

**27.03.26****Beschluss**  
des Bundesrates

---

**Gesetz zur Änderung des AZR-Gesetzes und weiterer Gesetze infolge der Anpassung des nationalen Rechts an das Gemeinsame Europäische Asylsystem (GEAS-Anpassungsfolgesgesetz)**

Der Bundesrat hat in seiner 1063. Sitzung am 27. März 2026 beschlossen, dem vom Deutschen Bundestag am 27. Februar 2026 verabschiedeten Gesetz gemäß Artikel 80 Absatz 2, Artikel 84 Absatz 1 Satz 5, 6 des Grundgesetzes zuzustimmen.

Der Bundesrat hat ferner die nachstehende Entschließung gefasst:

1. Der Bundesrat stellt fest, dass die Änderungen des AsylbLG und des SGB V, die das GEAS- Anpassungsfolgesgesetz vorsieht, zu einem hohen zusätzlichen Verwaltungsaufwand für die Leistungsbehörden führen würden. Die grundsätzliche Verbesserung der Gesundheitsleistungen für Minderjährige wird nicht infrage gestellt. Allerdings entsteht – insbesondere in der Umstellungsphase – ein großer Verwaltungsaufwand durch das Recht der Minderjährigen, die Leistungen nach dem AsylbLG beziehen, die Krankenkasse frei zu wählen.
2. Vor diesem Hintergrund stellt der Bundesrat fest, dass die Möglichkeit zur freien Wahl einer gesetzlichen Krankenkasse in bestimmten Fällen eingeschränkt werden sollte – insbesondere dann, wenn bereits ein Leistungsbezug besteht oder wenn die Volljährigkeit unmittelbar bevorsteht. Daher sollten folgende Regelungen in das GEAS-Anpassungsfolgesgesetz aufgenommen werden:
  - a) Bestandsschutz für minderjährige Leistungsberechtigte, für die bereits eine Krankenkasse die Krankenbehandlung im Rahmen des § 264 Absatz 1 SGB V übernommen hat; behelfsweise eine gesetzlich verankerte Übergangsfrist für diesen Personenkreis,

- b) die Zuordnung minderjähriger Leistungsberechtigter gemäß § 264 Absatz 2 bis 7 SGB V zu der Krankenkasse, bei der ein oder beide Elternteile nach § 264 Absatz 1 SGB V betreut werden sowie
  - c) eine Karenzzeit bei Neuanträgen für minderjährige Leistungsberechtigte, die weniger als 18 Monate von der Volljährigkeit entfernt sind.
3. Der Bundesrat fordert die Bundesregierung auf, zeitnah einen Gesetzentwurf vorzulegen, der die genannten Maßnahmen in erforderlichem Umfang umsetzt.

Begründung:

Artikel 3 des Gesetzes sieht vor, dass auf alle minderjährigen Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG die §§ 47 bis 52 SGB XII (Hilfen zur Gesundheit) anzuwenden sind. Artikel 4 sieht vor, dass der § 264 SGB V dementsprechend angepasst wird.

Personen mit Anspruch auf § 2 AsylbLG fallen unter den Anwendungsbereich des § 264 Absatz 2 bis 7 SGB V und sind Versicherten i. d. R. gleichgestellt.

Personen, die nach dem derzeitigen § 4 AsylbLG nur einen verminderten Leistungsanspruch auf Krankenbehandlung haben, fallen in den Anwendungsbereich des § 264 Absatz 1 SGB V. Somit können Sozialhilfeträger die Krankenbehandlung für diesen Personenkreis einer Krankenkasse übertragen. Einzelne Länder haben im Zuge einer Verwaltungsvereinfachung exklusive Verträge mit einzelnen Krankenkassen abgeschlossen (Bremer Modell).

Bisher werden minderjährige Leistungsberechtigte teilweise entsprechend § 264 Absatz 1 SGB V durch eine behördlich festgelegte Krankenkasse versorgt. Mit der Umsetzung des GEAS-Anpassungsfolgegesetzes fallen jedoch alle Minderjährigen in die Betreuung nach § 264 Absatz 2 bis 7 SGB V. In der Betreuung nach § 264 Absatz 2 bis 7 SGB V haben Personen ein grundsätzliches Wahlrecht der Krankenkasse. Das bedeutet, dass die Minderjährigen bzw. die Sorgeberechtigten in jedem Einzelfall diesbezüglich kontaktiert werden müssen. Sobald eine Rückmeldung vorliegt, bei welcher Krankenkasse die minderjährige Person nach § 264 Absatz 2 bis 7 SGB V gemeldet werden soll, ist vom Sozialhilfeträger eine schriftliche Anmeldung bei der jeweiligen Krankenkasse zu tätigen. Bei einem möglichen Wechsel der Krankenkasse muss der Sozialhilfeträger zudem eine Abmeldung der Person bei der vorherigen Krankenkasse veranlassen.

Eine entsprechende Änderung hinsichtlich des Wahlrechts gemäß § 264 Absatz 3 SGB V für den o. g. minderjährigen Personenkreis würde nicht nur den Verwaltungsaufwand begrenzen, sondern auch gewährleisten, dass im Zweifel alle Mitglieder einer Bedarfsgemeinschaft bei derselben Krankenkasse betreut werden (ähnlich der Regelungen einer Familienversicherung gemäß § 10 SGB V).

Die gesetzliche Krankenversicherung als zentrale Säule des deutschen Gesund-

heitssysteme bietet eine standardisierte Gesundheitsversorgung, die durch gesetzliche Vorgaben festgelegt ist. Darüber hinaus unterscheiden sich die gesetzlichen Krankenkassen lediglich in Bezug auf ihre Zusatzleistungen, wie bspw. Wahltarife, Zusatzleistungen und Bonusprogramme. Es ist daher davon auszugehen, dass die Möglichkeit, sich aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung auf eine gesetzliche Krankenkasse festzulegen, zu keiner Schlechterstellung des Personenkreises führen wird. Die vom Bundesrat vorgeschlagenen Maßnahmen verfolgen vielmehr das Ziel der Verwaltungsvereinfachung und dienen dem Bürokratieabbau.