



ELEKTRONISCHER BRIEF

Ministerium für Integration, Familie, Kinder, Jugend und Frauen
Kaiser-Friedrich-Straße 5a | 55116 Mainz

- An die
- Landkreise und kreisfreien Städte
Rheinland-Pfalz
 - ADD Trier – Referat 24
 - AG Flucht und Trauma Rheinland-Pfalz

Kaiser-Friedrich-Straße 5a
55116 Mainz
Telefon 06131 16-0
Telefax 06131 16-2644
Mail: poststelle@mifkjf.rlp.de
www.mifkjf.rlp.de

12. Dezember 2013

Mein Aktenzeichen 78 714:724*Trauma
Ihr Schreiben vom
Ansprechpartner/-in / E-Mail Sven Laux
Fluchtaufnahme@mifkjf.rlp.de

Telefon / Fax
06131 16-5113
06131 16175113

Kostenübernahme von Behandlungskosten gem. §§ 4 und 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) bei psychischen Erkrankungen

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Zuge der immer weiter steigenden Flüchtlingszahlen in Rheinland-Pfalz steigt auch die Zahl der Menschen, die auf ihrer Flucht traumatische Erlebnisse erfahren haben. Dies gilt insbesondere für Menschen, denen aus Ländern mit kriegerischen Auseinandersetzungen die Flucht gelungen ist, wie z.B. Syrien und Afghanistan.

Das Ministerium für Integration, Familie Kinder, Jugend und Frauen hat sich daher bereits zu Beginn diesen Jahres zur Aufgabe gemacht, Lösungsansätze zu entwickeln, um den betroffenen Menschen mit psychischen Erkrankungen eine effektivere und u.U. schnellere gesundheitliche Versorgung zu ermöglichen. Eine Fachtagung zu diesem Thema am 23. Mai 2013 verdeutlichte auch, dass auch Unsicherheit darüber besteht, welche Leistungen im Rahmen des AsylbLG oder der gesetzlichen Krankenversicherung gewährt werden können.

Die folgenden Informationen über die gesetzlichen Regelungen für Leistungsbeziehende nach dem AsylbLG, aber auch für gesetzlich versicherte Personen (GKV) soll es in Ihnen in Abstimmung mit dem Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie ermöglichen, im Rahmen ihrer kommunalen Selbstverwaltung eine zeitnahe Entscheidung über die Anträge von Leistungsbeziehern nach dem AsylbLG, aber auch nach den Sozialgesetzbüchern Zweites und Zwölftes Buch (SGB II und SGB XII) zu treffen.

Leistungsberechtigte Personen nach dem AsylbLG:

Asylsuchende			
Anspruchsgrundlage	Gesetzestext	Kein Ermessen/ Ermessen der Leistungsbehörde	Übernahme von Dolmetscherkosten
§ 4 Abs. 1 AsylbLG	Zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sind die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen zu gewähren.	Kein Ermessen -> Pflichtleistung bei Vorliegen der Tatbestandsmerkmale	Ja, gem. § 6 AsylbLG Siehe Rundschreiben MIFKJF vom 25. Januar 2012 in Anlehnung an Schreiben von BMAS, Frau Dr. v. d. Leyen vom 21.02.2011
§ 6 Abs. 1 AsylbLG	Sonstige Leistungen können insbesondere gewährt werden, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich , zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern geboten oder zur Erfüllung einer verwaltungsrechtlichen Mitwirkungspflicht erforderlich sind.	Ermessen -> Kann-Leistung bei Vorliegen der Tatbestandsmerkmale	Ja, gem. § 6 AsylbLG Siehe Rundschreiben MIFKJF vom 25. Januar 2012 in Anlehnung an Schreiben von BMAS, Frau Dr. v. d. Leyen vom 21.02.2011
§ 6 Abs. 2 AsylbLG	Personen, die eine Aufenthaltslaubnis gemäß § 24 Abs. 1 des Aufenthaltsgesetzes besitzen und die besondere Bedürfnisse haben , wie beispielsweise unbegleitete Minderjährige oder Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, wird die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe gewährt.	Kein Ermessen -> Pflichtleistung bei Vorliegen der Tatbestandsmerkmale	Ja, gem. § 6 AsylbLG Siehe Rundschreiben MIFKJF vom 25. Januar 2012 in Anlehnung an Schreiben von BMAS, Frau Dr. v. d. Leyen vom 21.02.2011

Leistungsbeziehende nach SGB II/SGB XII und/oder GKV-versicherte Personen

Nach Hinweisen der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz übernehmen die Krankenkassen die Therapiekosten bei psychischen Erkrankungen z.B. aufgrund von Traumatisierungen, wenn und soweit ein Behandlungserfolg erwartet werden kann. Über das Patiententelefon „Gesundheits-Informationen-Service (Tel. 0261 39002 400)“ können entsprechend freie Therapieplätze abgefragt werden.

Wenn ein Psychotherapeut gefunden ist, kann dieser - je nach Therapieform – 5 bis 8 Probesitzungen (Probatorische Sitzungen) durchführen, welche über Krankenschein bzw. Versichertenkarte abgerechnet werden. (Siehe auch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie - Psychotherapierichtlinie, zuletzt geändert am 18. April 2013 BAnz AT 18.06.2013 B6, in Kraft getreten am 19. Juni 2013). Diese Probesitzungen dienen dazu, herauszufinden, ob eine Psychotherapie sinnvoll ist und ob der Betroffene und der Therapeut miteinander arbeiten können. Erst danach beantragt die versicherte Person mit Unterstützung des Psychotherapeuten eine Kostenübernahme für eine Psychotherapie bei der Krankenkasse.

Gemäß § 95 SGB V erfolgt die vertragsärztliche Versorgung durch zugelassene/ermächtigte Ärztinnen oder Ärzte und zugelassene/ermächtigte medizinische Versorgungszentren.

Da es sich laut kassenärztlicher Vereinigung bei der Psychotherapie nicht um eine Akutbehandlung, sondern um einen häufig längerfristigen therapeutischen Prozess handelt, ist es in der Regel hinzunehmen, dass Wartezeiten in Kauf zu nehmen sind.

Akute seelische Störungen können jedoch Inhalt kurzfristig anberaumter "Psychotherapeutischer Gespräche" sein – als Krisenintervention und/oder Überbrückungsmaßnahme für eine längerfristige Psychotherapie. Außerdem sollen akute seelische Störungen von einem Psychiater oder im Rahmen der sogenannten psychosomatischen Grundversorgung von einem Haus- oder Facharzt behandelt werden.

Die gesetzliche Grundlage für die Krankenbehandlung ergibt sich aus § 27 SGB V.

§ 27 SGB V Krankenbehandlung

(1) Versicherte haben **Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.** Die Krankenbehandlung umfasst

1. **Ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,**
2. zahnärztliche Behandlung,
 - 2a. Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen,

3. **Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,**
4. häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe,
5. Krankenhausbehandlung,
6. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen.

Bei der Krankenbehandlung ist den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen, insbesondere bei der Versorgung mit Heilmitteln und bei der medizinischen Rehabilitation.

Übernahme von Dolmetscherkosten:

Leistungsberechtigte Personen nach dem AsylbLG:

Gemäß Rundschreiben des Ministeriums für Integration, Familie, Kinder, Jugend und Frauen vom 25. Januar 2012 sind die Kosten für eine Sprachmittlung zur therapeutischen Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen nach den §§ 4 und 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) zu erbringen, sofern die Herbeiziehung eines Sprachmittlers für die Behandlung erforderlich ist. Die Leistung wird dann durch eine Ermessensreduzierung auf Null zu einer Pflichtleistung, sodass die Vorgaben des Art. 20 der EU-Aufnahmerichtlinie (2003/9/EG) erfüllt sind.

Leistungsbeziehende nach SGB II/SGB XII und/oder GKV-versicherte Personen:

Kosten für eine Sprachmittlung sind über den Leistungskatalog des SGB V bzw. die leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB II nicht abgedeckt.

Bezüglich des SGB XII kann lediglich auf ein Urteil des SG Hildesheim vom 01.12.2011 (Az: S 34 SO 217/10) verwiesen werden, welches die Notwendigkeit einer Kostenübernahme als atypischen Bedarf gem. § 73 SGB XII als notwendig erachtet hat. Hier wäre im Einzelfall zu prüfen, ob die in der Urteilsbegründung ausgeführten Entscheidungsgründe auch auf andere Personen zutreffen, welches eine Kostenübernahme im Einzelfall ermöglicht.

Die Sicherstellung einer sprachlichen Verständigung zwischen Therapeut und Patient in einer nicht deutschen Sprache ist als Nebenleistung zur Krankenbehandlung nicht vom Leistungsanspruch der Krankenversicherten umfasst.

Ein Anspruch nach dem SGB V besteht nicht im Rahmen einer Krankenbehandlung ggf. erforderliche **Kosten für die Hinzuziehung eines Dolmetschers dürfen daher nicht von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden.**

(Bundessozialgericht Urteil vom 06.02.2008, Az.: B 6 KA 40/06 R)

Übernahme von Fahrtkosten zur Therapiebehandlung:

Leistungsberechtigte Personen nach dem AsylbLG:

Der monatliche Betrag zur Sicherstellung des sozio-kulturellen Existenzminimums ergibt sich nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 18. Juli 2012 jeweils aus der Summe der Beträge entsprechend den sich aus §§ 5 bis 7 des Gesetzes zur Ermittlung der Regelbedarfe (RBEG) nach § 28 SGB XII für Einpersonen- und Familienhaushalte nach der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2008 ergebenden regelbedarfsrelevanten Verbrauchsausgaben für die Abteilungen 7 (Verkehr), 8 (Nachrichtenübermittlung), 9 (Freizeit, Unterhaltung, Kultur), 10 (Bildung), 11 (Beherbergungs- und Gaststättendienstleistungen) und 12 (Andere Waren und Dienstleistungen). Damit ist durch die Aufnahme der Abteilung 7 in die bei der Berechnung des Betrags zur Sicherstellung des sozio-kulturellen Existenzminimums relevanten Abteilungen grundsätzlich eine Berücksichtigung der regelmäßigen Fahrtkosten erfolgt.

Anders kann dies jedoch bei Fahrten, die im Einzelfall unregelmäßig auftreten und als sonstige Leistung im Sinne des § 6 AsylbLG zu definieren sind, gewertet werden. Hier empfehle ich jeweils im Einzelfall zu prüfen, ob diese Fahrtkosten im Rahmen des § 6 AsylbLG gewährt werden können.

Siehe im übrigen mein Rundschreiben vom 12. Juli 2013 zu Fahrtkosten, die zur Erfüllung einer verwaltungsrechtlichen Mitwirkungspflicht entstehen, Fahrtkosten für Personen, die zur Behandlung einer psychischen Erkrankung auf weiter entfernte Therapieeinrichtungen angewiesen sind und eine wohnortnahe Behandlung nicht anderweitig (niedergelassene Psychotherapeuten/-innen) sichergestellt werden kann. (Bei der Auslegung der Begrifflichkeit „weiter entfernt“ sollte ein Radius von über 50 km gegenüber der Wohnanschrift des Patienten zugrunde gelegt werden.)

Leistungsbeziehende nach SGB II/SGB XII und/oder GKV-versicherte Personen:

Fahrtkosten sind bei Leistungsbeziehern nach SGB II bzw. SGB XII grundsätzlich in den jeweiligen Regelbedarfsstufen enthalten. Ein Ausnahmetatbestand, welcher z.B.

bei Leistungsbeziehenden nach § 6 AsylbLG eine Übernahme von Fahrtkosten in begründeten Einzelfällen ermöglicht, wird lediglich in § 21 Absatz 6 SGB II gesehen. Eine Kostenübernahme wäre auch hier im jeweiligen Einzelfall zu prüfen.

Gesetzlich Krankenversicherte haben Anspruch auf Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung in folgenden Fällen:

Nach § 60 Abs. 1 Satz 3 SGB V i.V.m. § 8 der Krankentransport-Richtlinien vom 22.01.2004 ist Voraussetzung für eine Verordnung und Genehmigung von Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung u.a., dass der Patient

- mit einem durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapieschema behandelt wird, dass eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist (§ 8 Abs. 2 der Krankentransport-Richtlinien) und
- dass diese Behandlung oder der zu dieser Behandlung führende Krankheitsverlauf den Patienten in einer Weise beeinträchtigt, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist,
- oder von einer den Inhabern eines Schwerbehindertenausweises mit den Merkzeichen "aG" (außergewöhnliche Gehbehinderung), "Bl" (blind) oder "H" (hilflos) oder Versicherten mit der Pflegestufe II oder III i.S. des SGB XI vergleichbaren Beeinträchtigung der Mobilität betroffen ist und einer ambulanten Behandlung über einen längeren Zeitraum bedarf (§ 8 Abs. 3 der Krankentransport-Richtlinien).

Diese Voraussetzungen sind bei einer Dialysebehandlung oder bei einer onkologischen Strahlentherapie oder einer onkologischen Chemotherapie immer erfüllt, so dass in diesen Fällen die Fahrtkosten durch die Krankenkasse - abzüglich des jeweiligen Eigenanteils - zu übernehmen sind. Nach § 8 Abs. 2 letzter Satz der Krankentransport-Richtlinien ist diese Liste ausdrücklich nicht als abschließend bezeichnet, so dass die Krankenkassen darüber hinaus die Gegebenheiten des jeweiligen Einzelfalles zu prüfen haben.

Fahrten zum Abstimmen von Terminen, Erfragen von Befunden, Abholen von Rezepten etc. sind keine Krankenkassenleistung.

§ 60 Abs. 1 SGB V sieht ausdrücklich vor, dass Fahrkosten zu einer ambulanten Behandlung nur nach vorheriger Genehmigung von der Krankenkasse zu übernehmen sind.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Sigrid Reichle'. The script is cursive and somewhat stylized.

Sigrid Reichle