

06.10.25**Empfehlungen
der Ausschüsse**

In - AIS - Fz - G - R

zu **Punkt ...** der 1058. Sitzung des Bundesrates am 17. Oktober 2025

**Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des AZRG und weiterer
Gesetze in Folge der Anpassung des nationalen Rechts an das
Gemeinsame Europäische Asylsystem (GEAS-
Anpassungsfolgesgesetz)****A**

Der **federführende Ausschuss für Innere Angelegenheiten (In)** und
der **Ausschuss für Arbeit, Integration und Sozialpolitik (AIS)**

empfehlen dem Bundesrat, zu dem Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des
Grundgesetzes wie folgt Stellung zu nehmen:

- In
1. Zu Artikel 1 Nummer 2 Buchstabe b Doppelbuchstabe hh (§ 3 Absatz 2 Nummer 12 AZRG), Artikel 2 Nummer 3 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa Dreifachbuchstabe ccc (Anlage Nummer 3a Spalte A Buchstabe m Doppelbuchstabe cc – neu – AZRG-DV)
 - a) In Artikel 1 Nummer 2 Buchstabe b Doppelbuchstabe hh § 3 Absatz 2 Nummer 12 ist die Angabe „2024/1356.“ durch die Angabe „2024/1356 einschließlich des Überprüfungsformulars.“ zu ersetzen.
 - b) In Artikel 2 Nummer 3 Buchstabe a Doppelbuchstabe aa Dreifachbuchstabe ccc Anlage Nummer 3a Spalte A Buchstabe m ist nach Doppelbuchstabe bb der folgende Doppelbuchstabe cc einzufügen:
„cc) das ausgefüllte Formular nach Artikel 17 der Verordnung (EU) 2024/1356“

Begründung

Die Verordnung (EU) 2024/1356 sieht ausdrücklich vor, dass die im Zuge der Überprüfung gesammelten Informationen Eingang in ein Formular finden (Artikel 17 der Verordnung (EU) 2024/1356). Dieses Formular wird nicht nur den Drittstaatsangehörigen in Papierform oder digital ausgehändigt. Hauptzweck ist der Versand an diejenigen Behörden, an welche die Betroffenen nach dem Screening verwiesen werden (Artikel 18 Verordnung (EU) 2024/1356). Das Formular ist also Grundlage für das weitere Verfahren und den Umgang mit den Betroffenen (weshalb die der Überprüfung unterzogene Person gemäß Artikel 17 Absatz 3 der Verordnung (EU) 2024/1356 auch die Möglichkeit erhält, anzugeben, ob die in dem Formular enthaltenen Informationen aus ihrer Sicht unrichtig sind).

Bedauerlicherweise regeln die GEAS-Rechtsakte bisher nicht, dass das Formular in Eurodac zu speichern ist; nach aktueller Beschluss- und Rechtslage können die Behörden in den Mitgliedstaaten nicht einmal erkennen, ob in einem anderen Mitgliedstaat ein Screening stattgefunden hat. Vor diesem Hintergrund sollte Deutschland darauf achten, dass zumindest die hier gewonnen Informationen möglichst vollständig erhalten und abgebildet sowie zentralisiert abrufbar werden.

Der Gesetzentwurf sieht zwar vor, dass einzelne Ergebnisse der Prüfung im Ausländerzentralregister zu speichern sind; das Überprüfungsformular als solches soll bisher aber nicht hinterlegt werden, obwohl es der interbehördlichen Information dient. Bund und Länder sind sich einig, dass das Ausländerzentralregister verbessert und zu einer zentralen bundesweiten ausländerbehördlichen IT-Plattform weiterentwickelt werden soll. Daher sollte das Überprüfungsformular nach Artikel 17 der Verordnung (EU) 2024/1356 vollständig auch im AZR gespeichert werden.

AIS 2. Zu Artikel 3 (§ 4 Absatz 5 Satz 1 AsylbLG)

bei An-
nahme
entfällt
Ziffer 3

In Artikel 3 § 4 Absatz 5 Satz 1 ist die Angabe „nach § 1 Absatz 1 Nummer 1, 1a, 2 und 7“ zu streichen.

Begründung:

Durch die Ergänzung des Absatz 5 in § 4 AsylbLG werden die Vorgaben des Artikel 22 Absatz 2 der Richtlinie (EU) 2024/1346 umgesetzt. Dieser sieht vor, dass minderjährigen Antragstellenden beziehungsweise minderjährigen Kindern von Antragstellenden die gleiche Gesundheitsversorgung gewährleistet werden muss wie minderjährigen Deutschen. Durch die vorgeschlagene Änderung erhalten alle nach AsylbLG leistungsberechtigten Kinder diese umfassende medizinische Versorgung.

Die im Gesetzentwurf vorgesehene Einschränkung auf minderjährige Leistungsberechtigte nach § 1 Absatz 1 Nummer 1, 1a, 2 und 7 AsylbLG ist insbesondere im Hinblick auf die UN-Kinderrechtskonvention (UN-KRK) abzulehnen. Durch die Differenzierung entsteht eine Ungleichbehandlung abhängig

davon, ob sich die Minderjährigen (noch) in einem Asylverfahren befinden. Dies führt beispielsweise zu dem Ergebnis, dass ausreisepflichtige Kinder, die nach dem negativen Abschluss ihres Asylverfahrens aus rechtlichen oder tatsächlichen Gründen nicht abgeschoben werden können, nur noch einen eingeschränkten Anspruch auf gesundheitliche Versorgung haben. Kinderrechte gelten jedoch aufgrund der besonderen Vulnerabilität für alle Kinder und können nicht vom Aufenthaltsstatus abhängig gemacht werden (vgl. Artikel 1, 2 und 24 UN-KRK).

Artikel 22 Absatz 2 der Richtlinie (EU) 2024/1346 sowie die Erwägungsgründe 47 und 48 verdeutlichen die grundsätzliche Anerkennung der besonderen Schutzbedürftigkeit und der spezifischen Bedürfnisse Minderjähriger in der medizinischen Versorgung. Die Einschränkung in der Richtlinie ist allein darauf zurückzuführen, dass sich ihr Anwendungsbereich grundsätzlich auf Personen im Asylverfahren beschränkt. Eine Ungleichbehandlung von Kindern, die sich nicht im Asylverfahren befinden, ist vor diesem Hintergrund nicht zu rechtfertigen.

Darüber hinaus ist eine Differenzierung bei der Krankenversorgung nach Aufenthaltsstatus in der Verwaltungspraxis nicht handhabbar. Sie führt zu aufwendigen Einzelfallprüfungen, die sich regelmäßig wiederholen dürften, wenn sich der Aufenthaltsstatus ändert. Die Differenzierung begründet zudem eine Regelungslücke für die Fälle begonnener andauernder Behandlungen bei verbessertem Gesundheitsschutz und anschließendem Wechsel des Aufenthaltsstatus. Dieser Problematik kann durch eine einheitliche Handhabung begegnet werden.

Letztlich wird bereits jetzt von den Gerichten regelmäßig aufgrund einer verfassungs- und konventionskonformen Auslegung der §§ 4 und 6 AsylbLG eine besondere Rechtfertigung verlangt, wenn eine Behandlungsmaßnahme für Kinder beziehungsweise minderjährige Grundleistungsberechtigte abgelehnt wird (vgl. Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 1. Juni 2023, Az. L 8 AY 19/22). Eine Regelung, die allen Minderjährigen die gleiche Gesundheitsversorgung gewährleistet, wird diesen Ansprüchen gerecht und führt zu einer Entlastung der zuständigen Behörden und Gerichte.

In, AIS 3. Zu Artikel 3 (§ 4 Absatz 5 Satz 1, 4 AsylbLG)*

Artikel 3 § 4 Absatz 5 ist wie folgt zu ändern:

- a) In Satz 1 ist die Angabe „Nummer 1, 1a, 2 und 7“ zu streichen.
- b) In Satz 4 ist die Angabe „auf Grundlage des § 40“ durch die Angabe „zur Krankenhilfe auf Grundlage“ zu ersetzen.

* Ziffer 3 wurde im AIS als Hilfsempfehlung zu Ziffer 2 beschlossen.

Begründung:Zu Buchstabe a:

Durch Artikel 3 des Gesetzentwurfs wird die gesundheitliche Versorgung von minderjährigen Schutzsuchenden im AsylbLG im Leistungsumfang des SGB XII und damit im Ergebnis auf dem Niveau der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ermöglicht. Es wird über Artikel 4 durch zeitgleiche Änderung des SGB V eine elektronische Gesundheitskarte (eGK) gemäß § 264 Absatz 4 Satz 2 SGB V ausgestellt und die Betreuung der Minderjährigen erfolgt über eine Krankenkasse, wie bei Leistungsberechtigten nach § 2 Absatz 1 AsylbLG. Der neue § 4 Absatz 5 AsylbLG-E setzt im Kern Artikel 22 Absatz 2 der Richtlinie (EU) Nr. 2024/1346 um. Danach müssen die Mitgliedstaaten sicherstellen, dass die minderjährigen Kinder von Antragstellern auf internationalen Schutz dieselbe Art von Gesundheitsversorgung erhalten wie die eigenen Staatsangehörigen, die minderjährig sind.

Der neue § 4 Absatz 5 Satz 1 AsylbLG-E bedarf einer Öffnung dahingehend, dass die privilegierte medizinische Versorgung allen grundleistungsberechtigten Minderjährigen nach den §§ 1a, 3 und 3a AsylbLG zu Teil wird. Die Gründe sind folgende:

- Zum einen setzt die aktuelle Fassung die europarechtlichen Maßgaben nicht vollständig um. Es sind nicht alle minderjährigen Schutzsuchenden umfasst, die von der Aufnahmerichtlinie vorgesehen sind. Der personelle Anwendungsbereich ist daher zu erweitern.

Die neue Aufnahmerichtlinie sieht in Artikel 21 der Richtlinie (EU) 2024/1346 Leistungsbeschränkungen für die bisherigen Dublin-Fälle vor. Jedoch erfasst die Leistungsbeschränkung nach Artikel 21 der Richtlinie (EU) 2024/1346 explizit nicht die Artikel 22 ff. dieser Richtlinie, so dass die hohen Anforderungen für die medizinische Versorgung von Minderjährigen nach Artikel 22 Absatz 2 der Richtlinie (EU) 2024/1346 auch dann gelten, wenn es sich um sogenannte Dublin-Fälle handelt und in dieser Folge eine Anspruchseinschränkung ausgesprochen wird.

Die Gruppe der minderjährigen Dublin-Fälle ist jedoch nach der vorliegenden Fassung des Gesetzes als vollziehbar Ausreisepflichtige nach § 1 Absatz 1 Nummer 4 AsylbLG in Folge der Verengung des § 4 Absatz 5 Satz 1 AsylbLG-E auf Personen nach § 1 Absatz 1 Nummer 1, 1a, 2 und 7 AsylbLG-E ausgeschlossen. Dieser Aspekt ist zentral, denn eine Diskriminierung von minderjährigen Schutzsuchenden, die zugleich ein Dublin-Fall sind, gegenüber anderen minderjährigen Schutzsuchenden, wäre europarechtlich nicht zu rechtfertigen. Aus der Perspektive des europäischen Rechts ist der abgelehnte Dublin-Fall weiterhin ein Antragsteller auf internationalen Schutz. Es handelt sich dabei um einen nicht unerheblichen Teil der minderjährigen Antragstellenden, die ansonsten von dieser Lücke betroffen wären.

- Weitergehend sollte über die europarechtlichen Maßgaben hinaus eine Ausdehnung der Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung auf alle minderjährigen Leistungsberechtigten im AsylbLG aufgenommen werden:
 - Eine differenzierte Behandlung von minderjährigen Grundleistungsberechtigten nach den §§ 3 und 3a AsylbLG verkompliziert die Rechtsanwendung in der Praxis und führt zu aufwändigen An- und Abmeldungen bei den Krankenkassen durch die Leistungsbehörden. Das Ziel einer Vereinfachung des Migrationssozialrechts geht verloren. Eine gleichförmige Anwendung für alle minderjährigen Leistungsberechtigten verspricht hingegen eine Entlastung der Leistungsbehörden.
 - Eine verschärfte Belastung ergibt sich zudem für Kommunen, die bereits nach Maßgabe des § 264 Absatz 1 SGB V auf freiwilliger Basis eine elektronische Gesundheitskarte für Grundleistungsberechtigte etabliert haben. Z. B. in Rheinland-Pfalz sind dies fünf Kommunen. In diesen Fällen ist mit jedem Wechsel innerhalb des § 4 AsylbLG zwischen der privilegierten und der nicht privilegierten Gesundheitsversorgung eine Ab- und Anmeldung bei verschiedenen Krankenkassen erforderlich.
 - Auch rechtlich ist die unterschiedliche Behandlung von Minderjährigen im AsylbLG – abhängig von der Zuordnung in § 1 Absatz 1 AsylbLG – zweifelhaft, denn der medizinische Versorgungsbedarf der hier erfassten Minderjährigen ist abstrakt gleich. Aus den unterschiedlichen aufenthalts- und asylrechtlichen Zuordnungen des § 1 Absatz 1 AsylbLG ergibt sich keine unterschiedliche Bedarfslage. Mithin fehlt ein legitimer Sachgrund für eine Ungleichbehandlung.
 - Rechtspolitisch bedenklich erscheint insbesondere auch die ansonsten drohende Ungleichbehandlung von minderjährigen Asylsuchenden und minderjährigen Vertriebenen aus der Ukraine, die von der vorgenannten Privilegierung – ohne Öffnung des § 4 Absatz 5 Satz 1 AsylbLG – nicht partizipieren würden, sofern über das Leistungsrechtsanpassungsgesetz der geplante Rechtskreiswechsel in das AsylbLG im Jahr 2026 vollzogen würde.
 - Bereits seit Langem gibt es erhebliche Kritik an der Gesundheitsversorgung für Minderjährige auf Grundlage der §§ 4 und 6 AsylbLG, da die primär als medizinische Notversorgung ausgestalteten gesetzlichen Regelungen Artikel 24 Absatz 1 UN-Kinderrechtskonvention (UN-KRK) widerspricht, wonach für alle Kinder das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit gewährleistet wird. Mit der Öffnung des § 4 Absatz 5 AsylbLG-E für alle minderjährigen Leistungsberechtigten wird die Maßgabe des Artikels 24 Absatz 1 UN-KRK – auch zur Wahrung der Einheit der Rechtsordnung – umgesetzt.

Zu Buchstabe b:

Im SGB VIII sind aufgrund der Rechtssystematik in § 40 SGB VIII nicht alle Konstellationen enthalten, die Krankenhilfe durch die Kinder- und Jugendhilfe erhalten. Auch in folgenden Hilfen ist die Kinder- und Jugendhilfe als Sozialleistungsträger für die Krankenhilfe zuständig:

- § 13 Absatz 3 SGB VIII,
- § 19 Absatz 4 SGB VIII,
- § 21 Satz 2 SGB VIII sowie
- § 42 Absatz 2 Satz 3 und § 42a Absatz 1 Satz 3 SGB VIII

Besonders bei der Zielgruppe der unbegleiteten Minderjährigen kommt es in der Praxis bei einigen Fällen zu einem Wechsel aus den Hilfen nach den §§ 42 und 42a SGB VIII bei Eintritt der Volljährigkeit zum Asylbewerberleistungsgesetz. Nach der hier gewählten Formulierung, würde die in §§ 42 und 42a SGB VIII begonnene Krankenhilfe dann nicht fortgesetzt werden können, da der Verweis auf § 40 SGB VIII zu kurz greift, da in diesem die Krankenhilfe während der (vorläufigen) Inobhutnahme nicht enthalten ist. Daher sollte die Formulierung wie vorgeschlagen angepasst werden.

AIS 4. Zu Artikel 4 Nummer 1 (§ 264 Absatz 2 Satz 1 SGB V)

Artikel 4 Nummer 1 ist zu streichen.

Begründung:

Bei der Betreuung von Personen nach dem neuen § 4 Absatz 4 AsylbLG-E (Artikel 3) gemäß § 264 Absatz 2 SGB V-E durch eine Krankenkasse, für Minderjährige drohen Probleme organisatorischer Art bei den zuständigen Leistungsbehörden, wenn Eltern und Kinder bei unterschiedlichen Krankenkassen angemeldet werden müssen während des Bezugs von Grundleistungen nach § 3 AsylbLG.

Bei Familien würden die Eltern regulär, wie bisher, nach § 264 Absatz 1 SGB V bei einer Krankenkasse angemeldet werden mit eingeschränktem Leistungsumfang nach § 4 Absatz 1 bis 3 und § 6 AsylbLG, die Kinder nach § 264 Absatz 2 SGB V mit Versorgung auf dem Niveau der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV).

Bei § 264 Absatz 1 SGB V besteht Vertragsfreiheit, das heißt die Landesregierung oder die von der Landesregierung beauftragte oberste Landesbehörde kann mit jeder Krankenkasse einen Vertrag zur Betreuung der Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG abschließen. Sie sind dabei nicht auf die örtlichen Krankenkassen beschränkt.

Bei der Betreuung nach § 264 Absatz 2 SGB V besteht die Wahlfreiheit der betreuten Person selbst (beziehungsweise ihrer sorgeberechtigten Personen), wobei die Wahlfreiheit allerdings auf die örtlichen Krankenkassen beschränkt ist. In Hamburg besteht zum Beispiel ein Vertrag mit der AOK Bremen/Bremerhaven für die Betreuung nach § 264 Absatz 1 SGB V. Die elektronische Gesundheitskarte ist in Hamburg auch bei Betreuungen nach § 264 Absatz 1 SGB V Standard. Für die Betreuung nach § 264 Absatz 2 kann die AOK Bremen/Bremerhaven jedoch nicht ausgewählt werden, da sie keine örtlich zuständige Krankenkasse ist.

Die Anmeldung von mehreren Familienmitgliedern bei unterschiedlichen Kas-

sen ist aufwändiger und fehleranfälliger. In der Folge wird es sehr wahrscheinlich vermehrt zu Erstattungsfällen kommen. Der Aufwand in den Leistungsbehörden steigt dadurch an. Auch für die Eltern und Kinder wäre die Kommunikation und Handhabung von zwei Krankenkassen mit mehr Aufwand verbunden.

Es wird daher vorgeschlagen, Eltern und Kinder einer Familie weiterhin nach § 264 Absatz 1 SGB V bei der (einen) dafür zuständigen Krankenkasse anzumelden und nur das Leistungsniveau für Eltern und Kinder unterschiedlich auszugestalten. Dafür ist keine Änderung in § 264 Absatz 1 SGB V erforderlich, weil die Versorgung nach den Maßstäben der §§ 4 und 6 AsylbLG bereits in § 264 Absatz 1 Satz 2 SGB V geregelt ist. Bei der Änderung des § 4 AsylbLG durch Einfügung eines neuen Absatzes 4 (gemäß Artikel 3) zur Krankenversorgung von Minderjährigen auf GKV-Niveau durch analoge Anwendung von §§ 47 bis 52 SGB XII ist sichergestellt, dass eine Versorgung nach § 264 Absatz 1 SGB V auf GKV-Niveau erfolgt, weil in § 264 Absatz 1 SGB V auf § 4 AsylbLG Bezug genommen wird. Durch die Neuregelung des § 4 Absatz 4 AsylbLG ist der Inhalt der Leistung nach § 264 Absatz 1 SGB V für Minderjährige dann gesetzlich vorgegeben.

Eine solche Regelung zur Umsetzung Vorgaben der EU-Richtlinie 2024/1346 würde zugleich eine Verwaltungsvereinfachung ermöglichen.

Dies sollte zumindest als Kann-Bestimmung für Länder gelten, die Verträge nach § 264 Absatz 1 SGB V mit Krankenkassen abgeschlossen haben.

Die Änderung in § 264 Absatz 2 Satz 1 SGB V ist dann zu streichen.

In 5. Zum Gesetzentwurf allgemein

Die Bundesregierung wird aufgefordert, sich auf Unionsebene für eine Weiterentwicklung der GEAS-Rechtsakte und der europaweit verfügbaren Datenbanken einzusetzen, die gewährleistet, dass die zuständigen Behörden immer erkennen können, ob und mit welchen Ergebnissen eine Überprüfung im Sinne der Verordnung (EU) 2024/1356 stattgefunden hat.

Begründung

Die Verordnung (EU) 2024/1356 sieht ausdrücklich vor, dass die im Zuge der Überprüfung gesammelten Informationen Eingang in ein Formular finden (Artikel 17 Verordnung (EU) 2024/1356). Dieses Formular wird nicht nur den Drittstaatsangehörigen in Papierform oder digital ausgehändigt. Hauptzweck ist der Versand an diejenigen Behörden, an welche die Betroffenen nach dem Screening verwiesen werden (Artikel 18 Verordnung (EU) 2024/1356). Das Formular ist also Grundlage für das weitere Verfahren und den Umgang mit den Betroffenen (weshalb die der Überprüfung unterzogene Person gemäß Artikel 17 Absatz 3 Verordnung (EU) 2024/1356 auch die Möglichkeit erhält, anzugeben, ob die in dem Formular enthaltenen Informationen aus ihrer Sicht unrichtig sind).

Bedauerlicherweise regeln die GEAS-Rechtsakte bisher nicht, dass das Formular in Eurodac zu speichern ist; nach aktueller Beschluss- und Rechtslage können die Behörden in den Mitgliedstaaten nicht einmal erkennen, ob in einem anderen Mitgliedstaat ein Screening stattgefunden hat. Vor diesem Hintergrund sollte Deutschland darauf achten, dass zumindest die hier gewonnenen Informationen möglichst vollständig erhalten und abgebildet sowie zentralisiert abrufbar werden.

Der Gesetzentwurf sieht zwar vor, dass einzelne Ergebnisse der Prüfung im Ausländerzentralregister zu speichern sind; das Überprüfungsformular als solches soll bisher aber nicht hinterlegt werden, obwohl es der interbehördlichen Information dient. Bund und Länder sind sich einig, dass das Ausländerzentralregister verbessert und zu einer zentralen bundesweiten ausländerbehördlichen IT-Plattform weiterentwickelt werden soll. Daher sollte das Überprüfungsformular nach Artikel 17 der Verordnung (EU) 2024/1356 vollständig auch im AZR gespeichert werden.

B

6. Der Finanzausschuss und

der Rechtsausschuss

empfehlen dem Bundesrat,

gegen den Gesetzentwurf gemäß Artikel 76 Absatz 2 des Grundgesetzes keine Einwendungen zu erheben.

C

Der **Gesundheitsausschuss** hat beschlossen, von einer Empfehlung an das Plenum abzusehen.