

Biddle, Louise

Article

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

DIW Wochenbericht

Provided in Cooperation with:

German Institute for Economic Research (DIW Berlin)

Suggested Citation: Biddle, Louise (2024) : Verlängerte Leistungseinschränkungen für Geflüchtete: Negative Konsequenzen für Gesundheit - erhoffte Einsparungen dürften ausbleiben, DIW Wochenbericht, ISSN 1860-8787, Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW), Berlin, Vol. 91, Iss. 12, pp. 199-207, https://doi.org/10.18723/diw_wb:2024-12-4

This Version is available at:

<https://hdl.handle.net/10419/289542>

Standard-Nutzungsbedingungen:

Die Dokumente auf EconStor dürfen zu eigenen wissenschaftlichen Zwecken und zum Privatgebrauch gespeichert und kopiert werden.

Sie dürfen die Dokumente nicht für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, öffentlich zugänglich machen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Sofern die Verfasser die Dokumente unter Open-Content-Lizenzen (insbesondere CC-Lizenzen) zur Verfügung gestellt haben sollten, gelten abweichend von diesen Nutzungsbedingungen die in der dort genannten Lizenz gewährten Nutzungsrechte.

Terms of use:

Documents in EconStor may be saved and copied for your personal and scholarly purposes.

You are not to copy documents for public or commercial purposes, to exhibit the documents publicly, to make them publicly available on the internet, or to distribute or otherwise use the documents in public.

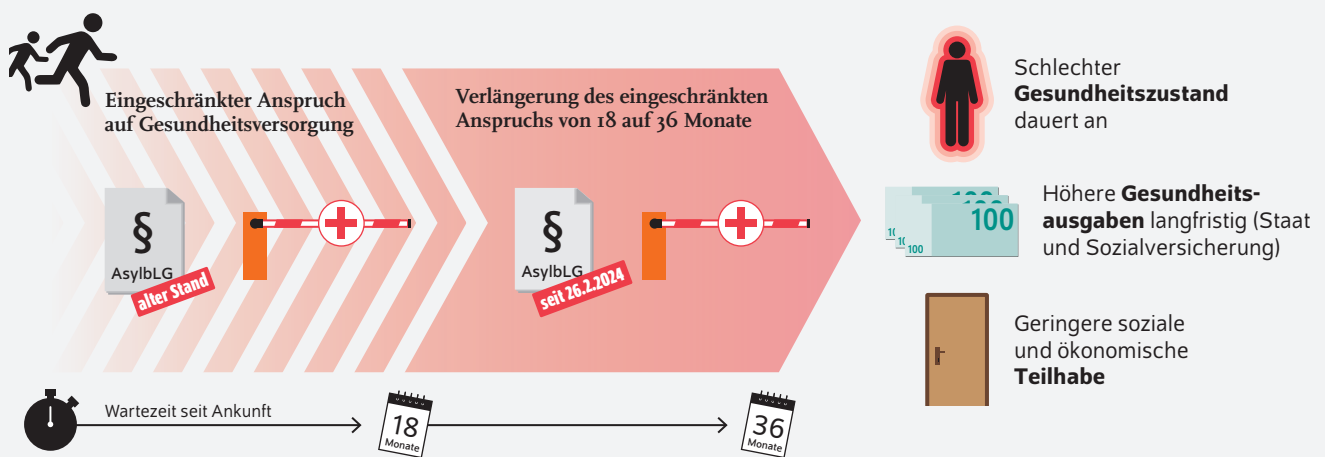
If the documents have been made available under an Open Content Licence (especially Creative Commons Licences), you may exercise further usage rights as specified in the indicated licence.

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

Von Louise Biddle

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

Eingeschränkte Gesundheitsversorgung belastet die Geflüchteten und langfristig auch die Gesellschaft



ZITAT

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

— Louise Biddle —

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

Von Louise Biddle

ABSTRACT

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

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

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

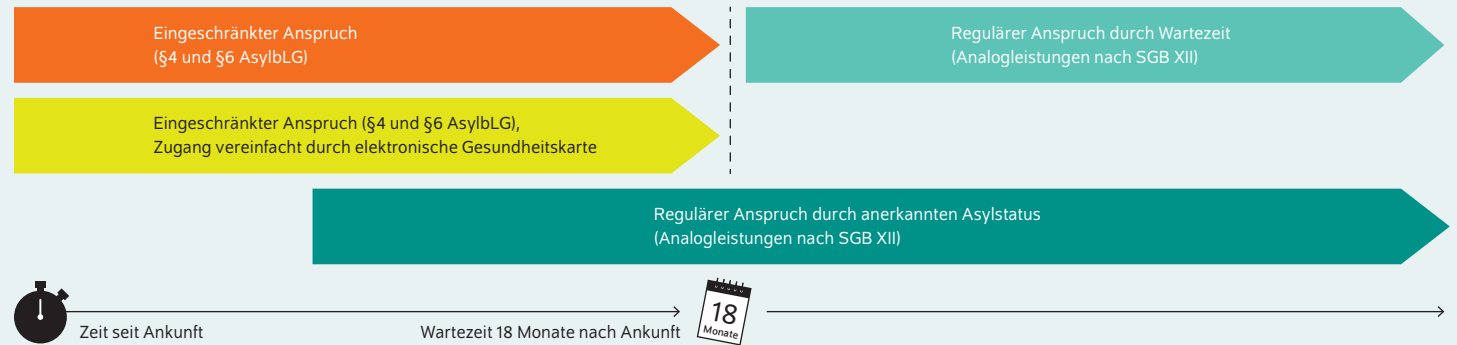
¹ Deutscher Bundestag (2023): Gesetzesentwurf der Fraktion CDU/CSU. Entwurf eines Gesetzes zur Weiterentwicklung des Asylbewerberleistungsgesetzes (Asylbewerberleistungsweiterentwicklungsgesetz – AsylbLWG). Bundestags-Drucksache 20/9309 (14. November 2023, online verfügbar, abgerufen am 28. Februar 2024).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

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

Abbildung 1

Anspruch auf Gesundheitsversorgung im Rahmen des Asylbewerberleistungsgesetzes

Rechtsstand vor dem 26. Februar 2024



Quelle: Eigene Darstellung.

© DIW Berlin 2024

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

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

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

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

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

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

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

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

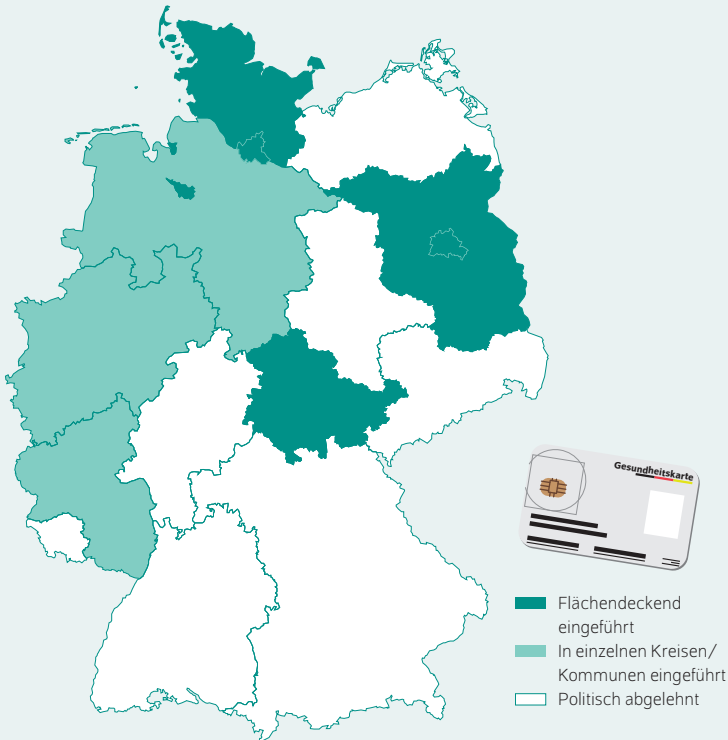
⁶ Anke Spura et al. (2017): Wie erleben Asylsuchende den Zugang zu medizinischer Versorgung? Bundesgesundheitsblatt 60, 462–470 (online verfügbar).

⁷ Führer (2023), a. a. O.

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

Abbildung 2

Verbreitung der elektronischen Gesundheitskarte für Geflüchtete in Deutschland



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

© DIW Berlin 2024

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

lange Geflüchtete tatsächlich auf regulären Anspruch auf Gesundheitsversorgung warten mussten.

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

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

Kasten 1

Elektronische Gesundheitskarte für Geflüchtete

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

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

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

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

³ Wächter-Raquet (2016), a. a. O.

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

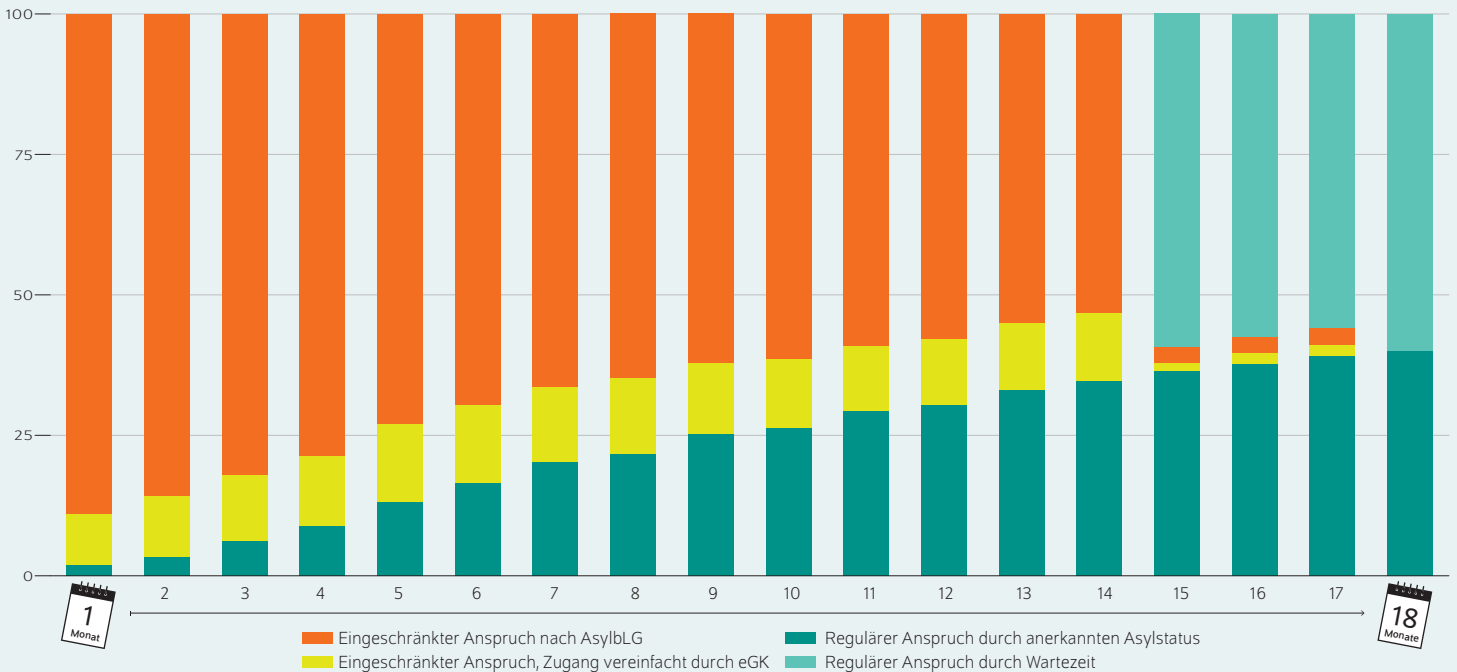
⁵ Jaschke und Kosyakova (2021), a. a. O.

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

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

Abbildung 3

Zugangsform zum Gesundheitssystem nach Monaten seit Ankunft
In Prozent aller Geflüchteten



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

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

© DIW Berlin 2024

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

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

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

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

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

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

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

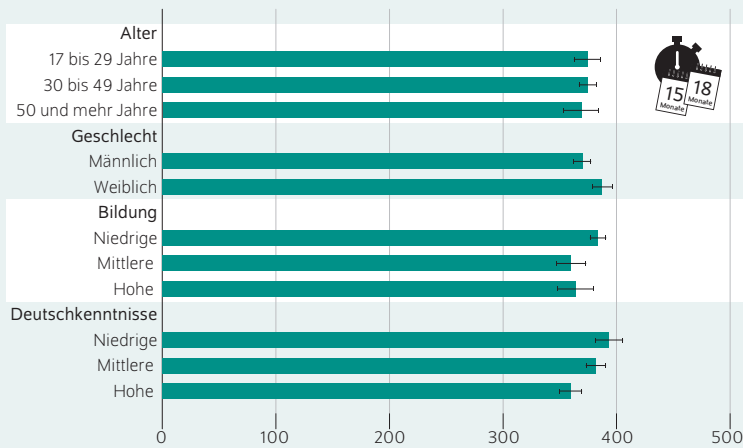
Geltungszeitraum von 36 Monaten dürfte Benachteiligung Geflüchteter mit niedriger Bildung und geringeren Deutschkenntnissen verstärken

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

¹⁰ Zu diesem Zeitpunkt: 15 beziehungsweise 18 Monate

Abbildung 4

Wartezeit bis zum regulären Anspruch auf Gesundheitsleistungen nach Personengruppe¹
In Tagen



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

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

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

© DIW Berlin 2024

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

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

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

Elektronische Gesundheitskarte kommt nur wenigen zugute

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

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

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

Längere Geltungsdauer des AsylbLG: Hoffnung auf Kosteneinsparungen ist kurzfristig

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

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

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

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

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

Kasten 2

Datengrundlage und Methodik

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

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

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

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

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

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

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

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

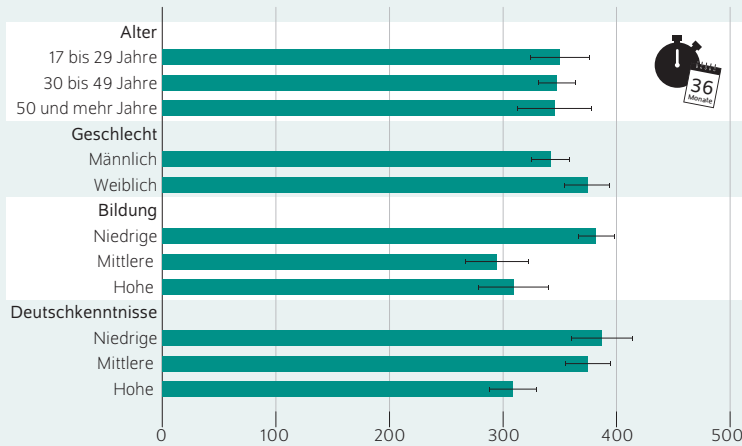
¹ Sozio-oekonomisches Panel (SOEP) (2023): Version 87, Daten der Jahre 1984–2021 (SOEP-Core v38.1, Remote Edition – Update 2023, online verfügbar).

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

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

Abbildung 5

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



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

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

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

© DIW Berlin 2024

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

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

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

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

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

Fazit: Zugang von Geflüchteten zur regulären Gesundheitsversorgung sollte erleichtert werden

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

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

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

¹⁶ Bauer et al. (2020), a.a.O.

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

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

¹⁹ Führer (2023), a. a. O.

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

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

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

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

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

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

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

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

²⁴ Holleder (2020), a. a. O.

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

JEL: H51, I14, J15

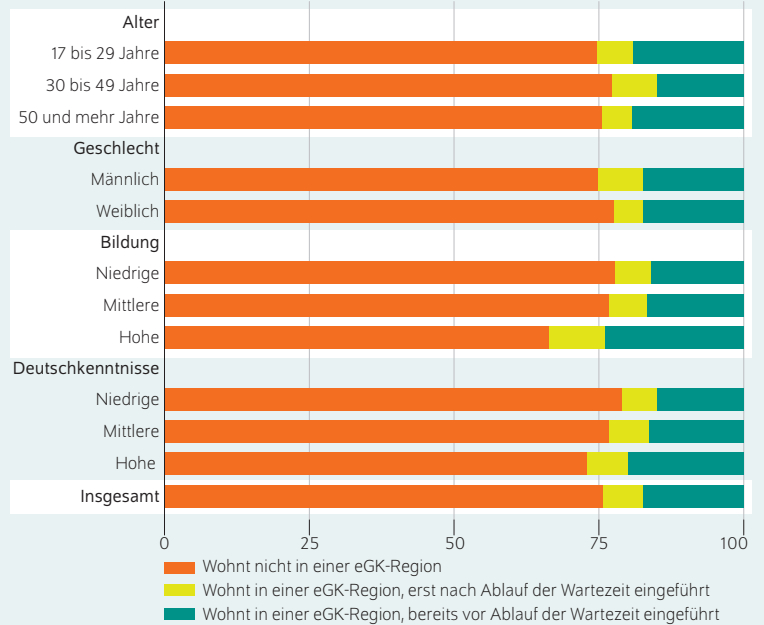
Keywords: refugees, asylum seekers, healthcare entitlement, healthcare access, health inequities

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



Abbildung 6

Abdeckung der elektronischen Gesundheitskarte nach Personengruppe
In Prozent der Geflüchteten



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

© DIW Berlin 2024

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



DIW Berlin — Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung e. V.
Mohrenstraße 58, 10117 Berlin

www.diw.de

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

91. Jahrgang 20. März 2024

Herausgeber*innen

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

Chefredaktion

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

Lektorat

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

Redaktion

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

Gestaltung

Roman Wilhelm; Stefanie Reeg; Eva Kretschmer, DIW Berlin

Umschlagmotiv

© imageBROKER / Steffen Diemer

Satz

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

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

ISSN 1860-8787

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