



## **Asyl in Sachsen**

Expertisen aus der lokalen Praxis



## Für eine reguläre Gesundheitsversorgung aller Menschen – Modelle aus der Praxis

*Von Anna Scheck, Sarah Urban und Carlotta Conrad, Medinetz Dresden e.V., IPPNW  
Hochschulgruppe Dresden (April 2015)*

In Deutschland haben theoretisch alle Menschen, welche einen Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben, auch Anspruch auf eine medizinische Regelversorgung. Das sind neben Menschen mit einer Duldung oder Aufenthaltsgestattung auch diejenigen, die ausreisepflichtig – also ohne legalen Aufenthaltsstatus – sind.[1] Die medizinische Versorgung nach AsylbLG ist allerdings eingeschränkt. Im Gegensatz zur Grundversorgung, die durch die gesetzlichen Krankenkassen gewährleistet wird, werden ausschließlich die Kosten für die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände erstattet.[2] Schwangere Frauen und Wöchnerinnen erhalten grundsätzlich alle vorgeschriebenen Versorgungsleistungen. Die Behandlung erfolgt entweder auf Basis eines Krankenscheins, der beim Sozialamt beantragt werden muss, oder es liegt ein so schwerer Notfall vor, dass die Krankenhäuser verpflichtet sind, sofort zu behandeln ohne auf den Krankenschein zu warten.

Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus haben in Deutschland in der Praxis keinen Zugang zu medizinischer Versorgung - Sozialämter und andere öffentliche Stellen sind nach § 87 Aufenthaltsgesetz (AufenthG) verpflichtet, den sogenannten illegalen Aufenthalt der Ausländerbehörde zu melden. Dies kann die Abschiebung bedeuten und hält Menschen davon ab, sich medizinisch behandeln zu lassen. Es führt dazu, dass Krankheiten oft erst zu spät erkannt und behandelt werden können und akute Erkrankungen chronisch werden. Ein spezielles Problem in diesem Bereich ist die Umsetzung des „Nothelfer-Paragraphen“.[3] Bis 2013 konnten PatientInnen direkt zur Notfallversorgung ins Krankenhaus gehen, ohne vorher die Kostenzusage beim Sozialamt einzuholen. Die Kosten mussten dann vom Sozialamt erstattet werden, wobei aber der „verlängerte Geheimnisschutz“ (die Erweiterung der Übermittlungssperre von Informationen, die dem Arztgeheimnis unterliegen, auf Krankenhausverwaltung und Sozialamt) bei Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus nicht konsequent eingehalten wurde.

Nach einem Urteil des Bundessozialgerichts von 2013 ist der Nothelferparagraph aber gar nicht mehr anwendbar, wenn es um Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz geht. Es gibt keine Rechtsgrundlage für die Abrechnung mehr.[4]

Das Medinetz Dresden e.V. versucht diese Lücke zu schließen und vermittelt medizinische Versorgung an Menschen ohne Papiere und AsylbewerberInnen, die hier keinen Zugang zur Gesundheitsversorgung haben. Die hausärztliche Betreuung in Unterkünften für Asylsuchende ist durch das AsylbLG erheblich eingeschränkt. Zudem ist das Recht auf freie Arztwahl durch die paternalistische Zuweisungsstrukturen oft nicht gegeben. In einer Erläuterung zu den neuen Bestimmungen des AsylbLG heißt es „Hintergrund dieser Bestimmung ist der Gedanke, für den von diesem Gesetz umfassten Personenkreis die freie Arztwahl auszuschließen“.[5] Die Krankenscheine werden im Sozialamt nur selten von



medizinisch ausgebildetem Personal ausgestellt, sodass eine adäquate Beurteilung der Sachlage unmöglich erscheint. Explizit hervorzuheben ist, dass durch das aktuelle System des Krankenscheins die Behandlungen durch bürokratische Hindernisse in die Länge gezogen werden. Das Sozialamt muss vor jedem einzelnen Arztbesuch zwingend aufgesucht werden. Insbesondere ein Facharztbesuch findet oft erst nach langer Wartezeit statt, was zu einer akuten Verschlechterung der Symptomatik führen kann. Die Notwendigkeit muss zuerst von einem Allgemeinmediziner bestätigt werden, um dann einen weiteren Krankenschein für den Facharztbesuch beim Sozialamt erwerben zu können. Eine zusätzliche Verzögerung kann durch eingeschränkte Öffnungszeiten vieler Sozialämter bedingt sein. Zu befürchten ist, dass ernsthaft erkrankte Menschen und Eltern mit kranken Kindern zögern, sich den langen Wartezeiten und der Anreise zum Sozialamt auszusetzen und resigniert auf ärztliche Hilfe verzichten.

Besonders kritisch anzumerken ist die fehlende Kostenübernahme für Psychotherapie. Diese wird nur in Härtefällen genehmigt. Gerade bei Asylsuchenden ist häufig mit psychischen Belastungen zu rechnen, die erhebliche Auswirkungen auf den Gesundheitszustand haben.

### **Medinetz Dresden e.V.**

Medinetze und Medibüros setzen sich deutschlandweit dafür ein, dass Menschen ohne Papiere anonym und kostenlos medizinische Versorgung erhalten. Entstanden sind die ehrenamtlich arbeitenden Vereine aus Studierendengruppen, IPPNW - (Ärzte in sozialer Verantwortung e.V.) Hochschulgruppen und medizinischen Flüchtlingshilfen. In Dresden sind seit 2005 etwa 20 Ehrenamtliche aus dem Bereich Gesundheit und Politik in einem Medinetz organisiert. Durch Flyer und persönliche Empfehlungen wird die Sprechstunde bekannt gemacht. In Zusammenarbeit mit kirchlichen und privaten Beratungsstellen ist ein Netzwerk entstanden, das PatientInnen auf die wöchentliche Sprechstunde des Medinetz aufmerksam macht. In der Sprechstunde, wird von den Ehrenamtlichen die medizinische Versorgung geplant und organisiert. Zusätzlich gibt es eine Handynummer, über die das Medinetz jederzeit erreichbar ist und PatientInnen, die Angst davor haben, persönlich zur Sprechstunde zu erscheinen, sowie dringende Fälle, betreut werden. Die Vermittlung der PatientInnen ist komplex. Vertrauen muss aufgebaut werden, damit die kranken PatientInnen nicht erneut untertauchen, zudem müssen Sprachbarrieren überwunden und logistische Herausforderungen gemeistert werden. Allein die Fahrt mit der Straßenbahn zu einer Arztpraxis bedeutet Angst vor Kontrollen und Angst vor Aufdeckung des fehlenden Aufenthaltsstatus. Die Mitglieder des Medinetzes begleiten die PatientInnen zu dem Termin in die Praxis oder in das Krankenhaus, organisieren DolmetscherInnen und besorgen, wenn nötig, Medikamente und andere Heilmittel. Die enge Zusammenarbeit mit AnwältInnen für Asylrecht wird immer wieder benötigt, um Duldungen zu erwirken, ein Asylverfahren aus humanitären Gründen noch einmal zu beantragen, und die medizinische Versorgung rechtlich durchzusetzen.

Die Behandlung dieser PatientInnen übernehmen mittlerweile über 100 ÄrztInnen und mehrere Krankenhäuser aus dem Raum Dresden. Sie alle haben sich bereit erklärt, die PatientInnen anonym und kostenlos zu behandeln. Anfallende Labor- und Materialkosten sowie Krankenhausaufenthalte werden über Spenden finanziert. Für anfallende Kosten bei Notfallbehandlungen, die eigentlich vom Sozialamt erstattet werden müssten, kommt das Medinetz bei PatientInnen, die sich über das Medinetz zur Notfallbehandlung vorstellen, ebenfalls auf.

Nicht alle PatientInnen, die sich an das Medinetz wenden sind krank - immer wieder werden vom Verein Schwangerschaften betreut. Ohne Aufenthaltsstatus schwanger zu sein bedeutet besonderen Stress für die werdende Mutter und stellt somit eine Risikoschwangerschaft dar.[6] Die rechtzeitige Zusammenarbeit mit RechtsanwältInnen ist in dieser Situation besonders wichtig, denn ohne Aufenthaltsstatus erhält auch das Kind keine Papiere.

Gemeinsam mit vielen anderen Medinetzen und Medibüros unterstützt auch das Medinetz Dresden den Aufruf: **"Für eine reguläre Gesundheitsversorgung aller Menschen – unabhängig vom Aufenthaltsstatus!"**[7] Wir setzen uns für ein Gesundheitswesen für alle ein.

Wir fordern:

- Abschaffung des § 87 AufenthG, d.h. keine Überprüfung des Aufenthaltsstatus durch die Ausländerbehörde bei Beantragung eines Krankenscheins über das Sozialamt
- Abschaffung des AsylbLG – Integration in die soziale Regelversorgung
- Reguläre medizinische Versorgung aller hier lebenden Menschen – unabhängig vom Aufenthaltsstatus und vom Herkunftsland.

Um der Umsetzung dieser Forderungen näher zu kommen gilt es, auf politischer Ebene einen differenzierten Diskurs anzustoßen und zu führen. In Zukunft müssen in konstruktiver Zusammenarbeit mögliche Konzepte und Reformen erarbeitet werden. Bestimmte alternative Versorgungskonzepte sind bereits an einigen Orten umgesetzt, wie beispielsweise in Bremen. Im folgenden Abschnitt werden zwei mögliche Lösungen vorgestellt, die auch in Sachsen (bzw. Dresden) Gehör finden.

### Alternative Versorgungskonzepte

Anhand der Arbeit des Medinetz Dresden e.V. und der aktuellen rechtlichen Lage wird deutlich, dass bestimmte (rechtlich definierte) Gruppen durch eine Versorgungslücke von der Gesundheitsversorgung ausgeschlossen sind.

Im Folgenden sollen nun zwei Modelle vorgestellt werden, welche zum einen die Versorgungssituation Asylsuchender verbessern und zum anderen den Gesundheitssektor für Papierlose eröffnen sollen. Grundgedanken beider Modelle sind die Inanspruchnahme des Gesundheitssystems niedrigschwelliger zu gestalten und die Finanzierung durch öffentliche Träger.

### Bremer Modell

Behandlungsverzögerungen, fehlendes Fachpersonal bei der Ausstellung der Krankenscheine und mangelhafte Selbstbestimmungsrechte sind die Hauptkritikpunkte an dem Prozess des Krankenscheinerwerbs. Dieser Prozess ist menschenunwürdig. Die Kampagne „Stopp AsylbLG“ dokumentierte zur besseren Darstellung der aktuellen Situation einige Fälle, in denen sie unzureichende medizinische Versorgung aufdecken.[8] Einer dieser vielen Fälle ist hier kurz geschildert:

*„Anfang Januar 2007 litt Mohammad Sillah unter heftigen Schmerzen. Er ging zum Arzt. Dieser forderte ihn auf, sich zuerst beim zuständigen Sozialamt einen Krankenschein geben zu lassen. Der Mitarbeiter des Sozialamts gab ihm keinen Krankenschein, weil er sowieso das Land verlassen müsse.*

*Einige Tage später, am 11. Januar wurden die Schmerzen unerträglich. Mohammad Sillah ging zum Hausmeister des Flüchtlingsheims und bat ihn, einen Krankenwagen zu rufen. Der sagte: „Wenn du schon die Treppen geschafft hast, kannst du auch alleine ins Krankenhaus gehen.“ Ein afrikanischer Flüchtling, der im selben Heim wohnte, begleitete Mohammad. Unterwegs brach Mohammad zusammen und wurde von seinem Mitbewohner auf den Schultern zum nahen Krankenhaus getragen. Drei Tage später wurde Mohammad nach Essen in einer Klinik verlegt, wo er starb.“[9]*

In Bremen werden seit 2005 reguläre Versichertenkarten an alle AsylbewerberInnen ausgegeben. Eine Vereinbarung des Senats Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales mit der AOK Bremen hatte diese Möglichkeit geschaffen. Die AOK erhält eine Verwaltungspauschale von 10€/Person/Monat und rechnet zusätzlich die entstandenen Behandlungskosten ab. Dieses Modell ermöglicht, im Gegensatz zum Modell des Krankenscheins, der erst beantragt werden muss, eine jederzeit zugängliche medizinische Versorgung.

Bremen bietet außerdem in sechs Wohnheimen für Geflüchtete und AsylbewerberInnen regelmäßige ärztliche Sprechstunden an. Die Chipkarten erhalten keinen offensichtlich erkennbaren Hinweis auf den eingeschränkten Behandlungsanspruch nach dem AsylbLG. Die Einschränkung ist lediglich an einer Codenummer zu erkennen, wie es auch bei Leistungsberechtigten nach § 264 II SGB V der Fall ist. So sind Personen während eines Arztbesuches keinen eventuellen Stigmatisierungen durch andere PatientInnen oder MitarbeiterInnen ausgesetzt. Allerdings stellt bereits der –auch in Bremen- eingeschränkte Behandlungsanspruch nach dem AsylbLG eine Diskriminierung dar. Dies führt dazu, dass beispielsweise Sehhilfen, Psychotherapie, Rehabilitationsmaßnahmen und Zahnersatz nur unter bestimmten Bedingungen beantragt werden können. Maßnahmen wie eine strukturierte Behandlung bei chronischen Krankheiten werden nicht bewilligt, beispielsweise müssen Diabetesmedikamente immer wieder neu beantragt werden. Als zusätzliche Unterstützung hat das Gesundheitsamt Bremen bereits im Jahre 2003 einen Gesundheitswegweiser veröffentlicht. In diesem sind die Sprachkompetenzen niedergelassener Ärztinnen und Ärzte, sowie die der Krankenhäuser aufgeführt. Auf diesem Wege soll möglichst allen Menschen ein Arztbesuch auch ohne DolmetscherIn ermöglicht werden.

2012 wurde das Bremer Modell auch in Hamburg eingeführt. Seitdem konnten erhebliche Kosten eingespart werden. Dieses lässt sich durch den Wegfall diverser administrative Aufgaben, wie z.B. der Abrechnungsstelle und der Administration der Krankenhilfe im Sozialamt erklären.[10] Außerdem ist zu vermuten, dass durch frühzeitigere Arztbesuche viele teure Notfallbehandlungen ausbleiben.

Ein exakter Kostenvergleich mit anderen Bundesländern bzw. den Kosten in Bremen vor der Einführung ist aufgrund mangelnder Datenlage nur schwer möglich. Medizinische Leistungen werden unter dem § 4 AsylbLG, zum Teil aber auch unter § 6 AsylbLG verbucht und statistisch erfasst. Jedoch fallen unter den § 6 AsylbLG auch Leistungen an, die besondere Bedürfnisse von Kindern decken sollen (bspw. Schulbedarf). Diese Datenvermischung der Kosten erlaubt daher nur Schätzungen über den finanziellen Aufwand zur reinen Gesundheitsversorgung.

Zusätzlich zum „Bremer Modell“ hat das Bremer Gesundheitsamt seit 2009 in Kooperation mit dem Verein für Innere Mission in Bremen e.V. eine Humanitäre Sprechstunde im Gesundheitsamt Bremen eingerichtet. Diese richtet sich an alle Menschen ohne Papiere und alle EU-BürgerInnen ohne Krankenversicherung. Die Sprechstunde wird zwei Mal wöchentlich von einer Ärztin und einem Arzt geleitet. Sie soll eine gesundheitliche Basisversorgung sicherstellen. In Zusammenarbeit mit der Inneren Mission können auch weitere Fragen rund um das Thema Gesundheit besprochen werden. Außerdem finden Personen dort bei dem Projekt „Willkommen - Gesellschaftliche Teilhabe mit oder ohne Aufenthaltspapiere“ weitere Beratung zur Verbesserung ihrer Lebenssituation.

### Der Anonymisierte Krankenschein

Das zweite Modell ist für die Gesundheitsversorgung von Menschen ohne Papiere gedacht. Es soll ein System geschaffen werden, welches dem aktuellen Krankenscheinsystem für Asylsuchende ähnlich ist. Der Zugang für Papierlose zum öffentlich finanzierten Gesundheitssystem soll ermöglicht werden, ohne dass die Gefahr besteht, den fehlenden Aufenthaltsstatus bei Behörden aufzudecken. Es wird bisher in dieser Form noch in keinem Bundesland und auch noch nicht auf kommunaler Ebene umgesetzt. Es gibt jedoch diesbezüglich diverse Bestrebungen und Konzepte, welche in engagierten Vereinen und Verwaltungen thematisiert und diskutiert werden.

Das Konzept des „Anonymen Krankenscheins“ (AKS) wird im Folgenden stufenweise erläutert.

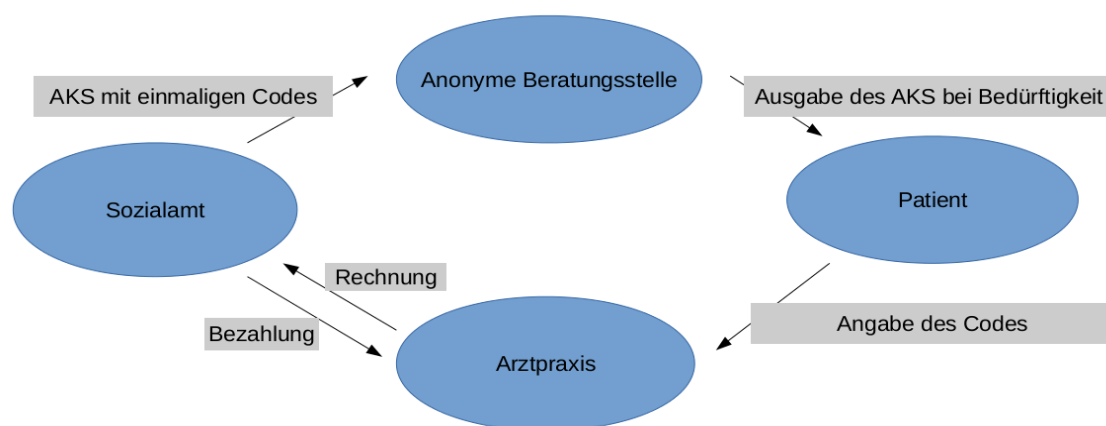


Abbildung 1: Der anonymisierte Krankenschein (AKS), Modell des Medinetz Dresden e.V.

1. Das Sozialamt fertigt Krankenscheine mit einmaligen Codes an. Diese Codes werden in einer Datenbank gespeichert. Die Scheine selbst werden an eine anonyme Beratungsstelle weitergeleitet.
2. In der anonymen Beratungsstelle können die Papierlosen in einer Sprechstunde ihr Anliegen und ihre Symptomatik vorstellen. Geleitet wird diese Stelle von einem Arzt oder einer Ärztin, sodass die Übermittlungspflicht auf Grund der juristischen Lage

hinfällig ist, da diese der Schweigepflicht untergeordnet sind (§88 Abs.1 AufenthG: Einschränkung der Übermittlungspflicht durch die Schweigepflicht). Bei leichten, allgemeinmedizinischen Problematiken kann dann vor Ort sofort interveniert werden.

3. Kann eine Behandlung jedoch nicht eingeleitet werden, ohne weiter ÄrztInnen zu konsultieren, bekommt der/die PatientIn einen anonymisierten Krankenschein ausgehändigt der mit einem Code, statt mit einem Namen versehen wird. Dieser Krankenschein ist für ein Quartal gültig. Mit einer Überweisung des/der vorhergehenden Arzt/Ärztin kann ohne erneute Vorstellung in der Beratungsstelle eine Fachärztin oder ein Facharzt aufgesucht werden. Eine Beratungsstelle schickt beispielsweise eine Patientin auf Grund von Rückenschmerzen zum/zur Orthopäden/in, diese/r erkennt Problematik in der Nervenleitung und verweist in die Neurologie. An diesem Punkt wird die Überweisung an den Krankenschein geheftet und dadurch ist eine direkte Weiterleitung möglich.
4. Besucht der/die PatientIn nun eine/n Arzt/Ärztin wird diese/r in angemessenem Umfang behandelt. Die Rechnung, die von der Praxis ausgestellt und an die Kassenärztliche Vereinigung (KV) geschickt wird, enthält statt des Namens nun den Code sowie das zuständige Sozialamt. Die Krankenversicherung lässt sich im Anschluss die Kosten durch das zuständige Sozialamt erstatten. Die Zuständigkeit kann das Sozialamt durch einen einfachen Vergleich des Codes mit denen in der Datenbank prüfen.

Es stellt sich die Frage, wie die „Bedürftigkeit“ des/der Klienten/in festgestellt werden soll. An diesem Punkt befindet sich das Konzept in der Diskussion. Vorschläge sehen vor, dass eine Prüfung durch eine/n Sozialarbeiter/in vorgenommen wird. Dabei wird ein kurzes qualitatives Interview durchgeführt. Des Weiteren können verschiedene Dokumente (abgelaufene Visa, Reisepässe ohne Stempel, abgelehnte Asylanträge etc.) zur Klärung angeführt werden.

Das Konzept sieht eine umfassende Ausgestaltung der Beratungsstelle vor. So sollten zum Beispiel anonyme juristische und soziale Beratungsmöglichkeiten angegliedert sein. Hier könnten sich Hilfesuchende u. a. über Asylrecht und die Möglichkeit des Erwerbs eines Status informieren

Eine Kostenkalkulation ist besonders in diesem Bereich schwierig, da es über Anzahl und Krankenquote der Papierlosen nur Mutmaßungen und Dunkelziffern gibt. Das Medinetz Essen e.V. hat am Lehrstuhl für Medizinmanagement an der Universität Duisburg-Essen eine Seminararbeit vorgelegt, welche u.a. eine beispielhafte Kostenberechnung beinhaltet.[11] Diese ist einfach und nachvollziehbar aufbereitet und kann auf andere Städte, Bezirke, Bundesländer etc. angewandt werden.

Der Anspruch auf eine angemessene medizinische Versorgung ist ein Menschenrecht, welches Menschen ohne Papiere im Moment faktisch vorenthalten wird. Mit seiner Arbeit füllt Medinetz eine Lücke im medizinischen Versorgungssystem, das hier lebende Menschen aufgrund ihres Status diskriminiert – Menschen ohne Papiere und Asylsuchende durch eine

eingeschränkte Gesundheitsversorgung. Dies kann kein Dauerzustand bleiben. Erste Schritte hin zu einer angemessenen Versorgung sind die hier vorgestellten Modelle. Sie zeigen, dass der Zugang zu medizinischer Versorgung menschenwürdig und diskriminierungsfreier gestaltet werden kann. Hierzu bedarf es eines politischen Willens, der entsprechende Modelle in Sachsen rasch auf den Weg bringt. Die bisherigen Erfahrungen lassen diesen Willen aber vermissen - stets wird auf die nächst höhere Ebene als die Verantwortliche verwiesen. Es wäre aber durchaus möglich, dass auch einzelne Städte den Anfang machen und sich für das erprobte Chipkarten-System für AsylbewerberInnen entscheiden: hier kann Rostock als Beispiel auch für sächsische Großstädte gelten. Für Menschen ohne Papiere ist die Einführung eines anonymen Krankenscheins derzeit die geeignete Lösung. Gute Beispiele gibt es also, die sächsische Umsetzung muss jetzt in die Wege geleitet werden und die Politik durch Rahmenbedingungen die Möglichkeiten dafür schaffen.



## Endnoten

- [1] AsylbLg § 1: (1) Leistungsberechtigt nach diesem Gesetz sind Ausländer, die sich tatsächlich im Bundesgebiet aufhalten und (auch die,) die (5.) vollziehbar ausreisepflichtig sind, auch wenn eine Abschiebungsandrohung noch nicht oder nicht mehr vollziehbar ist.
- [2] (2) Werdenden Müttern und Wöchnerinnen sind ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung, Hebammenhilfe, Arznei-, Verband- und Heilmittel zu gewähren. (3) Die zuständige Behörde stellt die ärztliche und zahnärztliche Versorgung einschließlich der amtlich empfohlenen Schutzimpfungen und medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchungen sicher. Soweit die Leistungen durch niedergelassene Ärzte oder Zahnärzte erfolgen, richtet sich die Vergütung nach den am Ort der Niederlassung des Arztes oder Zahnarztes geltenden Verträgen nach § 72 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Die zuständige Behörde bestimmt, welcher Vertrag Anwendung findet.
- [3] SGB XII § 25 Erstattung von Aufwendungen Anderer. Hat jemand in einem Eilfall einem Anderen Leistungen erbracht, die bei rechtzeitigem Einsetzen von Sozialhilfe nicht zu erbringen gewesen wären, sind ihm die Aufwendungen in gebotenem Umfang zu erstatten, wenn er sie nicht auf Grund rechtlicher oder sittlicher Pflicht selbst zu tragen hat. Dies gilt nur, wenn die Erstattung innerhalb angemessener Frist beim zuständigen Träger der Sozialhilfe beantragt wird.
- [4] Beschlussprotokoll des Deutschen Ärztetages, TOP VII-67.  
[http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/117.DAeT\\_Beschlussprotokoll.pdf](http://www.bundesaerztekammer.de/downloads/117.DAeT_Beschlussprotokoll.pdf)
- [5] Bundestags-Drucksache 12/4451
- [6] [http://www.deutschlandfunk.de/schwangerschaft-und-stress.709.de.html?dram:article\\_id=88124](http://www.deutschlandfunk.de/schwangerschaft-und-stress.709.de.html?dram:article_id=88124), aufgerufen am 11.2.2015
- [7] <http://stopasylblg.de/>, aufgerufen am 15.1.2015
- [8] <http://stopasylblg.de/faelle-berichte/>, aufgerufen am 24.1.2015
- [9] <http://thevoiceforum.org/node/3442>, aufgerufen am 18. 1 2015
- [10] <http://www.welt.de/regionales/hamburg/article136077740/Wenn-Fluechtlinge-einfach-mit-Karte-zum-Arzt-koennen.html>; aufgerufen am 15.1.2015
- [11] Loth, Julia/Hauptig, Astrid/Piotrowski, Alexandra/Beyer, Hannah/Vogelsang, Theresa: „Medizinische Versorgung von Migranten ohne Krankenversicherung im Ruhrgebiet – Die Rolle der öffentlichen und zivilen Akteure -“, unter: [http://www.medinetz-essen.de/docs/reader\\_medinetz.pdf](http://www.medinetz-essen.de/docs/reader_medinetz.pdf) (aufgerufen am 25.1.2015).