

Christine Bölian · Sevasti Trubeta



Elektronische Gesundheitskarte für Asylsuchende

***Erkenntnisse aus einem Pilotprojekt
im Landkreis Stendal, Sachsen-Anhalt***



Inhaltsverzeichnis

Vorwort	3
Danksagung	6
1. Einleitung	7
1.1 Ziel und Struktur dieses Berichts	9
1.2 Arbeitsweise und -methoden	10
2. Situation in Sachsen-Anhalt	11
2.1 Aktuelle Situation in Sachsen-Anhalt	11
2.2. Rückblick: Verhandlungen über die Einführung der eGK in Sachsen-Anhalt (2014–2017)	12
3. Rechtliche Rahmenbedingungen	17
3.1 International und Europäische Union	17
3.2. Gesetzliche Grundlagen, die die Einführung der eGK begünstigen	19
4. Erkenntnisse aus der Praxis der Umsetzung rechtlicher Grundlagen	23
5. Zur Befürchtung über erhöhte Inanspruchnahme oder Missbrauch von Gesundheitsleistungen	26
6. Zum Aspekt: Kosten für medizinische Versorgung nach der Einführung der eGK	28
7. Zum Aspekt: Verwaltungsaufwand	29
8. Zum Aspekt: Verwaltungskosten	31
9. Kritische Aspekte aus der Praxis: Herausforderungen	34
10. Handlungsempfehlungen	35
Impressum	38

Vorwort

„Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Fehlen von Krankheit und Gebrechen. Der Besitz des bestmöglichen Gesundheitszustandes bildet eines der Grundrechte jedes menschlichen Wesens, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Anschauung und der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.“

Verfassung der WHO von 1948

„Es ist eines der Grundrechte jedes Menschen..., sich einer möglichst guten Gesundheit zu erfreuen.“

Satzung der WHO, zitiert nach der Übersetzung für die Bundesrepublik Deutschland, veröffentlicht im Bundesgesetzblatt Teil II, Nr. 4, 1974.

Staaten, die internationale Verträge, so auch die Verfassung der WHO, ratifiziert haben, sind zu deren Umsetzung verpflichtet. Zugleich kommt der Zivilgesellschaft und der wissenschaftlichen Gemeinschaft eine besondere Rolle als Korrektiv zu, wenn Missstände, Ungerechtigkeiten oder Problemlagen auftreten, indem sie aktiv an Lösungsvorschlägen mitarbeiten können. Dieses Prinzip liegt der Projektgruppe „Solidarische Stadtbürgerschaft – Solidarische Region Altmark“ (im Folgenden kurz: Solidarische Region Altmark) zugrunde. Die Projektgruppe verfolgt seit ihrer Gründung (2021) das Ziel, innovative Modelle lokaler/regionaler Bürgerschaft zu erarbeiten und deren Umsetzung in der Region Altmark in Sachsen-Anhalt anzuregen. Es handelt sich um Modelle, „die auf der Grundlage von Menschenrechten und sozialer Gerechtigkeit für alle, unabhängig von Staatsbürgerschaft und Aufenthaltsstatus, basieren und durch Allianzen zwischen Menschen mit Migrations- bzw. Fluchterfahrung, Zivilgesellschaft und Kommunen ermöglicht werden“¹

Ein Fokus der Projektgruppe liegt auf der Gesundheitsförderung von Menschen, die insbesondere in Migrations- und Fluchtprozessen prekariert werden. Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Asylsuchende bzw. Anspruchsberechtigte nach AsylbLG (im Folgenden: eGK)

¹ Siehe Website der Projektgruppe: <https://www.h2.de/hochschule/fachbereiche/angewandte-humanwissenschaften/projekte/kindheit-und-migration.html> [abgerufen am 12.02.2026].

gehört zu den Themen, die bundesweit intensiv diskutiert und zum Teil umgesetzt worden sind. In Sachsen-Anhalt gab es in der Vergangenheit (2014–2017) parlamentarische Versuche, die jedoch nicht zur Einführung der eGK geführt haben.

Die Projektgruppe „Solidarische Region Altmark“ hat das Thema eGK erneut aufgegriffen und versucht, ein Pilotprojekt im Landkreis Stendal anzuregen. Dabei stützte sie sich auf Erfahrungen anderer Bundesländer und einzelner Kommunen.

Ein erster Anstoß für die Initiative kam im Rahmen eines Fachtags der Projektgruppe zum Anonymen Krankenschein (05.10.2022).² Auf diesem Fachtag berichtete eine Mitarbeiterin des Sozialamtes Dresden über die bisherigen Erfahrungen mit der eGK in der Stadt Dresden, von ersten Diskussionen und Bedenken bis zur erfolgreichen Einführung der eGK zum 01.04.2020 und danach. In der darauffolgenden Zeit widmete die Projektgruppe „Solidarische Region Altmark“ dem Thema eGK explizit einen Fachtag (Januar 2024),³ auf dem das Bremer Modell ausführlich vorgestellt und langjährige Erfahrungen aus seiner Implementierung diskutiert wurden.

Die positive Resonanz des Fachtags und das rege Interesse der Teilnehmenden an der Erfahrung anderer Bundesländer regten die Idee eines Modellprojekts zur Einführung der eGK im Landkreis Stendal an. Der lokale Fokus begründet sich in der Erkenntnis, dass bei der Implementierung der eGK unterschiedliche Modelle existieren. In einigen Bundesländern gibt es flächendeckende Vereinbarungen zwischen dem Land und den Krankenkassen (zum Beispiel Land Brandenburg), in einigen wiederum gibt es Vereinbarungen zwischen Kommunen und Krankenkassen (zum Beispiel Dresden). Das Thema eGK gewann zunehmend an Bedeutung für den Landkreis Stendal nach der Öffnung einer Landeserstaufnahmeeinrichtung für Asylsuchende (im Folgenden: LAE) im Mai 2024, die für besonders vulnerable Schutzsuchende, darunter Kinder, eingeplant war und schließlich auch zustande gekommen ist.

Initiierung einer Expert*innen-Gruppe: In einem nächsten Schritt wurde auf Initiative der Projektgruppe „Solidarische Region Altmark“ eine Expert*innen-Gruppe gebildet, die sich in Fachgesprächen über Möglich-

2 Dokumentation des Fachtags „Anonymer Krankenschein in der Region Altmark“ (05.10.2022), organisiert durch die Projektgruppe „Solidarische Stadtbürgerschaft – Solidarische Region Altmark“: https://www.h2.de/fileadmin/user_upload/Fachbereiche/AHW/Dokumentation_Fachtag_Finale.pdf [abgerufen am 12.02.2026].

3 Dokumentation des Fachtags „Elektronische Gesundheitskarte für Asylsuchende Personen“ (10.01.2024), organisiert durch die Projektgruppe „Solidarische Stadtbürgerschaft – Solidarische Region Altmark“: https://www.h2.de/fileadmin/user_upload/Fachbereiche/AHW/doku_fachtag_10012024.pdf [abgerufen am 12.02.2026].

keiten und Hindernisse bei der Einführung der eGK im Landkreis Stendal austauschte.

Die federführende Rolle hatten dabei Christine Bölian, Mitarbeitende des Flüchtlingsrats Sachsen-Anhalt e.V., im Rahmen des Projektes „SENSA – Sensibilisierung zu besonderen Schutzbedarfen von asylsuchenden Menschen in Sachsen-Anhalt und Thüringen“⁴ – und Sevasti Trubeta Professorin an der Hochschule Magdeburg-Stendal und Koordinatorin der Projektgruppe „Solidarische Region Altmark“. Das angestrebte Ergebnis war ein Positionspapier, das als Grundlage für Politikberatung dienen sollte. Die Gruppe hatte einen rein beratenden Charakter. In den Fachgesprächen waren Akteur*innen aus den folgenden Institutionen eingeladen: Landrat des Landkreises Stendal; Amt für Ausländerangelegenheiten Landkreis Stendal; AOK Sachsen-Anhalt; Zentrale Anlaufstelle für Asylbewerber des Landes Sachsen-Anhalt (ZAST); Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Gleichstellung des Landes Sachsen-Anhalt; Johanniter-Krankenhaus Genthin-Stendal GmbH; eine Referentin im Arbeitsstab der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration; Psychosoziales Zentrum für Migrant*innen in Sachsen-Anhalt St. Johannis GmbH; Ärzte der Welt.

Die Expert*innen-Gruppe hat sich zweimal getroffen (September 2024 und Januar 2025) und ist in einen intensiven internen Austausch getreten. In der Kommunikation zwischen der Projektkoordinatorin (Sevasti Trubeta) und der Staatssekretärin Susi Moebbeck kurz vor dem zweiten Treffen der Fachgruppe signalisierte Letztere Gesprächsbereitschaft, sollte der Landkreis mit einem entsprechenden Vorhaben an sie herantreten. Die weiteren geplanten Treffen der Gruppe blieben jedoch aus, nachdem der Landrat den Landkreis-Stendal aus den Fachgesprächen zurückzog. Infolgedessen haben die Initiatorinnen die Expert*innengruppe aufgelöst.

Nichtdestotrotz wurden durch intensive Recherchen und Vernetzung bis März 2025 zahlreiche Erkenntnisse gewonnen, die die Notwendigkeit sowie reale Möglichkeiten der regionalen Einführung der eGK bekräftigen. Diese Erkenntnisse und Schlussfolgerungen daraus präsentiert der vorliegende Bericht.

4 SENSА, Projektinformationen, https://www.fluechtlingsrat-lsa.de/ueber_uns/projekte/sensa. Das Projekt wird kofinanziert von der Europäischen Union (AMIF), vom Land Sachsen-Anhalt, dem Freistaat Thüringen und der UNO-Flüchtlingshilfe.

Danksagung

An dieser Stelle möchten wir uns bei allen Beteiligten der Expert*innen-gruppe bedanken, die an den Fachgesprächen und am Austausch teilgenommen haben. Im Rahmen unserer Recherchen hatten wir auch durch intensive Fachgespräche weitere engagierte Expert*innen aus Kommunen bundesweit kennengelernt und uns mit ihnen vernetzen können. Sie boten uns großzügig und solidarisch wertvolle Erkenntnisse aus ihrer Praxiserfahrung. Ihnen gilt unser besonderer Dank. Dieses Projekt wurde tatkräftig von der Hochschule Magdeburg-Stendal und dem Projekt SENSE, Flüchtlingsrat Sachsen-Anhalt e.V. gefördert. Ihnen sprechen wir unseren Dank aus. Bedanken möchten wir uns auch bei der Europäischen Union (AMIF), dem Land Sachsen-Anhalt, dem Freistaat Thüringen und der UNO-Flüchtlingshilfe für die Kofinanzierung des Projekts „SENSE – Sensibilisierung zu besonderen Schutzbedarfen von asylsuchenden Menschen in Sachsen-Anhalt und Thüringen“, durch die die Mitarbeit des Flüchtlingsrats Sachsen-Anhalt e.V. ermöglicht wurde.

1. Einleitung

In einer von Menschenrechtsachtung und sozialer Solidarität geprägten Gesellschaft ist der Zugang zu einer gleichwertigen Gesundheitsversorgung für alle ein Anrecht, sofern dabei die menschenrechtlich garantierten Bedürfnisse in den Mittelpunkt gestellt werden.

Ist dies ein Kernaspekt der Daseinsvorsorge für alle Menschen, kommt seiner Umsetzung für Personengruppen in prekären Lebenslagen eine besondere Bedeutung zu. Denn gerade sie sind in besonderem Maße darauf angewiesen, dass die institutionellen Rahmenbedingungen gut organisiert sind und nach menschenrechtlichen Maßstäben funktionieren. Zu den Personengruppen in besonders prekären Lebenslagen gehören auch die Asylbewerbenden. Sie befinden sich aufgrund ihres hohen Abhängigkeitsgrades in einer besonders sensiblen Lage – unter anderem wegen unzureichender Kenntnisse der deutschen Sprache, mangelnden Wissens über ihre Rechte sowie eingeschränkter Zugänge zu Institutionen. Aufgrund ihres unsicheren Aufenthaltsstatus bestehen für sie kaum Möglichkeiten, Einfluss auf Rahmenbedingungen und Versorgungsstrukturen zu nehmen. Eine besondere Verantwortung der solidarischen Gesellschaft besteht darin, den Menschen dieser Personengruppe nicht nur den Zugang zu rechtlicher Beratung im Zusammenhang mit ihrem Asylverfahren zu ermöglichen, sondern auch den Zugang zur menschenrechtlich garantierten Gesundheitsversorgung sicherzustellen. Die Einführung der eGK für Asylbewerbende ist eine gute Option, um bestehende Hürden beim gleichwertigen Zugang zur Gesundheitsversorgung abzubauen.

Die eGK ersetzt die Ausstellung von Behandlungsscheinen durch das jeweilige Sozialamt, die als bürokratisch, verwaltungsaufwendig und menschenrechtsverletzend kritisiert worden sind. Die Kritikpunkte konzentrieren sich v. a. auf die bürokratischen Hürden bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten und den eingeschränkten Zugang zu diesen Diensten, denn Behandlungen erfolgen i. d. R. aufgrund akuter Erkrankungen, Notfällen und Schmerzzuständen. „Ob ein medizinischer Bedarf vorliegt und ein Arztbesuch notwendig ist, wird hierbei oft von nicht-medizinischem Personal entschieden“, so die „Ärzte der Welt“.⁵ Die bürokratischen Hürden für die Asylbewerbenden bzw. der erhöhte Verwaltungsaufwand für die

5 Ärzte der Welt, Positionspapier: Elektronische Gesundheitskarte für Geflüchtete, (07.08.2023), S. 1, <https://www.aerztederwelt.org/wp-content/uploads/2025/12/positionspapier-elektronische-gesundheitskarte.pdf> [abgerufen am 12.02.2026].

Kommunen zeigen sich darin, dass, wenn sich „Personen über längere Zeiträume in Duldung oder Gestattung [befinden], [...] sie mehrfach bei der Leistungsbehörde vorstellig werden [müssen]“.⁶

Die Argumente für die Einführung der eGK lassen sich wie folgt zusammenfassen:

Die Einführung der eGK trägt zur Umsetzung des Menschenrechts auf diskriminierungsfreie bzw. diskriminierungsarme Gesundheitsversorgung für Asylbewerbende bei. Sie ermöglicht eine schnellere und bedarfsgerechtere Versorgung mit geringerer Stigmatisierung der Leistungsempfänger*innen, da Asylbewerbende gesetzlich Versicherten weitgehend gleichgestellt werden. Ihr besonderer Status ist lediglich durch eine Ziffer auf der Karte erkennbar und führt daher zu keiner bzw. zu geringer Stigmatisierung. Zudem werden der Verwaltungsaufwand der Sozialämter sowie die Verwaltungskosten der Kommunen reduziert.

Eine schlüssige Zusammenfassung der Vorteile für „die verschiedenen Beteiligengruppen“ bietet der Antrag der Fraktion Bündnis90/Die Grünen zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Asylsuchende und geduldete Flüchtlinge im Landkreis Ostprignitz-Ruppin⁷ (Land Brandenburg) im September 2018, einige Monate vor deren Einführung (2019). Als „Beteiligengruppen“ sind in diesem Antrag die folgenden Akteur*innen genannt: Sozialverwaltung/Kommune; berechnigte Asylsuchende; Leistungserbringer wie Arztpraxen, Krankenhäuser und Apotheken; ehrenamtliche Flüchtlingshelfer*innen.

Die Stelle der Integrations- und Ausländerbeauftragten der Stadt Dresden berichtete 2021 (also: ein Jahr nach der Einführung der eGK) über sichtbare positive Ergebnisse:

„Die ‚Gesundheitskarte für Asylsuchende‘ trägt nunmehr zur besseren gesundheitlichen Versorgung bei, indem Wartezeiten für die Ausstellung eines Behandlungsscheins im Sozialamt und mögliche Stigmatisierungen bei der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen vermieden werden. Nicht selten können auch Behandlungen zügiger begonnen werden, da aufwendige Genehmigungsprozesse für Leistungen entfallen bzw. vereinfacht wurden, wenngleich der Leistungsumfang unverändert ist.“

⁶ Dokumentation des Fachtags „Elektronische Gesundheitskarte für Asylsuchende Personen“ (10.01.2024), S. 5.

⁷ Kreistag Ostprignitz-Ruppin, Sitzung vom 27.09.2018, TOP Ö 23.1: Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen: Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Asylsuchende und geduldete Flüchtlinge, https://sessionnet.owl-it.de/ostprignitz-ruppin/bi/to0050.asp?__ktonr=21613 [abgerufen am 12.02.2026].

In einem Positionspapier verweisen die „Ärzte der Welt“ auf die Vorteile für die Ärzteschaft, das Gesundheitssystem und die Gemeinden und treffen folgende Einschätzung: „Dadurch wird der Zugang zum Gesundheitssystem für Geflüchtete erleichtert, die Wirtschaftlichkeit bei Arztbesuchen erhöht sowie perspektivisch der Aufwand der Verwaltung in den Gemeinden reduziert“.⁸

Mittlerweile liegen umfangreiche Praxiserfahrungen aus der Implementierung der eGK vor, die zuerst 2005 als Modellprojekt in Bremen eingeführt wurde. In der darauffolgenden Zeit, insbesondere infolge der Änderung des AsylbLG 2015, haben mehrere Bundesländer (neben Hamburg und Berlin auch Schleswig-Holstein und Thüringen), zum Teil auch Einzelkommunen, die eGK für Asylbewerbende eingeführt und verfügen über umfassende Praxiserfahrung aus deren Implementierung. In einigen Bundesländern erfolgte die Umsetzung teilweise, so zum Beispiel in Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz, und in einigen Bundesländern bisher gar nicht, u. a. in Bayern, Baden-Württemberg und Sachsen-Anhalt. Einen genauen Überblick über die einzelnen Bundesländer bietet das permanent aktualisierte Informationsportal von Medibüros/MediNetz.⁹

1.1 Ziel und Struktur dieses Berichts

Sachsen-Anhalt gehört zu den Bundesländern, in denen die eGK für Asylbewerbende weder landesweit noch in Einzelkommunen eingeführt worden ist – trotz Gesprächen zwischen Politik, Krankenkassen und Zivilgesellschaft in der Vergangenheit (siehe Kap. 2). Der vorliegende Bericht verfolgt das Ziel, auf der Grundlage bisheriger Erfahrung, sowohl aus anderen Bundesländern und Kommunen als auch aus Sachsen-Anhalt selbst, Argumente für die Einführung der eGK in Sachsen-Anhalt zu überprüfen und Handlungsempfehlungen zu formulieren.

Der Bericht baut auf den folgenden Kernfragen auf, die sich aus der Debatte um die Einführung der eGK herauskristallisieren.

- Implementierung des Menschenrechts auf gleichwertige Gesundheitsversorgung
- Wirtschaftlichkeit bzw. Kosten für Kommunen und Krankenkassen
- Verwaltungsaufwand
- Absicherung gegen missbräuchliche Nutzung

⁸ Landeshauptstadt Dresden. Integrations- und Ausländerbeauftragte Analyse der kommunalen Handlungsfelder in Vorbereitung des „Aktionsplans Integration 2021 bis 2026. (16. August 2021). (Dokument: V1079/21). Informationsvorlage (S.106), https://ratsinfo.dresden.de/vo0050.asp?__kvonr=21914 [abgerufen am 12.02.2026].

⁹ Ärzte der Welt, Positionspapier: Elektronische Gesundheitskarte für Geflüchtete, (07.08.2023), S. 3.

Zudem werden Erkenntnisse aus der bisherigen Praxis berücksichtigt, wonach die Implementierung der eGK lokale bzw. regionale Besonderheiten aufweist und auf unterschiedliche Modelle hindeutet:

- (a.) Die eGK wird entweder landesweit oder regional bzw. lokal (in einzelnen Kommunen) eingeführt.
- (b.) Es zeigen sich verschiedene Modelle der Mitwirkung von Krankenkassen, die entweder im gleichen Bundesland oder in anderen Bundesländern ihren Sitz haben. So hat zum Beispiel die AOK Bremen/Bremerhaven die Betreuung der eGK in Hamburg übernommen.

1.2 Arbeitsweise und -methoden

Datenmaterial wurde durch Recherchen erhoben und ausgewertet. Dieses bildete die Grundlage sowohl für die Fachgespräche als auch für den vorliegenden Bericht. Bei den Recherchen wurde folgendes Datenmaterial in den Blick genommen bzw. erhoben und im Sinne der Fragestellung ausgewertet:

- veröffentlichte Studien und Berichte zur eGK und zur Erfahrung in verschiedenen Kommunen bundesweit
- öffentlich zugängliche Dokumente zu eGK von Landkreisen und Kommunen bundesweit
- parlamentarische Dokumente der Landtage, insbesondere von Sachsen-Anhalt
- Durchführung von Gesprächen (per Zoom oder telefonisch) mit Vertreter*innen von Städten, Landkreisen und Kommunen: Dresden, Hamburg, Teltow-Fläming und Potsdam-Mittelmark

Die oben genannten Kernfragen und Erkenntnisse stehen im Mittelpunkt des vorliegenden Berichts und sind richtungsweisend für dessen Struktur und die Analyse des Materials. Im Folgenden wird die aktuelle Situation bzgl. der Gesundheitsversorgung von Asylbewerbenden in Sachsen-Anhalt geschildert und ein Überblick über die bisherigen Debatten und Verhandlungen zwischen Politik, Krankenkassen und Zivilgesellschaft für die Einführung der eGK in Sachsen-Anhalt seit 2014 gegeben. Daraufhin werden die gesetzlichen Rahmenbedingungen, die die Einführung der eGK sowohl landesweit als auch regional ermöglichen, dargelegt. Auf diesen Grundlagen erfolgt die Formulierung von Handlungsempfehlungen für die Einführung der eGK in Sachsen-Anhalt bzw. in Landkreisen als Pilotprojekt.

2. Situation in Sachsen-Anhalt

2.1 Aktuelle Situation in Sachsen-Anhalt

Der Zugang zu Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) erfolgt aktuell in Sachsen-Anhalt in der Regel über die Sozial- bzw. Leistungsbehörden der Landkreise und kreisfreien Städte.¹⁰ Abweichende Regelungen zur Gesundheitsversorgung gelten für die Bewohner*innen der Landeserstaufnahmeeinrichtungen (LAE). Gesetzliche Grundlage für den Leistungsbezug ist hier ebenfalls das AsylbLG. Auf die Kleine Anfrage „Pharmazeutische und medizinische Versorgung von Personen im Rechtskreis des Asylbewerberleistungsgesetzes – KA 8/1392“ hat die Landesregierung am 03.05.2023 wie folgt geantwortet:

„In vier Kommunen werden in Einzelfällen von der Leistungsbehörde ausgestellte Behandlungsscheine von Sozialarbeitern in den Gemeinschaftsunterkünften an Leistungsberechtigte ausgehändigt. Ein Landkreis verschickt die Behandlungsscheine quartalsweise per Post.“¹¹

Nach bisherig gängiger Praxis werden in der zuständigen Behörde sogenannte Behandlungsscheine für die Bewohner*innen der LAE ausgestellt. In den meisten Kommunen erhält die Person nach Vorsprache bei der Behörde einen Behandlungsschein. Dieser ist entweder einmalig nutzbar oder für einen begrenzten Zeitraum gültig, jedoch höchstens bis zu sechs Monate. Sofern Fachärzte und Fachärztinnen aufgesucht werden müssen, bedarf es meist einer erneuten Vorsprache und Antragstellung bei der Behörde. Die Sachbearbeitenden entscheiden dann, ob die Notwendigkeit für eine fachärztliche Behandlung besteht. Für die Beurteilung der Notwendigkeit kann auch der Amtsarzt oder die Amtsärztin hinzugezogen werden – ggf. wird dafür ein erneuter Termin vereinbart.

10 Informationsportal von Medibüros/Medinetzen, Gesundheitskarte: <http://gesundheit-gefluechtete.info/gesundheitskarte/> [abgerufen am 12.02.2026].

11 Die genaue Bezeichnung der Behörde oder Zuordnung des Asylbewerberleistungsbereichs zu welcher Behörde in der Kreisverwaltung kann je nach Landkreis oder kreisfreien Stadt variieren. In den meisten Fällen wird dieser Leistungsbereich den Sozialämtern zugeordnet.

2.2. Rückblick: Verhandlungen über die Einführung der eGK in Sachsen-Anhalt (2014–2017)

2014

Auf Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen vom 04.11.2014¹² fanden im Dezember 2014 erstmals eine Befassung und Diskussion im Landtag zur Einführung der eGK in Sachsen-Anhalt statt. Der Landtagsabgeordnete der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen, Sören Herbst,¹³ verweist auf die bereits bestehende Möglichkeit der Kommunen nach dem Sozialgesetzbuch, auch über die sogenannte Notfallversorgung hinaus präventive Leistungen zu gewähren. Die Stadtstaaten konnten im Gegensatz zu den Flächenbundesländern für die Gewährung präventiver Leistungen und die Einführung der eGK (Bremer Modell) einfacher das Kommunalrecht anwenden. Sören Herbst verweist ebenfalls darauf, dass sich einige Flächenbundesländer bereits Wege überlegt haben, das sogenannte Bremer Modell auch in ihren Bundesländern umzusetzen. Zu diesem Zeitpunkt befanden sich die Flächenbundesländer Brandenburg und Niedersachsen kurz vor der Einigung über eine Regelung zur Einführung der eGK.

Der damalige Sozialminister Norbert Bischoff konstatiert in seinem Redebeitrag in der Landtagssitzung:

„In der Einführung der elektronischen Krankenversicherungskarte oder Gesundheitskarte sieht die Landesregierung insgesamt Vorteile für alle Beteiligten, so ähnlich, wie es Herr Herbst soeben gesagt hat. Der Vorteil für die Leistungsberechtigten liegt auf der Hand. Der Zugang zu medizinischen Leistungen wird vereinfacht und erleichtert.“¹⁴

In den folgenden Ausführungen benennt Bischoff offene Fragen in Bezug auf die Umsetzung in Flächenbundesländern, da bisherige Erfahrungen in Stadtstaaten gemacht wurden und durch die besondere Bedeutung der kommunalen Selbstverwaltung in den Landkreisen eine andere Ausgangssituation bestehe. Bischoff spricht sich ebenfalls für eine landeseinheitliche Regelung aus und betont, dass er eine Einigung zwischen Bund und Ländern und somit eine bundeseinheitliche Regelung in seiner Funktion anstrebe und die dazu laufenden Gespräche zwischen Bund und Ländern durch das Land Sachsen-Anhalt begleitet würden. Auf Antrag des

12 Landtag von Sachsen-Anhalt, Drucksache 8/2611. Antwort der Landesregierung auf die Kleine Anfrage – KA 8/1392, <https://padoka.landtag.sachsen-anhalt.de/files/drs/wp8/drs/d2611gak.pdf> [abgerufen am 12.02.2026].

13 Landtag Sachsen-Anhalt, Antrag Bündnis 90/Die Grünen (04.11.2014), Krankenkassenkarten für Asylbewerberinnen und Asylbewerber, Drucksache 6/3570, <https://padoka.landtag.sachsen-anhalt.de/files/drs/wp6/drs/d3570gan.pdf> [abgerufen am 12.02.2026].

14 Ebd., S. 6620.

Landtagsabgeordneten der SPD-Fraktion Patrick Wanzek erfolgt die Überweisung zur federführenden Beratung in den Ausschuss für Arbeit und Soziales sowie zur Mitberatung in den Ausschuss für Inneres und Sport.¹⁵

2015

Im Ausschuss für Arbeit und Soziales erfolgten am 13.05.2015 ein Fachgespräch und eine Verabredung der nachträglichen Sammlung von Fragen an die AOK Bremen/Bremerhaven in schriftlicher Form und die Erarbeitung eines vorläufigen Beschlusses in der folgenden Sitzung im Juni 2015.¹⁶ (Die AOK Bremen/Bremerhaven hatte die Implementierung der eGK in Bremen übernommen und verfügte deshalb über maßgebliche Erfahrung dazu).

Eine inhaltliche Befassung im Ausschuss fand nach dreimaliger Vertagung am 02.12.2015 statt, die zum Ergebnis einer vorläufigen Beschlussempfehlung führte.¹⁷ Eine für den 17.12.2015 angesetzte Diskussion im Ausschuss für Inneres und Sport erfolgte wegen der Absetzung des Themas von der Tagesordnung nicht. Bedenken hinsichtlich möglicher Kostensteigerungen und vermeintlicher neuer Leistungen für die Kommunen durch die eGK wurden vor allem von Teilen der CDU-Fraktion sowie von den kommunalen Spitzenverbänden geäußert.¹⁸ Dem MediNetz zufolge standen die Krankenkassen in Sachsen-Anhalt „ihrer Aussage nach für eine Gesundheitskarte zur Verfügung“.¹⁹

2016

Am 13.01.2016 beschloss der Ausschuss für Arbeit und Soziales eine Empfehlung an den Landtag in geänderter Fassung mit 9 zu 3 zu 0 Stimmen.²⁰

Nach der zweiten Beratung im Landtag am 28.01.2016 wurde der Beschluss mit Änderungen angenommen.

15 Landtag von Sachsen-Anhalt, Plenarprotokoll 6/80, 80. Sitzung Donnerstag, 11. Dezember 2014, S. 6616, <https://padoka.landtag.sachsen-anhalt.de/files/plenum/wp6/080stzg.pdf> [abgerufen am 12.02.2026].

16 Landtag von Sachsen-Anhalt, Ausschuss für Arbeit und Soziales, 53. Sitzung (13.05.2015), Kurzbericht 6/SOZ/53 (29.05.2015), <https://padoka.landtag.sachsen-anhalt.de/files/aussch/wp6/soz/kurzber/soz053k6.pdf> [abgerufen am 12.02.2026].

17 Landtag von Sachsen-Anhalt, Ausschuss für Arbeit und Soziales, 59. Sitzung (02.12.2015), Kurzbericht 6/SOZ/59 (11.12.2015), <https://padoka.landtag.sachsen-anhalt.de/files/aussch/wp6/soz/kurzber/soz059k6.pdf> [abgerufen am 12.02.2026].

18 Vgl. Marcus Wächter-Raquet, Einführung der Gesundheitskarte für Asylsuchende und Flüchtlinge. Der Umsetzungsstand im Überblick der Bundesländer. Bertelsmann Stiftung, Februar 2016, S. 21.

19 Informationsportal von Medibüros und Medinetzen, Implementierung der Gesundheitskarte in Sachsen-Anhalt, <http://gesundheit-gefluechtete.info/implementierung-der-gesundheitskarte-in-sachsen-anhalt/> [zuletzt abgerufen am 12.02.2026].

20 Landtag von Sachsen-Anhalt Ausschuss für Arbeit und Soziales, 60. Sitzung am 13.01.2016, Kurzbericht 6/SOZ/60, 5. Krankenkassenkarten für Asylbewerberinnen und Asylbewerber Antrag Fraktion Bündnis 90/Die Grünen – Drs. 6/3570, <https://padoka.landtag.sachsen-anhalt.de/files/aussch/wp6/soz/kurzber/soz060k6.pdf> [abgerufen am 12.02.2026].

Landtag von Sachsen-Anhalt, Beschlussempfehlung, Drucksache 6/4723 (18.01.2016), Krankenkassenkarten für Asylbewerberinnen und Asylbewerber Antrag Fraktion Bündnis 90/Die Grünen – Drs. 6/3570 <https://padoka.landtag.sachsen-anhalt.de/files/drs/wp6/drs/d4723vbe.pdf> [abgerufen am 12.02.2026].

„Der Landtag bittet die Landesregierung, gemeinsam mit den Krankenkassen und den Kommunen die Voraussetzungen zu prüfen, die für die erfolgreiche Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte für Asylbewerberinnen und Asylbewerber im Land Sachsen-Anhalt erforderlich wären.“

Die Landesregierung solle demnach über den Sachstand im zuständigen Ausschuss regelmäßig berichten.²¹

Eine erneute Thematisierung im Ausschuss erfolgte erst wieder nach den am 13.03.2016 stattgefundenen Landtagswahlen in Sachsen-Anhalt.

Im neuen Koalitionsvertrag von CDU–SPD–Bündnis 90/Die Grünen wurde die Einführung einer sogenannten Asylbewerberkarte vorgesehen. Als Ziel werden darin der unmittelbare Zugang zu medizinischen Leistungen sowie das Wegfallen des hohen Verwaltungsaufwands der Kommunen formuliert. Die Abrechnung solle wie bisher zwischen Arzt/Ärztin und Landkreis erfolgen. Im Kapitel „Integration“ im Koalitionsvertrag von 2016 heißt es unter der Überschrift „Gesundheit“ wie folgt:

„Das Land setzt sich für eine bundesweit einheitliche Regelung [sic] zum Zugang zu medizinischen Leistungen ein. Bis dahin wird das Land eine Asylbewerberkarte einführen. Diese enthält alle Registrierungsdaten und ermöglicht damit den unmittelbaren Gang zum Arzt. Die Abrechnung erfolgt wie bisher zwischen Arzt und Landkreis. Damit fallen der hohe Verwaltungsaufwand im Landkreis und die Verwaltungsausgaben für den Einsatz der elektronischen Gesundheitskarte weg. Zwei Jahre nach Einführung dieser Asylbewerberkarte erfolgt eine Überprüfung.“²²

Im neuen Ausschuss für Arbeit, Soziales und Integration wurde am 25.08.2016 der Bericht der Landesregierung vorgestellt. Am 19.10.2016 folgte

21 Siehe folgende Dokumente des Landtags von Sachsen-Anhalt:
106. Sitzung, Donnerstag, 28.01.2016, Kurzbericht 6/106, TOP 14, Zweite Beratung Krankenkassenkarten für Asylbewerberinnen und Asylbewerber, <https://padoka.landtag.sachsen-anhalt.de/files/kurzber/wp6/kub106.pdf> [abgerufen am 12.02.2026].
Plenarprotokoll 6/106, 28.01.2016 (S. 8800), <https://padoka.landtag.sachsen-anhalt.de/files/plenum/wp6/106stzg.pdf#page=108> [abgerufen am 12.02.2026].
Beschluss des Landtages Krankenkassenkarten für Asylbewerberinnen und Asylbewerber des Landtages, Drucksache 6/4775 (28.01.2016), <https://padoka.landtag.sachsen-anhalt.de/files/drs/wp6/drs/d4775vbs.pdf>, [abgerufen am 12.02.2026].
Beschlussrealisierung, Landesregierung (29.03.2016), Drucksache 6/4870 (31.03.2016) <https://padoka.landtag.sachsen-anhalt.de/files/drs/wp6/drs/d4870lbr.pdf> [abgerufen am 12.02.2026].

22 Koalitionsvertrag Sachsen-Anhalt 2016–2021, S. 15 und S. 54, https://www.hochschulverband.de/fileadmin/redaktion/download/pdf/landesverband/Sa-An/Koalitionsvereinbarung_Sachsen-Anhalt_2016.pdf [abgerufen am 12.02.2026].

eine Verständigung auf die Durchführung eines Fachgesprächs,²³ das am 16.11.2016 stattfand und worin im Ergebnis ein Schreiben an die AOK Sachsen-Anhalt vereinbart wurde.²⁴ In dem Fachgespräch informierte das Ministerium für Inneres und Sport darüber, dass Mittel für die Einführung einer eGK im Rahmen des Haushaltsplans 2017/2018 beantragt, aber in den Haushaltsplan nicht eingestellt worden seien. Darüber hinaus solle ein Besuch der fachpolitischen Sprecher*innen der Fraktionen des Ausschusses für Arbeit, Soziales und Integration sowie des Ausschusses für Inneres und Sport in der Zentralen Anlaufstelle (ZAST) Halberstadt im Januar 2017 stattfinden, wonach im Ausschuss erneut über die Umsetzung des Beschlusses beraten werden solle.

Im Jahr 2016 wurden eine Rahmenvereinbarung zwischen dem Land und Krankenkassen sowie eine Mustervereinbarung für Verträge zwischen Krankenkassen und Landkreisen entwickelt. Es kam jedoch zu keiner abschließenden Einigung zwischen Landkreisen und Krankenkassen.²⁵

2017

Bis Anfang 2017 erfolgte keine Umsetzung des Vorhabens.

Im Januar 2017 brachte die Fraktion Die Linke den Antrag „Kommunen entlasten – Gesundheitliche Versorgung von Migrantinnen und Migranten entbürokratisieren und verbessern“²⁶ ein. Nach einer Debatte im Landtag erfolgte erneut die Übertragung für die Befassung mit dem Thema im Ausschuss für Arbeit, Soziales und Integration. In der Anhörung und Diskussion im April 2017 wurden Stellungnahmen der folgenden Sachverständigen angehört: Vertretende der gesetzlichen und privaten Krankenkassen, Vertretende der kommunalen Spitzenverbände, des Flüchtlingsrats Sachsen-Anhalt e.V. sowie MediNetz Magdeburg e.V.²⁷

Erneut bestätigten die Krankenkassenvertretenden ihre Bereitschaft zur Umsetzung der eGK in Sachsen-Anhalt. Sowohl der Flüchtlingsrat Sachsen-

23 Landtag von Sachsen-Anhalt Ausschuss für Arbeit, Soziales und Integration 2. Sitzung (25.08.2016), Kurzbericht 7/SOZ/2 (26.08.2016), 3. Krankenkassenkarten für Asylbewerberinnen und Asylbewerber, <https://padoka.landtag.sachsen-anhalt.de/files/aussch/wp7/soz/kurzber/soz002k7.pdf> [abgerufen am 12.02.2026].

24 Landtag von Sachsen-Anhalt Ausschuss für Arbeit, Soziales und Integration, 6. Sitzung (16.11.2016), Kurzbericht 7/SOZ/6 • 16.11.2016, 3. Krankenkassenkarten für Asylbewerberinnen und Asylbewerber <https://padoka.landtag.sachsen-anhalt.de/files/aussch/wp7/soz/kurzber/soz006k7.pdf> [abgerufen am 12.02.2026].

25 Siehe Länderübersicht eGK Asyl erstellt vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration, Stand Januar 2017, in: Landtag von Sachsen-Anhalt, Ausschuss für Arbeit, Soziales und Integration, Drs. 6/4775, Vorlage 4, 25.04.2017, S. 17f. Wann genau im Jahr 2016 diese Gespräche stattfanden, konnte bis zum Erstellen dieses Berichtes nicht rekonstruiert werden.

26 Land Sachsen-Anhalt, Drucksache 7/880 (25.01.2017), <https://padoka.landtag.sachsen-anhalt.de/files/drs/wp7/drs/d0880lan.pdf> [abgerufen am 12.02.2026].

27 Allgemeine Ortskrankenkasse Sachsen-Anhalt (AOK); Flüchtlingsrat Sachsen-Anhalt e. V.; ikk gesund plus Sachsen-Anhalt; Landkreistag Sachsen-Anhalt e.V. gemeinsames Statement mit Städte- und Gemeindebund Sachsen-Anhalt e.V.; Medinetz Magdeburg e. V.; Techniker Krankenkasse; Verband der Ersatzkassen e.V. – Landesvertretung Sachsen-Anhalt (vdek); Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Verband).

Anhalt e.V. als auch MediNetz Magdeburg e.V. sprachen sich deutlich für die Einführung der eGK aus und verwiesen auf die Vereinfachung für alle Beteiligten, die Kostenersparnis und vor allem die erhebliche gesundheitsfördernde Wirkung durch die Zeit- und Stressersparnis für die erkrankten Menschen vor Beginn der medizinischen Behandlung. In der Stellungnahme der kommunalen Spitzenverbände wird demgegenüber Folgendes ausgeführt:

„Wir halten es daher für unverhältnismäßig, mit hohem Aufwand für einen zunehmend kleiner werdenden Personenkreis die elektronische Krankenkassenkarte einzuführen.“²⁸

Mit Beschluss des Landtages am 27.09.2017 wurde die Landesregierung gebeten, zusammen mit den Kommunen die aktuelle Praxis zu analysieren und Handlungsempfehlungen für eine Optimierung des Zugangs zu den Gesundheitsleistungen nach dem AsylbLG sowie für eine Reduzierung des Verwaltungsaufwandes der Kommunen zu formulieren. Die Einführung der eGK ist seither nicht erfolgt.

Aufgrund der überschaubaren Informationslage kann darüber hinaus zu diesem Themenfeld noch festgestellt werden, dass das Ministerium für Inneres und Sport im Erlass vom 27.05.2019 Vorschläge für die Gestaltung ausschließlich der Behandlungsscheine formuliert. In einem weiteren Erlass vom 16.12.2019²⁹ wurden Muster für einen Krankenbehandlungsschein und Zahnbehandlungsscheine an die Kommunen übermittelt.

Seitdem gab es keinen weiteren parlamentarischen Vorstoß zur Einführung der eGK in Sachsen-Anhalt. Die Landesregierung, vertreten durch das Ministerium für Inneres und Sport, erklärt in der Antwort auf die Kleine Anfrage von Susan Sziborra-Seidlitz (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN) vom 03.05.2023, dass keine weiteren Gespräche der Landesregierung zur Einführung der eGK stattfinden und dass die „Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Leistungsberechtigte nach dem AsylbLG [...] derzeit nicht geplant [ist]“.³⁰

28 Stellungnahme Kommunale Spitzenverbände Sachsen-Anhalt, Landtag Sachsen-Anhalt, Ausschuss für Arbeit, Soziales und Integration, LT-Drs. 6/4775, Vorlage 3, 25.04.2017, S. 2.

29 Das Ministerium für Inneres und Sport des Landes Sachsen-Anhalt macht die Erlasse der Öffentlichkeit nicht zugänglich. Diese können mit Verweis auf das Informationsfreiheitsgesetz angefragt werden, zum Beispiel über die Plattform <https://fragdenstaat.de/>.

30 Antwort der Landesregierung erstellt vom Ministerium für Inneres und Sport auf eine Kleine Anfrage des Mitglieds des Landtages Susan Sziborra-Seidlitz (Bündnis 90/Die Grünen) „Pharmazeutische und medizinische Versorgung von Personen im Rechtskreis des Asylbewerberleistungsgesetzes“ – KA 8/1392, Drucksache 8/2611, <https://padoka.landtag.sachsen-anhalt.de/files/drs/wp8/drs/d2611gak.pdf> [abgerufen am 02.02.2026].

3. Rechtliche Rahmenbedingungen

3.1 International und Europäische Union

- Allgemeine Erklärung der Menschenrechte der Vereinten Nationen (UNO), Artikel 25 (1):

„Jeder hat das Recht auf einen Lebensstandard, der seine und seiner Familie Gesundheit und Wohl gewährleistet, einschließlich Nahrung, Kleidung, Wohnung, ärztliche Versorgung und notwendige soziale Leistungen [...].“
- Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (WHO), Präambel der Verfassung von 1948:

„Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Fehlen von Krankheit und Gebrechen. Der Besitz des bestmöglichen Gesundheitszustandes bildet eines der Grundrechte jedes menschlichen Wesens, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Anschauung und der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.“
- Art. 12 Abs. 1 des Internationalen Paktes über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte der Vereinten Nationen (UN-Sozialpakt):

„Die Vertragsstaaten erkennen das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit an.“
- EU-Aufnahmerichtlinie: Richtlinie 2013/33/EU, Art. 22:

„Medizinische Versorgung“³¹
„(1) Die Mitgliedstaaten tragen dafür Sorge, dass Antragsteller, unabhängig davon, wo sie sich nach der Verordnung (EU) 2024/1351 aufzuhalten haben, die erforderliche medizinische Versorgung erhalten. Diese kann durch Allgemeinmediziner oder erforderlichenfalls durch Fachärzte erfolgen. Die erforderliche medizinische Versorgung hat von angemessener Qualität zu sein und zumindest die Notversorgung und die unbedingt erforderliche Behandlung von Krankheiten, einschließlich schwerer psychischer Störungen, sowie die zur Behandlung von schweren körperlichen Beschwerden erforderliche Gesundheitsversorgung im Bereich der sexuellen und reproduktiven Gesundheit zu umfassen.“

31 Amtsblatt der Europäischen Union, 2024/1346, RICHTLINIE (EU) 2024/1346 DES EUROPÄISCHEN PARLAMENTS UND DES RATES vom 14. Mai 2024 zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen (Neufassung), 22.5.2024.

(2) Die Mitgliedstaaten stellen sicher, dass die minderjährigen Kinder von Antragstellern und minderjährige Antragsteller dieselbe Art von Gesundheitsversorgung erhalten wie die eigenen Staatsangehörigen, die minderjährig sind. Die Mitgliedstaaten stellen sicher, dass eine spezifische Behandlung, die gemäß diesem Artikel erfolgt und begonnen hat, bevor der Minderjährige volljährig wurde, und die als notwendige medizinische Versorgung angesehen wird, ohne Unterbrechung oder Verzögerung auch dann noch gewährt wird, wenn der Minderjährig volljährig geworden ist.

(3) Wenn aus medizinischen Gründen erforderlich gewähren die Mitgliedstaaten Antragstellern mit besonderen Bedürfnissen bei der Aufnahme die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe, wie etwa notwendige Rehabilitationsmaßnahmen und medizinische Assistenzprodukte, einschließlich einer geeigneten psychologischen Betreuung.“

- Verpflichtung durch Bundesverfassungsgerichtsurteil vom 18.07.2012:³²
„Die in Art. 1 Abs. 1 des GG [Grundgesetzes] garantierte Menschenwürde ist migrationspolitisch nicht zu relativieren.“

Einordnungen und Verweise, die im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung nach dem AsylLG diskutiert werden:

- In Anbetracht der oben genannten Grundsätze erweist sich das Konzept der „Notfallmedizin“ nach dem AsylbLG als völkerrechts- und verfassungswidrig.
- Einschränkungen, die einen Anspruch auf Krankenbehandlung unterhalb des Niveaus der gesetzlichen Krankenversicherung zur Folge haben, verweisen auf eine migrationspolitische Relativierung und sind mit der staatlichen Pflicht auf Sicherstellung des menschenwürdigen physischen Existenzminimums nicht vereinbar.
- In Deutschland ist der völkerrechtliche Vertrag, der Internationale Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte der Vereinten Nationen (UN-Sozialpakt), verbindlich. Mit der eingeschränkten Gesundheitsversorgung im AsylbLG kommt es zur strukturellen Missachtung des UN-Sozialpaktes.
- Die eingeschränkte Gesundheitsversorgung widerspricht zumindest für Asylsuchende „mit besonderen Bedürfnissen“ (zum Beispiel Minder-

³² Bundesverfassungsgericht (BVerfGE), BVerfGE v. 18.07.2012, 1 BvL 10/10 – 1 BvL 2/11, II. 2 c, Absatz 95, https://bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2012/07/ls20120718_1bvl001010.html [abgerufen am 03.11.2025].

jährige, Alleinerziehende, Menschen mit Behinderungen, Schwangere, Menschen mit schweren körperlichen oder psychischen Erkrankungen, Opfer von Menschenhandel oder Gewalt) den Mindestanforderungen aus Art. 19 Abs. 2 der Aufnahmerichtlinie der EU (Richtlinie 2013/33/EU).

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) spricht sich nicht nur für die flächendeckende Einführung der eGK aus, sondern attestiert der eingeschränkten Gesundheitsversorgung im Rahmen des AsylbLG negative Effekte. Die WHO empfiehlt stattdessen den Zugang zum regulären Gesundheitssystem.

“The voucher system has proven, however, to have negative effects both in terms of efficiency and equity. To overcome the voucher bureaucracy, some federal states have introduced electronic health cards for asylum seekers. This system has helped by increasing risk-pooling capacity and reducing the financial burden for many communities at the lowest levels of administration, but some economic implications are still controversially discussed. [...]

The existing evidence suggests that it would be effective to use the existing regular system of health-care financing and risk pooling, instead of fragmented parallel systems for minority groups based on their residence status.”³³

3.2. Gesetzliche Grundlagen, die die Einführung der eGK begünstigen

Mit der Änderung des AsylbLG vom 24.10.2015³⁴ wurde die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Menschen im Asylbewerberleistungsbezug auch für die Flächenbundesländer erleichtert. (Eine verpflichtende flächendeckende Einführung der Gesundheitskarte war im damaligen Gesetzgebungsverfahren anvisiert worden, blieb jedoch aus).

Die Landesregierung kann seitdem die Krankenkassen verpflichten, die Kosten der Krankenbehandlung zu übernehmen und darüber hinaus auch die Ausgabe einer elektronischen Gesundheitskarte über entsprechende Rahmenverträge vereinbaren. Die Vereinbarungen können mindestens

³³ World Health Organization. *Compendium of health system responses to large-scale migration in the WHO European Region*, (2018) S. 39, <https://iris.who.int/handle/10665/345835>, [abgerufen am 12.02.2026].

³⁴ Mit dem sogenannten Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz vom 24. Oktober 2015 erfolgte die Änderung des § 264 Abs. 1 SGB V; siehe <https://www.buzer.de/gesetz/2497/al51288-0.htm> [abgerufen am 12.02.2026].

auf Ebene der Landkreise oder der kreisfreien Städte geschlossen werden. Die Länder oder Kommunen erstatten dann den Krankenkassen die Behandlungs- und Verwaltungskosten. An der Art der Leistung selbst ändert sich durch die eGK nichts.³⁵ Die Leistungen werden weiterhin auf der Grundlage der §§ 4 und 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes erteilt. Im Vergleich zur regulären Versorgung innerhalb der regulären gesetzlichen und privaten Krankenversicherung handelt es sich dabei um einen eingeschränkten Leistungsumfang.³⁶ Erleichtert wird durch die Einführung der eGK der Zugang zu den Gesundheitsleistungen.

Diese Änderung ermöglichte somit nicht nur die zentrale Einführung der eGK in einem Bundesland, sondern auch in einzelnen Landkreisen und Kommunen eines Bundeslandes, wie in der Bundesrahmenempfehlung (gem. § 264 Abs. 1 S. 5, 6 SGB V) festzuhalten ist:

„Mit den Änderungen in § 264 Abs. 1 SGB V durch das Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz vom 20. Oktober 2015 werden die Krankenkassen zur Übernahme der Krankenbehandlung für Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 des AsylbLG verpflichtet, wenn sie durch die Landesregierung oder die von der Landesregierung beauftragte oberste Landesbehörde dazu aufgefordert werden und mit ihnen eine entsprechende Vereinbarung mindestens auf Ebene der Landkreise oder kreisfreien Städte geschlossen wird“³⁷ (unsere Hervorhebung).

In der Folgezeit ergaben sich verschiedene gesetzliche Entwicklungen, die die Einführung der eGK als vorteilhaft erweisen. Hierbei seien zwei Entwicklungen paradigmatisch erwähnt:

Verlängerung der Einschränkung der Leistungen für Asylwerbende, von der sowohl Patient*innen als auch die Verwaltung betroffen sind.

35 Abweichende Regelungen können von den Landesbehörden mit den Krankenkassen in dem jeweiligen Rahmenvertrag vereinbart werden. In Bremen und Hamburg werden fast deckungsgleiche Leistungen gewährt, ohne dass die Sozialbehörden bislang Mehrkosten feststellen konnten. Auch dort sind folgende Leistungen im Leistungskatalog ausgenommen: Zahnersatz, Leistungen im Ausland, künstliche Befruchtung.

36 Nach 36 Monaten Asylbewerberleistungsbezug können Personen die sogenannten Analogleistungen erhalten. Dabei handelt es sich um Leistungen in der Höhe der Sozialhilfe. Durch einen Aufenthaltstitel erfolgen wiederum der Übergang und der Zugang zur Regelversorgung.

37 Bundesrahmenempfehlung zur Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung nach § 264 Abs. 1 SGB V (Empfänger von Gesundheitsleistungen nach §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungs-gesetz), S. 2; https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/presse_themen/asylbewerber/20160527_Bundesrahmenempfehlung_Asylsuchende_264_Abs_1_SGB_V.pdf [abgerufen am 12.02.2026].

„Nach §4 und §6 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) werden nur Leistungen zur Behandlung akuter Erkrankungen, Schmerzzuständen oder medizinisch gebotener Vorsorgeuntersuchungen übernommen“.³⁸ Der Deutsche Ärztetag schätzt den bürokratischen Aufwand durch die Behandlungsscheine erheblich hoch ein.³⁹ Dieser wird durch die Verlängerung der Einschränkung von 18 auf 36 Monate, seit Ende Februar 2024, zusätzlich erschwert. Als Folge dieser Verlängerung werden sowohl der Bedarf an effizienter Gesundheitsversorgung als auch die Anforderungen an die Verwaltung weiter steigen.

Die Gleichstellung minderjähriger Asylbewerber*innen mit minderjährigen deutschen Staatsangehörigen in Bezug auf den Zugang zur Gesundheitsversorgung erleichtert die flächendeckende Implementierung der eGK.

Diese Gleichstellung ist in Art. 22 Abs. 2 Satz 1 der Aufnahmerichtlinie 2024 (ARL) festgeschrieben und soll am 12.06.2026 im Rahmen der Reform des Gemeinsamen Europäischen Asylsystems in Kraft treten.⁴⁰ Nach den Richtlinien sollen minderjährige Asylbewerbende und minderjährige deutsche Staatsangehörige bei der Gesundheitsversorgung gleichgestellt werden.⁴¹ Dies signalisiert eine neue Situation, die durch die Einführung der eGK zum Vorteil aller Beteiligten geschaffen werden kann.

Diese neue Lage bringt Änderungen in Gesetzen mit, zum Beispiel die folgenden:

„Zu Artikel 3 (Änderung des Asylbewerberleistungsgesetzes)

Der neue § 4 Absatz 4 AsylbLG setzt Artikel 22 Absatz 2 der Richtlinie (EU) Nr. 2024/1346 um. Danach müssen die Mitgliedstaaten sicherstellen, dass die minderjährigen Kinder von Antragstellern und minderjährige Antragsteller dieselbe Art von Gesundheitsversorgung erhalten wie die eigenen Staatsangehörigen, die minderjährig sind. Die Mitgliedstaaten müssen außerdem sicherstellen, dass eine

38 Der Deutsche Ärztetag. Beschluss des 128. Dt Ärztetags: (Mainz, 07.05. – 10.05.2024) <https://128daet.baek.de/data/media/Bic68.pdf> [abgerufen am 12.02.2026].

39 Ebd.

40 Zur näheren Einordnung und zu weiteren Ausführungen vgl. Pauline Endres de Oliveira, Nerea González Méndez de Vigo, „Kinderrechte und die GEAS-Reform“, in: Verfassungsblog, 23.06.2025, <https://verfassungsblog.de/kinderrechte-und-die-geas-reform/> [abgerufen am 12.02.2026].

41 Zum Zeitpunkt der Veröffentlichung dieses Textes waren genauere gesetzliche Ausgestaltungen in nationalem deutschen Recht noch nicht bekannt.

spezifische Behandlung, die gemäß diesem Artikel erfolgt und begonnen hat, bevor der Minderjährige volljährig wurde, und die als notwendige medizinische Versorgung angesehen wird, ohne Unterbrechung oder Verzögerung auch dann noch gewährt wird, wenn der Minderjährige volljährig geworden ist“.⁴²

Der Zugang zur regulären Gesundheitsversorgung für den Personenkreis der Minderjährigen mit Erhalt einer elektronischen Gesundheitskarte wird hierbei ausdrücklich genannt:

„Zu Artikel 3 (Änderung des Asylbewerberleistungsgesetzes)

„[...] Satz 1 eröffnet minderjährigen Leistungsberechtigten im Grundleistungsbezug nunmehr durch die entsprechende Anwendung der Hilfen zur Gesundheit nach dem 5. Kapitel des SGB XII den Zugang zu Gesundheitsleistungen im Umfang der Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung.“⁴³

[...]

„Zu Artikel 4 (Änderung des Fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Zu Nummer 1

Durch die Ergänzung des von § 264 Absatz 2 Satz 1 SGB V begünstigten Personenkreises werden Krankenkassen verpflichtet, künftig die Krankenbehandlung von nicht gesetzlich krankenversicherten jungen Menschen zu übernehmen, die Leistungen nach dem neuen § 4 Absatz 4 AsylbLG erhalten. Die Betroffenen erhalten gemäß § 264 Absatz 4 Satz 2 SGB V eine elektronische Gesundheitskarte. Auf diese Weise wird auch organisatorisch sichergestellt, dass die Betroffenen entsprechend der [sic] Vorgaben aus Art. 22 Absatz 2 der Richtlinie (EU 2024/1346) dieselbe Art von Gesundheitsversorgung erhalten, wie die eigenen Staatsangehörigen, die minderjährig sind.“⁴⁴

⁴² Gesetzentwurf der Bundesregierung (verabschiedet) Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des AZRG und weiterer Gesetze in Folge der Anpassung des nationalen Rechts an das Gemeinsame Europäische Asylsystem (GEAS-Anpassungsfolgesgesetz), (03.09.2025), S. 37, https://www.bmi.bund.de/SharedDocs/gesetzgebungsverfahren/DE/MI4/GEAS_02.html [abgerufen am 12.02.2026].

⁴³ Ebd., S. 38.

⁴⁴ Ebd.

4. Erkenntnisse aus der Praxis der Umsetzung rechtlicher Grundlagen

Gesetzliche Grundlagen sowie Erkenntnisse aus der Praxis zeigen deutlich, dass ein Rahmenvertrag zwischen dem Bundesland und den Krankenkassen zwar vorteilhaft ist, jedoch keine zwingende Bedingung für die Einführung der eGK darstellt. Maßgeblich ist die politische Grundsatzentscheidung des Landes.

Die Gesetzeslage auf Bundesebene erlaubt grundsätzlich die Einführung der eGK in den Ländern, während ein Rahmenvertrag zwischen dem Landes-sozialministerium und dem Krankenkassenverband auf Landesebene die lokale oder regionale Einführung der eGK in den Einzelkommunen erheblich unterstützt. Dennoch sind weitere Faktoren maßgeblich für die Einführung der eGK, wenn ein solcher Rahmenvertrag nicht vorhanden ist. Die politische Grundsatzentscheidung des Landes ist ein entscheidender Faktor in diesem Zusammenhang.

Aus der **Bremer** Erfahrung geht hervor, dass die Einführung der eGK zuallererst eine Frage des politischen Willens ist. In seinem Vortrag auf dem Fachtag der Projektgruppe „Solidarische Region Altmark“ artikuliert Björn Sander (Freie Hansestadt Bremen – Abteilung Soziales) diesen Aspekt auf präzise Weise: „Für die Einführung der E-Gesundheitskarte sei die politische Grundsatzentscheidung des Landes wichtig; anschließend können die Kommunen den ausgehandelten Vertrag für sich nutzen“.⁴⁵ In Bremen gibt es keine Rahmenvereinbarung, aber einen Vertrag zwischen der Krankenkasse AOK Bremen/Bremerhaven und den Kommunen/ kreisfreien Städten (ab 2004).

Auch in **Hamburg** wurde die eGK ohne Rahmenvertrag (im Juli 2012) eingeführt. Eine Vereinbarung gibt es zwischen der Kommune und der AOK Bremen/Bremerhaven.

⁴⁵ Björn Sander (Freie Hansestadt Bremen – Abteilung Soziales), „E-Gesundheitskarte: Das Bremer Modell“, in: Dokumentation des Fachtags „Elektronische Gesundheitskarte für Asylsuchende Personen“ (10.01.2024), S. 7, https://www.h2.de/fileadmin/user_upload/Fachbereiche/AHW/doku_fachtag_10012024.pdf [abgerufen am 12.02.2026].

In **Dresden** kam es nach langen Verhandlungen der Stadtverwaltung (auf Auftrag des Landrats Dresden) mit verschiedenen Krankenkassen 2020 zu einer Vereinbarung und die eGK konnte am 01.04.2020 als Pilotprojekt in Dresden eingeführt werden. Das Dresdner Amtsblatt (2018) berichtet über eine Vorabsprache mit der Landesdirektion: „Im Vorfeld des Gesprächs [mit den Krankenkassen] hatte die Landesdirektion in einem Schreiben dargelegt, welche Maßgaben aus ihrer Sicht zu beachten sind“.⁴⁶ Auf Landesebene ist jedoch die Einführung der eGK bisher abgelehnt worden. Die Medibüros Sachsens appellierten daraufhin an die Staatsministerin, notwendige Schritte einzuleiten, um die eGK landesweit zügig einzuführen.⁴⁷

In persönlicher Kommunikation (Sevasti Trubeta) mit Vertreter*innen des Landkreises Teltow-Fläming im **Land Brandenburg** wurde uns die Information übermittelt, dass dieser Landkreis in Kooperation mit der Krankenkasse mehrere Jahre (bereits vor 2015) an der Erarbeitung eines Pilotprojekts zur Einführung der eGK nach dem Bremer Modell gearbeitet hatte. Im Land Brandenburg kam es zu einer sukzessiven Einführung der eGK nach der Unterzeichnung des Rahmenvertrags zwischen dem Sozialministerium und den gesetzlichen Krankenversicherungen am 31.3.2016. Nach Potsdam im Jahr 2016 schlossen bis 2022 alle Landkreise und kreisfreien Städte Verträge mit unterschiedlichen Krankenkassen ab.⁴⁸

Ein Bundesland bzw. eine Kommune kann Rahmenverträge mit Krankenkassen aus allen Bundesländern schließen.

46 „Elektronische Gesundheitskarte für Asylbewerber rückt in greifbare Nähe. Vereinbarungen mit Krankenkassen stehen an“, in: *Dresdner Amtsblatt* 7|2018, 15. Februar 2018, S. 6. <https://www.dresden.de/media/pdf/amtsblatt/archiv/2018/dresdner-amtsblatt-2018-7.pdf> [abgerufen am 12.02.2026].

47 Medibüro Chemnitz e. V., Medinetz Dresden e.V., Medinetz Leipzig e.V. Offener Brief an Staatsministerin Petra Köpping der sächsischen Medinetzte und Medibüros und solidarischen Beratungs- und Unterstützungsstrukturen: „Landesweite Gesundheitskarte für Alle jetzt einführen!“, 5. April 2022 <https://www.medinetz-dresden.org/2022/04/06/wir-fordern-landesweite-gesundheitskarte-sofort-und-fuer-alle> [abgerufen am 12.02.2026].

48 Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg (KVBB), Asylbewerber mit elektronischer Gesundheitskarte, (aktualisiert am 11.02.2025), online.
Vgl. Informationsportal von Medibüros/Medinetzen, „Implementierung der Gesundheitskarte in Brandenburg“, <http://gesundheit-gefluechtete.info/implementierung-der-gesundheitskarte-in-brandenburg/> [abgerufen am 12.02.2026].
Bündnis für Brandenburg, „Elektronische Gesundheitskarte bewährt sich“, 15. Juni 2017, <https://www.buendnis-fuer-brandenburg.de/2017/06/15/elektronische-gesundheitskarte-bewaehrt-sich/> [abgerufen am 12.02.2026].

Bei einem Rahmenvertrag kommen nicht zwingend Krankenkassen aus demselben Bundesland infrage. Hamburg, beispielsweise, hat einen Rahmenvertrag mit der AOK Bremen/Bremerhaven. Krankenkassen, die bereits Erfahrung mit der eGK für Asylbewerbende haben, sind potenzielle Optionen für Rahmenverträge. Diese Krankenkassen haben bereits ein eigenes System (und eine Software) entwickelt, sodass die Umsetzung in anderen Kommunen unkompliziert verlaufen kann. Außerdem bieten sich diese erfahrenen Krankenkassen für einen fachlichen Austausch mit Schwesternkrankenkassen in anderen Bundesländern an. In den Gesprächen mit Vertreter*innen der Kommunen wurde uns nahegelegt, ihre jeweiligen Krankenkassen als Option in Betracht zu ziehen.

5. Zur Befürchtung über erhöhte Inanspruchnahme oder Missbrauch von Gesundheitsleistungen

Die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Asylsuchende hat Diskussionen und Befürchtungen in den Kommunen und den Krankenkassen über eine mögliche verstärkte Inanspruchnahme oder auch einen Missbrauch von Gesundheitsleistungen seitens der Asylsuchenden ausgelöst. Aus allen Gesprächen, die wir geführt haben, sowie aus Studien geht es hervor, dass sich diese Befürchtungen nicht bewahrheitet haben.

Das abgedeckte Leistungsspektrum ergibt sich aus §4 AsylbLG. Davon ausgehend wird in dem Rahmenvertrag das Leistungsspektrum zwischen der Kommune und den Krankenkassen konkretisiert. Für Bremen gilt zum Beispiel Folgendes: Björn Sander zufolge⁴⁹ gibt es bei einigen Leistungen einen Entscheidungsvorbehalt mit besonderer Begutachtung. Diese Leistungen sind: Psychotherapien; Vorsorgekuren und Reha-Maßnahmen, Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlungen; Reha-Sport/Funktionstraining. Das eingeschränkte Leistungsspektrum wird für das behandelnde medizinische Personal erkennbar durch eine Ziffer in der Karte.

Sowohl unsere Primärquellen als auch Studien belegen, dass es nach der Einführung der eGK weder zu einer überhöhten Inanspruchnahme noch zu einem Missbrauch von Gesundheitsleistungen gekommen ist.

Die Referentin aus dem Sozialamt Dresden berichtete auf dem Fachtag der Projektgruppe „Solidarische Region Altmark“ darüber, dass die Beteiligten in den Gesprächen über das Risiko eines Leistungsmissbrauchs diskutierten. Diese Bedenken stellten sich jedoch in der Praxis als gegenstandslos heraus.⁵⁰

Die Kommunen haben mittlerweile Erfahrung in der Entwicklung von Controlling-Systemen, wodurch Fehleinträge (zum Beispiel Doppeleinträge) oder auch Leistungsmissbrauch ausfindig gemacht werden. Bremen hat durch die Einführung der elektronischen Gesundheitskarten mit Lichtbild seit 2013 einen möglichen Leistungsmissbrauch eingeschränkt. Bei Leistungsmissbrauch bzw. bei Beendigung des Hilfebezuges erfolgt die Sperrung der elektronischen Versichertenkarte.⁵¹

Die Rahmenverträge werden aktualisiert und passen sich jeweils aktuellen Gegebenheiten an.

49 Sander, E-Gesundheitskarte: Das Bremer Modell.

50 Dokumentation des Fachtags „Anonymer Krankenschein in der Region Altmark“ (05.10.2022), S. 7.

51 Sander, E-Gesundheitskarte: Das Bremer Modell.

Erkenntnisse aus Sekundärquellen

Studien bezeugen, dass sich die Annahmen einer möglichen übererhöhten Inanspruchnahme oder auch eines Missbrauchs von Gesundheitsleistungen empirisch nicht belegen lassen.⁵² Vielmehr lasse sich eine Verschiebung der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen entlang der primären, sekundären und tertiären Versorgungsebene erkennen.⁵³ Nach einer Studie von Claassen und Jäger⁵⁴ steige die Nutzung primärer Gesundheitsleistungen bei Asylbewerbern mit eGK-Zugang im Vergleich zu solchen mit Behandlungsschein-Zugang an. Sie blieben jedoch vergleichbar mit dem Inanspruchnahmeverhalten der deutschen Bevölkerung in der jeweiligen Altersgruppe. In einer weiteren Untersuchung⁵⁵ analysierten Forschende die Auswirkungen der eGK auf die Inanspruchnahme verschiedener Versorgungsbereiche anhand von standardisierten Fallzahlen. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass das eGK-Modell durch einen vergleichbaren Zugang zur ambulanten Gesundheitsversorgung wie in der gesetzlichen Krankenversicherung Vorteile biete und gleichzeitig die Inanspruchnahme von Notfallleistungen verringere; hinsichtlich der stationären Versorgung ergäben sich hingegen keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Modellen.

Ergänzend kamen Forschende⁵⁶ in einer Folgeuntersuchung zu dem Ergebnis, dass Asylsuchende mit eGK signifikant seltener ambulante Haus- und Fachärzt*innen aufgesucht hätten als die deutsche Bevölkerung. Dieser Unterschied relativierte sich jedoch teilweise durch eine häufigere Nutzung stationärer Versorgungsangebote. Als mögliche Gründe für die häufigere Nutzung stationärer Versorgung würden Sprachbarrieren, fehlendes Wissen über das Gesundheitssystem sowie kulturelle Hürden bei der Inanspruchnahme ambulanter Leistungen diskutiert. Andere Autor*innen⁵⁷ stellen die Überlegung an, dass diese Hürden zu einer verstärkten Nutzung von Notaufnahmen und Krankenhausaufenthalten führen könnten.

52 A. W. Gold, J. Weis, L. Janho, L. Biddle, K. Bozorgmehr. „Die elektronische Gesundheitskarte für Asylsuchende: Zusammenfassung der wissenschaftlichen Evidenz“, in: *Health Equity Studies & Migration – Report Series*, 02 (2021), 1-10. <https://doi.org/10.11588/heidok.00030347>

P. Jäger, K. Claassen, N. Ott, A. Brand, „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“, in: *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16 (7), (2019), 1178. <https://doi.org/10.3390/ijerph16071178>.

53 Gold, Weis, Janho, Biddle, Bozorgmehr. Die elektronische Gesundheitskarte für Asylsuchende.

54 K. Claassen, P. Jäger. „Impact of the Introduction of the Electronic Health Insurance Card on the Use of Medical Services by Asylum Seekers in Germany“, in: *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15(5), (2018), 1-11. <https://doi.org/10.3390/ijerph15050856>.

55 J. Wenner, K. Bozorgmehr, S. Duwendag, K. Rolke, O. Razum. „Differences in realized access to healthcare among newly arrived refugees in Germany: results from a natural quasi-experiment“, in: *BMC Public Health* 20 (846), (2020), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08981-2>

56 Jäger, Claassen, Ott, Brand. Does the Electronic Health Card for Asylum Seekers Lead to an Excessive Use of the Health System?

57 N. Gottlieb, V. Ohm, M. Knörnschild. „The Electronic Health Insurance Card for Asylum-Seekers in Berlin: Effects on the Local Health System“, in: *International Journal of Health Policy and Management*, 11(8), (2022), 1325–1333. <https://doi.org/10.34172/ijhpm.2021.34>

6. Zum Aspekt: Kosten für medizinische Versorgung nach der Einführung der eGK

Bozorgmehr und Razum⁵⁸ untersuchten anhand von Daten des Statistischen Bundesamtes den Einfluss eingeschränkter Gesundheitsversorgung für Asylsuchende und Geflüchtete auf die Kosten ihrer medizinischen Versorgung für den Zeitraum 1994–2013. Die Ergebnisse ihrer Studie deuten darauf hin, dass ein eingeschränkter Zugang zur medizinischen Versorgung langfristig zu höheren Kosten führt als ein frühzeitiger regulärer Zugang.

Für Berlin, in dem die eGK für Asylsuchende im Jahr 2016 eingeführt wurde, untersuchten Gottlieb, Ohm und Knörnschild⁵⁹ die Ausgaben für ambulante und stationäre Gesundheitsleistungen für Asylsuchende vor und nach der Einführung der eGK. Seit der Einführung der eGK gingen die durchschnittlichen Ausgaben pro Person im ambulanten Bereich zurück. Zugleich zeigten die Autor*innen einen Anstieg stationärer Ausgaben an. Sie führten dies auf höhere Genehmigungsraten im eGK-System und auf eine nachträgliche Nutzung als Folge von Versorgungsengpässen im Jahr 2015 zurück.

58 K. Bozorgmehr, O. Razum. "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) (2015), 1-22. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0131483>.

59 Gottlieb, Ohm und Knörnschild. The Electronic Health Insurance Card for Asylum-Seekers in Berlin.

7. Zum Aspekt: Verwaltungsaufwand

Die Primär- und Sekundärquellen verweisen auf eine Entbürokratisierung der Gesundheitsversorgung der Asylbewerbenden nach der Einführung der eGK sowie auf ein vereinfachtes Verfahren, vom dem alle Beteiligten profitieren und das zur Entlastung der Verwaltung führt.

Gottlieb, Ohm und Knörnschild⁶⁰ verweisen in ihrer Studie darauf, dass die Einführung der eGK in Berlin (2016) zu einer Entlastung des medizinischen und administrativen Personals führte. Insbesondere hebt die Studie die klaren Prozesse und die verringerte moralische Belastung bei Einzelfallentscheidungen im Versorgungsalltag hervor. Die Studie von Rolke, Wenner und Razum⁶¹ zu Nordrhein-Westfalen befragte Sozialarbeitende der Kommunen und stellte fest, dass sie den gleichberechtigteren Zugang zur medizinischen Versorgung als positiv einschätzen.

Der Bremer Erfahrung zufolge wirkt der Einsatz der eGK für die Ärzt*innen erleichternd, weil sie nicht in einem zweigleisigen Verfahren mit Krankenscheinen arbeiten müssen, denn die Abrechnung erfolgt direkt über die Krankenkasse.⁶² Erleichterungen ergeben sich auch auf der senatorischen Ebene durch kurze oder keine bürokratischen Wege; zum Beispiel entfallen umfangreiche Verträge mit Leistungserbringern sowie Verwaltungsanweisungen für die durchführenden Ämter.⁶³ Ebenfalls entfallen weitgehend die regelmäßigen (stigmatisierenden) Begutachtungen durch die Gesundheitsämter.

In ihrem Antrag auf Einführung der eGK im Landkreis Ostprignitz-Ruppin fügt die Fraktion Bündnis 90/Die Grünen das Argument hinzu, dass mit der Rückübertragung medizinischer Entscheidungen auf das Gesundheitssystem auch der Entfall der Haftung für mögliche Fehler in Entscheidungsprozessen durch die Beschäftigten der Sozialverwaltung einhergehe.⁶⁴

Einige Landkreise/Kommunen melden jedoch Mehraufwand in der Anfangsphase der Einführung der eGK bedingt durch die Umstellung; dieser sei aber zu bewältigen.

60 Ebd.

61 K. Rolke, J. Wenner, O. Razum. „Organization of access to primary health care for newly arrived refugees in Germany: a case study in the federal state of North Rhine-Westphalia“, in: *Public Health Panorama*, 4(4), (2018), 586-591.

62 Sander, E-Gesundheitskarte: Das Bremer Modell.

63 Ebd.

64 Kreistag Ostprignitz-Ruppin. TOP Ö 23.1: Antrag der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen: Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Asylsuchende und geduldete Flüchtlinge, (27.09.2017), https://sessionnet.owl-it.de/ostprignitz-ruppin/bi/to0050.asp?__ktonr=21613 [abgerufen am 12.02.2026].

Im Folgenden werden einige Beispiele aus dem Land Brandenburg aufgeführt, die Praxiserfahrungen veranschaulichen:

Landkreis Havelland: „Anders als noch 2015 entfällt mittlerweile für Asylbewerber/Asylbewerberinnen jedoch die vorherige Anfrage der Kostenübernahme, sodass die Krankenkassenkarte und damit einhergehende Krankenversicherung zur Abdeckung der lebensnotwendigen Versorgung einen hohen Mehrwert und Gewinn darstellt [sic]. Sowohl für die Betroffenen als auch alle beteiligten Kostenträger und Akteure im Handling.“⁶⁵

Landkreis Oberspreewald-Lausitz meldet 2018 keine Probleme nach der Einführung der eGK.⁶⁶

Landkreis Dahme-Spreewald: „Mit der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte kommt es für alle bisher im Zusammenhang mit der Erbringung von Gesundheitsleistungen für Leistungsberechtigte nach dem AsylbLG beteiligten Akteure zu einer spürbaren Entbürokratisierung des Verfahrens.“⁶⁷

Landkreis Ostprignitz-Ruppin mit Bezug auf Landkreis Teltow-Fläming: „Ein Großteil an Problemen besteht darin, dass der zusätzliche Aufwand durch die Erfassung der Daten der Asylbewerber in einer entsprechenden Software notwendig geworden ist. Die wesentlichste Entlastung ist nach Einschätzung der Kollegen aus dem Landkreis Teltow-Fläming daraus entstanden, dass der Landkreis keine Krankenscheine mehr selbst ausgeben muss.“⁶⁸

Landkreis Uckermark (2017): „Mit großem logistischem und koordinatischem Aufwand ist es dem Sozialamt gelungen, bereits einen Monat später rund 85 Prozent der insgesamt 1.100 Personen mit einer elektronischen Gesundheitskarte auszustatten.“⁶⁹

Der damaligen Sozialministerin Brandenburgs, Diana Golze, zufolge (2017) gestaltete sich die Versorgung der Asylsuchenden mit der eGK nach einer arbeitsintensiven Einstiegsphase im weiteren Verlauf einfacher.⁷⁰

65 Anne-Christin Kubb, Integrations- und Migrationsbeauftragte Landkreis Havelland, Bericht zur Lage der Migrantinnen/ Migrantinnen im Landkreis Havelland, (o. J.), S. 47 https://www.havelland.de/fileadmin/dateien/amt50/Beauftragte/Bericht_zur_Lage_der_Migranten_Migrantinnen_im_Landkreis_Havelland.pdf [abgerufen am 12.02.2026].

66 Kreistag des Landkreises Oberspreewald-Lausitz, Niederschrift der öffentlichen Sitzung des Ausschusses für Finanzen und Bau – Wahlperiode 2014-2019 – am 25.10.2018, Senftenberg, (22.11.2018), S.4, <https://osl-online.gremien.info/meeting/556> [abgerufen am 12.02.2026].

67 Landkreis Dahme-Spreewald, Verwaltungsbericht des Sozialamtes. Berichterstattung zu ausgewählten Leistungen und Schwerpunkten der Arbeit des Sozialamtes Landkreis Dahme-Spreewald, 2016, S.7. https://ris.dahme-spreewald.de/vorlagen_details.php?vid=20172102100038&datum_von=2003-11-05&datum_bis=2024-11-05&kriterium=vl&suchbegriffe=Gesundheitskarte&select_gremium=&select_koerperschaft= [abgerufen am 12.02.2026].

68 Kreistag Ostprignitz-Ruppin, Niederschrift über die Sitzung des Kreistages Ostprignitz-Ruppin, 08.12.2016, S.8, https://sessionnet.owl-it.de/ostprignitz-ruppin/bi/si0057.asp?__ksinr=975 [abgerufen am 12.02.2026].

69 Kreistag Uckermark, Niederschrift der 12. Sitzung des Kreistages (5. Wahlperiode) am 15.03.2017 – öffentlicher Teil, S.8, https://service.uckermark.de/sessionnet/bi/si0057.php?__ksinr=281 [abgerufen am 12.02.2026].

70 Bündnis für Brandenburg, „Elektronische Gesundheitskarte bewährt sich“, 15. Juni 2017.

8. Zum Aspekt: Verwaltungskosten

Neben Bedenken hinsichtlich einer möglichen erhöhten Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder eines möglichen Missbrauchs wird auch ein Anstieg der Verwaltungskosten durch die Einführung der eGK befürchtet. Mit diesem Argument hatte beispielsweise der Freistaat Sachsen die Ablehnung einer flächendeckenden Einführung der eGK begründet.⁷¹

Den von unserer Studie berücksichtigten Primär- und Sekundärquellen zufolge sinken die gesamten Verwaltungskosten, trotz zusätzlicher Ausgaben für die Betreuung der Asylbewerbenden durch die Krankenkassen, da Verwaltungspersonal von bestimmten Aufgaben freigestellt und anderweitig eingesetzt wird.

Die Studie von Rolke, Wenner und Razum⁷² zu Nordrhein-Westfalen deutet darauf hin, dass die Einführung der eGK zunächst zu höheren Verwaltungskosten aufgrund von Zahlungen an die Krankenkassen führe. Nach erfolgreicher Umstellung hätten die befragten Kommunen jedoch von einer deutlichen Reduktion des Verwaltungsaufwands berichtet. Entscheidend hierfür erweise sich eine enge Zusammenarbeit zwischen Sozialbehörde und Krankenkasse. Gottlieb, Ohm und Knörnschild⁷³ gaben an, dass während der Implementierung der eGK in Berlin zunächst ein Anstieg der Verwaltungskosten zu verzeichnen war. Gleichzeitig ermögliche die eGK jedoch, die Kosten pro Fall vielschichtiger zu analysieren und zu kontrollieren, wodurch Abrechnungsfehler in Höhe von 5–10 % der Gesamtausgaben vermieden werden könnten.

Für Bremen gibt Björn Sander folgende Summen an: Pro Person/Monat wird eine Verwaltungskostenpauschale in Höhe von 10,45 € gezahlt. Für die Ausstellung der elektronischen Gesundheitskarte wird einmalig ein Betrag von 8,00 € entrichtet.⁷⁴ Diese Kosten werden jedoch durch Einsparungen bei Personal- und Sachkosten sowie durch die Freistellung von Mitarbeitenden ausgeglichen, da diese anderweitig mit anderen Aufgaben beschäftigt werden können. In Bremen konnte Personal sowohl

71 Landeshauptstadt Dresden, Direktorium des Oberbürgermeisters, SG-Stadtratsangelegenheiten, Hausmitteilung, 07. Juni 2016. Gesundheitskarte für Asylsuchende AF1184/16. https://ratsinfo.dresden.de/ag0050.asp?__kagnr=3628 [abgerufen am 12.02.2026].

72 Rolke, Wenner, Razum, Organization of access to primary health care for newly arrived refugees in Germany.

73 Gottlieb, Ohm, Knörnschild, The Electronic Health Insurance Card for Asylum-Seekers in Berlin.

74 Sander, E-Gesundheitskarte: Das Bremer Modell.

in den Durchführungsämtern als auch in der zentralen Abrechnungsstelle eingespart werden. Eine spezielle kostenpflichtige Prüfsoftware sei nicht mehr notwendig. Ein genauer Vergleich der personenbezogenen Ausgaben vor der Übertragung (2005) und nach der Übertragung sei nicht möglich, so Björn Sander.⁷⁵ Er meinte allerdings, dass sich das Bremer Modell trotz steigender Leistungsausgaben aufgrund externer Ereignisse, wie des Ukraine-Kriegs, als eine erfolgreiche Initiative zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Asylbewerbenden erweise.

Auf dem Fachtag der Projektgruppe „Solidarische Region Altmark“ machte die Referentin vom Sozialamt Dresden deutlich, dass sich seit Einführung der eGK der verwaltungsmäßige Aufwand sowie der Kostenaufwand der medizinischen Versorgung der Geflüchteten stark reduziert haben.⁷⁶

Unserem Anliegen bei den Sozialämtern von Dresden, Hamburg, Teltow und Teltow-Fläming, uns belastbare Daten zu Leistungsausgaben vor und nach der Einführung der eGK in ihren Kommunen zur Verfügung zu stellen, wurde aufgrund des enormen Aufwands bei der Erstellung solcher Tabellen nicht entsprochen. In unserer Kommunikation wurde aber der Ausgleich der Leistungsausgaben durch die Erleichterung der Verwaltung ausdrücklich bestätigt.

Es fallen keine Zusatzkosten für Landkreise/Kommunen durch die eGK an, wenn das Land die vollständige Kostenübernahme zusichert.

Das ist ein wichtiger Erfahrungswert aus Kommunen, in denen die Kosten durch das Land übernommen werden, wie es in Brandenburg und Thüringen der Fall ist.

„Für den Landkreis Potsdam-Mittelmark fallen durch die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte keine zusätzlichen Mehraufwendungen an. Gemäß § 15 des neuen Landesaufnahmegesetzes werden sämtliche Kosten durch das Land Brandenburg getragen.“⁷⁷

75 Ebd.

76 Dokumentation des Fachtags „Anonymer Krankenschein in der Region Altmark“, (05.10.2022), S. 7.

77 Landkreis Potsdam-Mittelmark, Der Landrat Fachbereich Soziales, Jugend, Gesundheit und Schulentwicklung Fachdienst Soziales und Wohnen, 30. Januar 2017. Antwort auf Anfrage Nr.: A/2017/202, 203, 206, Abgeordneter der NPD, Herrn André Schär, Unterbringung, Aufnahme und Versorgung von Flüchtlingen, S. 2. <https://pm-belzig.gremien.info/submission?id=201761001100005> [abgerufen am 12.02.2026].

Saale-Orla-Kreis (Thüringen): „Die drastische Reduzierung der Kosten in der Krankenhilfe resultiert aus der Einführung einer Gesundheitskarte ab 01.01.2017 durch den Beitritt zur Rahmenvereinbarung zur Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige nach § 264 Abs. 1 SGB V i. V. m. §§ 1, 1a sowie 4 u. 6 AsylbLG, wodurch die Kosten für den Landkreis entfallen und das Land neuer Kostenträger ist. Lediglich 1.100 € sind in 2018 für Restzahlungen aus 2016 eingestellt.“⁷⁸

78 Saale-Orla-Kreis, Haushaltssatzung im Haushaltsplan des Saale-Orla-Kreises Für das Haushaltsjahr 2018, S.35, https://www.saale-orkreis.de/de/datei/anzeigen/id/15233,28/haushaltssatzung_2018.pdf [abgerufen am 12.02.2026].

9. Kritische Aspekte aus der Praxis: Herausforderungen

Trotz der überwiegend positiven Erfahrungen mit der Implementierung der eGK verweisen Erfahrungsberichte verschiedener Kommunen auch auf Herausforderungen. Nach der Einführung kam es in einigen Landkreisen zu Schwierigkeiten bei der Klärung von nicht im Rahmenvertrag geregelten Zuständigkeiten, wie der Abmeldung bei Krankenkassenwechseln. Darüber hinaus wird auf die Notwendigkeit einer sichtbar differenzierten Aufschlüsselung der Kostengruppen hingewiesen, um die Nachvollziehbarkeit der Abrechnung zu gewährleisten. Denn einige Ärzte und Ärztinnen haben zurückgemeldet, dass der eingeschränkte Leistungskatalog beim Einlesen der Karte nicht ersichtlich war. Dadurch sei fälschlicherweise davon ausgegangen worden, dass der gesamte Leistungskatalog abrechnungsfähig sei.

In einigen Fällen träten Schwierigkeiten auf, wenn die im Rahmenvertrag festgelegten Summen „nicht mit den Abrechnungen übereinstimmten“.⁷⁹ Daher ist eine regelmäßige Überarbeitung des Rahmenvertrags sinnvoll und findet auch statt.

Ein häufig genannter Problembereich ist die nicht gewährleistete Kostenübernahme für Sprachmittlung, die allen Beteiligten Schwierigkeiten bereitet. Sprachbarrieren durch unzureichend geregelte Kostenübernahme für Sprachmittler*innen sind beispielweise ein Kritikpunkt des Landkreises Havelland.⁸⁰ Auch Rolke, Wenner und Razum (2018) dokumentierten in ihrer Studie ähnliche Hürden im Hinblick auf die Finanzierung und Verfügbarkeit von Dolmetscher*innen. Darüber hinaus gaben ihre Interviewpartner*innen zu bedenken, dass die Einführung der eGK bestehende strukturelle Defizite nicht allein beseitigen könne. Als Beispiele nannten sie Unsicherheiten über Zuständigkeiten und diskriminierende Barrieren bei der Terminvergabe.

79 Landkreis Ostprignitz-Ruppin. Sozial- und Petitionsausschuss – 28.02.2024, Niederschrift über die Sitzung des Sozial- und Petitionsausschusses, S. 4, https://sessionnet.owl-it.de/ostprignitz-ruppin/bi/si0057.asp?__ksinr=5798 [abgerufen am 12.02.2026].

80 Anne-Christin Kubb, Integrations- und Migrationsbeauftragte Landkreis Havelland, S. 48. https://www.havelland.de/fileadmin/dateien/amt50/Beauftragte/Bericht_zur_Lage_der_Migranten_Migrantinnen_im_Landkreis_Havelland.pdf [abgerufen am 12.02.2026].

10. Handlungsempfehlungen

Auf Bundesebene:

Die Implementierung der eGK ist eine menschenwürdige, ressourcenschonende und verfassungskonforme Maßnahme auf dem Weg zur Angleichung der Gesundheitsleistungen

Die Angleichung der Sozial- und somit auch Gesundheitsleistungen kann durch den Zugang zu den Regelstrukturen erfolgen. Das bundesweit wirkende Parallelsystem „Asylbewerberleistungen“ erscheint dann nicht nur diskriminierend, sondern auch obsolet. Durch seine Abschaffung könnten die dafür notwendigen zusätzlichen Strukturen und Ressourcen eingespart werden. Zielführend erscheinen somit die Abschaffung des Asylbewerberleistungsgesetzes und die Implementierung gleicher Behandlung und Leistungsanspruch mit entsprechender Zuständigkeit der Jobcenter. Die Erfahrungen bei der Aktivierung der Erteilung von Aufenthaltstiteln auf Grundlage der Feststellung des Bestehens eines sogenannten „Massenzustroms“ im Sinne des Artikels 5 der Richtlinie 2001/55/EG durch die aus der Ukraine geflüchteten Menschen zeigen, dass diese Vereinfachung sowohl humaner als auch wesentlich verwaltungsschlanker ist. Positive Erfahrungen liegen im Zusammenhang mit der Regelung bzgl. ukrainischer Staatsangehöriger nach § 24 AufenthG vor.⁸¹ Die Abschaffung des Parallelsystems würde einerseits zur Reduzierung des bürokratischen Aufwands führen und andererseits zur zentralen Behebung der menschenrechtswidrigen Ungleichbehandlung sowie zur Gewährleistung des verfassungsrechtlich garantierten Existenzminimums.

Wiederaufnahme der Verhandlungen für die Einführung der eGK in Sachsen-Anhalt

Die Einführung der eGK sowohl landesweit als auch auf lokaler Ebene wird vom Gesetz ermöglicht. Der neueste Stand der Gesetzeslage fördert – oder fordert sogar an – die Realisierung dieser Maßnahme im Rahmen der Implementierung des neuen GEAS in nationales Recht. In Sachsen-Anhalt zeigt der Dialog zwischen Politik, Krankenkassen und Zivilgesellschaft (2014–2017), dass die Implementierung bereits möglich ist, vorausgesetzt, es besteht der politische Wille dazu.

81 Vgl. J. Hainmueller, M. Marbach, D. Hangartner, N. Harder, E. Vallizadeh, „Refugee Labor Market Integration at Scale: Evidence from Germany’s Fast-Track Employment Program“, in: *Immigration Policy Lab* (ipl), Working Paper No. 25-02, September 2025, https://doi.org/10.31235/osf.io/px9ew_v1.

Mehrwert eines regionalen/lokalen Pilotprojekts

Auch wenn die flächendeckende Einführung der Maßnahme bundesweit und in einem Bundesland zweifellos von Vorteil und erwünscht ist, könnte ein regionales Pilotprojekt eine wichtige Orientierung für eine Umsetzung unter lokalen Bedingungen bieten. Ein erster Schritt in diese Richtung wäre der Auftrag seitens der Kommune (zum Beispiel Landrat*rätin bzw. Oberbürgermeister*in), die Kostenfrage sowie den Verwaltungsaufwand zu überprüfen und auf dieser Basis ein Konzept zur Verhandlung mit den Krankenkassen, innerhalb der Verwaltung und mit dem Kreistag bzw. Stadtrat vorzulegen. Die Initiative könnte auch von einem der anderen kommunalen Organe ausgehen.

Erfahrungen aus anderen Verwaltungsabläufen nutzen

Bei der Einführung der sogenannten „Bezahlkarte“⁸² hat sich Sachsen-Anhalt sogar an einem Pilotprojekt beteiligt, um die Einführung trotz hoher Skepsis bei den kommunalen Spitzenverbänden wegen Befürchtungen des hohen Verwaltungsaufwands schnellstmöglich zu realisieren. Dies erfolgte auch ohne jegliche belastbaren Erfahrungswerte aus anderen Kommunen oder Ländern. An die gewonnenen Erfahrungen bei der Implementierung eines neuen Kartensystems in die Verwaltungsabläufe könne somit direkt angeknüpft werden.

Belastbare Daten und Austausch mit anderen Bundesländern

Kooperationsbereitschaft und Austausch mit anderen Bundesländern sind von maßgeblichem Mehrwert für das Land Sachsen-Anhalt und dessen einzelne Kommunen. Unsere Erfahrung während der Recherchen und der Erstellung des vorliegenden Berichts ist es, dass Sozialämter in anderen Bundesländern bzw. Kommunen austauschbereit und großzügig bei der Übermittlung ihrer Erfahrungen sind.

82 Siehe Ministerium für Inneres und Sport des Landes Sachsen-Anhalt, „Bezahlkarte für Asylbewerber“, <https://mi.sachsen-anhalt.de/themen/auslaenderrecht/auslaender-und-asylrecht/faq-bezahlkarte-fuer-asylbewerber> [abgerufen am 12.02.2026].

Kooperationsmodelle mit den Krankenkassen

Die Landesregierung Sachsen-Anhalts kann weiterhin einen Rahmenvertrag mit den Krankenkassen vereinbaren, in dem die Einführung der eGK geregelt ist. Auf mehrjährige Erfahrungswerte aus anderen Bundesländern kann dabei zurückgegriffen werden. Die Kontaktaufnahme der AOK Bremen/Bremerhaven durch den Ausschuss für Arbeit und Soziales 2015 (siehe Kap. 2.2.) war ein wichtiger Schritt in diese Richtung, der fortgesetzt werden muss. (Pilot-)Projekte wie in Bremen, Brandenburg oder Hamburg waren erfolgreich, da sie mit Krankenkassen eng kooperiert haben. Diese Kommunen verfügen über wertvolle Erfahrungen, die für (Schwester-) Krankenkassen in Sachsen-Anhalt relevant sind. Durch Ausschreibungen wird die Bewerbung der Krankenkassen transparent. Die Beteiligung von mehreren Krankenkassen in einem Rahmenvertrag ist möglich (wie zum Beispiel in Dresden). Da die kooperierenden Krankenkassen nicht in demselben Bundesland angesiedelt sein müssen, in dem das (Pilot-)Projekt zur Einführung der eGK agiert, kann die Implementierung der eGK auch von Krankenkassen außerhalb des Bundeslandes übernommen werden.

Impressum

HERAUSGEBENDE

Hochschule Magdeburg-Stendal

Breitscheidstr. 2

39114 Magdeburg

Tel.: (0391) 886 30

Fax: (0391) 886 41 04

E-Mail: kontakt@h2.de

Web: www.h2.de

Flüchtlingsrat Sachsen-Anhalt e.V .

Geschäftsstelle Magdeburg

Schellingstr. 3-4 | 39104 Magdeburg

Tel.: 0391/50549613

E-Mail: info@fluechtlingsrat-lsa.de

www.fluechtlingsrat-lsa.de

Autorinnen

Christine Bölian

Sevasti Trubeta

Redaktion

Sevasti Trubeta



Die Erstellung dieser Publikation erfolgte im Rahmen der Projektgruppe „Solidarische Stadtbürgerschaft – Solidarische Region Altmark“ der Hochschule Magdeburg-Stendal und des Projekts SENSE – Sensibilisierung zu besonderen Schutzbedarfen von Asylsuchenden Menschen in Sachsen-Anhalt und Thüringen“, des Flüchtlingsrats Sachsen-Anhalt e.V.



Das Projekt „SENSE“ wird kofinanziert von der Europäischen Union (AMIF), vom Land Sachsen-Anhalt, dem Freistaat Thüringen und der UNO Flüchtlingshilfe.



Mitarbeitende im Pilotprojekt „Elektronische Gesundheitskarte“

Christine Bölian

Flüchtlingsrat Sachsen-Anhalt e.V., Projekt „SENSA – Sensibilisierung zu besonderen Schutzbedarfen von asyl-suchenden Menschen in Sachsen-Anhalt und Thüringen“; Organisation, Recherchen, Autorin des Berichts

Sevasti Trubeta

Hochschule Magdeburg-Stendal, Professorin für Kindheit und Migration; Organisation, Koordination, Recherchen, Kontaktaufnahme und Gesprächsführung mit Vertretenden von Kommunen bundesweit, Autorin des Berichts.

Fine Stauber

Hochschule Magdeburg-Stendal, wissenschaftliche Hilfskraft; Recherchen.