

Beiträge und Analysen

Gesundheitswesen aktuell 2025

herausgegeben von Uwe Repschläger,
Claudia Schulte und Nicole Osterkamp



Amand Führer

Medizinische Versorgung von Asylsuchenden – ein teurer Flickenteppich

Seite 70–84

doi: 10.30433/GWA2025-70

Amand Führer

Medizinische Versorgung von Asylsuchenden – ein teurer Flickenteppich

Asylsuchende sind in Deutschland einer Vielzahl gesundheitlicher Belastungen ausgesetzt, ihr Zugang zu medizinischer Versorgung ist aber im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich erschwert. Ein großer Teil der hierbei relevanten Barrieren ergibt sich aus der sozialrechtlichen Sonderstellung von Asylsuchenden und ist damit Produkt politischer Entscheidungen. Dieser Beitrag hat zum Ziel, die Rationale dieser Entscheidungen nachzuzeichnen, ihre Auswirkungen im Versorgungsalltag zu zeigen und Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungssituation vorzuschlagen. Hierbei wird deutlich werden, dass die initial mit der Verabschiedung des Asylbewerberleistungsgesetzes anvisierten Ziele nicht erreicht wurden, die aktuelle Rechtslage aber zu regionalen Unterschieden in der Qualität der medizinischen Versorgung führt, die ethische und rechtliche Probleme aufwerfen und zudem mit unnötigen Kosten verbunden sind.

Das Asylbewerberleistungsgesetz und sein Entstehungskontext

Seit 1993 haben Asylsuchende in Deutschland keinen Anspruch mehr auf Leistungen nach den Sozialgesetzbüchern, sondern beziehen Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG). Diese rechtliche Sonderstellung wurde in den 1980er und 1990er Jahren in mehreren gesetzgeberischen Schritten hergestellt, die im Jahr 1993 in der Verabschiedung des AsylbLG vorerst kulminierten (Oltmer 2016).

Die sozialrechtliche Ausgrenzung von Asylsuchenden verfolgte seinerzeit zwei zentrale Ziele, auf die auch in der aktuellen Debatte um Fluchtmigration und die Versorgung von Geflüchteten immer wieder rekurriert wird: Einerseits sollte die Absenkung des für Asylsuchende zugänglichen Leistungsniveaus Anreize zur Flucht nach Deutschland mindern und dadurch die Fluchtmigration nach Deutschland reduzieren (Schammann 2015). Das AsylbLG kann somit als Instrument zur Migrationskontrolle gesehen werden (Bundesverfassungsgericht 2012).

Mit dem Begriff Asylsuchende wird im Folgenden auf Menschen verwiesen, die in Deutschland Schutz suchen, diesen aber noch nicht erhalten haben. Damit umfasst der Begriff den Aufenthaltsstatus, die Aufenthaltsgestattung und die Duldung, die als Gemeinsamkeit haben, dass sie zum Bezug von Leistungen gemäß dem Asylbewerberleistungsgesetz berechtigen.

Andererseits zielte die Einführung des AsylbLG darauf ab, Kosten zu sparen (Deutscher Bundestag 1993).

Die Legitimität dieses Vorgehens wurde vom Gesetzgeber damals damit begründet, dass Asylsuchende sich nur vorübergehend mit diesem Rechtsstatus in Deutschland aufhielten, da ihr Asylantrag entweder bewilligt werde und sie dann mit dem Erhalt eines Aufenthaltstitels in den Leistungsbereich der Sozialgesetzbücher wechselten, oder sie nach Ablehnung des Asylantrages Deutschland wieder verlassen würden. Aus der individuell nur vorübergehenden Geltungsdauer des Leistungsbezugs wurde abgeleitet, dass die Bedarfe von Asylsuchenden im AsylbLG niedriger angesetzt werden können als für die Allgemeinbevölkerung in den Sozialgesetzbüchern.

Verfassungsrechtlicher Widerspruch gegen das AsylbLG

Bereits im Jahr 2012 hat das Bundesverfassungsgericht diese Argumentation jedoch zurückgewiesen und hierbei zwei Aspekte betont: Einerseits ist die pauschale Annahme, dass sich Asylsuchende nur für kurze Zeit in Deutschland aufhalten, faktisch unzutreffend, da die Aufenthaltsdauer in Deutschland stark variiert und bereits die Bearbeitung von Asylverfahren häufig mehrere Jahre dauert (Deutscher Bundestag 2023). Zum Zeitpunkt des Urteils des Bundesverfassungsgerichts hielten sich beispielsweise mehr als zwei Drittel der Asylsuchenden seit mehr als sechs Jahren in Deutschland auf (Bundesverfassungsgericht 2012). Andererseits ist ein nur kurzfristiger Aufenthalt noch kein hinreichender Grund, pauschal „Minderbedarfe gegenüber Hilfsempfängern mit Daueraufenthaltsrecht“ anzunehmen; vielmehr fordert das Bundesverfassungsgericht, dass diese Minderbedarfe nachvollziehbar und konkret bemessen werden (Bundesverfassungsgericht 2012).

Da der Gesetzgeber diese transparente Bemessung unterstellter Minderbedarfe auch nach dem Jahr 2012 nicht geliefert hat (während die Public-Health-Forschung der letzten Jahre zudem nahelegt, dass Asylsuchende aufgrund ihrer häufig belastenden Lebenssituation im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eher Mehrbedarfe aufweisen), haben Landessozialgerichte in den letzten Jahren zunehmend geurteilt, dass der im AsylbLG angelegte Ermessensspielraum durch die Sozialämter so genutzt werden muss (für

weitere Ausführungen zur Problematik des Ermessens im AsylbLG siehe Führer 2023a), dass für Asylsuchende ein Leistungskanon analog zum Leistungskanon der gesetzlichen Krankenversicherung sichergestellt wird (Landessozialgericht Hessen 2018; Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen 2018).

Erstes Ziel: sozialstaatliche Anreize

Zusätzlich zu diesen bedeutsamen juristischen Widersprüchen gegen das AsylbLG zeigt die Forschung der letzten Jahre aber auch, dass das AsylbLG als Instrument zur Migrationskontrolle und Kosteneinsparung nicht nur verfassungswidrig, sondern auch ineffizient ist.

So verwendet die politische Diskussion über die Verminderung von Sozialleistungen zur Migrationsbegrenzung häufig ein in der Forschung vielfach kritisches Konzept aus den 1960ern (Klein 2022), welches postuliert hat, dass Migration durch zwei Arten von Faktoren geformt wird (Lee 1966): Diese Faktoren sind einerseits die sogenannten Push-Faktoren, die dazu führen, dass Menschen ihr Herkunftsland verlassen. Beispiele für Push-Faktoren sind Armut, Arbeitslosigkeit, Krieg oder Verfolgung. Andererseits postuliert das Modell sogenannte Pull-Faktoren, die dazu führen, dass Migrantinnen und Migranten ein bestimmtes Land als Zielland anstreben (Lee 1966). In der migrationspolitischen Debatte ist dieses Modell sehr prominent und wird insbesondere häufig aufgegriffen, um Sozialleistungen als Pull-Faktoren für die Zuwanderung nach Deutschland verantwortlich zu machen (Klein 2022; Siggelkow 2022).

In der Migrationsforschung hingegen gilt das Modell schon seit längerer Zeit als veraltet, da es einer soliden empirischen Untermauerung ermangelt, in seinem konzeptionellen Ansatz zu statisch ist und die ökonomischen Aspekte von Migration überbetont (Deutscher Bundestag Wissenschaftliche Dienste 2020). Entgegen der mit dem Verweis auf Pull-Faktoren unterstellten Sogwirkung einer guten sozialen Sicherung haben Studien der letzten Jahrzehnte immer wieder gezeigt, dass Sozialleistungen als Pull-Faktoren nur eine extrem untergeordnete Rolle spielen und daher von Einschränkungen der Sozialleistungen keine Effekte zur Migrationskontrolle zu erwarten sind (James und Mayblin 2016).

So zeigte beispielweise eine Studie in 27 OECD-Ländern, dass die Entscheidung für ein bestimmtes Zielland vor allem mit der Arbeitsmarktsituation des Ziellandes, sprachlichen Aspekten sowie den Kosten assoziiert ist, die mit der Migration in dieses Land verbunden sind. Gleichzeitig zeigte sich keine Assoziation mit der Attraktivität des Sozialsystems im Zielland (Pedersen et al. 2004). Analog identifizierte eine britische Studie das Vorliegen von familiären Kontakten ins Zielland als das wichtigste Kriterium in der Entscheidung, welches Land als Zielland ausgewählt wird (Robinson und Segrott 2002). Dieselbe Studie stellte auch fest, dass der Großteil der Befragten gar keine Kenntnisse zum Sozialsystem des Ziellandes hatte und die Entscheidung, nach Großbritannien zu migrieren, völlig losgelöst von derartigen Abwägungen getroffen hatte (Robinson und Segrott 2002). Das Ziel, die Fluchtmigration durch Beschränkungen der für Asylsuchende zugänglichen Leistungen zu reduzieren, kann daher zusammenfassend als verfehlt bezeichnet werden.

Zweites Ziel: Kostensparnis

In einem zweiten Schritt stellt sich nun die Frage, ob das Ziel der Reduktion von Ausgaben durch das AsylbLG erreicht wurde. Auch dies muss verneint werden: So zeigt ein Bericht der Europäischen Union, dass die Einschränkung von medizinischen Leistungen für Asylsuchende nicht zu Kosteneinsparungen führt, sondern mit Mehrausgaben verbunden ist (European Union Agency for Fundamental Rights 2015). Eine Studie mit Abrechnungsdaten aus Deutschland (Bozorgmehr und Razum 2015) sowie eine gesundheitsökonomische Analyse der Internationalen Organisation für Migration (Trummer et al. 2018) kommen zu demselben Ergebnis.

Gründe dafür sind in mehreren Bereichen zu sehen: Einerseits steigen durch Einschränkungen im Leistungskanon sowie durch administrative Zugangsbarrieren die direkten Gesundheitskosten an, indem weniger Vorsorge in Anspruch genommen wird (Claassen und Jäger 2018; Freiberg et al. 2020) und der Behandlungsbeginn verzögert wird, wodurch Erkrankungen erst in einem weiter fortgeschrittenen Stadium behandelt werden. Zudem wird durch hohe Zugangsbarrieren weniger (kostengünstige) hausärztliche und fachärztliche Versorgung in Anspruch genommen (Claassen und Jäger 2018; Wenner et al. 2022), wodurch es vermutlich zu einer vermehrten Inanspruchnahme

von (teurer) notfallmäßiger und stationärer Versorgung kommt (Trummer et al. 2018; Niedermaier et al. 2020).

Hinzu kommt, dass die Ausgliederung von Asylsuchenden in Deutschland eine Parallelstruktur zur Verwaltung und Abrechnung der für Asylsuchende erbrachten Leistungen schafft, was kostenineffizient ist und im Vergleich zur Abrechnung von Leistungen über die GKV weitere indirekte Mehrkosten verursacht. Hintergrund dieser Parallelstruktur ist, dass Asylsuchende in den meisten Bundesländern keine Chipkarte für Arztbesuche erhalten, sondern bei Bedarf bei dem zuständigen Sozialamt die Ausstellung eines Behandlungsscheins beantragen müssen (siehe unten). Dementsprechend können die behandelnden Ärztinnen und Ärzte ihre Leistungen nicht analog zu anderen Patientinnen und Patienten digital abrechnen, sondern müssen die Rechnungen an das Sozialamt adressieren (gegebenenfalls über die Kassenärztliche Vereinigung) (Frisch 2015). Dies bedeutet für Ärztinnen und Ärzte sowie für Krankenhäuser einen zusätzlichen administrativen Aufwand, der nicht vergütet wird (Spura et al. 2017). Es impliziert aber auch, dass das zuständige Sozialamt hierfür Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter vorhalten muss, die die Rechnungen prüfen und begleichen, während im Gesundheitsamt Ressourcen für die Begutachtung von Kostenübernahmeanträgen vorgehalten werden müssen.

Die dadurch entstehenden Mehrkosten sind bisher nicht konkret beziffert, was den Nebeneffekt illustriert, dass die Ausgliederung von Asylsuchenden aus dem Sozialsystem auch zu Kostenintransparenz führt (Gottlieb et al. 2021). Indirekt lassen sich die Kosten aber durch die Analyse von Bundesländern abschätzen, in denen eine Gesundheitskarte für Geflüchtete eingeführt wurde.

In diesem häufig als „Bremer Modell“ bezeichneten Vorgehen erhalten Asylsuchende bereits während des Asylverfahrens eine Gesundheitskarte, die der Gesundheitskarte gesetzlich Krankenversicherter entspricht (Lindner 2015). Damit können sie medizinische Leistungen in Anspruch nehmen, wobei der Leistungskanon bis auf wenige Ausnahmen dem Leistungskanon der GKV gleicht (Epping 2017; Frank et al. 2017). Die Abrechnung erfolgt analog zu gesetzlich krankenversicherten Patientinnen und Patienten über die Kassenärztliche Vereinigung mit der Krankenkasse, die sich die ausgelegten Kosten dann vom zuständigen Sozialamt erstatten lässt.

Evaluationen nach der Einführung des Bremer Modells in Hamburg oder Berlin haben gezeigt, dass dieses Vorgehen im Vergleich zum vorherigen Modell mit Behandlungsscheinen für alle beteiligten Akteure zu Verbesserungen führt (Burmester 2015; Gottlieb et al. 2021). Auf Seiten der Behörden wird so einerseits eine deutliche personelle Entlastung erreicht, da die Prüfung und Bewilligung von Leistungsanträgen und die Abrechnung mit den einzelnen Leistungserbringern entfällt (Epping 2017; Gottlieb et al. 2021). In der Folge konnten beispielsweise in Hamburg 14 Stellen innerhalb der Sozialbehörde abgebaut werden, was zu einer Kostenvermeidung von jährlich einer Million Euro führte (Burmester 2015). Andererseits werden behördliche Ressourcen eingespart, die im alten Modell in die Aushandlung von Verträgen mit den Leistungserbringern (Krankenhäusern, Praxen) investiert werden mussten, da durch die Eingliederung in die GKV die Verträge des GKV-Partners auch für Asylsuchende gelten. Insgesamt wurde in Hamburg dadurch auf Behördenseite eine Einsparung von rund 1,6 Millionen Euro pro Jahr erreicht (Burmester 2015).

Für die Leistungserbringer wiederum vereinfachte das Bremer Modell die Abrechnung, baute bürokratische Vorgänge ab und verminderte Unsicherheiten bezogen auf die Kostenübernahme (Burmester 2015; Epping 2017). Für die Patientinnen und Patienten wurden durch die Ausgabe einer Chipkarte die mit der Beantragung von Behandlungsscheinen verbundenen Zugangsbarrieren (Scott 2014; Spura et al. 2017; Rolke et al. 2020) abgebaut und die mit der Verwendung von Behandlungsscheinen verbundene Stigmatisierung vermindert. Zudem zeigte sich, dass diese Prozesse mit einer Verbesserung der Inanspruchnahme ambulanter Versorgung assoziiert sind (Claassen und Jäger 2018) und die direkten medizinischen Pro-Kopf-Kosten in der ambulanten Versorgung senken (Gottlieb et al. 2021).

Zusammenfassend lässt sich also konstatieren, dass die pauschale Ausgliederung von Asylsuchenden aus dem Sozialsystem verfassungswidrig ist, während gleichzeitig die damit verbundenen Ziele, Fluchtmigration zu begrenzen und Kosten einzusparen, nicht erreicht werden.

Folgen des AsylbLG: Versorgung im Flickenteppich

Im Folgenden soll nun der Frage nachgegangen werden, welche Auswirkungen die Ausgliederung von Asylsuchenden auf die Versorgung hat, wobei die regionalen Unterschiede in den Vordergrund gestellt werden sollen. Hierbei sind zwei Aspekte regionaler Unterschiede zentral: der Umgang mit Behandlungsscheinen beziehungsweise der Gesundheitskarte für Geflüchtete und die Interpretation des AsylbLG.

Behandlungsschein-Bürokratie versus Gesundheitskarte für Geflüchtete

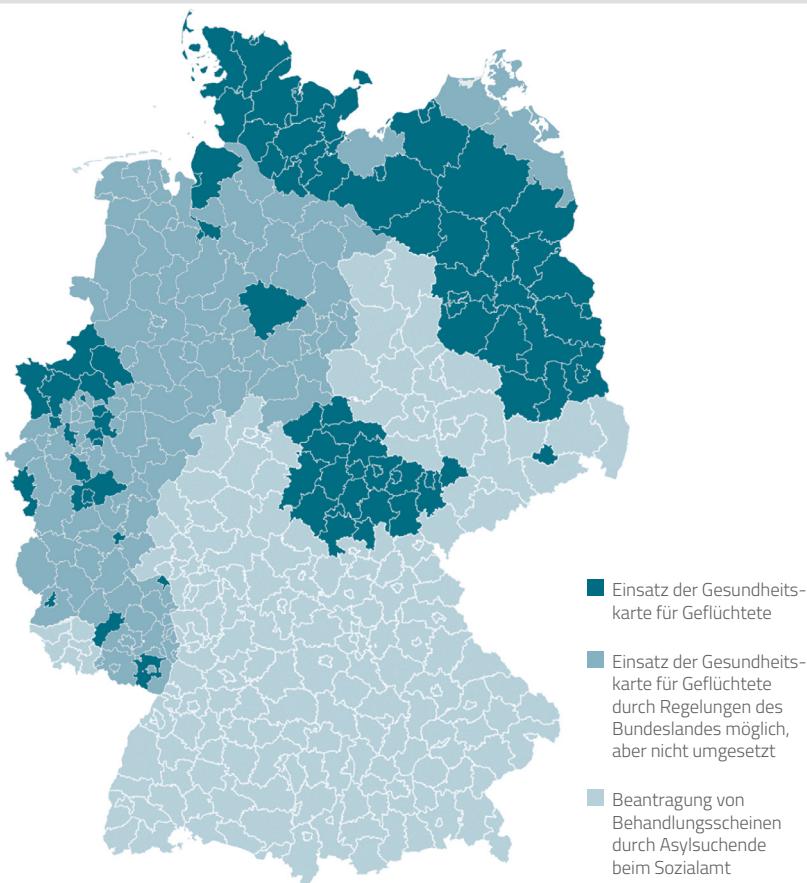
Wie eingangs schon dargestellt, gibt es unterschiedliche Ansätze, wie der Zugang zum Gesundheitssystem und – damit verbunden – der Organisation der Abrechnung von Leistungen für Asylsuchende gestaltet wird. Dabei finden im Wesentlichen drei verschiedene Modelle Anwendung:

- die Abrechnung über Gesundheitskarten analog zu gesetzlich Krankenversicherten (das bereits erläuterte Bremer Modell),
- die quartalsweise Ausgabe sogenannter Behandlungsscheine und
- die anlassbezogene Ausgabe von Behandlungsscheinen (Wächter-Raquet 2016; Bühring und Gießelmann 2019).

In welchen Regionen welche Praxis Anwendung findet, zeigt Abbildung 1.

Während im Bremer Modell der Zugang über eine Chipkarte analog zur Gesundheitskarte GKV-Versicherter erfolgt, gleichen sich die beiden anderen Vorgehensweisen darin, dass Asylsuchende keine Gesundheitskarte erhalten, sondern ihren Versicherungsstatus durch vom Sozialamt ausgehändigte Behandlungsscheine nachweisen. Der Behandlungsschein wird den behandelnden Ärztinnen und Ärzte vorgelegt und die Behandlung von diesen beim zuständigen Sozialamt abgerechnet (Bötel und Steinbrück 2014; Epping 2017). Hierbei werden in manchen Landkreisen die Behandlungsscheine jeweils zu Quartalsbeginn an die Asylsuchenden ausgegeben und können dann im Krankheitsfall sofort verwendet werden (Fritz 2018). Damit wird sichergestellt, dass Asylsuchende im Krankheitsfall direkt ärztliche Behandlung in Anspruch nehmen können, ohne zuvor erst das Sozialamt aufzusuchen zu müssen und gegebenenfalls von dessen Öffnungszeiten abhängig zu sein.

Abbildung 1: Einsatz der Gesundheitskarte für Geflüchtete
in Landkreisen und kreisfreien Städte Deutschlands



Quelle: Bozorgmehr und Gold (2025); Stand: September 2024

In bestimmten Landkreisen müssen die Behandlungsscheine im konkreten Krankheitsfall bei dem zuständigen Sozialamt beantragt werden und werden erst nach Prüfung der Notwendigkeit einer Behandlung durch das Sozialamt ausgegeben. In diesem Fall ist der Zugang zu medizinischer Versorgung in hohem Maße von der Entscheidung medizinischer Laien abhängig. Dies wird von vielen Akteuren, unter anderem der Bundesärztekammer, seit vielen Jahren kritisiert (Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer 2013).

Umgang mit dem AsylbLG

Zusätzlich zu diesen organisatorischen geografischen Unterschieden variiert auch die Interpretation des AsylbLG regional. Da das Gesetz in seiner ursprünglichen Fassung in den 1990ern den zuständigen Sozialämtern einen – für das Sozialrecht in Deutschland ungewöhnlich großen – Ermessensspielraum in der Anwendung des Gesetzes im Einzelfall eingeräumt hat (Fehmel 2017), haben sich durch eine eigenständige Fortschreibung des Rechts (Schammann 2015) durch kommunale Behörden Bewilligungspraktiken etabliert, die sich von Landkreis zu Landkreis stark unterscheiden.

Hierbei zeigen sich insbesondere Unterschiede in der grundsätzlichen Einschätzung, ob das AsylbLG (im Sinne des Gesetzgebers 1993) als Instrument der Migrationskontrolle oder (im Sinne des Bundesverfassungsgerichtes 2012) als Instrument der sozialen Sicherung verstanden wird (Schammann 2015). In ersterem Fall ist die Behördenpraxis von ordnungspolitischen Strategien dominiert, die darauf abzielen, die Inanspruchnahme von Leistungen durch Asylsuchende zu minimieren, während im zweiten Fall eine wohlfahrtsstaatliche Praxis dominiert, die versucht, eine möglichst gute Versorgung der Leistungsberechtigten sicherzustellen (Schammann 2015).

Hinzu kommt, dass die eingangs bereits ausgeführten Urteile der Landessozialgerichte, die zu einer „Ermessensreduzierung auf Null“ (Fehmel 2017) geführt haben und explizieren, dass das Ermessen des AsylbLG so genutzt werden muss, dass eine Äquivalenz mit der Gesetzlichen Krankenversicherung hergestellt wird (Schüller und Frankenstein 2019), nur selektiv umgesetzt werden: Berichte vor allem zivilgesellschaftlicher Akteure zeigen, dass diese jüngere Rechtsentwicklung nicht von allen Sozialämtern gleichermaßen nachvollzogen wird (Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psycho-sozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer 2019), was zu ausgeprägten regionalen Unterschieden in der Kostenübernahmepraxis der zuständigen Sozialämter und in der Folge zu regionalen Unterschieden im Kanon der vom Kostenträger übernommenen medizinischen Leistungen führt. Diese geografischen Unterschiede in der Versorgungspraxis werfen gerechtigkeitstheoretische Fragen auf (Fritz 2018) und führen in der Praxis dazu, dass für viele Asylsuchende „Zufall über den Zugang zu Gesundheitsversorgung“ bestimmt (Razum et al. 2016).

Lösungsansätze

In der Gesamtschau der mittlerweile umfangreichen gesundheitswissenschaftlichen Literatur zur medizinischen Versorgung von Asylsuchenden drängen sich mehrere Lösungsansätze auf, die geeignet sind, die beschriebenen Probleme zu lösen:

- Eine flächendeckende Einführung der Gesundheitskarte für Geflüchtete würde Zugangsbarrieren abbauen, Kosten einsparen und gerechtigkeitstheoretisch und juristisch nicht begründbare regionale Unterschiede beheben.
- Zusätzlich würde die damit einhergehende Abrechnung über eine Krankenkasse und die Kassenärztliche Vereinigung eine neue Datenbasis für epidemiologische und gesundheitsökonomische Analysen schaffen und auf diese Weise die Kostentransparenz erhöhen.
- Die bundesweite Durchsetzung einer verfassungs- und richtlinienkonformen Auslegung des AsylbLG würde ebenfalls regionale Unterschiede vermindern und eine einer liberalen Demokratie angemessene Rechtssicherheit für Patientinnen und Patienten sowie für Ärztinnen und Ärzte schaffen.

Jenseits dieser Lösungsansätze, die keine Gesetzesänderungen benötigen und daher politisch sofort umsetzbar sind, besteht innerhalb der Public-Health-Forschung ein breiter Konsens darüber, dass die optimale Lösung der beschriebenen Probleme durch eine Reintegration von Asylsuchenden in das deutsche Sozialsystem zu erreichen ist: Sollen die beschriebenen Probleme in der Versorgung von Asylsuchenden kausal adressiert werden, so sollte das AsylbLG abgeschafft und eine am individuellen Bedarf orientierte Versorgung für die gesamte Bevölkerung Deutschlands realisiert werden – unabhängig vom Aufenthaltsstatus.

Literatur

- Bötel, A. und Steinbrück, A. (2014). Lebenslagen von Asylbewerbern. Vorschläge zur Verwaltungs- und Verfahrensvereinfachung, herausgegeben von der Robert Bosch Stiftung, Stuttgart.
- Bozorgmehr, K. und Gold, A. W. (2025). Gesundheitsversorgung geflüchteter Menschen in Deutschland: Regelungen, Zugangswege und Versorgungsstrukturen. In: Oltmer, J., Berlinghoff, M., Etzold, B., Lang, C. und Pott, A. (Hrsg.). Report Globale Flucht 2025. 1. Auflage. Frankfurt am Main. S. 259–271.
- Bozorgmehr, K. und Razum, O. (2015). Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany 1994–2013. In: PLoS one 10 (7). e0131483. doi.org/10.1371/journal.pone.0131483 (Download am 28. April 2025).
- Bühring, P. und Gießelmann, K. (2019). Geflüchtete und Asylbewerber: Ohne Sprachmittler funktioniert die Versorgung nicht. In: Deutsches Ärzteblatt 116 (7). A308. Online unter www.aerzteblatt.de/archiv/205549/Gefuechtete-und-Asylbewerber-Ohne-Sprachmittler-funktioniert-die-Versorgung-nicht (Download am 28. April 2025).
- Bundesverfassungsgericht (2012). Leitsätze zum Urteil des Ersten Senats vom 18. Juli 2012. 1 BvL 10/10 – Rn. (1–114).
- Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (2019). Versorgungsbericht. Zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland. BAfF e.V., Berlin.
- Burmester, F. (2015). Medizinische Versorgung der Leistungsberechtigten nach §§ 4 und 6 AsylbLG über eine Krankenkasse. In: NDV. S. 109–114.
- Claassen, K. und Jäger, P. (2018). Impact of the Introduction of the Electronic Health Insurance Card on the Use of Medical Services by Asylum Seekers in Germany. In: IJERPH 15 (5). S. 856. doi.org/10.3390/ijerph15050856 (Download am 28. April 2025).
- Deutscher Bundestag (1993). Gesetzesentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung der Leistungen an Asylbewerber. Deutscher Bundestag (Bundestags-Drucksache 12/4451).
- Deutscher Bundestag (24. März 2023). Durchschnittliche Bearbeitungsdauer von Asylverfahren. Berlin. Online unter www.bundestag.de/presse/hib/kurzmeldungen-939960 (Download am 28. April 2025).

- Deutscher Bundestag – Wissenschaftliche Dienste (2020). Push- und Pull-Faktoren in der Migrationsforschung, herausgegeben vom Deutschen Bundestag – Wissenschaftliche Dienste. Berlin. Online unter www.bundestag.de/resource/blob/799860/b555457732e3ec012177cdf4357110a0/WD-1-027-20-pdf-data.pdf (Download am 28. April 2025).
- Epping, B. (2017). Medizinische Versorgung von Flüchtlingen: teure Hürden. In: Zeitschrift für Orthopädie und Unfallchirurgie 155 (2). S. 129–134.
- European Union Agency for Fundamental Rights (2015). Cost of exclusion from healthcare: The case of migrants in an irregular situation. European Union Agency for Fundamental Rights. European Union Agency for Fundamental Rights. Wien. Online unter www.europarl.europa.eu/cmsdata/226730/Session_1_-_FRA_Cost_of_exclusion_from_healthcare.pdf (Download am 28. April 2025).
- Fehmel, T. (2017). Entscheidungsspielräume im Sozialleistungsrecht – Konsequenzen für die Soziale Arbeit. In: Zeitschrift für Sozialreform 63 (4). doi.org/10.1515/zsr-2017-0023 (Download am 28. April 2025).
- Frank, L., Yesil-Jürgens, R., Razum, O., Bozorgmehr, K., Schenk, L., Gilsdorf, A. et al. (2017). Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland. In: Journal of Health Monitoring 2 (1). S. 24–47. doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-005 (Download am 28. April 2025).
- Freiberg, A., Wienke, A., Bauer, L., Niedermaier, A. und Führer, A. (2020). Dental Care for Asylum-Seekers in Germany: A Retrospective Hospital-Based Study. In: International Journal of Environmental Research and Public Health 17 (2672).
- Frisch, J. (2015). Zwischen Humanität und Bürokratie. In: Berliner Ärzteblatt (6). S. 14–20.
- Fritz, A. (2018). Gesundheit für Flüchtlinge: Eine unbestimmte, unübersichtliche und umstrittene Gesundheitsversorgung in Deutschland. In: Zeitschrift für medizinische Ethik 64 (1). S. 15–31.
- Führer, A. (2023a). Determinanten der Gesundheit und medizinischen Versorgung von Asylsuchenden in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz. doi.org/10.1007/s00103-023-03762-9 (Download am 28. April 2025).
- Führer, A. (2023b). Die Gesundheit und medizinische Versorgung von Asylsuchenden. Habilitationsschrift. Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale).

- Gottlieb, N., Ohm, V. und Knörnschild, M. (2021). The Electronic Health Insurance Card for Asylum- Seekers in Berlin: Effects on the Local Health System. In: International Journal of Health Policy and Management, S. 1–9. doi.org/10.34172/ijhpm.2021.34 (Download am 28. April 2025).
- James, P. und Mayblin, L. (2016). Factors influencing asylum destination choice: A review of the evidence. The University of Sheffield. Sheffield (Working Paper, 04/16.1). Online unter asylumwelfarework.wordpress.com/wp-content/uploads/2015/03/asylum-seeker-pull-factors-working-paper.pdf (Download am 28. April 2025).
- Klein, S. (2022). Wie das Parlament über Fluchtursachen redet. Friedrich-Ebert-Stiftung. Berlin. Online unter www.fes.de/themenportal-flucht-migration-integration/artikelseite-flucht-migration-integration/wie-das-parlament-ueber-fluchtursachen-redet (Download am 28. April 2025).
- Landessozialgericht Hessen (2018). Beschluss vom 11. Juli 2018. Az.: L 4 AY 9/18 B ER.
- Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen (2018). Beschluss vom 1. Februar 2018. Az.: L 8 AY 16/17 B ER.
- Lee, E. S. (1966). A theory of migration. In: Demography 3 (1). S. 47–57. doi.org/10.2307/2060063 (Download am 28. April 2025).
- Lindner, K. (2015). Die gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden in Deutschland. Aktuelle politische Entwicklungen. In: Migration und Soziale Arbeit (1). S. 81–88.
- Niedermaier, A., Freiberg, A., Tiller, D., Wienke, A. und Führer, A. (2020). Outpatient health care utilization and health expenditures of asylum seekers in Halle (Saale), Germany – an analysis of claims data. In: BMC health services research 20 (1). S. 961. doi.org/10.1186/s12913-020-05811-4 (Download am 28. April 2025).
- Oltmer, J. (2016). Schutz für die Flüchtlinge in der Bundesrepublik Deutschland. Der Blick zurück. In: Reschke, A. (Hrsg.). Und das ist erst der Anfang. Deutschland und die Flüchtlinge. Unter Mitarbeit von M. Amjahid. Originalausgabe, 5. Auflage. Hamburg. S. 202–217.
- Pedersen, P. J., Pytlakova, M. und Smith, N. (2004). Selection or Network Effects? Migration Flows into 27 OECD Countries, 1990–2000. Herausgegeben vom Forschungsinstitut für Zukunft der Arbeit. Bonn. Online unter docs.iza.org/dp1104.pdf (Download am 28. April 2025).

- Razum, O., Wenner, J. und Bozorgmehr, K. (2016). Wenn Zufall über den Zugang zur Gesundheitsversorgung bestimmt: Geflüchtete in Deutschland. In: *Gesundheitswesen* (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes), 78 (11). S. 711–714. doi.org/10.1055/s-0042-116231 (Download am 28. April 2025).
- Robinson, V. und Segrott, J. (2002). Understanding the decision-making of asylum seekers. *Home Office Research Study 243*. Herausgegeben von Home Office Research, Development and Statistics Directorate. London.
- Rolke, K., Wenner, J. und Razum, O. (2020). Der Zugang zu gesundheitlicher Versorgung nach Einführung der elektronischen Gesundheitskarte: die Sicht geflüchteter Patient(inn)en. In: *Gesundheitswesen* (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes) 82 (12). S. 961–968. doi.org/10.1055/a-1205-1021 (Download am 28. April 2025).
- Schammann, H. (2015). Wenn Variationen den Alltag bestimmen. Unterschiede lokaler Politikgestaltung in der Leistungsgewährung für Asylsuchende. In: *Z Vgl Polit Wiss* 9 (3). S. 161–182. doi.org/10.1007/s12286-015-0267-4 (Download am 28. April 2025).
- Schülle, M. und Frankenstein, A. (2019). Europa- und verfassungsrechtliche Anforderungen an die Auslegung von § 6 Absatz 1 AsylbLG. In: *RPRReha* (1). S. 20–27.
- Scott, P. (2014). Black African asylum seekers' experiences of health care access in an eastern German state. In: *International Journal of Migration, Health and Social Care* 10 (3). S. 134–147. doi.org/10.1108/IJMHSC-11-2013-0043 (Download am 28. April 2025).
- Siggelkow, P. (2022). Pull-Faktoren werden deutlich überschätzt. *Tagesschau*. Online unter www.tagesschau.de/faktenfinder/kontext/migration-push-pull-faktoren-101.html (Download am 28. April 2025).
- Spura, A., Kleinke, M., Robra, B. P. und Ladebeck, N. (2017). Wie erleben Asylsuchende den Zugang zu medizinischer Versorgung? In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* (60). S. 462–470. doi.org/10.1007/s00103-017-2525-x (Download am 28. April 2025).
- Trummer, U., Novak-Zezula, S., Renner, A. und Wilczewska, I. (2018). Cost savings through timely treatment for irregular migrants and European Union citizens without insurance. In: *European journal of public health* 28 (suppl_1). doi.org/10.1093/eurpub/cky048.061 (Download am 28. April 2025).

- Wächter-Raquet, M. (2016). Einführung der Gesundheitskarte für Asylsuchende und Flüchtlinge. Der Umsetzungsstand im Überblick der Bundesländer. Herausgegeben von der Bertelsmann Stiftung. Gütersloh.
- Wenner, J., Biddle, L., Gottlieb, N. und Bozorgmehr, K. (2022). Inequalities in access to healthcare by local policy model among newly arrived refugees: evidence from population-based studies in two German states. In: International journal for equity in health 21 (1). S. 11. doi.org/10.1186/s12939-021-01607-y (Download am 28. April 2025).
- Zentrale Ethikkommission bei der Bundesärztekammer (2013). Versorgung von nicht regulär krankenversicherten Patienten mit Migrationshintergrund. In: Deutsches Ärzteblatt 110 (18). S. 899–903.