

Mirjam Schülle

GEFLÜCHTETE MENSCHEN MIT BEHINDERUNGEN – VERSORGUNGSLAGE, ZUGANG ZUM HILFESYSTEM UND UNTERBRINGUNG

► Über die Versorgungslage, den Zugang zum Hilfesystem und die Unterbringung geflüchteter Menschen allgemein sowie im Besonderen zum Personenkreis der Menschen mit Behinderungen existieren für Deutschland kaum empirische Daten. Aufgrund dessen hat das Deutsche Institut für Menschenrechte in einer Expertenanhörung im Februar 2017 tätige Akteure der Zivilgesellschaft und Praxiseinrichtungen aus der Flüchtlingsarbeit und Behindertenhilfe aufgerufen Stellungnahmen und Praxisberichte zur Versorgungs- und Unterbringungssituation geflüchteter Menschen mit Behinderungen zu erstellen. In dem vorliegenden Beitrag wird auf Grundlage dieser Stellungnahmen ein gebündelter Überblick u.a. über die Identifizierung, Gesundheitsleistungen, den Zugang zu Heil- und Hilfsmitteln, Pflege- und Eingliederungshilfeleistungen sowie zu Unterbringungseinrichtungen geflüchteter Menschen mit Behinderungen gegeben.

Schlüsselwörter: Geflüchtete Menschen mit Behinderung, Zugang zum Sozialleistungssystem, Versorgungs- und Unterbringungssituation

I. DATENLAGE ZU DEN LEBENS- LAGEN GEFLÜCHTETER MENSCHEN MIT BEHINDERUNGEN

Über die Lebenslagen von geflüchteten Menschen¹ mit Behinderungen² in Deutschland ist wenig bekannt, es existieren weder empirische Daten, noch werden Beeinträchtigungen oder Behinderungen bei geflüchteten Menschen systematisch (z.B. bei der Erstregistrierung) erfasst [stellv. 2, 8, 10; vgl. auch die Beiträge von Wansing/Köbsell und Denninger in diesem Heft]. Es ist weder bekannt wie hoch der Anteil an Menschen mit Behinderungen an der Gesamtzahl der Geflüchteten ist, noch welche Beeinträchtigungsformen vorkommen. Schätzungen gehen davon aus, dass mindestens 15 Prozent der geflüchteten Menschen in Deutschland eine Beeinträchtigung oder Behinderung haben. Unter Berücksichtigung der psychischen Beeinträchtigungen (u.a. Trau-

mata) wird der Anteil sogar auf bis zu 50 Prozent geschätzt [3, 5, 10].

Dadurch, dass keine Identifizierung und Erfassung der Personengruppe erfolgt, können die besonderen Bedarfslagen bei der Versorgung und Unterbringung nur unzureichend berücksichtigt werden [u.a. 5]. Um den Bedürfnissen geflüchteter Menschen mit besonderer Schutzwürdigkeit,³ u.a. dem Merkmal Behinderung, gerecht zu werden, sieht allerdings die EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33 (RL 2013/33/EU) während des Asyl- bzw. Anerkennungsverfahrens die Identifizierung dieser Bedarfslagen ebenso vor wie eine daraus resultierende bedarfsgerechte Versorgung (Vgl. Art. 19, 21, 22 RL 2013/33/EU). Diese Richtlinie wurde bisher – auch nach Ablauf der Frist im Juli 2015 – nicht konsequent ins innerdeutsche Recht umgesetzt.⁴

Vor dem Hintergrund der schlechten Datenlage und der aus der Pra-

xis beklagten unzureichenden Versorgungslage, hat das Deutsche Institut für Menschenrechte (DIMR) im Feld tätige Akteure der Zivilgesellschaft und Praxiseinrichtungen aufgerufen Stellungnahmen und Praxisberichte zur Versorgungs- und Unterbringungssituation geflüchteter Menschen mit Behinderungen zu erstellen.⁵ Bei der dazugehörigen Anhörung im Februar 2017 haben über zwölf Organisationen⁶ ihr Praxiswissen vorgestellt. Handicap International e.V. [9] wie auch der AWO Bundesverband e.V. [11] haben für die Datengrundlage der Stellungnahmen umfassende bundesweite Abfragen der lokalen Beratungsstellen, Selbsthilfe- und Wohlfahrtsorganisationen vorgenommen.⁷

Nachfolgend wird auf Grundlage dieser Stellungnahmen ein gebündelter Überblick über die Identifizierung sowie die Versorgungs- und Unterbringungssituation geflüchteter Menschen mit Behinderungen gegeben.

II. PRAXISBERICHTE ZUR RELEVANZ DES THEMAS, ZU BEEINTRÄCHTIGUNGSFORMEN UND ZU BEHÖRDLICHEN IDENTIFIKATIONSVERFAHREN

Relevanz des Themas

Nahezu alle der aussagenden Anlaufstellen, sowohl die allgemeinen Einrichtungen und Dienste der Behindertenhilfe und Flüchtlingssozialarbeit als auch die spezialisierten Fachberatungsstellen⁸ für geflüchtete Menschen mit Behinderungen bestätigten, dass die Thematik der Versorgung geflüchteter Menschen mit Behinderungen für sie in der Praxis eine hohe Relevanz hat. Vollständige oder gar bundesweite Zahlen über die geflüchteten Personen mit Behinderungen konnten nicht vorgelegt werden. Einzelne spezialisierte Fachstellen betreuten im Jahr 2016 zwischen 10 Familien bis zu 200 Einzelpersonen. Aus der Verbandsabfrage der AWO ergaben sich für das Jahr 2016 bundesweit 484 identifizierte Personen. Allerdings gehen die Befragten von einer hohen Dunkelziffer und weiteren unbekanntem Bedarfslagen aus [11], insbesondere da die seelischen Beeinträchtigungen bisher wenig Berücksichtigung finden.

Formen der Beeinträchtigung

Aus den Erfahrungen der Praxis ergibt sich, dass alle Formen von Beeinträchtigungen unter den geflüchteten Menschen vorkommen. Insbesondere körperliche Beeinträchtigungen und chronische Erkrankungen, aber auch geistige und mehrfache Beeinträchtigungen und Sinnesbeeinträchtigungen. Sehr hoch ist der Anteil an psychischen Beeinträchtigungen in Folge von Traumatisierungen im Herkunftsland und während der Flucht. Grundsätzlich sind bei geflüchteten Menschen mit Beeinträchtigungen beide Geschlechter vertreten, allerdings ist der größere Anteil männlich. Alle Altersstufen sind gegeben, vorrangig sind die geflüchteten Menschen mit Beeinträchtigungen jedoch zwischen 0 und 30 Jahre alt. Die pro-

zentuale Verteilungshäufigkeit der Herkunftsländer unterscheiden sich bei geflüchteten Menschen mit oder ohne Beeinträchtigungen nicht [6, 9, 11].

Auffällig sei allerdings, dass geflüchtete Menschen mit Beeinträchtigungen zusätzlich weitere Kategorien der besonderen Schutzbedürftigkeit erfüllen wie Minderjährigkeit, unbegleitete Minderjährigkeit, Frauen, in alleinerziehender Verantwortlichkeit, Alter, betroffen von Folter und/oder Gewalt oder lebensbedrohlicher Erkrankung [5, 11].

Behördliches Identifizierungsverfahren nach Art. 22 RL 2013/33/EU

Die RL 2013/33/EU sieht in Artikel 21 vor, dass die Mitgliedstaaten in dem einzelstaatlichen Recht die spezielle Situation von schutzbedürftigen Personen berücksichtigen. Um diesen Artikel 21 wirksam umzusetzen, sind die Mitgliedstaaten nach Artikel 22, Abs. 1, S. 1 RL 2013/33/EU angehalten zu beurteilen, ob die antragstellende Person besondere Bedürfnisse bei der Aufnahme hat und ggf. welche. Diese Beurteilung muss nicht in Form eines Verwaltungsverfahren erfolgen (Art. 22, Abs. 2 RL 2013/33/EU), allerdings innerhalb einer angemessenen Frist nach Eingang des Antrags auf internationalen Schutz in die Wege geleitet und während des gesamten Asylverfahrens sichergestellt werden (Art. 22, Abs. 1, S. 2 RL 2013/33/EU).

Einhellig wurde von den Akteuren die nicht existente Datenlage zur Identifizierung der besonderen Schutzbedürftigkeit bemängelt. Es fehle ein bundesweites Verfahren zur Identifizierung und Anerkennung der besonderen Schutzbedürftigkeit, auch bei Behinderung. In keinem Bundesland sei ein systematisches behördliches Identifizierungsverfahren von Beeinträchtigungen oder Behinderungen bekannt. Ebenso sei von keiner lokalen behördlichen Ebene geläufig, dass die besonderen Unterstützungsbedarfe systematisch erfasst werden [5, 6, 9, 11]. Lediglich in einigen wenigen Modellprojekten der Beratungsstellen wird versucht die Feststellung und Bescheinigung der be-

sonderen Schutzbedürftigkeit umzusetzen (in Berlin⁹, Köln und Deaf Refugee Projekten) [9, 11].

Herausforderungen im Bereich der Identifikation ergeben sich auf verschiedenen Ebenen. Auf politischer Ebene verweist die Bundesregierung darauf, dass – nach Ablauf der Umsetzungsfrist im Juli 2015 des Bundes – die Länder zur richtlinienkonformen Auslegung der einschlägigen Normen verpflichtet seien,¹⁰ die Länder wiederum verweisen auf die Notwendigkeit einer bundeseinheitlichen Regelung (so bspw. Berlin¹¹).

Auf der Ebene des Feststellungsverfahrens selbst ergeben sich vermutlich Probleme der Diagnostik, besonders für nicht sichtbare Beeinträchtigungen, für die es bisher kein kultursensibles Diagnoseverfahren gibt. Um der benötigten Kommunikation mit ggf. Sprach- und Kulturbarrieren gerecht zu werden, bedürfe es geschulter Kultur- und Sprachmittlerinnen und -mittler, die bisher von den Behörden nicht vorgehalten werden.

Die Feststellung könnte in die gesundheitlichen Erstuntersuchungen (nach § 62 Asylverfahrensgesetz) systematisch integriert werden, ein späteres Verfahren in den Kommunen müsste darüber hinaus ermöglicht werden. Um dies entsprechend sicher zu stellen und, zudem eine niedrigschwellige psychosoziale Begleitung in den Kommunen zu ermöglichen, bedürfe es einem entsprechenden Betreuungsschlüssel. Die sozialarbeiterischen Fachkräfte bedürften zudem behinderungsspezifischer Schulungen um ggf. den besonderen Bedarfen besser gerecht zu werden [9, 11].

III. BERICHTE AUS DER PRAXIS ZUR VERSORGUNGSSITUATION: ZUGANG ZU HILFESYSTEMEN, GESUNDHEITSL EISTUNGEN UND BERATUNG

Gesundheitsleistungen

Der Leistungsumfang der gesundheitlichen Versorgung inklusive der Heil- und Hilfsmittel ist für Geflüchtete innerhalb

der ersten 15 Monate ihres Aufenthalts in den §§ 4, 6 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) geregelt. Eine medizinische Versorgung ist im Krankheitsfall (bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen) zu gewährleisten, einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln, sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen (§ 4 AsylbLG). Darüber hinaus können Leistungen gewährt werden, wenn sie zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich sind (§ 6 AsylbLG).¹²

Die Unterschiede hinsichtlich der Interpretation und Umsetzung dieser Normen zur Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden innerhalb Deutschlands sind groß und nehmen zu [4, 9, 11]. Abhängig von den Regelungen in der jeweiligen Kommune haben Asylsuchende entweder eine elektronische Gesundheitskarte¹³, mit der sie direkt zur Ärztin oder zum Arzt gehen können, oder sie müssen sich einen Behandlungsschein (Krankenschein)¹⁴ beim Sozialamt abholen, um Zugang zu ärztlicher Versorgung zu erhalten. Diese uneinheitliche Handhabung in den einzelnen Kommunen und Ländern führt zu einer sehr unterschiedlichen Versorgungslage von Asylsuchenden [4].

Übereinstimmend wurde die Gesundheitsversorgung für Geflüchtete Menschen mit Behinderungen von den Praxisakteuren grundsätzlich als prekär und unzureichend beurteilt [4, 5, 9, 11]. Durch die teilweise Einführung der Gesundheitskarte habe sich die Versorgung und der Zugang wesentlich verbessert, insbesondere zu den Leistungen nach § 6 AsylbLG [4, 6, 7, 9, 11]. Beim Behandlungsscheinverfahren zeigt oftmals die Praxis, dass sich Anrechte und Behandlungschancen vor Ort kaum klären lassen. Schwer und teilweise unmöglich ist es, notwendige Therapieverfahren, Heil- und Hilfsmittel, besondere Ausstattungen in der Unterbringung oder geeigneten Wohnraum aufgrund einer besonderen Bedarfslage wegen einer Beeinträchtigung genehmigt zu bekommen (überwiegend nach § 6 AsylbLG),

entsprechende Anträge werden i.d.R. abgelehnt. Zudem sind vielerorts (z.B. in Berlin, Göttingen oder Bielefeld) die Mitarbeitenden des Sozialamtes schwer erreichbar, eine lange Bearbeitungsdauer der Anträge existiert, auch bei persönlicher Vorsprache gibt es lange Wartezeiten [4, 11]. Teilweise entsteht der Eindruck die behördlichen Stellen der Sozial- und Gesundheitsämter seien überlastet, schlecht ausgebildet oder fühlen sich für die Belange für Menschen mit Behinderungen nicht zuständig [11].

In manchen Regionen ist der Zugang zur regulären Gesundheitsversorgung zunächst verwehrt, indem die Asylsuchenden zunächst die Notfallversorgung durch Ärztinnen und Ärzte der Unterbringungseinrichtungen wahrnehmen müssen [11]. Facharzttermine sind im Allgemeinen schwer zu erhalten, insbesondere auch für geflüchtete Menschen [11]. Psychotherapeutische Behandlungen werden vorwiegend in den sogenannten Psychosozialen Zentren (PSZ) vorgehalten, die hauptsächlich in Großstädten existieren. Allerdings kann kaum ein solches Zentrum der hohen Zahl an Hilfe suchenden Menschen unmittelbar nachkommen [1, 11]. Zudem werde der Zugang zur psychotherapeutischen Behandlung in der Praxis nur selten genehmigt, wenn dann über die Öffnungsklausel in § 6 AsylbLG eine Kurzzeittherapie [4]. Ob Dolmetscherinnen oder Sprachmittler für die medizinische und therapeutische Versorgung genehmigt und finanziell vom Sozialamt über § 6 AsylbLG getragen werden, ist sehr unterschiedlich und ungewiss. Trotz Weisungen vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales¹⁵ und einzelnen Bundesländern (z.B. SH¹⁶, NRW¹⁷ und RLP¹⁸) werde vielerorts die Kostenübernahme für Dolmetscherinnen oder Sprachmittler begleitend zur medizinischen Behandlung nicht gewährleistet [4].

Heil- und Hilfsmittel

Auch die Erfahrungen zur Heil- und Hilfsmittelgewährung sind sehr divers. Heilmittel wie Krankengymnastik, Er-

gotherapie, Logopädie oder Massagen können auf Rezept verschrieben werden und müssen nicht zwangsweise genehmigt werden (§ 4 AsylbLG). In den meisten Kommunen mit Gesundheitskarte für Geflüchtete können Heilmittel ohne Schwierigkeiten verordnet werden. In Kommunen mit Behandlungsscheinausgabe müssen sie im Einzelfall beantragt werden und werden nach Praxiserfahrung häufig abgelehnt. Hilfsmittel (z.B. Hör- und Sehhilfen, Gehhilfen und Rollstühle, Prothesen und sonstige orthopädische Hilfsmittel, Blutdruck- und Zuckermessgeräte) werden i.d.R. nach § 6 AsylbLG gewährt. Entsprechend müssen diese bei der Krankenkasse (im Falle vom Vorliegen einer Gesundheitskarte) oder beim Sozialamt individuell beantragt werden. Die Verfahren sind aufwendig, langwierig und werden nach Praxiserfahrung deutlich häufiger abgelehnt als bei der regulären Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung [4, 11]. Teilweise existiere ein starker Einfluss migrationspolitischer Erwägungen auf die Leistungsgewährung. Es komme zu Ablehnungen der Leistungen bei schlechter Bleibeperspektive oder Mehrfachbeantragungen in Abhängigkeit der Aufenthaltsdauer, was das Antragsverfahren erheblich erschwere [11]. Ein Unterschied besteht bei Kindern- und Jugendlichen, insbesondere bei unbegleiteten minderjährigen Geflüchteten, sie erhalten i.d.R. voll umfängliche Leistungen [11].

Behördliche Vorgaben zur Umsetzung des Ermessensspielraums nach § 6 AsylbLG

Den Praxisakteuren waren überwiegend keine behördlichen Vorgaben bekannt, die – insbesondere auf kommunaler Ebene – zur Auslegung und einheitlichen Anwendung des Ermessens nach § 6 AsylbLG angewandt werden [7, 9, 11]. In denjenigen Ländern, in denen die Gesundheitskarte eingeführt wurde, ist in den entsprechenden Rahmenverträgen der Leistungskatalog zur Umsetzung des § 6 AsylbLG festgehalten. In

Sachsen wurde Ende 2015 eine Interpretationshilfe zum Asylbewerberleistungsgesetz für die Leistungserbringer herausgegeben.¹⁹ In dieser Interpretationshilfe werden anhand von einzelnen Erkrankungen Vorgaben zu Diagnostik und Ordnungsrahmen gemacht, die als Hilfe zur Auslegung von §§ 4 und 6 AsylbLG dienen [4]. Laut der Praxis orientieren sich viele Kommunen in Sachsen an dieser Interpretationshilfe, auch in anderen Kommunen bundesweit wird sie herangezogen, bspw. in Schleswig-Holstein, dort in Verbindung mit der Gesundheitskarte.²⁰

Schwierigkeiten bei der Leistungsgewährung bei sog. Analogleistungen

Nach 15 Monaten Aufenthalt erhalten die Leistungsberechtigten nach dem § 2 AsylbLG sog. Analogleistungen, d.h. die Krankenbehandlung wird von den Krankenkassen gegen Kostenerstattung durch die Träger der Sozialhilfe übernommen, die Personen erhalten regulär eine Gesundheitskarte (vergleichbar den Leistungsberechtigten nach dem SGB II, III und XII).

In fast allen Kommunen werden die Geflüchteten nach 15 Monaten zeitnah in die reguläre Gesundheitsversorgung eingebunden, so die Erfahrungen aus der Praxis. Schwierigkeiten bei der Umstellung der Leistungsgewährung ergeben sich allerdings v.a. bei einem Behördenwechsel, welcher teilweise zu erheblichen zeitlichen Verzögerungen und damit zu Versorgungslücken führe (bspw. in Berlin, Baden-Württemberg und Bayern). Aus einigen wenigen Kommunen wurde berichtet, dass die Gesundheitskarten – rechtswidrig – nach über 15 Monaten nicht ausgestellt würden, z.B. in einigen Kommunen in Rheinland-Pfalz²¹ (Ausnahme sind die Städte Trier und Mainz, die ab Januar 2017 die Gesundheitskarte für alle Geflüchteten ausgeben), in Sachsen (insbesondere in den Landkreisen Bautzen und Sächsische Schweiz-Ost-erzgebirge), vereinzelt auch in Thüringen [4, 7, 9, 11].

Pflegeleistungen

Da asylsuchende Menschen innerhalb der ersten 15 Monate keinen Leistungsanspruch nach den Büchern des Sozialgesetzbuches haben, gelten entsprechend die Vorschriften des SGB XI zur Pflegeversicherung auch nicht für Asylsuchende (zudem ist nach § 1 Abs. 2 SGB XI die Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung Voraussetzung). Pflegesachleistungen, ambulante und stationäre Hilfen zur Pflege können geflüchtete Menschen allerdings nach § 6 Abs. 1 AsylbLG²² erhalten, pauschalisiertes Pflegegeld (i.S.v. § 64 SGB XII) wird jedoch i.d.R. nicht gewährt.²³

Nach über 15 Monaten Aufenthalt, wenn die Analogleistungen nach § 2 AsylbLG einsetzen, ist der Zugang zu Pflegeleistungen weiterhin erschwert, da zur Leistungsgewährung die Pflegeversicherungen eine Mitgliedschaft von mindestens zwei Jahren voraussetzen (vgl. § 33 Abs. 2 SGB XI). Leistungen zur Hilfe zur Pflege (vgl. § 63 SGB XII bzw. analog § 6 Abs. 1 AsylbLG) stehen der Personengruppe dann laut Gesetz zu, wurden laut den Erfahrungen allerdings nur in wenigen Fällen zugesprochen [7, 9], oftmals aber abgelehnt [9]. Aus der AWO Befragung ging hervor, dass der fehlende Zugang zu Pflegeleistungen das Problem der Leistungsgewährung allgemein verdeutlicht [11].

Zuerkennung von Leistungen der Eingliederungshilfe

Leistungsberechtigte nach dem AsylbLG erhalten keine Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII (§ 23 i.V.m. §§ 54 ff. SGB XII). Durch das zum Ende des Jahres 2016 verabschiedete Bundesteilhabegesetz (BTHG) wurde die Eingliederungshilfe aus der Sozialhilfe herausgelöst und wird künftig ins SGB IX überführt. Im Zuge dessen wurde der Ausschluss von Asylsuchenden von Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem Sozialgesetzbuch verfestigt und mit dem § 100 SGB IX (ab 2020 in Kraft) normiert.²⁴ Allerdings können Leistungen zur Eingliederungshilfe

für Geflüchtete nach wie vor über § 6 AsylbLG im Einzelfall gewährt werden, wenn dies zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich ist. Das Ermessen der Sozialbehörden bei der Leistungsgewährung reduziert sich – unter Berücksichtigung der Vorgaben der RL 2013/33/EU – allerdings auf Null.²⁵

Aus den Rückmeldungen der Praxis ist bekannt, dass teilweise Geflüchteten während des Asylverfahrens Leistungen der Eingliederungshilfe über § 6 AsylbLG bewilligt wurden, bspw. in München [9]. Die Erfahrungen zeigen, dass insbesondere Kinder Leistungen der Frühförderung oder Eingliederung leichter erhalten (z.B. Schulbegleitung oder Förder- und Therapieprogramm in einem Sprachheilkindergarten), allerdings i.d.R. mit einer zeitlichen Befristung von drei Monaten [9, 11]. Aus den überwiegenden Erfahrungen geht hervor, dass keine solchen bewilligten Fälle bekannt seien bzw. die Leistungen abgelehnt wurden [5, 6, 7, 11].²⁶ Betont wurde, dass die zentrale Gelingensbedingung zum Erhalt von Eingliederungshilfeleistungen das hartnäckige Engagement von haupt- und ehrenamtlichen Unterstützenden sei, die sich für die Belange der geflüchteten Menschen mit Behinderungen einsetzen [9].

Anerkennung einer Schwerbehinderung

Auch Menschen mit einer Aufenthaltsge-stattung (nach § 55 AsylVfG), d.h. Asylsuchende und Geduldete können grundsätzlich einen Schwerbehindertenausweis beantragen. Voraussetzung dafür ist der rechtmäßig gewöhnliche Aufenthalt – der sich auch durch eine Duldung belegen lässt – in Deutschland (gemäß § 2 Abs. 2 SGB IX).²⁷ Dafür können die zuständigen Versorgungsämter vor der Gewährung beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) erfragen, ob es Hinweise auf Ablehnungsgründe (nach § 30 Abs. 3 AsylVfG) gibt. Wenn solche bestehen, kann der Antrag aufgrund des nicht rechtmäßigen gewöhnlichen Aufenthalts (§ 2 Abs. 2 SGB IX) abgelehnt werden.

Die Praxis in den Bundesländern ist dazu sehr unterschiedlich, so die Ergebnisse der aussagenden Praxisakteure. Teilweise wird keine Anfrage an das BAMF gestellt (bspw. in München, laut den Erfahrungen des Projekts ComIn [9]) und nach zwei bis drei Monaten wird i.d.R. ein Schwerbehindertenausweis ausgestellt. Aus anderen Städten (z.B. Berlin) wird allerdings gegenteiliges berichtet, hier wird vorab beim BAMF angefragt, die Antragsverfahren seien sehr langwierig, ziehen sich über Monate und oft Jahre hin, teilweise wird dem Antrag erst in der letzten Instanz stattgegeben. Dadurch dass die Bleibeperspektive einbezogen werde, wird teilweise eine zeitliche Befristung in Abhängigkeit der Aufenthaltsgestattung vorgenommen, was regelmäßige Re-Beantragungen und Verlängerungen nötig mache. Teilweise wird der Antrag abgelehnt mit dem Argument, der gewöhnliche Aufenthalt in der BRD sei nicht gegeben. Ähnliche Rückmeldungen kamen ebenso aus ländlichen Regionen [9, 11]. Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es zu dem Kriterium des gewöhnlichen Aufenthalts anscheinend unterschiedliche Rechtsauffassungen und -praktiken gibt [9].

Aus den Praxisberichten geht ebenso hervor, dass die Anerkennung durch den Schwerbehindertenausweis kaum praktische Auswirkungen auf den Bezug von Sozialleistungen habe. Vergünstigungen im öffentlichen Nahverkehr und bei Freizeitangeboten wurden genannt [11]. Der Nachweis kann aber bei potentiellen Wohnungsgebern, bei einer Familienzusammenführung oder anderen Anliegen wichtig sein [7].

Fehlende Beratungsstrukturen für die Betroffenen

Abschließend wurde kritisch von den Akteuren der Praxis angemerkt, dass es kaum Beratungsstrukturen für die Personengruppe geflüchteter Menschen mit Behinderungen gebe. Informationsmanagement und Beratung zum Thema Behinderung und Versorgung fin-

de nur eingeschränkt statt. Dies sei aber eine zwingende Voraussetzung für den Zugang zum Hilfesystem, insbesondere da die Betroffenen und Angehörigen über wenig Erfahrung über das Sozialhilfesystem in Deutschland verfügen. Es bestehen erhebliche Informationsbarrieren. Flächendeckende spezialisierte Beratungseinrichtungen, welche u.a. mit Peer-Counseling arbeiten, seien zielführend [9, 11].

Zusammenfassung der Zugangsbarrieren der Versorgung

Die vielseitigen Zugangsbarrieren, die auf verschiedenen Ebenen zu verorten sind und sich gegenseitig verstärken können, fasst Susanne Schwalgin von Handicap International (2017) passend wie folgt zusammen:

1. **Sozialrechtliche Barrieren**, die sich
a) durch die restriktive Auslegung der Ermessensnorm § 6 AsylbLG kennzeichnen,

b) dadurch charakterisieren, dass bei der Ermessensentscheidung des § 6 AsylbLG die RL 2013/33/EU keine Anwendung auf der Ebene des Bundes, der Länder und Kommunen findet,

c) durch die mangelnde Umsetzung der Möglichkeit die Gesundheitskarte für Geflüchtete innerhalb der ersten 15 Monate ihres Aufenthalts auszugeben, auswirken. Vorteil der Gesundheitskarte ist für die Betroffenen der Wegfall zusätzlicher Wege zum Sozialamt für die Beantragung des Krankenscheins. Ebenso für alle beteiligten Akteure im Gesundheitswesen, die durch die Karte einen gewohnten, leichten Abrechnungsweg statt einem Sonderabrechnungssystem haben.

2. **Barrieren durch mangelnde Sensibilisierung** der Politik, Verwaltung sowie des Haupt- und Ehrenamts in der Flüchtlings- und Behindertenhilfe für behinderungsspezifische Belange.

3. **Barrieren aufgrund unklarer geteilter Verantwortlichkeiten** innerhalb der Verwaltungen an der Schnittstelle der Flüchtlings- und Behindertenhilfe.

4. **Barrieren durch mangelndes Wissen und mangelnde Kompetenzen** seitens der Mitarbeitenden in den Aufnahmeeinrichtungen, insbesondere dazu, eine Beeinträchtigung bzw. Behinderung i.S.d. Artikel 1 der UN-BRK zu erkennen.

5. **Barrieren durch eine mangelnde interkulturelle Öffnung** des Gesundheitssystems im Allgemeinen und der Behindertenhilfe im Besonderen. Es existieren weder sprachliche noch kultursensible Angebote und Maßnahmen, vielerorts fehle es an interkulturellen Kompetenzen sowie an qualifizierten Sprach- und Kulturmittlerinnen und -mittlern.

6. **Sprachliche Barrieren**, die durch die Bürokratiesprache verschärft werden.

7. **Barrieren durch Informationsdefizite** seitens der Geflüchteten über kulturelle Konzepte von Behinderung in Deutschland sowie dem Behindertenhilfesystem [9].

IV. PRAXISBERICHTE ZUR UNTERBRINGUNGSSITUATION GEFLÜCHTETER MENSCHEN MIT BEHINDERUNGEN

Die Unterbringung geflüchteter Menschen ist abhängig vom Stadium des Asylverfahrens. Zunächst erfolgt eine Unterbringung in so genannten Erstaufnahmeeinrichtungen (EAE), i.d.R. in örtlicher Nähe zur Zweigstelle des Bundesamts für Migration. Nach maximal sechs Monaten des Aufenthalts in der EAE erfolgt eine Anschlussunterbringung in den zugewiesenen Kommunen, überwiegend in Gemeinschaftsunterkünften oder seltener dezentral in Einzelwohnungen.

Systematisch erhobene, bundeslandübergreifende empirische Daten zu den konkreten Lebensbedingungen in Aufnahme- und Gemeinschaftsunterkünften sowie zur durchschnittlichen Aufenthaltsdauer dort fehlen weitgehend. Die wenigen bestehenden qualitativen Untersuchungen (zusammengefasst in einer Expertise der Robert-Bosch-Stiftung [8]) geben allerdings deutliche Hin-

weise auf ungünstige Lebensbedingungen, insbesondere in den Sammelunterkünften (teilweise mit mehreren hundert Menschen). Beispielsweise sind bauliche Mängel, eine schlechte infrastrukturelle Lage, räumliche Enge und das Zusammenleben vieler Menschen mit unterschiedlichen nationalen, ethischen und religiösen Hintergründen nachgewiesen. Den Bedarfen von Personen mit (körperlichen, kognitiven und/oder psychischen) Beeinträchtigungen wird oftmals nicht entsprochen. In der Wahrnehmung der geflüchteten Menschen erhöht sich die Lebensqualität wesentlich, wenn eine Unterbringung in Wohnungen erfolgt [8].

Einrichtungen für besonders schutzbedürftige Geflüchtete

Bundesweit gibt es ebenso keine systematische Darstellung von Unterbringungseinrichtungen für besonders schutzwürdige Personen bzw. geflüchtete Menschen mit Behinderungen.²⁸ Aus der Praxis wurde über Einrichtungen für besonders schutzwürdige Personen berichtet, welche vorwiegend in Großstädten anzutreffen sind (bspw. in Berlin²⁹, Köln, Hamburg und München). In ländlichen Gebieten fehle es an bedarfsgerechter Unterbringung für geflüchtete Menschen mit Behinderungen. Vielerorts sind die als barrierefrei deklarierten Einrichtungen lediglich für Rollstuhlfahrende und gehbehinderte Menschen barrierefrei zugänglich, nicht für Menschen mit Sinnesbeeinträchtigungen (z.B. in Hamburg, Bayern, Baden-Württemberg, Berlin, Niedersachsen, Sachsen-Anhalt). Es fehle aber auch in diesen an barrierefreien Badezimmern ebenso seien oftmals nicht alle Gebäudeteile erreichbar [9, 11]. Die neuen (Container-)Bauten seien überwiegend nach DIN-Normen ausgestattet und haben somit einen ebenerdigen Zugang sowie entsprechende Toiletten, die mit Rollstühlen begehbar sind. Pflegebetten sind in den Unterkünften kaum verfügbar, teilweise werden daher geflüchtete Menschen mit Pflegebedarf in Altenpflegeheimen untergebracht [9].

Angemessenheit der Unterkünfte für alle Behinderungsformen

Unterkünfte, die alle Arten von Beeinträchtigungen (Sinnesbeeinträchtigungen, kognitive Beeinträchtigungen, psychische Beeinträchtigungen) gerecht würden, sind bundesweit nicht existent bzw. bekannt. In allen Bundesländern werden die Unterkünfte als nicht ausreichend ausgestattet bewertet. Informationsmaterialien in Brailleschrift oder leichter Sprache seien nicht bekannt, oftmals seien die Informationen auch nur in deutscher Sprache verfügbar. In denjenigen Kommunen, in denen der Deutsche Gehörlosenverbund in der Geflüchtetensozialarbeit aktiv ist, existiere teilweise ein Zugang zu unentgeltlich tätigen Gebärdensprachdolmetschenden³⁰ [9]. Der hohe Bedarf an psychologischer und psychosozialer Versorgung könne in den Sammelunterkünften ferner nicht gedeckt werden [5, 9, 11].

Defizite bei der Unterbringung

Einhellig wurde der deutliche Mangel an Unterbringungsmöglichkeiten für besonders schutzwürdige Personen bzw. geflüchtete Menschen mit Behinderungen von den Praktikerinnen und Praktikern betont, insbesondere auch für barrierefreie Unterkünfte (EAE, Folgeunterkünfte als auch Wohnungen) [5, 9]. Grundsätzlich sei es äußerst schwierig Wohnraum für geflüchtete Menschen auf dem allgemeinen Wohnungsmarkt zu bekommen, insbesondere in Großstädten. Barrierefreie Wohnungen seien kaum zu ermöglichen [9, 11].

Aufgrund der fehlenden Sichtbarkeit bzw. Anerkennung schutzbedürftiger Geflüchteter sei die Berücksichtigung besonderer Bedarfe bei der Unterbringung schwierig. Es fehlen zudem bundesweit einheitliche gesetzliche Mindeststandards zu den Erstaufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften, so die Meinung der Praxisexpertinnen und -experten. So ist die bauliche und qualitative Situation zwischen den Kommunen aber auch innerhalb von (Groß-)

Städten (bspw. Hamburg) sehr unterschiedlich [5, 9, 11].

Bei der Weiterverteilung der Menschen in die Kommunen würde der behinderungsspezifische Bedarf teilweise nicht beachtet bzw. kommuniziert und entsprechend weiterhin berücksichtigt.

Alle Akteure konnten von zahlreichen Fallgeschichten eindrücklich berichten, welche die geschilderten Problemlagen verdeutlichen.³¹

V. FAZIT MIT EMPFEHLUNGEN AUS DER PRAXIS AN POLITIK, VERWALTUNG UND GESELLSCHAFT

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass vermutlich eine größere Anzahl geflüchteter Menschen Beeinträchtigungen oder gesundheitliche Probleme haben. Dieser Personengruppe wird im Asylverfahren nicht entsprechend Rechnung getragen. Der Zugang zu Sozialleistungen, zum Hilfesystem sowie Integrationsmaßnahmen für geflüchtete Menschen sind nicht barrierefrei ausgestaltet, es bestehen vielseitige Zugangsbarrieren [9]. Eine nicht angemessene Versorgung, die den Bedarfen nicht gerecht wird, kann eine Verschlechterung der gesundheitlichen Verfassung bzw. hinzukommende Erkrankungen verursachen. Aus dem intersektionalen Wechselspiel von Flucht und Behinderung kann zudem eine verstärkte Benachteiligung entstehen. Wenn andere Kategorien, die mit einer Ungleichbehandlung einhergehen, wie bspw. Geschlecht, Alter oder Sexualität hinzukommen, kann sich diese Situation zudem noch verschärfen [5].

Die Akteure der Praxis gehen davon aus, dass in der Fläche wesentlich mehr Verletzungen der Menschen- und Grundrechte in der Versorgung und Unterbringung stattfinden als bei der Anhörung des DIMR aufgezeigt werden konnten [11].

Um dem entgegen zu wirken, wird empfohlen ein bundesweites, interdisziplinäres und kultursensibles Forschungsvorhaben zu konzipieren, um valide

Aussagen zu den individuellen, lebensweltorientierten Bedarfs- und Versorgungslagen treffen zu können [11]. Darüber hinaus wird einhellig die konsequente Umsetzung der RL 2013/33/EU gefordert, mit der Implementierung eines qualifizierten Verfahrens zur Feststellung, Bedarfsermittlung sowie Erstversorgung und Behandlung besonders schutzbedürftiger Geflüchteter [5, 7, 9, 11], begleitet von einer kontinuierlichen Datenerhebung. Die Barrierefreiheit von Einrichtungen, Unterkünften und Behörden müsse gewährleistet sein [5, 7]. Ebenso müsse eine grundsätzliche Bewusstseinsbildung im Umgang mit Geflüchteten mit Behinderungen, einschließlich Sensibilisierungen, Schulungen und Vernetzung von staatlichen und nicht-staatlichen Behörden und Einrichtungen gefördert werden [5, 7, 11]. Zudem bedarf es Beratungsangebote und Aufklärung der Betroffenen über ihre Rechte sowie eine Förderung ihrer Mitbestimmungsmöglichkeiten [5, 7, 11].

LITERATUR

[1] BafF (2016): Stellungnahme der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BafF e.V. zur Öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit am 08.06.2016. Abzurufen unter: www.bundestag.de/blob/426680/5813a4bc9e1c8f6234688c256c8ebf4/bundesweite-arbeitsgemeinschaft-psychosozialer-zentren-fuer-fluechtlinge-und-folteropfer-e-v---baff--data.pdf [Stand: 6.7.2017].

[2] Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2016): Zweiter Teilhaberbericht über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Abzurufen unter: www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Pressemitteilungen/2017/zweiter-teilhaberbericht.pdf?__blob=publicationFile&v=7 [Stand: 30.5.2017].

[3] Frings, Dorothee (2016): Umsetzung bzw. Anwendung der Aufnahme richtlinie. Beitrag zur Tagung: Veränderung. Hohenheimer Tage zum Migrationsrecht 2016. 29-31.01.2016 in Stuttgart-Hohen-

heim. Abzurufen unter: www.akademie-rs.de/fileadmin/user_upload/download_archive/migration/20160129_frings_Aufnahmerichtlinie.pdf [Stand: 16.9.2016].

[4] Gesundheit für Geflüchtete Kampagne von Medibüros und Medinetzen (2017): Erfahrungsbericht/Stellungnahme von Medibüros und Medinetzen in Deutschland zur medizinischen Versorgungssituation geflüchteter Menschen mit Beeinträchtigung/Behinderung für die Monitoring-Stelle des Deutschen Instituts für Menschenrechte. Abzurufen unter: http://gesundheit-gefluechtete.info/wp-content/uploads/2016/02/2017_1_31_Stellungnahme_DIMR_gefl%C3%BCchtete_Menschen_mit_Behinderungen_von_Medibueros_Medinetzen.pdf [Stand: 1.6.2017].

[5] Lebenshilfe Landesverband Hamburg (2016): Schutzkonzept für geflüchtete Menschen mit Behinderung. Erste Fassung, November 2016. Lebenshilfe Landesverband Hamburg, Projekt ZuFlucht. Abzurufen unter: www.lebenshilfe-hamburg.de/media/1240/2016-11-22_schutzkonzept.pdf [Stand: 30.5.2016].

[6] MINA Leben in Vielfalt e.V. (2017): Stellungnahme zur Anhörung DIMR.

[7] Netzwerk Flüchtlinge mit Behinderung Köln (2017): Konsultation zum Thema Flüchtlinge mit Behinderung. Diakonie Michaelshoven.

[8] Robert Bosch Stiftung (2016): Was wir über Flüchtlinge (nicht) wissen. Der wissenschaftliche Erkenntnisstand zur Lebenssituation von Flüchtlingen in Deutschland. Eine Expertise im Auftrag der Robert Bosch Stiftung und des SVR-Forschungsbereichs. Januar 2016. Abzurufen unter: www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/RBS_SVR_Expertise_Lebenssituation_Fluechtlinge.pdf [Stand: 30.5.2017].

[9] Schwalgin, Susanne (2017): Stellungnahme zum Thema Flüchtlinge mit Behinderung für das Deutsche Institut für Menschenrechte von Handicap International. 31. Januar 2017.

[10] Schwalgin, Susanne (2015): Flüchtlinge mit Behinderung und ihr Zugang zum deutschen Hilfesystem. Köln: Infodienste Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung. Abzurufen unter: www.infodienst.bzga.de/?uid=64cc427f39833454db5facf3dbbd10c5&id=teaserext9&idx=5562. [Stand: 16.9.2016].

[11] Schöneck, Jacqueline; Schuh, Cordula (2017): Beitrag des AWO Bundesverbandes zur Konsultation „Versorgungs- und Unterbringungssituation von Flüchtlingen mit Behinderungen“. Stand Januar 2017. Abzurufen unter www.awo.org/sites/default/files/2017-02/Beitrag%20des%20AWO%20Bundesverbandes%20Verb%C3%A4ndekonsultation%2014.02.2017%20final.pdf [Stand: 29.5.2017].

[12] Zentrum Überleben (2017): Schriftliche Stellungnahme durch das Zentrum ÜBERLEBEN gGmbH – Abteilung für Flüchtlingshilfen und Migrationsdienste.

¹ Als geflüchtete Menschen werden hier vereinfacht all diejenigen Menschen verstanden, die auf der Flucht sind oder einen Fluchthintergrund haben. Die verschiedenen Gruppen nach Aufenthaltsrecht werden hier nicht unterschieden (bspw. Personen mit Asylberechtigung nach Art. 16a GG, Personen mit Flüchtlingsschutz gemäß der Genfer Flüchtlingskonvention, Personen mit subsidiärem Schutz, im laufenden Asylverfahren, sog. Resettlementflüchtlinge, Personen deren Asylantrag abgelehnt ist, deren Abschiebung aber ausgesetzt ist [sog. Duldung] oder Personen die vollziehbar ausreisepflichtig sind). Relevant für den folgenden Beitrag ist insbesondere der Zugang zum Leistungsrecht für die Menschen, hier i.d.R. dem Asylbewerberleistungsgesetz.

² In dem Beitrag wird der Behinderungsbe-griff der UN-Behinderungskonvention zu Grunde gelegt.

³ Dazu zählen: Minderjährige, unbegleitete Minderjährige, Menschen mit Behinderung, ältere Menschen, Schwangere, Alleinerziehende mit minderjährigen Kindern, Opfer des Menschenhandels, Personen mit schweren körperlichen Erkrankungen, Personen mit psychischen Erkrankungen und Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, wie z.B. Opfer der Verstümmelung weiblicher Genitalien (Vgl. Art. 21 RL 2013/33/EU).

⁴ Vgl. BT.-Drs. 18/11603.

- ⁵ Die aus den Stellungnahmen hervorgehenden Erkenntnisse fließen in den Menschenrechtsbericht des DIMR an den Bundestag zum Ende des Jahres 2017 ein.
- ⁶ Das Programm mit den Organisationen ist abzurufen unter: www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/PDF-Dateien/Programme/Programm_Anhoerung_Fluechtlinge_mit_Behinderungen_15_2_2017.pdf [Stand: 30.5.2017].
- ⁷ Handicap International hat in der vorgenommenen Online-Befragung von Oktober 2016 bis Januar 2017 110 Kontakte angeschrieben und eine Rückmeldung von 33 Einrichtungen aus neun Bundesländern (aus Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Schleswig-Holstein und Thüringen) erhalten [9]. Der AWO Bundesverband hat in seiner verbandsinternen Abfrage von Dezember 2016 bis Januar 2017 Antworten aus insgesamt 24 Einrichtungen aus sieben Bundesländern (Bayern, Schleswig-Holstein, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Berlin, Baden-Württemberg und Sachsen-Anhalt) bekommen [11].
- ⁸ Diese befinden sich ausschließlich in den Großstädten wie Berlin (Berliner Netzwerk für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge mit sieben Fachberatungsstellen)[12], Hamburg (Projekt Zuflucht der Lebenshilfe Landesverband Hamburg) [5], Köln (Netzwerk Flüchtlinge mit Behinderung Köln der Diakonie Michalshoven) [7] und München (Projekt ComIn von Handicap International e.V.) [9].
- ⁹ Vertiefend siehe [9, 12].
- ¹⁰ So die Antworten auf die Kleinen Anfragen 1. der Linken vom 10.3.2016 (BT.-Drs. 18/7831) und 2. der Grünen vom 22.3.2017 (BT.-Drs. 18/11603).
- ¹¹ Vgl. die Antwort des Berliner Senats auf die schriftliche Anfrage von Fabio Reinhardt vom 17.3.2016, abzurufen unter: <http://pardok.parlament-berlin.de/starweb/adis/citat/VT/17/SchrAnfr/s17-18249.pdf> [Stand: 31.5.2017].
- ¹² Vertiefend siehe dazu Schülle: Gesundheits- und Teilhabeleistungen für asylsuchende Menschen mit Behinderungen: Zugang zu Gesundheits- und Teilhabeleistungen für asylsuchende Menschen mit Behinderungen – Teil I: rechtliche Barrieren; Beitrag D17-2017 unter www.reha-recht.de; 18.05.2017 sowie Teil II: praktische Barrieren und Möglichkeiten; Beitrag D18-2017 unter www.reha-recht.de; 19.05.2017.
- ¹³ Vertiefend zur Länderverteilung und praktische Details zur Gesundheitskarte für Geflüchtete siehe: <http://gesundheitsgefuechtete.info/>.
- ¹⁴ Insbesondere ist hier die Ausgabep Praxis der Behandlungsscheine durch nicht medizinisches Personal in der Kritik. Nur in wenigen Fällen wird der Mehraufwand eines ärztlichen Gutachtens unternommen und somit den besonderen medizinischen Bedarfen von Asylsuchenden mit Beeinträchtigungen entsprochen. In der Regel entscheiden medizinische Laien, ob eine Behandlung genehmigt wird oder nicht. Wenn Amtsärztinnen oder Ärzte hinzugezogen werden, so fällt teilweise deren medizinische Entscheidung über eine Behandlung nach ihrer „persönlichen“ Interpretation und dem Verständnis des §§ 4 und 6 AsylbLG aus. Das heißt, sie entscheiden dann nicht rein nach ärztlichen Kriterien [4].
- ¹⁵ Vgl. Antwort des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales vom 21.02.2011, abzurufen unter: http://ggua.de/fileadmin/downloads/tabellen_und_uebersichten/Brief_von_der_Leyen_dolmetscherkosten.pdf [Stand: 12.7.2017].
- ¹⁶ Vgl. Schreiben des Landes Schleswig-Holstein an die Kommunen zur Durchführung des AsylbLG vom 18.06.2015, abzurufen unter: <http://gesundheitsgefuechtete.info/wp-content/uploads/2016/04/Erlass-Dolmetscherkosten-Arztbesuche-SH-1.pdf> [Stand: 12.7.2017].
- ¹⁷ Vgl. Schreiben vom Ministerium für Inneres und Kommunales des Landes Nordrhein-Westfalen vom 28.12.2011, abzurufen unter: http://ggua.de/fileadmin/downloads/tabellen_und_uebersichten/Erlass_NRW_2011-12-28_Fahrt_und_Dolmetscherkosten.pdf [Stand: 12.7.2017].
- ¹⁸ Vgl. Schreiben des Ministeriums für Integration, Familie, Kinder, Jugend und Frauen des Landes Rheinland Pfalz vom 12.12.2013, abzurufen unter: https://mffjiv.rlp.de/fileadmin/mifkjf/Integration/Rundschreiben_Kostenuebernahme_psych_Erkrankung__4_AsyblLG.pdf [Stand: 12.7.2017].
- ¹⁹ Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, Sachsen (16.12.2015): Interpretationshilfe nach Asylbewerberleistungsgesetz. Abzurufen unter: www.asylinfo.sachsen.de/download/asyll_AsyblLG_Gesundheitsversorgung_Interpretationshilfe.pdf [Stand: 17.1.17].
- ²⁰ Vertiefend siehe: Institut für Ärztliche Qualität im Gesundheitswesen in Schleswig-Holstein (17.02.2016): Interpretationshilfe nach AsylbLG, abzurufen unter: www.kvsh.de/admin/ImageServer.php?download=true&ID=3612@KVSH [Stand: 17.7.2017].
- ²¹ Ein Rundschreiben vom Ministerium für Familie, Frauen, Jugend, Integration und Verbraucherschutz Rheinland-Pfalz stellte am 24.1.2017 klar, dass die Norm § 2 AsylbLG rechtsverbindlich ist und mit der Gesundheitskarte auszuführen ist. Abzurufen unter: https://mffjiv.rlp.de/fileadmin/mifkjf/Integration/Rundschreiben_RS_vom_24.01.2017_-_Umsetzung__2_Abs_1_AsyblLG_iVm_264_Abs_2_SGB_V.pdf [Stand: 31.1.2017].
- ²² BVerwG, Beschluss vom 20.07.2001 – 5 B 50/01; Hohm 2010, § 6 RdNr. 162.
- ²³ BSG, Urteil vom 20.12.2012 – B 7 AY 1/11 R.
- ²⁴ Vertiefend siehe dazu: Schülle: Ausschluss von Eingliederungsleistungen für Asylsuchende durch das Bundesteilhabegesetz – Überblick der Diskussion mit Ausblick für die Umsetzung; Beitrag D53-2016 unter www.reha-recht.de; 25.11.2016.
- ²⁵ Siehe vertiefend dazu auch Schülle, Fn. 12.
- ²⁶ Die Stadt Hamburg zum Beispiel verneint die Gewährung von Eingliederungshilfe nach § 6 AsylbLG grundsätzlich, mit der Begründung, dass Eingliederungshilfen regelhaft eine soziale Integration der Leistungsberechtigten zum Ziel haben und diese durch den nur vorübergehenden Aufenthalt bei Asylsuchenden nur sehr gering anzusehen sei. Lediglich im Einzelfall, wenn von einem längeren Aufenthalt auszugehen ist (Aufenthaltsdauer = Maßnahmedauer) können – nach der Überprüfung durch das Gesundheitsamt – ambulante und stationäre Maßnahmen der Eingliederungshilfe (unter den fachlichen Vorgaben der §§ 53 ff. SGB XII)

gewährt werden. (Vgl. Hamburg, Fachanweisungen zum AsylbLG, abzurufen unter: www.hamburg.de/basfi/asylblg-06/ [Stand 3.7.17]).

²⁷ Kritisch siehe dazu: BSG, Urteil vom 29.04.2010 – B 9 SB 2/09 R – Vgl. auch Gagel, Umsetzung der UN-Behinderterrechtskonvention – hier: Recht auf Feststellung des GdB und des Schwerbehindertenstatus für lediglich geduldete Ausländer, Beitrag A 13/2010 unter www.reha-recht.de und siehe hierzu die Ausführungen zum Vortrag von W. Kohte auf dem 26. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium, nachzulesen bei Schülle : Bericht zum 26. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium – Teil II: Schwerpunkt Rehabilitation und Migration; Beitrag D23-2017 unter www.reha-recht.de.

²⁸ Die Bundesregierung ist der Auffassung, dass eine übergreifende systematische Erfassung nicht angezeigt sei, da die Länder für die Versorgung und Unterbringung

zuständig seien (so auf die kleine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen, BT.-Drs. 18/11603).

²⁹ Z.B. das Marie-Schlei-Haus, Refugium Lichtenberg, weitere Unterkünfte im Südwesten Berlins.

³⁰ Allerdings bestehe hier in der Praxis die Herausforderung Sprachdolmetscherinnen und -dolmetscher zu finden, welche die entsprechenden Fremdsprachen beherrschen.

³¹ Lösungsansätze bzw. zu beachtende Kriterien bei der Unterbringung von besonders schutzwürdigen Personen bzw. geflüchteten Menschen mit Behinderungen sind in den Stellungnahmen von Handicap International [9] und AWO [11] sowie der Lebenshilfe Hamburg [5] einzusehen.

Die Autorin:

MIRJAM SCHÜLLE (M.Sc.)
Wissenschaftliche Mitarbeiterin im
Fachgebiet Behinderung und Inklusion,
Universität Kassel



Rechtssichere und moderne QM-Zertifizierung für Rehabilitationskliniken mit dem neuen

KTQ-Reha Katalog 2.0

Das KTQ-Verfahren stellt den Einrichtungen im Gesundheitswesen eine praxisnahe Orientierung für ihr Qualitätsmanagement und ihre Verbesserungspotenziale zur Verfügung. Im neuen Reha-Katalog 2.0 wurden wichtige Kriterien zur Patientensicherheit und zu haftungsrechtlichen Aspekten neu akzentuiert und die Bearbeitung deutlich vereinfacht.

Auf dem 17. KTQ-Forum vom 20. und 21. Oktober in Berlin wird der Katalog von den Autoren der Expertengruppe vorgestellt.

Der KTQ-Katalog 2.0 ist von der BAR nach § 20 Abs. 2a SGB IX zugelassen

Das KTQ-Modell bildet mit den sechs Kategorien: Rehabilitandenorientierung, Mitarbeiterorientierung, Sicherheit – Risikomanagement, Informations- und Kommunikationswesen, Unternehmensführung und Qualitätsmanagement, sämtliche Prozesse in den Rehabilitationseinrichtungen ab.

Das KTQ-Verfahren ist seit seiner Gründung führend in der bereichsspezifischen QM-Zertifizierung im Gesundheitswesen.

Weiterführende Informationen erhalten Sie nach Anfrage unter: info@ktq.de / www.ktq.de
Tel.: +49 (0) 30 - 20 64 386 - 0 / Fax: +49 (0) 30 - 20 64 386 - 22

Die KTQ-GmbH ist eine Gesellschaft der Verbände der Kranken- und Pflegekassen auf Bundesebene, der Bundesärztekammer – Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern, der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. und des Deutschen Pflegerates e.V.

ANZEIGE

