

Medizinische Versorgung von Flüchtlingen – was ist für die Hausarztpraxis wichtig?

Teil 1: Politische und juristische Rahmenbedingungen

Medical Care for Refugees – What is Important for Family Medicine?

Part 1 Political and Legal Framework

Günther Egidi¹, Sebastian Denzin², Heike Diederichs-Egidi¹, Moritz Eckert³, Marianne Difflipp-Eppele⁴, Jana Husemann⁵, Stefan Kreszis¹, Bernhard Piest⁶, Armin Papke⁷, Uwe Popert⁷

Zusammenfassung: Im Zusammenhang mit kriegerischen Auseinandersetzungen im Nahen und Mittleren Osten sind Hunderttausende Flüchtlinge nach Deutschland gekommen. In den Hausarztpraxen gibt es Unsicherheiten, welche medizinischen Angebote sinnvoll sind und wie sie vergütet werden. Dieser Artikel vermittelt einen Überblick darüber, aus welchen Gegenden die Menschen geflohen sind, welchen Status sie innehaben und wie die medizinische Versorgung gesetzlich geregelt ist. Ein zweiter Artikel gibt Auskunft darüber, welche medizinischen Untersuchungen und Behandlungen sinnvoll sind und wo der Hausarzt* rasch Informationen finden kann.

Schlüsselwörter: Flüchtling; Asyl; medizinische Versorgung; Infektionskrankheiten; Impfungen; Hausarztpraxis

Summary: In connection with wars around the Middle East hundreds of thousands of refugees are coming to Germany. There are uncertainties in family medicine which medical services are reasonable and how they are reimbursed. This article gives an overview of the most common origin countries of refugees, which formal state they have, how medical supply is organized, which medical tests and treatments are meaningful and where a family practitioner can quickly find informations.

Keywords: Refugee; Medical Care; Infectious Diseases; Vaccinations; Family Medicine

¹ Hausarztpraxis in Bremen

² Hausarztpraxis in Heidenau

³ Arzt in Weiterbildung Allgemeinmedizin in Osterode

⁴ Hausarztpraxis in Karlsruhe

⁵ Hausarztpraxis in Hamburg

⁶ Hausarztpraxis in Braunschweig

⁷ Hausarztpraxis in Kassel

*Wenn die männliche Form verwendet wird, geschieht dies nur aus Gründen der Vereinfachung. Gemeint sind immer Frauen und Männer.

Peer reviewed article eingereicht: 04.04.2016, akzeptiert: 22.04.2016

DOI 10.3238/zfa.2016.0277-0282

Hintergrund

Auf Grundlage der Versorgung Hunderttausender Flüchtlinge in Deutschland und der eigenen täglichen Erfahrungen der Autoren in ihren Praxen soll die hier vorgelegte Arbeit einen Überblick über die folgenden Fragen geben:

1. Wie viele Flüchtlinge kommen nach Deutschland, und aus welchen Gebieten sind sie geflohen?
2. Welchen Status haben Flüchtlinge, anerkannte Asylbewerber, Kontingentflüchtlinge und illegale Migranten?
3. Welche Rechtsgrundlagen existieren für die medizinische Versorgung der verschiedenen Gruppen?
4. Wer erbringt gesundheitliche Leistungen für Flüchtlinge, und wie können diese abgerechnet werden?
5. Mit welchen Erkrankungen muss gerechnet werden – welche Screening- und präventiven Maßnahmen sind empfehlenswert?
6. Wo findet der Hausarzt fachliche Empfehlungen zur gesundheitlichen Versorgung von Flüchtlingen?

Zur besseren Handhabbarkeit wird der Artikel in einen politisch-juristischen (Fragen 1–4) und einen medizinischen Teil aufgeteilt (Fragen 5–6). Die Autoren hatten in den letzten Monaten Beiträge zur Thematik im allgemeinmedizinischen Listserver (www.listserv.dfn.de/cgi-bin/wa?SUBED1=allmed-l&A=1) geschrieben und/oder sind in ihren Praxen in besonderem Maß mit Migranten und Flüchtlingen beschäftigt.

Die Grundhaltung der Autoren findet sich in der Erklärung der Welt-Gesundheits-Organisation (WHO) [1]. „Gesundheit für Alle: Wir verpflichten uns erneut darauf, unsere Gesundheitssysteme, darunter die der öffentlichen Gesundheit dienenden Grundfunktionen und -dienste auszubauen, anzupassen und gegebenenfalls zu reformieren, um die allgemeine Zugänglichkeit zu Gesundheitsdiensten sicherzustellen, die sich auf wissenschaftlich fundierte Erkenntnisse stützen, qualitativ gut sind, sich in bezahlbaren Grenzen halten und zukunftsfähig sind.“

Gemeinsam mit der Europäischen Dachorganisation der Allgemeinärzte WONCA-Europe sind wir der Ansicht, dass die Regierungen dazu veranlasst werden sollen, allen Menschen, die dauerhaft oder vorübergehend in Europa le-

ben, einen gleichen und bezahlbaren Zugang zu medizinischen Grundleistungen zu ermöglichen [2]. Hausärzte sollten über epidemiologische Veränderungen in Zusammenhang mit massenhafter Flucht und Migration und die sozialen Determinanten von Gesundheit Bescheid wissen.

1. Wie viele Menschen fliehen und woher kommen sie?

Weltweit sind laut UNO aktuell mehr als 60 Millionen Menschen auf der Flucht [3]. Gemessen an der Zahl der aufnehmenden Bevölkerung lagen folgende Länder bei der Zahl der beherbergten Flüchtlinge pro Einwohner an der Spitze: Libanon, Jordanien, Nauru, Tschad,

Türkei, Südsudan, Mauretanien, Dschibuti, Schweden und Malta. 2014 gelangten rund 218.000 Flüchtlinge aus Asien und Afrika mit dem Boot über das Mittelmeer nach Europa, 2015 waren es mehr als eine Million. Tausende Menschen kamen bei der Überfahrt ums Leben. In der offiziellen Amtssprache gilt man jedoch erst als Flüchtling, wenn der Asylantrag erfolgreich war und man Schutz nach der Genfer Flüchtlingskonvention erhalten hat [4].

In Deutschland registrierten die Behörden im Jahr 2015 mehr als eine Million Asylbewerber. Erst wenn ein Antrag gestellt wurde, gilt eine Person als Asylbewerber, bis dahin als Asylbegehrender oder Asylsuchender. Knapp die Hälfte davon stellte einen Asylantrag – es dau-

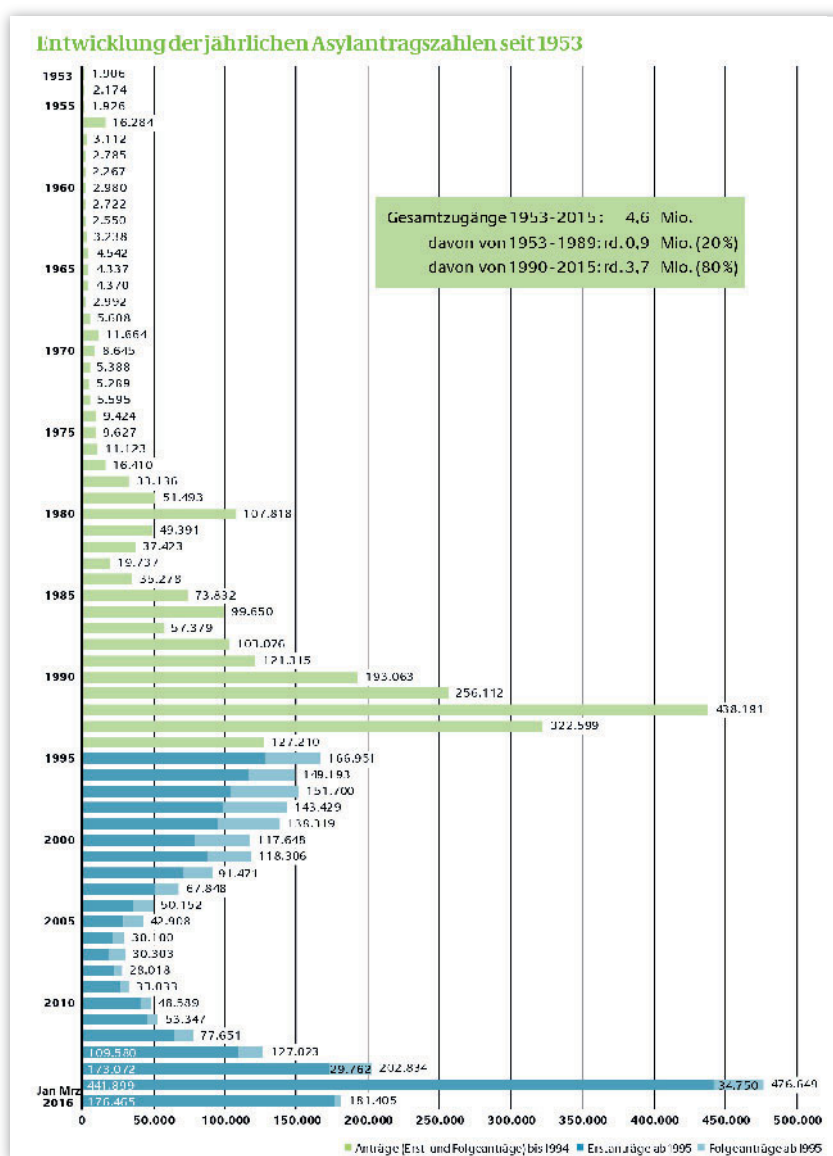


Abbildung 1 Entwicklung der Asylantragszahlen (Quelle Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) März 2016 [4])

ert oft Wochen bis Monate, bis ein Antrag gestellt werden kann (Abb. 1). 1992, während der Jugoslawienkriege, gab es ähnlich viele Asylanträge. Über ein elektronisches Verteilungssystem werden die Flüchtlinge nach dem sogenannten „Königsteiner Schlüssel“ auf die einzelnen Bundesländer verteilt. Die Quoten werden jedes Jahr entsprechend der Steuereinnahmen und der Bevölkerungszahl der Länder berechnet.

Über die Hälfte der Flüchtlinge kam 2015 aus Syrien, Albanien und dem Kosovo (Abb. 2).

Weltweit sind ähnlich viele Frauen wie Männer auf der Flucht. Die Mehrheit der Flüchtlinge, die nach Europa kommen, ist männlich. Mehr als ein Viertel aller Menschen, die 2015 einen Asylantrag in Deutschland stellten, waren Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren.

2. Welchen Status haben Flüchtlinge, anerkannte Asylbewerber, Kontingentflüchtlinge und illegale Migranten?

Nach Artikel 24 der von Deutschland unterzeichneten Genfer Flüchtlingskonvention von 1951 [6] wird „Flüchtlingen, die sich rechtmäßig ... im jeweiligen Land aufhalten, u.a. bei Krankheit dieselbe Behandlung gewährt wie Staatsangehörigen. Allen Flüchtlingen ist ohne Unterschied und Diskriminie-

rung Schutz zu gewähren. Von Personen, die vor Verfolgung fliehen, kann nicht erwartet werden, dass sie beim Verlassen ihres Landes alle Vorschriften einhalten. Sie sollten nicht wegen illegaler Einreise bestraft werden.“

In Artikel 16 a des Grundgesetzes ist das Asylrecht verankert [7]. Es heißt darin: „(1) Politisch Verfolgte genießen Asylrecht. (2) Auf Absatz 1 kann sich nicht berufen, wer aus einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaften oder aus einem anderen [sicheren] Drittstaat einreist. (3) Durch Gesetz ... können Staaten bestimmt werden, bei denen ... gewährleistet erscheint, dass dort weder politische Verfolgung noch unmenschliche oder erniedrigende Bestrafung oder Behandlung stattfindet.“

Seit Ende 2014 gelten Serbien, Mazedonien und Bosnien-Herzegowina als solche sicheren Drittstaaten. Über eine Ausweitung der Liste auf einige Maghreb-Länder und die Türkei wird aktuell diskutiert.

Asylantrag

In persönlichen Anhörungen müssen alle über 16 Jahre alten Flüchtlinge die Gründe für ihren Asylantrag schildern. Die Gespräche dauern oft lang und sind für die häufig traumatisierten Flüchtlinge nicht selten belastend (flashbacks). Wurde ihr Antrag in der Erstanthörung nicht abgelehnt und während ihr Asyl-

verfahren bearbeitet wird, müssen die Flüchtlinge bis zu sechs Monate lang in Erstaufnahmeeinrichtungen bleiben, damit sie für Nachfragen des BAMF erreichbar sind. In dieser Zeit bekommen sie Essen, Kleidung sowie Taschengeld. Sobald sie die Erstaufnahmestätten verlassen, bekommen sie meist nur noch Geldleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz [8] in Höhe von 359 Euro für eine Einzelperson. Sozialhilfe erhalten Flüchtlinge nach 15 Monaten. Ist ein Asylverfahren nach sechs Monaten noch nicht abgeschlossen – wie es derzeit die Regel ist – soll ein Flüchtling eigentlich in eine Gemeinschaftsunterkunft, ein Übergangwohnheim oder eine normale Wohnung umziehen. De facto leben viele Flüchtlinge häufig länger in den Erstaufnahmeeinrichtungen.

Die meisten Flüchtlinge aus Syrien werden aktuell anerkannt. Dadurch hat sich die Quote anerkannter Asylbewerber im Jahr 2015 von 35,3 % im zweiten auf 43,6 % im dritten Quartal erhöht. Nach ihrer formellen Anerkennung können Flüchtlinge drei Jahre lang in Deutschland bleiben. Wenn sich die Lage in ihrer Heimat nicht geändert hat, können sie einen unbefristeten Aufenthaltstitel bekommen. „**Subsidiären Schutz**“ mit Aufenthaltserlaubnis für ein Jahr kann es geben, wenn stichhaltige Gründe dafür vorliegen, dass in der Heimat ein ernsthafter Schaden droht. Diese Aufenthaltserlaubnis kann von

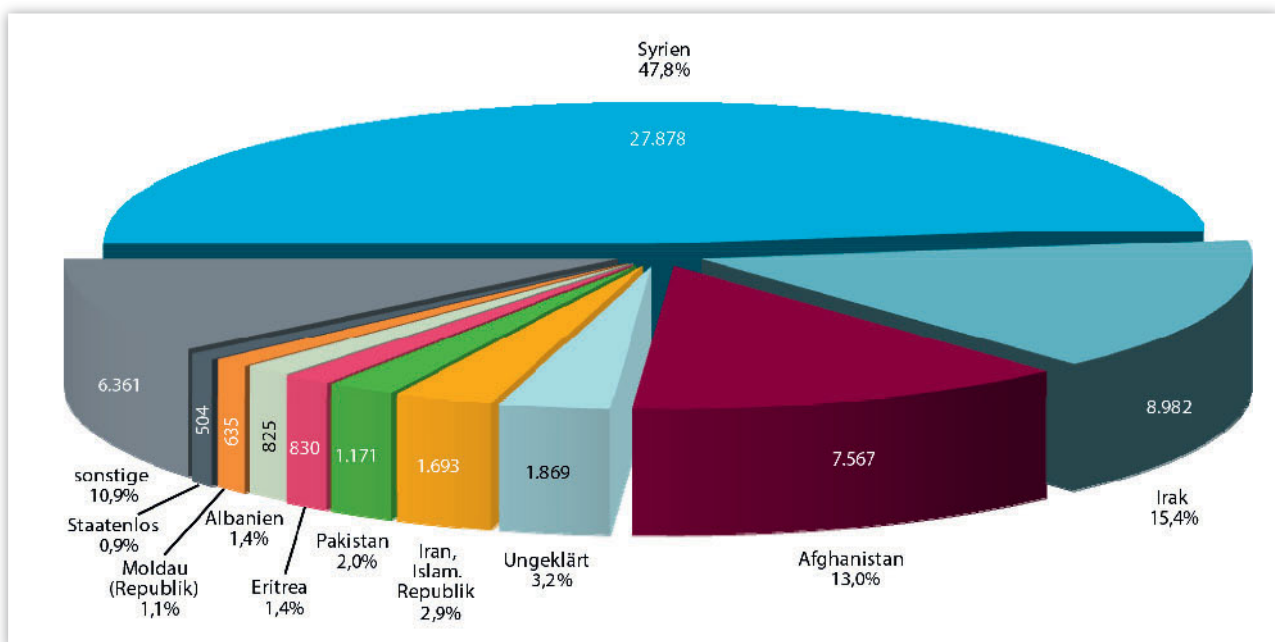


Abbildung 2 Herkunftsländer 2015 (Quelle BAMF März 2016 [4])

der Ausländerbehörde um zwei weitere Jahre verlängert werden. Schließlich gibt es sogenannte **Kontingentflüchtlinge**, die aufgrund einer politischen Entscheidung der Bundesregierung aufgenommen werden können. Sie durchlaufen kein Asyl- und auch kein sonstiges Anerkennungsverfahren, sondern erhalten mit ihrer Ankunft sofort eine Aufenthaltserlaubnis aus humanitären Gründen (§ 23 und § 24 AufenthG). Sie besitzen nicht den Status eines anerkannten Flüchtlings gemäß Genfer Flüchtlingskonvention, sodass ihre Rechtsstellung beispielsweise durch Wohnauflagen stärker eingeschränkt werden kann (Abb. 3).

Schließlich halten sich viele Menschen **illegal ohne Asylantrag** in Deutschland auf. Ihre Zahl wird auf mehrere 100.000 geschätzt [9]. 1994 in Hamburg beginnend, kümmern sich in vielen Städten Ehrenamtliche um die gesundheitliche Situation dieser Personen [10]. In Bremen wurden im Jahr 2008 die Ärzte, die sich an der gesundheitlichen Versorgung Illegaler beteiligten, in einer Studie befragt [11]: Die Illegalen kamen überwiegend auf Empfehlung von Freunden in diese Praxen. Die Praxen gaben einen Einnahmeverlust von durchschnittlich 800 Euro pro Praxis und Monat durch die ehrenamtliche

Versorgung der Illegalen an. Sie arbeiteten meist unentgeltlich, gelegentlich gegen Barzahlung. Mit 30 % waren die meisten Ärzte Allgemeinmediziner, gefolgt von Internisten mit 24 %, Nervenärzten mit 15 % sowie Gynäkologen, Pädiatern und Chirurgen. Aktuell wurde eine Petition zur Einführung einer anonymen Gesundheitskarte für illegal in Deutschland lebende Menschen gestartet [12]. In Göttingen und Hannover wird ein Modellprojekt mit anonymem Krankenschein zur Gesundheitsversorgung für Papierlose durchgeführt, in dem bis zu 50.000 Menschen versorgt werden sollen [13].

3. Welche Rechtsgrundlagen existieren für die medizinische Versorgung von Flüchtlingen?

Für die soziale und medizinische Versorgung von Flüchtlingen sind in Deutschland drei Gesetze relevant:

- Asylgesetz
- Asylbewerber-Leistungs-Gesetz und
- Infektionsschutzgesetz.

Das **Asylgesetz** (AsylG) konkretisiert das Asylrecht und regelt das Antragsverfahren und seine Folgen. Es verpflichtet in § 62 AsylG Menschen, die in einer Aufnahmeeinrichtung oder Gemein-

schaftsunterkunft wohnen, eine ärztliche Untersuchung auf übertragbare Krankheiten einschließlich einer Röntgenaufnahme der Atmungsorgane zu dulden [14]. Die Aufsichtsbehörden bestimmen den Umfang der Untersuchung und den Arzt, der diese durchführt. Das Ergebnis der Untersuchung ist der Behörde mitzuteilen.

Das **Asylbewerber-Leistungsgesetz** (AsylbLG) [15] gilt für anerkannte Asylbewerber, Ausländer mit Duldung und solche, deren Abschiebung ausgesetzt wurde sowie deren Familien. Es ersetzt seit dem im Dezember 1992 vereinbarten ersten „Asylkompromiss“ zwischen der Kohl-Regierung und der seiner Zeit oppositionellen SPD Regelungen zur Gewährung von Sozialhilfe an Ausländer. Das Gesetz von 1992 sollte Anreize nehmen, wegen höherer Sozialleistungen nach Deutschland zu kommen. Das Bundesverfassungsgericht hatte aber eine so begründete Absenkung des Leistungsniveaus am 18. Juli 2012 für verfassungswidrig erklärt [16].

Hinzu kommt, wie eine deutsche Arbeitsgruppe [17] feststellte, dass eine Beschränkung von gesundheitlichen Leistungen an Asylbewerber und Flüchtlinge die staatlichen Gesundheitsausgaben für diese Gruppe letztlich sogar erhöht.

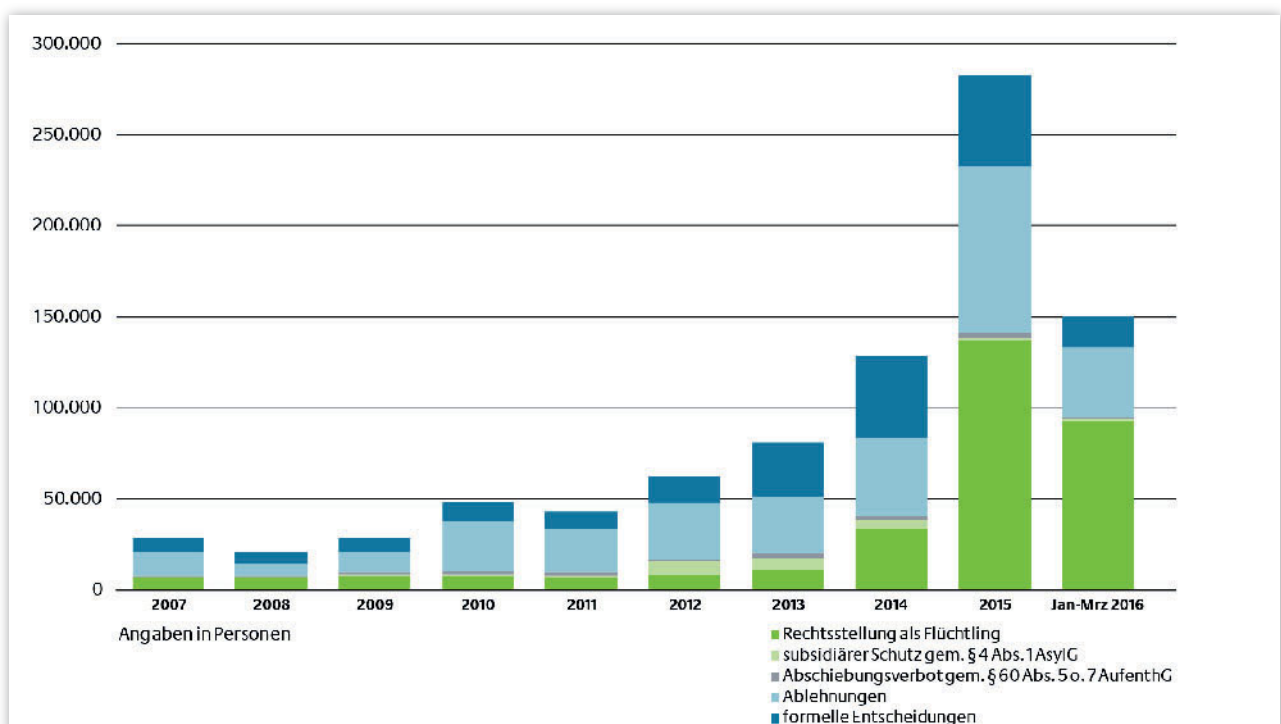


Abbildung 3 Status der Asylbewerber seit 2007 (Quelle BAMF Dez 2016 [4])

Im § 4 regelt das AsylbLG Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt.

- Die Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen wird abgedeckt, die Kosten von Schutzimpfungen werden übernommen, eine Versorgung mit Zahnersatz nur, sofern unaufschiebbar.
- Schwangere und Wöchnerinnen erhalten ärztliche, pflegerische und Hebammenhilfe sowie Arznei-, Verband- und Heilmittel. Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen werden übernommen.

Nach § 2 AsylbLG haben Asylbewerber, die länger als 15 Monate in Deutschland sind, Anspruch auf medizinische Versorgung nach SGB XII (Sozialhilfe).

Für die Versorgung von Asylbewerbern mit Behinderungen ist § 6 AsylbLG bedeutsam: „Sonstige Leistungen“ können gewährt werden, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich sind. Die Leistungen sind als Sachleistungen, bei Vorliegen besonderer Umstände als Geldleistung zu gewähren.

Die zuständige Behörde stellt diese Versorgung sicher. Sie sorgt für eine Vervollständigung des Impfschutzes. Aber auch notwendige Verordnungen für chronisch Kranke können aus § 6 AsylbLG abgeleitet werden.

Das **Infektionsschutzgesetz** (IfSG) [18] schreibt in seinem § 36 Flüchtlingen ab einem Alter von 15 Jahren in Gemeinschaftsunterkünften die Vorlage eines Attestes auf der Grundlage einer Röntgenaufnahme des Thorax vor. Wörtlich heißt es in § 36 (5): Das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit (Artikel 2 Abs. 2 Satz 1 Grundgesetz) wird insoweit eingeschränkt.

4. Wer erbringt gesundheitliche Leistungen für Flüchtlinge und wie können diese abgerechnet werden?

Die medizinische Versorgung von Flüchtlingen in den zentralen Aufnahmestellen (je nach Bundesland und auch innerhalb der verschiedenen Bundesländer tragen diese Stellen unterschiedliche Namen) wird dem Föderalismus geschuldet und ist ebenfalls nach Bundesland unterschiedlich geregelt: Mancherorts übernimmt der öffentliche Gesundheitsdienst die medizinische

Versorgung in den zentralen Lagern, manchmal kommen der Sanitätsdienst der Bundeswehr, Ärzteteams aus Kliniken oder Hilfsorganisationen zum Einsatz oder niedergelassene Ärzte werden auf Honorarbasis, beziehungsweise ehrenamtlich tätig.

Wenn niedergelassene Ärzte die Versorgung in den Aufnahmestellen oder der Praxis erbringen, wird ihre Leistung nach den üblichen Honoraren durch die Kostenträger (die jeweiligen Bundesländer) im Rahmen der KV-Abrechnung vergütet. Die Haftung ehrenamtlich und auf Honorarbasis Tätiger ist auf Landesebene geregelt: Die Landesbehörden übernehmen die Haftung wie bei öffentlichen Angestellten.

Sobald ein Flüchtling in der zentralen Aufnahmestelle

- als Asylbewerber registriert ist,
 - auf Tuberkulose untersucht worden ist und
 - seine Erstuntersuchung durchlaufen hat,
- bekommt er im Krankheitsfall einen Krankenschein, der ihm medizinische Leistungen und den ihn behandelnden Ärzten ein Honorar für die erbrachten Leistungen garantiert. Ohne Krankenschein ist keine Honorarabrechnung über die AOK/eine Sozialbehörde möglich.

Um den Verwaltungsaufwand zu verringern und Kosten einzusparen, haben inzwischen acht Bundesländer (Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Schleswig-Holstein, Thüringen und Nordrhein-Westfalen) eine elektronische Gesundheitskarte für Asylbewerber eingeführt. In NRW und Niedersachsen treffen die einzelnen Kommunen bzw. Landkreise diese Entscheidung. aktuell sind es 16 Kommunen mit ca. 20 % der Einwohnerschaft des Landes [19]. Die AOK oder eine andere Krankenkasse übernimmt dann die Erfassung und Abrechnung der erbrachten medizinischen Leistungen und rechnet sie mit den zuständigen Landesbehörden ab; die Krankenkasse ist somit nicht Kostenträger.

Die Benutzung der elektronischen Gesundheitskarte vereinfacht die Abläufe in den Arztpraxen und den Behörden erheblich. Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 forderte die Länder und den Bund auf, die Einführung einer Versichertenkarte für Flüchtlinge auch in den Flächenländern möglichst bundesweit einheitlich zu veranlassen [20]. Je nach

Leistungsanspruch der Patienten sind die Gesundheitskarten unterschiedlich: Halten sich die Flüchtlinge länger als 15 Monate in Deutschland auf, sind die Karten im Menüpunkt „Besondere Personengruppe“ mit der Ziffer „4“ gekennzeichnet, bei Personen, die weniger als 15 Monate in Deutschland leben, mit der Ziffer „9“. An den mit den Ziffern symbolisierten Karten ist die Einschränkung des Leistungsanspruchs zu erkennen.

Starke Unterschiede der medizinischen Versorgung zwischen zentralen Aufnahmestellen und Übergangwohnheimen

Die medizinische Versorgung in zentralen Aufnahmestellen und Übergangwohnheimen unterscheidet sich wesentlich: Stehen in den zentralen Stellen Aspekte von Infektionsscreening, Reihenuntersuchungen und Versorgung von häufig banalen akuten Erkrankungen unter Verfügbarkeit oft nur geringer Ressourcen an Medikamenten und Hilfsmitteln im Vordergrund, unterscheidet sich die hausärztliche Versorgung von in Übergangwohnheimen lebenden Personen oft nur gering von derjenigen der normalen Praxispopulation: Es werden Rezepte, Überweisungen und Klinikeinweisungen ausgestellt.

Angesichts der hohen Flüchtlingszahlen im Jahr 2015 musste zwangsläufig in einem ebenfalls hohen Maß improvisiert werden. Routineabläufe müssen sich erst einlaufen, und die Koordination der verschiedenen Ebenen der Versorgung (Erstaufnahmeeinrichtung, Gesundheitsamt, Übergangwohnheim, Hausarztpraxis, Klinik) lässt vielerorts Optimierungspotenzial offensichtlich werden.

Vorschläge zur Verbesserung der medizinischen Versorgung

In einer „Stellungnahme der Akademien“ [21] stellten Mitglieder der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina und des Robert-Koch-Instituts (RKI), Medizinische Dekane und Sozialmediziner folgende Forderungen zur Verbesserung der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen:

- bundeseinheitliche Standards für Erstuntersuchung und Erfassung des Gesundheitsstatus

- einheitliches Impfangebot im Rahmen der Erstuntersuchung
- Standardisierung und, wenn möglich, elektronische Dokumentation aller relevanten Gesundheits- und Therapiedaten
- Weiterversorgung akuter und chronischer Erkrankungen in angemessenem Umfang
- funktionierende Kommunikationsketten in den vertragsärztlichen Sektor und ggfs. in Krankenhäuser hinein
- Koordination unter staatlicher Verantwortung zwischen allen an der Versorgung Beteiligten
- Verschriftlichung von Abläufen, Erstellung von Checklisten
- am besten Poliklinik vor Ort mit medizinischer Grundausstattung, Stamm-

team von Allgemeinärzten, ergänzt um temporär anwesende Spezialisten und Gesundheitsfachkräfte sowie Dolmetscher

- Leitung der Poliklinik durch Personen mit ausgewiesener Public-Health-Kompetenz
- Mitarbeiter der Poliklinik brauchen vertiefte Kenntnisse spezifischer Probleme der zu versorgenden Menschen (typische Erkrankungen in den Herkunftsregionen, kulturelle und religiöse Sensibilität, Erfahrung im Umgang mit traumatisierten Menschen)
- für Frauen und Kinder zum Schutz vor möglicher Gewaltanwendung räumlich abgetrennte Bereiche in Erstaufnahmeeinrichtungen

Im zweiten Teil dieses Artikels wird es um medizinische Aspekte der Versorgung von Flüchtlingen gehen.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

Dr. med. Günther Egidi
Arzt für Allgemeinmedizin
Huchtlinger Heerstraße 24
28259 Bremen
Tel.: 0421 9888280
guenther.egidi@posteo.de

Literatur

1. www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/88592/EHFA5-G.pdf (letzter Zugriff am 17.02.2016)
2. WONCA Europe 2015 Istanbul Statement Refugees should have access to equitable, affordable and high-quality health care services in all Europe. <http://tinyurl.com/gneb9tf> (letzter Zugriff am 04.02.2016)
3. https://mediendienst-integration.de/fileadmin/Dateien/Informationspapier_Begriffe_Asyldebatte.pdf (letzter Zugriff am 04.05.2016)
4. www.unhcr.org/5672c2576.html (letzter Zugriff am 02.02.2016)
5. BAMF aktuelle Zahlen zum Asyl, <http://tinyurl.com/q6arckc> (letzter Zugriff am 01.02.2016)
6. www.unhcr.de/mandat/genfer-fluechtlingskonvention.html (letzter Zugriff am 01.02.2016)
7. www.gesetze-im-internet.de/gg/art_16a.html (letzter Zugriff am 02.2.2016)
8. Asylbewerberleistungsgesetz, <http://tinyurl.com/q2ckp4g> (letzter Zugriff am 06.02.2016)
9. Vogel D. Estimated number of irregular foreign residents in Germany (2014). Database on Irregular Migration, Update report. <http://tinyurl.com/h2tb8lt> (letzter Zugriff am 18.02.2016)
10. <https://de.wikipedia.org/wiki/Medinetz> (letzter Zugriff am 02.02.2016)
11. www.fluechtlingsinitiative-bremen.de/uploads/MediNetz-Studie.pdf (letzter Zugriff am 04.05.2016)
12. www.change.org/p/deutscher-bundestag-petitionsausschuss-einf%C3%BChrung-einer-anonymen-gesundheitskarte (letzter Zugriff am 18.02.2016)
13. Medinetz zur Einführung einer anonymen Gesundheitskarte, <http://tinyurl.com/z243b78> (letzter Zugriff am 18.02.2016)
14. www.gesetze-im-internet.de/asylvfg_1992/_62.html (letzter Zugriff am 02.02.2016)
15. www.gesetze-im-internet.de/asylblg/ (letzter Zugriff am 04.02.2016)
16. www.bundesverfassungsgericht.de/entscheidungen/ls20120718_1bvl001010.html (letzter Zugriff am 04.02.2016)
17. Bozorgmehr K, Razum O. 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 2015; 10: e0131483
18. www.gesetze-im-internet.de/ifsg/index.html (letzter Zugriff am 01.02.2016)
19. Ärztezeitung zur Gesundheitskarte für Flüchtlinge in NRW, <http://tinyurl.com/z4vzedj> (letzter Zugriff am 06.02.2016)
20. Beschlussprotokoll Deutscher Ärztetag 2015, <http://tinyurl.com/ojd8c5t> (letzter Zugriff am 05.02.2016)
21. Stellungnahme der Akademien, <http://tinyurl.com/gotssze> (letzter Zugriff am 15.04.2016)