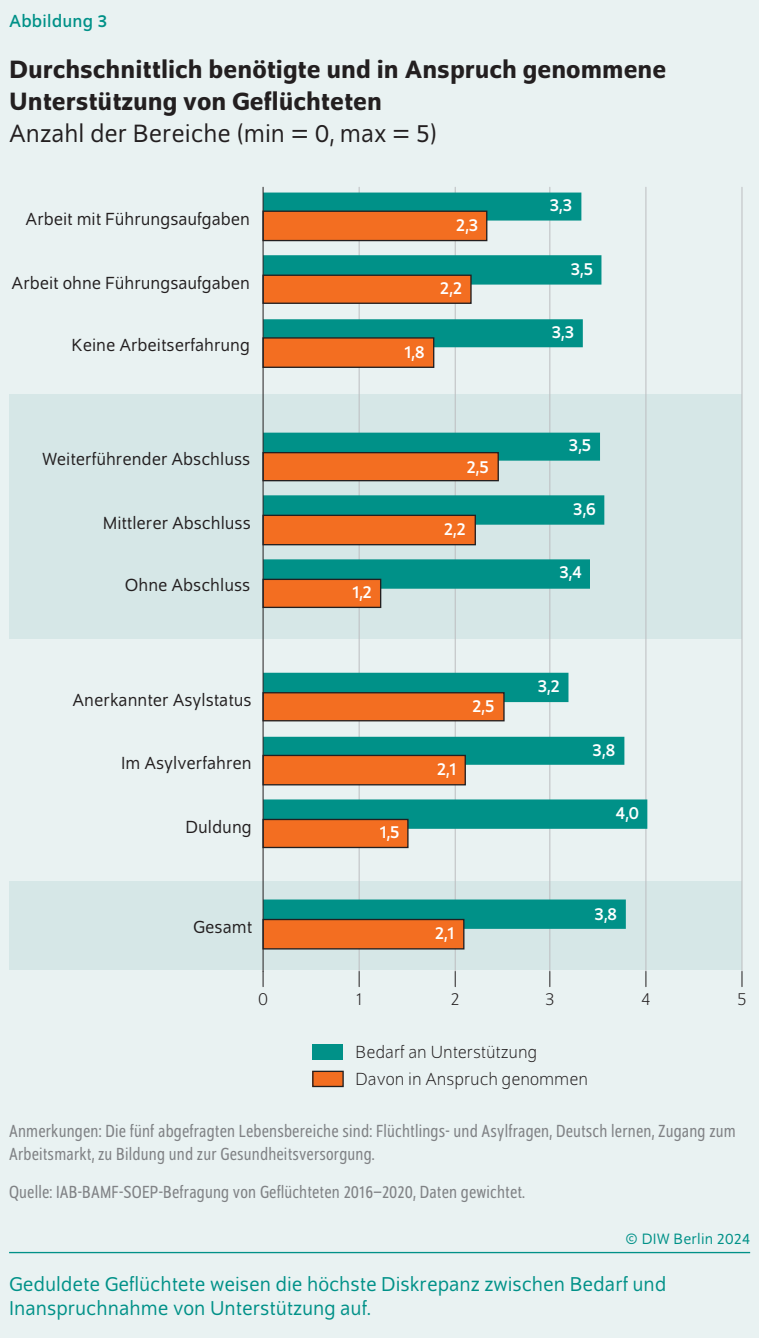
Geduldete benötigen viel Unterstützung, sind aber selten in der Lage, Hilfe in Anspruch zu nehmen

Im Mittel geben Befragte in etwa vier der fünf Bereiche an, Hilfe zu brauchen, und nehmen diese in zwei Bereichen in Anspruch (Abbildung 3). Betrachtet man die Befragten aufgeschlüsselt nach Asylstatus, ergibt sich ein detailliertes Bild: Geduldete Personen weisen zeitgleich den höchsten Bedarf (vier Bereiche) und fast die niedrigste Inanspruchnahme (knapp eineinhalb Bereiche) auf. Anders sieht es bei Personen mit anerkanntem Asylstatus aus: Sie geben durchschnittlich an, in nur drei Bereichen Hilfe zu benötigen, und erhalten sie in zweieinhalb. Der eingeschränkte Zugang zu staatlichen Sprachkursen sowie zum Arbeits- und Ausbildungsmarkt für Personen mit ungeklärtem Aufenthaltsstatus kann hierfür ausschlaggebend sein. Geduldete brauchen häufig Hilfe, um Zukunftsfragen zu klären und ihren Verbleib zu organisieren. Die vorliegenden Analysen zeigen allerdings, dass sie in vielen Fällen keine Unterstützung erhalten.

Die Befragten haben unabhängig von ihrem Bildungs- und Erwerbsniveau im Mittel einen gleich hohen Bedarf an Unterstützung. Personen mit höherer Bildung und zusätzlicher Arbeitserfahrung erhalten aber öfter Hilfe. Es gibt verschiedene Mechanismen, die diesen Unterschied erklären könnten. Sowohl zusätzliche Bildung als auch Arbeitserfahrung korrelieren positiv mit kognitiven Fähigkeiten wie Problemlösung und verbalen Fähigkeiten sowie mit nicht-kognitiven Fähigkeiten wie Kommunikationskompetenz oder Selbstwirksamkeit.¹⁴ Personen mit höherer Bildung sind potenziell besser darin, Informationen zu recherchieren. Menschen mit Arbeitserfahrungen können von Berufnetzwerken profitieren, haben Kenntnis über Verwaltungsabläufe oder wissen bereits, welche nächsten Schritte für einen Wiedereinstieg in den Arbeitsmarkt notwendig sind. Bildung und Arbeitserfahrung hängen also mit der Inanspruchnahme von Unterstützung zusammen.

¹³ Asylbewerber*innen dürfen, solange sie verpflichtet sind, in einer Aufnahmeeinrichtung zu wohnen (Residenzpflicht von drei Monaten), keine Erwerbstätigkeit und damit auch keine Ausbildung aufnehmen. Sofern das Asylverfahren nach neun Monaten nach Asylantragsstellung noch nicht unanfechtbar abgeschlossen ist, ist der Person die Ausübung einer Beschäftigung zu erlauben. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2024): Arbeitsmarktzugang für Geflüchtete (online verfügbar).

¹⁴ James J. Heckman, Jora Stixrud und Sergio Urzua (2006): The effects of cognitive and non-cognitive abilities on labor market outcomes and social behavior. *Journal of Labor Economics*, 24(3), 411–482.



Bildung und Arbeitserfahrung aus dem Herkunftsland gehen mit höherer Inanspruchnahme von Hilfe einher

Ob die Inanspruchnahme von Unterstützung auch unter Kontrolle anderer Faktoren vom Asylstatus oder von Bildungsabschlüssen und Arbeitserfahrung aus dem Herkunftsland abhängt, wird mit einem multivariatem Regressionsmodell untersucht.¹⁵ Geduldete, Personen ohne Bildungsabschluss und ohne Arbeitserfahrung im Herkunftsland bilden dabei jeweils die Referenzgruppe (Abbildung 4). Im Asylverfahren zu sein oder einen anerkannten Asylstatus zu

¹⁵ Es werden Alter, Geschlecht, Aufenthaltsdauer, Herkunftsregion sowie Erhebungsjahr berücksichtigt

Kasten 2

Datengrundlage und Methodik

Als Datengrundlage dieses Berichts dient die IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten, die ein Kooperationsprojekt des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) mit dem Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung und dem Forschungszentrum des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge ist.¹ Dies ist eine Längsschnittbefragung von Personen, die zwischen dem 1. Januar 2013 und dem 31. Dezember 2016 als Schutzsuchende nach Deutschland gezogen sind. Die Stichprobe wurde aus dem Ausländerzentralregister entnommen und Informationen zur Lebenssituation der Schutzsuchenden, wie Bildung, berufliche Situation, Sprachkenntnisse, aber auch gesellschaftliche Teilhabe und rechtliche Rahmenbedingungen wurden erhoben.²

Der vorliegende Wochenbericht umfasst die Erhebungswellen 2016 bis 2020, da in diesen Jahren die zentralen Konstrukte des Bedarfes und der Inanspruchnahme nach Unterstützung in fünf Lebensbereichen jeweils in der ersten Befragung erfasst wurden. Konkret wurde folgender Einleitungstext und fünf Fragen mit jeweils identischen drei Antwortmöglichkeiten gestellt:

Wenn man neu in einem Land ist, ist es manchmal schwer, sich überall zurecht zu finden. Bei den folgenden Fragen geht es darum, ob Ihnen seit Ihrer Ankunft in Deutschland in unterschiedlichen Bereichen geholfen wurde.

1. *Haben Sie rechtliche Beratung in Flüchtlings- und Asylfragen erhalten?*
 2. *Haben Sie Hilfe beim Erlernen der deutschen Sprache erhalten?*
 3. *Haben Sie Hilfe bei der Arbeitssuche erhalten?*
 4. *Haben Sie Hilfe bei der Suche nach Schulen, Hochschulen, Ausbildungsplätzen oder Weiterbildungsangeboten erhalten?*
 5. *Haben Sie Hilfe bei der medizinischen Versorgung erhalten?*
- [1] *Ja, ich habe Hilfe erhalten*
 [2] *Nein, ich hätte zwar Hilfe gebraucht, habe aber keine erhalten*
 [3] *Nein, ich habe keine Hilfe gebraucht*

¹ Herbert Brücker, Nina Rother und Joachim Schupp (2017; korrigierte Fassung 2018): IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten 2016: Studiendesign, Feldergebnisse sowie Analysen zu schulischer wie beruflicher Qualifikation, Sprachkenntnissen sowie kognitiven Potenzialen. DIW Politikberatung kompakt 123 (online verfügbar).

² Miriam Gauer und Cornelia Kristen (2023): A guide to using the SOEP for research on individuals of immigrant origin. SOEP Survey Papers 1332. Series C (online verfügbar).

Zusammengenommen umfasst die Stichprobe 6 733 Beobachtungen aus den fünf Erhebungswellen. Die gewichtete soziodemografische Zusammensetzung ist wie folgt: 27,4 Prozent der Befragten sind Frauen und das mittlere Alter beträgt 31,47 Jahre (Standardabweichung 10,57 Jahre). Die Hauptherkunftsländer der Geflüchteten sind Syrien, Afghanistan und der Irak und sie befinden sich seit 1,7 Jahren (Standardabweichung 0,86 Jahre) in Deutschland. Zum Zeitpunkt der Befragung lebten 45 Prozent in einer Gemeinschaftsunterkunft. 58,4 Prozent der Befragten besitzen eine Aufenthaltserlaubnis, haben also einen anerkannten Asylstatus. 34,9 Prozent befinden sich im Asylverfahren und 6,7 Prozent haben einen abgelehnten Asylantrag und sind geduldet.³

Zur Untersuchung der Wahrscheinlichkeit der Inanspruchnahme von Unterstützung nach den Merkmalen Asylstatus sowie der im Herkunftsland erworbenen Bildung und Arbeitserfahrung wurden fünf binäre logistische Regressionsmodelle geschätzt – je eines pro untersuchtem Lebensbereich. Aus der Beschränkung auf Individuen, die einen Bedarf nach Unterstützung angegeben haben, ergeben sich folgende Stichprobengrößen:

Stichprobengröße

Lebensbereich	Befragte
Flüchtlings- und Asylfragen	3 835
Deutsch lernen	6 577
Arbeitssuche	3 558
Bildung	3 368
Gesundheitsversorgung	6 089

Es werden jeweils die durchschnittlichen marginalen Effekte mit 95-Prozent-Konfidenzintervall ausgewiesen. Damit liegt in 95 Prozent der Fälle der tatsächliche Wert in diesem Intervall.

³ Duldung bedeutet die vorübergehende Aussetzung der Abschiebung (§ 60a AufenthG). Der Staat duldet die Betroffenen, weil ihre Abschiebung derzeit aus rechtlichen oder tatsächlichen Gründen unmöglich ist. In der vorliegenden Stichprobe verfügen alle Personen mit einem abgelehnten Asylantrag über eine Duldung.

haben, hängt mit der höheren Inanspruchnahme von Unterstützung in den Bereichen Spracherwerb, Arbeits- und Bildungssuche sowie der medizinischen Versorgung zusammen. Der Zusammenhang ist für Personen mit anerkanntem Asylstatus größer als für Personen im Asylverfahren. Die Regelungen, die es Personen im Asylverfahren und Geduldeten bisher verboten haben, an staatlichen Orientierungs- und Deutschkursen teilzunehmen und zu arbeiten,

scheinen Geduldete stärker zu treffen. Zumindest scheinen nicht-staatliche Angebote Personen im Asylverfahren bei der Suche nach Arbeit, Bildungsangeboten und beim Spracherwerb teilweise aufzufangen.

Weiter korrelieren ein mittlerer oder weiterführender Bildungsabschluss aus dem Herkunftsland positiv mit der Inanspruchnahme von Unterstützung im Bereich des

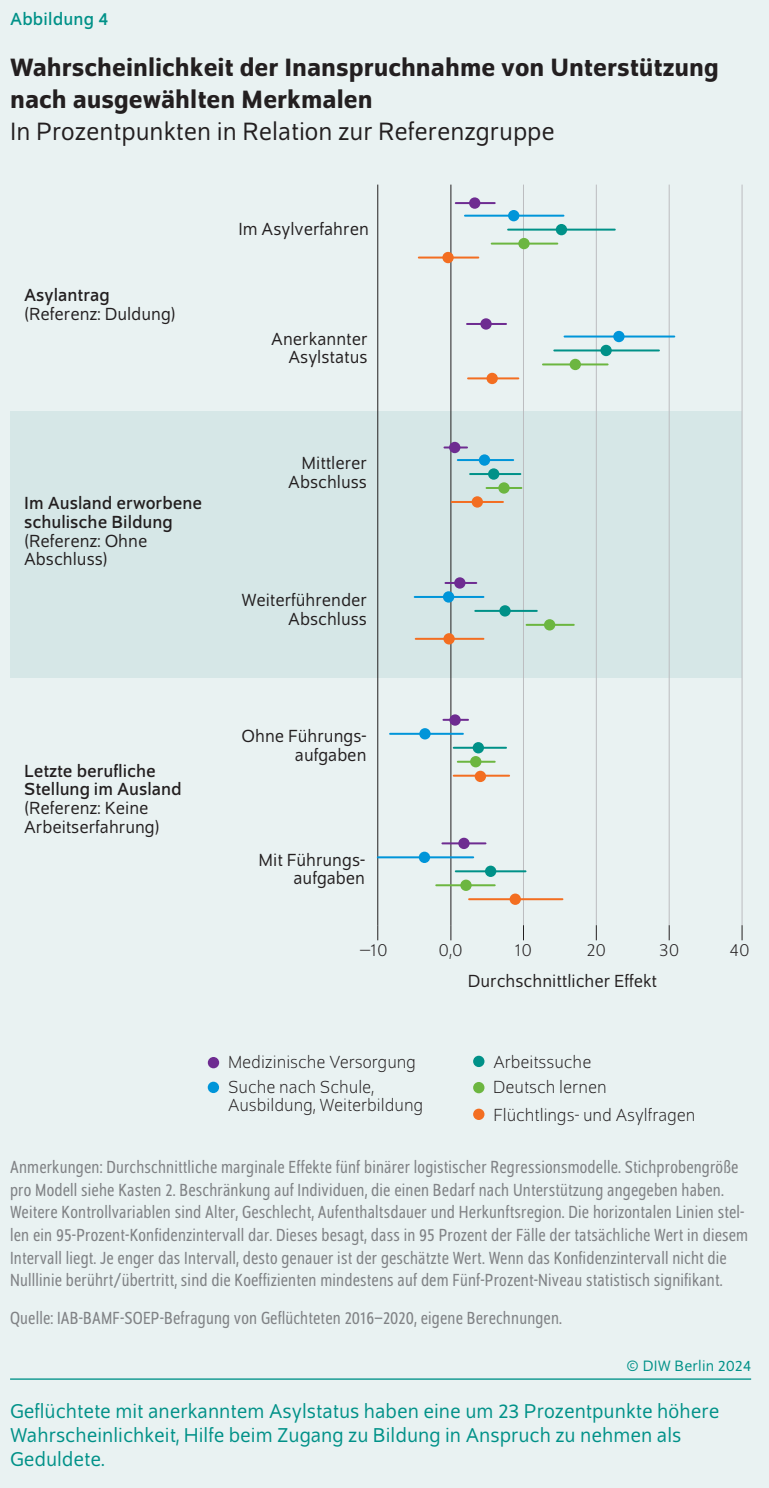
Spracherwerbes und der Arbeitssuche. Dies trifft auch auf zusätzliche Arbeitserfahrung zu, denn Arbeitserfahrung generell geht positiv einher mit der Inanspruchnahme von Hilfe bei der Arbeitssuche, dem Spracherwerb und bei Flüchtlings- und Asylfragen. Personen, mit Bildung oder Arbeitserfahrung aus dem Herkunftsland nehmen in diesen Bereichen eher Hilfe in Anspruch.

Fazit: Flächendeckende und angepasste Angebote müssen Barrieren zu Unterstützung senken

Die Analysen verdeutlichen, dass Geflüchtete häufig Unterstützung beim Arbeitsmarktzugang, bei Bildungs- und Spracherwerb, Asylfragen und der medizinischen Versorgung brauchen. Ob sie diese allerdings auch erhalten, variiert zwischen den einzelnen Bereichen stark. Vor allem Hilfe bei der Arbeits- und Bildungssuche sowie bei Asylfragen wird oft nicht in Anspruch genommen. Geduldete und Personen im Asylverfahren erhalten seltener Hilfe als Personen mit anerkanntem Aufenthaltsstatus. Zudem gelingt es Geflüchteten mit Bildungsabschlüssen oder Arbeitserfahrung aus dem Herkunftsland häufiger, Hilfsangebote zu nutzen.

Daraus folgen drei Dinge sowohl für die politische Praxis als auch für staatliche und zivilgesellschaftliche Institutionen, die Unterstützung für Geflüchtete anbieten: Erstens sollten Geduldete und Personen im oft langwierigen Asylverfahren konkreter unterstützt werden. Ein erster Schritt war es, das Chancen-Aufenthaltsgesetzes im Dezember 2022 einzuführen sowie die Bundesmittel für Integrations- und Sprachkurse zu erhöhen. Asylbewerber*innen sollten unabhängig von ihrer Aufenthaltsdauer und ihrem Status an Kursen teilnehmen können und bei Fragen zum Leben in Deutschland unterstützt werden. Wenn der rechtliche Status ungeklärt ist, ergeben sich viele Zukunftssorgen und Probleme, bei denen Personen auf Hilfe angewiesen sind. Zweitens müssen Angebote niedrigschwellig kommuniziert und verbreitet werden. Oftmals können nur Personen Hilfe in Anspruch nehmen, die Ressourcen in Form von Bildung oder Arbeitserfahrung aus ihrem Herkunftsland mitbringen. Ein hoher Bildungsabschluss oder bereits geleistete Erwerbsarbeit sollten aber kein Kriterium der Inanspruchnahme sein. Dieser selektive Zugang fördert ungleiche Startbedingungen und benachteiligt Personen ohne diese Ressourcen, beispielsweise Frauen oder junge Personen.¹⁶ Drittens sollten existierende Angebote besser auf die Bedarfe zugeschnitten werden. In der Praxis gibt es kein einheitliches Modell der Unterstützung, dass für alle Geflüchteten passend ist. Personen haben unterschiedliche Bedarfe und Zugangsvoraussetzungen. Informationskampagnen sollten gezielt auf bestehende Kurse oder Hilfen hinweisen und die sprach- und kultursensible Migrationsberatung sollte ausgebaut werden. Auch Mentorenprogramme sollten gefördert und ausgeweitet werden.¹⁷

¹⁶ Adriana Cardozo (2023): Erwerbschancen geflüchteter Frauen in Deutschland verbessern sich trotz ungünstiger Ausgangslage. DIW Wochenbericht Nr. 19, 217–225 (online verfügbar).
¹⁷ Magdalena Krieger et al. (2020): Mentorenprogramme fördern die Integration von Geflüchteten. DIW Wochenbericht Nr. 49, 905–914 (online verfügbar).



Staatliche und zivilgesellschaftliche Akteure müssen noch besser zusammenarbeiten, um flächendeckende und zugängliche Unterstützung anzubieten und Zugangshürden abzubauen. Dies fördert die Integration in den Arbeitsmarkt und die Gesellschaft. Weiterführende Analysen können zeigen, ob sich das Chancen-Aufenthaltsgesetz langfristig positiv auf die Teilnahme an Integrations- und Deutschkursen sowie auf die anschließende Arbeitsmarktintegration auswirkt.

HILFE ZUR INTEGRATION

Ellen Heidinger ist wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Infrastruktureinrichtung Sozio-oekonomisches Panel (SOEP) im DIW Berlin | eheidinger@diw.de

JEL: F22, J15, L31

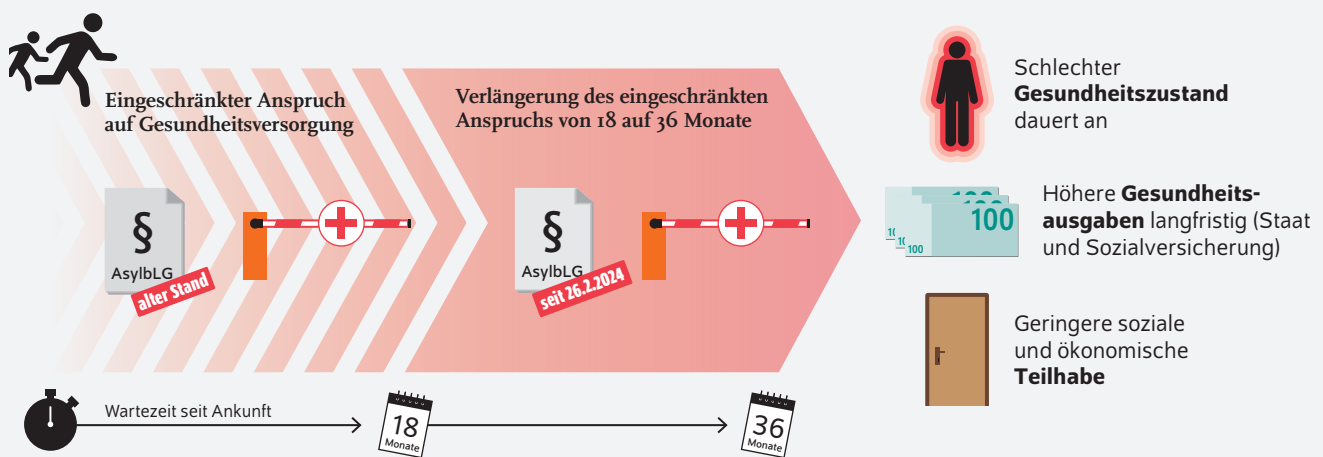
Keywords: refugees, professional support, support utilization, integration

Verlängerte Leistungseinschränkungen für Geflüchtete: Negative Konsequenzen für Gesundheit – erhoffte Einsparungen dürften ausbleiben

Von Louise Biddle

- Solange Geflüchtete in den Geltungsbereich des Asylbewerberleistungsgesetzes fallen, ist ihr Anspruch auf Gesundheitsversorgung eingeschränkt
- Analyse auf Basis der IAB-BAMF-SOEP-Befragung liefert erstmals Aufschluss über Belastungen des Gesetzes nach Personengruppe
- Szenario zur beschlossenen Verlängerung der Einschränkungen zeigt: Menschen mit mit niedriger Bildung und geringen Deutschkenntnissen besonders betroffen
- Elektronische Gesundheitskarte für Geflüchtete kann die negativen Konsequenzen der Gesetzesänderung abfedern, indem administrative Hürden abgebaut werden
- Mit Blick auf die langfristigen Kosten für den Staat sollte anstelle einer Verlängerung von Einschränkungen alles für einen vereinfachten Zugang zur Gesundheitsversorgung getan werden

Eingeschränkte Gesundheitsversorgung belastet die Geflüchteten und langfristig auch die Gesellschaft



ZITAT

„Je später kranke Menschen behandelt werden, desto teurer, da Geflüchtete nun noch länger auf angemessene Gesundheitsversorgung warten müssen. Menschen mit niedriger Bildung und geringen Deutschkenntnissen sind davon besonders betroffen. Die Verlängerung der gesundheitlichen Leistungseinschränkungen war kontraproduktiv.“

— Louise Biddle —

Verlängerte Leistungseinschränkungen für Geflüchtete: Negative Konsequenzen für Gesundheit – erhoffte Einsparungen dürften ausbleiben

Von Louise Biddle

ABSTRACT

Bis zum Abschluss ihres Asylverfahrens haben Geflüchtete nur einen eingeschränkten Anspruch auf Gesundheitsleistungen. Ende Februar 2024 wurde die maximale Dauer dieser Einschränkung von 18 auf 36 Monate verlängert. Diese Änderung dürfte die tatsächliche Wartezeit, die – wie Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) zeigen – derzeit bei über einem Jahr liegt, verdoppeln. Besonders betroffen sind davon Geflüchtete mit niedriger Bildung und geringen Deutschkenntnissen. Dies hat nicht nur negative Konsequenzen für die Gesundheit der betroffenen Menschen. Auch der Staat hat Nachteile, denn eine spätere Behandlung erfordert oft einen teureren Behandlungsansatz. Deshalb wäre es sinnvoller gewesen, die Dauer der Einschränkungen zu verkürzen statt zu verlängern. Die elektronische Gesundheitskarte für Geflüchtete erleichtert den Zugang zur Gesundheitsversorgung während der Wartezeit, denn sie verringert administrative Hürden. Derzeit erhalten aber nur knapp 20 Prozent aller Geflüchteten eine Gesundheitskarte, denn sie wurde nicht in allen Bundesländern eingeführt. Die elektronische Gesundheitskarte sollte bundesweit eingeführt werden; so könnten die negativen Konsequenzen des Asylbewerberleistungsgesetzes für die Gesundheit abgefedert werden.

Ende Februar 2024 wurde der maximale Geltungszeitraum des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) von 18 auf 36 Monate erhöht. Dieses Gesetz regelt Höhe und Form der Sozialleistungen für Asylbewerber*innen, bevor auch sie Anspruch auf Bürgergeld und andere Sozialleistungen haben. Nach Berechnungen zu einem Gesetzesentwurf der CDU/CSU-Fraktion¹ sollte eine solche Verlängerung mit Einsparungen „im dreistelligen Millionenbereich jährlich“ einhergehen. Dem Gesetzesentwurf der Opposition vorausgegangen war eine Einigung von Bund und Ländern über eine Reihe von Maßnahmen, durch welche die Anreize für die Fluchtmigration nach Deutschland sowie die Kosten für Länder und Kommunen gesenkt werden sollen, darunter auch die Verlängerung des Geltungszeitraums des AsylbLG. Eine ausführliche und sachliche Diskussion über die tatsächlichen Auswirkungen einer solchen Anpassung ist bisher aber zu kurz gekommen. Am Beispiel der Gesundheitsversorgung lässt sich gut zeigen, welche Auswirkungen die Verlängerung des AsylbLG auf die Gesundheit und Integration von Geflüchteten, aber auch auf die Finanzierung der Gesundheitsversorgung hat.² Dabei werden auch die Folgen einer Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) für Geflüchtete berücksichtigt.

Im Vergleich zu Sozialhilfeempfänger*innen ist der Anspruch auf Gesundheitsversorgung für Asylbewerber*innen, geduldete sowie ausreisepflichtige Personen eingeschränkt. Bis Ende Februar 2024 galt diese Einschränkung für 18 Monate, bis September 2019 lag der Geltungszeitraum bei 15 Monaten. Gemäß § 4 AsylbLG wird Gesundheitsversorgung nur

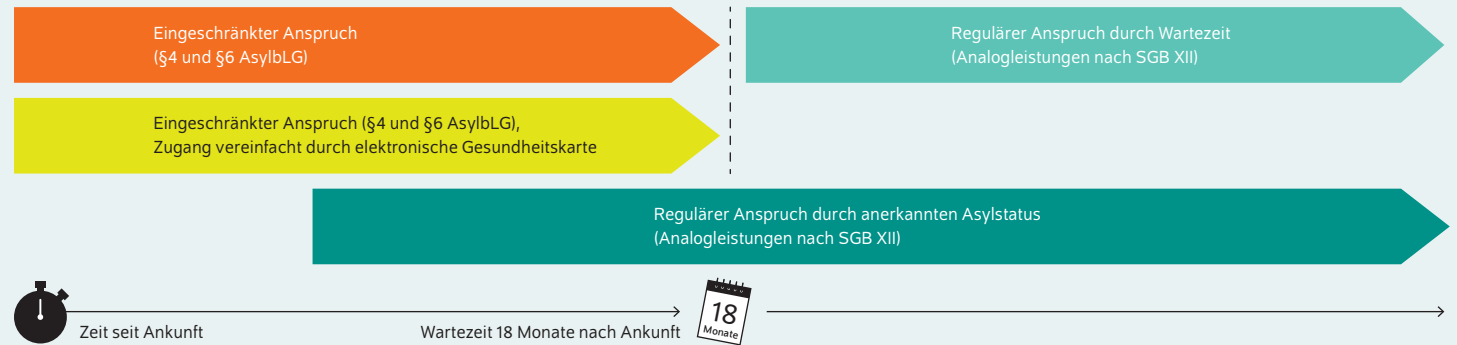
¹ Deutscher Bundestag (2023): Gesetzesentwurf der Fraktion CDU/CSU. Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung des Asylbewerberleistungsgesetzes (Asylbewerberleistungsweiterentwicklungsgesetz – AsylbLWG). Bundestags-Drucksache 20/9309 (14. November 2023, online verfügbar, abgerufen am 28. Februar 2024). Dies gilt auch für alle anderen Online-Quellen dieses Berichts, sofern nicht anders vermerkt.

² In diesem Beitrag wird durchgängig der Begriff „Geflüchtete“ verwendet. Gemeint sind damit alle Personen, welche in Deutschland einen Erstantrag auf Asyl gestellt haben, unabhängig von dem Ergebnis dieses Antrags. Dies umfasst also sowohl Personen, die noch im Asylprozess sind, wie auch Personen mit einem positiven oder negativen (zum Beispiel Duldung, ausreisepflichtig) Asylbescheid. Geflüchtete aus der Ukraine sind nicht vom Asylbewerberleistungsgesetz betroffen und werden daher nicht in die Analyse einbezogen.

Abbildung 1

Anspruch auf Gesundheitsversorgung im Rahmen des Asylbewerberleistungsgesetzes

Rechtsstand vor dem 26. Februar 2024



Quelle: Eigene Darstellung.

© DIW Berlin 2024

Geflüchtete hatten bisher bis maximal 18 Monate nach Ankunft eingeschränkten Anspruch auf Gesundheitsversorgung.

für die Behandlung „akuter Erkrankungen und Schmerzzustände“ sowie zur Versorgung von schwangeren Frauen, Impfungen und für medizinisch gebotene Vorsorgeuntersuchungen gewährt. Weiterführende Dienstleistungen können gemäß § 6 im Einzelfall gewährt werden, solange diese „zur Sicherung [...] der Gesundheit unerlässlich“ sind. In Bezug auf die Gesundheitsversorgung bietet das AsylbLG einen erheblichen Ermessensspielraum, da weder „akute Schmerzzustände“ nach § 4, noch die „Unerlässlichkeit“ der Versorgung nach § 6 genau definiert werden. Somit obliegt es den zuständigen Ärzt*innen einzuschätzen, ob ein solcher Fall vorliegt, sowie den Sozialämtern, ob eine Finanzierung zugestanden wird.³ Hierdurch ergibt sich eine erhebliche Ungleichheit im tatsächlichen Zugang zur Gesundheitsversorgung für Geflüchtete.⁴ Klar ist, dass Geflüchtete nach ihrer Ankunft in Deutschland erstmal mit erheblichen Einschränkungen in der Gesundheitsversorgung rechnen müssen. Erst nach dem Geltungszeitraum des AsylbLG⁵ oder einem positiv entschiedenen Asylantrag haben Geflüchtete bei Gesundheitsleistungen den gleichen Anspruch wie Sozialhilfeempfänger*innen (SGB XII, Abbildung 1).

Die Einführung des AsylbLG im Jahr 1993 ging mit einer Umstellung der Finanzierung der Gesundheitsversorgung durch die Krankenkassen auf die Kommunen einher und erforderte eine neue Abrechnungsstruktur. Dafür wurden Behandlungsscheine eingeführt: Vor einem Arztbesuch

muss von den Geflüchteten ein Behandlungsschein bei der zuständigen Sozialbehörde beantragt werden. Die Sozialbehörde prüft damit neben einer Konformität mit dem AsylbLG auch die medizinische Notwendigkeit des Arztbesuches. Dieser Prozess wird von Patient*innen und Ärzt*innen als belastend wahrgenommen und führt zu unnötigen Verzögerungen der Behandlung.⁶ Neben dem hohen Verwaltungsaufwand entscheiden damit de facto medizinische Laien über den Zugang zum Gesundheitssystem.⁷ Als Alternative wurde in Bremen 2005 erstmals ein Abrechnungssystem für Geflüchtete mittels elektronischer Gesundheitskarte (eGK) eingeführt (Kasten 1). Derzeit gilt die eGK in sechs Ländern flächendeckend: Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Thüringen und Schleswig-Holstein. In drei weiteren Ländern ist sie in einzelnen Kreisen beziehungsweise Kommunen eingeführt (Abbildung 2).

Durch die Änderung des Geltungszeitraums des AsylbLG im Jahr 2019 und die schrittweise Einführung der elektronischen Gesundheitskarte seit 2005 sind zeitlich sowie regional unterschiedliche Ansprüche auf Gesundheitsdienstleistungen für Geflüchtete entstanden. Der Anspruch hängt zudem von der Bearbeitungszeit des Asylverfahrens ab, welche in den vergangenen Jahren und auch abhängig vom Herkunftsland variierte. Auch die Zahl der geduldeten Personen ist relevant, da diese Personen auch nach Abschluss des Asylverfahrens den Regelungen des AsylbLG unterliegen.⁸ Aufgrund dieser Gegebenheiten ist derzeit unklar, wie

³ Amand Führer (2023): Determinanten der Gesundheit und medizinischen Versorgung von Asylsuchenden in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt, Nr. 10, 1083–1091 (online verfügbar).

⁴ Oliver Razum, Judith Wenner und Kayvan Bozorgmehr (2016): Wenn Zufall über den Zugang zur Gesundheitsversorgung bestimmt: Geflüchtete in Deutschland. Das Gesundheitswesen, Nr. 11, 711–714 (online verfügbar).

⁵ Die Geltungsdauer des AsylbLG war auch in der Vergangenheit Gegenstand von Reformdiskussionen und wurde mehrfach verändert. Bis September 2019 lag sie bei 15 Monaten. Zwischen 2007 und 2015 lag sie bei 48 Monaten, zwischen 1997 und 2007 bei 36 Monaten und zwischen 1993 und 1997 bei zwölf Monaten.

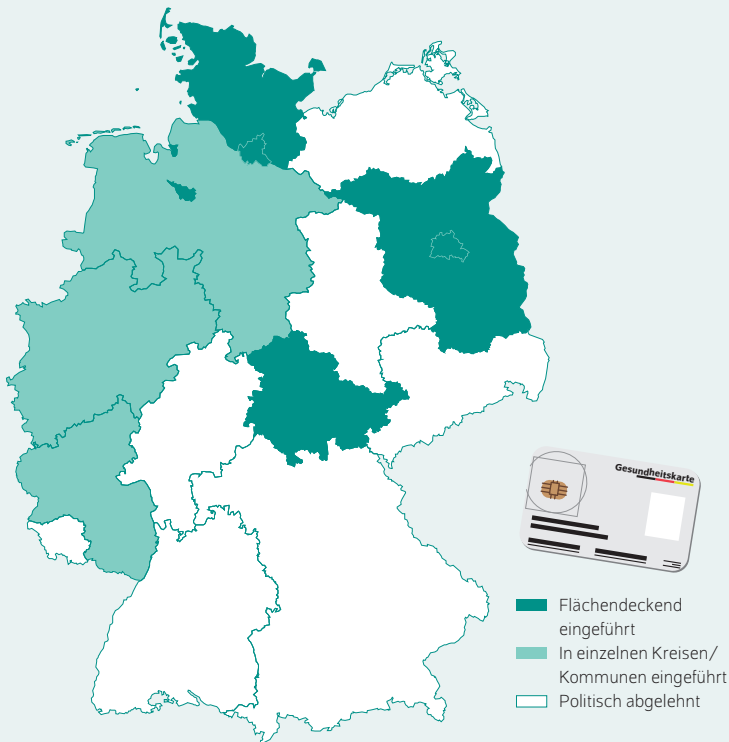
⁶ Anke Spura et al. (2017): Wie erleben Asylsuchende den Zugang zu medizinischer Versorgung? Bundesgesundheitsblatt 60, 462–470 (online verfügbar).

⁷ Führer (2023), a. a. O.

⁸ Vielen Geflüchteten mit abgelehntem Asylgesuch wird ein vorübergehender Schutzstatus („Duldung“) zugesprochen, da die Rückkehr ins Heimatland aus verschiedenen Gründen unmöglich ist. Der Anteil von ausreisepflichtigen Personen mit Duldung lag über die vergangenen Jahre durchgehend bei circa 80 Prozent. Vgl. auch Informationen auf der Webseite von Mediendienst Integration.

Abbildung 2

Verbreitung der elektronischen Gesundheitskarte für Geflüchtete in Deutschland



Quelle: Informationsportal von Medibüros/Medinetze (Stand Februar 2024).

© DIW Berlin 2024

Die elektronische Gesundheitskarte wurde bisher in sechs Bundesländern flächendeckend eingeführt, in drei weiteren gilt sie in einzelnen Kreisen/Kommunen.

lange Geflüchtete tatsächlich auf regulären Anspruch auf Gesundheitsversorgung warten mussten.

Um die Folgen abzuschätzen, die eine Verlängerung des Geltungszeitraums nach sich zieht, stellt sich zum einen die Frage, wie viele Geflüchtete überhaupt betroffen wären, beziehungsweise bei wie vielen Geflüchteten bereits zu einem früheren Zeitpunkt ein abgeschlossenes Asylverfahren vorliegt. Zum anderen ist unklar, wer von einer längeren Wartezeit besonders betroffen ist: Geflüchtete aus verschiedenen Herkunftsländern haben unterschiedlich lange Asylverfahren. Somit kann die tatsächliche Wartezeit auf einen regulären Versorgungsanspruch für bestimmte Gruppen an Geflüchteten sehr unterschiedlich sein. Ältere Geflüchtete, Frauen oder Geflüchtete mit einem niedrigen Bildungsstand haben zudem eine höhere Krankheitslast, insbesondere in Bezug auf chronische Erkrankungen, und haben daher einen erhöhten Bedarf an Gesundheitsversorgung.⁹

⁹ Louise Biddle et al. (2019), Health monitoring among asylum seekers and refugees: a state-wide, cross-sectional, population-based study in Germany. *Emerg Themes Epidemiol* 16, Nr. 3. (online verfügbar); Jan Michael Bauer, Tilman Brand und Hajo Zeeb (2020). Pre-migration socioeconomic status and post-migration health satisfaction among Syrian refugees in Germany: A cross-sectional analysis. *PLoS Med* 17 (online verfügbar).

Kasten 1

Elektronische Gesundheitskarte für Geflüchtete

Die elektronische Gesundheitskarte für Geflüchtete ermöglicht die gesetzeskonforme Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ohne Behandlungsscheine. Durch einen Rahmenvertrag mit einer Krankenkasse erhalten Geflüchtete eine Chipkarte, mit der sie wie gesetzlich Krankenversicherte direkt medizinische Versorgung in Anspruch nehmen können. Hierfür wird auf Landesebene vorab ein Leistungsspektrum definiert, welches mit dem AsylbLG konform ist.¹ Die Kosten der Versorgung werden weiterhin von der Kommune getragen, die Leistungen sind jedoch günstiger, da die Kommune nun von dem Kostenkatalog der Krankenkassen profitiert.² Für ihren Aufwand erhalten die Krankenkassen eine Verwaltungspauschale je Chipkarte. Diese liegt, zum Beispiel in Hamburg, bei zehn Euro pro Monat pro Person.³ Die eGK erleichtert den Zugang zur Gesundheitsversorgung, indem sie bürokratische Hürden sowohl für Patient*innen als auch Ärzt*innen abbaut, Klarheit über den Umfang der Gesundheitsleistungen schafft und durch die Abschaffung der Genehmigung durch Behörden Wartezeiten minimiert.

Neben den Vorteilen für die Kommunen hat die Einführung der eGK erhebliche Vorteile für den allgemeinen Gesundheitszustand und die psychische Gesundheit von Geflüchteten.⁴ Diese Vorteile sind für Geflüchtete mit Sprachbarrieren besonders ersichtlich.⁵ Zudem bewirkt die Einführung der eGK eine höhere Inanspruchnahme von Primärversorgung⁶ und eine geringere Inanspruchnahme von Notfallversorgung.⁷

¹ In der Praxis bedeutet die Verhandlung eines Leistungskatalogs mit den Krankenkassen oft, dass die Restriktionen des AsylbLG in Regionen mit eGK geringer ausfallen und der Anspruch auf Gesundheitsversorgung mit wenigen Ausnahmen dem der gesetzlichen Krankenkassen entspricht, siehe auch Marcel Wächter-Raquet (2016): Einführung der Gesundheitskarte für Asylsuchende und Flüchtlinge. Der Umsetzungsstand im Überblick der Bundesländer. Bertelsmann-Stiftung, Gütersloh (online verfügbar).

² Ohne einen Rahmenvertrag mit einer Krankenkasse gelten in der Regel die Sätze der privaten Krankenversicherung.

³ Wächter-Raquet (2016), a. a. O.

⁴ Philipp Jaschke und Yuliya Kosyakova (2021): Does Facilitated and Early Access to the Healthcare System Improve Refugees' Health Outcomes? Evidence from a Natural Experiment in Germany. *International Migration Review*, 812–842 (online verfügbar).

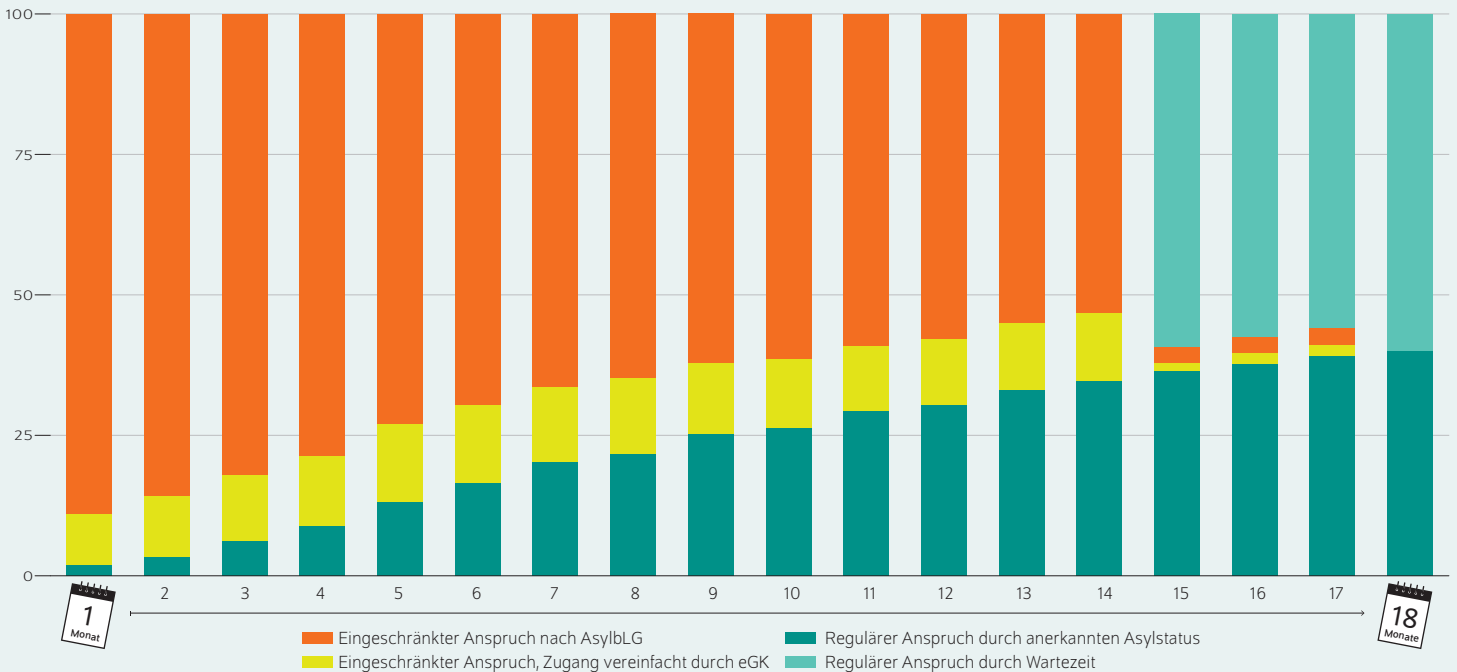
⁵ Jaschke und Kosyakova (2021), a. a. O.

⁶ Kevin Claassen und Pia Jäger (2018): Impact of the Introduction of the Electronic Health Insurance Card on the Use of Medical Services by Asylum Seekers in Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 856 (online verfügbar).

⁷ Judith Wenner et al. (2020): Differences in realized access to healthcare among newly arrived refugees in Germany: results from a natural quasi-experiment. *BMC Public Health* 20, 846 (online verfügbar).

Abbildung 3

Zugangsform zum Gesundheitssystem nach Monaten seit Ankunft
In Prozent aller Geflüchteten



Anmerkung: Personen, die von 2013 bis 2020 nach Deutschland gekommen sind. Für den Großteil dieser Personen galt das Asylbewerberleistungsgesetz damit maximal 15 Monate. Seit 2019 liegt die maximale Geltungsdauer bei 18 Monaten.

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels (v 38.1), Welle 2021.

© DIW Berlin 2024

Die maximale Dauer des eingeschränkten Anspruchs auf Gesundheitsversorgung wird nur wenigen Fällen durch einen positiven Asylbescheid verkürzt.

Sollten bei diesen Gruppen zusätzlich besonders lange Wartezeiten vorliegen, käme es zu einer Doppelbelastung: Sie sind nicht nur häufiger und schwerer krank, sondern stehen auch zusätzlichen Hürden beim Zugang zum Gesundheitssystem gegenüber.

Einige Länder haben für Geflüchtete die eGK eingeführt, um während des Geltungszeitraums des AsylbLG den administrativen Zugang zur Gesundheitsversorgung zu vereinfachen. Auch hier ist jedoch unklar, wer von der eGK profitiert hat. Welche Wartezeiten verschiedene Personengruppen haben und inwiefern die Einführung der eGK den Zugang während der Wartezeit vereinfacht, lässt sich in einer Querschnittsanalyse auf Basis von Daten der IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten aus dem Jahr 2021 genauer betrachten (Kasten 2).

Geflüchtete warten im Schnitt über ein Jahr bis zum regulären Anspruch auf Gesundheitsversorgung

Insgesamt warteten Geflüchtete, die 2021 in Deutschland wohnten, mehr als ein Jahr (376 Tage), bis sie regulären Anspruch auf Gesundheitsversorgung erhielten. Dabei

mussten 64 Prozent der Geflüchteten auf das Ende des persönlichen Geltungszeitraums des AsylbLG¹⁰ warten, wohingegen 36 Prozent schon früher durch einen positiv bewilligten Status regulären Anspruch erhielten. Für die Mehrheit der Geflüchteten ist damit der maximale Geltungszeitraum des AsylbLG maßgeblich (Abbildung 3).

In der Wartezeit bis zum regulären Anspruch gibt es leichte, aber statistisch signifikante Unterschiede zwischen Frauen und Männern: Frauen mussten im Schnitt 17 Tage länger warten als Männer (Abbildung 4). Auch Geflüchtete mit niedriger Bildung mussten länger warten: Sie warteten im Schnitt 24 Tage länger als Geflüchtete mit mittlerer Bildung.

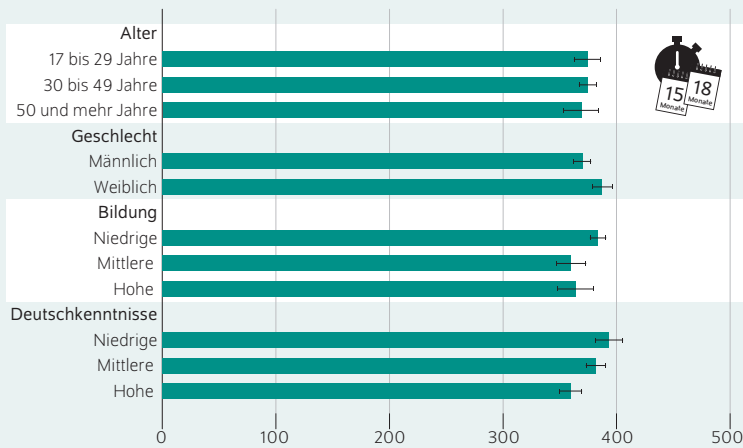
Geltungszeitraum von 36 Monaten dürfte Benachteiligung Geflüchteter mit niedriger Bildung und geringeren Deutschkenntnissen verstärken

Hätte für Geflüchtete, welche 2021 in Deutschland wohnten, anstatt eines Geltungszeitraums von 18 (beziehungsweise 15) Monaten bereits eine von 36 Monate gegriffen, so

¹⁰ Zu diesem Zeitpunkt: 15 beziehungsweise 18 Monate

Abbildung 4

Wartezeit bis zum regulären Anspruch auf Gesundheitsleistungen nach Personengruppe¹
In Tagen



¹ Personen, die von 2013 bis 2020 nach Deutschland gekommen sind. Für den Großteil dieser Personen galt das Asylbewerberleistungsgesetz damit maximal 15 Monate. Seit 2019 liegt die Geltungsdauer bei 18 Monaten.

Anmerkung: Das 95-Prozent-Konfidenzintervall bedeutet, dass in 95 Prozent der Fälle der unbekannte tatsächliche Wert in diesem Intervall liegt. Die Fehlerwahrscheinlichkeit beträgt entsprechend fünf Prozent. Je enger das Intervall, desto genauer ist der geschätzte Effekt.

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels (v 38.1), Welle 2021.

© DIW Berlin 2024

Die Wartezeit auf regulären Anspruch auf Gesundheitsversorgung weist leichte, aber statistisch signifikante, Unterschiede nach Bildung und Geschlecht auf.

hätten Geflüchtete im Schnitt zusätzlich 352 Tage auf einen regulären Anspruch auf Gesundheitsversorgung gewartet. Dabei hätten 52 Prozent der Geflüchteten auf das Ende des Geltungszeitraums des AsylbLG, also 36 Monate, warten müssen, wohingegen 48 Prozent schon früher regulären Anspruch durch einen positiv bewilligten Status erhalten hätten.

Eine hypothetische Geltungsdauer von 36 Monaten verschärft die Unterschiede bei der Wartezeit stark: Personen mit niedriger Bildung hätten circa drei Monate länger warten müssen als Geflüchtete mit mittlerer oder hoher Bildung (Abbildung 5). Auch Geflüchtete mit niedrigen beziehungsweise mittleren Deutschkenntnissen hätten in diesem Szenario circa zwei Monate länger warten müssen als Geflüchtete mit guten Deutschkenntnissen.

Elektronische Gesundheitskarte kommt nur wenigen zugute

2021 wohnten 24 Prozent aller Geflüchteten in einer Region, in der die elektronische Gesundheitskarte eingeführt war. Für insgesamt 17 Prozent aller Geflüchteten war die schrittweise Einführung der eGK seit 2005 auch mit einem vereinfachten Zugang zur Gesundheitsversorgung verbunden. Sieben Prozent der Geflüchteten hatten zum Zeitpunkt der Einführung bereits vollen Zugang zum Gesundheitssystem und

konnten somit nicht von der eGK profitieren, obwohl sie in einer eGK-Region wohnten (Abbildung 6). Somit kommen die Vorteile der eGK (Kasten 1) bisher nur wenigen Geflüchteten beziehungsweise Kommunen zugute. Der Großteil der Geflüchteten muss weiterhin mit der Unsicherheit, dem Aufwand und den Behandlungsverzögerungen leben, welche die Beantragung und Bewilligung von Leistungen per Behandlungsschein mit sich bringt.

Die regionale Abdeckung der eGK geht zudem mit Ungleichheiten in Bezug auf das Bildungsniveau Geflüchteter einher: 34 Prozent der Geflüchteten mit einem hohen Bildungsniveau wohnen in einer Region, in der die eGK eingeführt wurde. Geflüchtete mit mittlerem oder niedrigem Bildungsniveau leben jedoch nur zu 22 Prozent beziehungsweise 23 Prozent in einer Region mit eingeführter eGK. Wie der maximale Geltungszeitraum des AsylbLG resultieren die administrativen Rahmenbedingungen in den Ländern in einer systematischen gesundheitlichen Benachteiligung von Geflüchteten mit niedriger Bildung, obwohl diese Personen in der Regel eine höhere Krankheitslast aufweisen und ohnehin schon auf größere Hürden in der Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten treffen.

Längere Geltungsdauer des AsylbLG: Hoffnung auf Kosteneinsparungen ist kurzfristig

Die tatsächliche Wartezeit bis zum Anspruch auf reguläre Gesundheitsversorgung ist bereits jetzt erheblich und dürfte sich durch eine Ausweitung des AsylbLG auf 36 Monate mehr als verdoppeln. Dabei ist die Annahme, dass sich durch die Einschränkung der Gesundheitsversorgung Kosten sparen lassen, kurzfristig. Im Gegenteil: Studien zeigen, dass es auf lange Sicht sogar kostspieliger ist, die Gesundheitsversorgung von Geflüchteten einzuschränken.¹¹ Dies erklärt sich dadurch, dass Gesundheitsprobleme erst dann behoben werden, wenn es sich bereits um einen Notfall handelt oder eine intensive Behandlung notwendig ist. Eine frühe Intervention in der Primärversorgung kann hingegen teure Krankenhausaufenthalte, aufwendige Diagnoseverfahren und gravierende Krankheitsverläufe vermeiden.¹²

Das Argument der Kosteneinsparungen ist auch kurzfristig, da es die Folgen einer schlechten Gesundheit auf die soziale und ökonomische Partizipation von Geflüchteten außer Acht lässt. Es ist wissenschaftlich gut belegt, dass schwere Erkrankungen die Möglichkeiten einschränken, an Bildungsangeboten teilzunehmen, einen Arbeitsplatz zu finden und zu halten, die Sorgearbeit der Familie zu tragen oder sich im sozialen Umfeld zu engagieren.¹³ Werden Gesundheitsprobleme nicht frühzeitig durch eine bedarfsgerechte

¹¹ Kayvan Bozorgmehr und Oliver Razum (2015): Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994–2013. PLoS ONE 10, Nr. 7 (online verfügbar).

¹² Aldo Rosano et al. (2013): The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review. European Journal of Public Health, 356–360 (online verfügbar).

¹³ Siehe zum Beispiel Maria K. Christensen et al. (2020): The cost of mental disorders: a systematic review. Epidemiol Psychiatr Sciences (online verfügbar).

Kasten 2

Datengrundlage und Methodik

Als Datengrundlage dieses Berichts dient die IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten (M3-M6) des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP, v.38.1).¹ Hierbei handelt es sich um ein Kooperationsprojekt des SOEP mit dem Institut für Arbeitsmarkt- und Bildungsforschung und dem Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, welches repräsentative Daten zu Geflüchteten erhebt, die von 2013 bis 2020 nach Deutschland gekommen sind.² Für die Analysen werden die neusten verfügbaren Daten aus der Erhebung im Jahr 2021 verwendet. Die Methode der Datenanalyse ist ein Mittelwertvergleich der Wartezeiten 1) unter aktuellen Bedingungen und 2) einer hypothetischen Ausweitung der Geltungsdauer des AsylbLG auf 36 Monate innerhalb und zwischen Gruppen mit 95-Prozent-Konfidenzintervallen. Außerdem wird die Abdeckung der elektronischen Gesundheitskarte in Prozent aller Geflüchteten berechnet.

Für die Berechnung der Wartezeit bis zum regulären Zugang zur Gesundheitsversorgung unter aktuellen Bedingungen (Stand: Januar 2024) werden zwei Informationen verknüpft: Zeit seit Ankunft in Deutschland und Zeitpunkt einer positiven Entscheidung über das Asylgesuch. Liegt der Zeitpunkt der positiven Asylentscheidung innerhalb der Geltungsdauer des AsylbLG (15 Monate vor beziehungsweise 18 Monate nach dem 21. September 2019), so wird dies als Wartezeit bis zum Zugang gewertet. Andernfalls wird die Geltungsdauer des AsylbLG verwendet. Liegen keine Informationen über den Zeitpunkt der Ankunft in Deutschland vor, so wird der Zeitpunkt der Asylbeantragung verwendet. Personen, welche zum Befragungszeitpunkt noch keinen Asylbescheid erhalten hatten und noch innerhalb der Geltungsdauer des AsylbLG waren – für welche die schlussendliche Wartezeit also unklar war – werden aus der Analyse ausgeschlossen. Insgesamt werden 2181 Geflüchtete, welche im Jahr 2021 an der Studie teilnahmen, in die Analyse einbezogen.

Daten zum Zeitpunkt der Ankunft und des Asylbescheids liegen für den jeweilige Monat und das Jahr vor. Für diese Analyse werden jedoch Tage als Maßeinheit verwendet, indem der Mittelpunkt eines jeweiligen Monats (der 15. Tag) verwendet wird. Hierbei wird angenommen, dass die Ankunft von Geflüchteten über den Monat gleichmäßig verteilt ist, sodass mit einer ausreichend großen Gruppengröße im Mittelwert eine korrekte Anzahl an Tagen berechnet wird. Ein Vorteil der Verwendung von Tagen anstatt Monaten ist, dass Verzerrungen vermieden werden, wenn diese Informationen mit Gesetzesänderungen verknüpft werden, da diese oft zum Anfang eines Monats stattfinden.

Für die Auswertung der Wartezeit unter einer hypothetischen Ausweitung der Geltungsdauer des AsylbLG auf 36 Monate werden

ebenfalls Daten zur Zeit ihrer Ankunft in Deutschland und dem Zeitpunkt einer positiven Entscheidung über das Asylgesuch verknüpft. Allerdings wird in diesem Fall eine Wartezeit von 36 Monaten bestimmt, wenn innerhalb der ersten 36 Monate kein positiver Asylbescheid vorliegt. Andernfalls wird die Zeit bis zum positiven Asylbescheid als Wartezeit bestimmt. Wie bei der Auswertung der Wartezeit unter aktuellen Bedingungen werden auch für diese Analyse Personen ausgeschlossen, welche zum Befragungszeitpunkt noch keinen Asylbescheid erhalten hatten und sich weniger als 36 Monate in Deutschland aufhielten. Für dieses hypothetische Szenario werden 2152 Geflüchtete, welche im Jahr 2021 an der Studie teilnahmen, in die Analyse mit einbezogen.

Zur Auswertung der elektronischen Gesundheitskarte werden die Regionaldaten des SOEP herangezogen. Diese werden mit dem Zeitpunkt der Einführung in den jeweiligen Ländern, Kreisen oder Kommunen verknüpft.³ Eine Befragungsperson kann von der elektronischen Gesundheitskarte profitieren, wenn diese in einer Region mit eGK wohnt und dessen Einführung noch vor dem regulären Anspruch auf Gesundheitsversorgung (also vor Ablauf des AsylbLG-Geltungszeitraums oder des Asylbescheids) stattfand.

Um Ungleichheiten in Bezug auf Personen mit besonderem Bedarf an Gesundheitsversorgung zu untersuchen, werden die berechnete Wartezeit und eGK-Abdeckung nach vier Merkmalen gesondert betrachtet: Geschlecht (männlich/weiblich), Altersgruppen (17–29 Jahre/30–49 Jahre/50+ Jahre), Bildungsstand im Herkunftsland auf Basis der ISCED-11-Klassifikation (niedrig/mittel/hoch) und Kenntnisse der deutschen Sprache, wobei Sprech-, Schreib- und Lesekenntnisse jeweils auf einer Skala von 1 bis 5 erfasst, summiert und anschließend Tertile des Gesamtscores gebildet werden (niedrig/mittel/hoch).

Für die Analyse werden Querschnittsgewichte verwendet, sodass die Ergebnisse repräsentativ für die 2021 in Deutschland lebenden Geflüchteten sind.

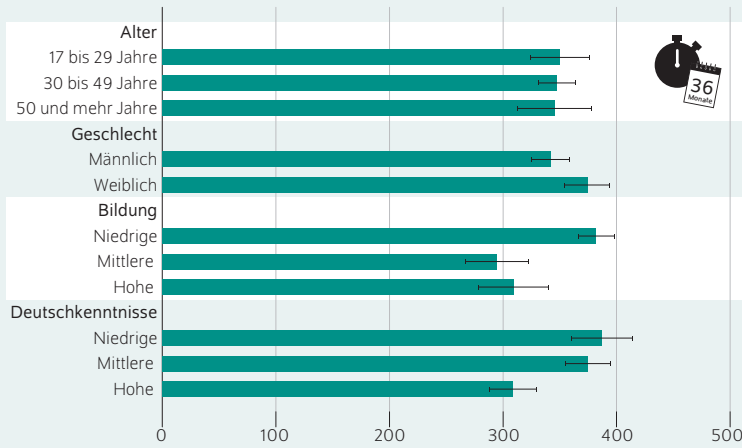
¹ Sozio-oekonomisches Panel (SOEP) (2023): Version 87, Daten der Jahre 1984–2021 (SOEP-Core v38.1, Remote Edition – Update 2023, online verfügbar).

² Herbert Brücker, Nina Rother und Jürgen Schupp (2017): IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten 2016. Studiendesign, Feldergebnisse sowie Analysen zu schulischer wie beruflicher Qualifikation, Sprachkenntnissen sowie kognitiven Potenzialen. IAB Forschungsbericht 13/2017 (online verfügbar).

³ Zu diesem Vorgehen vgl. Jaschke und Kosyakova (2021), a.a.O.

Abbildung 5

36-Monats-Szenario: Zusätzliche Wartezeit bis zum regulären Anspruch auf Gesundheitsleistungen nach Personengruppe¹
Durchschnitt in Tagen



¹ Das Szenario untersucht die zusätzliche Wartezeit für Geflüchtete, die zwischen 2013 und 2020 nach Deutschland gekommen sind, wenn für sie eine maximale Leistungseinschränkung von 36 Monaten (im Vergleich zur tatsächlichen Leistungseinschränkung von 15 beziehungsweise 18 Monaten) gegolten hätte.

Anmerkung: Das 95-Prozent-Konfidenzintervall bedeutet, dass in 95 Prozent der Fälle der unbekannt tatsächliche Wert in diesem Intervall liegt. Die Fehlerwahrscheinlichkeit beträgt entsprechend fünf Prozent. Je enger das Intervall, desto genauer ist der geschätzte Effekt.

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels (v 38.1), Welle 2021.

© DIW Berlin 2024

Bei Verlängerung der maximalen Einschränkungsdauer verschärfen sich die Ungleichheiten in der Wartezeit nach Bildung und Deutschkenntnissen erheblich.

Versorgung adressiert, so kommt es langfristig zu erheblichen sozialen und ökonomischen Kosten für den Bund und die Sozialsysteme.

Die im Gesetzentwurf von der CDU/CSU-Fraktion genannten Einsparungen lassen sich somit im Hinblick auf die Gesundheitsversorgung wissenschaftlich nicht begründen. Ob mit einem längeren Geltungszeitraum des AsylbLG Deutschland als Zielland weniger attraktiv wird und die Zahl der Asylbewerber*innen zurückgeht, ist zudem keineswegs belegt.¹⁴ Im Kontext der Fluchtmigration sind eher die Bedingungen und Ereignisse im Herkunftsland ausschlaggebend für zunehmende oder abnehmende Asylzahlen; mehr oder weniger restriktive Gesetzgebungen in Zielländern spielen demgegenüber nur eine untergeordnete Rolle.¹⁵

Außerdem dürften durch die Änderung des AsylbLG, vor allem durch den längeren Ausschluss von der regulären Gesundheitsversorgung, insbesondere die Wartezeiten von Geflüchteten mit niedriger Bildung und geringen Deutschkenntnissen verlängert werden. Gerade diese Geflüchteten

weisen aber eine hohe Krankheitslast auf und benötigen daher eine zügige, bedarfsgerechte Gesundheitsversorgung.¹⁶

Fazit: Zugang von Geflüchteten zur regulären Gesundheitsversorgung sollte erleichtert werden

Die gesetzlichen Bestimmungen wie auch die administrativen Regelungen für den Zugang von Geflüchteten zur Gesundheitsversorgung sind restriktiv und werden durch die Verlängerung der Geltungsdauer des AsylbLG auf 36 Monate weiter verschärft. Damit verbunden ist eine klare Einschränkung des Rechts auf Gesundheit, zu dem sich Deutschland unter anderem mit Ratifizierung des UN-Sozialpakts verpflichtet hat.¹⁷ Diese Einschränkungen werden oft mit ihrem temporären Charakter gerechtfertigt. Jedoch führt in Deutschland die lange Bearbeitungsdauer von Asylverfahren, die hohe Schutzquote sowie der hohe Anteil von geduldeten Personen dazu, dass die Einschränkungen Personen betreffen, die sich länger in Deutschland aufhalten.

Die Einschränkungen bei der Gesundheitsversorgung sind zudem mit erheblichen Nachteilen verbunden, kurzfristig für die Geflüchteten, langfristig für das Gesundheitswesen insgesamt, wenn zu späte Behandlung hohe Kosten in der Notfallversorgung oder bei der Intensivbehandlung nach sich zieht. Anstatt für Geflüchtete zusätzliche rechtliche Barrieren zu errichten, sollte der Zugang erleichtert werden, zum Beispiel durch niedrigschwellige Gesundheitsangebote in Geflüchtetenunterkünften,¹⁸ den Abbau administrativer Hürden durch die bundesweite Einführung der eGK¹⁹ und angemessene Sprachmittlungsangebote.²⁰

Die Einführung der eGK für Geflüchtete bietet erhebliche gesundheitliche und ökonomische Vorteile (Kasten 1), ist jedoch derzeit noch unzureichend implementiert. Durch den Abbau administrativer Hürden, speziell des Behandlungsscheins, kann früher auf niedrigschwellige Versorgungsangebote zugegriffen werden, anstatt dass Krankheiten länger verschleppt werden. Gegen die eGK werden häufig die relativ hohen Verwaltungspauschalen der Krankenkassen sowie der befürchtete Anstieg der Gesundheitskosten ins Feld geführt. Jedoch wurden in Hamburg im Vergleich zur vorherigen Praxis, die medizinische Versorgung mit Behandlungsscheinen zu regeln, Verwaltungskosten in Höhe von 1,6 Millionen Euro jährlich eingespart.²¹ Außerdem führte der vereinfachte Zugang zur Gesundheitsversorgung mit der eGK nicht zu

¹⁶ Bauer et al. (2020), a.a.O.

¹⁷ Kayvan Bozorgmehr, Judith Wenner und Oliver Razum (2017): Restricted access to health care for asylum-seekers: applying a human rights lens to the argument of resource constraints. *European Journal of Public Health* 27, 592–593 (online verfügbar).

¹⁸ Katharina Wahedi et al. (2020): Medizinische Versorgung von Asylsuchenden in Erstaufnahmeeinrichtungen. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 1460–1469 (online verfügbar).

¹⁹ Führer (2023), a. a. O.

²⁰ Amand Führer und Patrick Brzoska (2022): Die Relevanz des Dolmetschens im Gesundheitssystem. *Gesundheitswesen*, 474–478 (online verfügbar).

²¹ Frank Burmester (2014): Auswirkungen der Zusammenarbeit mit der AOK Bremen/Bremerhaven aus Sicht der Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration. *Fachtag Gesundheitsversorgung Ausländer – Best Practice Beispiele aus Hamburg*. Berlin (online verfügbar).

¹⁴ Wissenschaftlicher Dienst des Deutschen Bundestags (2020): Push- und Pull-Faktoren in der Migrationsforschung. Dokumentation Nr. WD 1-3000-027/20 (online verfügbar).

¹⁵ Timothy J. Hatton (2009): The Rise and Fall of Asylum: What Happened and Why? *The Economic Journal* 119, 183–213 (online verfügbar).

einer unangemessenen Inanspruchnahme: Im Ruhrgebiet stieg die Anzahl der Arztbesuche nach Einführung der eGK zwar, sie war aber immer noch geringer als bei Personen ohne Fluchthintergrund.²² Somit ist zwar – je nach gesundheitlichem Bedarf – kurzfristig mit gestiegenen Kosten in der Primärversorgung zu rechnen.²³ Langfristig sind diese Ausgaben für den Staat jedoch eher eine Investition, welche teurere Notfall- und Krankenhausversorgung vermeidet.²⁴

Hintergrund für die Änderung des AsylbLG war die Hoffnung auf Einsparungen und reduzierte Anreize für die Fluchtmigration nach Deutschland. Ein nüchterner Blick in die gesundheitswissenschaftliche Evidenz zeigt jedoch, dass sich diese Annahmen im Gesundheitsbereich nicht bestätigen lassen. Im Gegenteil: Mit Blick auf die Kosten für den Staat und die betroffenen Menschen wäre es sinnvoller, den Geltungszeitraum des AsylbLG zu verkürzen, anstatt ihn zu verlängern. Die flächendeckende Einführung der eGK bietet die Möglichkeit, administrative Hürden im Zugang zur Gesundheitsversorgung während der Wartezeit gering zu halten. Gerade jetzt, wo die Änderung des AsylbLG die gesundheitliche Situation von Geflüchteten weiter verschärft, sollte die Einführung der eGK mit Nachdruck verfolgt werden.

22 Pia Jäger et al. (2019): Does the Electronic Health Card for Asylum Seekers Lead to an Excessive Use of the Health System? Results of a Survey in Two Municipalities of the German Ruhr Area. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 1178 (online verfügbar).

23 Alfons Holleder (2020): Die Gewährleistung von Krankheitshilfen bei asylsuchenden Menschen: Zweiklassenmedizin in Deutschland? *Bundesgesundheitsblatt*, 1203–1218 (online verfügbar).

24 Holleder (2020), a. a. O.

Louise Biddle ist wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Infrastruktureinrichtung Sozio-oekonomisches Panel (SOEP) im DIW Berlin | lbiddle@diw.de

JEL: H51, I14, J15

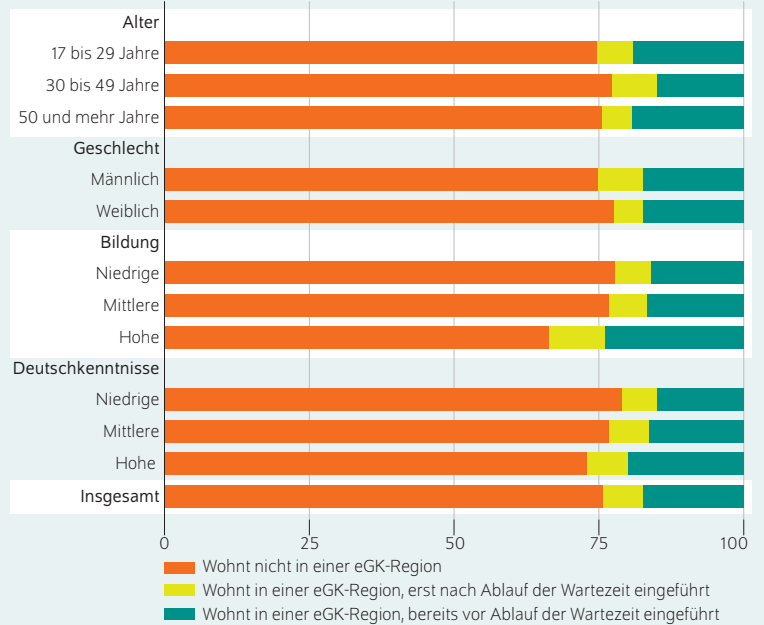
Keywords: refugees, asylum seekers, healthcare entitlement, healthcare access, health inequities

This report is also available in an English version as DIW Weekly Report 12/2024:



Abbildung 6

Abdeckung der elektronischen Gesundheitskarte nach Personengruppe
In Prozent der Geflüchteten



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis des Sozio-oekonomischen Panels (v 38.1), Welle 2021.

© DIW Berlin 2024

Die elektronische Gesundheitskarte kommt bisher nur wenigen Geflüchteten zugute; Geflüchtete mit niedriger und mittlerer Bildung werden benachteiligt.

INTERVIEW



Cornelia Kristen, Fellow im DIW Berlin

„Gesundheit spielt auch für die Integration eine Schlüsselrolle“

- 1. Frau Kristen, auf welchen Wegen kommen Geflüchtete nach Deutschland und welche dieser Routen ist am gefährlichsten?** Man kann grob unterscheiden zwischen den Seerouten und den Landrouten. Die Seerouten sind die gefährlicheren, insbesondere die zentrale Mittelmeerroute von Nordafrika aus in Richtung Malta und Italien. Das ist auch weltweit die tödlichste Route überhaupt.
- 2. Wenn Geflüchtete in Deutschland ankommen, müssen Sie bislang über ein Jahr auf uneingeschränkten Zugang zur Gesundheitsversorgung warten. Geregelt ist das im Asylbewerberleistungsgesetz, das jetzt für 36 Monate nach Ankunft in Deutschland gelten soll, anstatt für 18 Monate. Welche Auswirkungen hat diese Verlängerung?** Die Situation ist auf jeden Fall nachteilig für die gesundheitliche Lage der Geflüchteten. Auch mit Blick auf die Kosten muss das als Nachteil gewertet werden, denn wenn der Zugang zur uneingeschränkten Gesundheitsversorgung später erfolgt, werden Gesundheitsprobleme später erkannt, später behandelt und werden dann in der Regel auch teurer. Die Gesundheit spielt auch mit Blick auf die Integration eine Schlüsselrolle. Eine vorteilhafte gesundheitliche Lage hat Auswirkungen auf Teilhabe im Bildungssystem, auf die Integration in den Arbeitsmarkt und ist eine Stellgröße für weitere Integrationsprozesse. Ein weiterer wichtiger Punkt ist, dass solch eine Erweiterung mit Blick auf die Gesundheit sozial selektiv wirkt. Gruppen, die generell mehr Gesundheitsprobleme haben, die schlechter gebildet sind und die geringere Sprachkenntnisse haben, sind davon besonders betroffen.
- 3. Wo liegen die Hürden für den Zugang Geflüchteter zu Gesundheitsleistungen?** Ich denke, es ist ein undurchsichtiges System, nicht nur für die Geflüchteten, sondern auch auf Seiten der Ärzte, weil es keine einheitlichen Regelungen gibt. Die Verantwortung liegt bei den Kommunen und die Ausgestaltung erfolgt dann jeweils unterschiedlich.
- 4. Wäre es eine Lösung, die elektronische Gesundheitskarte für Geflüchtete (eGK) nicht nur, wie aktuell, in sechs Bundesländern und einzelnen Kommunen, sondern in ganz Deutschland anzubieten?** Es wäre auf jeden Fall eine Möglichkeit, für etwas mehr Transparenz in dem System zu sorgen und für eine stärkere Einheitlichkeit. Das würde bedeuten, es gäbe eine Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ohne einen Behandlungsschein. Man hätte eine Chipkarte, mit der medizinische Versorgung in Anspruch genommen werden kann und zwar im Rahmen eines klar definierten gesetzeskonformen Leistungsspektrums. Es wäre einheitlich und es wäre kostengünstiger, weil die Kommunen den Leistungskatalog der Krankenkassen nutzen könnten.
- 5. Schutzsuchende brauchen Hilfe und Beratung und diese steht ihnen laut Bundesinnenministerium auch zu. Das DIW Berlin hat untersucht, inwieweit dies auf Personen zutrifft, die zwischen 2013 und 2016 nach Deutschland geflüchtet sind. Zu welchem Ergebnis sind Sie gekommen?** In den Daten des SOEP wird erfasst, in welchen Bereichen Unterstützung benötigt wird und wer sie in Anspruch nimmt. Zu diesen Bereichen gehören das Erlernen der deutschen Sprache, Gesundheit und medizinische Versorgung, rechtliche Fragen zu Asyl, Arbeitssuche und der Bereich der Bildung. In all diesen Bereichen gibt es Bedarfe, aber es wird nicht alles in gleichem Ausmaß benötigt. Zudem sind die Bedarfe und die Inanspruchnahme nicht deckungsgleich. Es gibt in bestimmten Bereichen Bedarfe, die nicht gedeckt werden. Und der dritte wichtige Punkt ist, dass die Inanspruchnahme wiederum sozial selektiv ist. Das heißt, es gibt bestimmte Gruppen, die eher in der Lage sind, Unterstützungsleistungen in Anspruch zu nehmen als andere, und deshalb eher profitieren.

Das Gespräch führte Erich Wittenberg.



Das vollständige Interview zum Anhören finden Sie auf www.diw.de/interview

SOEP Papers Nr. 1202
2024 | Milena Nikolova, Olga Popova



Echoes of the Past: The Enduring Impact of Communism on Contemporary Freedom of Speech Values

This paper studies the long-term consequences of communism on present-day freedom of expression values in two settings – East Germany and the states linked to the sphere of influence of the former USSR. Exploiting the natural experiment of German separation and later reunification, we show that living under communism has had lasting effects on free speech opinions. While free speech salience has increased for East and West Germans vis-à-vis other government goals, the convergence process has been slow. East Germans are still less likely to consider freedom of speech a key government priority compared to West Germans. Additionally, our analyses of secret police surveillance data from East Germany point to the fact that geography-based measures of community experiences of past political repression do not explain our findings. The same conclusion holds when we look at the setting of the former Soviet Union and we correlate proximity to Stalin's former labor camps in the Soviet Union with present-day freedom of speech values. At the same time, family experiences with political repression in Eastern Europe/the former Soviet Union exert a discernible influence on current values towards freedom of speech, likely due to a lasting impact stemming from such personal encounters. As such, our paper adds a nuanced contribution to the economics of free speech, suggesting that freedom of speech may be a part of informal institutions and slow-changing cultural values.

www.diw.de/publikationen/soeppapers



SOEP Papers Nr. 1203
2024 | Adriana R. Cardozo Silva, Yuliya Kosyakova, Aslihan Yurdakul



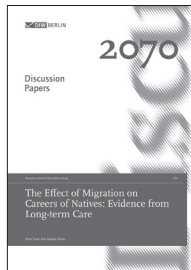
Gendered Implications of Restricted Residence Obligation Policies on Refugees' Employment in Germany

This paper investigates the gender-specific impact of settlement policies on the labor market integration of refugees in Germany, utilizing a gender-specific approach. Analyzing data from the IAB- BAMF-SOEP Refugees Survey (2016–2020) through a pooled logit model with an intention-to-treat design, we explore how restrictive residency obligation policies, in conjunction with local conditions in the assigned county—such as local labor market conditions and ethnic enclaves – influence outcomes. Results reveal that female refugees experience reduced employment prospects, independent of mobility restrictions, while the residency obligation policy bears a significant negative impact on employed male refugees. In turn, the impact of analyzed local labor market characteristics and linguistic enclaves on employment probability remains consistent across gender and residency obligation. Our results highlight the multidimensional nature of refugees' labor market integration and underscore the significance of gender-sensitive approaches.

www.diw.de/publikationen/soeppapers



Discussion Papers Nr. 2070
2024 | Peter Haan, Izabela Wnuk



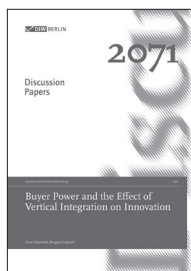
The Effect of Migration on Careers of Natives: Evidence from Long-term Care

This paper examines the effect of increasing foreign staffing on the labor market outcomes of native workers in the German long-term care sector. Using administrative social security data covering the universe of long-term care workers and policy-induced exogenous variation, we find that increased foreign staffing reduces labor shortages but has diverging implications for the careers of native workers in the sector. While it causes a transition of those currently employed to jobs with better working conditions, higher wages, and non-manual tasks, it simultaneously diminishes re-employment prospects for the unemployed natives with LTC experience.

www.diw.de/publikationen/diskussionspapiere



Discussion Papers Nr. 2071
2024 | Claire Chambolle, Morgane Guignard



Buyer Power and the Effect of Vertical Integration on Innovation

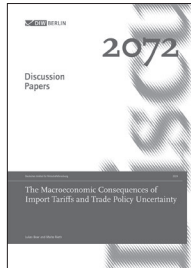
Our article investigates the impact of vertical integration (without foreclosure) on innovation. We compare cases where either (i) two manufacturers or (ii) a manufacturer and a vertically integrated retailer invest. Then, the independent manufacturer(s) and the retailer bargain over non-linear contracts before selling to consumers. We show that vertical integration always increases the incentives to invest on the integrated product which stifles (resp. spurs) the investment of the independent manufacturer when spillovers are low (resp. high). In contrast, when investments are sequential, if the buyer power is high, the leader independent manufacturer invests more (resp. less) to discourage the integrated

retailer's investment when spillovers are low (resp. high). Furthermore, vertical integration is always profitable even when it is not desirable for the industry and welfare. Overall, vertical integration is only desirable for the industry when the buyer power is high and may damage welfare when both the buyer power and spillovers are low.

www.diw.de/publikationen/diskussionspapiere



Discussion Papers Nr. 2072
2024 | Lukas Boer, Malte Rieth



The Macroeconomic Consequences of Import Tariffs and Trade Policy Uncertainty

We estimate the macroeconomic effects of import tariffs and trade policy uncertainty in the United States, combining theory-consistent and narrative sign restrictions on Bayesian SVARs. We find mostly adverse consequences of protectionism. Tariff shocks are more important than trade policy uncertainty shocks. Tariff shocks depress trade, investment, and output persistently, in aggregate and across sectors and space. The general equilibrium import elasticity is -0.8 . Historically, NAFTA/WTO raised output by 1–3% for twenty years. Undoing the 2018/19 measures would raise output by cumulatively 4%. The findings imply

higher output costs of protectionism than partial equilibrium or static trade models.

www.diw.de/publikationen/diskussionspapiere



Discussion Papers Nr. 2073
2024 | Jan Malek, Melissa Newham, Jo Seldeslachts, Reinhilde Veugelers



Acquiring R&D Projects: Who, When, and What? Evidence from Antidiabetic Drug Development

This paper analyzes M&A patterns of R&D projects in the antidiabetics industry. For this purpose, we construct a database with all corporate individual antidiabetics R&D projects over the period 1997–2017, and add detailed information on firms' technology dimension using patent information, next to their position in product markets. This allows us to identify the identity of targets and acquirers (who), the timing of acquisitions along the R&D process (when), and which type of R&D projects changes hands in terms of technology novelty (what). The main results can be summarized as follows. First, most of the action

in M&As is in early R&D stages, still far from product markets. Second, most of the early-stage projects that change hands are high-risk/high-gain novel projects. Third, the industry leaders in the product markets are rather inactive in acquiring those novel early-stage projects. The likely acquirers of such projects are small or pipeline firms. Our results put in perspective the narrative that large incumbents acquire small targets with low-risk projects close to product launch.

www.diw.de/publikationen/diskussionspapiere





KARSTEN NEUHOFF

Klimaschutzverträge sind ein fairer Deal zwischen Industrie und Gesellschaft

Karsten Neuhoff ist Leiter der Abteilung Klimapolitik im DIW Berlin.
Der Kommentar gibt die Meinung des Autors wieder.

Der Start der Klimaschutzverträge, den das Wirtschaftsministerium vergangene Woche mit dem ersten Gebotsverfahren eingeläutet hat, war längst überfällig. Damit ist endlich ein wirksames Instrument verfügbar, das es den energieintensiven Unternehmen ermöglicht, ihre Produktion klimaneutral umzurüsten.

Der Europäische Emissionshandel (EU-ETS), der vor fast zwei Jahrzehnten eingeführt wurde, hat sich als alleiniges Instrument für den Industriebereich als wenig wirksam erwiesen. Die Einführung war zwar ein wichtiges Signal, dass dem Schutz des Klimas eine hohe Priorität für Gesellschaft und Politik eingeräumt wird – und motivierte zum Beispiel im Stahlbereich die europäische Initiative Ultra Low Carbon Steel Making. Technologien wurden gescreent und Pilotprojekte umgesetzt. Doch umfassende Studien, beispielsweise des europäischen Forschungsnetzwerk Climate Strategies zu verschiedenen Grundstoffindustrien, haben danach kaum Fortschritte bei Emissionsminderungen im Schwerindustriebereich feststellen können. Und die wenigen Erfolge, die es gab, waren nicht durch Klimapolitik oder EU-ETS motiviert. Dafür gab es drei Gründe:

Erstens war es für die Industrie lange Zeit einfacher und weniger riskant, weiter mit den CO₂-intensiven Technologien zu produzieren. Das änderte sich erst vor fünf Jahren, vor allem mit der Fridays-for-Future-Bewegung. Die Notwendigkeit, klimaneutral zu werden, ist jetzt in Gesellschaft und Politik verankert, in Deutschland, Europa und mit ähnlichen Zielen auch weltweit. Einfach weiter so, ist inzwischen also keine Option mehr. Die Schwerindustrie steht nun am Scheideweg: Investitionen in fossile Technologien sind nicht mehr wirtschaftlich, aber klimaneutrale Optionen noch zu riskant.

Der zweite Grund liegt in der Ausgestaltung der Maßnahmen, die die Wettbewerbsnachteile für die Industrie ausgleichen sollen. Um unter anderem die Verlagerung von Industrieproduktion und Emissionen in Drittstaaten zu verhindern, werden nach aktueller Gesetzeslage bis mindestens 2034 Emissionszertifikate kostenlos an konventionelle Produktionsprozesse

vergeben. Das untergräbt die Wirkung des CO₂-Preises, die Erlöse zur Finanzierung der Transformation und die Wettbewerbsfähigkeit klimaneutraler Alternativen.

Der dritte Grund ist die finanzielle Belastung. Unternehmen in der Schwerindustrie können den Umstieg auf klimaneutrale Produktionsprozesse nicht aus der Portokasse bezahlen. Er erfordert große Investitionen und bedingt Kosten, die sich nur bei effektiven CO₂-Preisen lohnen würden. Angesichts der Unsicherheit über politische Entscheidungen, die zukünftige CO₂-Preise und Allokation beeinflussen, aber auch wegen großer Energiepreisschwankungen zögern die Unternehmen bei großen Investitionsentscheidungen.

Die jetzt auf den Weg gebrachten Klimaschutzverträge sichern genau diese Unsicherheiten über Preisniveau und Wirksamkeit des CO₂-Preises ab und ermöglichen damit Investitionen in klimaneutrale Optionen. Unter dem Begriff Carbon Contracts for Difference haben wir mit Partner*innen des Forschungsnetzwerkes Climate Strategies im letzten Jahrzehnt das Konzept erarbeitet, wie Preisrisiken reduziert und Mehrkosten ausgeglichen werden können. Im Gegenzug für diese finanzielle Absicherung sind Unternehmen zu Rückzahlungen verpflichtet, wenn sich die CO₂- und Energiepreise für sie vorteilhaft entwickeln. Das ist ein fairer Deal.

Dieser Deal wurde im intensiven Austausch mit Industrie, Politik und zusammen mit vielen europäischen Wissenschaftler*innen entwickelt. Klimaschutzverträge sind kein deutscher Alleingang, sondern Teil einer internationalen Entwicklung. In den Niederlanden wurden mit SD+ bereits erste Ansätze realisiert und auch Länder wie Frankreich entwickeln jetzt Klimaschutzverträge. Klimaschutzverträge nutzen den Wettbewerb in Vergabeverfahren – damit Unternehmen Anreize haben, kostengünstige Technologien zum Umstieg zur Klimaneutralität zu nutzen, effizient umzusetzen und weiterzuentwickeln. Sie schließen also die Lücke bei den Rahmenbedingungen für Investitionen der Industrie, um mit klimaneutralen Technologien langfristig und auch international wettbewerbsfähig zu sein.