



UNIVERSITÄTS
KLINIKUM
HEIDELBERG

HEALTH EQUITY STUDIES & MIGRATION – REPORT SERIES
2021-02 | Policy Brief

Die elektronische Gesundheitskarte für Asylsuchende

Zusammenfassung der wissenschaftlichen Evidenz

Andreas W. Gold

Judith Weis

Leonard Janho

Louise Biddle

Kayvan Bozorgmehr

Herausgegeben durch die:

Sektion Health Equity Studies & Migration
Teil der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung
am Universitätsklinikum Heidelberg

Bitte zitieren als:

Gold AW, Weis J, Janho L, Biddle L, Bozorgmehr K. (2021) Die elektronische Gesundheitskarte für Asylsuchende. Zusammenfassung der wissenschaftlichen Evidenz. Health Equity Studies & Migration – Report Series, 2021-02. DOI: <https://doi.org/10.11588/heidok.00030347>

Lizenzierung

Dieses Werk ist lizenziert unter CC BY-NC-ND 4.0.

Weitere Informationen finden Sie unter: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.de> und <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode.de>

Kontakt

andreas.gold@med.uni-heidelberg.de | kayvan.bozorgmehr@med.uni-heidelberg.de

Zusammenfassung

Dieser Policy Brief fasst den bis Juni 2021 verfügbaren Wissensstand zu Auswirkungen der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) für Asylsuchende zusammen. Es werden empirische Erkenntnisse zu den Auswirkungen auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, auf Gesundheitsoutcomes sowie auf Kosten und administrative Prozesse dargestellt.

Folgende gesicherte Erkenntnisse liegen vor:

- Die Einführung der eGK für Asylsuchende erleichtert administrative Prozesse und führt nicht zu Kostensteigerungen.
- Durch die eGK werden Hürden bei der Inanspruchnahme für Asylsuchende abgebaut und Abrechnungsprozesse für Leistungserbringer erleichtert.
- Die Einführung der eGK wirkt sich sowohl auf die psychische Gesundheit als auch den selbst-berichteten allgemeinen Gesundheitszustand positiv aus. Unmittelbare Auswirkungen der eGK auf die körperliche Gesundheit konnten bislang nicht nachgewiesen werden, sind jedoch aus Sicht ärztlicher Fachkräfte plausibel.
- Es gibt keine Hinweise auf eine, durch die Einführung der eGK hervorgerufene, übermäßige Inanspruchnahme der medizinischen Infrastruktur.
- Der Abbau von Leistungseinschränkungen in der gesundheitlichen Versorgung erleichtert administrative Prozesse und verbessert die bedarfsgerechte Inanspruchnahme.
- Auch eine eGK mit Leistungseinschränkungen nach §§4,6 AsylbLG zeigt bereits positive Effekte auf den bedarfsgerechten Zugang zur Versorgung.
- Grundsätzlich empfehlenswert ist eine landesweite Einführung der eGK mit Übernahme der anfallenden Behandlungskosten auf Landesebene, um anfallende Verwaltungskosten und entstehende Gesundheitsausgaben über alle Kreise ausgleichen zu können.

1 Hintergrund

Der Zugang zu gesundheitlicher Versorgung für geflüchtete Menschen in Deutschland wird in unterschiedlichem Maße realisiert. Das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) sieht bis zum Abschluss des Asylverfahrens bzw. bis längstens zum 18. Monat des Aufenthalts in der Bundesrepublik einen begrenzten Leistungsanspruch vor. Nach §4 AsylbLG werden Leistungen zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen gewährt. Zudem werden zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten Schutzimpfungen und medizinisch gebotene Vorsorgeuntersuchungen erbracht. Keine Beschränkungen des Leistungsumfangs sind für werdende Mütter und Wöchnerinnen vorgesehen. Für alle anderen Personengruppen können auf Antrag beim zuständigen Kostenträger ergänzende Leistungen beantragt werden „wenn sie im Einzelfall zur Sicherung [...] der Gesundheit unerlässlich [...] sind“ (§6 AsylbLG). Um als Asylsuchende*r gesundheitliche Leistungen der Regelversorgung in Anspruch nehmen zu können, bedarf es eines Behandlungsscheins (BHS), der durch den zuständigen Sozialleistungsträger ausgestellt wird, oder einer elektronischen Gesundheitskarte (eGK, umgangssprachlich auch „Krankenkassenkarte“). Zu unterscheiden ist zwischen dem Vorhandensein einer eGK mit eingeschränktem Leistungsumfang nach §§4,6 AsylbLG und einer eGK, die z.B. nach einer Aufenthaltsdauer von 18 Monaten einen Zugang zu Gesundheitsleistungen orientiert an Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nach SGB V („Analogleistungen“) bietet.

Das System der Leistungsgewährung über Behandlungsscheine sieht sich regelmäßig mit Kritik aus medizinischer und ethischer Perspektive konfrontiert [1]. Beklagt werden die damit verbundenen zusätzlichen Barrieren bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und daraus resultierende Verzögerungen im medizinischen Behandlungsprozess [2–4]. Zudem wird auf ein höheres Risiko für Stigmatisierung und Diskriminierung aufgrund dieses Systems hingewiesen [2]. Als besonders kritikwürdig wird beschrieben, dass in den zuständigen Behörden i.d.R. nicht-medizinisches Verwaltungspersonal über die Gewährung von Gesundheitsleistungen entscheidet. Verbunden mit dem durch das AsylbLG eingeräumten breiten Ermessensspielraum erhöht sich hierdurch das Risiko für unterschiedliche behördliche Entscheidungspraktiken, die nicht am medizinischen Bedarf orientiert sind [5].

Zum Zeitpunkt der Erstellung dieser Kurzzusammenfassung (Juni 2021) ist die elektronische Gesundheitskarte für Asylsuchende in sechs Bundesländern landesweit eingeführt (Bremen (seit 2005), Hamburg (seit 2012), Berlin (seit 2016), Schleswig-Holstein (seit 2016), Brandenburg¹ (seit 2016), Thüringen (seit 2017)). In drei weiteren Bundesländern (Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz) existieren seit 2016 Rahmenvereinbarungen des jeweiligen Landes mit gesetzlichen Krankenkassen, die es den Kreisen und Kommunen ermöglichen eine elektronische Gesundheitskarte für ihren Zuständigkeitsbereich einzuführen. In Bayern, Baden-Württemberg, Saarland, Hessen, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern wurde die elektronische Gesundheitskarte für Asylsuchende ohne die achtzehnmonatige Wartefrist bislang noch nicht eingeführt.

2 Ziel des Policy Brief

Dieser Policy Brief stellt den bis Juni 2021 verfügbaren empirischen Kenntnisstand zu möglichen Auswirkungen der Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte für Asylsuchende in Deutschland kompakt dar um Entscheidungsträger*innen in Politik und Praxis zu informieren.

¹ In Brandenburg sind 17 von 18 Landkreisen der Rahmenvereinbarung beigetreten.

3 Empirischer Kenntnisstand zu den Auswirkungen der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Asylsuchende

Es wurden wissenschaftliche Publikationen mit empirischem Schwerpunkt bis Juni 2021 berücksichtigt. Eine umfassende Recherche nach relevanten Literaturquellen erfolgte anhand mehrerer vordefinierter Suchbegriffe in der wissenschaftlichen Datenbank PubMed, sowie in Google Scholar. Ergänzend wurden die Referenzen bereits identifizierter Literaturquellen auf weitere relevante Publikationen durchsucht.

Im Folgenden werden zentrale Erkenntnisse zu Auswirkungen der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Asylsuchende in vier Bereichen beschrieben: Inanspruchnahme, Gesundheitsoutcomes, Kosten und administrative Prozesse.

3.1 Inanspruchnahme

Innerhalb des Gesundheitssystems werden Gesundheitsleistungen auf verschiedenen Versorgungsebenen erbracht. Die primäre Ebene umfasst die hausärztliche Versorgung, die sekundäre Ebene die fachärztliche Versorgung. Die tertiäre Ebene beschreibt die Krankenhausversorgung (Notfall- und stationäre Behandlungen). Im Sinne einer effektiven und effizienten Gesundheitsversorgung wird eine – im Vergleich zu der sekundären und tertiären Versorgungsebene – höhere Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten in der primären Ebene als vorteilhaft bewertet.

Quantitative Analysen zu den Auswirkungen der Einführung der eGK für Asylsuchende zeigen mehrere Effekte auf die Inanspruchnahme. Die eGK baut im Vergleich zum Behandlungsscheinsystem Hürden bei der Inanspruchnahme der Primärversorgungsstrukturen ab [6].² Eine vorhandene eGK erhöht den Zugang zur fachärztlichen Versorgung geringfügig und reduziert die Inanspruchnahme von Strukturen der Tertiärversorgung (v.a. der Notfallversorgung) [10]. Die Inanspruchnahme von Primärversorgungsstrukturen durch Asylsuchende mit eGK liegt dabei auf dem Niveau des Bevölkerungsdurchschnitts [6] oder darunter [11]. Eine Reduktion von Krankenhauseinweisungen aufgrund sogenannter ambulant-sensitiver Krankheitsfälle konnte hingegen nicht beobachtet werden [10].

Qualitative Analysen zeigen, dass durch die Einführung der eGK ein erleichterter Zugang zum Gesundheitssystem, weniger administrative Hürden und geringere Stigmatisierung bei der Inanspruchnahme erwartet werden. Gründe dafür liegen v.a. im gewohnten Abrechnungsverfahren für die Leistungserbringer [12]. Zudem wird eine Erleichterung für Asylsuchende und ihre Unterstützungsstrukturen (Ehrenamt, Sozialarbeiter*innen) beschrieben, da keine Umstellung zwischen zwei Zugangssystemen (BHS und eGK) und den jeweiligen Abläufen und Regelungen notwendig wird [9]. Auch wenn der Zugang zur Gesundheitsversorgung mit einer eGK grundsätzlich als gut eingestuft wird [3], werden auch zahlreiche Herausforderungen beschrieben, die bestehen bleiben. So stellen insbesondere die unzureichenden Möglichkeiten zur qualifizierten Sprachmittlung eine relevante Hürde dar, als auch weiterhin bestehende Unsicherheiten hinsichtlich des Leistungsanspruchs, sofern die eGK lediglich den Leistungsanspruch nach §§4,6 AsylbLG abdeckt [13].

² Als eine Hauptproblematik des Behandlungsscheinsystems werden häufige Verzögerungen im Behandlungsprozess aufgrund notwendiger Beantragungsprozesse beschrieben und die damit einhergehende Gefahr der Verschlechterung des Gesundheitszustands [7, 8]. Besonders für chronisch Erkrankte wird eine Verbesserung der Versorgungssituation bei Vorhandensein einer eGK beschrieben [9].

3.2 Gesundheitsoutcomes

Die psychische Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland ist schlechter als im Durchschnitt der Bevölkerung. Der Zugang zur eGK geht mit einer statistisch signifikanten Verbesserung in der psychischen Gesundheit bei Geflüchteten einher, verglichen mit jenen ohne eGK Berechtigung [14, 15]. Die Einführung einer eGK zeigt positive Effekte auf das generelle mentale Wohlbefinden und ist mit einem niedrigeren Risiko für Angst und Depression assoziiert. Dies kann durch geringere Stressfaktoren nach der Migration erklärt werden. Auch der selbst eingeschätzte Gesundheitsstatus ist bei Asylsuchenden mit eGK signifikant höher als bei jenen mit BHS [15].

Durch den Zugang zu einer eGK im Vergleich zu einem BHS konnte in quantitativen Studien bisher keine unmittelbare Verbesserung der körperlichen Gesundheit beobachtet werden [14, 15]. Dies kann u.a. damit zusammenhängen, dass bisherige Studie die potenziellen Auswirkungen der Einführung einer eGK nur über einen kurzen Zeitraum berücksichtigen konnten. Der Zeitverlust bei Beantragung eines BHS kann die Behandlung potenziell lebensbedrohlicher Erkrankungen verzögern [5]. Interviews mit ärztlichen und nicht-ärztlichen Fachkräften der gesundheitlichen Versorgung begründen die Annahme, dass eine schnellere Versorgung ohne Zeitverlust (durch eine vorhandene eGK) insbesondere für chronisch Kranke einen gesundheitlichen Vorteil haben kann [12]. In Kommunen bzw. Kreisen mit einer bereits eingeführten eGK konnte eine geringere Rate an Notfallbehandlungen bei Asylsuchenden nachgewiesen werden, verglichen mit Kommunen bzw. Kreisen, die BHS nutzen [10]. Dies stützt die Annahme, dass dort durch eine bedarfsgerechtere Versorgungssituation bessere Outcomes für die Gesundheit erzielt werden können.

3.3 Kosten

Durch die Einführung der eGK in einzelnen Bundesländern wurden hinsichtlich der Kosteneffektivität zwei wesentliche Faktoren benannt. Zum einen ermöglicht der barriereärmere Zugang zur gesundheitlichen Versorgung eine frühzeitige medizinischen Behandlung der Betroffenen, zum anderen senkt die Einführung der eGK die Kosten der Gesundheitsversorgung durch einen geringeren Verwaltungsaufwand bei den zuständigen Behörden.

Daten zur Senkung der Verwaltungsausgaben liegen v.a. seitens der *Hamburger Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration* vor. Hier zeigt sich, dass Kosten eingespart werden, wenn Asylsuchende mittels eGK Zugang zur Versorgung haben, so konnten beispielsweise in der Hamburger Sozialbehörde Kosten in Höhe von rund 1,6 Mio. Euro pro Jahr eingespart werden [16]. Die durchschnittlichen Gesundheitsausgaben pro Kopf blieben dabei weitestgehend unverändert [16, 17]. Bei Einführung der eGK fallen einmalige Kosten für den Umstellungsprozess und regelmäßige Verwaltungskosten an die gesetzlichen Krankenkassen an [13]. Es wird jedoch beschrieben, dass beachtliche Summen durch einen geringeren administrativen Aufwand eingespart werden konnten, nachdem die Kommunen erfolgreich vom BHS auf die eGK umgestiegen waren [13, 16, 17].

Auch der durch die eGK barriereärmere Zugang zur Gesundheitsversorgung zeigt sich kosteneffektiv. Eine Studie, basierend auf Daten des statistischen Bundesamts im Zeitraum zwischen 1994 und 2013, zeigt höhere Gesundheitsausgaben pro Kopf für Asylsuchende bei eingeschränktem Zugang mit BHS verglichen mit uneingeschränktem Zugang zur gesundheitlichen Versorgung anhand einer eGK [18]. Diese Erkenntnisse wurden auch durch andere Analysen mit derselben Datenbasis für das Jahr 2018 nachgewiesen [8]. Folglich zeigen niedrigere Barrieren hinsichtlich des Zugangs zur Gesundheitsversorgung nicht nur in humanitärer, sondern auch in ökonomischer Hinsicht positive Effekte [17]. Eine frühzeitige Behandlung noch nicht akuter

Gesundheitsprobleme könnte den langfristigen Krankheitsverlauf positiv beeinflussen, sodass potenzielle Chronifizierungen vermieden werden [8, 18].

Studienergebnisse zu der Einführung der eGK in Berlin zeigen, dass Kosten für ambulante Leistungen um 30% sanken, jedoch für stationäre Leistungen im Beobachtungszeitraum höher waren als zuvor. Voraussichtlich durch den Umstellungsprozess bedingt stiegen auch die administrativen Kosten zunächst an. Als vorteilhaft wird die Reduktion bürokratischer Komplexität und des Verwaltungsaufwand beschrieben. Auch ermöglicht die Einführung der eGK den Zugriff auf Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung und eine damit bisher nicht vorhandene finanzielle Transparenz. Nicht zuletzt konnten durch die Einführung der eGK ethische Spannungen im Versorgungskontext entschärft werden. Diese Vorteile gingen seit der Einführung der eGK mit *keinem* Anstieg der Kosten für die ambulante Gesundheitsversorgung einher, vielmehr sanken diese. Die im stationären Bereich beobachtete Ausgabensteigerung könnte auf eine bedarfsgerechtere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen hinweisen, bedarf aber weiterer Untersuchungen [19].

3.4 Administrative Prozesse

Durch die Einführung einer eGK für Asylsuchende erfolgt die Abrechnung über eine gesetzliche Krankenkasse, mit der ein entsprechender (Rahmen-)Vertrag besteht. Hierdurch können parallel bestehende Abrechnungsstrukturen in den Behörden abgebaut werden und nach einer Übergangszeit Arbeitsabläufe effizienter gestaltet und Kosten eingespart werden [12, 13, 16]. Diese Vorteile zeigen sich insbesondere bei einer landesweiten Einführung der eGK und gleichzeitiger Kostenübernahme auf Landesebene, da anfallende Verwaltungskosten und entstehende Gesundheitsausgaben über alle Kreise hinweg ausgeglichen werden könnten [20–22].

Die im Behandlungsscheinsystem bestehende behördliche Einzelfallprüfung wird durch die Einführung der eGK in weiten Teilen ersetzt. Hiermit einhergehend ist auch eine Rückübertragung der fachlichen Einschätzung der Behandlungsbedürftigkeit in das medizinische System [3, 5]. Hierdurch können auch Wartezeiten für behördliche Entscheidungsprozesse abgebaut werden [9]. Zudem ergeben sich Hinweise, dass ein stärker automatisiertes Verfahren, wie bei der eGK, sich leichter an verändernde Rahmenbedingungen, wie z.B. steigende Zuzugszahlen, anpassen könnte [10, 23].

Für Leistungserbringer werden mit der Einführung einer eGK für Asylsuchende interne administrative Prozesse deutlich erleichtert. Statt denen im Behandlungsscheinsystem komplexen, teils intransparenten und häufig noch papierbasierten Abrechnungsvorgängen mit einzelnen Sozialleistungsträgern, können bei vorhandener eGK gewohnte und stärker automatisierte Abrechnungsverfahren genutzt werden [12, 16]. Mit Einführung der eGK fällt zudem für Asylsuchende der Versorgungsübergang zwischen zwei unterschiedlichen Abrechnungssystemen weg und erleichtern damit – zumindest auf administrativer Ebene – die Orientierung innerhalb des deutschen Gesundheitssystems [3]. Hiermit verbunden sind auch positive Auswirkungen auf die zeitlichen Ressourcen der Leistungserbringer, der betreuenden Sozialarbeitenden und (ehrenamtlichen) Unterstützungsstrukturen, da sie nicht innerhalb relativ kurzer Zeit zwei unterschiedliche Abrechnungssysteme erläutern und bedienen müssen [9, 12]. Je nach Landes- bzw. kommunaler Regelung bleiben jedoch die Leistungseinschränkungen der §§4,6 AsylbLG bestehen und damit auch eventuell vorhandene Unsicherheiten bei den Leistungserbringern [24].

4 Fazit

Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Asylsuchende erleichtert administrative Prozesse und führt nicht zu Kostensteigerungen. Hürden bei der Inanspruchnahme werden für Asylsuchende abgebaut und für Leistungserbringer Abrechnungsprozesse erleichtert. Die Einführung einer eGK wirkt sich sowohl auf die psychische Gesundheit als auch den selbst-berichteten allgemeinen Gesundheitszustand positiv aus. Unmittelbare Auswirkungen der eGK auf die körperliche Gesundheit konnten bislang nicht nachgewiesen werden. Für eine, durch die Einführung der eGK hervorgerufene, übermäßige Inanspruchnahme der medizinischen Infrastruktur gibt es hingegen *keine* Hinweise [10, 11].

Der Abbau von Leistungseinschränkungen in der gesundheitlichen Versorgung erleichtert administrative Prozesse und verbessert die bedarfsgerechte Inanspruchnahme [10, 18, 25]. Auch eine eGK mit Leistungseinschränkungen nach §§4,6 AsylbLG zeigt bereits positive Effekte [26]. Grundsätzlich empfehlenswert ist die landesweite Einführung der eGK mit Übernahme der anfallenden Behandlungskosten auf Landesebene, um anfallende Verwaltungskosten und entstehende Gesundheitsausgaben über alle Kreise hinweg ausgleichen zu können [20–22].

Auch wenn mit der Einführung der eGK zahlreiche Verbesserungen auf unterschiedlichen Ebenen einhergehen, bestehen auch nach Einführung der eGK einige strukturelle Herausforderungen fort. Diese umfassen u.a. mangelnde Möglichkeiten zur adäquaten Sprachmittlung, Diskriminierungserfahrungen innerhalb des Gesundheitssystems oder häufige, durch das Asylverfahren bedingte, Wohnortwechsel und damit verbundene Versorgungsbrüche [27]. Abschließend ist auch auf den weiteren Forschungsbedarf hinzuweisen. Obwohl wissenschaftliche Untersuchungen zu Effekten bei der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Asylsuchende in den letzten Jahren vermehrt durchgeführt wurden bedarf es weiterer Studien um mögliche Auswirkungen auch über längere Zeiträume zu erfassen.

Literaturverzeichnis

1. Gottlieb N, Schülle M (2021) An overview of health policies for asylum-seekers in Germany. *Health Policy* 125:115–121. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2020.09.009>
2. Schülle M (2018) Medizinische Versorgung für Menschen mit Behinderungen, die Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz erhalten. In: Westphal M, Wansing G (Hrsg) *Migration, Flucht und Behinderung. Herausforderungen für Politik, Bildung und psychosoziale Dienste*. Springer VS, Wiesbaden, S 145–165
3. Spura A, Kleinke M, Robra B-P, Ladebeck N (2017) Wie erleben Asylsuchende den Zugang zu medizinischer Versorgung? (How do asylum seekers experience access to medical care?). *Bundesgesundheitsbl* 60:462–470. <https://doi.org/10.1007/s00103-017-2525-x>
4. Hyde R (2016) Refugees need health cards, say German doctors. *The Lancet* 388:646–648. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31346-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31346-0)
5. Razum O, Wenner J, Bozorgmehr K (2016) Wenn Zufall über den Zugang zur Gesundheitsversorgung bestimmt: Geflüchtete in Deutschland (When Chance Decides About Access to Health Care: The Case of Refugees in Germany). *Gesundheitswesen* 78:711–714. <https://doi.org/10.1055/s-0042-116231>
6. Claassen K, Jäger P (2018) Impact of the Introduction of the Electronic Health Insurance Card on the Use of Medical Services by Asylum Seekers in Germany. *Int J Environ Res Public Health* 15. <https://doi.org/10.3390/ijerph15050856>
7. Wenner J, Biddle L, Bozorgmehr K (2020) Differences in health care utilization by access policy among newly arrived refugees in Germany. *European Journal of Public Health* 30. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa166.543>
8. Holleederer A (2020) Die Gewährleistung von Krankheitshilfen bei asylsuchenden Menschen: Zweiklassenmedizin in Deutschland? (Guarantee of illness assistance for people seeking asylum: Two-tiered medical system in Germany?). *Bundesgesundheitsbl* 63:1203–1218. <https://doi.org/10.1007/s00103-020-03215-7>

9. Rolke K, Wenner J, Razum O (2020) Der Zugang zu gesundheitlicher Versorgung nach Einführung der elektronischen Gesundheitskarte: die Sicht geflüchteter Patient(inn)en (Access to Health Care After the Introduction of the Electronic Health Card: Views of Refugee Patients). *Gesundheitswesen* 82:961–968. <https://doi.org/10.1055/a-1205-1021>
10. Wenner J, Bozorgmehr K, Duwendag S, Rolke K, Razum O (2020) Differences in realized access to healthcare among newly arrived refugees in Germany: results from a natural quasi-experiment. *BMC Public Health* 20:846. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08981-2>
11. Jäger P, Claassen K, Ott N, Brand A (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. *Int J Environ Res Public Health* 16. <https://doi.org/10.3390/ijerph16071178>
12. Rolke K, Wenner J, Razum O (2019) Shaping access to health care for refugees on the local level in Germany - Mixed-methods analysis of official statistics and perspectives of gatekeepers. *Health Policy* 123:845–850. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2019.07.001>
13. Rolke K, Wenner J, Razum O (2018) Organization of access to primary health care for newly arrived refugees in Germany: a case study in the federal state of North Rhine-Westphalia
14. Jaschke P, Kosyakova Y (2019) Does facilitated access to the health system improve asylum-seekers' health outcomes? Evidence from a quasi-experiment. *IAB-Discussion Paper(7)*
15. Jaschke P, Kosyakova Y (2021) Does Facilitated and Early Access to the Healthcare System Improve Refugees' Health Outcomes? Evidence from a Natural Experiment in Germany. *International Migration Review*:019791832098041. <https://doi.org/10.1177/0197918320980413>
16. Burmester F (2015) Medizinische Versorgung der Leistungsberechtigten nach §§ 4 und 6 AsylbLG über eine Krankenkasse. *Public Health Forum* 23:106–108. <https://doi.org/10.1515/pubhef-2015-0039>
17. Frank L, Yesil-Jürgens R, Razum O et al. (2017) Health and healthcare provision to asylum seekers and refugees in Germany. *Journal of Health Monitoring* 2:22–42. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-021>
18. Bozorgmehr K, 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. *PLOS ONE* 10:e0131483. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0131483>
19. Gottlieb N, Ohm V, Knörnschild M (2021) The Electronic Health Insurance Card for Asylum-Seekers in Berlin: Effects on the Local Health System. *International Journal of Health Policy and Management (IJHPM)*. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2021.34>
20. Bozorgmehr K, Razum O (2019) Negotiating access to health care for asylum seekers in Germany. In: WHO Regional Office for Europe (Hrsg) *Health diplomacy: spotlight on refugees and migrants*, Copenhagen
21. Bozorgmehr K, Wenner J, Noest S, Stock C, Razum O (2018) Germany: financing health services provided to asylum seekers. In: WHO Regional Office for Europe (Hrsg) *Compendium of health system responses to large-scale migration in the WHO European Region*, S 38–47
22. Biddle L, Mladovsky P, Bozorgmehr K (2020) Health Financing for Asylum Seekers in Europe: Three Scenarios Towards Responsive Financing Systems. In: Bozorgmehr K, Roberts B, Razum O, Biddle L (Hrsg) *Health Policy and Systems Responses to Forced Migration*. Springer International Publishing, Cham, S 77–98
23. Mohammadzadeh Z, Jung F, Lelgemann M (2016) Gesundheit für Flüchtlinge - das Bremer Modell (Health for refugees - the Bremen model). *Bundesgesundheitsbl* 59:561–569. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2331-x>
24. Wenner J, Rolke K, Breckenkamp J, Sauzet O, Bozorgmehr K, Razum O (2019) Inequalities in realised access to healthcare among recently arrived refugees depending on local access model: study protocol for a quasi-experimental study. *BMJ Open* 9:e027357. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-027357>
25. Günther W, Kurrek D, Töller AE (2019) Ein starker Fall für die Parteiendifferenztheorie: Die Einführung der Gesundheitskarte für Asylsuchende in den Bundesländern. *Z Politikwiss* 29:361–392. <https://doi.org/10.1007/s41358-019-00193-4>
26. Wenner J, Biddle L, Gottlieb N, Bozorgmehr K (2021) Inequalities in access to healthcare by local policy model among newly arrived refugees: evidence from population-based studies in two German states. [medRxiv preprint]. <https://doi.org/10.1101/2021.07.13.21260241>
27. van Loenen T, van den Muijsenbergh M, Hofmeester M et al. (2018) Primary care for refugees and newly arrived migrants in Europe: a qualitative study on health needs, barriers and wishes. *European Journal of Public Health* 28:82–87. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckx210>

Herausgeber:

Sektion Health Equity Studies & Migration
Abt. Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung
Universitätsklinikum Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 130.3
69120 Heidelberg

SektionEquityMig.AMED@med.uni-heidelberg.de

Stand: 10.11.2021