

Arbeitshilfe

Leitfaden zur Beantragung einer Psychotherapie für Geflüchtete

aktualisierte Fassung | August 2020

Impressum

Herausgeberin:

**Bundesweite Arbeitsgemeinschaft
der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge
und Folteropfer – BAfF e. V.**

Paulsenstraße 55–56, 12163 Berlin

Tel.: +49 (0) 30 – 310 124 63

E-Mail: info@baff-zentren.org

Web: www.baff-zentren.org

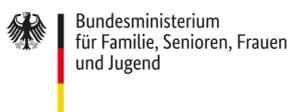
Für Rückfragen, Änderungsvorschläge und sonstige Anregungen stehen wir gerne zur Verfügung.

Senden Sie diese bitte an:

Marie Melior: marie.melior@baff-zentren.org

oder an: info@baff-zentren.org.

Diese Publikation wurde über das Projekt „Traumatisierungsketten durchbrechen – Handlungsunsicherheiten überwinden – Schutzsysteme stärken“ aus Mitteln des Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds kofinanziert.



Die Inanspruchnahme und Finanzierung ambulanter Psychotherapien für Geflüchtete beruht auf einem rechtlich komplexen System. Ob eine Therapie finanziert wird und bei wem diese durchgeführt werden kann, hängt von vielen unterschiedlichen Faktoren ab. Auf Patient*innenseite sind vor allem der **Aufenthaltsstatus**, die **Aufenthaltsdauer** in der Bundesrepublik sowie der **Beschäftigungsstatus** maßgeblich.

Diese Arbeitshilfe stellt dar, welchen Personen welche sozialrechtlichen Ansprüche zustehen und wie sich dies auf die Gesundheitsversorgung allgemein und insbesondere die Psychotherapie auswirkt. Dabei wird zudem auf die Voraussetzungen eingegangen, die Psychotherapeut*innen erfüllen müssen, um Geflüchtete behandeln zu können.

Inhaltsverzeichnis

1)	Aufenthaltsrechtliche Voraussetzungen und sozialrechtliche Ansprüche.....	5
2)	Psychotherapie nach dem Asylbewerberleistungsgesetz.....	6
a.	Personenkreis und allgemeiner Leistungsanspruch.....	6
b.	Gesundheitsversorgung nach §§ 4 und 6 AsylbLG.....	7
i.	Leistungsumfang nach §§ 4 und § 6 AsylbLG	8
ii.	Behandlungsscheine oder elektronische Gesundheitskarte.....	10
iii.	Therapie ohne Kassenzulassung ist möglich!.....	11
iv.	Fahrt- und Sprachmittlungskosten.....	11
c.	Krankenbehandlung bei Bezug von Leistungen nach § 2 AsylbLG	12
i.	Therapie nur mit Kassensitz möglich	12
ii.	Eine Alternative zur Kassenzulassung: Die Ermächtigung zur Behandlung von Geflüchteten.....	13
iii.	Kostenerstattungsverfahren.....	14
iv.	Fahrt- und Sprachmittlungskosten.....	14
3)	Psychotherapie über die gesetzliche Krankenversicherung.....	16
a.	Versicherter Personenkreis	16
b.	Alternative Möglichkeit der Versorgung: Das Kostenerstattungsverfahren.....	16
c.	Fahrt- und Sprachmittlungskosten.....	16
4)	Antragsstellung und Rechtsweg.....	17
1.	Antrag.....	17
2.	Bescheid.....	17
3.	Widerspruch.....	17
4.	Klage.....	18
5.	Untätigkeitsklage.....	18
6.	Eilsachen.....	18

1) Aufenthaltsrechtliche Voraussetzungen und sozialrechtliche Ansprüche

Da es um die Frage geht, inwiefern Geflüchteten ein juristischer Anspruch auf die Bereitstellung therapeutischer Leistungen zusteht, gilt es entsprechende Vorschriften (sogenannte **Anspruchsgrundlagen**) zu identifizieren. Der Anspruch auf die Finanzierung einer Psychotherapie kann sich aus verschiedenen Gesetzen ergeben (z.B. AsylbLG, SGB V).

Da die Anspruchsgrundlage maßgeblich vom Aufenthaltsstatus abhängt, sollte dieser an erster Stelle geprüft werden.

In der Regel kann der Status aus dem Aufenthaltsdokument, das die Person von der Ausländerbehörde erhält, abgelesen werden. Personen, die sich im Asylverfahren befinden, sollten über eine **Aufenthaltsgestattung** verfügen.¹ Personen, die unabhängig vom Asylverfahren ein Recht zum Aufenthalt haben, sollten eine **Aufenthaltserlaubnis** (z. B. nach positiv abgeschlossenem Asylverfahren) oder eine **Niederlassungserlaubnis** besitzen.² Personen ohne Aufenthaltstitel, die nicht abgeschoben werden können oder dürfen, sollten eine **Duldungsbescheinigung** haben.

Es kommt aber auch vor, dass Betroffenen das richtige Aufenthaltsdokument vorenthalten wird, weil die Ausländerbehörde meint, der aufenthaltsrechtliche Status wäre ein anderer. Weil es aber auf den tatsächlichen Status und nicht nur die Erklärung in dem Aufenthaltsdokument ankommt, sollte in Zweifelsfällen Rücksprache mit den Betroffenen gehalten und bei Bedarf anwaltlicher Rat eingeholt werden.

Wenn der Status geklärt ist, dann lässt sich daraus in den meisten Fällen ableiten, ob der betroffenen Person Sozial- und Gesundheitsleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) zustehen oder ob sie – sofern sie erwerbsfähig ist³ – im Bedarfsfall Sozialleistungen vom Jobcenter erhalten kann und in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) pflichtversichert ist. Gleichwohl gibt es jenseits vom Aufenthaltsstatus Umstände, welche sich auf die Grundlage und den Inhalt der Ansprüche auswirken können (z.B. Erwerbstätigkeit, vermeintliche Verstöße gegen Mitwirkungspflichten).

Auch den bisherigen **Bewilligungsbescheiden** vom Sozialamt und sonstigen Behörden lassen sich wichtige Hinweise entnehmen. In diesen wird in der Regel die Anspruchsgrundlage der erbrachten Leistungen benannt. Anhand der Bescheide kann außerdem der zuständige **Leistungsträger** festgestellt werden. Das ist diejenige Behörde oder juristische Person, welche den jeweiligen Anspruch auf Sozialleistungen zu erfüllen hat (vgl. § 12 SGB I).⁴ Weitere Hinweise lassen sich – sofern vorhanden – der **elektronischen Gesundheitskarte** (eGK) entnehmen.⁵

¹ Eine Ausnahme besteht im Zweit- und Folgeverfahren. Während der Prüfung, ob ein weiteres Asylverfahren durchzuführen ist, erhalten Geflüchtete in der Regel eine Duldung.

² Auch ein gültiges Visum begründet ein Recht zum Aufenthalt. Die sog. GÜB (Grenzübertrittsbescheinigung) begründet kein Aufenthaltsrecht, sondern wird (vermeintlich) ausreisepflichtigen Personen zur Vorlage gegenüber der Grenzbehörde zum Nachweis der Ausreise ausgestellt.

³ Nicht erwerbsfähige Personen, die nicht unter das AsylbLG fallen, erhalten im Bedarfsfall Sozialleistungen nach dem SGB XII, vgl. § 7 Abs. 1 Nr. 2 SGB II. Empfänger*innen von Leistungen nach dem SGB XII sind nicht gesetzlich krankenversichert, ihre Krankenbehandlung wird jedoch von den Krankenkassen übernommen (§ 264 Abs. 2 SGB V).

⁴ Zuständig sind in der Regel die Sozialämter, von Bundesland zu Bundesland können sich jedoch Unterschiede ergeben, vgl. § 10 AsylbLG. Hiernach bestimmen die Landesregierungen die für die Durchführung des Gesetzes zuständigen Behörden und Kostenträger.

⁵ Erhalten Leistungsberechtigte nach §§ 4 und 6 AsylbLG eine eGK, ist diese in dem Feld „Besondere Personengruppen“ mit der Ziffer „9“ versehen, vgl. § 8 Abs. 1 Bundesrahmenempfehlung zur Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung nach § 264 Abs. 1 SGB, abrufbar unter: https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/presse_themen/asylbewerber/20160527_Bundesrahmenempfehlung_As

Im Folgenden wird zunächst der Anspruch auf Psychotherapie nach dem AsylbLG erläutert, da dieses Gesetz zumindest in den ersten Monaten ihres Aufenthaltes in Deutschland auf alle Geflüchteten Anwendung findet. Im Anschluss werden die Voraussetzungen der Psychotherapie für Geflüchtete mit Krankenversicherungsschutz dargestellt.

2) Psychotherapie nach dem Asylbewerberleistungsgesetz

a. Personenkreis und allgemeiner Leistungsanspruch

Das Asylbewerberleistungsgesetz enthält sozialrechtliche Sonderregeln für bestimmte Personengruppen. Der Personenkreis wird durch § 1 AsylbLG definiert. Demnach sind **Geflüchtete ab der Äußerung eines Asylgesuchs** leistungsberechtigt.⁶ Ferner erfasst sind **Personen mit Duldung** sowie **vollziehbar ausreisepflichtige Personen**, die nicht im Besitz einer Duldung sind. Auch die **Inhaber*innen bestimmter Aufenthaltserlaubnisse**⁷ und Personen, die einen **Asylfolge- oder Zweitantrag** gestellt haben, werden in den Anwendungsbereich einbezogen.

Wichtig ist, dass auch die Ehegatten, Lebenspartner*innen und minderjährigen Kinder der besagten Personen nach dem AsylbLG leistungsberechtigt sind, auch wenn sie selbst nicht in die genannten aufenthaltsrechtlichen Kategorien fallen. Dies gilt allerdings nicht für die Angehörigen der Personen, welche einen Asylfolge- oder Zweitantrag gestellt haben (§ 1 Abs. 1 Nr. 6 AsylbLG). Für unbegleitete Kinder und Jugendliche kommen Leistungen gemäß dem SGB VIII vorrangig in Betracht.⁸

Ausdrücklich vom Leistungsbezug ausgeschlossen werden vollziehbar ausreisepflichtige Geflüchtete, denen bereits von einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union internationaler Schutz gewährt wurde, sofern dieser fortbesteht (§ 1 Abs. 4 S. 1 AsylbLG). Diese sollen lediglich für die Dauer von höchstens zwei Wochen sog. Überbrückungsleistungen erhalten, wobei der Anspruch nur einmalig innerhalb von zwei Jahren besteht.⁹ Nur in Fällen besonderer Härte sollen weitergehende Leistungen gewährt werden.

Das Leistungssystem des AsylbLG ist **zeitlich abgestuft**. Während der ersten **18 Monate** ihres Aufenthalts in Deutschland erhalten Asylsuchende Sozialleistungen nach **§ 3 AsylbLG** und Gesundheitsleistungen nach den **§§ 4 und 6 AsylbLG**. Die Rechtsgrundlage für den Leistungsbezug ändert sich nach 18 Monaten und richtet sich fortan nach **§ 2 AsylbLG**, vorausgesetzt die Dauer des Aufenthaltes in Deutschland wurde nicht „rechtsmissbräuchlich selbst beeinflusst“.¹⁰ Hieraus ergibt sich folgendes Schema:

[ylsuchende_264_Abs_1_SGB_V.pdf](#)

⁶ § 1 Abs. 1 AsylbLG benennt einerseits Personen, die eine Aufenthaltsgestattung nach dem Asylgesetz (AsylG) besitzen und andererseits solche, die bislang lediglich ein Asylgesuch geäußert haben. Hintergrund ist, dass gemäß § 55 Abs. 1 AsylG die Aufenthaltsgestattung erst ab Ausstellung des Anknunftsnachweises entsteht. Durch die Änderung des AsylbLG zum 01.09.2019 wurde nun klargestellt, dass auch Asylsuchende, die noch nicht über eine Aufenthaltsgestattung verfügen, leistungsberechtigt sind.

⁷ Einschlägig sind die humanitären Aufenthaltserlaubnisse gemäß §§ 23 Absatz 1, 24, 25 Abs. 4 und 25 Abs. 5 AufenthG. Letztere führt nur dann zur Anwendung des AsylbLG, wenn die Entscheidung über die Aussetzung der Abschiebung noch nicht 18 Monate zurückliegt, vgl. § 1 Abs. 1 Nr. 3 c) AsylbLG.

⁸ Vgl. hierzu ausführlich: BAfF und Bundesfachverband unbegleitete minderjährige Flüchtlinge: Arbeitshilfe zur Beantragung der Kostenübernahmen von Therapie mit minderjährigen Geflüchteten und jungen Volljährigen (2017), <http://www.baff-zentren.org/veroeffentlichungen-der-baff/rechtliches/>.

⁹ Der Leistungsausschluss ist vor dem Hintergrund der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG, Urteil des Ersten Senats vom 18. Juli 2012 - 1 BvL 10/10 -) verfassungsrechtlich fragwürdig.

¹⁰ Vgl. Abschnitt: Krankenbehandlung bei Bezug von Leistungen nach § 2 AsylbLG.

Aufenthaltsdauer < 18 Monate	Aufenthaltsdauer ≥ 18 Monate
<ul style="list-style-type: none"> • Sozialleistungen nach § 3 AsylbLG • Gesundheitsleistungen nach §§ 4, 6 AsylbLG 	Sozial- und Gesundheitsleistungen nach § 2 AsylbLG in Verbindung mit dem SGB XII, wenn Aufenthaltsdauer nicht rechtsmissbräuchlich beeinflusst wurde.

Wird eine versicherungspflichtige Beschäftigung aufgenommen, die den eigenen Bedarf (und ggf. den der Familie) vollständig deckt oder erfolgt eine Anerkennung im Asylverfahren, dann entfällt der Anspruch auf Asylbewerberleistungen. Diese Personen sind gesetzlich krankenversichert (siehe „Psychotherapie über die gesetzliche Krankenversicherung“) und die hier genannten Einschränkungen gelten nicht.

Neben dem vollständigen Leistungsausschluss für sog. weitergewanderte Geflüchtete sieht das AsylbLG eine Reihe weiterer **Anspruchseinschränkungen** vor (§ 1a AsylbLG). Diese betreffen u.a. Geflüchtete, deren Asylantrag aufgrund der Zuständigkeit eines anderen europäischen Mitgliedstaates als unzulässig abgelehnt wurde („Dublin-Bescheid“). Auch bei (vermeintlichen) Verstößen gegen Mitwirkungspflichten droht eine Leistungskürzung. In der Regel sollte diese durch einen schriftlichen Bescheid festgestellt werden¹¹, welcher auf seine Rechtmäßigkeit zu prüfen ist. Insbesondere ist zu beachten, dass die Anspruchseinschränkungen grundsätzlich nur dann verhältnismäßig sein können, wenn den Betroffenen ein pflichtwidriges Verhalten vorzuwerfen ist.¹²

b. Gesundheitsversorgung nach §§ 4 und 6 AsylbLG

Während des Bezuges von Leistung nach § 3 AsylbLG werden auch die Leistungen der Gesundheitsversorgung durch ein besonderes Regelungssystem bestimmt. Der Anspruch auf Krankenbehandlung richtet sich ausschließlich nach **§§ 4 und 6 AsylbLG**. Hierdurch wird die medizinische Versorgung im Vergleich zu gesetzlich Krankenversicherten erheblich eingeschränkt. Nach dem erklärten Willen des Gesetzgebers sind die Leistungen der Gesundheitsversorgung deshalb beschränkt, weil davon ausgegangen wird, dass sich die Leistungsberechtigten voraussichtlich nur für kurze Dauer in der Bundesrepublik Deutschland aufhalten.¹³ Diese Einschätzung hat mit der sozialen Wirklichkeit jedoch wenig gemein und stößt an die Grenzen des verfassungsrechtlich Vertretbaren.¹⁴

Während des Bezugs von Gesundheitsleistungen nach §§ 4 und 6 AsylbLG ist in der Regel das **Sozialamt** für die Kostentragung der Leistungen zuständig.¹⁵

¹¹ BeckOK MigR/Decker, 3. Ed. 1.3.2019, AsylbLG § 1a Rn. 63.

¹² Vgl. Bayerisches Landessozialgericht, Beschluss vom 17. September 2018 – L 8 AY 13/18 B ER –, Rn. 33, juris.

¹³ BT-Drs. 12/4451 vom 02.03.1993, S. 5.

¹⁴ Wahrendorf, AsylbLG Kommentar, 2017, § 4, Rn. 1.

¹⁵ Es können sich jedoch länderspezifische Unterschiede ergeben, vgl. § 10 AsylbLG.

i. Leistungsumfang nach §§ 4 und § 6 AsylbLG

§ 4 AsylbLG sieht vor, dass zur Behandlung **akuter Erkrankungen** und **Schmerzzustände** die **erforderliche** ärztliche und zahnärztliche **Behandlung** zu gewähren ist.

Wann eine **Erkrankung akut** ist, ist gesetzlich nicht definiert. In der Rechtsprechung wird dieser Begriff als Abgrenzungsmerkmal zum Begriff der chronischen Erkrankung verstanden, d.h. es soll grundsätzlich kein Anspruch auf die Behandlung **chronischer Erkrankungen** bestehen¹⁶. Da das Gesetz jedoch nicht zwischen akuten und chronischen Schmerzzuständen unterscheidet, besteht bei Schmerzzuständen stets ein Behandlungsanspruch, auch wenn diese Folgen einer chronischen Erkrankung sind.¹⁷ Ein solcher besteht ferner auch bei akuten Krankheitserscheinungen, welche ursächlich auf eine chronische Erkrankung zurückzuführen sind.¹⁸

Ob diese Voraussetzungen erfüllt sind, muss im Einzelfall durch die behandelnden Mediziner*innen oder Therapeut*innen beurteilt werden, auch wenn aus klinischer Perspektive eine strenge Unterscheidung zwischen akuter und chronischer Krankheit oftmals nicht möglich ist. Sinnvoller wäre es, die Bewilligung allein vom „akuten Behandlungsbedarf“ abhängig zu machen.¹⁹

Liegen eine akute Erkrankung oder Schmerzzustände vor, muss die **erforderliche** Behandlung gewährt werden, d.h. es besteht ein **Rechtsanspruch**. Ob eine Leistung erforderlich ist, muss notfalls unter Zuhilfenahme der Sachkompetenz von Ärzt*innen geklärt werden, indem zum Beispiel ärztliche Empfehlungen eingeholt werden.²⁰ Sind zwei Behandlungsleistungen gleichermaßen geeignet, um akute Erkrankungen oder Schmerzzustände zu lindern bzw. eine Verschlimmerung derselben zu verhindern, so soll laut der Rechtsprechung nur die günstigere Behandlungsalternative als erforderlich gelten.²¹ Damit bleibt Geflüchteten eine optimale Versorgung verwehrt.²²

Ergänzt wird § 4 AsylbLG durch § 6 Abs. 1 AsylbLG. Danach **können** sonstige Leistungen gewährt werden, wenn sie im Einzelfall zur **Sicherung der Gesundheit unerlässlich** sind. Unerlässlich ist eine Leistung dann, wenn sie aus medizinischer Sicht unbedingt erforderlich ist und eine gleich geeignete, möglicherweise auch kostengünstigere Möglichkeit nicht zur Verfügung steht.²³ Unter die Vorschrift können insbesondere chronische Erkrankungen fallen, deren Nichtbehandlung zu Gesundheitsgefährdungen führen würde.²⁴ Anders als § 4 AsylbLG räumt § 6 AsylbLG der Behörde ein **Ermessen** ein. Das heißt, die Behörde hat einen eigenen Entscheidungsspielraum in der Bewertung des Einzelfalles. Sie kann zum Beispiel eine bestimmte Behandlungsmethode als geeigneter als eine andere einschätzen. Das heißt jedoch nicht, dass die Behörde ohne schlüssige Begründung unerlässliche Leistungen verwehren darf. Dann hätte sie ihr Ermessen falsch ausgeübt und ihre Entscheidung wäre juristisch angreifbar. Insbesondere bei Personen, die sich nicht nur kurzfristig in der Bundesrepublik aufhalten, gebietet das Grundrecht auf Gewährleistung eines

¹⁶ Vgl. z.B. Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 06. Mai 2013 – L 20 AY 145/11 –, Rn. 53, juris.

¹⁷ Vgl. z.B. Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg, Urteil vom 04. Mai 1998 – 7 S 920/98 –, Rn. 24, juris.

¹⁸ Oberverwaltungsgericht für das Land Mecklenburg-Vorpommern, Beschluss vom 28. Januar 2004 – 1 O 5/04 –, Rn. 8, juris.

¹⁹ Vgl. BPTK-Standpunkt, Psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen, September 2015, S. 13, https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20150916_bptk_standpunkt_psychische_erkrankungen_fluechtlinge.pdf.

²⁰ Wahrendorf, aaO, § 4, Rn. 30.

²¹ SG Osnabrück, Beschluss vom 04.09.2018, S 44 AY 12/18 ER.

²² Wahrendorf, aaO, § 4, Rn. 30.

²³ Wahrendorf, aaO, § 6, Rn. 18.

²⁴ Vgl. Oberverwaltungsgericht für das Land Mecklenburg-Vorpommern, Beschluss vom 28. Januar 2004 – 1 O 5/04 –, Rn. 13 juris.

menschenwürdigen Existenzminimums eine großzügige Auslegung von § 6 AsylbLG.²⁵ Dieses Grundrecht erstreckt sich auch auf Leistungen der Gesundheit.²⁶

Ob eine Gesundheitsleistung (z. B. Psychotherapie) unter § 4 oder § 6 AsylbLG fällt, kann grundsätzlich offenbleiben.²⁷ Für den Behandlungsanspruch nach dem AsylbLG reicht es, dass *eine* der genannten Anspruchsvoraussetzungen erfüllt ist.²⁸ In der Praxis führen allerdings die relativ offenen Formulierungen der Vorschriften oft zu Unsicherheiten darüber, welche Leistungen tatsächlich erfasst werden und finanziert werden müssten. Dies hat zur Konsequenz, dass eine Vielzahl von Gesundheitsleistungen, so auch Psychotherapien, abgelehnt werden.²⁹

Ergänzung durch die Aufnahmerichtlinie

Die Ansprüche von Geflüchteten auf angemessene medizinische Versorgung, einschließlich einer Psychotherapie, werden durch europäische Richtlinien ergänzt.

Die wichtigste Richtlinie in diesem Zusammenhang ist die sog. „**Aufnahmerichtlinie**“³⁰ die u.a. soziale und medizinische Mindeststandards für **Asylsuchende** regelt. Wichtig ist der Hinweis, dass diese Richtlinie nur während des Asylverfahrens gilt³¹ und somit nur für Personen mit einer Aufenthaltsgestattung. Für Personen mit einer **Duldung** oder anderem Status lassen sich hieraus keine Rechte ableiten.³²

Die Aufnahmerichtlinie garantiert für Asylsuchende mit besonderen Bedürfnissen in Art. 19 Abs. 2 die Gewährung der „erforderlichen medizinischen und sonstigen Hilfen, einschließlich **erforderlichenfalls einer geeigneten psychologischen Betreuung**“. Als Asylsuchende mit besonderen Bedürfnissen (besonders schutzbedürftige Geflüchtete) gelten gem. Art. 21 der Richtlinie z. B. Minderjährige, unbegleitete Minderjährige, Behinderte, ältere Menschen, Schwangere, Alleinerziehende, Personen mit schweren körperlichen Erkrankungen, Personen mit psychischen Störungen und Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben. LGBTIQ* Geflüchtete³³ werden in dieser (nicht abschließenden) Aufzählung nicht explizit benannt, werden aber nach Auffassung sowohl der Bundesregierung als auch NGOs und Interessenvertretungen ebenfalls als eine besonders vulnerable Gruppe mit spezifischen Bedarfen verstanden.³⁴ Hinsichtlich Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben verpflichtet Art. 25 Abs. 1 der Richtlinie die Mitgliedstaaten, den Zugang zu einer medizinischen und psychologischen Behandlung sicherzustellen, welche für den Schaden, der ihnen durch die Gewalttaten

²⁵ Hessisches Landessozialgericht, Beschluss vom 11. Juli 2018 – L 4 AY 9/18 B ER –, Rn. 31.

²⁶ BVerfG, Urteil vom 18. Juli 2012 – 1 BvL 10/10 –, BVerfGE 132, 134-179, Rn. 64.

²⁷ Zur Übersicht über die Rechtsprechung: Lemmer, Rechtliche Aspekte der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung von Geflüchteten in Deutschland, S. 9, abrufbar unter:

https://www.einwanderer.net/fileadmin/downloads/dolmetscher/Rechtliche_Aspekte_der_Psychiatrischen_und_Psychotherapeutischen_Versorgung_von_Flüchtlingen_in_Deutschland_UKM.pdf.

²⁸ Georg Classen, Die Finanzierung ambulanter Psychotherapien für Flüchtlinge, Februar 2011.

²⁹ BAfF, Versorgungsbericht zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland, 6.

aktualisierte Auflage, 2020, S.117 ff, <http://www.baff-zentren.org/veroeffentlichungen-der-baff/versorgungsberichte-der-baff/>

³⁰ Richtlinie 2013/33/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Juni 2013 zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen (Neufassung).

³¹ Art. 3 RL 2013/33/EU.

³² Siehe für geduldete Personen aber den Hinweis auf das Grundrecht auf Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums im vorigen Abschnitt, welches eine großzügige Auslegung von § 6 AsylbLG bietet.

³³ LGBTIQ* steht für Lesbian, Gay, Bisexual, Trans*, Inter* und Queer.

³⁴ Träbert, A., & Dörr, P. (2019). LSBTI*-Geflüchtete und Gewaltschutz. Implikationen für die Unterbringung, Zuweisung und Beratung. Asylmagazin, 10–11, 344–351.

zugefügt wurde, erforderlich ist.

Zur Beurteilung, ob eine Person besondere Bedürfnisse bei der Aufnahme hat und in welcher Form diese Bedürfnisse bestehen, sind die Mitgliedstaaten verpflichtet, eine Beurteilung durchzuführen und die Bedarfe zu ermitteln³⁵. Die Richtlinie hätte bis zum 20.07.2015 in deutsches Recht umgesetzt werden müssen. Dennoch existiert nicht überall in der Bundesrepublik ein Mechanismus zur Beurteilung der besonderen Bedürfnisse.³⁶

Selbst wenn die besonderen Bedürfnisse bei der Aufnahme im Einzelfall feststehen, werden in der Praxis häufig die hieraus folgenden Ansprüche wie zum Beispiel Psychotherapie rechtswidrig unter Berufung auf das Ermessen in § 6 Abs. 1 AsylbLG verweigert. Allerdings hat die Nichtumsetzung der Aufnahmerichtlinie zur Folge, dass § 6 Abs. 1 AsylbLG europarechtskonform ausgelegt werden muss und das behördliche Ermessen auf Null reduziert ist.³⁷ Das bedeutet, dass die Behörden bei Vorliegen besonderer Bedürfnisse eine geeignete und erforderliche Psychotherapie nicht ablehnen dürfen. Sollte ein solcher Antrag trotzdem abgelehnt werden, sollte unbedingt Widerspruch gegen die Entscheidung eingelegt werden. Wenn die Versorgung eilig ist, kommt auch die Stellung eines Eilantrages bei dem zuständigen Sozialgericht in Betracht (siehe auch Infokasten zum Rechtsweg).

ii. Behandlungsscheine oder elektronische Gesundheitskarte

In den meisten Bundesländern müssen Geflüchtete, bevor sie eine Behandlung in Anspruch nehmen können, Behandlungsscheine vom Sozialamt beibringen, über welche die Kosten der Behandlung abgerechnet werden.

In Berlin, Bremen, Hamburg, Schleswig-Holstein, Thüringen, Brandenburg und einigen Kommunen in NRW, Rheinland-Pfalz und Niedersachsen erhalten Geflüchtete bereits in den ersten 18 Monaten ihres Aufenthaltes eine elektronische Gesundheitskarte.³⁸ Gem. § 264 Abs. 1 S. 2 SGB V ändert sich durch die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte der Leistungsumfang allerdings nicht. Durch diese Regelung sollte vor allem der Verwaltungsaufwand verringert werden, der durch das Behandlungsscheinsystem entsteht. Erkrankte müssen zudem nicht erst zur Behörde gehen, sondern Ärzt*innen entscheiden über die Notwendigkeit der Behandlung. Auf der elektronischen Gesundheitskarte muss gekennzeichnet werden, dass es sich um Leistungen nach §§ 4 und 6 AsylbLG handelt.³⁹

Auch bei Erhalt einer elektronischen Gesundheitskarte besteht keine gesetzliche Krankenversicherung. Die Behandlungskosten werden zunächst durch die Krankenkasse übernommen und von der zuständigen Stelle erstattet.⁴⁰

³⁵ Art. 22 Abs. 1 RL 2013/33/EU.

³⁶ Zu einzelnen Modellen: vom Felde, L., Flory, L., & Baron, J. (2020). Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit am Beispiel von Personen mit Traumafolgestörungen. Status quo in den Bundesländern, Modelle und Herausforderungen. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V. http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2020/11/BAfF_Reader_Identifizierung.pdf

³⁷ BT-Drs. 18/9009 vom 04.07.2016, S. 3.

³⁸ Stand August 2020, vgl. <http://gesundheit-gefluechtete.info/gesundheitskarte/>.

³⁹ Vgl. oben, Abschnitt: Aufenthaltsrechtliche Voraussetzungen und sozialrechtliche Ansprüche. Die eGK für Leistungsberechtigte nach §§ 4 und 6 AsylbLG enthält in dem Feld „Besondere Personengruppen“ die Ziffer „9“.

⁴⁰ § 264 Abs. 1 SGB V.

iii. Therapie ohne Kassenzulassung ist möglich!

Da sich die Krankenbehandlung während der ersten 18 Monate des Aufenthaltes ausschließlich nach dem AsylbLG richtet und keine Leistungen nach dem SGB V gewährt werden, müssen Therapeut*innen nicht über eine Kassenzulassung verfügen. Eine solche ist keine Voraussetzung für die Erbringung von Leistungen nach dem AsylbLG.⁴¹

Diese Möglichkeit endet jedoch dann, wenn Geflüchtete nach 18 Monaten Leistungen nach § 2 AsylbLG erhalten⁴², eine versicherungspflichtige Arbeit aufnehmen oder eine positive Entscheidung im Asylverfahren ergeht.⁴³

iv. Fahrt- und Sprachmittlungskosten

Sofern es für die Durchführung der Therapie erforderlich ist, können Sprachmittlungskosten- und ggf. auch Fahrtkosten – abhängig davon, nach welcher Rechtsgrundlage (§ 4 oder § 6 AsylbLG) die Therapie finanziert wird - als „sonstige Leistungen“ gem. § 4 Abs. 1 S. 1 Alt. 2 oder § 6 Abs. 1 S. 1 AsylbLG gewährt werden.⁴⁴

Richtete sich die Prüfung nach § 6 AsylbLG, wirkt sich die oben beschriebene Einschränkung des behördlichen Ermessens durch die Aufnahmerichtlinie auch auf die Bewilligung dieser Kosten aus. Die Ermessensleistung wird durch die europarechtlichen Vorgaben zu einer Pflichtleistung.⁴⁵ Das bedeutet, dass sowohl die Therapie als auch die Sprachmittlung durch die Behörde bewilligt werden müssen, sofern die Therapie ohne Sprachmittlung nicht erfolgsversprechend durchgeführt werden kann.

Allerdings zeigt sich in der Praxis, dass die Bearbeitung oft viele Monate in Anspruch nimmt. Ist die Behörde länger als 6 Monate untätig, kommt die Erhebung einer Untätigkeitsklage bei dem zuständigen Sozialgericht in Betracht.⁴⁶ Ist eine schnelle Entscheidung erforderlich, kommt zudem die Stellung eines Eilantrags beim Sozialgericht in Betracht.⁴⁷

Nach Erfahrungen der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (PSZ) in Deutschland werden lediglich 58 % der Anträge auf Übernahme der Sprachmittlungskosten positiv entschieden.⁴⁸ Ergeht eine Ablehnung, sollte die Einlegung eines Widerspruchs in Erwägung gezogen werden.⁴⁹

⁴¹ LSG Hamburg, Beschluss vom 18.06.2014, L 1 KR 52/14 B ER.

⁴² Siehe Abschnitt: Krankenbehandlung bei Bezug von Leistungen nach § 2 AsylbLG.

⁴³ Siehe Abschnitt: Psychotherapie über die gesetzliche Krankenversicherung.

⁴⁴ Detaillierte Ausführungen: Lemmer, aaO, S. 25 f.

⁴⁵ Vgl. hierzu: Schreiben des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, Frau Dr. Ursula von der Leyen, 21.02.2011, aufzurufen über: GGUA, Übernahme von Dolmetscherkosten im Rahmen medizinischer, insbesondere psychotherapeutischer Behandlung, S.2, 05.01.2016:

https://www.einwanderer.net/fileadmin/downloads/tabellen_und_uebersichten/dolmetscher.pdf

⁴⁶ Vgl. § 88 Abs. 1 SGG.

⁴⁷ § 86 b Abs. 2 SGG.

⁴⁸ BAfF, Versorgungsbericht, aaO, 2020, S. 119. <http://www.baff-zentren.org/veroeffentlichungen-der-baff/versorgungsberichte-der-baff/>

⁴⁹ Für weiterführende Informationen siehe auch BAfF: Arbeitshilfe zur Finanzierung von Sprachmittlungsleistungen, <http://www.baff-zentren.org/sprachmittlung/>.

c. Krankenbehandlung bei Bezug von Leistungen nach § 2 AsylbLG

Nach **18 Monaten** des Aufenthalts im Bundesgebiet und wenn die **Dauer des Aufenthaltes nicht rechtsmissbräuchlich** beeinflusst wurde, ändert sich die Anspruchsgrundlage für den Bezug von Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Leistungsberechtigte erhalten nun Leistungen nach **§ 2 AsylbLG**, die den Leistungen nach dem SGB XII (Sozialhilfe) entsprechen und deshalb auch „Analogleistungen“ genannt werden.

Ob eine **rechtsmissbräuchliche Beeinflussung der Aufenthaltsdauer** vorliegt, ist eine Frage des Einzelfalls. Stellt die Behörde eine solche fest, sollte die Entscheidung unbedingt überprüft werden. Nicht verfangen kann beispielsweise der bloße Vorwurf, eine geduldete Person sei ausreisepflichtig und trotz bestehender Möglichkeit nicht ausgereist.⁵⁰ Hinzu kommen müssen weitere Umstände von erheblichem Gewicht. Die Gesetzesbegründung nennt exemplarisch die Vernichtung des Passes oder die Angabe einer falschen Identität.⁵¹ Auch in diesen Fällen muss jedoch feststehen, dass die betroffene Person vorsätzlich gehandelt hat. Hierzu musste sie einerseits wissen, dass sie gegen eine Pflicht verstößt und andererseits zum Zweck der Aufenthaltsverlängerung gehandelt haben.⁵² Kam die Beendigung des Aufenthalts aus anderen Gründen nicht in Betracht, liegt schon keine rechtsmissbräuchliche Beeinflussung vor.⁵³

Ab dem Zeitpunkt des Bezugs von Analogleistungen erhalten die Personen flächendeckend eine **elektronische Gesundheitskarte**, auf der keine Leistungseinschränkungen vorgesehen sind.⁵⁴ Trotzdem werden die Leistungsberechtigten kein Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Kosten der Krankenbehandlung werden zunächst von der Krankenkasse getragen und durch die zuständigen Träger der Sozialhilfe erstattet.⁵⁵

i. Therapie nur mit Kassensitz möglich

Da sich für Leistungsberechtigte nach § 2 AsylbLG der zu erbringende Leistungsumfang nunmehr nach dem SGB V (Krankenkassengesetz) richtet, können Therapien ab diesem Zeitpunkt nur noch durch Behandelnde durchgeführt werden, die über eine Kassenzulassung verfügen.⁵⁶

⁵⁰ Vgl. BSG, Urteil vom 17. Juni 2008 – B 8/9b AY 1/07 R –, BSGE 101, 49-70, SozR 4-3520 § 2 Nr 2, Rn. 35

⁵¹ BT-Drs. 15/420 vom 07.02.2003, S. 121.

⁵² BSG, Urteil vom 17. Juni 2008 aaO., Rn. 39.

⁵³ Vgl. BSG, Urteil vom 17. Juni 2008 aaO, Rn. 44.

⁵⁴ Gem. § 264 Abs. 2, 4 SGB V ist die Bezeichnung des Versicherungsstatus gem. § 291 Abs. 2 Nr. 7 SGB V „Mitglied“.

⁵⁵ § 264 Abs. 7 SGB V.

⁵⁶ Vgl. BR-Drs. 447/15 vom 29.09.15, S. 14. Dies folgt zudem aus § 264 Abs. 2 und 4 iVm § 11 SGB V und § 264 Abs. 6 SGB V. Aufgrund des Kostenerstattungsverfahrens zwischen Krankenkassen und Sozialhilfeträgern sind die Betroffenen leistungrechtlich den GKV-Versicherten gleichgestellt (BT-Drs. 15/1525 vom 08.09.2003, S. 141).

ii. Eine Alternative zur Kassenzulassung: Die Ermächtigung zur Behandlung von Geflüchteten

Da es zu wenige Psychotherapeut*innen mit einer Kassenzulassung gibt, um alle Menschen mit psychischen Störungen zu behandeln und insbesondere Geflüchtete von diesen begrenzten Kapazitäten durch Nicht-Versorgung betroffen sind, wurde im Zusammenhang mit dem sog. Asylpaket I im Oktober 2015 die Möglichkeit der **Ermächtigung** von Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen in der Ärzte-Zulassungsverordnung (Ärzte-ZV) erweitert.⁵⁷

Bereits vor dieser Änderung hatten die Zulassungsausschüsse gem. § 31 Abs. 1 S. 1 Ärzte-ZV die Möglichkeit, Ärzt*innen und Therapeut*innen ohne Kassenzulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen bzw. vertragspsychotherapeutischen Versorgung zu ermächtigen, sofern dies notwendig war, um eine bestehende oder unmittelbar drohende Unterversorgung abzuwenden oder um einen begrenzten Personenkreis zu versorgen. Die Erteilung der Ermächtigung ist danach also abhängig von einem konkret festgestellten Versorgungsbedarf (bedarfsabhängig).

Ermächtigungen für die Behandlung von Geflüchteten wurden auf dieser Grundlage in der Praxis jedoch nur in seltenen Fällen erteilt.⁵⁸

Dieser Regelung wurde ein zweiter Satz (§ 31 Abs. 1 S. 2 Ärzte-ZV) angefügt, wonach Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen und ärztlich bzw. psychotherapeutisch geleitete psychosoziale Einrichtungen zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Asylsuchenden, die Leistungen nach § 2 AsylbLG beziehen und die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, durch die Zulassungsausschüsse zu ermächtigen sind. Hierbei wurde eine **bedarfsunabhängige Regelung** geschaffen. Das heißt, es muss nicht zuvor im Einzelfall geprüft werden, ob eine Versorgungslücke besteht. Der Ordnungsgeber hat vielmehr allgemein festgestellt, dass für die Versorgung dieser Personen nicht ausreichend Therapeut*innen mit Kassensitz zur Verfügung stehen.

Durch die Einführung der Ermächtigung sollte dem erheblichen Versorgungsbedarf von Geflüchteten, die Leistungen nach § 2 AsylbLG erhalten, Rechnung getragen werden. Die Umsetzung dieser Regelung erweist sich jedoch in der Praxis als sehr schwierig und wird in absehbarer Zeit den Behandlungsbedarf nicht befriedigen können. Beispielsweise wird die Ermächtigung in einigen Bundesländern nur zur Weiterbehandlung von Personen erteilt, die bereits während der ersten 18 Monate ihres Aufenthalts behandelt wurden. Eine Aufnahme von neuen Patient*innen ist demnach ausgeschlossen. Erteilt ein Zulassungsausschuss eine derartig beschränkte Ermächtigung, sollte hinsichtlich der Beschränkung die Einlegung eines Widerspruchs erwogen werden. Eine gute Argumentationsgrundlage hierfür bietet ein Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 02. September 2020. Hiernach setzt die Ermächtigungsregelung lediglich voraus, dass die Patient*innen Leistungen gemäß § 2 AsylbLG erhalten und die in der Vorschrift genannten traumatischen Erfahrungen erlitten haben. Eine vorhergehende Behandlung ist nach Auffassung des Gerichts hingegen nicht erforderlich. Eine restriktive Auslegung sei auch nicht mit dem Ziel der Regelung vereinbar, die Versorgungssituation für traumatisierte Geflüchtete zu verbessern.

Ein weiteres Problem von Therapien im Rahmen der Ermächtigung ist die geringe Planungssicherheit. Therapien können nicht im Rahmen der Ermächtigung fortgeführt werden, sobald eine Arbeit aufgenommen wird oder eine Anerkennung im Asylverfahren erfolgt, da die Patient*innen dann Mitglied in der gesetzlichen

⁵⁷ Art. 4 der Verordnung zum Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz (BR-Drs. 447/15 vom 29.09.15). Gem. § 1 Abs. 3 Nr. 1 Ärzte-ZV gilt die Ärzte-Zulassungsverordnung auch für Psychotherapeut*innen.

⁵⁸ Vgl. BR-Drs. 447/15 vom 29.09.15, S. 14.

Krankenversicherung werden und nicht länger Leistungen nach § 2 AsylbLG erhalten. Die Weiterbehandlung erfordert ab diesem Zeitpunkt eine Kassenzulassung.

iii. Kostenerstattungsverfahren

Das Kostenerstattungsverfahren kann für Geflüchtete eine weitere Möglichkeit darstellen, bei Bezug von Leistungen nach § 2 AsylbLG eine Therapie bei Psychotherapeut*innen ohne Kassenzulassung durchzuführen. Patient*innen, die dringend eine Psychotherapie benötigen und keinen Platz finden, können diese Therapie u.U. auch bei Psychotherapeut*innen wahrnehmen, die zwar im Richtlinienverfahren approbiert sind, aber mangels Kassenzulassung nicht mit den Krankenkassen abrechnen können.

Dieser „Notlösung“ liegt zugrunde, dass alle Krankenkassen grundsätzlich dafür sorgen müssen, dass ihre Versicherten (und Personen, die diesen leistungsrechtlich gleichgestellt sind) rechtzeitig die notwendige Behandlung erhalten. Wenn eine Krankenkasse das nicht leisten kann (z. B. weil es trotz formal niedrigen Bedarfs in der Realität nicht genug freie Behandlungsplätze gibt), dann muss sie einem Versicherten, der sich diese Leistung „selbst beschafft“ die Kosten für diese Leistung nach § 13 Abs. 3 SGB V erstatten. Eine solche „selbst beschaffte“ Leistung ist dann z.B. eine Psychotherapie bei Therapeut*innen ohne Kassenzulassung. Hierfür muss die Krankenkasse zuvor über die benötigte Psychotherapie in Kenntnis gesetzt werden, um dieser die Gelegenheit zu geben, etwaige Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen des vertragspsychotherapeutischen Systems aufzuzeigen.⁵⁹ Auch ist die betroffene Person verpflichtet, an der Suche nach einem Therapieplatz bei zugelassenen Therapeut*innen aktiv mitzuwirken.⁶⁰ Andernfalls besteht kein Anspruch auf Kostenerstattung.⁶¹

Seit Inkrafttreten der Psychotherapierichtlinie am 01.04.2017 haben die Krankenkassen deutlich weniger Kostenerstattungsanträge bewilligt und teilweise die Bewilligung grundsätzlich verweigert.⁶²

iv. Fahrt- und Sprachmittlungskosten

Für Bezieher*innen von Leistungen nach § 2 AsylbLG kann der Anspruch auf Übernahme von Sprachmittlungskosten nicht länger auf §§ 4 und 6 AsylbLG gestützt werden. Obwohl § 2 AsylbLG gegenüber diesen Vorschriften eine leistungsrechtliche Besserstellung vorsieht, verkompliziert der Verweis auf das SGB XII die Erstattung von Sprachmittlungskosten, da es im SGB XII an einer eindeutigen Anspruchsgrundlage fehlt.⁶³ Insbesondere gehören diese nach der Rechtsprechung⁶⁴ nicht zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung, welcher auch für Gesundheitsleistungen nach dem SGB XII maßgeblich ist, so dass eine Leistungspflicht der Krankenkassen nach § 264 Abs. 2 und 4 SGB V ausscheidet.

Als Anspruchsgrundlage kommt in erster Linie die Auffangvorschrift des **§ 73 SGB XII** (Hilfe in sonstigen Lebenslagen) in Betracht.⁶⁵ Der Antrag ist beim Sozialamt zu stellen. Ferner sind ein Antrag auf abweichende

⁵⁹ Vgl. BSG, Urteil vom 27. Juni 2007 – B 6 KA 38/06 R –, Rn. 36, juris.

⁶⁰ Vgl. SG Berlin, Urteil vom 09. April 2018 – S 81 KR 1002/17 –, Rn. 30, juris.

⁶¹ Vgl. Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Urteil vom 01. September 2015 – L 9 KR 343/14 –, Rn. 30, juris.

⁶² Nübling/Jeschke, Kostenerstattung in der ambulanten Psychotherapie, Okt. 2018. S. 12, https://lppkjp.de/wp-content/uploads/2018/10/Versorgungsstudie2018_N%C3%BCbling_Jeschke_et al_KEV-ambul-PT16102018.pdf.

⁶³ Vgl. Lemmer aaO, S. 28.

⁶⁴ Vgl. Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 23. Januar 2018 – L 4 KR 147/14 –; BSG, Urteil vom 10. Mai 1995 – 1 RK 20/94; Lemmer aaO, S. 32.

⁶⁵ Vgl. Wissenschaftliche Dienste des Deutschen Bundestages: Dolmetscher im Rahmen der gesundheitlichen

Regelsatzfestsetzung nach § 27 a Absatz 4 SGB XII sowie die Vorschriften der Eingliederungshilfe in Erwägung zu ziehen.⁶⁶

Auch wenn die Rechtslage nicht vollständig geklärt ist, darf das Sozialamt einen Antrag auf Übernahme von Sprachmittlungskosten nicht einfach ablehnen, wenn feststeht, dass eine benötigte Therapie nur unter Einsatz von Sprachmittler*innen durchgeführt werden kann. In diesem Fall würde die Ablehnung das Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit verletzen.⁶⁷ Dies sollte im Falle einer Ablehnung des Antrags im Widerspruchsverfahren geltend gemacht werden.

Versorgung (WD 9-3000-021/17 vom 4. Mai 2017), S. 9.

⁶⁶ GGUA, Übernahme von Dolmetscherkosten im Rahmen medizinischer insbesondere psychotherapeutischer Behandlung, vom 05.01.2016, S. 3, mit Beispielsbescheiden; Lemmer aaO, S. 33.

⁶⁷ Vgl. SG Hildesheim, Urteil vom 01. Dezember 2011 – S 34 SO 217/10 –, Rn. 20.

3) Psychotherapie über die gesetzliche Krankenversicherung

a. Versicherter Personenkreis

Mit dem Erhalt einer Aufenthaltserlaubnis⁶⁸, entsteht für erwerbsfähige Personen⁶⁹ bei Bedürftigkeit ein Anspruch auf Bezug von Leistungen nach dem SGB II (sog. „Hartz-4“). Damit verbunden entsteht eine Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenversicherung.⁷⁰

Die Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenkasse entsteht aber auch, wenn eine Beschäftigung aufgenommen wird.⁷¹ Dabei reicht es, wenn ein*e Ehepartner*in den entsprechenden Status hat, der*die andere Partner*in und die Kinder erhalten dann – auch als Asylbewerber*innen oder Geduldete - Leistungen der Familienversicherung.⁷² Mit der Mitgliedschaft in einer Krankenversicherung kann eine psychotherapeutische Behandlung bei allen Psychotherapeut*innen in Anspruch genommen werden, die über einen Kassensitz verfügen.

b. Alternative Möglichkeit der Versorgung: Das Kostenerstattungsverfahren

Bei Mitgliedschaft in einer Krankenversicherung besteht unter den oben genannten Voraussetzungen ebenfalls die Möglichkeit, eine Psychotherapie auch bei Therapeut*innen ohne Kassensitz durchzuführen und im Rahmen des Kostenerstattungsverfahrens (§ 13 Absatz 3 SGB V) abzurechnen (siehe vorheriges Kapitel).

Hinweis: Die oben genannte Regelung der **Ermächtigung** zur Behandlung von Geflüchteten greift hier **nicht!**

c. Fahrt- und Sprachmittlungskosten

Das Krankenversicherungsrecht des SGB V enthält keinen Anspruch auf die Bereitstellung von Sprachmittlung, auch wenn diese für die Krankenbehandlung benötigt wird (s.o.).⁷³

Für Bezieher*innen von SGB II-Leistungen kommt eine Kostenübernahme gem. **§ 21 Abs. 6 SGB II** in Betracht. Das setzt allerdings voraus, dass im Einzelfall ein unabweisbarer, laufender nicht nur einmaliger besonderer Bedarf besteht. Sollte es sich nicht um einen wiederkehrenden Bedarf handeln⁷⁴, kommt auch bei Bezug von Leistungen nach dem SGB II die Auffangvorschrift des **§ 73 SGB XII** in Betracht. Da es sich bei § 73 SGB XII – ebenso wie bei den übrigen Hilfen nach dem Fünften bis Neunten Kapitel des SGB XII – um keine Sozialhilfe zum Lebensunterhalt handelt, sind diese Leistungen vom Ausschluss des § 5 Abs. 2 SGB II bzw. § 21 SGB XII nicht erfasst. Das Sozialamt muss diese Leistungen daher auch für ALG II-Empfänger*innen *zusätzlich* zu dem vom Jobcenter gewährten ALG II, gewähren.⁷⁵

⁶⁸ Vgl. jedoch § 1 Abs. 1 Nr. 3 AsylbLG, wonach die Inhaber*innen bestimmter Aufenthaltserlaubnisse weiterhin unter das AsylbLG fallen, s. hierzu Abschnitt: Personenkreis und allgemeiner Leistungsanspruch.

⁶⁹ Nicht erwerbsfähige Personen, die nicht unter das AsylbLG fallen, erhalten im Bedarfsfall Sozialleistungen nach dem SGB XII, vgl. § 7 Abs. 1 Nr. 2 SGB II. Empfänger*innen von Leistungen nach dem SGB XII sind nicht gesetzlich krankenversichert, ihre Krankenbehandlung wird jedoch von den Krankenkassen übernommen (§ 264 Abs. 2 SGB V).

⁷⁰ § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V.

⁷¹ § 5 Abs. 1 Nr. 1 SGB V.

⁷² Zur Familienversicherung vgl. Classen, Sozialleistungen für MigrantInnen und Flüchtlinge, Handbuch für die Praxis, 2008, Kapitel 7.2.2.

⁷³ Vgl. Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 23. Januar 2018 – L 4 KR 147/14 –, BSG, Urteil vom 10. Mai 1995 – 1 RK 20/94.

⁷⁴ Vgl. GGUA, Übernahme von Dolmetscherkosten im Rahmen medizinischer insbesondere psychotherapeutischer Behandlung, vom 05.01.2016, S. 4.

⁷⁵ Vgl. SG Hildesheim, Urteil vom 01.12.2011, S 43 SO 217/10, Georg Classen, Die Finanzierung ambulanter Psychotherapie für Flüchtlinge, 2011, S. 14.

Kosten für Fahrten zur **ambulanten Behandlung** werden durch die Krankenkasse nur in wenigen Ausnahmefällen bei zwingender medizinischer Notwendigkeit und nur nach vorheriger Genehmigung übernommen.⁷⁶ Bei Personen, die über einen Schwerbehindertenausweis mit den Merkzeichen „aG“ (außergewöhnlich gehbehindert), „Bl“ (blind) oder „H“ (hilflos) bzw. eine bestimmte Pflegestufe verfügen, gilt die erforderliche Genehmigung als erteilt⁷⁷, weitere Fallkonstellationen sind in § 8 der Krankentransport-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses geregelt.

4) Antragsstellung und Rechtsweg

Trotz der teilweise bestehenden gesetzlichen Möglichkeiten, die Leistungen für die Durchführung der Psychotherapie zu beantragen, zeigt sich in der Praxis, dass die langen Bearbeitungszeiten der Leistungsträger das größte Problem darstellen. Um einen rechtlichen Anspruch auch tatsächlich durchsetzen zu können, seien daher im Folgenden Antragsstellung und Rechtsweg erläutert.

1. Antrag

Die Behörde ist verpflichtet, einen Antrag anzunehmen (§ 20 Abs. 3 SGB X). Wichtig ist es, einen Nachweis über die Einreichung des Antrages zu haben (Faxprotokoll, Eingangsstempel, Zeug*in u. ä.). Der Antrag ist auch wirksam gestellt und muss angenommen werden, wenn eventuell erforderliche Unterlagen noch fehlen. Die Behörde hat eine Beratungs- und Hinweispflicht (§§ 14-16 SGB I). Der Antrag sollte so gut wie möglich begründet werden. Belege sind mit einzureichen. Wenn diese noch nicht vorliegen, sollte angekündigt werden, bis wann sie nachgereicht werden.

2. Bescheid

Entscheidungen der Behörden (Ausländerbehörde, Sozialamt, Jobcenter etc.) ergehen in der Regel in Form eines schriftlichen Bescheides. Darin wird die Regelung getroffen (z. B. „Leistungen werden bewilligt“), die Entscheidung begründet (z. B. „aufgrund von § 2 AsylbLG“) und auf die Möglichkeit hingewiesen, wie die Entscheidung angegriffen werden kann (sogenannte Rechtsbehelfsbelehrung).

3. Widerspruch

In dem Moment, in welchen Antragsteller*innen ein Bescheid zugeht, beginnt die Frist für einen möglichen Widerspruch gegen den Bescheid zu laufen. Wenn der Bescheid eine korrekte Rechtsbehelfsbelehrung enthält, beträgt die Frist einen Monat.⁷⁸ Wenn der Bescheid keine solche Belehrung enthält oder die Belehrung falsch ist, dann läuft eine Frist von einem Jahr.⁷⁹

Innerhalb dieser Frist sollte der Bescheid dahingehend überprüft werden, ob dem Antrag voll entsprochen wurde oder zum Beispiel ein Teil der beantragten Leistung fehlt. Außerdem sollte überprüft werden, ob die Entscheidung (teilweise) abzulehnen rechtmäßig war. Die Rechtsnormen, die Grundlage für die Entscheidung der Behörde gewesen sind, sollten im Bescheid genannt sein. Wenn die Überprüfung ergibt, dass diese eingehalten wurden, sollte darüber hinaus überprüft werden, ob andere gesetzliche Regelungen existieren, die die Behörde nicht beachtet hat.

⁷⁶ vgl. § 60 SGB V iVm der Krankentransport-Richtlinie des G-BA.

⁷⁷ Vgl. § 60 Abs. 1 S. 5 SGB V.

⁷⁸ § 84 Abs. 1 S. 3 SGG.

⁷⁹ § 66 Abs. 2 SGG. Die Belehrung ist beispielsweise falsch, wenn sie nicht über die einzuhaltende Frist informiert.

Wenn die behördliche Entscheidung nicht akzeptiert werden soll, muss innerhalb der Frist schriftlich bei der Behörde, die in der Rechtsbehelfsbelehrung genannt ist, Widerspruch eingelegt werden. Der Widerspruch kann sich auch nur auf einen Teil der Entscheidung beziehen. Insbesondere wenn der Bescheid die Leistungen teilweise bewilligt, sollte nur der versagende Teil angegriffen werden. Eine Widerspruchsbegründung ist sinnvoll, um der Behörde die Gründe für eine andere Entscheidung nahe zu bringen. Aber auch ohne Begründung muss der Bescheid vollumfänglich im Widerspruchsverfahren überprüft werden.

Die Entscheidung im Widerspruchsverfahren ergeht wiederum in einem schriftlichen Bescheid (sog. Widerspruchsbescheid), welcher eine Begründung und Rechtsbehelfsbelehrung enthalten soll.

4. Klage

Wird auch im Widerspruchsbescheid die Entscheidung aufrechterhalten oder eine neue Entscheidung getroffen, die nicht gewollt ist, sollte innerhalb eines Monats nach Zugang des Widerspruchsbescheides Klage erhoben werden. Im Klageverfahren wird die behördliche Entscheidung einschließlich der Ermessensausübung überprüft. Bei Erfolg verpflichtet das Gericht die Behörde zu der gewünschten Entscheidung oder Leistung (z. B. Zahlung). Für das Verfahren entstehen Leistungsempfänger*innen gemäß § 183 SGG keine Gerichtskosten. Das gilt auch, wenn die Frage der Leistungsberechtigung streitig ist. Wenn die Personen zudem wegen Mittellosigkeit einen Anspruch auf Prozesskostenhilfe haben, können auch die Kosten für Rechtsanwält*innen von der Staatskasse übernommen werden.⁸⁰

5. Untätigkeitsklage

Für den Fall, dass die Behörde nicht in angemessener Frist entscheidet, kann gemäß § 88 SGG wegen Untätigkeit geklagt werden. Wenn es keinen wichtigen Grund für eine weitere Verzögerung gibt, kann dies nach Ablauf von 6 Monaten erfolgen (Hinweis: Überarbeitung oder Personalmangel ist kein wichtiger Grund). Wenn über einen Widerspruch nicht entschieden wurde, beträgt die Frist, die abgewartet werden muss, nur 3 Monate. Manchmal hilft bereits die Androhung einer Untätigkeitsklage. Ergebnis der Klage ist, dass die Behörde tätig werden und über den Antrag entscheiden muss (das kann Bewilligung oder Ablehnung sein).

6. Eilsachen

Wenn die behördliche Entscheidung aus irgendwelchen Gründen (z. B. drohende Verschlechterung des Gesundheitszustandes) eilig ist, kann beim Sozialgericht beantragt werden, die Behörde zu einer Leistung per einstweiliger Anordnung zu verpflichten (Eilantrag). Alle Voraussetzungen für den Anspruch sowie die Eiligkeit der Sache müssen glaubhaft gemacht werden. Mit dem Eilantrag kann erreicht werden, dass nicht bis zur Entscheidung im Widerspruchs- oder Klageverfahren abgewartet werden muss, sondern die Leistungen bereits vorläufig erbracht werden, allerdings in der Regel auch erst ab Zeitpunkt des Eilantrages.

⁸⁰ Ob eine Berechtigung besteht, kann anhand des PKH-Rechners überprüft werden: <https://www.pkh-rechner.de/>