



63 Bericht von Maria Metzger, Diana Schacht, Antonia Scherz

Psychische und körperliche Gesundheit von Geflüchteten im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen

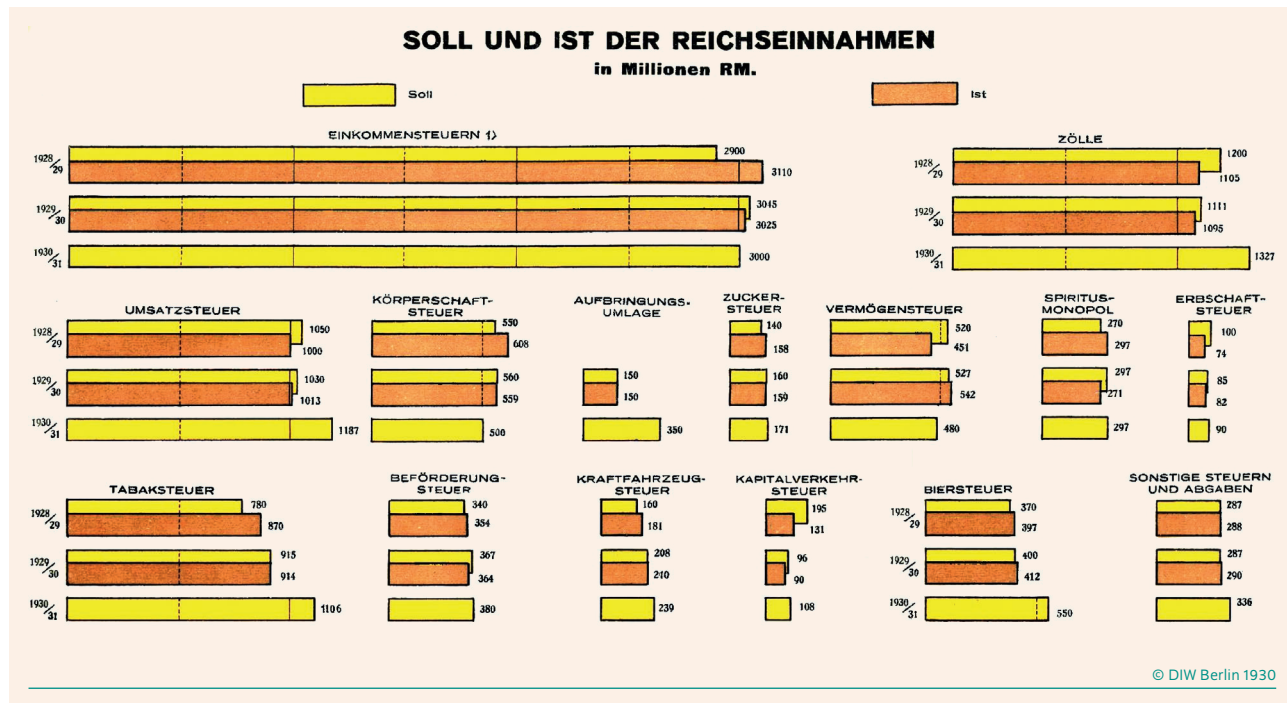
- Aktuelle Befragung zeigt Gesundheitsunterschiede nach Migrationshintergrund auf
- Seit 2013 angekommene Geflüchtete jünger und körperlich gesünder als Bevölkerungsdurchschnitt
- Psychische Gesundheit dieser Geflüchteten unterdurchschnittlich

73 Interview mit Maria Metzger

76 Kommentar von Karsten Neuhoff

Ein europäischer grüner Deal mit vielen Facetten

Reichseinnahmen und Konjunktur



Die tatsächlichen Einnahmen des Reiches aus Steuern und Zöllen sind im Rechnungsjahr 1919/30 gegenüber dem veranschlagten Betrag um rund 70 Millionen Reichsmark zurückgeblieben, während noch im Rechnungsjahr 1928/29 die tatsächlichen Einnahmen um etwa 160 Millionen Reichsmark größer waren als der im Haushaltsplan vorgesehene Betrag. [...] Anzeichen für eine durchgreifende konjunkturelle Besserung der Wirtschaftslage liegen zurzeit nicht vor; es ist aber leicht möglich, dass sich im weiteren Verlauf des Rechnungsjahres 1930/31 eine gewisse Erholung der Wirtschaft aus der Depression vollziehen wird [...].

Aus dem Wochenbericht Nr. 5 vom 30. April 1930

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).

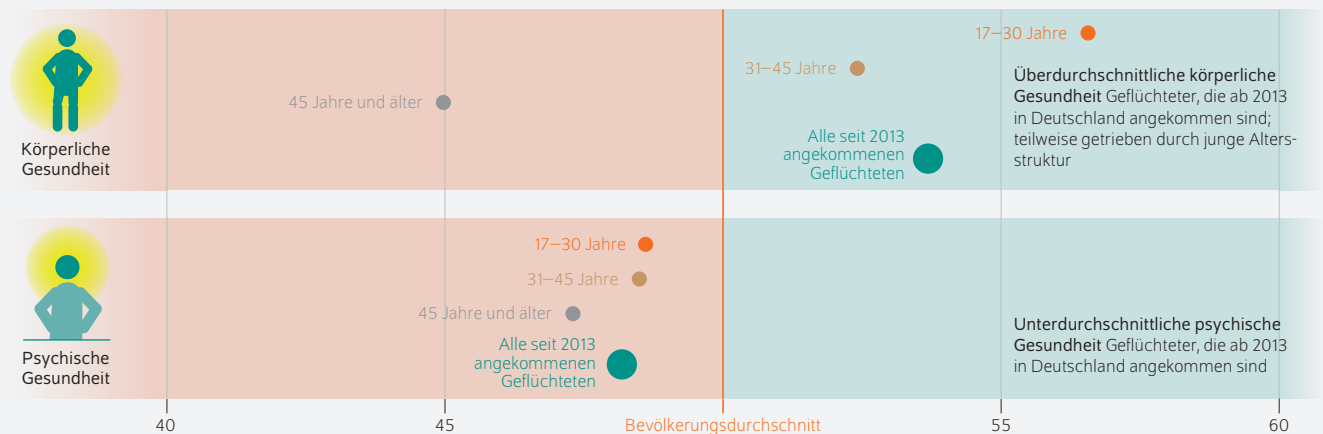
Abonnieren Sie auch unseren DIW- und/oder Wochenbericht-Newsletter
unter www.diw.de/newsletter

Psychische und körperliche Gesundheit von Geflüchteten im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen

Von Maria Metzling, 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 Metzling, Studienautorin —

MEDIATHEK



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

Psychische und körperliche Gesundheit von Geflüchteten im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen

Von Maria Metzing, 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 Zwölfte 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 Metzger 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 Metzger 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.

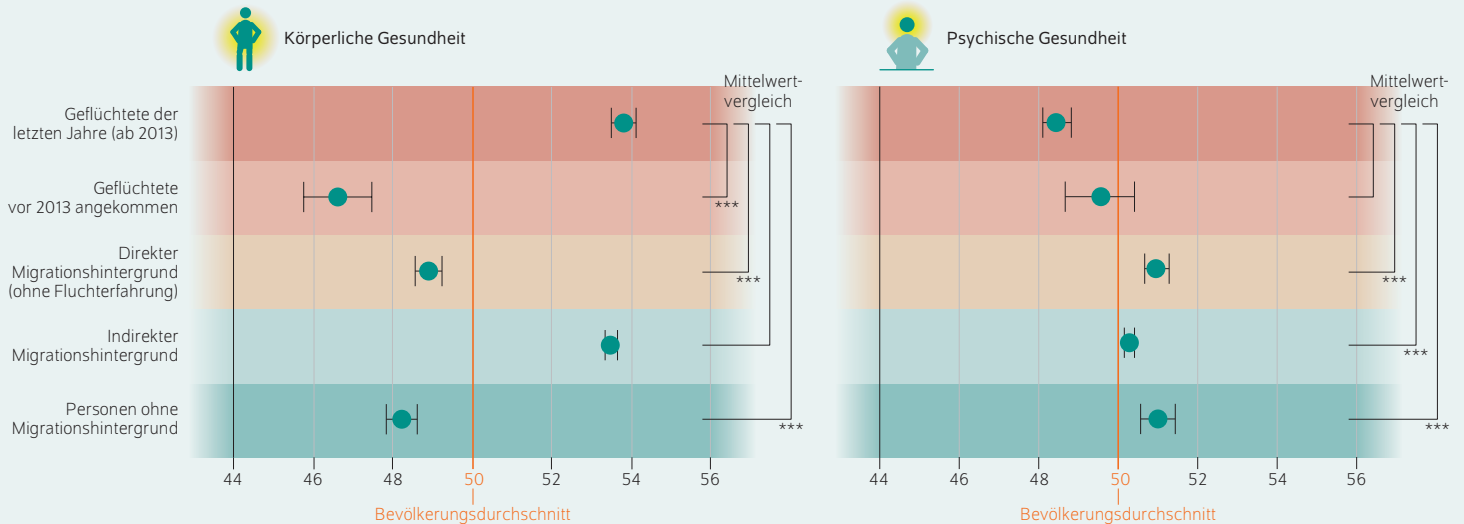
14 Der Vergleich eines Indexniveaus von 45 zu 50 würde somit 50 Prozent einer Standardabweichung entsprechen.

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

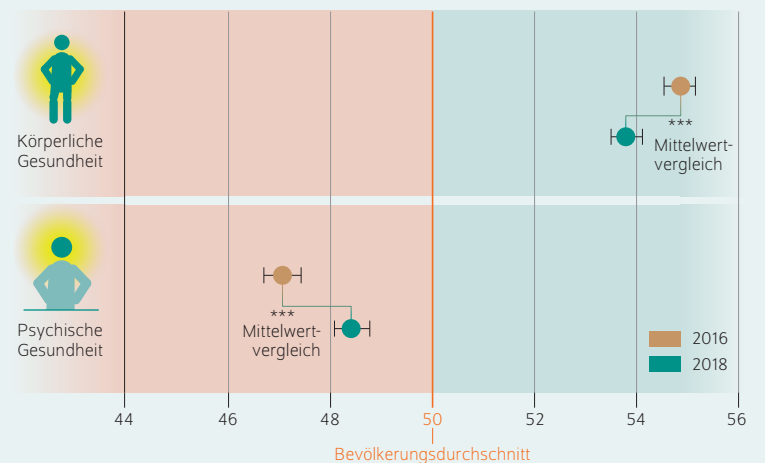
Die psychische Gesundheit wird anhand eines separaten Index gemessen, der die mentale Gesundheit in einer Kennzahl zusammenfasst (Kasten 3). Analog zum Index der körperlichen Gesundheit ist die Skala so normiert, dass 50 dem durchschnittlichen Wert der Bevölkerung in Deutschland entspricht und höhere 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.

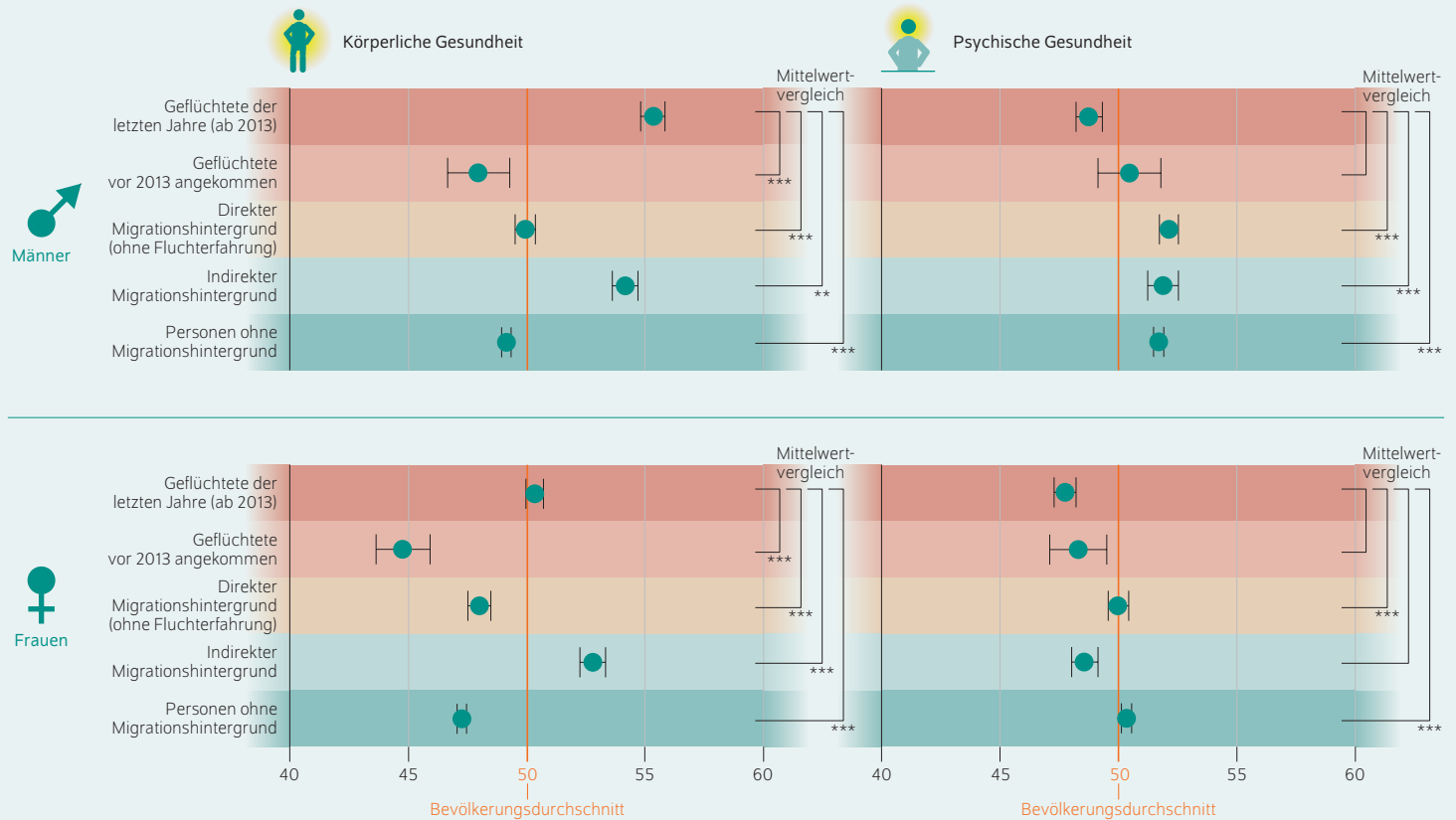
© DIW Berlin 2020

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.

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

Gesundheit in beiden Jahren unter dem Bevölkerungsdurchschnitt liegt.

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).

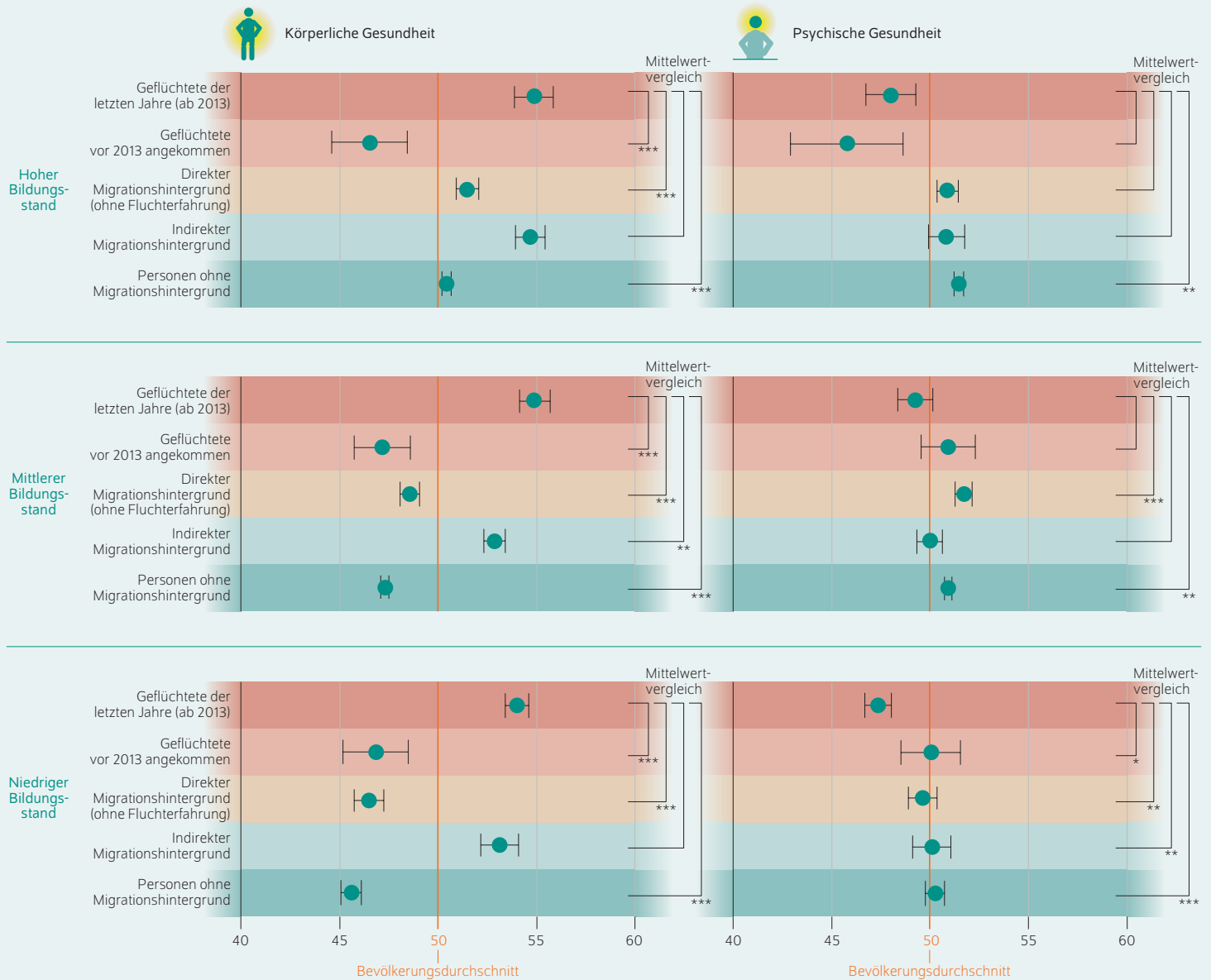
In der jüngsten Altersgruppe (17- bis 30-Jährige) weisen neuere Geflüchtete eine bessere körperliche Gesundheit im Vergleich zu den anderen Bevölkerungsgruppen auf. In den mittleren (31- bis 45-Jährige) und älteren Altersgruppen (46-Jährige und älter) ergeben sich hingegen nur vereinzelt signifikante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

positive 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.

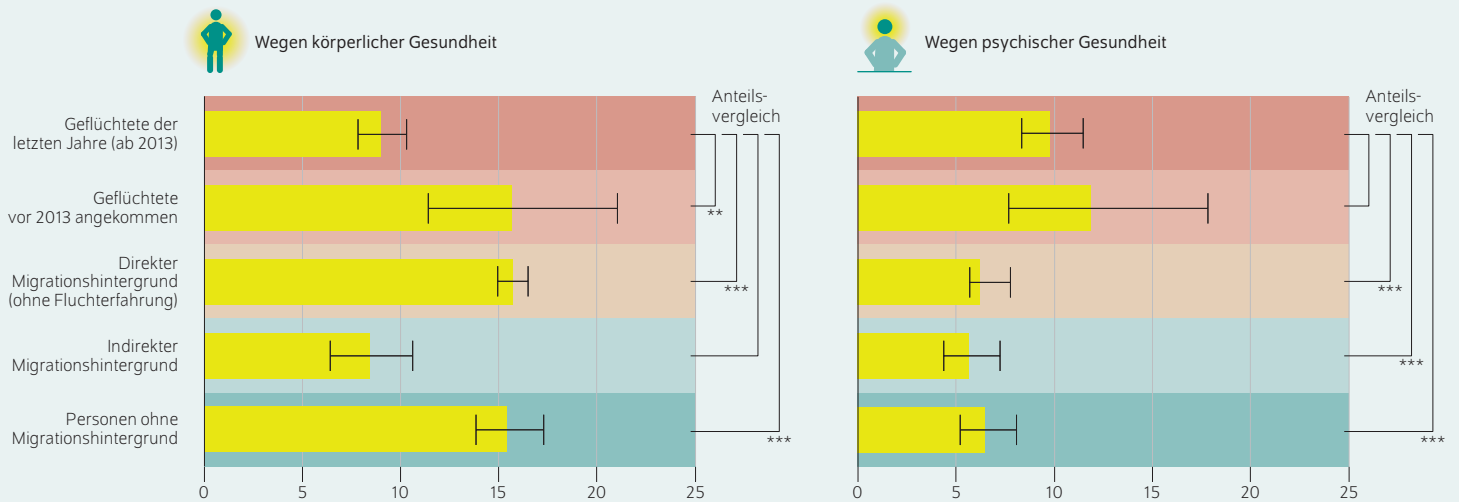
¹⁹ Maria Metzger und Diana Schacht (2019): Gesundheitliche Situation der Bevölkerung mit Migrationshintergrund in Deutschland – Sonderauswertung für die Migrationsbeauftragte 2019. SOEP Survey Paper 700: Series C – Data Documentation (online verfügbar).

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. Signifikanzniveaus: ***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

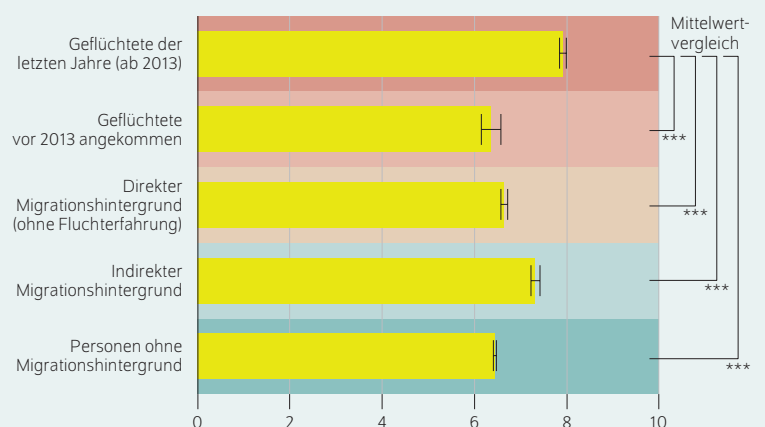
Neben den Skalen zur körperlichen und psychischen Gesundheit wird im SOEP auch eine Selbsteinschätzung der körperlichen und psychischen Gesundheit erfasst (Kasten 3). Diese Selbsteinschätzung wird mit den Fragen, ob die Befragten in den letzten vier Wochen wegen körperlicher beziehungsweise emotionaler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

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.

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

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

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

JEL: F22, I14

Keywords: Refugees, migrants, natives, health status

INTERVIEW



„Gesundheitliche Unterstützung für Geflüchtete muss sich weiter verbessern“

Dr. Maria Metzger ist wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Infrastruktureinrichtung Sozio-oekonomisches Panel am DIW Berlin.

1. **Frau Metzger, wie gut oder schlecht ist der durchschnittliche Gesundheitszustand von Geflüchteten im Vergleich zur deutschen Gesamtbevölkerung?** Wir haben den Gesundheitszustand Geflüchteter, die ab 2013 nach Deutschland gekommen sind, mit anderen Bevölkerungsgruppen verglichen. Zu den untersuchten Gruppen gehören u. a. Geflüchtete, die vor 2013 ankamen, aber auch Personen ohne Migrationshintergrund. Unsere Studie zeigt, dass die körperliche Gesundheit der Geflüchteten, die seit 2013 in Deutschland angekommen sind, im Vergleich zur Gesamtbevölkerung überdurchschnittlich gut ist. Allerdings ist der körperliche Gesundheitszustand der Geflüchteten, die vor 2013 kamen, unterdurchschnittlich. Zum einen wird das daran liegen, dass die Geflüchteten, die schon länger in Deutschland leben, im Durchschnitt wesentlich älter sind. Zum anderen könnte dies mit sozioökonomischen Faktoren zusammenhängen, wie zum Beispiel einem geringeren Einkommen oder einer schlechteren Wohnsituation.
2. **Wie ist es zu erklären, dass die körperliche Gesundheit der Geflüchteten, die seit 2013 gekommen sind, über dem Durchschnittswert der deutschen Gesamtbevölkerung liegt?** Andere Forschungsarbeiten zeigen, dass gerade MigrantInnen in einem guten körperlichen Zustand sind, wenn sie in neue Länder flüchten. Denn man muss bestimmte körperliche Voraussetzungen mitbringen, damit man eine Flucht auf sich nehmen kann. In unseren Analysen zeigt sich aber auch, dass das Alter eine Rolle spielt. Die neueren Geflüchteten sind sehr jung und haben auch dadurch einen besseren körperlichen Gesundheitszustand als der Bevölkerungsdurchschnitt. Bei der psychischen Gesundheit sehen wir allerdings, dass die Geflüchteten in allen Altersgruppen, insbesondere aber in der Altersgruppe über 45 Jahre, einen schlechteren Gesundheitszustand als der Bevölkerungsdurchschnitt haben.
3. **Woran liegt es, dass der psychische Zustand schlechter ist?** Das kann daran liegen, dass durch die Fluchterfahrungen Traumatisierungen entstanden sind. Aber es gibt auch

andere Dinge, die psychische Folgen haben können, zum Beispiel die Trennung von der Familie.

4. **Wie sieht es aus, wenn man nach Geschlecht unterscheidet?** Es zeigt sich, dass Frauen in der Tendenz in allen Bevölkerungsgruppen eine schlechtere körperliche und psychische Gesundheit haben.
5. **Welche Rolle spielt die Bildung?** In allen untersuchten Bildungsständen ist die körperliche Gesundheit der Geflüchteten der letzten Jahre höher und die psychische Gesundheit niedriger als beim Bevölkerungsdurchschnitt.
6. **Bleiben die Unterschiede im Zeitverlauf konstant oder ist in den letzten Jahren eine Veränderung zu erkennen?** Hierfür haben wir Daten aus 2016 und 2018 miteinander verglichen. Wir haben festgestellt, dass sich die körperliche und psychische Gesundheit der neueren Geflüchteten dem Bevölkerungsdurchschnitt angenähert haben. Die Änderungen sind aber eher gering. So bleibt auch in 2018 festzustellen, dass die körperliche Gesundheit von Geflüchteten der letzten Jahre besser und ihre psychische Gesundheit durchschnittlich schlechter ist als beim Bevölkerungsdurchschnitt.
7. **Welche gesundheitspolitischen Forderungen lassen sich aus Ihren Ergebnissen ableiten?** Im Bereich der gesundheitlichen Versorgung Geflüchteter hat sich seit 2015 schon Einiges verbessert. Seit 2015 ist der Zugang für Asylsuchende zum deutschen Gesundheitssystem nach einem 15-monatigen Aufenthalt möglich, vorher waren das 48 Monate. Aber da die psychische Gesundheit immer noch unter dem Bevölkerungsdurchschnitt liegt, sollten in diesem Bereich weitere Maßnahmen getroffen werden.

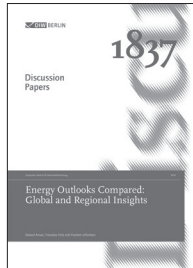
Das Gespräch führte Erich Wittenberg.



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

Discussion Papers Nr. 1837

2019 | Dawud Ansari, Franziska Holz, Hashem al-Kuhlani



Energy Outlooks Compared: Global and Regional Insights

We compare prominent global energy scenarios of organisations and companies. We supplement the analysis with four own scenarios, which were derived from structured analytic techniques in combination with a numerical global energy and resource market model (Multimod). Our study provides three central contributions: (i) a compact survey of selected outlooks with meta characteristics (conceptual nature, numerical framework, qualitative elaboration) and quantitative energy system indicators at the global and regional (Europe, Asia-Pacific region, North America) level; (ii) numerous observations from a verbal analysis intended to stimulate future research; and (iii) the discussion of our own outlook. Among

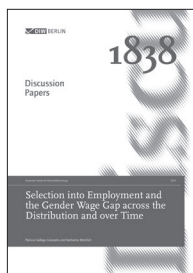
other conclusions, we find that scenarios essentially carrying forward current policies and/or trends lead to future worlds that do not meet the 2°C target of the Paris Agreement. Interestingly, there are both normative and exploratory scenarios reaching the Paris Agreement, and there is no consensus between outlooks on how to attain low-emission futures towards 2050. Some scenarios rely on a very strong role of renewables, others on a substantial role of negative emission technologies with fossil fuel use, yet others on assuming decreasing energy demand. There is a strong variation between outlooks with respect to transparency on scenario generation, modelling approach, and data. We argue that, in addition to transparency, the actual inclusion of a qualitative analysis of drivers and storylines helps ensure the political, social and technological feasibility of scenarios.

www.diw.de/publikationen/diskussionspapiere



Discussion Papers Nr. 1838

2019 | Patricia Gallego Granados, Katharina Wrohlich



Selection into Employment and the Gender Wage Gap across the Distribution and over Time

Using quantile regression methods, this paper analyses the gender wage gap across the wage distribution and over time (1990–2014), while controlling for changing sample selection into full-time employment. Our findings show that the selection-corrected gender wage gap is much larger than the one observed in the data, which is mainly due to large positive selection of women into fulltime employment. However, we show that selection-corrected wages of male and female workers at the lower half of the distribution have moderately converged over time. The reason for this development have been changes in

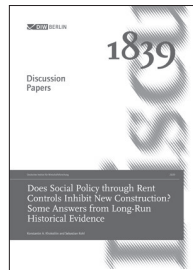
the composition of the male full-time employment force over time, which in spite of the rather constant male full-time employment rate, have given place to a small but rising selection bias in male observed wages. In the upper half of the wage distribution, however, neither the observed nor the selection-corrected gender wage gap has narrowed over time.

www.diw.de/publikationen/diskussionspapiere



Discussion Papers Nr. 1839

2020 | Konstantin A. Kholodilin, Sebastian Kohl



Does Social Policy through Rent Controls Inhibit New Construction? Some Answers from Long-Run Historical Evidence

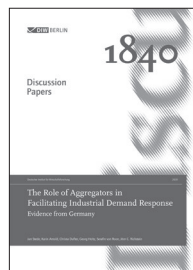
The (re-)introduction of rent regulation in the form of rent controls, tenant protection or supply rationing is back on the agenda of policymakers in light of rent inflation in many global cities. While rent control as social policy promises short-term relief, economists point to their negative long-run effects on new construction. This paper presents long-run data on both rent regulation and housing construction for 16 developed countries (1910-2017) and 44 developing countries since the 1980s to confirm the economists' view generally, albeit with certain reservations. The negative effect of regulation can be offset by exemptions for new construction, by compensating government construction and by a flight of new construction into the owner-occupied sector. The overall magnitude of the effect is therefore not as high as expected and shows non-linearities. But, although rent control is usually introduced with good social-policy intentions, it generally risks to crowd out its object of regulation through inhibiting new construction.

www.diw.de/publikationen/diskussionspapiere



Discussion Papers Nr. 1840

2020 | Jan Stede, Karin Arnold, Christa Dufter, Georg Holtz, Serafin von Roon, Jörn C. Richstein



The Role of Aggregators in Facilitating Industrial Demand Response: Evidence from Germany

Industrial demand response can play an important part in balancing the intermittent production from a growing share of renewable energies in electricity markets. This paper analyses the role of aggregators—intermediaries between participants and the electricity market—in facilitating industrial demand response. Based on the results from semi-structured interviews with German demand response aggregators, as well as a wider stakeholder online survey, we examine the role of aggregators in overcoming barriers to industrial demand response. We find that a central role for aggregators is to raise awareness for the potentials of demand response, as well as to support implementation by engaging key actors in industrial companies. Moreover, we develop a taxonomy that helps analyse how the different functional roles of aggregators create economic value. We find that there is considerable heterogeneity in the kind of services that aggregators offer, many of which do create significant economic value. However, some of the functional roles that aggregators currently fill may become obsolete once market barriers to demand response are reduced or knowledge on demand response becomes more diffused.

www.diw.de/publikationen/diskussionspapiere





KARSTEN NEUHOFF

Ein europäischer grüner Deal mit vielen Facetten

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

Europa hat sich große Ziele gesetzt: Mit dem European Green Deal hat sich unser Kontinent vorgenommen, bis zum Jahr 2050 klimaneutral zu werden. Der Begriff Deal bezieht sich auf Franklin Roosevelts New Deal, der in den 1930er Jahren mit Investitionsprojekten, Regulierungen und Finanzmarktreformen die USA aus der Weltwirtschaftskrise führte. Doch was bedeutet eigentlich Deal? Das Lexikon macht viele Vorschläge:

Deal als Geschäft

Natürlich geht es für alle Unternehmen ums Geschäft. Sie wollen Gewinne machen, aber gesellschaftlich ist dieses Geschäft auch Grundlage von Arbeitsplätzen und Steuern für unsere Sozialsysteme. Die wachsende Diskrepanz zwischen der dringender werdenden Reduktion von Treibhausgasen einerseits und den weiterhin unzureichenden Energie- und Klimapolitikmaßnahmen andererseits führt zu immer größeren Unsicherheiten bei den Unternehmen. Welche Gesetzesvorhaben bringt die Regierung auf den Weg, welcher regulatorische Rahmen wird entstehen? Diese Unsicherheiten verzögern langfristig orientierte Investitionen, zum Beispiel in (grüne) Innovationen. Mit dem Deal kann die Kohärenz und damit die Investitionssicherheit gestärkt werden.

Deal als Coup

In den letzten Jahren hat Europa einige Rückschläge verkraften müssen: Brexit, Ukraine, Syrien und Iran sind da nur einige innen- und außenpolitische Stichworte. Mit dem European Green Deal könnte es gelingen, nach außen Glaubwürdigkeit und Respekt sowie nach innen wieder Gemeinschaftsgefühl und Solidarität zu erringen. In den internationalen Klimaverhandlungen Ende letzten Jahres war die mit dem Deal anvisierte EU-weite Klimaneutralität das Highlight. Jetzt warten Zivilgesellschaft, Investoren und Unternehmen gespannt darauf, wie der Deal konkret umgesetzt wird: Welche Teile unseres wirtschaftlichen und gesellschaftlichen Handelns werden bereits 2030 klimaneutral sein und mit welchen Politikmaßnahmen erreichen wir das?

Deal als Abkommen

Die Diskussionen zum Brexit zeigen, wie eng die Wirtschaftsbeziehungen innerhalb Europas und wie wichtig europäische Marktregeln und Regulierungen sind. Der European Green Deal ist ein Abkommen über alle Regionen der EU und alle Sektoren hinweg: Gemeinsam machen wir uns auf den Weg zu Klimaneutralität, sozialem Zusammenhalt und zukunftsfähigen Märkten. Das Abkommen beinhaltet das gegenseitige Versprechen, dass dabei niemand alleine gelassen werden soll. Beim Kohleausstieg sehen wir bereits, wie wichtig insbesondere neue Perspektiven für betroffene Regionen sind. Wird es in den anstehenden Diskussionen zum nächsten EU-Budget gelingen, mehr als die bisher vorgesehenen 25 Prozent der Mittel dem Klima zu widmen und dabei noch klarer zu definieren, welche Ausgaben angerechnet werden können?

Deal als Handel

Die internationalen und europäischen Handelsregeln haben einen großen Einfluss auf den Klimaschutz. Das Thema ist ein zentrales Element des European Green Deal. Für die Schwerindustrie wird zum Beispiel eine CO₂-Grenzsteuer diskutiert. Eine Alternative wäre die nach unseren Analysen deutlich vielversprechendere Ergänzung des Emissionshandels um einen Klimabeitrag. Mit der Abgabe auf die Nutzung CO₂-intensiver Grundstoffe werden klimafreundliche Materialien im Vergleich zu klimaschädlichen günstiger. Dadurch können klimafreundliche Produktionstechnologien finanziert werden.

Der Begriff Deal hat allein schon rein definitorisch viele Facetten. Inhaltlich sind alle wichtig für eine erfolgreiche Umsetzung des europäischen Green Deal. Die neue EU-Kommission hat dazu eine umfassende Strategie vorgelegt, deren Ausgestaltung und Umsetzung unser aller Zusammenarbeit bedarf. Deutschland hat durch die deutsche EU-Präsidentschaft im zweiten Halbjahr 2020 eine große Chance, die europäische Vision zu entwickeln und zu stärken. Die Länder und Menschen, deren Existenz vom Klimawandel bedroht ist, werden uns eine entschlossene Umsetzung der Vision Klimaneutralität danken.