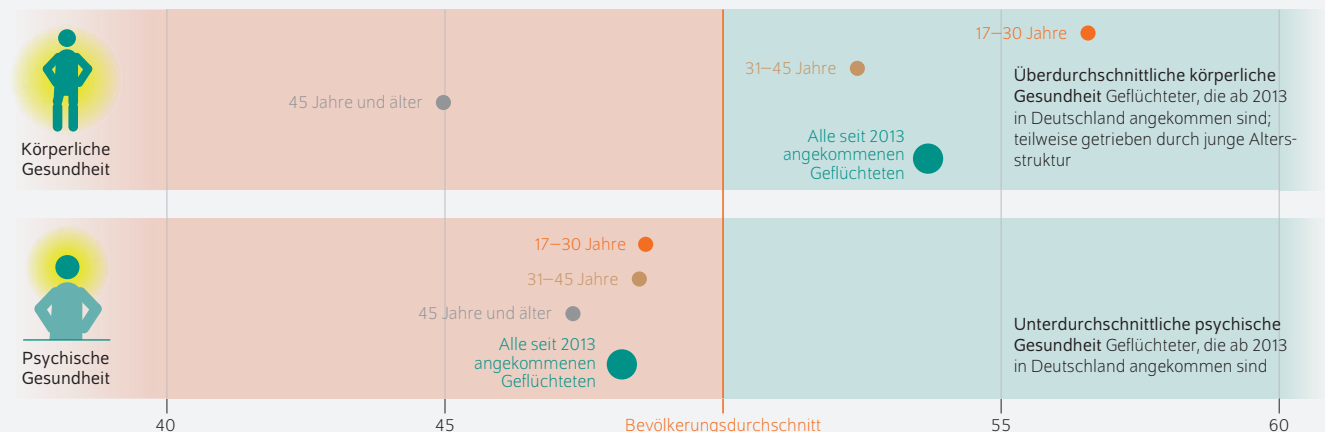


Psychische und körperliche Gesundheit von Geflüchteten im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen

Von Maria Metzging, Diana Schacht, Antonia Scherz

- IAB-BAMF-SOEP-Befragung 2018 zeigt überdurchschnittlich besseren körperlichen Gesundheitszustand der seit 2013 nach Deutschland geflüchteten Menschen im Vergleich zur Gesamtbevölkerung
- Geflüchtete der letzten Jahre (seit 2013) sind im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen im Durchschnitt zudem deutlich jünger
- Psychisches Wohlbefinden dieser Geflüchteten unterdurchschnittlich
- Psychische Gesundheitsrisiken bei Geflüchteten steigen mit höherem Alter
- Weitere Anstrengungen zur psychischen Unterstützung notwendig für gelingende Integration

Überdurchschnittliche körperliche und unterdurchschnittliche psychische Gesundheit bei seit 2013 angekommenen Geflüchteten (Normalisierte Indizes, 50 = Bevölkerungsdurchschnitt)



Quellen: SOEP v35, gewichtet; eigene Darstellung.

© DIW Berlin 2020

ZITAT

„Die psychische Gesundheit der zuletzt angekommenen Geflüchteten liegt immer noch unter der des Bevölkerungsdurchschnitts. Daher sind weitere Maßnahmen zur Unterstützung der psychischen Gesundheit von Geflüchteten, insbesondere für die Altersgruppe über 45 Jahre, notwendig.“

— Maria Metzging, Studienautorin —

MEDIATHEK



Audio-Interview mit Maria Metzging
www.diw.de/mediathek

Psychische und körperliche Gesundheit von Geflüchteten im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen

Von Maria Metzger, Diana Schacht, Antonia Scherz

ABSTRACT

Die individuelle gesundheitliche Situation ist eine wichtige Voraussetzung für Integration und Teilhabe an der Gesellschaft. In diesem Bericht wird untersucht, inwiefern in Deutschland Unterschiede in der gesundheitlichen Situation nach Migrationshintergrund bestehen. Konkret steht dabei die körperliche und psychische Gesundheit von Menschen mit Fluchterfahrung im Vordergrund und wird mit Personen mit und ohne Migrationshintergrund verglichen. Die Ergebnisse zeigen, dass die körperliche Gesundheit von Geflüchteten, die seit 2013 in Deutschland angekommen sind, überdurchschnittlich ist, was teilweise mit der jüngeren Altersstruktur zusammenhängen kann. Außerdem ist die psychische Gesundheit der Geflüchteten, insbesondere bei Personen, die älter als 45 Jahre sind, schlechter als im Bevölkerungsdurchschnitt. Um eine gelingende Integration zu ermöglichen, sind weitere Anstrengungen zur psychischen Unterstützung von Geflüchteten notwendig.

Zum Jahresende 2018 waren knapp 1,8 Millionen Schutzsuchende in Deutschland registriert.¹ Die erfolgreiche Integration dieser zum Großteil in den Vorjahren zugewanderten Geflüchteten² stellt die Gesellschaft noch immer vor Herausforderungen. Die gesundheitliche Situation von Geflüchteten kann ein wichtiger Einflussfaktor für die Integration sein, da sie bedeutende Auswirkungen auf individuelle Bildungskarrieren³, ökonomischen Integration⁴ und soziale Teilhabe hat.⁵

Zur gesundheitlichen Situation von Geflüchteten in Deutschland liegen bisher nur wenige empirische Erkenntnisse vor, insbesondere im Vergleich zu Bevölkerungsgruppen mit anderem beziehungsweise ohne Migrationshintergrund. Es ist zunächst unklar, ob Geflüchtete einen über- oder unterdurchschnittlichen Gesundheitszustand im Vergleich zur restlichen Bevölkerung im Aufnahmeland aufweisen. Auf der einen Seite sind erwachsene MigrantInnen in europäischen Ländern und den USA trotz niedrigerem sozioökonomischen Status häufig gesünder als der Bevölkerungsdurchschnitt (sogenannter „Healthy-Migrant-Effekt“).⁶ Auf der anderen Seite ist es naheliegend, dass speziell die Gesundheit von Geflüchteten durch die Erfahrung von Flucht, Verfolgung und Krieg schlechter ist als die von Personen ohne

¹ Bundesministerium des Innern, für Bau und Heimat (Hrsg.) (2020): Migrationsbericht 2018 des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge. Im Auftrag der Bundesregierung.

² In diesem Bericht werden Personen als Geflüchtete bezeichnet, die nach ihrer Ankunft in Deutschland ein Asylgesuch gestellt haben. Somit kann es sich bei dieser Definition von Geflüchteten auch um Personen handeln, die noch keinen anerkannten Schutzstatus haben und sich noch im Asylverfahren befinden.

³ Sarah Baird et al. (2016): Worms at work: Long-run impacts of a child health investment. *The Quarterly Journal of Economics* 131 (4), 1637–1680.

⁴ Pinka Chatterji, Margarita Alegria und David Takeuchi (2011): Psychiatric disorders and labor market outcomes: Evidence from the National Comorbidity Survey-Replication. *Journal of Health Economics* 30 (5), 858–868.

⁵ Andrew Steptoe, Angus Deaton und Arthur A. Stone (2015): Subjective wellbeing, health, and ageing. *The Lancet* 385 (9968), 640–648.

⁶ In der Fachliteratur wird dieses Phänomen als „Healthy-Migrant-Effekt“ bezeichnet. Dies stellt ein Paradox dar, da allgemein ein niedriger sozioökonomischer Status mit einem schlechteren Gesundheitszustand korreliert. Vgl. Oliver Razum (2006): Migration, Mortalität und der Healthy-Migrant-Effekt. In: Matthias Richter und Klaus Hurrelmann (Hrsg.): *Gesundheitliche Ungleichheit*. VS Verlag für Sozialwissenschaften, 255–270.

Kasten 1

Zugang der Geflüchteten zum deutschen Gesundheitssystem

Für Asylsuchende¹ und Geduldete² ist ein eingeschränkter Zugang zu medizinischen Leistungen gewährleistet. Behandelt werden Asylsuchende und Geduldete nur, wenn sie akut erkrankt sind, unter Schmerzen leiden oder schwanger sind. Menschen mit Behinderung, Minderjährige und Opfer von Folter und Gewalt werden hierbei als besonders schutzbedürftig eingestuft und haben somit einen direkten Anspruch auf medizinische und psychologische Betreuung.

Asylsuchende erhalten spätestens nach erfolgreichem Abschluss ihres Asylverfahrens, beziehungsweise nach einem 15-monatigen Aufenthalt (vor 2015: nach 48-monatigem Aufenthalt) in Deutschland, gesundheitliche Leistungen entsprechend der Gesundheitsversorgung von gesetzlich Krankenversicherten. Ab diesem Zeitpunkt werden auch die Kosten für psychotherapeutische Behandlungen übernommen. Zuvor ist nur in Ausnahmefällen, beispielsweise bei akuter Suizidgefahr, eine psychotherapeutische Behandlung möglich.³

1 Asylsuchende sind Personen, die einen Asylantrag gestellt haben, sich aber noch im Asylverfahren befinden und daher noch keinen anerkannten Schutzstatus besitzen.

2 Geduldete sind Personen, bei denen der Asylantrag abgelehnt wurde, aber eine vorübergehende Aussetzung der Abschiebung vorliegt.

3 Deutscher Bundestag (1993): Asylbewerberleistungsgesetz – AsylbLG, §§ 4, 6; Deutscher Bundestag: Zweite Sozialgesetzbuch – SGB II und Zwölftes Sozialgesetzbuch – SGB XII. Nähere Anmerkungen und Erläuterungen unter Bundesministerium für Gesundheit (2016): Ratgeber Gesundheit für Asylsuchende in Deutschland (online verfügbar, abgerufen am 15. Dezember 2019) und Deutscher Bundestag (2016): Antwort der Bundesregierung auf die Anfrage zu Verbesserungen der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung von Geflüchteten zur Umsetzung der EU-Aufnahmerrichtlinie (online verfügbar, abgerufen am 15. Dezember 2019), Bundestags-Drucksache 18/9009 vom 4. Juli 2016.

Fluchterfahrung.⁷ Die Trennung von Familienmitgliedern und ungewisse Zukunftsaussichten können außerdem zu gesundheitlichen Einschränkungen und Risiken führen.⁸ Zudem haben Geflüchtete unmittelbar nach ihrer Ankunft nur eingeschränkt Zugang zum deutschen Gesundheitssystem (Kasten 1).

Dieser Bericht untersucht anhand einer aktuellen Datenbasis die körperliche und psychische Gesundheit von Menschen mit Fluchterfahrung im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen (Kasten 2).⁹ Der Bericht unterscheidet

7 Herbert Brücker et al. (2019): Geflüchtete machen Fortschritte bei Sprache und Beschäftigung. DIW Wochenbericht Nr. 4, 55–70 (online verfügbar, abgerufen am 16.01.2020). Dies gilt auch für alle anderen Online-Quellen dieses Berichts, sofern nicht anders vermerkt.

8 Maria Metzling und Diana Schacht (2018): Lebenssituation von Geflüchteten. In: Statistisches Bundesamt (Destatis), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Zentrales Datenmanagement (Hrsg.): Datenreport 2018. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn, 280–285; Lea-Maria Löbel (2020): Family Separation and Refugee Mental Health: a Network Perspective. Social Networks, im Erscheinen; Ludovica Gambaro et al. (2018): Lebenszufriedenheit von Geflüchteten in Deutschland ist deutlich geringer, wenn ihre Kinder im Ausland leben. DIW Wochenbericht Nr. 42, 905–916 (online verfügbar).

9 Personen, die 2018 jünger als 17 Jahre alt waren, wurden ausgeschlossen.

Kasten 2

Datengrundlage und Definition der Vergleichsgruppen

Grundlage für diesen Bericht sind die Daten der Längsschnittstudie des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP), insbesondere der IAB-SOEP-Migrationsstichproben und der IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten. Das SOEP ist eine repräsentative jährliche Wiederholungsbefragung privater Haushalte, die seit 1984 in Westdeutschland und seit 1990 auch in Ostdeutschland durchgeführt wird.¹ In den Jahren 2013 und 2015 wurden zwei zusätzliche IAB-SOEP-Migrationsstichproben (Stichprobe kurz: M1/M2) gezogen, um repräsentative Aussagen zu neuen Migrationsbewegungen nach Deutschland und zu Personen mit indirektem Migrationshintergrund machen zu können. Die IAB-BAMF-SOEP-Befragungen von Geflüchteten sind mehrere Längsschnittbefragungen, die Schutzsuchende (Stichprobe kurz: M3/M4), die zwischen dem 1. Januar 2013 und 30. Juni 2016 nach Deutschland zugezogen sind, abbilden. Im Jahr 2017 erfolgte eine Aufstockung (Stichprobe kurz: M5), die Schutzsuchende die zwischen dem 1. Januar 2013 und 31. Dezember 2016 zugezogen sind, beinhaltet.

Im SOEP werden Personen nach ihrem Geburtsland und ihrer Staatsangehörigkeit gefragt. AusländerInnen und nicht in Deutschland geborene Personen werden zusätzlich gefragt, wann sie nach Deutschland eingewandert sind, ob beziehungsweise aus welchem Land ihre Eltern eingewandert sind und welchen rechtlichen Status sie bei ihrer Einreise hatten. Für den Vergleich verschiedener Personen nach ihrem Migrations- und Fluchthintergrund werden fünf Vergleichsgruppen definiert: (1) Geflüchtete, die seit 2013 eingewandert sind, (2) Geflüchtete, die vor 2013 eingewandert sind, (3) MigrantInnen ohne Fluchterfahrung, die selbst zugewandert sind (direkter Migrationshintergrund), (4) Personen, die mindestens einen zugewanderten Elternteil haben (indirekter Migrationshintergrund) und (5) Personen ohne Migrationshintergrund.

1 Die in diesem Bericht verwendeten Daten und Gewichte sind vorläufig. Sozio-oekonomisches Panel (SOEP), Version 35, SOEP, 2020.

zwischen Geflüchteten, die vor beziehungsweise seit 2013 nach Deutschland eingewandert sind. Geflüchtete, die seit 2013 nach Deutschland eingereist sind (in der Literatur auch als „neuere Geflüchtete“ bezeichnet), kommen hauptsächlich aus Syrien, Afghanistan, Irak, den ehemaligen Ländern Jugoslawiens, Eritrea, Somalia, Iran sowie Pakistan. Vor 2013 nach Deutschland eingereiste Geflüchtete kamen mehrheitlich in den 1990er Jahren aus den Ländern des ehemaligen Jugoslawiens und aus anderen arabischen sowie muslimischen Herkunftsländern.¹⁰ Außerdem werden MigrantInnen ohne Fluchterfahrung, Personen mit mindestens einem zugewanderten Elternteil (indirekter Migrationshintergrund) und

10 Für weitere Erklärungen siehe Metzling und Schacht (2018), a. a. O.

Kasten 3

Messung des Gesundheitszustands

Dieser Bericht analysiert verschiedene Dimensionen der Gesundheit. Hierzu gehören zwei indexbasierte Maße, die selbsteingeschätzte Gesundheit und die Zufriedenheit mit der Gesundheit.

Bei den indexbasierten Maßen handelt es sich um einen körperlichen („Physical Component Summary Scale“, PCS) und einen psychischen Gesundheitsindikator („Mental Component Summary Scale“, MCS). Beide Indizes basieren auf einer Fragenbatterie (sogenannter Short-Form 12 Version 2 Fragebogen, kurz SF-12v2) mit verschiedenen Indikatoren zum Gesundheitszustand.¹² Die Skalen sind so normiert, dass 50 dem durchschnittlichen Wert der Bevölkerung in Deutschland entspricht und höhere Werte ein besseres Wohlbefinden indizieren. Zehn Punkte auf dieser Skala entsprechen einer Standardabweichung.

Um die Selbsteinschätzung der körperlichen und psychischen Gesundheit zu erfassen, wird im SOEP abgefragt, ob die Befragten aufgrund ihrer körperlichen oder seelischen Gesundheit weniger geschafft haben, als sie wollten. Die Befragten haben die Möglichkeit auf einer Fünf-Punkte-Skala (immer – oft – manchmal – fast nie – nie) zu antworten. Für die vorliegenden Analysen werden die Kategorien „immer“ und „oft“ zusammengefasst und der Anteil der Personen berechnet, die durch ihre körperliche beziehungsweise psychische Gesundheit immer oder oft in ihrem Alltag eingeschränkt waren.

Bei der Frage nach der Zufriedenheit mit der Gesundheit haben die Befragten die Möglichkeit, auf einer Elf-Punkte-Skala (null bis zehn) zu antworten, wobei null ganz und gar unzufrieden und zehn ganz und gar zufrieden bedeutet.

1 John E. Ware, Mark Kosinski und James E. Dewey (2000): How to Score Version 2 of the SF-36 Health Survey. Lincoln, RI: QualityMetric.Incorporated 3. Für mehr Informationen siehe Hanfried Andersen et al. (2007): Computation of Standard Values for Physical and Mental Health Scale Scores Using the SOEP Version of SF-12v2. *Schmollers Jahrbuch* 127 (1), 171–182.

2 Dieser Fragebogen beinhaltet Fragen zur allgemeinen Gesundheitswahrnehmung, körperlichen und psychischen Gesundheit, körperlichen Schmerzen, Vitalität sowie zu Einschränkungen durch die körperliche oder mentale Gesundheit.

Personen ohne Migrationshintergrund im Vergleich gegenübergestellt.

Die Grundlage der Analyse bilden die Daten des Sozio-oekonomischen Panels (SOEP), insbesondere die IAB-SOEP-Migrationsstichproben und die IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten. Die Analysen beruhen hauptsächlich auf Ergebnissen der aktuellsten, im Jahr 2018 durchgeführten Befragung (Kasten 2) und umfassen indexbasierte und selbsteingeschätzte Maße der körperlichen und psychischen Gesundheit sowie die Zufriedenheit mit der Gesundheit

(Kasten 3).¹¹ Neben den gruppenspezifischen Mittelwerten des jeweiligen Gesundheitsmaßes werden auch die zugehörigen 95 %-Konfidenzintervalle¹² betrachtet. Zusätzlich wird getestet, ob sich neuere Geflüchtete im Mittelwert jeweils signifikant von den vier anderen Bevölkerungsgruppen unterscheiden (t-Test).¹³

Überdurchschnittliche körperliche Gesundheit bei zuletzt angekommenen Geflüchteten

Die körperliche Gesundheit wird anhand eines Index gemessen, der Einzelaspekte der physischen Gesundheit in einer Kennzahl zusammenfasst (Kasten 3). Die Skala ist so normiert, dass 50 dem durchschnittlichen Wert der Bevölkerung in Deutschland entspricht und höhere Werte ein besseres körperliches Wohlbefinden indizieren. Hierbei entsprechen zehn Punkte auf dieser Skala einer Standardabweichung des Index.¹⁴ Dieser Index beträgt bei den neueren Geflüchteten rund 54 und die körperliche Gesundheit liegt damit über dem Durchschnittswert in der Gesamtbevölkerung (Abbildung 1). Dahingegen ist der Vergleichswert bei Personen, die bereits vor 2013 nach Deutschland geflohen sind, niedriger als im Bevölkerungsdurchschnitt (47).

Auch das körperliche Wohlbefinden von Personen ohne Migrationshintergrund und mit direktem Migrationshintergrund (ohne Fluchterfahrung) ist niedriger als im Bevölkerungsdurchschnitt. Der körperliche Gesundheitszustand von Personen mit indirektem Migrationshintergrund ist hingegen überdurchschnittlich.

Ein direkter Vergleich der neueren Geflüchteten mit den anderen Bevölkerungsgruppen zeigt, dass sich deren körperliches Wohlbefinden signifikant von fast allen anderen Bevölkerungsgruppen unterscheidet.¹⁵ Einzige Ausnahme ist die Gruppe mit indirektem Migrationshintergrund. Hier lässt sich kein signifikanter Unterschied zu den Geflüchteten der letzten Jahre feststellen.

11 Bezüglich der dritten Welle der IAB-BAMF-SOEP-Befragung mit Fokus auf neuere Geflüchtete erscheinen in Kürze: Herbert Brücker, Yuliya Kosyakova und Eric Schuß (2020): Fünf Jahre seit der Fluchtmigration 2015: Integration in Arbeitsmarkt und Bildungssystem macht Fortschritte. IAB Kurzbericht 7/2020; Cristina de Paiva Lareiro, Nina Rother und Manuel Siegert (2020): Dritte Welle der IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten. Geflüchtete verbessern ihre Deutschkenntnisse und fühlen sich in Deutschland weiterhin willkommen. Kurzanalysen des Forschungszentrums Migration, Integration und Asyl des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge 1/2020.

12 Ein großes Konfidenzintervall weist auf eine unsichere und ein kleines Konfidenzintervall auf eine verlässlichere Schätzung hin.

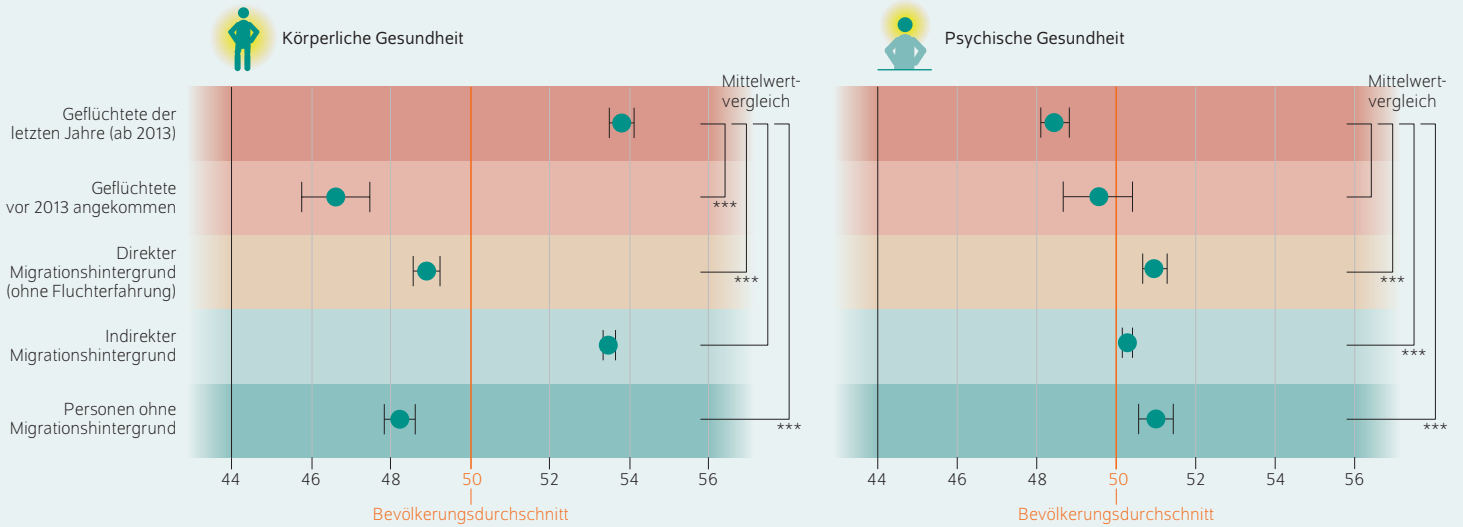
13 Für die Berechnung des 95-Prozent-Konfidenzintervalls und der signifikanten Unterschiede bei anteiligen Gesundheitsmaßen (Abbildung 5) von Geflüchteten zu anderen Bevölkerungsgruppen wurde eine Logit-Modell genutzt. Dieses Modell hat gegenüber einem linearen Modell den Vorteil, dass die Verteilung bei nur zwei Antwortmöglichkeiten („ja“ oder „nein“) korrekt modelliert werden kann.

14 Der Vergleich eines Indexniveaus von 45 zu 50 würde somit 50 Prozent einer Standardabweichung entsprechen.

15 Da sich die fünf Bevölkerungsgruppen in Bezug auf wichtige Merkmale erheblich unterscheiden könnten, lassen diese Ergebnisse keine Rückschlüsse auf die Gründe für die bestehenden Unterschiede zu.

Abbildung 1

Körperliche und psychische Gesundheit
Normalisierte Indizes, 50 = Bevölkerungsdurchschnitt



Anmerkungen: Mittelwerte und 95-Prozent-Konfidenzintervalle. Mittelwertvergleich (t-Test) zwischen neueren Geflüchteten und der jeweiligen Bevölkerungsgruppe. Signifikanzniveaus: ***p<0,01; **p<0,05; *p<0,1. Die Daten beziehen sich auf das Jahr 2018.

Quelle: SOEP v35, gewichtet.

© DIW Berlin 2020

Geflüchtete, die seit 2013 angekommen sind, weisen eine überdurchschnittliche körperliche und eine unterdurchschnittliche psychische Gesundheit auf.

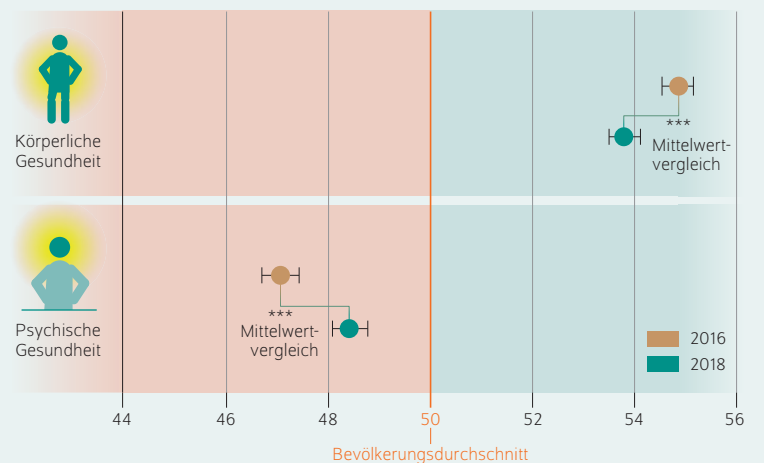
Psychisches Wohlbefinden bei zuletzt angekommenen Geflüchteten besonders niedrig

Die psychische Gesundheit wird anhand eines separaten Index gemessen, der die mentale Gesundheit in einer Kennzahl zusammenfasst (Kasten 3). Analog zum Index der körperlichen Gesundheit ist die Skala so normiert, dass 50 dem durchschnittlichen Wert der Bevölkerung in Deutschland entspricht und höhere Werte ein besseres psychisches Wohlbefinden bedeuten. Die psychische Gesundheit von Geflüchteten, die seit 2013 angekommen sind, steht in einem starken Kontrast zu ihrem körperlichen Wohlbefinden (Abbildung 1). Sie weisen ein signifikant niedrigeres psychisches Wohlbefinden als der Bevölkerungsdurchschnitt auf. Bei keiner der verglichenen Bevölkerungsgruppen ist die Divergenz zwischen dem körperlichen und psychischen Wohlbefinden derart stark ausgeprägt. Personen ohne Migrationshintergrund und mit direktem sowie indirektem Migrationshintergrund (ohne Fluchterfahrung) berichten über ein signifikant besseres psychisches Wohlbefinden als Geflüchtete der letzten Jahre und als der Bevölkerungsdurchschnitt.

Die schlechtere psychische Gesundheit von Geflüchteten könnte in einem Zusammenhang mit den Erfahrungen von Flucht, Verfolgung und Krieg sowie der Trennung von Familienmitgliedern, ungewissen Zukunftsaussichten und dem eingeschränkten Zugang zum Gesundheitsversorgungssystem stehen. Außerdem unterscheiden sich die Bevölkerungsgruppen in ihrer allgemeinen Struktur und anderen

Abbildung 2

Zeitvergleich der körperlichen und psychischen Gesundheit von Geflüchteten, die seit 2013 angekommen sind
Normalisierte Indizes, 50 = Bevölkerungsdurchschnitt



Anmerkungen: Mittelwerte und 95-Prozent-Konfidenzintervalle. Mittelwertvergleich (t-Test) zwischen neueren Geflüchteten und der jeweiligen Bevölkerungsgruppe. Signifikanzniveaus: ***p<0,01; **p<0,05; *p<0,1. Die Daten beziehen sich auf die Jahre 2016 und 2018.

Quelle: SOEP v35, gewichtet.

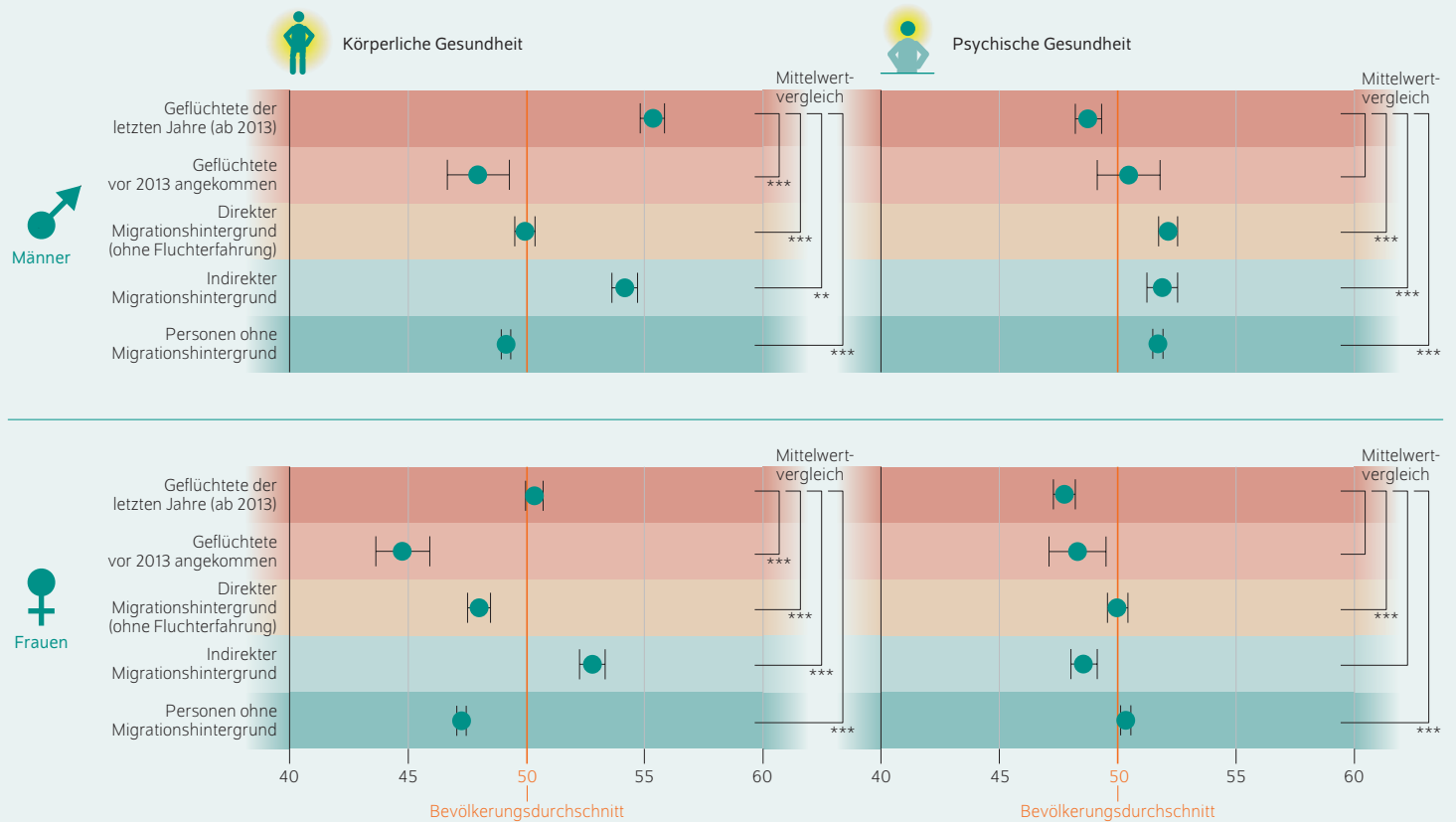
© DIW Berlin 2020

Die körperliche und psychische Gesundheit von neueren Geflüchteten hat sich zwischen 2016 und 2018 leicht an den Bevölkerungsdurchschnitt angenähert.

Abbildung 3

Körperliche und psychische Gesundheit nach Geschlecht

Normalisierte Indizes, 50 = Bevölkerungsdurchschnitt



Anmerkung: Mittelwerte und 95-Prozent-Konfidenzintervalle. Mittelwertvergleich (t-Test) zwischen neueren Geflüchteten und der jeweiligen Bevölkerungsgruppe. Signifikanzniveaus: ***p<0,01; **p<0,05; *p<0,1. Die Daten beziehen sich auf das Jahr 2018.

Quelle: SOEP v35, gewichtet.

© DIW Berlin 2020

Die körperliche und psychische Gesundheit ist in allen Vergleichsgruppen tendenziell bei Frauen schlechter.

Merkmale, was ein weiterer Grund für Unterschiede in der mentalen und körperlichen Gesundheit sein könnte.

Gesundheit in beiden Jahren unter dem Bevölkerungsdurchschnitt liegt.

Zwischen 2016 und 2018 geringe Änderungen in der Gesundheit von Geflüchteten der letzten Jahre

Im Vergleich zwischen 2016 und 2018 sind lediglich geringe Veränderungen in den Gesundheitsindizes zu erkennen (Abbildung 2).¹⁶ Die körperliche und psychische Gesundheit von zuletzt angekommenen Geflüchteten hat sich im Zeitverlauf dem Bevölkerungsdurchschnitt angenähert. Ihre körperliche Gesundheit liegt jedoch in beiden Jahren über dem Bevölkerungsdurchschnitt, während ihre physische

Unterschiede in Altersstruktur teilweise verantwortlich für körperliche Gesundheitsunterschiede

Vergleicht man die körperliche Gesundheit im Jahr 2018 nach Alter innerhalb der Bevölkerungsgruppen, so stellt man zum Teil große Unterschiede fest: Die körperliche Gesundheit nimmt mit zunehmendem Alter in allen Vergleichsgruppen ab (Tabelle).

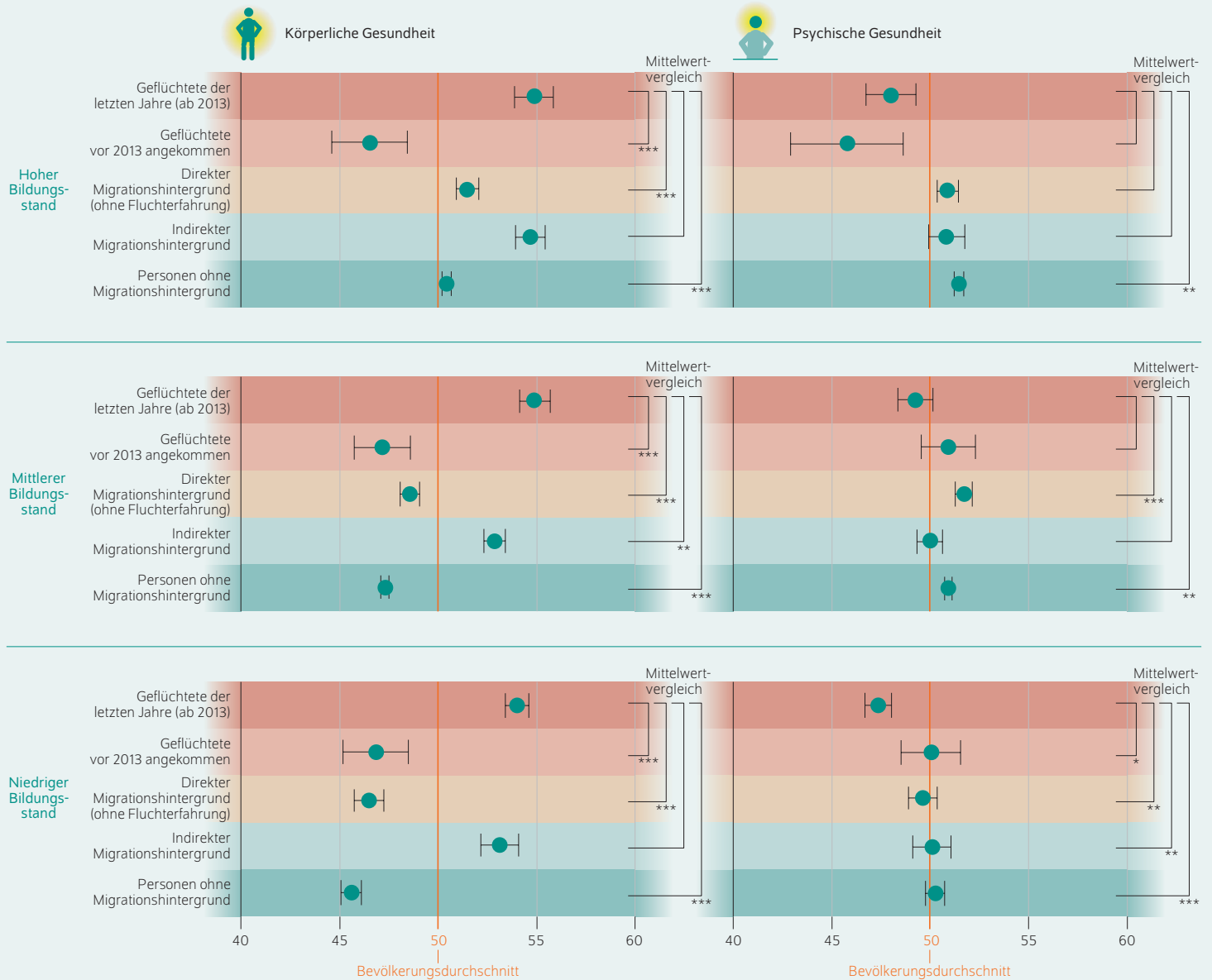
In der jüngsten Altersgruppe (17- bis 30-Jährige) weisen neuere Geflüchtete eine bessere körperliche Gesundheit im Vergleich zu den anderen Bevölkerungsgruppen auf. In den mittleren (31- bis 45-Jährige) und älteren Altersgruppen (46-Jährige und älter) ergeben sich hingegen nur vereinzelt signifikante Unterschiede in der körperlichen Gesundheit im Vergleich zu den anderen Gruppen. Die im Durchschnitt

¹⁶ Als zusätzliche Kontrollanalyse wurde dieser Zeitvergleich auch in zwei anders definierten Untersuchungssamples durchgeführt. In der einen Variante wurde die Stichprobe auf Geflüchtete, die in den Jahren 2013 bis 2015 eingereist sind, begrenzt und in der anderen Variante, auf Geflüchtete, die sowohl an der Befragung im Jahr 2016 als auch im Jahr 2018 teilgenommen haben. Beide Kontrollanalysen bestätigen die vorliegenden repräsentativen Querschnittsergebnisse.

Abbildung 4

Körperliche und psychische Gesundheit nach Bildungsstand

Normalisierte Indizes, 50 = Bevölkerungsdurchschnitt



Anmerkungen: Der höchste anerkannte Bildungsabschluss im In- oder Ausland wurde in den folgenden drei Gruppen zusammengefasst: niedrig (primärer Bildungsabschluss, Abschluss Sekundarstufe I), mittel (Abschluss Sekundarstufe II, postsekundärer nicht tertiärer Bildungsabschluss) und hoch (tertiärer Bildungsabschluss). Mittelwerte und 95-Prozent-Konfidenzintervalle. Mittelwertvergleich (t-Test) zwischen neueren Geflüchteten und der jeweiligen Bevölkerungsgruppe. Signifikanzniveaus: ***p<0,01; **p<0,05; *p<0,1. Die Daten beziehen sich auf das Jahr 2018.

Quelle: SOEP v35, gewichtet.

© DIW Berlin 2020

Geflüchtete der letzten Jahre weisen in allen Bildungsschichten eine bessere körperliche Gesundheit als der Bevölkerungsdurchschnitt auf.

positivere körperliche Verfassung der neueren Geflüchteten (Abbildung 1) wird demnach zum Teil durch die unterschiedliche Altersstruktur getrieben. Geflüchtete der letzten Jahre sind im Durchschnitt 32 Jahre alt und insofern wesentlich jünger als die anderen Vergleichsgruppen.

Die psychische Gesundheit der neueren Geflüchteten liegt in allen Altersgruppen unter dem Gesamtbevölkerungs-

durchschnitt. Signifikante Unterschiede zwischen den neueren Geflüchteten und anderen Gruppen ergeben sich für das psychische Wohlbefinden vorwiegend in der mittleren (31- bis 45-Jährige) und der älteren Altersgruppe (46-Jährige und älter). Neuere Geflüchtete zwischen 31 und 45 Jahren weisen eine signifikant schlechtere psychische Gesundheit auf als Gleichaltrige der anderen Gruppen, mit Ausnahme der Personen mit indirektem Migrationshintergrund. Auch

Tabelle

Körperliche und psychische Gesundheit nach Altersgruppen

	Geflüchtete der letzten Jahre (ab 2013)	Geflüchtete vor 2013	Direkter Migrationshintergrund (ohne Fluchterfahrung)	Indirekter Migrationshintergrund	Personen ohne Migrationshintergrund
Durchschnittsalter in Jahren	32	47	49	34	53
Körperliches Wohlbefinden (normalisierter Index, 50 = Bevölkerungsdurchschnitt)					
17 bis 30 Jahre alt	56,6	52,0 ***	55,0 **	55,3 **	55,2 ***
31 bis 45 Jahre alt	52,4	50,0 **	53,1	53,3	52,6
46 und älter	45,0	42,9	45,0	48,6 ***	45,3
Anzahl der Beobachtungen	4 091	574	3 721	1 880	19 089
Psychisches Wohlbefinden (normalisierter Index, 50 = Bevölkerungsdurchschnitt)					
17 bis 30 Jahre alt	48,6	50,5	49,9	50,3 **	49,4
31 bis 45 Jahre alt	48,5	51,7 ***	50,5 ***	49,5	49,8 **
46 und älter	47,3	47,8	51,5 ***	51,9 ***	51,7 ***
Anzahl der Beobachtungen	4 091	574	3 721	1 880	19 089

Anmerkungen: Mittelwertvergleich (t-Test) zwischen neueren Geflüchteten und der jeweils anderen Bevölkerungsgruppe. Signifikanzniveaus: ***p<0,01; **p<0,05; *p<0,1. Die Daten beziehen sich auf das Jahr 2018.

Quelle: SOEP v35, gewichtet.

© DIW Berlin 2020

Die durchschnittlich bessere körperliche Gesundheit von Geflüchteten der letzten Jahre wird zum Teil durch ihre jüngere Altersstruktur getrieben.

Geflüchtete, die mindestens 46 Jahre alt sind, weisen ein signifikant schlechteres mentales Wohlbefinden auf als Gleichaltrige der anderen Gruppen. In der jüngsten Alterskategorie (17- bis 30-Jährige) unterscheiden sich neuere Geflüchtete mit einer Ausnahme (Personen mit indirektem Migrationshintergrund) nicht signifikant von anderen Bevölkerungsgruppen.

Gesundheit tendenziell schlechter bei Frauen in allen Vergleichsgruppen

Bei körperlicher und psychischer Gesundheit zeigen sich in der Tendenz Geschlechterunterschiede zu Lasten der Frauen in allen Vergleichsgruppen (Abbildung 3). Dieses Ergebnis bestätigt somit auch für das Jahr 2018 die Ergebnisse bereits vorliegender Studien, die derartige Geschlechterunterschiede für die gesamte Bevölkerung¹⁷ sowie für Geflüchtete¹⁸ und Personen mit Migrationshintergrund zeigten.¹⁹

Zuletzt angekommene Geflüchtete und Personen mit indirektem Migrationshintergrund weisen sowohl bei Frauen als auch bei Männern eine signifikant bessere körperliche Gesundheit als die jeweils anderen Bevölkerungsgruppen des gleichen Geschlechts auf.

Neuere männliche Geflüchtete weisen ein unterdurchschnittliches psychisches Wohlbefinden im Vergleich zum Bevölkerungsdurchschnitt sowie zu männlichen Personen mit direktem, indirektem und keinem Migrationshintergrund auf. Frauen mit Fluchterfahrung oder indirektem Migrationshintergrund haben durchschnittlich ein niedrigeres psychisches Wohlbefinden im Vergleich zum Bevölkerungsdurchschnitt und weisen ein signifikant niedriges Wohlbefinden als Frauen mit direktem und ohne Migrationshintergrund auf.

Körperliche Gesundheit von Geflüchteten der letzten Jahre in allen Bildungsschichten besser als im Bevölkerungsdurchschnitt

Tendenziell ist die körperliche Gesundheit mit höherer Bildung besser (Abbildung 4). Dies lässt sich für die zwei größten Bevölkerungsgruppen – Personen mit direktem und ohne Migrationshintergrund – beobachten. Dieses Ergebnis entspricht den Erkenntnissen bisheriger Studien, die für Personen höherer Bildung einen durchschnittlich besseren Gesundheitszustand als für Personen mit niedriger Bildung finden.²⁰

Bei Geflüchteten der letzten Jahre ist dieser Zusammenhang nicht stark ausgeprägt. Hier ist der körperliche Gesundheitszustand in allen drei Bildungskategorien vergleichsweise

¹⁷ Hanfried Andersen et al. (2007): Computation of Standard Values for Physical and Mental Health Scale Scores Using the SOEP Version of SF-12v2. *Schmollers Jahrbuch* 127 (1), 171–182.

¹⁸ Brücker et al. (2019), a. a. O.

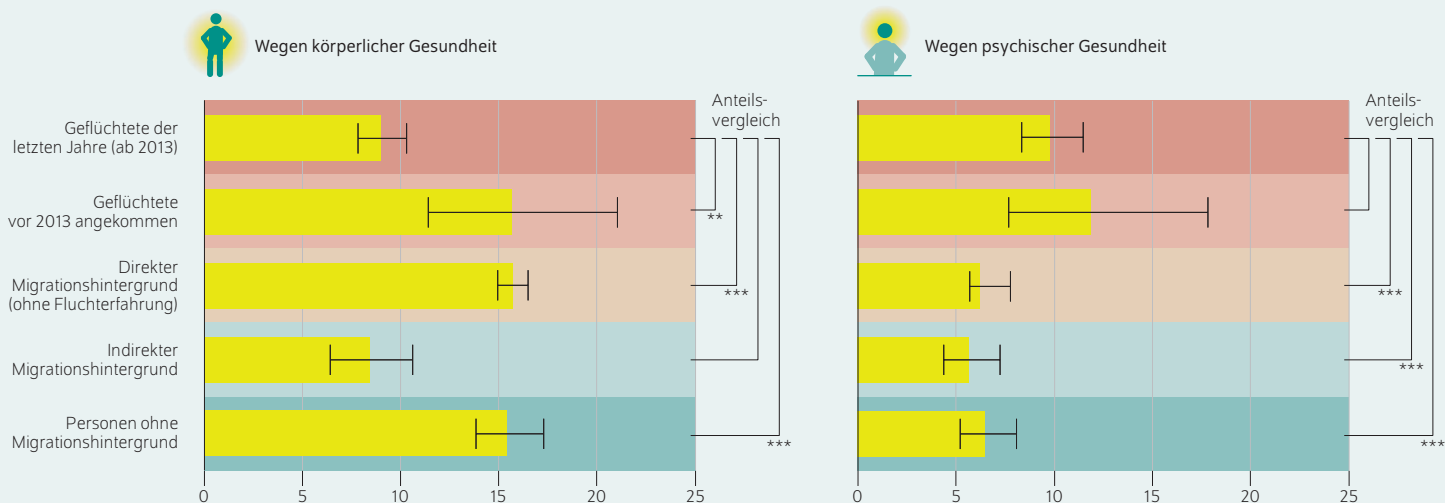
¹⁹ Maria Metzger und Diana Schacht (2019): Gesundheitliche Situation der Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Deutschland – Sonderauswertung für die Migrationsbeauftragte 2019. SOEP Survey Paper 700: Series C – Data Documentation (online verfügbar).

²⁰ Leon Feinstein et al. (2006): Measuring the Effects of Education on Health and Civic Engagement: Proceedings of the Copenhagen Symposium. Organisation for Economic Co-operation and Development; Thomas Lampert et al. (2018): Gesundheitliche Ungleichheit. In: Statistisches Bundesamt (Destatis), Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB), Zentrales Datenmanagement (Hrsg.): Datenreport 2018. Ein Sozialbericht für die Bundesrepublik Deutschland. Bundeszentrale für politische Bildung, Bonn, 302–313.

Abbildung 5

Selbsteinschätzung – wegen körperlicher oder psychischer Gesundheit weniger geschafft, als man wollte

Anteil der Zustimmungen mit „oft“ oder „immer“ in Prozent



Anmerkungen: 95-Prozent-Konfidenzintervalle. Anteilsvergleich (Logit-Modell) zwischen neueren Geflüchteten und der jeweiligen Bevölkerungsgruppe. Signifikanzniveau: ***p<0,01; **p<0,05; *p<0,1. Die Daten beziehen sich auf das Jahr 2018.

Datenbasis: SOEP v35, gewichtet.

© DIW Berlin 2020

Geflüchtete der letzten Jahre nehmen ihre psychische Gesundheit häufiger als einschränkend wahr als Bevölkerungsgruppen ohne Fluchterfahrung.

hoch, liegt über dem Bevölkerungsdurchschnitt und ist innerhalb der jeweiligen Bildungsgruppe signifikant höher als bei fast allen übrigen Bevölkerungsgruppen, mit Ausnahme der Personen mit indirektem Migrationshintergrund.

Bei der psychischen Gesundheit nach Bildungsschichten zeigt sich kein eindeutiger Zusammenhang. Neuere Geflüchtete berichten ein niedrigeres psychisches Wohlbefinden als der Bevölkerungsdurchschnitt, insbesondere wenn diese einen niedrigen Bildungsstand haben. Besonders niedrig ist das psychische Wohlbefinden bei Geflüchteten, die vor 2013 in Deutschland angekommen sind, wenn diese einen höheren Bildungsstand haben.

Selbsteinschätzung bestätigt weitgehend Ergebnisse zur psychischen Gesundheit

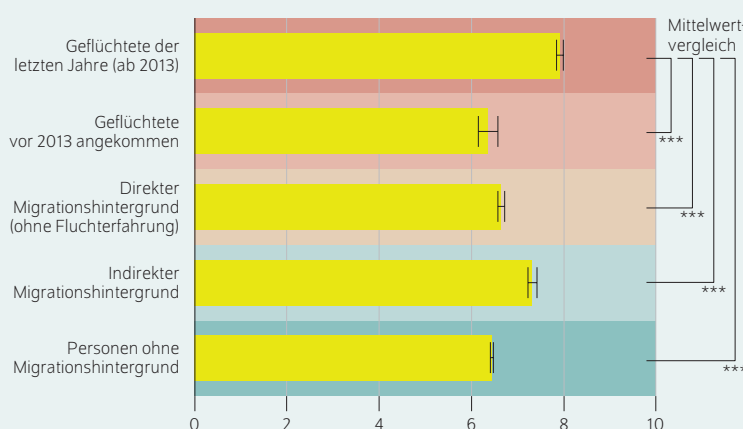
Neben den Skalen zur körperlichen und psychischen Gesundheit wird im SOEP auch eine Selbsteinschätzung der körperlichen und psychischen Gesundheit erfasst (Kasten 3). Diese Selbsteinschätzung wird mit den Fragen, ob die Befragten in den letzten vier Wochen wegen körperlicher beziehungsweise emotionaler Probleme weniger geschafft haben, gemessen.

Neuere Geflüchtete und Personen mit indirektem Migrationshintergrund berichten die geringsten körperlichen Einschränkungen (Abbildung 5). Dies entspricht den

Abbildung 6

Zufriedenheit mit der Gesundheit

Durchschnittliche Angaben auf einer Skala von 0 (ganz und gar unzufrieden) bis 10 (ganz und gar zufrieden)



Anmerkungen: Mittelwerte und 95-Prozent-Konfidenzintervalle. Mittelwertvergleich (t-Test) zwischen neueren Geflüchteten und der jeweiligen Bevölkerungsgruppe. Signifikanzniveau: ***p<0,01; **p<0,05; *p<0,1. Die Daten beziehen sich auf das Jahr 2018.

Datenbasis: SOEP v35, gewichtet.

© DIW Berlin 2020

Geflüchtete der letzten Jahre sind mit ihrer Gesundheit zufriedener als alle anderen Bevölkerungsgruppen.

Ergebnissen zur körperlichen Gesundheit (Abbildung 1). Demgegenüber berichten Geflüchtete, die vor 2013 in Deutschland angekommen sind, Personen mit direktem und ohne Migrationshintergrund häufiger von körperlichen Einschränkungen.

Analog zu den Ergebnissen des psychischen Gesundheitsindex (Abbildung 1) sehen sich insbesondere Geflüchtete in ihrer psychischen Gesundheit beeinträchtigt (Abbildung 5). Damit bestätigt die Auswertung zur psychischen Selbsteinschätzung der Geflüchteten im Vergleich zu den anderen Bevölkerungsgruppen weitgehend die vorangegangene Analyse zur psychischen Gesundheit.

Geflüchtete der letzten Jahre zufriedener mit Gesundheit als andere Bevölkerungsgruppen

Die gesundheitliche Situation steht meist in Zusammenhang mit der subjektiven Zufriedenheit mit der Gesundheit²¹, daher sind auch für dieses Maß ähnliche Muster über die Bevölkerungsgruppen zu erwarten. Neuere Geflüchtete berichten im Vergleich zu den anderen Bevölkerungsgruppen die höchste durchschnittliche Zufriedenheit mit der Gesundheit (Abbildung 6). Dies unterstreicht die Ergebnisse des körperlichen Gesundheitsindex beziehungsweise der Selbsteinschätzung der körperlichen Einschränkungen (Abbildungen 1 und 5). Das niedrige durchschnittliche psychische Wohlbefinden der Geflüchteten spiegelt sich hingegen kaum im Durchschnitt der individuellen Zufriedenheit mit der Gesundheit wider.

²¹ Alex Michalos und Bruno Zumbo (2002): Healthy Days, Health Satisfaction and Satisfaction with the Overall Quality of Life. *Social Indicators Research* 59 (3), 321–338.

Maria Metzning ist wissenschaftliche Mitarbeiterin der Infrastruktureinrichtung Sozio-oekonomisches Panel am DIW Berlin | mmetzing@diw.de

Diana Schacht ist stellvertretende Projektleiterin im ERIK Projekt am Deutschen Jugendinstitut e.V. (DJJ) München | dschacht@djji.de

JEL: F22, I14

Keywords: Refugees, migrants, natives, health status

Fazit: Weitere Unterstützung für Geflüchtete hinsichtlich psychischer Gesundheit notwendig

Zur gesundheitlichen Situation von Geflüchteten der letzten Jahre, insbesondere im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen, liegen bisher nur wenige empirische Erkenntnisse vor. Ein direkter Vergleich dieser Geflüchteten mit den anderen Bevölkerungsgruppen zeigt, dass sich deren körperlicher Gesundheitszustand signifikant von fast allen anderen Vergleichsgruppen unterscheidet. Einzige Ausnahme stellt die Gruppe mit indirektem Migrationshintergrund dar. Da die Geflüchteten der letzten Jahre wesentlich jünger sind als die anderen Bevölkerungsgruppen, ist die im Durchschnitt bessere körperliche Verfassung auch durch die unterschiedliche Altersstruktur bedingt.

Die vorliegenden Untersuchungen zeigen ein erhöhtes psychisches Gesundheitsrisiko von Geflüchteten. Möglicherweise ist dies auf traumatische Erfahrungen während der Flucht oder eines Krieges zurückzuführen. Auch können die Trennung von Familienmitgliedern, ungewisse Zukunftsaussichten und der eingeschränkte Zugang zum Gesundheitssystem gesundheitliche Einschränkungen und Risiken beeinflussen.

Der Zeitvergleich von 2016 zu 2018 legt nahe, dass sich die psychische Gesundheit der seit 2013 angekommenen Geflüchteten zwar dem Bevölkerungsdurchschnitt angenähert hat, aber immer noch signifikant darunter liegt. Weitere Maßnahmen zur Unterstützung der psychischen Gesundheit, insbesondere für die Altersgruppe über 45 Jahren, sind notwendig. Wie eine derartige Förderung aussehen kann, wird derzeit in Politik und Wissenschaft diskutiert. Weitere Studien sind nötig, um die genauen Gründe für diese Unterschiede zu ermitteln. Derartige Studien werden gebraucht, um eine Reduktion der gesundheitlichen Ungleichheiten in Deutschland mit gezielten Maßnahmen und spezifischen therapeutischen Angeboten möglichst effizient gestalten zu können.

Antonia Scherz ist studentische Mitarbeiterin der Infrastruktureinrichtung Sozio-oekonomisches Panel am DIW Berlin | ascherz@diw.de

IMPRESSUM



DIW Berlin — Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e.V.

Mohrenstraße 58, 10117 Berlin

www.diw.de

Telefon: +49 30 897 89-0 Fax: -200

87. Jahrgang 29. Januar 2020

Herausgeberinnen und Herausgeber

Prof. Dr. Pio Baake; Prof. Dr. Tomaso Duso; Prof. Marcel Fratzscher, Ph.D.;
Prof. Dr. Peter Haan; Prof. Dr. Claudia Kemfert; Prof. Dr. Alexander S. Kritikos;
Prof. Dr. Alexander Kriwoluzky; Prof. Dr. Stefan Liebig; Prof. Dr. Lukas Menkhoff;
Dr. Claus Michelsen; Prof. Karsten Neuhoff, Ph.D.; Prof. Dr. Jürgen Schupp;
Prof. Dr. C. Katharina Spieß; Dr. Katharina Wrohlich

Chefredaktion

Dr. Gritje Hartmann; Dr. Wolf-Peter Schill

Lektorat

Julia Schmieder

Redaktion

Dr. Franziska Bremus; Rebecca Buhner; Claudia Cohnen-Beck;
Dr. Anna Hammerschmid; Petra Jasper; Sebastian Kollmann; Bastian Tittor;
Dr. Alexander Zerrahn

Vertrieb

DIW Berlin Leserservice, Postfach 74, 77649 Offenburg

leserservice@diw.de

Telefon: +49 1806 14 00 50 25 (20 Cent pro Anruf)

Gestaltung

Roman Wilhelm, DIW Berlin

Umschlagmotiv

© imageBROKER / Steffen Diemer

Satz

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

Druck

USE gGmbH, Berlin

ISSN 0012-1304; ISSN 1860-8787 (online)

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

Abonnieren Sie auch unseren DIW- und/oder Wochenbericht-Newsletter
unter www.diw.de/newsletter