



331 Bericht von Louise Biddle, Andrea Marchitto und Elena Sommer

Gesundheitssystem bleibt für Geflüchtete in den ersten Jahren nach Ankunft schwer zugänglich

- Gesundheitsversorgung wird durch Wartezeiten, große Entfernungen und finanzielle Belastungen erschwert
- Zusätzliche Hürden sind Hilfe zu finden und medizinische Abläufe zu verstehen
- Entscheidend ist der Abbau rechtlicher und organisatorischer Zugangshürden

338 Interview mit Louise Biddle

340 Kommentar von Lorenz Meister

Die versteckten Kosten des Terrorismus

Expansion und Strukturveränderungen der sowjetzonalen Industrie

Anteil der einzelnen Industriegruppen an der Gesamtbruttoerzeugung der Industrie in vH

| Industrie- gruppen | Dtsch. Reich | Mittel- dtshl. | Sowjetische Besatzungszone | | | |
|----------------------------------|-----------------|-------------------|-------------------------------|---|--------------------|-----|
| | 1936 | 1950 | 1955 | | 1960 ¹⁾ | |
| | | | Ist | Ziel des 1. 2. Fünfjahr- plans | | |
| Grundstoff- erzeugung . . . | 32,4 | 29,6 | 33,1 | 31,2 | 35,6 | 30 |
| Metall- verarbeitung . . | 24,5 | 22,5 | 24,4 | 27,6 | 26,4 | 31 |
| Leichtindustrie . | 26,8 | 32,9 | 27,7 | 24,3 | 23,3 | 24 |
| Nahrungs- und Genusmittelind. | 16,3 | 15,0 | 14,8 | 16,9 | 14,7 | 15 |
| Industrie insges. | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100 |

¹⁾ Errechnet unter Fortschreibung der Bruttoerzeugung zu Planpreisen von 1950. — Vgl. Wochenbericht des DIW, 22. Jg., Nr. 17 vom 29. 4. 1955.

© CC BY 4.0

Die Gewichte der einzelnen Industriezweige hatten sich in der SBZ bereits 1950 erheblich gegenüber der Vorkriegszeit verschoben. Anders als in der Bundesrepublik hatte insbesondere die Grundstoffherzeugung zum Teil als natürlichen Anpassungsvorgang, aber auch besonderen sowjetischen Intentionen folgend, ihren Anteil an der Gesamtproduktion bedeutend verstärkt. Während des ersten Fünfjahrplanes wurde dann seit 1951 bewußt und eindeutig auf Anweisung der Sowjets versucht, die sich bereits abzeichnende Veränderung der Industriestruktur weiter zu verstärken. Der Anteil der Grundstoffindustrien an der Gesamtproduktion der Industrie stieg von 29,6 vH im Jahre 1936 auf 31,2 vH im Jahre 1955, konnte jedoch den Planansatz von 35,6 vH nicht erreichen. Die Gründe hierfür liegen auf ökonomisch-technischer Ebene, weniger aber darin, daß das Tempo der Ausweitung – insbesondere im Ausbau der eisenschaffenden Industrie – 1953 im sog. Neuen Kurs planmäßig etwas verlangsamt wurde; denn das Ziel selbst wurde nicht grundsätzlich aufgegeben.

Aus dem Wochenbericht Nr. 21/22 vom 25. Mai 1956

IMPRESSUM

DIW BERLIN

DIW Berlin — Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e. V.

Anton-Wilhelm-Amo-Straße 58, 10117 Berlin

www.diw.de

Telefon: +49 30 897 89-0 E-Mail: kundenservice@diw.de

93. Jahrgang 28. Mai 2026

Herausgeber*innen

Prof. Anna Bindler, Ph.D.; 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. Sabine Zinn

Chefredaktion

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

Lektorat

Dr. Lavinia Kinne

Redaktion

Dr. Hella Engerer; Petra Jasper; Adam Mark Lederer; Frederik Schulz-Greve; 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

AUF EINEN BLICK

Gesundheitssystem bleibt für Geflüchtete in den ersten Jahren nach Ankunft schwer zugänglich

Von Louise Biddle, Andrea Marchitto und Elena Sommer

- Nach ihrer Ankunft in Deutschland weisen viele Geflüchtete einen erhöhten medizinischen Versorgungsbedarf auf
- Hürden zur bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung sind wahrgenommene lange Wartezeiten, große Entfernungen und hohe Kosten
- Weitere Herausforderungen sind die Suche nach passender Hilfe und das Verständnis medizinischer Abläufe
- Schwierigkeiten betreffen sowohl Geflüchtete aus der Ukraine als auch anderen Herkunftsländern, variieren aber je nach Aufenthaltsdauer
- Entscheidend ist der Abbau rechtlicher und organisatorischer Zugangshürden

Viele Geflüchtete berichten von Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen

In Prozent



Geflüchtete aus

der Ukraine

anderen Herkunftsländern
(Ankunft seit 2021)

anderen Herkunftsländern
(Ankunft 2013–2020)

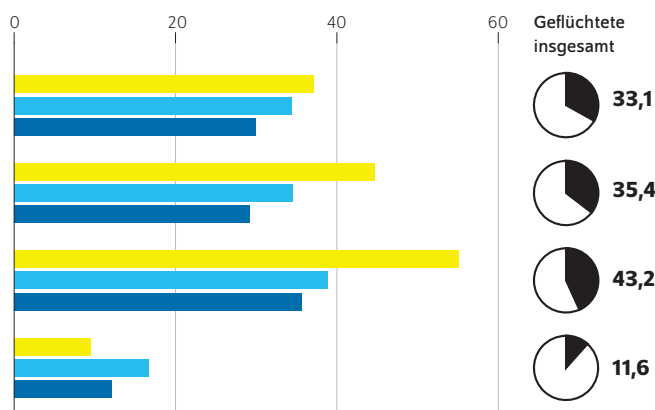
... finden es (sehr) schwierig ...

... herauszufinden, wo man professionelle Hilfe erhält.

... Informationen über einen medizinischen Notfall zu verstehen.

... Vor- und Nachteile von Behandlungsmöglichkeiten zu beurteilen.

... medizinischen Empfehlungen zu folgen.



Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis des Sozio-ökonomischen Panels (v41, Welle 2024), gewichtete Werte.

CC BY 4.0, creativecommons.org/licenses/by/4.0

ZITAT

„Eine verzögerte Behandlung kann dazu führen, dass medizinische Probleme verschleppt und unter Umständen erst im Notfall behandelt werden. Das hat auch ökonomische Folgen, da die Behandlung dann meist kostspieliger ist.“

— Louise Biddle —

MEDIATHEK



Audio-Interview mit Louise Biddle
www.diw.de/mediathek

Gesundheitssystem bleibt für Geflüchtete in den ersten Jahren nach Ankunft schwer zugänglich

Von Louise Biddle, Andrea Marchitto und Elena Sommer

ABSTRACT

Geflüchtete haben nach ihrer Ankunft in Deutschland oft einen erhöhten medizinischen Versorgungsbedarf. Beim Zugang zur Gesundheitsversorgung sind sie jedoch mit verschiedenen Hürden konfrontiert. Auswertungen der IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten für die Jahre 2023 und 2024 zeigen, dass wahrgenommene Wartezeiten, große Entfernungen und finanzielle Hürden die bedarfsgerechte Versorgung in den ersten Jahren nach Ankunft einschränken. Zudem bereitet die Orientierung im komplexen deutschen Gesundheitssystem vielen Geflüchteten Schwierigkeiten, etwa beim Finden professioneller Hilfe, beim Verständnis medizinischer Abläufe oder bei Vorsorgeuntersuchungen. Diese Herausforderungen betreffen sowohl Geflüchtete aus der Ukraine als auch aus anderen Herkunftsländern, unterscheiden sich jedoch nach der Aufenthaltsdauer. Die Ergebnisse unterstreichen die Bedeutung niedrigschwelliger Unterstützungsangebote, etwa durch Gesundheitslots*innen. Der Abbau rechtlicher und organisatorischer Zugangshürden ist dabei nicht nur aus gesundheitlicher, sondern auch aus ökonomischer Perspektive sinnvoll: Verzögerte oder ausbleibende Behandlungen erhöhen das Risiko vermeidbarer Folgekosten. Einschränkungen im rechtlichen Anspruch auf Gesundheitsversorgung bergen hingegen das Risiko weiterer Versorgungslücken.

Geflüchtete Menschen benötigen direkt nach ihrer Ankunft in Deutschland oft verstärkt medizinische Versorgung. Belastende Erlebnisse vor und während der Flucht sowie die schwierigen Lebensbedingungen in der ersten Zeit nach der Ankunft wirken sich häufig negativ auf die körperliche und psychische Gesundheit aus.¹ Daher ist eine zeitnahe Gesundheitsversorgung essenziell – nicht nur für die individuelle Gesundheit, sondern auch aus ökonomischer Sicht. Je länger Krankheiten unbehandelt bleiben, desto kostspieliger wird in der Regel deren Behandlung.²

Doch Geflüchtete stoßen in Deutschland auf zahlreiche Hürden, wenn sie medizinische Hilfe suchen. Für Asylsuchende gilt zunächst das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG), das Leistungen auf akute Erkrankungen, Schmerzzustände, medizinisch gebotene Vorsorgeuntersuchungen, Schwangerschaftsbehandlungen und Impfungen beschränkt.³ Weitergehende Behandlungen hängen vom Ermessen der Ärzt*innen und Sozialämter ab.

Geflüchtete aus der Ukraine unterliegen derzeit nicht dem Asylbewerberleistungsgesetz. Durch die Aktivierung der EU-Richtlinie zum vorübergehenden Schutz erhalten sie seit Juni 2022 einen temporären Aufenthaltsstatus nach § 24 Aufenthaltsgesetz. Damit verbunden sind Sozialleistungen und ein Anspruch auf Gesundheitsversorgung, welche den von Personen mit regulärem Aufenthalt entsprechen. Ihre Behandlung erfolgt regulär über die Krankenkassen.

Neben den rechtlichen Einschränkungen bestehen sowohl für Geflüchtete aus der Ukraine als auch aus anderen Herkunftsländern weitere Hürden, die den Zugang zur medizinischen Versorgung erschweren. Studien nennen vor allem Sprachbarrieren und fehlende Orientierung im

¹ Ibrahim Abubakar et al. (2018): The UCL–Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move. *The Lancet*, 392, 2606–2654 (online verfügbar, abgerufen am 7. Mai 2026). Dies gilt auch für alle anderen Onlinequellen dieses Berichts, sofern nicht anders vermerkt.

² 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: e0131483.

³ Das AsylbLG regelt die staatlichen Leistungen für Asylsuchende in Deutschland für bis zu 36 Monate nach Antragstellung oder bis zur Anerkennung. Es gilt, solange der Aufenthaltsstatus noch nicht endgültig geklärt ist oder kein Zugang zum regulären Sozialleistungssystem besteht.

Kasten

Datengrundlage und Methodik

Als Datengrundlage dieses Berichts dient die IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten (Stichproben M3 bis M6, M9, Datenversion v.41). Hierbei handelt es sich um ein Kooperationsprojekt des SOEP mit dem Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) und dem Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF), das repräsentative Daten zu Haushalten von Geflüchteten erhebt, die zwischen Januar 2013 und August 2022 aus unterschiedlichen Herkunftsländern nach Deutschland gekommen sind.¹ In diesem Bericht werden die Daten aus den Erhebungsjahren 2023 (n=6 197) und 2024 verwendet (n=4 992).²

Es werden Daten aus zwei Themenbereichen ausgewertet: Erstens werden berichtete Verzögerungen beziehungsweise Nichtanspruchnahmen medizinischer Untersuchungen aufgrund von Wartezeiten, großen Entfernungen und finanziellen Hürden analysiert. Diese Auswertung basiert auf Daten aus dem Jahr 2023, die aus drei separaten Fragen stammen:

1. Hat sich bei Ihnen in den letzten zwölf Monaten eine Untersuchung oder Behandlung verzögert, weil Sie zu lange auf einen Termin warten mussten?
2. Hat sich bei Ihnen in den letzten zwölf Monaten eine Untersuchung oder Behandlung verzögert, weil die Entfernung zu weit war oder es Probleme gab, dorthin zu kommen?
3. Kam es in den letzten zwölf Monaten vor, dass Sie eine ärztliche Untersuchung benötigt hätten, sich diese aber nicht leisten konnten?

Die Antwortmöglichkeiten lauteten „ja“, „nein“ oder „kein Bedarf an Untersuchung oder Behandlung“. Für die Auswertung dieser drei Fragen wurden Personen, welche keinen Bedarf an einer Untersuchung angaben, aus der Analyse ausgeschlossen.

¹ Herbert Brücker et al. (2026): Exploring integration and migration dynamics: the research potentials of a large-scale longitudinal household study of refugees in Germany. *European Sociological Review*, 42(1), 146–163.

² Rainer Siegers, Hans Walter Steinhauer und Felix Süttmann (2026): SOEP-Core v41 – Sample Sizes and Panel Attrition in the German Socio-Economic Panel (SOEP) (Years 1984 to 2024). SOEP Survey Papers 1644 (online verfügbar).

Zweitens wurden Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen untersucht. Diese Auswertung basiert auf Daten aus dem Jahr 2024. Dabei handelt es sich um die Analyse des Messinstruments „Allgemeine Gesundheitskompetenz“, das mit dem Fragebogen HLS19-Q12 erhoben wurde.³ Dieser wurde im Rahmen des European Health Literacy Population Survey 2019–2021 (HLS19) durch das M-POHL Netzwerk (WHO Action Network on Measuring Population and Organizational Health Literacy) entwickelt.⁴ Der Fragebogen besteht aus zwölf Fragen, jeweils eingeleitet mit „Wie einfach oder schwierig ist es Ihrer Meinung nach ...?“, mit den Antwortoptionen „sehr einfach“, „einfach“, „schwierig“ und „sehr schwierig“ (Abbildungen 2 bis 4 in diesem Bericht). Für die Auswertung wurden Personen zusammengefasst, die auf die jeweilige Frage mit „schwierig“ oder „sehr schwierig“ geantwortet haben.

Die Methode der Datenanalyse ist ein Mittelwertvergleich zwischen drei Vergleichsgruppen: Erstens Personen, die seit Anfang 2022 aus der Ukraine nach Deutschland eingereist und in der Ukraine geboren sind; zweitens Personen, die seit Anfang 2021 mit einem direkten Fluchthintergrund aus anderen Herkunftsländern als die Ukraine nach Deutschland eingereist sind; drittens Personen, die zwischen 2013 bis 2020 mit einem direkten Fluchthintergrund aus anderen Herkunftsländern als die Ukraine nach Deutschland eingereist sind. Diese Gruppenvergleiche ermöglichen eine differenzierte Betrachtung von Hürden in der Inanspruchnahme sowohl in Bezug auf Erfahrungen mit dem Asylbewerberleistungsgesetz (Ukrainer*innen im Vergleich zu Geflüchteten aus anderen Herkunftsländern) als auch in Bezug auf Zeit seit der Ankunft (Ankunft vor beziehungsweise nach 2021). Die vorgestellten Ergebnisse sind für Stichprobendesign und Rücklauf gewichtet.

³ HLS19-Q12 steht für Health Literacy Survey 2019 – Questionnaire, 12-item version.

⁴ The HLS19 Consortium of the WHO Action Network M-POHL (2023): The HLS19-Q12 Instrument for measuring General Health Literacy. Factsheet. Austrian National Public Health Institute (online verfügbar).

Gesundheitssystem.⁴ Medizinische Übersetzungsdienste werden meist nicht finanziert. Die Sprachmittlung durch Familien und Freund*innen kann die notwendige Privatsphäre gefährden. Die Komplexität des deutschen Gesundheitssystems führt zudem häufig zu Problemen in der Orientierung, der Kommunikation und der Weiterleitung zu Fachärzt*innen.⁵ Auch bürokratische Hindernisse, zum

Beispiel in der Ausstellung von elektronischen Gesundheitskarten oder Versicherungsscheinen, sind bekannt.⁶

Bisherige Erkenntnisse zu Hürden stammen vor allem aus qualitativen Studien und kleinen, räumlich begrenzten Stichproben. Im Rahmen der IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten wurden 2023 und 2024 erstmalig national repräsentative Daten zur medizinischen Versorgung von Geflüchteten erhoben (Kasten). Dieser Wochenbericht vergleicht drei Gruppen: Geflüchtete aus der Ukraine mit Ankunft seit 2022, Geflüchtete aus anderen Herkunftsländern mit

⁴ Karina Davitian et al. (2024): Barriers of Ukrainian refugees and migrants in accessing German healthcare. *BMC Health Services Research*, 24(1), 1112 (online verfügbar).

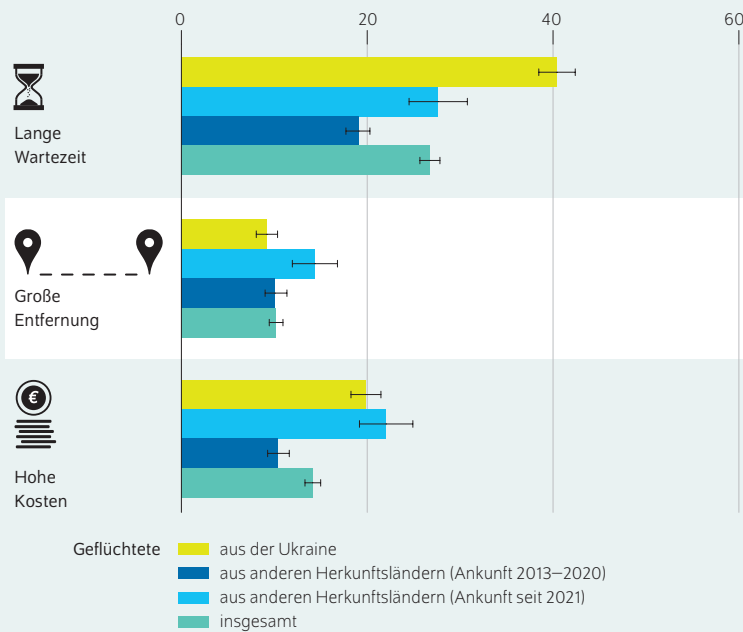
⁵ Karina Davitian et al. (2024), a. a. O.

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

Abbildung 1

Wahrgenommene Wartezeiten, Entfernungen und Kosten als Hürden in der medizinischen Versorgung von Geflüchteten

Anteil der Befragten mit Nichtinanspruchnahme oder Verzögerungen medizinischer Untersuchungen, in Prozent



Anmerkung: Die horizontalen Linien stellen ein 95-Prozent-Konfidenzintervall dar: In 95 Prozent der Fälle liegt der unbekannte tatsächliche Wert in diesem Intervall. Je enger das Intervall, desto genauer ist der geschätzte Wert. Fallzahlen: Ukraine (n=2 415), andere Herkunftsländer 2013–2020 (n=2 996), andere Herkunftsländer seit 2021 (n=786), insgesamt (n=6 197).

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten, (v41, Welle 2023), gewichtete Werte.

© CC BY 4.0

Wahrgenommene Wartezeiten und finanzielle Hürden schränken die Gesundheitsversorgung in den ersten Jahren nach Ankunft in Deutschland ein.

Ankunft seit 2021 sowie Geflüchtete aus anderen Herkunftsländern, die bereits zwischen 2013 und 2020 eingereist sind. So lassen sich Unterschiede im Zugang zur Gesundheitsversorgung auch nach Aufenthaltsdauer und rechtlichem Status analysieren.

Wahrgenommene Wartezeiten, lange Wege und Kosten erschweren die medizinische Versorgung von Geflüchteten

In der Befragung 2023 wurden Personen mit Versorgungsbedarf zu Problemen durch wahrgenommene Wartezeiten, große Entfernungen und finanzielle Hürden befragt. Lange Wartezeiten spielten bei allen Vergleichsgruppen eine große Rolle: Mehr als ein Viertel sahen dies als Grund für verzögerte Behandlungen an (Abbildung 1). Bei Geflüchteten aus der Ukraine sind Verzögerungen aufgrund von Wartezeiten mit 40 Prozent besonders hoch. Bei Menschen aus anderen Herkunftsländern, die vor 2021 nach Deutschland kamen und schon länger hier leben, waren Wartezeiten seltener ein Problem, führten aber bei 19 Prozent zu Verzögerungen.

Die berichteten Probleme mit Wartezeiten stehen im Widerspruch zu Deutschlands gutem Abschneiden im internationalen Vergleich.⁷ Jedoch geraten ärztliche Praxen zunehmend an ihre Kapazitätsgrenzen;⁸ viele nehmen keine neuen Patient*innen mehr auf. Vor allem für neu in Deutschland ankommende Menschen ohne bestehenden Kontakt zu einer Praxis kann es daher schwierig sein, einen Termin zu bekommen. Gleichzeitig können auch Unterschiede zwischen dem deutschen Gesundheitssystem und dem der Herkunftsländer die Wahrnehmung beeinflussen. So empfinden viele Ukrainer*innen die Wartezeiten in Deutschland als länger, da das weitgehend privatisierte Gesundheitssystem ihrer Heimat schnellere Facharzttermine ermöglicht.⁹

Weite Wege sind vor allem relevant für nicht-ukrainische Geflüchtete, die nach 2021 eingereist sind: 14 Prozent gaben an, dass Entfernungen ihre Versorgung verzögerten. Studien zeigen, dass dies vor allem Geflüchtete in ländlich gelegenen Gemeinschaftsunterkünften betrifft, die schlecht an den öffentlichen Nahverkehr angebunden sind.¹⁰

Für etwa 20 Prozent der kürzlich angekommenen Geflüchteten aus allen Herkunftsländern waren Kosten ein Grund dafür, dass eine ärztliche Untersuchung oder Behandlung nicht wahrgenommen wurde. Bei länger in Deutschland lebenden Geflüchteten lag dieser Anteil bei zehn Prozent. Auch diese Werte sind bemerkenswert hoch, da verpflichtende Zuzahlungen und individuelle Gesundheitsleistungen in Deutschland eher gering sind.¹¹ Auch geringe Zuzahlungen können jedoch für Personen mit sehr niedrigem Einkommen abschreckend wirken. Eine fehlende Orientierung im System der gesetzlichen Krankenversicherung könnte zudem dazu führen, dass vermehrt private Leistungen als Behandlungsoption in Betracht gezogen werden.

Orientierung im Gesundheitssystem fällt Geflüchteten häufig schwer

Wer Abläufe und Strukturen der Versorgung nicht kennt oder Probleme hat, gesundheitsrelevante Informationen zu verstehen, verzögert oft die Behandlung.¹² Besonders Menschen, die neu nach Deutschland kommen, stehen vor einem komplexen System und haben wenige Personen in ihrem

7 Verena Finkenstädt (2017): Zugangshürden in der Gesundheitsversorgung im Überblick. Wissenschaftliches Institut der PKV (online verfügbar).

8 Julian Wangler, Stefan Claus und Michael Jansky (2025): Approaches towards averting a potential structural shortage of general practitioners: results of a quantitative survey on attitudes, experiences, and ideas from general practitioners in the Federal Republic of Germany. BMC Primary Care, 26(124).

9 Kristin Rolke et al. (2024): Identifying gaps in healthcare: a qualitative study of Ukrainian refugee experiences in the German system, uncovering differences, information and support needs. BMC Health Service Research, 24(585).

10 Louise Biddle et al. (2021): Monitoring der Gesundheit und Gesundheitsversorgung geflüchteter Menschen in Sammelunterkünften: Ergebnisse des bevölkerungsbezogenen Surveys RESPOND. Journal of Health Monitoring, 6(1), 7–29.

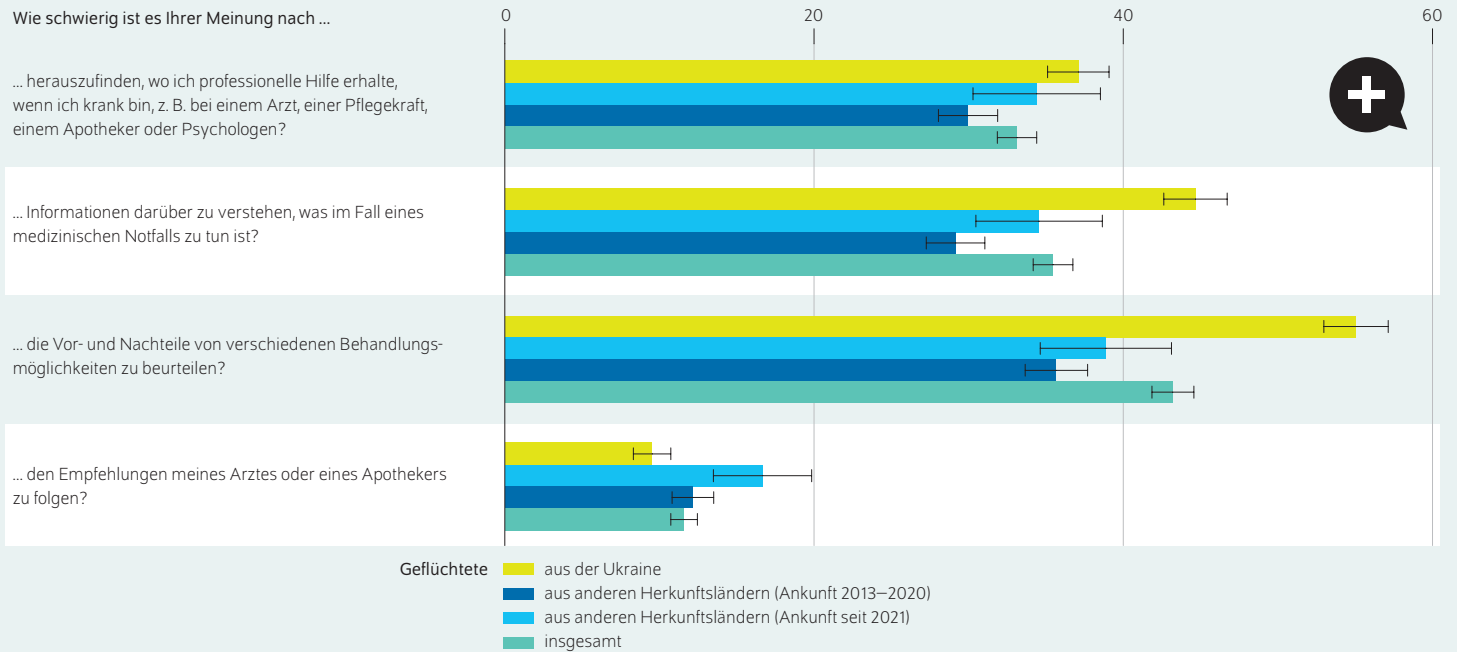
11 OECD (2025): OECD Health at a Glance 2025: OECD Indicators, OECD Publishing, Paris (online verfügbar).

12 Don Nutbeam und Jane E. Lloyd (2021): Understanding and Responding to Health Literacy as a Social Determinant of Health. Annu Rev Public Health, 42, 159–173.

Abbildung 2

Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen im Bereich Krankheitsbewältigung

Anteil der Befragten, die den Umgang mit Gesundheitsinformationen als schwierig oder sehr schwierig einschätzen, in Prozent



Anmerkung: Die horizontalen Linien stellen ein 95-Prozent-Konfidenzintervall dar: In 95 Prozent der Fälle liegt der unbekannte tatsächliche Wert in diesem Intervall. Je enger das Intervall, desto genauer ist der geschätzte Wert. Fallzahlen: Geflüchtete aus der Ukraine (n=2 268), aus anderen Herkunftsländern mit Ankunft 2013–2020 (n=2 210), aus anderen Herkunftsländern mit Ankunft seit 2021 (n=514), insgesamt (n=4 992).

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten, (v41, Welle 2024), gewichtete Werte.

© CC BY 4.0

Schwierigkeiten treten besonders beim Verständnis von Behandlungsoptionen und medizinischen Abläufen auf, während sie beim Befolgen ärztlicher Empfehlungen deutlich geringer ausfallen.

sozialen Umfeld, welche sich mit dem System auskennen und Anlaufstellen vermitteln können.

Im Jahr 2024 wurden Geflüchtete in der IAB-BAMF-SOEP-Studie, ungeachtet ihres aktuellen medizinischen Bedarfs, nach der Orientierung im Gesundheitssystem befragt. Sie sollten einschätzen, wie schwer oder leicht ihnen der Umgang mit Informationen zu Krankheitsbewältigung, Prävention und Gesundheitsförderung fällt. Sowohl bei der Krankheitsbewältigung als auch bei der Prävention zeigen sich über alle Vergleichsgruppen hinweg Schwierigkeiten: Die Geflüchteten berichteten von Schwierigkeiten beim Auffinden professioneller Hilfe (33 Prozent) und dem Verständnis über den Ablauf eines medizinischen Notfalls (35 Prozent, Abbildung 2), sowie dem Umgang mit psychischen Problemen (39 Prozent) und dem Verständnis über empfohlene Vorsorgeuntersuchungen (37 Prozent, Abbildung 3). Noch ausgeprägter sind die Probleme beim Verständnis über Vor- und Nachteile von Behandlungsmöglichkeiten: Hier berichteten 43 Prozent von Schwierigkeiten (Abbildung 2).

Im Bereich der Gesundheitsförderung fallen die Probleme hingegen geringer aus (Abbildung 4): Nur ein vergleichsweise geringer Anteil der Befragten findet es schwierig,

Informationen zu gesunder Lebensweise zu finden (13 Prozent), Gesundheitsratschläge im privaten Kreis zu verstehen (zwölf Prozent) oder die Auswirkungen der Wohngegend auf die Gesundheit zu beurteilen (16 Prozent).

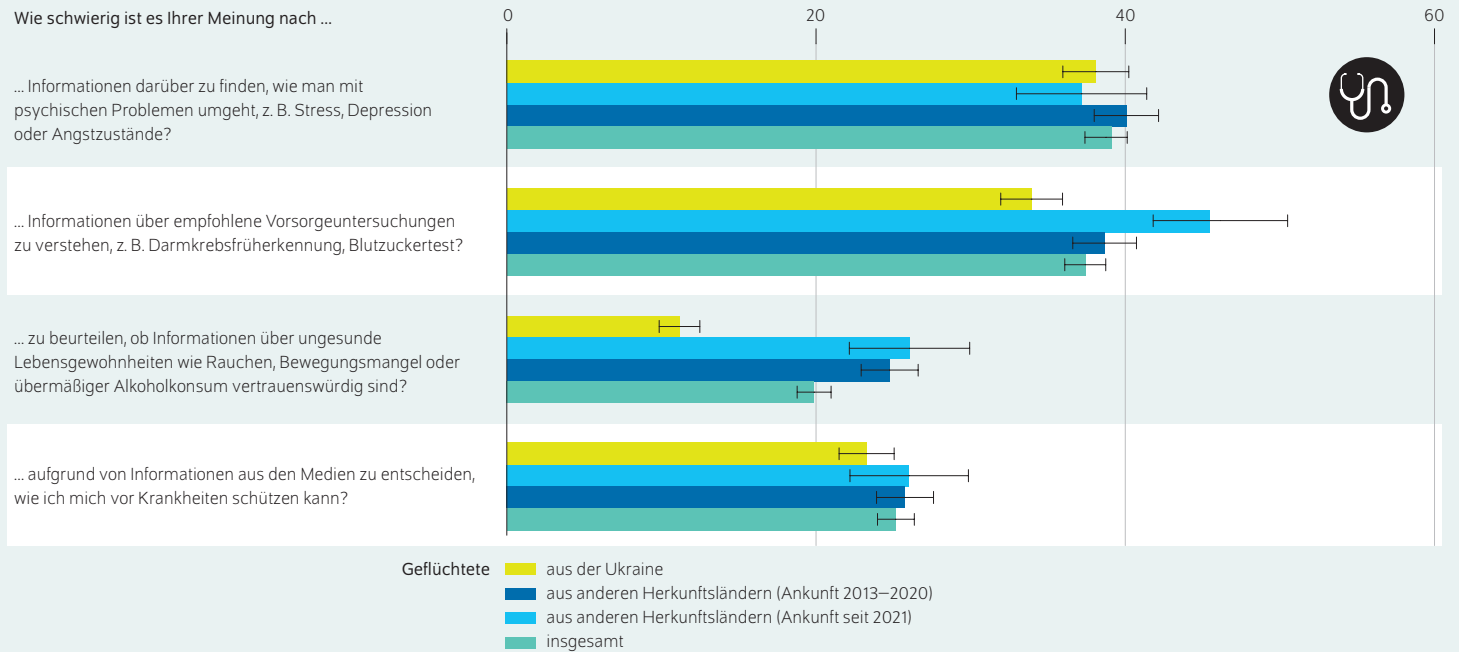
Zwischen den Vergleichsgruppen zeigen sich nur vereinzelt Unterschiede. So haben Geflüchtete aus der Ukraine größere Schwierigkeiten, den Ablauf eines medizinischen Notfalls zu verstehen und die Vor- und Nachteile von Behandlungsmöglichkeiten zu beurteilen. Gleichzeitig nehmen sie geringere Schwierigkeiten wahr, ärztlichen Empfehlungen zu folgen, Informationen über Vorsorgeuntersuchungen zu verstehen, zu beurteilen, ob Informationen über ungesunde Lebensgewohnheiten vertrauenswürdig sind, und auf Basis von Medieninformationen zu entscheiden, wie sie sich vor Krankheiten schützen können. Neu angekommene Geflüchtete aus anderen Herkunftsländern weisen hingegen größere Schwierigkeiten auf, empfohlene Vorsorgeuntersuchungen zu verstehen (Abbildung 3).

Die Orientierung im deutschen Gesundheitssystem bildet somit eine erhebliche Hürde, die sich auch mit längerer Aufenthaltsdauer nur langsam abbaut. Dies spiegelt die Komplexität des deutschen Gesundheitssystems wider, das nicht

Abbildung 3

Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen im Bereich Prävention

Anteil der Befragten, die den Umgang mit Gesundheitsinformationen als schwierig oder sehr schwierig einschätzen, in Prozent



Anmerkung: Die horizontalen Linien stellen ein 95-Prozent-Konfidenzintervall dar: In 95 Prozent der Fälle liegt der unbekannte tatsächliche Wert in diesem Intervall. Je enger das Intervall, desto genauer ist der geschätzte Wert. Fallzahlen: Geflüchtete aus der Ukraine (n=2 268), aus anderen Herkunftsländern mit Ankunft 2013–2020 (n=2 210), aus anderen Herkunftsländern mit Ankunft seit 2021 (n=514), insgesamt (n=4 992).

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten, (v41, Welle 2024), gewichtete Werte.

© CC BY 4.0

Geflüchtete empfinden den Umgang mit Informationen zu Vorsorgeuntersuchungen und psychischen Problemen häufig als schwierig.

nur für neu angekommene Geflüchtete schwer zu überblicken ist.¹³

Fazit: Hohe wahrgenommene Versorgungshürden in den ersten Jahren, Asylbewerberleistungsgesetz verschärft die Lage

Die Ergebnisse dieses Berichts sind ernüchternd: Trotz dringendem Bedarf an Versorgung in den ersten Monaten und Jahren nach Ankunft in Deutschland sehen sich gerade neu ankommende Geflüchtete mit erheblichen Hürden konfrontiert. Wahrgenommene Wartezeiten und finanzielle Hürden erschweren den Zugang. Vor allem aber fehlt vielen die Orientierung im komplexen deutschen Gesundheitssystem. Zwei konkrete Maßnahmen können Abhilfe schaffen: Erstens braucht es angesichts der zunehmenden Diversität in Deutschland Initiativen, die die Gesundheitskommunikation zwischen Fachkräften und Patient*innen verbessern, etwa durch den Ausbau professioneller Sprachmittlung und

Informationsangebote in leichter Sprache.¹⁴ Zweitens müssen systemische Barrieren abgebaut werden, etwa komplexe Kommunikationswege zwischen Versorger*innen oder Hürden beim Zugang zu Terminen und Leistungen. Da strukturelle Veränderungen oft lange brauchen, haben sich in der Praxis Gesundheitslots*innen-Konzepte bewährt. Diese können den Weg in die Versorgung ermöglichen und die Kommunikation zwischen verschiedenen Versorgungsinstanzen erleichtern.¹⁵ Beide Maßnahmen kommen nicht nur Geflüchteten, sondern allen Personen zugute.

Die Politik der Bundesregierung in den vergangenen Jahren führte hingegen in die entgegengesetzte Richtung: Durch die Verlängerung der Zugangsbeschränkungen des Asylbewerberleistungsgesetzes im Jahr 2024 entstanden zusätzliche rechtliche Hürden. Kritisch ist dabei vor allem die Beschränkung auf akute Erkrankungen und Schmerzzustände. Sie erschwert niedrigschwellige Interventionen im frühen Krankheitsstadium. Derzeit verhandelt Kabinett

¹³ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018): Bedarfsgerechte Steuerung der Gesundheitsversorgung: Gutachten 2018 (online verfügbar).

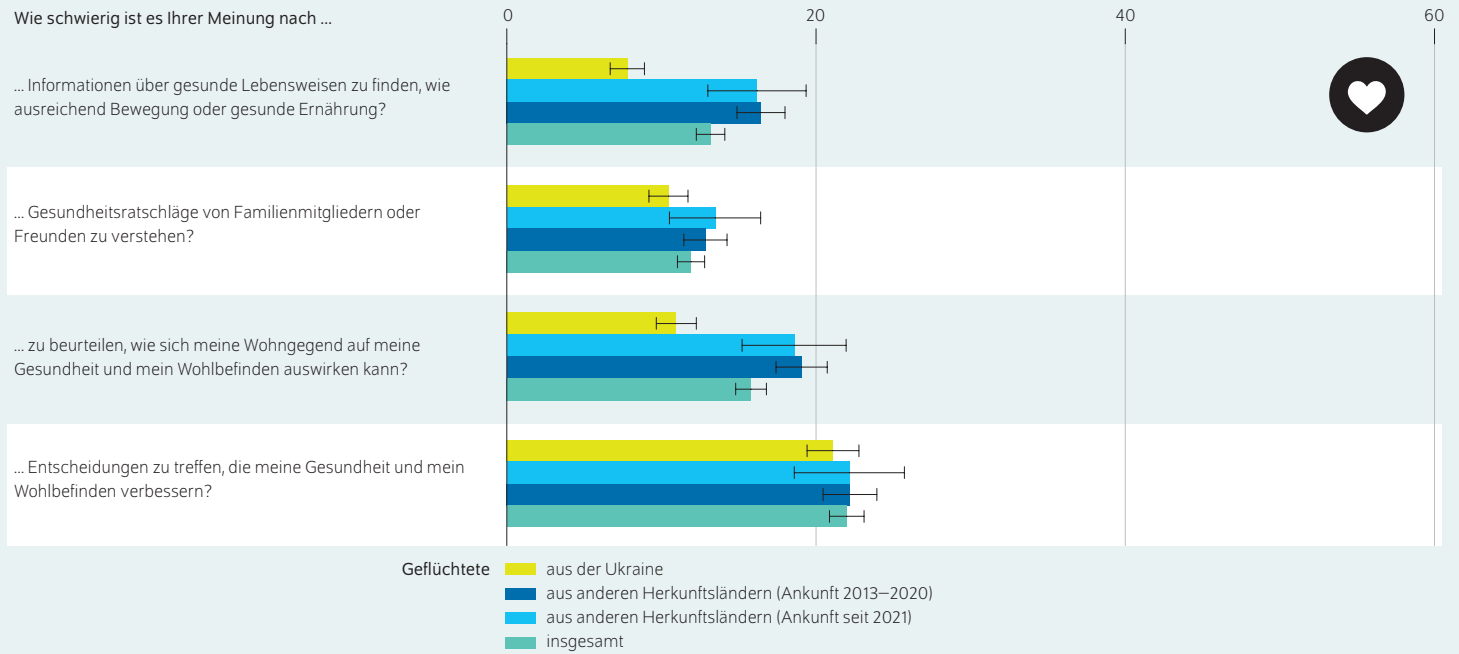
¹⁴ Amand Führer et al. (2023): Das Lehrnetzwerk Migration und Gesundheit: Aus- und Weiterbildung konsolidieren und weiterentwickeln. Bundesgesundheitsblatt; 66, 1130–1134.

¹⁵ Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2018), a. a. O.

Abbildung 4

Schwierigkeiten im Umgang mit Gesundheitsinformationen im Bereich Gesundheitsförderung

Anteil der Befragten, die den Umgang mit Gesundheitsinformationen als schwierig oder sehr schwierig einschätzen, in Prozent



Anmerkung: Die horizontalen Linien stellen ein 95-Prozent-Konfidenzintervall dar: In 95 Prozent der Fälle liegt der unbekannte tatsächliche Wert in diesem Intervall. Je enger das Intervall, desto genauer ist der geschätzte Wert. Fallzahlen: Geflüchtete aus der Ukraine (n=2 268), aus anderen Herkunftsländern mit Ankunft 2013–2020 (n=2 210), aus anderen Herkunftsländern mit Ankunft seit 2021 (n=514), insgesamt (n=4 992).

Quelle: Eigene Berechnungen auf Basis der IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten, (v41, Welle 2024), gewichtete Werte.

© CC BY 4.0

Geflüchtete empfinden den Umgang mit Informationen im Bereich Gesundheitsförderung insgesamt vergleichsweise selten als schwierig.

und Bundesrat zudem den sogenannten Rechtskreiswechsel von Geflüchteten aus der Ukraine. Er sieht für Ukrainer*innen Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz vor. Einen entsprechenden Gesetzesentwurf hat das Kabinett bereits vorgelegt. Der Bundesrat wies ihn aber zunächst zurück. Nach Plänen der Regierung hätten somit auch Ukrainer*innen nur einen eingeschränkten Anspruch

auf Gesundheitsversorgung. Aus gesundheitswissenschaftlicher Perspektive ist dies kontraproduktiv. Werden Hürden in der Gesundheitsversorgung für neu ankommende Geflüchtete hingegen früh abgebaut, sichert das langfristig die Gesundheit. Es schafft die Grundlage für gute Integrationschancen und vermeidet explodierende Gesundheitsausgaben.

Louise Biddle ist Wissenschaftlerin im Geschäftsbereich der forschungsbasierten Infrastruktureinrichtung Sozio-oekonomisches Panel (SOEP) im DIW Berlin | lbiddle@diw.de

Andrea Marchitto ist Wissenschaftler im Geschäftsbereich der forschungsbasierten Infrastruktureinrichtung Sozio-oekonomisches Panel (SOEP) im DIW Berlin | amarchitto@diw.de

Elena Sommer ist Wissenschaftlerin im Geschäftsbereich der forschungsbasierten Infrastruktureinrichtung Sozio-oekonomisches Panel (SOEP) im DIW Berlin | esommer@diw.de

JEL: I14, J15

Keywords: refugees, healthcare barriers, access to healthcare, migrant health

© Der Artikel ist gemäß der Creative-Commons-Lizenz CC BY 4.0 nachnutzbar: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

INTERVIEW



„Für Geflüchtete ist es schwer, sich im deutschen Gesundheitssystem zurechtzufinden“

Louise Biddle, Wissenschaftlerin im Geschäftsbereich der forschungsbasierten Infrastruktureinrichtung Sozio-oekonomisches Panel (SOEP) im DIW Berlin

- 1. Frau Biddle, wie groß ist der Bedarf an medizinischer Versorgung für Geflüchtete, die Deutschland erreichen?** Wir sehen durchweg, dass vor allem bei psychischen Problemen ein großer Bedarf besteht, da Geflüchtete oft durch die Geschehnisse vor und während der Flucht oder auch nach der Ankunft stark beeinträchtigt sind. Auch können chronische Erkrankungen während der Flucht verschleppt werden. Die engen Bedingungen in den Unterkünften können zudem Infektionskrankheiten begünstigen. Teilweise bestehen, je nach Herkunftsland, auch Impflücken. Es gibt also differenzierte Krankheitsbilder, die oft direkt nach der Flucht behoben werden müssen.
- 2. Welche Hürden stehen den geflüchteten Menschen, die medizinische Hilfe brauchen, im Weg?** In Deutschland werden bei Geflüchteten in der ersten Zeit nach Ankunft nur akute Erkrankungen und Schmerzzustände behandelt. Hier wird die Primärversorgung durch das Asylbewerberleistungsgesetz stark eingeschränkt. Weitere Hürden sind mangelnde Sprachkenntnisse, die die Kommunikation mit Ärzten oder das Auffinden eines Termins erschweren. Es kann zu finanziellen Schwierigkeiten kommen, wenn zum Beispiel Zuzahlungen nicht geleistet werden können, und auch lange Wege können ein Problem sein. All das kann die Inanspruchnahme von Gesundheitsversorgung in den ersten Monaten erschweren.
- 3. Welche Folgen hat die verzögerte Behandlung von medizinischen Problemen?** Das kann dazu führen, dass diese Probleme verschleppt werden und unter Umständen erst behoben werden, wenn es sich um einen medizinischen Notfall handelt. Eine solche Verzögerung der Versorgung hat auch ökonomische Folgen, da dann die Behandlung meist kostspieliger ist.
- 4. Auf welche Gesundheitsleistungen haben Geflüchtete Anspruch und auf welche nicht?** Hier muss unterschieden werden zwischen den Geflüchteten aus der Ukraine und Geflüchteten aus anderen Herkunftsländern. Für Geflüchtete

aus der Ukraine gilt aktuell nicht das Asylbewerberleistungsgesetz, für alle anderen Geflüchteten gilt es. Das heißt, für die Zeit des Asylantrags, längstens jedoch 36 Monate, werden die Leistungen in der Gesundheitsversorgung eingeschränkt, und Geflüchtete bekommen nur Leistungen für akute Erkrankungen, Schmerzzustände, Vorsorgeuntersuchungen oder Hilfe in der Schwangerschaft.

- 5. Wie finden sich Geflüchtete in dem komplizierten Gesundheitssystem Deutschlands zurecht?** Genau das haben wir in dieser Studie das erste Mal untersucht. Wir sehen hier sehr starke Schwierigkeiten, Informationen zu verstehen. Das betrifft vor allem Informationen über verschiedene Behandlungsmöglichkeiten, die Abläufe eines medizinischen Notfalls oder gebotene Vorsorge- oder Präventionsmaßnahmen. Es ist für Geflüchtete tatsächlich sehr schwer, sich in dem komplexen deutschen Gesundheitssystem zurechtzufinden und das auch noch einige Jahre nach der Ankunft.
- 6. Was müsste getan werden, um die medizinische Versorgung geflüchteter Menschen in Deutschland zu verbessern?** Zunächst müssten die angesprochenen rechtlichen Hürden abgebaut werden. Zudem müssen Informationsangebote in mehreren Sprachen geschaffen werden. Eine einfache Sprache rund um die medizinische Versorgung hilft Geflüchteten, sich besser zurechtzufinden. Und bereits 2018 hat der Sachverständigenrat Gesundheit gesagt, dass komplexe Wege im Gesundheitssystem abgeschafft werden müssen. Es haben sich zum Beispiel Lots*innenkonzepte bewährt, also Personen, die konkret auf Leute zugehen, die einen großen Bedarf haben, und ihnen helfen, sich innerhalb dieser komplexen Strukturen zurechtzufinden.

Das Gespräch führte Erich Wittenberg.

© Der Artikel ist gemäß der Creative-Commons-Lizenz CC BY 4.0 nachnutzbar: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>



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

SOEP Papers Nr. 1237

2026 | Li Kathrin Kaja Rupieper, Stephan Thomsen



Non-Formal Education and Life Satisfaction

Lifelong learning is increasingly recognized as important for individual well-being, but causal evidence on this relationship remains scarce. This paper evaluates the effects of non-formal adult education on life satisfaction by exploiting the substantial expansion of courses at East German Volkshochschulen (VHS) following reunification. Combining individual well-being data from SOEP with administrative VHS data, we use quasi-random variation in individuals' exposure to courses to identify intention-to-treat effects. Estimation results denote small but significant and robust effects of VHS education on life satisfaction.

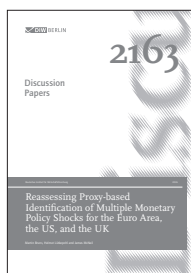
Calculations of average treatment-on-the-treated effects suggest considerably stronger impacts among actual course participants. We furthermore reveal effect heterogeneity across demographic groups. In contrast to formal education, which is commonly found to raise aspirations, we find no corresponding effect of VHS education. Overall, our findings suggest that non-formal courses and training provide an easily accessible, low-cost means of adaptation in times of transformation.

www.diw.de/publikationen/soeppapers



Discussion Papers Nr. 2163

2026 | Martin Bruns, Helmut Lütkepohl, James McNeil



Reassessing Proxy-based Identification of Multiple Monetary Policy Shocks for the Euro Area, the US, and the UK

Several recent studies consider a set of proxies to identify different monetary policy shocks for different regions in the world. We show that the way the proxies are used to identify the monetary policy shocks may lead to correlated shocks and dubious structural analysis and we demonstrate how to overcome the problem of correlated shocks. We illustrate that, if correlated shocks are used in applied studies, key statistics of interest such as impulse responses and forecast error variance decompositions can be severely distorted and we consider benchmark studies on monetary policy in the euro area (EA), the US and the UK

to demonstrate the problems.

www.diw.de/publikationen/diskussionspapiere





LORENZ MEISTER

Die versteckten Kosten des Terrorismus

Lorenz Meister ist Doktorand im Geschäftsbereich der forschungsbasierten Infrastruktureinrichtung Sozio-oekonomisches Panel (SOEP) im DIW Berlin. Der Kommentar gibt die Meinung des Autors wieder.

Terroranschläge treffen zuerst die Opfer, Augenzeugen und Angehörigen. Ihr Leid steht im Zentrum, und keine ökonomische Rechnung kann es erfassen. Doch Anschläge haben auch Folgen, die weit über den Tatort hinausreichen. Die Wirtschaft spürt den Schock oft stärker, als es die unmittelbaren Auswirkungen erwarten ließen. In den USA gingen nach Anschlägen Beschäftigung und Einkommen zurück; im Baskenland kostete eine jahrelange Terrorwelle rund zehn Prozent der Wirtschaftsleistung pro Kopf. Wie kann Gewalt solche ökonomischen Spuren hinterlassen?

Eine Studie am DIW Berlin liefert eine neue Erklärung: Terror macht Menschen vorsichtiger. Wer in der Nähe eines Anschlagorts lebt, ist danach weniger bereit, Risiken einzugehen. So wagen etwa nach schwereren Anschlägen weniger Menschen den Schritt in die Selbständigkeit. Fast jede ökonomische Entscheidung enthält Unsicherheit: investieren oder sparen, gründen oder abwarten. Wenn Terror viele solcher Entscheidungen vorsichtiger macht, erklärt das, warum die wirtschaftlichen Folgen von Terror so weit über die unmittelbaren Folgen hinausreichen.

Um diesen Mechanismus sichtbar zu machen, verknüpft die DIW-Studie Daten zu Terroranschlägen mit Wohnorten und Befragungsdaten aus dem Sozio-oekonomischen Panel, einer jährlichen, repräsentativen Befragung von circa 20 000 Haushalten. So lässt sich untersuchen, ob Menschen in räumlicher Nähe zu einem Anschlagort anschließend anders mit Risiken umgehen als vergleichbare Menschen in größerer Entfernung.

Der Vergleich zeigt einen messbaren Unterschied. Die Risikobereitschaft sinkt im Jahr des Anschlags, bleibt im Folgejahr verhalten und kehrt erst nach mehreren Jahren auf das ursprüngliche Niveau zurück. Besonders deutlich zeigt sich der Effekt nach schwereren Anschlägen und dort, wo sich die Gewalt gegen Privatpersonen oder privates Eigentum richtet. Auffällig ist, wie räumlich begrenzt der Effekt bleibt. Am stärksten ist er im Umkreis von etwa 25 Kilometern; mit größerer Entfernung schwächt er sich ab und ist ab rund 60 Kilometern

kaum noch nachweisbar. Das spricht dafür, dass nicht irgendeine allgemeine Stimmung im Land gemessen wird, sondern ein lokaler Schock: Nähe macht den Anschlag persönlicher. Eine Spur führt zu den Emotionen: Nach einem nahen Anschlag berichten Befragte von weniger Glücksempfinden – und wer weniger glücklich ist, geht im Mittel auch weniger Risiken ein.

Terror ist Gewalt mit Publikum. Ein Anschlag trifft die unmittelbaren Opfer – und soll zugleich diejenigen erreichen, die davon hören. In Deutschland gehören Halle, Hanau, München, Würzburg und Ansbach zu den besonders sichtbaren Fällen: verschieden in Tatmotiv und Opferzahl, aber ähnlich in ihrer öffentlichen Wirkung. Die Auswertung von mehr als 60 000 Nachrichtenartikeln zeigt, wie wichtig diese Öffentlichkeit ist. Der Rückgang der Risikobereitschaft ist vor allem dort zu beobachten, wo Anschläge viel mediale Aufmerksamkeit erhalten oder besonders negativ gerahmt werden. Bei Menschen, die kaum Nachrichten verfolgen, ist der Effekt dagegen nicht messbar. Die Studie untersucht klassische Nachrichtenmedien; die heutige Öffentlichkeit reicht jedoch weiter. In sozialen Netzwerken verbreiten sich Bilder, Gerüchte und Deutungen oft schneller als gesicherte Informationen. Das kann die emotionale Wirkung eines Anschlags verstärken. Medien sind damit nicht Ursache des Terrors, aber ein wichtiger Übertragungsweg.

Die Debatte über innere Sicherheit wird oft als Abwägung zwischen Freiheit und Schutz geführt. Die ökonomische Perspektive verschiebt diesen Gegensatz. Sicherheit begrenzt Freiheit nicht nur; sie ermöglicht sie auch. Wer sich von Terror bedroht fühlt, gründet seltener, investiert vorsichtiger und verschiebt Entscheidungen. In der Summe können daraus spürbare wirtschaftliche Kosten entstehen. Terrorprävention schützt daher zuallererst Leib und Leben. Doch sie schützt auch die Zuversicht, ohne die Marktwirtschaft nicht gut funktioniert.

Dieser Kommentar ist am 22. Mai 2026 zuerst in der Frankfurter Rundschau erschienen.

© © Der Artikel ist gemäß der Creative-Commons-Lizenz CC BY 4.0 nachnutzbar: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>