

Die Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche im AsylbLG

Minderjährige im Grundleistungsbezug erhalten eine Versichertenkarte

Fachinformation

Am 12. Juni 2026 traten zahlreiche gesetzliche Änderungen im Asyl-, Aufenthalts- und Leistungsrecht in Kraft, um europäische Vorgaben umzusetzen („GEAS-Reform“). Fast alle diese Änderungen sind mit Verschärfungen für Geflüchtete verbunden. Einer der sehr wenigen positiven Aspekte des Gesetzespakets, die Verbesserung bei der Gesundheitsversorgung von Kindern und Jugendlichen im AsylbLG, wird dabei leicht übersehen. Diese Änderungen sind Gegenstand der vorliegenden Fachinformation.

Inhalt

Die wichtigsten Eckpunkte der Änderung	2
Welche Rechtsgrundlagen sind von Bedeutung?	2
Für wen gilt die neue Regelung?	2
Welchen Umfang hat die Gesundheitsversorgung?	3
Kann die Ärzt*in frei gewählt werden?	3
Erhalten die Kinder und Jugendlichen eine Gesundheitskarte?	4
Wie bekommen die Kinder und Jugendlichen die Gesundheitskarte?	4
Werden die Kinder und Jugendlichen Mitglied der Krankenkasse?	5
Fallen Zuzahlungen und Eigenanteile an?	6
Was ist, wenn die Jugendlichen volljährig werden?	6
Was ist mit Leistungen, die die Krankenkasse nicht übernimmt?	6
Was ist im Falle eines Leistungsausschlusses wegen „Sekundärmigration“?	7

Die wichtigsten Eckpunkte der Änderung

- Ab dem 12. Juni werden alle Kinder und Jugendlichen, die Leistungen nach dem AsylbLG erhalten, einen Anspruch auf Gesundheitsversorgung haben wie alle gesetzlich Versicherten.
- Die Einschränkungen auf eine Notfallversorgung, die das Gesetz in § 4 AsylbLG bislang vorsah, werden für sie nicht mehr gelten.
- Fast alle AsylbLG-berechtigten Minderjährigen werden zwar keine Mitglieder einer Krankenkasse, aber müssen von der Leistungsbehörde zur Auftragsversorgung bei einer Krankenkasse gem. § 264 Abs. 2 SGB V angemeldet werden. Sie bekommen daher eine Gesundheitskarte und brauchen für medizinische Behandlungen normalerweise keine Genehmigung mehr vom Sozialamt.
- Diese Regelungen gelten ab dem 12. Juni 2026 für alle Kinder und Jugendlichen, die Grundleistungen nach dem AsylbLG erhalten (in den ersten 36 Monaten des Aufenthalts). Für Personen, die Analogleistungen (nach mehr als 36 Monaten Aufenthalt) oder lebensunterhaltssichernde Leistungen der Jugendhilfe erhalten, war dies auch zuvor schon so.

Das sind sehr wichtige Verbesserungen. Im Folgenden sollen die neuen Regelungen für Kinder und Jugendliche im Grundleistungsbezug nach § 3 bzw. 4 AsylbLG ausführlich dargestellt werden.

Welche Rechtsgrundlagen sind von Bedeutung?

Die **europäische Grundlage** bildet Art. 22 Abs. 2 S. 1 [RL 2024/1346](#) (neue EU-Aufnahmerichtlinie):

„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.“

In **Deutschland** wird dies ab dem 12. Juni 2026 in einem neuen § 4 Abs. 4 AsylbLG umgesetzt. Dort heißt es in Satz 1:

„Abweichend von den Absätzen 1 bis 3 sind die §§ 47 bis 52 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch auf minderjährige Leistungsberechtigte entsprechend anzuwenden.“

Für wen gilt die neue Regelung?

Diese Änderung ist im Rahmen des GEAS-Anpassungsfolgesetzes (Art. 3) beschlossen worden.

Die Gesetzesänderung gilt für **alle Minderjährigen** (also alle Kinder und Jugendlichen unter 18 Jahren), die leistungsberechtigt nach den **Grundleistungen des AsylbLG** sind. Die Grundleistungen werden nach den §§ 3 bis 7 AsylbLG innerhalb der ersten drei Jahre des Aufenthalts erbracht.

Die bessere Gesundheitsversorgung im AsylbLG gilt in Deutschland nicht nur für Kinder und Jugendliche während des Asylverfahrens (also mit einer **Aufenthaltsgestattung**). Auch Kinder und Jugendliche mit einer **Duldung**, mit einer **Dublin-Verfahrensbescheinigung**, einer **Grenzübertrittsbescheinigung** oder sonstigen

Bescheinigungen der Ausländerbehörde sind von der Neuregelung erfasst. Voraussetzung ist, dass eine Leistungsberechtigung nach § 1 Abs. 1 Nr. 1 bis 8 AsylbLG besteht, die Person also dem AsylbLG zugeordnet ist und nicht dem SGB II, SGB VIII oder SGB XII.

Der Anspruch auf die bessere Gesundheitsversorgung besteht sowohl für Kinder und Jugendliche in **Landeseinrichtungen** als auch nach Zuweisung in die **Kommunen**. Es spielt keine Rolle, ob ein **kommunales Sozialamt** oder eine **Bezirksregierung** für die AsylbLG-Leistungen zuständig ist. Es spielt auch keine Rolle, ob die Kinder und Jugendlichen am 12. Juni 2026 **schon in Deutschland leben** oder erst **danach einreisen**.

Für minderjährige und volljährige Personen, die (nach einem Aufenthalt von mehr als drei Jahren) **Analogleistungen** nach § 2 AsylbLG oder bestimmte Leistungen der **Jugendhilfe** (z. B. Vollzeitpflege für unbegleitete minderjährige Geflüchtete) erhalten, ändert sich nichts: Sie hatten auch bisher schon Anspruch auf eine gleichberechtigte Gesundheitsversorgung. Geregelt ist das in den §§ 2 Abs. 1 S. 1 AsylbLG bzw. § 40 SGB VIII.

Welchen Umfang hat die Gesundheitsversorgung?

Der neue § 4 Abs. 4 S. 1 AsylbLG legt fest: Die Gesundheitsleistungen müssen entsprechend §§ 47 bis 52 SGB XII erbracht werden. Dahinter verbergen sich Regelungen, die u. a. einen Anspruch auf Vorsorgeuntersuchungen, Krankenbehandlungen sowie Leistungen bei Schwangerschaft und Mutterschaft vorsehen, die dem **Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung entsprechen** (§ 52 Abs. 1 SGB XII). Dazu gehören auch alle Zahnbehandlungen, Hilfsmittel, Medikamente, Fahrkosten, Physiotherapie usw., die für gesetzlich Versicherte auch erbracht werden (§ 11 Abs. 1 SGB V).

Eine **vorherige Genehmigung** für die Krankenbehandlung ist nur erforderlich, wenn diese auch für gesetzlich Versicherte verlangt wird (z. B. bei Psychotherapie oder bestimmten Zahnbehandlungen). Für **Zahnersatz** gilt für asylsuchende Kinder und Jugendliche sowie für Kinder mit Aufenthaltserlaubnis nach § 25 Abs. 4 und 5 AufenthG darüber hinaus die Einschränkung, dass darauf nur ein Anspruch besteht, wenn die Person schon ein Jahr lang durch die Krankenkasse betreut wurde oder die Behandlung unaufschiebbar ist (§ 27 Abs. 2 SGB V). Zumindest für asylsuchende Kinder und Jugendliche widerspricht diese Einschränkung jedoch Art. 22 Abs. 2 S. 1 RL 2024/1346.

Die einzigen Leistungen, die nicht erfasst sind, sind die Rehabilitation zur Abwendung von Behinderung oder Pflegebedürftigkeit und die Mitaufnahme von Begleitpersonen im Krankenhaus (§ 11 Abs. 2 und 3 SGB V). Diese müssen weiterhin vom Sozialhilfeträger entschieden werden, Rechtsgrundlage wäre § 6 AsylbLG.

Kann die Ärzt*in frei gewählt werden?

Ja. § 52 Abs. 2 S. 1 SGB XII regelt:

„Leistungsberechtigte haben die freie Wahl unter den Ärzten und Zahnärzten sowie den Krankenhäusern entsprechend den Bestimmungen der gesetzlichen Krankenversicherung.“

Ein Verweis auf die Sanitätsstation in der Landeseinrichtung oder die Vorgabe, nur eine bestimmte Arztpraxis besuchen zu dürfen, sind also nicht zulässig. Die Ärzt*innen und

Krankenhäuser haben Anspruch auf eine Vergütung wie bei gesetzlich Versicherten.

Erhalten die Kinder und Jugendlichen eine Gesundheitskarte?

Ja. Geregelt ist das in § 264 Abs. 2 S. 1 SGB V, der zum 12. Juni 2026 ebenfalls geändert wird (Art. 4 GEAS-Anpassungsfolgegesetz):

„Die Krankenbehandlung von Empfängern von Leistungen nach dem Dritten bis Neunten Kapitel des Zwölften Buches, nach dem Teil 2 des Neunten Buches, von Empfängern laufender Leistungen nach den §§ 2 oder 4 Absatz 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes und von Empfängern von Krankenhilfeleistungen nach dem Achten Buch, die nicht versichert sind, wird von der Krankenkasse übernommen.“

Das Gesetz regelt also, dass eine **Krankenkasse** für die Gesundheitsleistungen im Rahmen einer so genannten „Auftragsversorgung“ **zuständig** ist und nicht mehr das Sozialamt. In § 264 Abs. 4 S. 2 SGB V heißt es weiter: *„Sie erhalten eine elektronische Gesundheitskarte nach § 291.“* Damit ist klar geregelt, dass von einer Krankenkasse eine **elektronische Gesundheitskarte ausgestellt** werden muss – sofern *„laufende Leistungen nach § 4 Abs. 4 AsylbLG“* bezogen werden.

Nur wenn in ganz seltenen Fällen keine „laufenden Leistungen“ bezogen werden (weil z. B. ausreichendes Einkommen vorhanden ist), wird für die Krankenbehandlung keine Gesundheitskarte ausgestellt. Für Behandlungen muss in diesem Fall dann doch ein **Behandlungsschein** beim Sozialamt beantragt werden. Es besteht aber dennoch Anspruch auf Behandlungen, die dem Niveau der Gesetzlichen Krankenkasse entsprechen. Die Einschränkungen des § 4 Abs. 1 AsylbLG auf die Behandlung schmerzhafter oder akuter Erkrankungen gilt nicht.

Diese Konstellation dürfte aber in der Praxis sehr selten vorkommen, da bei ausreichendem Einkommen auch die ganz normale Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenkasse über die versicherungspflichtige Arbeit gegeben sein dürfte.

Ein **Beispiel** könnte aber sein: Mutter und Kind sind im AsylbLG, der Kindsvater ist Deutscher, aber versichert in der privaten Krankenversicherung. Er verdient genug, so dass keine ergänzenden Leistungen bezogen werden. In diesem Fall würde keine Auftragsversorgung durch die Krankenkasse eingerichtet, sondern das Kind hätte Anspruch auf (uneingeschränkte) Behandlungsscheine – aber nur, sofern die Behandlung so teuer ist, dass dadurch im Einzelfall Hilfebedürftigkeit entstehen würde. Es ist fraglich, ob diese Einschränkung mit Art. 22 Abs. 2 S. 1 RL 2024/1346 vereinbar ist. Denn dadurch, dass die Behandlung unter Umständen selbst gezahlt werden muss, erhält das Kind gerade nicht, *dieselbe Art von Gesundheitsversorgung (...) wie die eigenen Staatsangehörigen, die minderjährig sind.*“

Wie bekommen die Kinder und Jugendlichen die Gesundheitskarte?

Die Jugendlichen (ab 15 Jahre) bzw. die Eltern oder der Vormund müssen „unverzüglich“ eine Krankenkasse **wählen**, die die Auftragsversorgung übernehmen und die Gesundheitskarte ausstellen soll (§ 264 Abs. 3 S. 1 SGB V). Sie können hierfür **jede Krankenkasse** aussuchen, die für den Wohnort zuständig ist. Eine Liste mit Suchmöglichkeiten nach Bundesländern gibt es [hier](#).

Falls die Betroffenen nicht innerhalb von 14 Tagen eine Krankenkasse ausgewählt haben, muss das Sozialamt bzw. die Bezirksregierung eine Krankenkasse **festlegen** (§

264 Abs. 3 S. 3 SGB V). Die 14 Tage beginnen (für Menschen, die schon hier sind) am 12. Juni 2026 bzw. (für Menschen, die danach einreisen) mit dem Tag, an dem erstmals ein Anspruch auf AsylbLG besteht. Die Sozialbehörde muss dann den Betroffenen **schriftlich mitteilen**, welche Krankenkasse es gewählt hat (§ 175 Abs. 3 S. 2 SGB V).

Die Anmeldung bei der Krankenkasse erfolgt über die Sozialbehörde, bislang meist per Fax oder per Post. In Zukunft wird dieses Verfahren digital vonstattengehen („[Entwurf eines Gesetzes zur Entlastung der Sozialverwaltung](#)“, noch nicht verabschiedet).

Zum aktuellen Anmeldeverfahren gibt es [hier](#) das Dokument „Gemeinsame Erläuterungen der Spitzenverbände der Krankenkassen zu der Ersten Gemeinsamen Empfehlung zur Umsetzung der Leistungserbringung nach § 264 Abs. 2 bis 7 SGB V vom 13.11.2003“, in dem viele hilfreiche Erläuterungen stehen.

Wie kann man durchsetzen, eine Gesundheitskarte zu bekommen?

Die betroffenen Familien können nicht gegenüber der Krankenkasse durchsetzen, die Gesundheitskarte zu bekommen. Vielmehr müssen sie zunächst erreichen, dass die Sozialbehörde **die Anmeldung vornimmt**. Hierfür sollten die Betroffenen schnellstmöglich der Sozialbehörde mitteilen, welche Krankenkasse sie wählen und die Sozialbehörde bitten, unverzüglich die Anmeldung vorzunehmen.

Ein entsprechendes Schreiben könnte in etwa so aussehen:

„Am 12. Juni 2026 ist eine Gesetzesänderung in Kraft getreten. Gem. § 4 Abs. 4 AsylbLG i. V. m. § 264 Abs. 2 bis 4 SGB V besteht für unsere minderjährigen Kinder Anspruch auf eine uneingeschränkte Gesundheitsversorgung im Umfang der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Gesundheitsleistungen müssen durch eine Krankenkasse erbracht werden, die unseren Kindern eine elektronische Gesundheitskarte ausstellt.

Wir teilen Ihnen hiermit gem. § 264 Abs. 3 SGB V mit, dass wir für diesen Zweck die Krankenkasse xxx wählen. Wir bitten Sie, zu diesem Zweck eine Anmeldung bei der gewählten Krankenkasse vorzunehmen, damit diese schnellstmöglich eine Gesundheitskarte ausstellen kann.

Bis zur Ausstellung der Gesundheitskarte bitte ich Sie, unseren Kindern Behandlungsscheine ohne Leistungsbeschränkung auszustellen, damit sie die Ihnen zustehende uneingeschränkte Gesundheitsversorgung in Anspruch nehmen können.“

Werden die Kinder und Jugendlichen Mitglied der Krankenkasse?

Nein. Eine Mitgliedschaft entsteht durch die Anmeldung bei der Krankenkasse nicht. Vielmehr handelt es sich um eine so genannte „**Quasi-Versicherung**“ oder „**Auftragsversorgung**“: Die Krankenkasse übernimmt die Abrechnung mit Ärzt*innen, Apotheken und Krankenhäusern nach ihren Regelungen. Sie stellt allerdings dem Sozialamt diese Kosten in voller Höhe in Rechnung. Das Sozialamt muss die Behandlungskosten der Krankenkasse erstatten, zuzüglich einer Verwaltungspauschale. Das Sozialamt zahlt aber **keine Mitgliedsbeiträge** an die Krankenkasse.

Da keine Mitgliedschaft in der Krankenkasse entsteht, zählen diese Zeiten später auch nicht mit, wenn es später – z. B. für eine freiwillige Mitgliedschaft oder für Leistungen der Pflegeversicherung – auf den Nachweis bestimmter Vorversicherungszeiten ankommen sollte. Es gibt daher auch nicht die Möglichkeit einer Familienversicherung, z.B. wenn eine Minderjährige selber ein Kind bekommt.

Auf der elektronischen Gesundheitskarte steht zwar der Statusvermerk „Mitglied“ bzw. „Familienversicherter“ (§ 264 Abs. 4 S. 3 SGB V). Aber es handelt sich dennoch nicht um eine Mitgliedschaft.

Fallen Zuzahlungen und Eigenanteile an?

Normalerweise nein. Denn Kinder und Jugendliche sind auch dann von fast allen Zuzahlungen und Eigenanteilen befreit, wenn sie Mitglied einer Krankenkasse wären. Dasselbe gilt bei der „Auftragsversorgung“.

Nur für Fahrtkosten, kieferorthopädische Behandlung, orthopädische Schuhe und medizinische Dreiräder (das sind Fahrräder für Menschen mit Behinderungen) fallen für Kinder und Jugendliche Eigenanteile an. Diese Eigenanteile muss das Sozialamt gem. § 4 Abs. 4 S. 2 AsylbLG **übernehmen**. Hierfür sollten also die Zuzahlungsquittungen eingereicht werden bzw. besser im Vorfeld die direkte Kostenübernahme beantragt werden.

Zu Eigenanteilen und Zuzahlungen hat Claudia Mehlhorn eine hilfreiche [Übersicht](#) erstellt.

Leistungen, die auch bei Mitgliedschaft in der Gesetzlichen Krankenkasse nicht übernommen würden (z. B. für nicht-verschreibungspflichtige Medikamente für Kinder über 12 Jahre oder Brillengestelle) werden nicht über § 4 Abs. 4 S. 2 AsylbLG zu übernehmen sein. Unter Umständen kann die Kostenübernahme aber über § 6 AsylbLG beantragt werden, wenn sie zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern „geboten“ oder zur Sicherstellung der Gesundheit „unerlässlich“ sind. Das gilt insbesondere auch für die für Behandlungen oder für Psychotherapie notwendige **Sprachmittlungskosten**.

Was ist, wenn die Jugendlichen volljährig werden?

Mit Eintritt der Volljährigkeit endet der Anspruch auf uneingeschränkte Gesundheitsleistungen gem. § 4 Abs. 4 AsylbLG. Wenn die betroffenen Heranwachsenden dann noch nicht in die Analogleistungen nach § 2 AsylbLG hineingewachsen sind, gelten für sie dann die eingeschränkten Gesundheitsleistungen nach § 4 Abs. 1 bis 3 AsylbLG. Die elektronische Gesundheitskarte wird **eingezogen**.

Allerdings müssen medizinische Behandlungen, die vor Eintritt der Volljährigkeit begonnen worden sind, **„ohne Unterbrechung oder Verzögerung“** weiter gewährt werden – auch wenn der Leistungsumfang über die dann eingeschränkte Gesundheitsversorgung nach § 4 Abs. 1 AsylbLG hinausgeht.

Was ist mit Leistungen, die die Krankenkasse nicht übernimmt?

Bestimmte Leistungen übernimmt auch eine gesetzliche Krankenkasse nicht. Das gilt insbesondere für **Sprachmittlungskosten**, die für medizinische Behandlungen oder Psychotherapie notwendig sind. Diese können beim Sozialamt zusätzlich über § 6 AsylbLG beantragt werden. Hiernach sind zusätzliche Leistungen zu übernehmen, wenn sie zum Beispiel „zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich“ oder „zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern geboten“ sind.

Über diesen Paragraphen sind auch zum Beispiel **Pflegesachleistungen** oder Leistungen der **Eingliederungshilfe** (z. B. Schulbegleitung) zu übernehmen, die nicht über die

Krankenkasse abgedeckt werden.

Was ist im Falle eines Leistungsausschlusses wegen „Sekundärmigration“?

In bestimmten Fällen sieht § 1 Abs. 4 AsylbLG vor, dass überhaupt kein Anspruch auf AsylbLG-Leistungen bestehen soll. Dies gilt im Falle von „Sekundärmigration“, wenn Menschen schon in einem anderen EU-Staat einen Schutzstatus haben („Anerkannten-Fälle“) oder ein anderer EU-Staat für das Asylverfahren zuständig ist („Dublin-Fälle“).

Die betroffenen Menschen sollen normalerweise nur noch für zwei Wochen so genannte „**Überbrückungsleistungen**“ erhalten, die jedoch nur eine eingeschränkte Gesundheitsversorgung vorsehen und auch für Kinder ausdrücklich nicht den § 4 Abs. 4 AsylbLG umfassen. Nach den zwei Wochen sollen sie von jeglichen Leistungen ausgeschlossen sein, außer in eng begrenzten „**Härtefällen**“.

Es ist also nicht auszuschließen, dass das Sozialamt auch die Gesundheitsversorgung für Kinder und Jugendliche mit Verweis auf den Leistungsausschluss des § 1 Abs. 4 AsylbLG einschränkt oder gar ganz streicht.

Dies wäre jedoch eindeutig rechtswidrig:

Denn Art. 21 und 22 der EU-Aufnahmerichtlinie (RL 2024/1346) sehen eine Einschränkung oder gar Streichung des Anspruchs auf Gesundheitsversorgung – insbesondere für Kinder und Jugendliche – als unzulässig an. Das gilt ausdrücklich auch für den Fall, dass Personen sich im „falschen“ Mitgliedsstaat aufhalten.

Zudem sieht § 1 Abs. 4 S. 6 AsylbLG vor, dass selbst im Falle eines Leistungsausschlusses im Rahmen der Härtefallregelung dennoch Leistungen „zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern gewährt“ werden müssen. Eine angemessene Gesundheitsversorgung ist zweifellos ein „besonderes Bedürfnis für Kinder“, so dass auch demnach eine Beschränkung oder ein Ausschluss von der Gesundheitsversorgung für alle Minderjährigen unzulässig wäre.

Mindestens ein Behandlungsschein **ohne Einschränkungen** muss also für alle Minderjährigen ausgegeben werden, auch wenn formal ein Leistungsausschluss greifen sollte. Ob darüber hinaus auch eine elektronische Gesundheitskarte ausgestellt werden muss, hängt davon ab, ob darüber hinaus „laufende Leistungen nach § 4 Abs. 4 AsylbLG“ erbracht werden.

Unabhängig davon gilt aber: **Gegen jeden Leistungsausschluss sollten Rechtsmittel (Widerspruch, Klage und Eilantrag) eingelegt werden.** Die Sozialgerichte haben bisher in der weit überwiegenden Mehrzahl der Fälle die Leistungsstreichungen für rechtswidrig erklärt. Eine Rechtsprechungsübersicht zum Leistungsausschluss nach § 1 Abs. 4 Nr. 2 AsylbLG gibt es [hier](#).

Stand: 16.06.2026

Autor: Claudius Voigt, Projekt Q, GGUA Flüchtlingshilfe