



Bundesverband e.V.

**Beitrag des AWO Bundesverbandes zur Konsultation
„Versorgungs- und Unterbringungssituation von Flücht-
lingen mit Behinderungen“**

Stand Januar 2017

Die Arbeiterwohlfahrt (AWO) bedankt sich bei der Monitoring-Stelle zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention für die Einladung zu einem Beitrag im Rahmen der Konsultation zur Versorgungs- und Unterbringungssituation von Flüchtlingen mit Behinderungen.

Die AWO gehört zu den sechs Spitzenverbänden der Freien Wohlfahrtspflege in Deutschland. Sie ist aufgrund ihrer Geschichte als Teil der Arbeiterbewegung und ihres gesellschaftspolitischen Selbstverständnisses ein Wohlfahrtsverband mit besonderer Prägung. Die AWO wird bundesweit getragen von 341.000 Mitgliedern, 66.000 ehrenamtlichen und 212.000 hauptamtlichen Mitarbeitenden. Die AWO ist Trägerin von zahlreichen Einrichtungen und Diensten für geflüchtete Menschen und Menschen mit Behinderungen im gesamten Bundesgebiet. Die AWO tritt für eine solidarische nationale sowie europäische Flüchtlingspolitik ein, die jedem einzelnen geflüchteten Menschen gerecht wird. Glaubwürdigkeit kann jedoch nur durch eine konsistente politische Gesamtstrategie erreicht werden, die die Menschenrechte im In- und Ausland schützt, fördert und verbreitet. Für uns ist Inklusion ein Leitprinzip, um die gleichberechtigte Teilhabe aller an der Gesellschaft zu verwirklichen. Wir treten dafür ein, allen Menschen einen gleichberechtigten Zugang zu ökonomischen, ökologischen, sozialen und kulturellen Ressourcen der Gesellschaft zu eröffnen. Strukturelle Benachteiligungen, Diskriminierung sowie Zugangsbarrieren von der politischen bis zur institutionellen Ebene gilt es zu identifizieren und abzubauen. Anschlussfähig und eng mit Inklusion verknüpft ist das sozialpolitische Konzept der Interkulturellen Öffnung¹, das die Teilhabe von Einwanderer*innen an Dienstleistungen gewährleistet und damit Chancengerechtigkeit herstellt.

Zu den nationalen Hauptaufgaben gehört es, die nach Deutschland geflüchteten Menschen beim Ankommen in dieser Gesellschaft zu unterstützen. Ein sehr frühes Ansetzen ist dabei von besonderer Bedeutung, um nicht die vorhandene Motivation und Energien bei den angekommenen Menschen zu vernichten. Als essentiell für einen gelingenden Integrationsprozess betrachten wir aller Erfahrung nach die Gestaltung von Begegnung mit der Aufnahmegesellschaft und die Ermöglichung von Teilhabe in allen gesellschaftlichen Lebensbereichen.

1 Vgl. Gemeinsame Erklärung zur interkulturellen Öffnung und zur kultursensiblen Arbeit für und mit Menschen mit Behinderung und Migrationshintergrund der BAGFW und der Fachverbände für Menschen mit Behinderungen, 2011, http://www.bagfw.de/fileadmin/user_upload/Aktivitaeten/FT_Migration_und_Behinderung/Gemeinsame_Erklaerung_2012-01-23_final.pdf

Auf Basis der uns vorliegenden Einzelschicksale betrachtet die AWO mit großer Sorge, dass die besonderen Bedürfnisse, insbesondere die asylsuchender Menschen mit Behinderungen - darunter auch Kinder und Jugendliche mit und ohne familiäre Begleitung, alleinerziehend Verantwortliche, lebensbedrohlich erkrankte und auch ältere, pflegebedürftige Menschen - nicht frühzeitig erkannt werden. Dies kann einerseits dazu führen, dass diese Bedürfnisse im Asylverfahren nicht oder nicht korrekt berücksichtigt werden und sich dies im Asylverfahren nachteilig auswirkt. Andererseits erhalten die von Behinderung betroffenen Menschen keinen oder einen schlechten Zugang zu bedarfsgerechten medizinischen und psychosozialen Unterstützungsleistungen und Hilfsmitteln, welches zu zusätzlichen Diskriminierungserfahrungen, gesundheitlichen Gefährdungslagen und mangelnden Teilhabechancen einer besonders vulnerablen Gruppe führt.² Des Weiteren möchten wir an dieser Stelle die uns bekannten Berichte über gut funktionierende Prozessketten vor Ort besonders hervorheben. Diese auf kommunaler Ebene funktionierenden Beispiele guter Praxis zwischen kommunaler Behörde, sozialen und gesundheitlichen Einrichtungen und Diensten und ehrenamtlich Engagierten verdienen eine ausdrückliche Aufmerksamkeit.

Die AWO bewertet daher diese Abfrage als sehr wichtige Initiative auf dem Weg zur weiteren Umsetzung der Behindertenrechtskonvention in Deutschland und beteiligt sich gerne durch diesen Beitrag zur Aufklärung der Versorgungs- und Unterbringungssituation von geflüchteten Menschen mit Behinderungen.

Unser besonderer Dank gilt den haupt- und ehrenamtlichen Kolleginnen und Kollegen der Arbeiterwohlfahrt bundesweit, die diesen Beitrag durch ihre Erfahrungen und Erkenntnisse, die sie in die Befragung eingebracht haben, ermöglicht haben.

AWO Bundesverband
Berlin, den 03.02.2017

² Vgl. Bericht Human Rights Watch „Greece: Refugees with Disabilities Overlooked, Underserved“, 2017, <https://www.hrw.org/news/2017/01/18/greece-refugees-disabilities-overlooked-underserved> sowie die von Handicap International e. V. und Help Age International e. V. veröffentlichte Studie „Hidden Victims of the Syrian Crisis: disabled, injured and older refugees“, 2014, <https://www.handicap-international.de/neuigkeiten/syrien-die-unsichtbaren-opfer>

Inhalt

A.	Einleitung	Seite 5 - 8
B.	Zusammenfassung der Ergebnisse	Seite 9 - 34
I.	Identifikation	Seite 9 - 15
II.	Versorgung	Seite 16 - 29
III.	Unterkunft	Seite 30 - 35
C.	Empfehlungen	Seite 36 - 40

A. Einleitung

Unserer freiheitlichen demokratischen Gesellschaftsordnung liegt die Einsicht zugrunde, dass alle Menschen in ihrer Würde und in ihren Rechten gleich sind. Die Bundesrepublik Deutschland (Deutschland) hat zahlreiche Menschenrechtsabkommen ratifiziert und ist zur Umsetzung dieser verpflichtet. Seit dem 26. März 2009 ist die UN-Behindertenrechtskonvention (UN-BRK) in Deutschland geltendes Recht. Alle staatlichen Stellen sind verpflichtet, die Rechte von Menschen mit Behinderungen in ihrem Hoheitsbereich zu schützen, zu achten und zu gewährleisten. Es geht dabei nicht um Spezialrechte für behinderte Menschen, sondern um eine Konkretisierung bestehender politischer, sozialer und kultureller Menschenrechte.

Deutschland ist gemäß Art. 4 UN-BRK dazu verpflichtet, alle geeigneten und wirksamen Maßnahmen zur Umsetzung dieses Völkerrechts zu treffen. Gemäß Art. 26 UN-BRK ist Deutschland verpflichtet *„Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Unabhängigkeit, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und diese zu bewahren.“* Deutschland soll zu diesem Zweck umfassende Habilitations- und Rehabilitationsdienste und –programme, insbesondere auf dem Gebiet der Gesundheit, der Beschäftigung, der Bildung und der Sozialdienste organisieren, stärken und erweitern. Diese Leistungen sollen in einem frühestmöglichen Stadium ansetzen, auch in ländlichen Gebieten gemeindenah zur Verfügung stehen, die Inklusion vor Ort zum Ziel haben und auf einer multidisziplinären Bewertung der Stärken und Bedürfnisse des einzelnen Menschen beruhen. Deutschland ist außerdem verpflichtet, das in der UN-BRK in Art. 4 Abs. 3³ verankerte Partizipationsprinzip auch im Bereich der Asyl- und Integrationspolitik stringent anzuwenden. Eine volle, wirksame und gleichberechtigte Teilhabe von geflüchteten Menschen mit Behinderungen kann nur auf diese Weise verwirklicht und Diskriminierung beendet werden.

Verschiedene EU-Richtlinien des Gemeinsamen Europäischen Asylsystems (Aufnahmerichtlinie, Asylverfahrensrichtlinie und Qualifikationsrichtlinie) fordern die Berücksichtigung

3 „Bei der Ausarbeitung und Umsetzung von Rechtsvorschriften und politischen Konzepten zur Durchführung dieses Übereinkommens und bei anderen Entscheidungsprozessen in Fragen, die Menschen mit Behinderungen betreffen, führen die Vertragsstaaten mit den Menschen mit Behinderungen, einschließlich Kindern mit Behinderungen, über die sie vertretenden Organisationen enge Konsultationen und beziehen sie aktiv ein.“

der besonderen Bedürfnisse von besonders schutzbedürftigen Flüchtlingen. Berücksichtigt werden soll „die spezielle Situation von schutzbedürftigen Personen wie Minderjährigen, unbegleiteten Minderjährigen, Behinderten, älteren Menschen, Schwangeren, Alleinerziehenden mit minderjährigen Kindern, Opfern des Menschenhandels, 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, wie z. B. Frauen, die Opfer der Verstümmelung weiblicher Genitalien“ (Art. 21 EU-Aufnahme-RL 2013). Zu dieser nicht abschließenden Gruppe müssen auch Personen mit nicht-heterosexueller Orientierung gezählt werden, nachdem auch sie besondere Bedürfnisse bei der Unterbringung, Versorgung und im Asylverfahren haben können. Die Aufnahme-RL sichert diesen schutzbedürftigen Personen eine bedarfsgerechte Unterbringung und Versorgung zu. Die Asylverfahrens-RL sieht in den Art. 24, 31, 35, 38 „besondere Verfahrensgarantien“ für eine spezielle Personengruppe vor. Dazu gehört der „Antragsteller, dessen Fähigkeit, die Rechte aus dieser Richtlinie in Anspruch nehmen und den sich aus dieser Richtlinie ergebenden Pflichten nachkommen zu können, aufgrund individueller Umstände eingeschränkt ist“ (Artikel 2 d). Die Qualifikations-RL berücksichtigt bei der Ausformulierung des internationalen Schutzes gem. Art. 20 Abs. 3 die Situation der besonders Schutzbedürftigen.

Im Juli 2015 lief die Umsetzungsfrist der Aufnahme- und Verfahrensrichtlinie aus und die Regierung versäumte in Deutschland bundesweite Standards zu etablieren. Die Qualität der medizinischen und psychosozialen Versorgung von besonders Schutzbedürftigen ist somit nach wie vor von den lokalen Begebenheiten abhängig. Ein Zusammenschluss aus zwölf Wohlfahrtsverbänden, Anwalts- und Richtervereinigungen sowie Menschenrechtsorganisationen, dem die AWO ebenfalls angehört, fordert seit vielen Jahren die im Asylverfahren bekannten strukturellen Mängel zu beheben, um jedem Menschen, ein sorgfältiges und faires Asylverfahren zu garantieren.⁴

Die Kommunen sind durch Bundes- und Landesgesetze dazu verpflichtet, ihnen zugewiesene geflüchtete Menschen aufzunehmen, unterzubringen und zu versorgen. Die Versorgung mit Sozialleistungen der asylsuchenden Menschen wird über das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) geregelt. Die Unterbringung wird durch das Asylgesetz (AsylG)

4 Vgl. „Memorandum für faire und sorgfältige Asylverfahren in Deutschland - Standards zur Gewährleistung der asylrechtlichen Verfahrensgarantien“, 2016, <https://www.proasyl.de/news/memorandum-zu-asylverfahren-zeigt-qualitaetsmaengel-beim-bamf/>, abgerufen am 31.01.2017

normiert. Da die beiden Bundesgesetze große Ermessensspielräume und unbestimmte Rechtsbegriffe enthalten, entsteht in der föderalen und kommunalen Handlungspraxis ein Flickenteppich, der zu einer ungleichen Versorgungs- und Unterbringungsrealität führt.⁵

Die Gruppe der geflüchteten Menschen ist heterogen. Die Menschen unterscheiden sich in ihren Lebensgeschichten, in ihren Fähigkeiten, ihren Bedarfen und ihren unmittelbaren und zukünftigen Teilhabewünschen- und Chancen. Dringlichste Aufgabe nach der Ankunft in Deutschland ist die Sicherstellung einer bedarfsgerechten, kultursensiblen, individuellen Versorgung und Unterbringung, die an der jeweiligen, individuellen Lebensrealität ansetzt und konkrete Teilhabechancen eröffnet. Seit Jahrzehnten engagiert sich die AWO gemeinsam mit anderen Wohlfahrtsverbänden, Kirchen, Bürgerinitiativen und engagierten Einzelpersonen diese bekannten Versorgungs- und Teilhabedefizite mit bedarfsorientierten, niedrighschwelligem Behandlungs-, Betreuungs- und Teilhabeangeboten aufzufangen – meistens außerhalb des Gesundheits- und Sozialsystems. Insbesondere bei der psychosozialen und therapeutischen Versorgung wird seit Jahren bemängelt, dass es in den meisten Regionen für alle Menschen schwierig ist, zeitnah einen Therapieplatz zu bekommen. Das gilt auch für einen Termin bei einem Facharzt. Aus langen Wartezeiten können Chronifizierungen und/ oder ungünstige Krankheitsverläufe entstehen.

Zur verbandsinternen Abfrage

Im Rahmen der durchgeführten Abfrage im Zeitraum vom 16.12.2016 – 09.01.2017 war es uns nicht möglich geflüchtete Menschen mit Behinderungen persönlich zu ihrer Versorgungs- und Unterbringungssituation zu befragen. Die Antworten bezogen wir ausschließlich über Dritte, die in ihrem beruflichen Umfeld und/oder im Rahmen bürgerschaftlichen Engagements Kontakt zu geflüchteten Menschen mit Behinderungen haben. Daher möchten wir an dieser Stelle darauf aufmerksam machen, dass eine individuelle Biographie, die u. a. die Dimensionen Behinderung und Flucht aufweist, zudem individuelle und/oder kulturspezifische Bedarfslagen, Einstellungen und Haltungen sowie Teilhabebeeinträchtigungen beinhalten kann, die durch diese Erhebung nicht dargestellt werden können. Des Weiteren ist uns aufgefallen, dass sich einige der uns bekannten Einzelfälle zusätzlich, weil beispielsweise minderjährig, unbegleitet und minderjährig, weiblich, in alleinerziehender Verantwortung, aufgrund von Pflegebedürftigkeit, des Überlebens von Folter und/oder Gewalt oder aufgrund einer lebensbedrohlichen Erkrankung, in weitere Kategorien der

⁵ Vgl. Schamman, B., Kühn, H. : „Kommunale Flüchtlingspolitik in Deutschland“, Bonn, 2016 <http://library.fes.de/pdf-files/wiso/12763.pdf> , abgerufen am 30.01.2017

besonderen Schutzbedürftigkeit einordnen ließen. Bundesweit haben wir aus sieben Bundesländern (BY, SH, NI, NW, BE, BW und ST)⁶ 24 Rückmeldungen aus unterschiedlichen Städten (3.500.000 Millionen bis 7.000 Einwohner) und folgenden Bereichen erhalten:

- Asylverfahrensberatungsstelle
- Flüchtlingssozialarbeit
- Ehrenamtlicher Unterstützerkreis/ engagierte Einzelpersonen, die hauptamtlich bei der AWO arbeiten
- Interdisziplinäre Frühförderstelle
- Jugendmigrationsdienst
- Notaufnahmeeinrichtung /Gemeinschaftsunterkunft
- Dezentrale Unterbringung / eigene Wohnung
- Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge und Folteropfer
- Schulbegleitung
- Sozialpsychiatrischer Dienst
- Sprachheilkindergarten
- Werkstätten für behinderte Menschen
- Wohnen für unbegleitete, minderjährige Flüchtlinge

Die Antworten sind daher nicht repräsentativ, geben jedoch Hinweise auf bestehende Versorgungslücken, von denen einige bereits seit vielen Jahren wissenschaftlich dokumentiert sind.⁷

6 Für die einzelnen Bundesländer werden folgende Abkürzungen verwendet: BY = Bayern, SH= Schleswig-Holstein, NI= Niedersachsen, BE= Berlin, BW=Baden-Württemberg, ST= Sachsen-Anhalt

7 Vgl. Robert-Bosch-Stiftung: „Was wir über Flüchtlinge (nicht) wissen - Der wissenschaftliche Erkenntnisstand zur Lebenssituation von Flüchtlingen in Deutschland“, 2016, http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/RBS_SVR_Expertise_Lebenssituation_Fluechtlinge.pdf , abgerufen am 30.01.2017

Vgl. Versorgungsbericht „Zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland“ http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2015/09/Versorgungsbericht_mit-Umschlag_2015.compressed.pdf, 2015, abgerufen am 30.01.2017,

Vgl. Cornelius Lätzsch „Zur Versorgungslage Geflüchteter mit Behinderungen – eine vergleichende Studie zwischen Deutschland und Großbritannien“, Düsseldorf , 2015, http://www.nds-fluerat.org/wp-content/uploads/2015/09/Thesis_Cornelius_Laetzsch.pdf, abgerufen am 30.01.2017

B. Zusammenfassung der Ergebnisse

I. Identifikation

1. Mit wie vielen Flüchtlingen mit Behinderungen hatten Sie im Jahr 2016 bis heute in der Praxis zu tun? Wie relevant ist das Thema in Ihrer Arbeitspraxis?

Der AWO Bundesverband e. V. ist selber nicht Träger von Einrichtungen und Diensten in der Behindertenhilfe und Flüchtlingssozialarbeit. Auf Basis der uns zugegangenen Rückmeldungen konnten jedoch im Jahr 2016 bundesweit 484 geflüchtete Menschen mit Behinderungen identifiziert werden. Darunter befinden sich mindestens 105 Kinder und Jugendliche und 38 erwachsene Menschen über 60 Jahren. Die anderen Altersgruppen wurden nicht näher beschrieben. Zudem haben wir fünf Einzelmeldungen erhalten, die von einer viel höheren Dunkelziffer und weiteren unbekanntem Bedarfslagen ausgehen. Die meisten Rückmeldungen bestätigen, dass das Thema für sie von hoher Relevanz ist. Für zwei rückmeldende Einrichtungen (Gemeinschaftsunterkünfte) hat das Thema keine hohe Relevanz, da nur wenige Menschen mit Behinderungen betreut würden.

2. Welche Formen von Beeinträchtigungen (körperliche, geistige, psychische oder Sinnesbeeinträchtigungen), welches Geschlecht und welche Altersgruppen sind Ihrer Erfahrung gemäß unter den Flüchtlingen mit Behinderungen vertreten?

Unter den gemeldeten Einzelfällen waren alle der genannten Beeinträchtigungen vertreten. Unter den 484 Menschen wurden 165 Beeinträchtigungen nicht näher beschrieben, 165 Menschen mit psychischen Erkrankungen oder seelischen Beeinträchtigungen, 58 Menschen mit körperlichen Beeinträchtigungen, 56 Menschen mit lebensbedrohlichen und/oder chronischen Erkrankungen, 15 Menschen mit geistigen Beeinträchtigungen, 15 Menschen mit Sinnesbeeinträchtigungen sowie 15 Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsauffälligkeiten gemeldet.

Bezogen auf die Geschlechterverteilung haben wir 16 Rückmeldungen erhalten. Darunter waren fünf Nennungen, die die Geschlechter gleich verteilt sahen, eine Nennung, dass

Frauen häufiger vertreten seien und zehn Rückmeldungen, die das männliche Geschlecht als häufiger vertreten angesehen hat.

3. Haben Sie Kenntnis von behördlichen Verfahren zur Identifikation von Flüchtlingen mit Behinderungen? Bitte erläutern Sie die Verfahren. Wenn es kein formales Verfahren gibt, aber eine Identifikation dennoch stattfindet, erläutern Sie bitte wie diese erfolgt.

Um die Versorgung der geflüchteten Menschen mit Behinderungen sicher zu stellen, müssen zunächst die individuellen Bedarfe erkannt werden. Deshalb fordern sowohl Artikel 22 Aufnahme-RL als auch Art. 24 Verfahrens-RL die frühzeitige Identifizierung von besonders Schutzbedürftigen. Derzeit ist in Deutschland jedoch kein einheitliches Identifikationsverfahren vorhanden, nachdem die Richtlinien nicht umgesetzt wurden.

Die Rückmeldungen aus sieben Bundesländern zeigen, dass nicht nur ein bundesweites Verfahren fehlt, sondern Menschen mit besonderem Unterstützungsbedarf auch auf lokaler Ebene nicht systematisch erfasst werden. In keiner Rückmeldung konnte ein behördliches Verfahren zur Identifizierung beschrieben werden.

Aus Berlin ist uns ein - durch die Lotto-Stiftung Berlin und den Beauftragten für Integration und Migration des Senats Berlin gefördertes - Modellprojekt zur Feststellung und Bescheinigung der besonderen Schutzbedürftigkeit bekannt. Dieses Projekt ersetzt jedoch nicht die Umsetzung der Aufnahme-RL in Berlin. Die Feststellung von Bedarfen erfolgt durch Sozialarbeiter*innen und die Asylberatung vor Ort. Die Bescheinigung zur besonderen Schutzbedürftigkeit wird an die vermittelten Personen durch Fachstellen, wie Xenion e. V., das Zentrum Überleben e.V., die Kontakt- und Beratungsstelle Berlin e.V., Beratungs- und Betreuungszentrum für junge Flüchtlinge und Migranten e.V. und das Berliner Zentrum für selbstbestimmtes Leben e. V. ausgestellt. Die genannten Fachstellen sind, wie auch der AWO Kreisverband Berlin-Mitte e. V., Teil des Berliner Netzwerkes für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge.⁸ Dieses Feststellungsverfahren deckt jedoch nicht den Bedarf in Berlin. Die Feststellung, sowie auch die anschließende Versorgung können aufgrund fehlender Ausstattung und begrenzten personellen Kapazitäten nur einen Teil des Bedarfs decken.

8 Vgl. <http://www.migrationsdienste.org/projekte/bns3.html>

Einige Rückmeldungen weisen darauf hin, dass die Einteilung ob ein geflüchteter Mensch aufgrund einer Behinderung in die Kategorie „besondere Schutzbedürftigkeit“ fällt, durch behördliche Inaugenscheinnahme bei der Erstregistrierung im Rahmen des Asylgesuchs oder durch das Sichten von vorgelegten Attesten - sofern diese vorgelegt werden können - stattfindet. Es kommt auch zu Befragungen und/oder der Inaugenscheinnahme in der Erstaufnahmeeinrichtung. In einigen Rückmeldungen werden auch die Gesundheitsuntersuchungen in den Landeserstaufnahmeeinrichtungen benannt, welche jedoch zunächst nur dem Screening auf ansteckende Infektionskrankheiten dienen. Die meisten Rückmeldungen weisen darauf hin, dass das Aufnahmegespräch mit sozialpädagogischen Mitarbeiter*innen der Aufnahmeeinrichtungen der Ort ist, bei welchem das Thema Behinderung bei entsprechender Thematisierung, Sichtbarkeit und/oder Qualifikation des Personals auftaucht. Hierbei sei jedoch ein intensives Beratungsgespräch sowie eine vertrauensvolle Beziehung die Basis. So bekannt geworden, wird mit Zustimmung des betroffenen Menschen das Sozialamt informiert und auf Wunsch ein Schwerbehindertenausweis beantragt (SH, BY, NW). In manchen Städten sind weiterhin Fachstellen für geflüchtete Menschen mit Behinderung vorhanden (BE). Diese sind in der Regel nicht direkt an die Aufnahmeeinrichtungen angebunden, sondern können auf Initiative der Ratgebenden hinzugezogen werden. Diese sind untereinander gut vernetzt. Deren personelle Kapazitäten sind jedoch sehr eingeschränkt, so dass sie nur einen Bruchteil der Ratsuchenden begleiten können.

Auch gibt es Hinweise darauf, dass bei regulären Arztbesuchen Schutzbedürftigkeiten gelegentlich erkannt werden. Des Weiteren wurde berichtet, dass nicht sichtbare Beeinträchtigungen schwer zu erfassen seien. Hierzu ist eine Vertrauensbasis vonnöten, damit sich die Menschen jemanden anvertrauen, sich beraten lassen und über Hilfs- und Unterstützungsangebote informiert werden können. (SH) Bei Kindern kommt die amtliche Gesundheitsuntersuchung durch einen behördlichen Fachberater vor dem Besuch eines Kindergartens, einer interdisziplinären Frühförderstelle oder einer Schule hinzu. Hier wird versucht jedweden Förderbedarf zu erfassen. Zumindest aus zwei Bundesländern (NI, BY) haben wir die Rückmeldung erhalten, dass die Versorgung von Kindern mit Auffälligkeiten im Bereich der sprachlichen und sozial-emotionalen Entwicklung im selben Maße wie für Kinder deutscher Staatsangehörigkeit im Rahmen einer einjährigen Komplexleistung in einer SprachheilKita erbracht wird. Danach würden diese in einer RegelKita betreut werden.

4. Was sind die größten Herausforderungen und Schwierigkeiten im Bereich der Identifikation von Flüchtlingen mit Behinderungen als schutzbedürftige Personen?

Im Rahmen der Benennung von Herausforderungen sticht das Themenfeld Kommunikation stark hervor. Zu den größten Hindernissen bei der Identifikation von Behinderungen zählt die Überwindung der Sprach- und Kulturbarrieren (BY, BW, NS, NW, SH). An dieser Stelle möchten wir erneut darauf aufmerksam machen, dass eine individuelle Biographie, die u. a. die Dimensionen Behinderung und Flucht aufweist, zudem individuelle und/oder kulturspezifische Bedarfslagen, Einstellungen und Haltungen beinhalten kann, die erst im zwischenmenschlichen und vertrauensvollen Kontakt erfragt werden können. Es wurde zudem zurück gemeldet, dass einige Menschen sich nicht direkt oder von alleine trauen würden, das für sie sensible Thema anzusprechen und/oder von offizieller Seite Unterstützung anzunehmen. Auch entsteht der Eindruck, dass seitens der Behörden kaum Informationen zum Thema Behinderung vorliegen bzw. die Erfahrung im Umgang mit der Personengruppe fehlt. Auch werde die Zuständigkeit für diesen Personenkreis von der einen auf die andere Behörde geschoben. Des Weiteren ist auffällig, dass sich einige der uns bekannten Einzelfälle zusätzlich in weitere Kategorien der besonderen Schutzbedürftigkeit, wie beispielsweise Minderjährigkeit, unbegleiteter Minderjährigkeit, Frauen, alleinerziehender Verantwortlichkeit, Alter, Betroffene von Folter und/oder Gewalt, lebensbedrohliche Erkrankung einordnen ließen.

Die meisten Behörden halten keine Sprachmittler*innen vor, so dass die geflüchteten Menschen selbst dafür sorgen müssen die Kommunikation sicherzustellen. Auch in medizinischen und sozialen Institutionen fehlen regelmäßig die notwendigen Sprachkompetenzen und interkulturelle Sensibilität. Dieses Problem taucht vor allem in ländlicheren Regionen verstärkt auf. Oft sind Geflüchtete darauf angewiesen sich mit Hilfe von Gestik und Mimik auszudrücken. Weiterhin werden auch verstärkt ehrenamtliche Sprachmittelnde hinzugezogen oder sogar die Kinder für Übersetzungstätigkeiten eingespannt, deren Inhalt sie nicht verstehen oder in Themengebieten, welche für Kinder nicht geeignet sind. Zusätzlich werden Übersetzungsprogramme eingesetzt, die sehr fehleranfällig sind oder Sprachmittelnde durch Videoübertragung zugeschaltet. Auch werden andere geflüchtete Menschen hinzugezogen. In all diesen Fällen kann dadurch kein Setting geschaffen

werden, in dem die oft sensiblen Themen genügend besprochen werden können. Durch diesen Missstand ist es auch Sozialarbeiter*innen und ehrenamtlichen Unterstützerkreisen nicht überall möglich eine reibungslose Kommunikation zu gewährleisten. Dieses Problem potenziert sich bei der Verwendung von Gebärdensprachen, da Sprachmittler*innen der verschiedenen Gebärdensprachen rar gesät sind. Die Situation von gehörlosen Flüchtlingen ist oft sehr belastend und die Begleitung sehr zeitintensiv. Die gehörlosen Flüchtlinge sind meist in Einrichtungen untergebracht, die zum Thema Gehörlosigkeit nicht informiert sind. Oft sind insbesondere gehörlose Menschen isoliert, von hörenden Menschen abhängig und erhalten nur schwer Zugang zu Hilfe- und Unterstützungsleistungen (NW).⁹ Obwohl die Ermessensregelung des § 6 AsylbLG die Möglichkeit eröffnet, Dolmetscherkosten als sonstige Leistung, welche „zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich“ ist, im Einzelfall abzurechnen, stößt dies in der Praxis auf große Hürden. Meist ist nur im Rahmen einer stationären Behandlung mit einer Kostenübernahme zu rechnen.

Bundesweit mangelt es an spezifischen Fachstellen für Geflüchtete mit besonderer Schutzbedürftigkeit, aber auch an interkulturell geöffneten Einrichtungen und Diensten der Regelversorgung. An den Orten, an denen Fachstellen für geflüchtete Menschen mit Behinderung vorhanden sind, sind die Kapazitäten mehr als ausgeschöpft (BE). Deren Expertise ist jedoch regelmäßig gefordert um besondere Schutzbedürftigkeit kompetent festzustellen. Die Sozialarbeiter*innen in den Unterkünften sind darum bemüht sich fachlich auf dem Laufenden zu halten. Es ist jedoch nicht möglich in allen Bereichen der Bildungs-, Gesundheits- und Sozialwesen ein zuverlässig aktuelles und vertieftes Fachwissen vorzuhalten, zumal die Verstrickungen mit den ausländerrechtlichen Normen die sozialrechtlichen Regelungen zusätzlich stark verkomplizieren (BY). Hinzu kommen die Häufigkeit und der schnelle Takt der Gesetzesänderungen, die die bereits vorhandene Unübersichtlichkeit der Regelungen potenziert. Weiterhin wird von vielen Kommunen ein sehr hoher Betreuungsschlüssel vorgegeben (d.h. die Anzahl der zu Unterstützenden ist zu hoch für die Anzahl der unterstützenden Fachkräfte), so dass die Gewährleistung der erforderlichen Versorgung nicht allein durch die in den Unterkünften tätigen Sozialarbeiter*innen gestemmt werden kann. Im Rahmen der Flüchtlingshilfe sind eine Vielzahl ehrenamtlicher Unterstützerinnen und Unterstützer aktiv, die oft als Lückenfüller einspringen und akute Bedarfs- und Versorgungslagen decken. (BY, NI, NW) Außerdem müssen Beratungsstel-

9 Vgl. dazu die Reportage „Gehörlose Flüchtlinge in Deutschland“ im Bayerischen Rundfunk https://www.youtube.com/watch?v=G30w_vFzT8w

len und Hilfsangebote, die sich bisher nicht mit der besonderen Situation der Geflüchteten auseinandergesetzt haben, dabei unterstützt werden sich interkulturell der neuen Zielgruppe zu öffnen.

Es zeigt sich, dass das Verständnis und auch der Umgang von und mit Behinderung, Gesundheit und/oder Krankheiten inter- und intrakulturell und interpersonell verschieden sind (BY, NS). Dies birgt u. a. das Risiko, dass dringende Versorgungslagen oder potentielle Teilhabechancen weder durch die Geflüchteten selber, noch durch die Mitarbeitenden, noch durch die Behörden erkannt bzw. aus Sicht der von Behinderung Betroffenen kultursensibel angesprochen werden. In diesem Zusammenhang ist eine professionelle kultursensible Beratung und Prozessbegleitung unverzichtbar. Weiterhin werden Informationen über die Versorgungsmöglichkeiten, die zu der eigenen Einschätzung von Beeinträchtigungen unerlässlich sind, nur in Schriftform, oft nur in deutscher oder englischer Sprache, zur Verfügung gestellt. Informationen in anderen Herkunftssprachen, in Punkschrift, Leichter Sprache oder als Vertonung sind schwer bis gar nicht erhältlich. Darüber hinaus ist die Vermittlung der Informationen nicht immer ausreichend (BW). Schriftliche Informationen sind in Abhängigkeit der individuellen Voraussetzungen der Person nicht immer geeignet eine Person über die eigenen Möglichkeiten in Kenntnis zu setzen. Dies ist jedoch auch mit Blick auf den Art. 19 UN-BRK unabdingbar, der das selbstbestimmte Wohnen und Leben in der Gemeinschaft einfordert. Dies gelingt nur, wenn selbstbestimmte und unabhängige Entscheidungen getroffen werden können. Weiterhin sind eine vollständige Klärung der Entstehung einer Behinderung, sowie die individuelle Haltung zu dieser für die Versorgung der geflüchteten Menschen unerlässlich (BW). Durch die geschilderten Hemmnisse ist die Erkennbarkeit von nicht offensichtlichen Behinderungen in der Folge schwer beeinträchtigt (BE, SH).

Weiterhin ist auch die Wohnsituation in Erstaufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften oft nicht geeignet eine Umgebung zu bieten, die ein Clearing begünstigt. Der Betreuungsschlüssel von Sozialarbeiter*innen in zentralen, sowie auch dezentralen Unterkünften ist meist zu hoch, so dass die nötigen Kapazitäten nicht vorhanden sind um mit allen Bewohner*innen ausführliche Gespräche zu führen. Die Unterbringung in Turnhallen oder Massenunterkünften führen zu Unübersichtlichkeit, so dass gerade besonders Schutzbedürftige oft übersehen werden und Anzeichen nicht erkannt werden können (BE). Des Weiteren wurde berichtet, dass es in den Unterkünften an Beratungs- und Therapie-

möglichkeiten mangelt und es nur in krisenhaften Situationen zu einer aufsuchenden Beratung und Weitervermittlung durch Sozialpsychiatrische Dienste kommt. Die Bewertung bzw. Anerkennung der Behinderung durch Behörden (BE, BY) erfolgt zudem sehr unterschiedlich. In manchen Regionen fehlen darüber hinaus Fachärzte, insbesondere im Kinder- und Jugendbereich fehlen sprach- und kultursensible Diagnostik- und Testverfahren. Somit besteht das Risiko, dass Entwicklungsverzögerungen nicht oder nicht korrekt erkannt werden oder aber, dass vermeintliche Entwicklungsverzögerungen oder Beeinträchtigungen angenommen werden, die gar nicht existieren.

Aus der Sicht der Geflüchteten kann es zu zusätzlichen Hürden kommen. Einher mit bestimmten Krankheiten und Beeinträchtigungen und den damit in Zusammenhang stehenden Erfahrungen im Herkunftsland, aber auch Aufnahmestaaten, kann die Angst vor Stigmatisierung gehen (NI). Darüber hinaus sind Geflüchtete von vielen Formen der Diskriminierung und Vorurteilen betroffen (NI), welche der Freigabe von doch sehr persönlichen Informationen im Wege stehen können. Hinzukommt, dass andere Bedürfnisse im Anschluss an die Flucht zunächst im Vordergrund stehen (BY) und somit das Bedürfnis nach der Versorgung mit Hilfsmitteln kurzfristig überlagern können. Nachdem alle Lebensbereiche der Geflüchteten von viel Bürokratie bestimmt sind, kann die Versorgung von nicht lebensbedrohlichen oder einfacher zu ertragenden Beeinträchtigungen hinter dem Wunsch nach einer besseren Wohnsituation oder monetären Bedürfnissen zurück treten.

II. Versorgung

5. Wie gestaltet sich die Gesundheits- und Hilfsmittelversorgung für Flüchtlinge mit Behinderung in der Praxis? Was sind die größten Probleme?

Bei der Versorgung werden im Zusammenhang mit der Gesundheits- und Hilfsmittelversorgung sowie der Gewährung sozialer Teilhabeleistungen ähnliche Probleme thematisiert. Mehrmals erwähnt wurde zudem, dass man vor Ort den Eindruck habe, dass die behördlichen Stellen in den Sozial- und Gesundheitsämtern überlastet, schlecht ausgebildet oder sich als für die Belange behinderter Menschen nicht zuständig fühlten, wodurch sich die individuellen Antragsverfahren zusätzlich in die Länge zogen. Menschen, die einen notwendigen und dringlichen Versorgungsbedarf haben, werden zusätzlich belastenden Situationen ausgesetzt. Für Menschen mit Behinderung im Asylverfahren lehnen die zuständigen Sozialbehörden oft kostenintensive Hilfsmittel ab, bzw. verweisen auf nicht effektive Hilfsmittel, die weniger kosten. Hier (SH) wurde zurückgemeldet, dass es oftmals aufgrund der Kostenintensität (bspw. Rollstühle) jedoch schwer sei adäquate Unterstützungsangebote durch das Landesamt für Ausländerangelegenheiten (LfA) genehmigt zu bekommen. Zumeist würde nur die Anschaffung von gebrauchten Hilfsmitteln, wie Rollstühle, bewilligt, die dann jedoch nicht individuell passend seien, was wiederum die Gefahr von Stürzen, Haltungsschäden etc. in sich birgt. Auch scheint die Kommunikation zwischen der LfA und der Ausländerbehörde sowie dem Sozialamt schwierig zu sein, da die Informationen über eine festgestellte Behinderung nur teilweise die Sozialämter vor Ort erreichen. In der sozialen Arbeit gestalten sich dadurch die Anrufe und Besuche bei den Behörden und Krankenkassen sowie die wiederholten, schriftlichen Widersprüche als zusätzlicher Arbeitsaufwand. (SH)

Neben den Hindernissen die sich aus den behördlichen Prozessen ergeben, sind vor allem auch organisatorische Probleme von großer Bedeutung. Bei der Leistungsgewährung durch die betreffenden Stellen sind sehr bürokratische Wege vorgeschaltet (BY, ST), die ein hohes Maß an Fachwissen erfordern. Während des Asylverfahrens sind die meisten Menschen von der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen, so dass eine Prüfung jeder einzelnen zu gewährenden Leistungen erfolgt. Dies hat zur Folge, dass die Leistungserbringung sehr viel Zeit in Anspruch nimmt, eine Versorgung in der Zwischenzeit ausbleibt und/ oder die Situation sich verschlimmert. Weiterhin sind in Abhängigkeit

vom Ort verschiedene Akteure aus den unterschiedlichsten Bereichen beteiligt und die Versorgung der Geflüchteten ist von Bundesland zu Bundesland, von Kommune zu Kommune unterschiedlich, so dass die einzelnen Akteure nur schwer von den gegenseitigen Erfahrungen profitieren können. Einzelne Rückmeldungen verwiesen auch auf Behörden, die sich als zuerst nicht für die Belange behinderter Menschen zuständig ansahen (SH).

Zu unterscheiden ist auch die Versorgung von Kindern und Jugendlichen von der der Erwachsenen. Sowohl bei der Gesundheits- als auch bei der Hilfsmittelversorgung erhalten allein reisende Kinder oft die voll umfänglichen Leistungen, also solche, die Kinder deutscher Staatsangehörigkeit auch erhalten würden (NI). Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge profitieren von dem Leistungsbezug nach dem SGB VIII (§ 264 Abs. 2 S. 1 SGB V; § 40 SGB VIII), so dass eine Behandlung nach den gängigen Maßstäben der gesetzlichen Krankenkassen erfolgt und keine Prüfung der einzelnen Maßnahmen stattfinden muss. Dazu gehören auch die Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (§ 264 Abs. 4 S.1; 11 Abs. 1 Nr. 4 und Abs. 2; 27 Abs. 1 S.2 Nr. 6 SGB V). Bei Erwachsenen und Kindern, die mit ihren Eltern untergebracht sind, ergibt sich jedoch ein anderes und differenzierteres Bild. Erwachsene Asylsuchende und die mit ihnen im Verbund lebenden Kinder haben keinen Anspruch auf Sicherung des Lebensunterhalts nach SGB II und XII, sondern erhalten nur Leistungen nach AsylbLG. In den ersten 15 Monaten erhalten sie ausschließlich Grundleistungen nach §§ 3 ff. AsylbLG und haben keinen Zugang zu Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse. In diesem Zusammenhang werden nur akute Erkrankungen und Schmerzzustände behandelt. Diese Begriffe sind stark interpretationsbedürftig. Oft ist es nicht eindeutig, ob eine Erkrankung akut und damit zu bewilligen ist oder ob noch abgewartet werden kann. In diesem Fall werden Anträge abgelehnt. Deshalb muss jede Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln, sowie die meisten Therapien bei dem zuständigen Sozialamt beantragt werden um eine Kostenübernahme zu erhalten. Dies führt zu einer durchschnittlich sehr langen Bearbeitungsdauer (BE, BW, BY, SH, ST), selbst bei dringenden Fällen und akut notwendigen Hilfsmitteln (siehe Beispiele). Findet eine Behandlung ohne eine vorherige Übernahmeerklärung statt, müssen die behandelnden Ärzt*innen das Risiko in Kauf nehmen die Kosten nicht erstattet zu bekommen. Dieser komplizierte Abrechnungsvorgang wird als diskriminierend erlebt und führt auf Seiten der Ärzteschaft zu einem hohen bürokratischem Aufwand.

Als eines der größten Hindernisse in der Versorgung von geflüchteten Menschen mit Behinderungen wird der begrenzte Inhalt des Leistungskatalogs bzw. die Bestimmung der zu übernehmenden Maßnahmen (BE, BW, BY, NW, SH, ST) beschrieben. Es müssen Termine bei Allgemeinmediziner*innen, Fachärzt*innen und Amtsärzt*innen wahrgenommen werden. Bei der Prüfung sind Gutachten (BY) bzw. Atteste beizubringen, deren Erstellung von den Antragstellenden selbst zu finanzieren ist. Sofern weitere Hilfsmittel beantragt werden, muss nachgewiesen werden, dass eine andere Art der Versorgung nicht möglich ist, es müssen mindestens zwei Kostenvoranschläge beigebracht werden und es wird die Versorgungsgeschichte im Herkunftsland in Erwägung gezogen. (NI) Auch das Stadium des Asylverfahrens wird erwogen, Personen, die ausreisepflichtig sind wird die Versorgung aufgrund der Kurzfristigkeit des Aufenthaltes verwehrt (BE). Der starke Einfluss migrationspolitischer Erwägungen auf die Leistungsgewährung verkompliziert das Antragswesen demnach erheblich. In einer Rückmeldung aus dem Bezirksverband Baden wurde beschrieben, dass eine Hilfsmittelgewährung nach dem Antragsprozess unproblematisch gewährt wird. Das Problem der Leistungsgewährung zeigt sich insbesondere auch am fehlenden Zugang zu Pflegeleistungen (BE, BY). Im AsylbLG ist kein pauschalisiertes Pflegegeld vorgesehen, so dass die Übernahme von angemessenen Aufwendungen einer Pflegeperson nur nach § 6 Abs. 1 AsylbLG als zur Sicherung der Gesundheit unerlässliche Leistungen gewährt werden, sofern keine im Haushalt lebenden Familienangehörigen die Pflege unentgeltlich übernehmen können. Im Rahmen der Beantragung dieser Leistungen gilt das für die anderen nach § 6 AsylbLG zu leistenden Zahlungen entsprechend. In der Praxis führt dies dazu, dass Angehörige diese Aufgaben übernehmen, dadurch selber in Erschöpfungszustände geraten und dadurch gehindert werden, z.B. an Integrations- und Sprachkursen teilzunehmen. Die Begleitung dieses aufwendigen Antragsprozesses nimmt aus genannten Gründen auch aus Sicht der Sozialarbeit sehr viel Zeit in Anspruch und erfordert ein sehr hohes Maß an Fortbildung zu den rechtlichen Rahmenbedingungen im Zusammenhang mit dem Sozialleistungsbezug von Asylsuchenden (BY).

Ein weiterer Faktor ist der Zugang zu medizinischer Versorgung. In manchen Regionen ist der Zugang zur regulären Gesundheitsversorgung zunächst verwehrt, indem die Asylsuchenden zunächst die Notfallversorgung durch Ärzte in den Einrichtungen wahrnehmen müssen (NW). Facharzttermine sind im Allgemeinen schwer zu erhalten (BE, BW, NRW), davon sind auch Asylsuchende stark betroffen. Weiterhin kann der Transport zu den medizinischen Einrichtungen ein Hindernis darstellen, wenn die Verkehrsanbindung der Un-

terbringungsorte schlecht oder nicht barrierefrei ist. Auch die Transportkosten können ins Gewicht fallen. Auch der häufige Wechsel von Unterkünften kann den Zugang zu den nötigen Leistungen erschweren (BY). Nicht nur die sich ändernden Hilfestrukturen, auch der Wechsel von zuständigen Ämtern und Ärzten unterminieren die Versorgung von Asylsuchenden.

Im Bereich der spezialisierten psychosozialen Versorgung sind es vor allem die gemeinnützigen Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer, die kultursensible Angebote vorhalten. Während die traditionellen Gesundheitsversorgungssysteme bislang nur zögerlich Angebote für die komplexen Problemlagen geflüchteter Menschen entwickelt haben, wurden in den letzten 40 Jahren spezifisch auf diese Zielgruppe zugeschnittene Angebote der gesundheitlichen – insbesondere der psychosozialen und psychotherapeutischen – Versorgung aufgebaut.¹⁰ Kaum ein Zentrum kann der hohen Anzahl Hilfe suchender Menschen unmittelbar nachkommen. Fast alle organisieren die Aufnahme über ein Wartelistensystem – zum Teil mit sehr langen Wartezeiten. (NW)

Bei der ehrenamtlichen Begleitung von geflüchteten Menschen mit und ohne Behinderungen gilt es besondere Herausforderungen zu meistern. Insbesondere die regelmäßige Unterstützung bei der als aufwendig erlebten Beantragung von Sozialleistungen wurde als Problem berichtet (NI). Private Helfer- und Unterstützernetze organisieren Hilfsmittelspenden, begleiten Menschen bei Arzt- und Behördengängen, leisten Übersetzungsarbeit, helfen bei der Wohnungssuche und geben zwischenmenschlichen Halt (BY, NI, NW, SH). Familienangehörige, so vorhanden, übernehmen „bis zum Ende ihrer Kräfte“ unter erschwerten Bedingungen Pflege-, Assistenz- und Hilfeleistungen (BE, BY).

Bundesweit ist darüber hinaus ein Mangel an Fachstellen festzustellen (NW). Vor allem Angebote für Psychotherapie und andere psychosoziale Angebote in der jeweiligen Muttersprache (BY, BW) sind nicht flächendeckend vorhanden. Wir haben einige Rückmeldungen dazu erhalten, dass Menschen mit psychischen Erkrankungen mit und ohne körperliche Behinderungen Zugang zu Hilfs-, Beratungs- und Unterstützungsleistungen des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi) erhalten haben. Einige dieser Angebote werden auch mobil als aufsuchende Hilfen erbracht. (BW, BY). Das nötige Wissen des sehr speziellen Leistungsrechts, welches neben den sozialrechtlichen Regelungen ein vertieftes aus-

10 Vgl. Versorgungsbericht zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern, Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer, 2016 http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2016/05/Versorgungsbericht_2015.pdf

länderrechtliches Verständnis voraussetzt, sowie kulturspezifische Handlungs- und Sprachkompetenzen ist komplex und kann aufgrund der bereits sehr angespannten personellen Ausstattung nicht immer von allen Diensten vorgehalten werden. Im Rahmen der Regelversorgung sind die SpDi erst für Menschen zuständig, die das Asylverfahren durchlaufen haben. In akuten Krisensituationen sind sie jedoch in der Lage aufsuchend zu arbeiten und Beratungs- und Betreuungsangebote zu leisten. Aus einer bayrischen Stadt wissen wir, dass die SpDi auf einen städtisch finanzierten Dolmetscherpool zurückgreifen können, welches als sehr hilfreich erachtet wird. Es wurde berichtet, dass für den Weg von der Unterkunft zu Beratungsstelle eine persönliche Assistenz zur Begleitung eines Rollstuhlfahrers, zur räumlichen Orientierung und/oder zur emotionalen Stabilisierung erforderlich ist. Diese wird entweder von haupt- oder ehrenamtlichen Personen aus dem Bereich der Flüchtlingshilfe oder von Mitarbeitenden aus den psychosozialen Fach- und Beratungsstellen erbracht. Aus Sicht der mit Menschen aus verschiedenen Kulturen arbeitenden Fachkräfte wird dringender Weiterbildungs- und Qualifizierungsbedarf im Bereich Sozial- und Ausländerrecht, sowie kultursensibler Arbeit angezeigt. Es gäbe zu wenig muttersprachliche (begleitete) psychotherapeutische und traumatherapeutische Angebote. In manchen Regionen ist darüber hinaus die Abhängigkeit vom Ehrenamt sehr groß (BE, BY). Dort wo staatliche Strukturen versagen, müssen Ehrenamtliche einspringen und mit Spenden, aber vor allem durch die ehrenamtliche Begleitung der Personen, ein Minimum an Versorgung sicherstellen.

6. Sind Ihnen behördliche Vorgaben zur Auslegung des Ermessensspielraums von §§ 4 und 6 AsylbLG auf kommunaler Ebene bekannt? Gibt es Kommunen, in denen die Versorgung besonders gut funktioniert?

Während aus drei Bundesländern zurück gemeldet wurde, dass die Vorgaben zur Auslegung des Ermessensspielraumes auf kommunaler Ebene unbekannt sind (BY, NW, ST), wurde aus vier Bundesländern gemeldet, dass die Vorgaben zwar bekannt sind (BE, BW, BY, NW), aber zum Teil nicht angewendet werden (BE, BW).

Weiterhin funktioniert die Versorgung von Kindern mit Behinderung in der Stadt Leer (NI) gut. Dies zeigt, dass die Berücksichtigung von speziellen Bedürfnissen nicht alleine in der Ausnutzung von Ermessensspielräumen verbleiben kann. Besonderen Umständen des Einzelfalles kann durch Härtefallklauseln nur dann Rechnung getragen werden, wenn sie nicht nur gesetzlich normiert sind. Sie müssen auch tatsächlich angewendet werden.

7. Nach 15 Monaten haben auch Flüchtlinge im Asylverfahren einen Anspruch analog zu den Regelleistungen des Zwölften Sozialgesetzbuches (so geregelt in §2 AsylbLG). Welche Schwierigkeiten bestehen bei der Leistungsgewährung?

Nach 15 Monaten wechseln die Menschen in den Bezug von sog. Analogleistungen. Empfänger von Leistungen nach dem § 2 AsylbLG, die nicht krankenversichert sind, wird Krankenbehandlung von der Krankenkasse gegen Kostenerstattung durch den Träger der Sozialhilfe gewährt. Die Leistungsempfänger wählen eine Krankenkasse und erhalten eine elektronische Gesundheitskarte.

Die größten Schwierigkeiten zeigen sich bei der Umstellung auf diese sog. Analogleistungen. Insbesondere an den Orten, an denen sich die für die Gewährung der Sozialleistungen zuständige Behörde ändert, kommt es zu signifikanten Verzögerungen bei der Umstellung der Leistungen und zu damit einhergehenden Versorgungslücken (BE, BW, BY), gerade auch in der Gesundheitsversorgung. Aus Berlin wird berichtet, dass nicht alle Leistungen nach SGB XII bewilligt werden. Aus Bayern wird gemeldet, dass es zu Verzögerungen bei der Umstellung kommt, so dass die Flüchtlinge länger als gesetzlich vorgesehen im Leistungsbezug nach §§ 3ff. AsylbLG verbleiben. Aus Baden-Württemberg haben wir die Rückmeldung erhalten, dass der Übergang zu den Regelleistungen nicht gut funktioniert und sogar Versorgungslücken existieren. Weitere Meldungen aus Bayern und Nordrhein-Westfalen geben an, dass die Übergänge vor Ort problemlos verlaufen.

8. Kennen Sie Fälle, in denen Behörden Flüchtlingen im Asylverfahren Leistungen der Eingliederungshilfe (SGB IX) zuerkannt haben?

Dem Großteil der Rückmeldungen (BE, BW, BY, NRW) ist zu entnehmen, dass keine solchen Fälle bekannt sind. In Berlin und Baden-Württemberg sind Fälle bekannt, in welchen Kinder und Jugendliche Schulbegleitung über die Eingliederungshilfe erhalten haben. In Baden-Württemberg haben wir Auskunft über eine Person, die den Berufsbildungsbereich in einer Werkstatt für behinderte Menschen absolviert. In Niedersachsen sind mehrere (nicht näher bezeichnete) Fälle von Kindern bekannt, die z. B. durch den Erhalt eines speziellen einjährigen Förder- und Therapieprogrammes in einem Sprachheilkindergarten,

welches durch eine Komplexleistung im Rahmen der Frühförderung finanziert wurde, versorgt werden.

9. Sind Ihnen Fälle bekannt, in denen Flüchtlinge einen Behindertenausweis beantragt und erhalten haben? Hat die Anerkennung einer Schwerbehinderung praktische Auswirkungen auf den Bezug von Sozialleistungen?

Lediglich zwei der vierundzwanzig Rückmeldungen konnten dazu keine Auskunft erteilen. Ansonsten wussten alle von Menschen, die einen Schwerbehindertenausweis beantragt und in letzter Instanz auch erhalten haben. Weitestgehend scheinen Schwerbehindertenausweise keine Auswirkungen auf die Sozialleistungen zu haben (BE, BW, BY, SH). Vergünstigungen im öffentlichen Nahverkehr (BW, BY) und bei Freizeitangeboten (BW) wurden angegeben. Besorgnis erregend ist die Rückmeldung, dass die Beantragung in manchen Bundesländern sehr schwierig sei, da die Bleibeperspektive miteinbezogen wird (BE, NW). Hinderlich ist auch die lange Dauer der Bearbeitung (BE, BW, BY), vor allem im Hinblick darauf, dass der Schwerbehindertenausweis ein Erfordernis für bestimmte Leistungen darstellt, wie z.B. zur Nutzung von bestimmten Transportmöglichkeiten. Des Weiteren wurde berichtet, dass für die Beantragung des Schwerbehindertenausweises auf die zeitliche Befristung der Aufenthaltsgestattung Bezug genommen wurde. Dadurch muss alle paar Monate eine Verlängerung beantragt werden, was wiederum zu zusätzlichen stressbelasteten Situationen bei den betroffenen Menschen und zur Arbeitsbelastung und Kostensteigerung bei den Mitarbeitenden und Einrichtung führt.

10. Können Sie einen Einzelfall beschreiben, der Defizite in der Versorgungssituation deutlich macht? Welche Aspekte sind Ihrer Ansicht nach für eine bedarfsgerechte Versorgung von Flüchtlingen mit Behinderungen unbedingt zu berücksichtigen? Was sind die größten Herausforderungen und Schwierigkeiten in dem Bereich?

a. **Berlin**

- Im Zusammenhang mit einer geflüchteten Person mit einer Suchterkrankung wurde aufgrund eines Gewaltvorfalles und dem Verdacht der Hehlerei nach Rücksprache mit der Polizei ein Hausverbot für die Gemeinschaftsunterkunft ausgesprochen. Erst nach einem erneuten Vorfall wurde die Polizei jedoch tätig. Nach dem Hausfriedensbruch

wurde die Person zunächst in Gewahrsam genommen. In diesem Zusammenhang gestalteten sich die Versorgung des Geflüchteten sowie die Adressierung des Suchtproblems. Es war nicht möglich eine Unterkunft zu finden, welche ein geeignetes Umfeld für den Entzug und einer nachhaltigen Therapie bot.

- In einem anderen Fall besucht ein junger Mann mit Autismus ein französisches Gymnasium. Im Rahmen des Schulbesuchs wurde ein Gespräch über den besonderen Förderbedarf geführt, um die Teilhabe an Bildung zu ermöglichen. Mit Hilfe des schulpsychologischen und inklusionspädagogischen Unterstützungszentrums Sybuz, Berlin Mitte konnte die Begleitung sichergestellt werden. Die Schule beantragte zur Diagnostik eine Persisch-sprachige Psychologin. Bisher wurde der junge Mann im Unterricht alleinig durch seinen jüngeren Bruder begleitet und unterstützt, dessen Begleitung ihm Halt und Sicherheit gibt.
- Ein Bewohner mit einer Alzheimererkrankung war nicht in der Lage eigenständig zu stehen oder zu essen, noch war es ihm möglich zu sprechen. Er ist auf einen Rollstuhl angewiesen und inkontinent. Seine Ehefrau war mit der Versorgung vollkommen überfordert und zusätzlich selbst psychisch belastet. Die benötigten Hilfsmittel, wie Inkontinenzeinlagen – und Slips und ein Rollstuhl, sowie eine ergänzende Hilfe bei der Pflege wurden rasch beantragt. Diese Anträge blieben jedoch erfolglos. Nach sechs Monaten in der Unterkunft wurden die Inkontinenzeinlagen immer noch nicht genehmigt. Die Versorgung konnte nur durch Spenden gewährleistet werden. Auch ein Rollstuhl wurde auf diese Art und Weise angeschafft. Sämtliche Briefe und Schreiben um auf die desolate Situation des Ehepaars aufmerksam zu machen, blieben erfolglos.
- In einem ähnlichen Fall einer älteren Frau mit Demenz, die auf einen Rollstuhl angewiesen ist, kümmert sich die Tochter um die Versorgung und Pflege. Auch sie ist mit der Situation überfordert, da sie selbst gesundheitliche Probleme hat. Auch hier wurde die zuständige Sozialleistungsbehörde informiert. Während die Versorgung mit Inkontinenzprodukten inzwischen erfolgt ist, wurden auch in diesem Fall keine Pflegeleistungen bewilligt.
- Eine alleinstehende Bewohnerin ist in ihrer Kindheit an Polio erkrankt, so dass sie bei der Fortbewegung weitestgehend auf einen Rollstuhl angewiesen ist und sich nur in-

nerhalb ihres Zimmers mit Gehhilfen fortbewegen kann. Zur Erhaltung der noch bestehenden Mobilität wurden von mehreren Fachärzt*innen Orthesen, Verbandsschuhe, Physiotherapie und ein Aktivrollstuhl verschrieben. Bei der Beurteilung, ob diese Hilfsmittel notwendig sind, wurde von der zuständigen Behörde die Versorgungshistorie im Herkunftsland miteinbezogen. Da die Frau bisher auch ohne diese Hilfsmittel und Therapiemöglichkeiten gelebt habe, wäre es ihr zuzumuten auf diese Leistungen zu warten. Weiterhin befand sich die Frau in einem Dublin-Verfahren, so dass ihr auch aufgrund der fehlenden Bleibeperspektive die Hilfsmittel verweigert wurden. Im Zuge der Verweigerung der Hilfsmittel kam es wiederholt zu Stürzen der Frau, bei denen sie sich regelmäßig Verletzungen wie Prellungen, Zerrungen und schmerzhafte Blutergüsse zuzog. Erst nach dem Ablauf von 15 Monaten und mit dem Bezug von Leistungen nach § 2 AsylbLG konnte Abhilfe geschaffen werden.

- Ein alleinstehender, querschnittsgelähmter Mann, der auf einen Rollstuhl angewiesen ist und einen Blasenkatheter hat, wurde aufgrund von ausländerrechtlichen Problemen zunächst eine Unterkunft verwehrt. Nachdem die Person vor Asylantragstellung mit einem Visum nach Deutschland eingereist war, wurden jegliche Leistungen verwehrt, sowohl nach AsylbLG, als auch nach SGB II/ XII. Erst durch einen Eilantrag vor dem Sozialgericht konnte eine Unterbringung und die Versorgung mit Grundleistungen sichergestellt werden. Auch danach wurde erst nach einer Bearbeitungszeit von mehreren Monaten, die Kostenübernahme für die Katheter-Beutel bewilligt. Auch hier musste die Zeit bis zur staatlichen Unterbringung und Versorgung mit Spendenmitteln überbrückt werden.

b. Bayern

- Eine im Jahr 1955 geborene Frau wurde mit einer "Demenz mit organisch bedingten Verhaltensstörungen /mittelschwere Demenz mit erheblichen Hirnleistungsstörungen bzw. zeitweiser Umtriebigkeit und Weglauftendenz" diagnostiziert. Dies erfolgte durch den Medizinaldirektor, Facharzt für Innere Medizin und öffentliches Gesundheitswesen, der ein psychiatrisches und sozialmedizinisches Gutachten erstellte. Es wurden Gesundheits- und Pflegeleistungen beim Sozialamt beantragt, die abgelehnt wurden. Sie benötigt jedoch Einlagen, da sie inkontinent ist, aufwendigere Kost (Spezialkost), da sie das zur Verfügung gestellte Essen häufig nicht verträgt und Medikamente, die nicht vom Sozialamt bezahlt werden. Dies muss mit dem geminderten Leistungssatz bezahlt

werden, da sie mit ihrem Sohn und dessen Frau zusammenlebt und die Drei somit als Bedarfsgemeinschaft eingestuft wurden. Weiterhin wird keine Sprachmittlung zur Verfügung gestellt, was wiederum hohe Kosten verursacht. Da die beiden Familienmitglieder, die die Pflege und Betreuung der älteren Dame rund um die Uhr alleine stemmen müssen, sind alle Drei an der Teilnahme an einem Integrationskurs gehindert.

- Ein geflüchteter Mann geb. 1977 besitzt kein gesichertes medizinisches Gutachten. Durch Gespräche mit einem Ärzteteam in der Erstaufnahme wurde ein grenzüberschreitendes Verhalten gegenüber Frauen, aggressives Verhalten und eine Persönlichkeitsstörung mit Wahnverhalten festgestellt. Daraufhin wurde die Bestellung eines Betreuers durch das Amtsgericht angeregt. Er stellte eine Gefahr insbesondere für die Mitbewohner*innen in der Gemeinschaftsunterkunft dar, als auch für die Mitarbeiter*innen der Beratungsstelle (durch das unkontrollierte Verhalten, sowie mehrere Wut- und Gewaltausbrüche im Beratungszentrum). Aufgrund der großen Sprachbarriere, sowie einer fehlenden Krankheitseinsicht war die Versorgung nur sehr schwer möglich. Erst nach einem Übergriff auf einen Bewohner in der Erstaufnahme konnte die Genehmigung für eine Verlegung in eine dezentrale Unterbringung erwirkt werden. Jedoch ist auch diese Wohnform ungeeignet. Zu den Schwierigkeiten zählt seine fehlende Fähigkeit zur Selbstversorgung (fehlende Körperhygiene, kaum Nahrungsaufnahme), aber auch der schwierige Umgang mit anderen Personen auf beengtem Wohnraum. Trotz dieser Umstände wurde die Finanzierung für betreutes Wohnen nicht bewilligt. Jedoch selbst bei Bewilligung wäre mit einer Wartezeit von 6-9 Monaten in betreuten Unterkünften zu rechnen gewesen. Ein weiteres Hindernis wären auch die fehlenden Mittel für Sprachmittlung in den betreuten Wohnformen gewesen. Die Beratungsstelle für Flüchtlinge kann einen solch komplexen Fall nicht alleine betreuen und ist auf die Kooperation mit Fachstellen und professionellen Dienstleistungen angewiesen. In diesem Fall wird deutlich, dass auch in Fällen der Fremdgefährdung die Handlungsmöglichkeiten extrem eingeschränkt bleiben.

c. Baden-Württemberg

- Ein Kind mit körperlicher Behinderung hat drei Geschwister und lebt mit den Eltern, in einem Doppelzimmer zu je 14,1 und 14,6 qm², wobei die Toilette, Dusche und Küche mit anderen gemeinschaftlich genutzt werden. Dies sind sehr beengte Verhältnisse, wenn bedacht wird, dass alle Hilfsmittel wie z. B. der Rollstuhl Platz finden müssen. Ei-

ne Rampe an der Treppe wurde erst nach Einzug des Kindes gebaut. Die Familie kann nur im Erdgeschoss leben, nachdem das Gebäude nicht barrierefrei zugänglich ist. Auch die Ausstattung ist nicht barrierefrei, da z.B. das WC und die Dusche nicht breit genug sind um eine reibungslose Versorgung zu gewährleisten.

- Im Falle eines Kindes mit geistiger und körperlicher Behinderung hat dieses, zusammen mit dem Bruder und der Mutter nach Verhandlung ein Doppelzimmer erhalten, wobei die Unterbringungssituation ansonsten mit dem soeben beschriebenen Fall identisch ist. Das Kind benötigt sehr viel Aufmerksamkeit, so dass das Leben in einer Flüchtlingsunterkunft nicht für sein Wohl geeignet ist. Ein Wohnheim birgt viele nicht eindämmbare Gefahrenquellen. Beispielsweise ist der Junge einmal in die Küche gerannt und hätte sich beinahe am Herd verbrannt, er rennt manchmal in andere Zimmer oder klopft an. Die Lautstärke und Belebtheit einer großen Gemeinschaftsunterkunft wird seinem medizinisch begründeten Bedürfnis nach Ruhe und Struktur nicht gerecht. Trotz des Wechsels in einen gesicherten Aufenthaltsstatus ist der Umzug in eine Wohnung nicht möglich, da keine behindertengerechte Sozialwohnung gefunden werden kann. Somit konnte in dem bestehenden Umfeld dem Kindeswohl nicht ausreichend genügt werden.
- Ein erwachsener Mann mit Hörschädigung möchte an einem Integrationskurs teilnehmen. Im Umkreis des Wohnortes gibt es nur eine Schule, die Integrationskurse für Menschen mit Hörschädigung anbietet. Die Schule kann jedoch nicht ausreichend Plätze vorhalten um dem Bedarf gerecht zu werden, so dass der Mann seit Monaten auf einen Platz warten muss und währenddessen zum Nichtstun verurteilt ist. Zunehmend ist seine psychische Belastung wahrnehmbar. Bisher konnte jedoch keine Behandlung eingeleitet werden, da die Mittel zur Überbrückung der Kommunikationshürden nicht vorhanden sind.

d. Schleswig-Holstein

- Eine junge Frau ist querschnittsgelähmt. Sie ist sehr mobil und möchte vieles alleine erledigen. Zunächst wurde sie in einem Pflegeheim untergebracht. Durch die Unterstützung einer anderen geflüchteten Frau war es ihr möglich in eine barrierefreie Wohnung umzuziehen. Dort leben die beiden Frauen zusammen. Die Wohnung ist barrierefrei, jedoch viel kostenintensiver als normalerweise erlaubt. Das Sozialamt hat hier eine

Ausnahme gemacht. Ihren Hausarzt hat die Dame ca. 800m entfernt. Ihr Spezialist ist jedoch in einer nicht erreichbaren Entfernung, sodass hier Krankenfahrten genehmigt werden mussten. Die Sozialbehörden verweigerten zunächst die Übernahme der Kosten und auch die Ärzte empfanden es als Belastung, zusätzliche Schreibarbeiten zu erledigen. Der in der Erstaufnahme ausgeliehene Rollstuhl entspricht nicht den Notwendigkeiten der Frau, jedoch weigert sich die Krankenkasse einen adäquaten Rollstuhl zu bezahlen. Eine Ablehnung des Aktivrollstuhls erfolgte im Oktober 2016. Ein Widerspruch wurde schnell geschrieben, jedoch ohne Reaktion der Krankenkasse. Trotz mehrfachen Nachfragens, gab es keinerlei Antwort der Krankenkasse. Ebenso ist der alte Rollstuhl inzwischen defekt und nur durch eine freiwillige Spende konnte ein Leihgerät besorgt werden. Bei der Beantragung eines Schwerbehindertenausweises zeigten sich Probleme. Die Prüfung dauert bereits sieben Monate und das Landesamt teilte telefonisch mit, dass erst im Februar mit einer Entscheidung zu rechnen sei. Die Dame beherrscht nur die Sprache ihres Herkunftslandes, sodass die Kommunikation schwer möglich ist. Sie bleibt daher auf die Hilfe anderer angewiesen und wird sich der Hindernisse aufgrund ihrer Beeinträchtigungen immer wieder bewusst.

e. Nordrhein-Westfalen

- Bei der Unterstützung eines jungen, gehörlosen Ehepaares, die hier in Deutschland Eltern geworden sind, wird die Kommunikation unter erschwerten Bedingungen als problematisch erlebt. Auf eine*n Gebärdensprachdolmetscher*in kann nur sehr selten zurückgegriffen werden. Zudem gibt es Unterschiede in der deutschen und arabischen Gebärdensprache. In der Not übersetzt jemand, der/die englisch und arabisch spricht mit Hilfe einer Handy-App einen Text, der dann dem Ehepaar gezeigt wird. Das Paar tippt die Antwort in ihr Mobiltelefon, gibt diese weiter zur Übersetzung vom Arabischen ins Englische.

f. Niedersachsen

- Zehn betroffene Familien benötigen mehr Unterstützung bei der Bewältigung ihres Alltags, wie z. B. eine spezielle Beratung und Hilfe beim Überblick und Begleitung innerhalb unseres Sozialsystems. Für alleinerziehende Mütter sollte die häusliche Versorgung aktiviert werden. Zu den Bewohner*innen zählen auch alleinerziehende Mütter, die Kinder mit Behinderungen oder besonderem Unterstützungsbedarf versorgen. Es ist kein zusätzliches und bedarfsgerechtes Beratungs- und Begleitungsangebot vor-

handen, welches beispielsweise bei der Beantragung von Leistungen aus dem Bildungs- und Teilhabepaket hilft oder zu den Arztbesuchen begleitet. Es sind keine Sozialarbeiter*innen zur Unterstützung vorhanden. Auch im Zusammenhang mit der Findung eines Kitaplatzes kommt es zu Hindernissen. Um die anteilige Rückerstattung für das Mittagessen in der Kita aus dem Bildungs- und Teilhabepaket zu erhalten, muss monatlich ein Antrag gestellt werden. Teilweise sind die gestellten Unterkünfte in einem desolaten Zustand. Es werden verschimmelte Wohnungen ohne Badewanne zugeteilt. Oft mangelt es auch an der entsprechenden Infrastruktur für die Versorgung der Kinder mit Behinderung, da beispielsweise Ärzte weit entfernt sind.

Unerlässlich bei der Versorgung von Flüchtlingen ist es, den asylrechtlichen Kontext zu beachten. Derzeit sehr lange Asylverfahren und die damit verbundene Unsicherheit über den eigenen Verbleib in Deutschland (laut der Statistik des BAMF ist die durchschnittliche Dauer des Asylverfahrens von dem Tag der Asylantragstellung bis zur Entscheidung im zweiten Quartal 2016 7,3 Monate gewesen wobei dies stark von dem jeweiligen Herkunftsland abhängig ist, näheres siehe Fußnote; dabei bleibt die Dauer von der Einreise bis zur Asylantragstellung unberücksichtigt¹¹) belasten die nach Deutschland geflohenen Menschen sehr stark und behindern den Prozess des Ankommens zusätzlich (BE). Wie bereits dargestellt, spielt auch bei der Prüfung der Versorgungsanträge die prognostizierte Bleibeperspektive eine große Rolle, obwohl die Geflüchteten das Recht auf ein individuelles, ergebnisoffenes Asylverfahren haben, dessen Ausgang nicht schon vor der Prüfung feststehen darf.

Weil die Dauer des Asylverfahrens derzeit sehr lang ist, verbleiben die Asylsuchenden auch immer länger im Leistungsbezug nach AsylbLG, dessen Nachteile bereits beschrieben worden sind. Die Beschränkung der Versorgung auf akute Erkrankungen und Schmerzzustände über einen Zeitraum von bis zu 15 Monaten (bei Menschen mit Duldungen unter bestimmten Voraussetzungen darüber hinaus) ist äußerst bedenklich, da die mangelnde Versorgung von Krankheitszuständen und/oder Teilhabeeinschränkungen auf Dauer zu ernsthaften Problemen heranwachsen können bzw. chronisch werden können. Dazu kommen die komplizierten und langwierigen Beantragungsprozesse (BE), welche die Versorgung wiederum stark verzögern, viele Ressourcen binden und individuelle Be-

11 Vgl. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Ulla Jelpke, Frank Tempel, Sevim Dağdelen, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE. – Drucksache 18/9146 – Ergänzende Informationen zur Asylstatistik für das zweite Quartal 2016 <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/094/1809415.pdf>, abgerufen am 3.2.2017

lastungssituationen erzeugen; in erster Linie bei dem betroffenen Flüchtling und seinen Angehörigen, jedoch auch bei dem Fachpersonal der Sozialen Arbeit und im Gesundheitssystem, den ehrenamtlich Engagierten, und nicht zuletzt auch in den Ämtern und Behörden.

Der echte Zugang zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und der sozialen Pflegeversicherung ist das einzig geeignete Mittel um die Versorgung von geflüchteten Menschen mit Behinderung zu gewährleisten. Die migrationspolitisch motivierten Leistungseinschränkungen für Geflüchtete sind insgesamt abzulehnen, jedoch gerade im Hinblick auf besonders Schutzbedürftige unverträglich. Darüber hinaus müssen Strategien entwickelt werden um auf eine der Sache angemessenen Art und Weise Sprachbarrieren überwinden zu können. Weiterhin ist die interkulturelle Öffnung sämtlicher involvierter Dienste unerlässlich. Die Versorgung ist jedoch nicht ohne die Einbettung in die lokalen Strukturen zu ermöglichen. Dies beginnt mit dem behindertengerechten Umbau der Unterkünfte, einem angemessenen Betreuungsschlüssel für die Sozialarbeiter*innen, die Finanzierung von betreutem Wohnen aber auch mit der Verbesserung der Anbindung an öffentliche Verkehrsmittel. Dazu gehört darüber hinaus die Verstärkung der Fachdienste bundesweit.

Notwendig ist ein umfassendes und nachhaltiges Konzept zur Rehabilitation, Betreuung und Behandlung anzubieten, mit dem Ziel, maximale Unabhängigkeit, umfassende physische, psychische, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie Inklusion und Partizipation in allen Bereichen des Lebens wieder zu erlangen und zu bewahren.

III. Unterbringung

11. Gibt es in Ihrem Bundesland Einrichtungen für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge (Erstaufnahmeeinrichtungen, Gemeinschaftsunterkünfte)? Findet eine regelmäßige Überführung von Flüchtlingen mit Behinderungen in diese Unterkünfte statt? Auf Basis welcher Kriterien erfolgt die Verteilung? Gibt es dort ausreichend Plätze?

Während in einigen Bundesländern spezielle Einrichtungen für besonders Schutzbedürftige bekannt sind (BE, NI), ist eine Überführung aufgrund der mangelnden Kapazitäten nur sehr eingeschränkt möglich. Dies liegt nicht zuletzt daran, dass der Auszug auch nach positiver Beendigung des Asylverfahrens nur sehr schwer möglich ist, so dass die Plätze in den Unterkünften länger als notwendig belegt bleiben (BE).

Weiterhin sind vielerorts barrierefreie Einrichtungen bekannt, auch wenn diese nicht speziell für besonders Schutzbedürftige sind (BY, BW, BE, NI, ST). Wobei auch hier rückgemeldet wird, dass die Kapazitäten nicht ausreichend sind. Eine positive Meldung aus BW ist, dass bei neuen Systembauten auf eine behindertengerechte Bauweise (breitere Gänge, breitere WCs/Duschen, Rampe.) geachtet wird, so dass sich dort die Kapazitäten in Zukunft vergrößern werden.

12. Sind die als barrierefrei deklarierten Einrichtungen tatsächlich barrierefrei? Welche Anforderungen an Barrierefreiheit werden erfüllt, welche nicht? Gibt es Mindeststandards für die Unterkünfte?

Aus BE, BW und BY wird berichtet, dass es barrierefrei zugängliche Gebäude (Ausstattung mit Rampen und Fahrstühlen, Fehlen von Bodenschwellen, breite Türrahmen) gibt. In diesen Einrichtungen sind jedoch nicht alle Zimmer barrierefrei ausgestattet. Vor allem fehlen behindertengerechte Badezimmer und nicht alle Gebäudeteile sind erreichbar. In der Regel handelt es sich bei den barrierefreien Einrichtungen um ehemalige Pflegeeinrichtungen, deren ursprünglicher baulicher Charakter erhalten geblieben ist. Staatliche Mindeststandards sind nur sehr rudimentär, beziehen sich meist nur auf bestimmte Quadratmeterzahlen pro Person oder ähnliches. In BW wird darüber hinaus bei neu zu erbauenden Unterkünften auf Barrierefreiheit.

13. Sind die Unterkünfte für verschiedene Arten von Behinderungen angemessen ausgestattet? Erhalten beispielsweise Flüchtlinge mit Sinnesbeeinträchtigungen und geistigen Beeinträchtigungen notwendige Informationen in den für sie angemessenen Formaten (Brailleschrift, Leichte Sprache)? Welchen Zugang haben gehörlose Flüchtlinge zu Gebärdensprachdolmetscher*innen? Ist eine psychosoziale Betreuung für traumatisierte Flüchtlinge vor Ort gewährleistet?

Mit Sorge ist festzustellen, dass einhellig die obigen Fragen mit Nein beantwortet werden. In allen Bundesländern werden die Unterkünfte als nicht ausreichend ausgestattet bewertet. Informationsunterlagen zu Angeboten für Menschen mit Behinderung sind oft zunächst nur in deutscher Sprache erhältlich. Dabei ist zu erwähnen, dass das Angebot an Informationsmaterialien in den Sprachen Englisch, Französisch, Arabisch und vereinzelt noch weiteren Sprachen zunimmt. Weiterhin sind die Informationen nur in Schwarzschrift und in Schwerer Sprache erhältlich. Gebärdensprachdolmetscher*innen, welche die erforderlichen Fremdsprachen beherrschen sind relativ selten verfügbar und arbeiten oft ehrenamtlich. Teilweise kann die Versorgung durch spezielle Beratungsstellen, zusätzliches ehrenamtliches Engagement der Haupt- und Ehrenamtlichen sichergestellt werden.

Insbesondere seitens der Sozialpsychiatrischen Dienste wurde auf die menschenunwürdige und belastende Wohnsituation der geflüchteten Menschen in den Gemeinschaftsunterkünften hingewiesen. Insbesondere die gemeinsame Nutzung von Küche und Sanitäreinrichtungen, fehlende Rückzugsorte, mangelnde Privatsphäre und die hohe Lärmbelastung wurden angezeigt. Auch gäbe es vor Ort kaum Räume in denen sozialpsychologische Angebote stattfinden könnten bzw. würden.

14. Können Sie einen Einzelfall beschreiben, der Defizite in der Unterbringungssituation deutlich macht? Welche Aspekte sind Ihrer Ansicht nach für eine bedarfsgerechte Unterbringung von Flüchtlingen mit Behinderungen unbedingt zu berücksichtigen? Was sind die größten Herausforderungen und Schwierigkeiten in dem Bereich?

Neben den Aspekten, die in den bereits geschilderten Fällen unter Punkt II. 6. deutlich werden, wurden ergänzend folgende Einzelfälle geschildert.

a. Bayern

- Eine Person mit einem amputierten Bein musste sich lange ohne Rollstuhl auf Krücken fortbewegen. Sowohl ein Rollstuhl, als auch später eine Beinprothese konnten nur durch das Engagement von Ehrenamtlichen organisiert werden. Eine Umverlegung in eine adäquat ausgestattete Unterkunft (mit Betreuung und barrierefrei) war aus Kapazitätsgründen nicht möglich, obwohl der Flüchtling unter schwerer Diabetes leidet und nachts bereits einmal ins Diabetische Koma („Zuckerkoma“) gefallen ist. Eine Operation zum Erhalt der Sehfähigkeit auf beiden Augen wurde jedoch genehmigt. Besonders problematisch zeigte sich auch in diesem Fall die wochenlange Bearbeitungsdauer durch das zuständige Gesundheitsamt. Auch Umverlegungswünsche oder Wohnpflichtbefreiungsanträge bei der zuständigen Behörde beanspruchen eine lange Wartezeit. Hinzu tritt die hohe Ablehnungsquote bei den Anträgen, welche angesichts des aufwendigen Prozesses ein hohes Frustrationsrisiko birgt.
- In der Beratung von mehreren traumatisierten Klient*innen, die längere Zeit mit ihren Familien in einer Gemeinschaftsunterkunft in einem Zimmer lebten und sich Küche und Sanitäreinrichtungen mit anderen geteilt haben, wurde die Unterkunftssituation wiederholt thematisiert. Sowohl die räumliche Enge, als auch die erzwungene Intimität mit anderen Bewohner*innen, als auch der Lärm werden als starke Belastung empfunden. Der Auszug aus dem Heim in eigene Räumlichkeiten hat sehr lange gedauert, da es erhebliche Schwierigkeiten gab eine geeignete Wohnung zu finden, die sowohl durch den Sozialleistungsbezug finanzierbar aber auch den Bedürfnissen entsprechend ausgestattet war.
- Im Falle eines Mannes mit einem amputierten Bein wurde zunächst die Versorgung mit einer Prothese abgelehnt. In der Begründung wurde darauf verwiesen, dass er bereits so eingereist sei und dies deshalb keine Notversorgung darstellte. Schwierigkeiten ergaben sich auch bei dem Versuch geeigneten Wohnraum zu finden (keine Aufzüge, etc.). Die Ehefrau übernimmt den wesentlichen Teil der Versorgung und ist dementsprechend körperlich sehr belastet. Die Unterstützung konnte aufgrund von einem privaten Helferkreis und der AWO letztendlich gewährleistet werden.

b. Baden-Württemberg

- Es wird von einem Familienvater berichtet, der ein Opfer von Folter in seinem Herkunftsstaat wurde. Die Familie lebt seit 7 Monaten in einer Gemeinschaftsunterkunft. Teil des Alltags sind erhebliche Verständigungsprobleme, da es keine Sprachmittlung bei der Betreuung der Geflüchteten gibt. Zudem sind auch externe Einrichtungen wie Kita und Schule nicht ausreichend sensibilisiert im Umgang mit Geflüchteten. Mangelnder Privatwohnraum und eine unsichere Bleibeperspektive hindern die Familie ein eigenständiges Leben zu führen. In der Gemeinschaftsunterkunft herrscht durch die dichte Belegung (4,5 qm pro Person) eine stressige Atmosphäre. Da die Familie noch im Leistungsbezug nach AsylbLG ist, werden auch die chronischen Erkrankungen der Ehefrau (Rheuma) und die Folgen der Verletzungen durch Folter nicht ausreichend behandelt. Es gibt derzeit keine Aussicht auf Rehabilitationsmaßnahmen. Es kommt zu langen Wartezeiten bei psychosozialen Therapie- und Betreuungseinrichtungen (derzeit 9 Monate).
- Hier soll ein Beispiel aus einem Schulkindergarten geschildert werden. Dort werden vorrangig Kinder mit körperlichen Beeinträchtigungen betreut. In einem Fall wurde eine Familie mit 2 Kindern, eins davon mit schwerer körperlicher Behinderung in einer Gemeinschaftsunterkunft in einem sehr kleinen Ort untergebracht. Im ländlichen Raum ist die medizinisch-therapeutische Versorgung leider nicht in ausreichendem Maße gegeben. Das Kind hatte deswegen zunächst keinen Zugang zu empfohlener Physiotherapie. Die individuell dringend benötigte Hilfsmittelversorgung war zunächst nicht gewährleistet. Bei der Unterbringung von Flüchtlingen mit Behinderung sollte die benötigte Infrastruktur unbedingt berücksichtigt werden. Bei dieser Familie war die größte Schwierigkeit bedarfsgerechten, barrierefreien Wohnraum zu finden. Eine weitere Schwierigkeit ist die zeitnahe Versorgung mit unterstützenden therapeutischen Maßnahmen und Hilfsmitteln.

c. Nordrhein-Westfalen

- Eine Frau im Rollstuhl konnte ihr Zimmer nur mit Hilfe ihres Mannes verlassen, da Barrierefreiheit in der zentralen Aufnahmestelle (Folgeunterkunft) nicht überall gegeben war. Es wurde jedoch eine adäquate Wohnung in der Kommune gefunden, die das Ehepaar beziehen konnte. Die Zusammenarbeit zwischen dem Sozial-

dienst, der Asylverfahrensberatung und der Kommune funktioniert; praktikable Lösungen konnten gefunden werden.

d. Schleswig-Holstein

- Die Wohnsituation wird bei der Verteilung nicht ausreichend berücksichtigt. Die Wohnungen müssen beheizbar sein und Spielmöglichkeiten in der Nähe sollten ausreichend vorhanden sein. Ein Kind mit einem schweren Herzfehler kann z. B. nicht in einer kalten und schimmelbefallenden Wohnung untergebracht werden. Des Weiteren sollten kurze Wege zur Förder- und Regeleinrichtungen sowie zu den Ärzten gewährleistet sein.

Vieles, was bereits bei der Versorgung angemerkt wurde ist auch für den Bereich der Unterkunft anzuwenden. Zusätzlich ist auf folgende Aspekte hinzuweisen. Bei der Verteilung der geflüchteten Menschen auf die verschiedenen Unterkünfte und in bestimmte Regionen wird zunächst keine Rücksicht auf die besonderen Bedürfnisse einer Person genommen. Die sog. Umverteilung auf die verschiedenen Bundesländer erfolgt anhand des Königsteiner Schlüssels, welcher nur die Einwohnerzahl und das Steueraufkommen von Bundesländern berücksichtigt. Die Zuweisung erfolgt durch die Eingabe der persönlichen Daten in ein Computerprogramm, welche keine Eingabemöglichkeit für besondere Erfordernisse vorhält. Daher ist die Zuweisung in eine bestimmte Region nur sehr schwer beeinflussbar und eine einmal getroffene Verteilung nur schwer umkehrbar.

Ohne eine frühzeitige, systematische Identifikation von Beeinträchtigungen oder anderen Schutzbedürftigkeiten kann bei der Zuweisung in die Kommunen auch nicht auf bedarfsgerechte Unterbringung geachtet werden. Einmal in eine Kommune verteilt ist die Umverteilung in eine andere Unterkunft meist, wenn überhaupt, nur mit viel haupt- und ehrenamtlichen Arbeits- und Unterstützungsaufwand zu bewerkstelligen. Dies liegt einerseits an den starren Verwaltungsprozessen, die dem Verfahren zugrunde liegen, andererseits an dem chronischen Mangel an barrierefreien Unterkünften, die für Menschen mit Beeinträchtigungen geeignet sind. Dabei ist besonders auf den Mangel von betreuten Wohnformen und persönlicher Assistenz hinzuweisen (BY, NI). Bei der Unterbringung in Mehrbettzimmern kann in der Regel nicht bedarfsgerecht auf die Bedürfnisse der einzelnen Personen Rücksicht genommen werden.

Große Schwierigkeiten zeigen sich bei der Suche nach eigenen Wohnungen, vor allem aufgrund der angespannten Wohnungsmärkte in den Großstädten. Flüchtlinge mit Auszugsberechtigung, finden kaum Angebote, die im Rahmen des Sozialleistungssatzes liegen. In der Konsequenz werden die Unterkünfte nicht leerer (BY). Auch bei der Beantragung von Wohnberechtigungsscheinen kommt es immer wieder zu starken Verzögerungen und bürokratischen Hürden (BE, BW). Ein Wohnberechtigungsschein wird jedoch zwingend für den Einzug in eine Sozialwohnung benötigt. Weiterhin spielt die Einbindung in den Sozialraum sowie die lokale Vernetzung eine große Rolle. Gerade für Menschen mit Behinderung sind häufige lange Wege oft nicht zumutbar. Hierbei gilt es zu bedenken, dass dieser Personenkreis oft häufiger Termine bei Ärzt*innen, Behörden, und Beratungsstellen wahrnehmen muss (BY). Die Unterbringung in direkter Umgebung geeigneter Förderzentren und Bildungseinrichtungen wäre sehr wünschenswert. Auch die ggf. spezialisierte ärztliche, therapeutische und psychosoziale Versorgung muss gegeben und erreichbar sein. Weiterhin wäre auch die unbürokratisch gewährte Unterstützung durch Begleitungen zu Terminen (z.B. Flüchtlingslots*innen,), Sprachmittler*innen, persönliche Assistenz und/oder Familienhelfer*innen notwendig, um Personen den Zugang zu einer bedarfsgerechten Versorgung zu sichern (BW).

C. Empfehlungen

Im Folgenden nutzt der AWO Bundesverband e. V. die Möglichkeit einige Empfehlungen in Richtung der politisch Verantwortlichen in Bund, Ländern und Kommunen abzugeben.

Menschenrechte schützen und umsetzen

- Die AWO fordert die Abschaffung des Asylbewerberleistungsgesetzes¹², welches ein diskriminierendes Sondergesetz darstellt, um geflüchtete Menschen aus den gesellschaftlichen Regelsystemen auszugrenzen. Menschenrechte umzusetzen, bedeutet den hier lebenden Menschen ihre Rechte auf soziale, wirtschaftliche und kulturelle Entfaltung zu gewähren. Aus Sicht der AWO ist diese Ausgrenzung ein Verstoß gegen das im Grundgesetz verankerte Prinzip der Unteilbarkeit der Menschenwürde.
- Deutschland hat durch die Ratifikation der UN-BRK anerkannt, dass *„die Familie die natürliche Kernzelle der Gesellschaft ist und Anspruch auf Schutz durch Gesellschaft und Staat hat und dass Menschen mit Behinderungen und ihre Familienangehörigen den erforderlichen Schutz und die notwendige Unterstützung erhalten sollen, um es den Familien zu ermöglichen, zum vollen und gleichberechtigten Genuss der Rechte von Menschen mit Behinderungen beizutragen“* (Präambel, x) UN-BRK). Die AWO empfiehlt daher den Verantwortlichen auf Ebene des Bundes, der Länder und der Kommunen, die familiäre Situation der geflüchteten Menschen mit Behinderungen, insbesondere der alleinerziehenden Elternteile, der unbegleiteten Minderjährigen und pflegebedürftigen Menschen, besonders zu berücksichtigen und beispielsweise durch beschleunigten Familiennachzug, die Gewährung schneller und unbürokratischer Unterstützungsleistungen sowie durch die bevorzugte Vermittlung bedarfsgerechten Wohnraumes zu stärken.

Gesetzliche Änderungen vornehmen

- Die AWO fordert die Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie und die Implementierung eines qualifizierten Verfahrens zur Feststellung, Bedarfsermittlung, Erstversorgung und Behandlung vulnerabler Geflüchteter. Dabei sollte auf die Kooperation von staatlichen und nichtstaatlichen Stellen geachtet werden. Die professionelle Schulung und Sensibi-

12 Arbeiterwohlfahrt Bundeskonferenz 2012, Die AWO in der Einwanderungsgesellschaft
http://buko2012.awo.org/fileadmin/user_upload/documents_BUKO2012/Beschluesse/Beschluesse_Fachpolitik/1.9.-098_Die_AWO_in_der_Einwanderungsgesellschaft_01.pdf

lisierung aller am Verfahren Beteiligter ist zu gewährleisten, um adäquat auf die Bedürfnisse der Betroffenen eingehen zu können. Bezüglich des Erkennens von Hinweisen auf Schutzbedürftigkeiten muss ein einheitliches mehrstufiges Beurteilungsverfahren etabliert werden, welches auf die lokalen Gegebenheiten und die Unterbringungsformen angepasst werden muss. Die drei Schritte sollten in der Hinweisaufnahme möglicher Betroffener, eine Identifizierung und Bedarfsermittlung durch Fachstellen und in der konsequenten Unterstützungsgewährung der festgestellten Bedarfe und die Anerkennung der besonderen Vulnerabilität liegen. Es ist bei jedem Schritt auf die Freiwilligkeit der Teilnahme an dem Verfahren zu achten.¹³

Bürgerschaftliches Engagement stärken und schützen

- Insbesondere die ehrenamtlichen Helfer*innen sind es, die die geflüchteten Menschen mit offenen Armen willkommen heißen und begleiten. Dennoch ist festzuhalten, dass Ehrenamtliche im Umgang mit geflüchteten Menschen mit Behinderungen an Grenzen stoßen und auch kein Ersatz für die rechtlich zu erbringenden Versorgungsleistungen sind. Die AWO setzt sich daher für die Finanzierung eines professionellen Freiwilligenmanagements¹⁴ und die direkte und unbürokratische Erstattung von Sach- und Fahrtkosten ein. Bei Menschen mit Behinderungen, die sich ehrenamtlich engagieren wollen, setzt sich die AWO für die Kostenübernahme eines persönlichen Assistenten aus Mitteln der Eingliederungshilfe ein. Auch geflüchtete Menschen sollen sich engagieren dürfen. Um Engagement für, mit und von Flüchtlingen mit und ohne Behinderungen zu stärken, bedarf es interkultureller Öffnungsprozesse durch Schulungen, politische Bildungsangebote, Partizipationsprojekte, mehrsprachiger Praxishilfen und der Zurverfügungstellung finanzieller Ressourcen. Die AWO empfiehlt daher Bund, Ländern und Kommunen, entsprechende Fördermittel sowie gesetzliche Normierungen auf den Weg zu bringen. Unsere Rückmeldungen der Befragung zeigen, dass die politischen Akteure auf Bundes-, Landes- und kommunaler Ebene gut beraten sind, professionelle und verlässliche Rahmenbedingungen für Ehrenamtliche in unserer Einwande-

13 Vgl. Nadja Saborowski: Ermittlung von besonderen Bedürfnissen nach der Aufnahmerichtlinie, ASYLMAGAZIN 7–8/2014

14 Vgl. MUP-Broschüre „Freiwilligen-Engagement professionell gestalten Engagierte und aktive Freiwillige gewinnen und beteiligen“ <http://www.fes-mup.de/veroeffentlichungen/broschueren/freiwilligen-engagement-professionell-gestalten.html>

Vgl. AWO Köln: Handbuch "Ehrenamtlich engagiert - wie kann es gehen?", <http://www.awo-koeln.de/ehrenamt/vermittlung-ins-ehrenamt/handbuch-ehrenamtlich-engagiert-wie-kann-es-gehen.html>

rungsgesellschaft zu schaffen. Dabei sollte den Ehrenamtsstrukturen im ländlichen Raum besondere Beachtung geschenkt werden.

Zielgruppenorientierte Versorgungsstrukturen ausbauen und Regelsysteme interkulturell öffnen

- Die AWO empfiehlt eine bundesweite interkulturelle Öffnung¹⁵ und institutionelle Förderung der Beratungs- und Versorgungsinfrastruktur sowie der Hilfsangebote für alle geflüchteten Menschen, sowie eine damit einhergehende Verstärkung der personellen Struktur. Dies muss mit einem Qualifizierungsangebot einhergehen. Die besonderen Belange von Menschen mit Behinderungen und anderen schutzbedürftigen Menschen sollen dabei beachtet werden, um eine lückenlose, regelhafte Versorgungslandschaft herzustellen. So lange das Regelsystem nicht auf die besonderen Belange von geflüchteten Menschen und Folteropfern mit und ohne Behinderungen eingestellt ist, fordert die AWO eine sichere, regelsystemkonforme Finanzierung der Psychosozialen Zentren.
- In diesem Zusammenhang empfiehlt die AWO, dass Dolmetscherkosten als notwendiger Bestandteil der Krankenbehandlung anerkannt und ins SGB V aufgenommen werden. Die AWO regt darüber hinaus an, das Angebot der Sprachmittlung flächendeckend zu stärken und die Übernahme der Kosten zur Sprachmittlung bundesgesetzlich einheitlich zu regeln. Notwendig ist auch die Förderung der Qualifizierung und Schulung von Sprachmittlern um den Reibungsverlust bei der Übersetzung auf ein Minimum zu reduzieren.

Selbstwirksamkeit und Selbstbestimmtheit fördern

- Die AWO regt die Gründung von Selbstvertretungsorganisationen geflüchteter Menschen, die lokale Vernetzung der unterschiedlichen Akteure vor Ort an und empfiehlt diese entsprechend zu fördern¹⁶. Des Weiteren sollte die kultursensible Beratung vor

15 Vgl. AWO Bundesverband „Interkulturelle Öffnung - Arbeitsauftrag der Migrationsberatung für erwachsene Zuwanderer und Jugendmigrationsdienste. Eine Praxishilfe“, Berlin, 2015, <https://www.awo.org/interkulturelle-oeffnung-arbeitsauftrag-der-migrationsberatung-fuer-erwachsene-zuwanderer-und>, abgerufen am 30.01.2017

16 Die AWO verweist an dieser Stelle exemplarisch auf das durch die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales des Landes Berlin geförderte „Fachforum für Menschen mit Behinderung und Zuwanderungsgeschichte“, welches auf Initiative der Fachstelle Migration und Behinderung der Arbeiterwohlfahrt des Landesverbandes Berlin e.V. zurückgeht. Das Fachforum ist ein verbands- und trägerübergreifendes Netzwerk aus Akteuren der Behindertenarbeit, der Migrationsarbeit und der Migrantenselbsthilfe. Es zielt auf den Abbau von Barrieren gegenüber Menschen mit Behinderung und Migrationshintergrund in den sozialen Hilfesystemen. <https://fachforum.wordpress.com/>

Ort sowie das Peer Counseling von Menschen mit Behinderungen für Menschen mit Behinderungen wohnortnah aufgebaut und gestärkt werden.

- Zusätzlich empfehlen wir - ergänzend und nicht in Konkurrenz zu bestehenden Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung - den Aufbau von kulturspezifischen tröstenden und stabilisierenden Strukturen im Sinne der Selbsthilfe anzuregen und zu fördern, damit geflüchtete Menschen in Krisensituationen schnell, unbürokratisch und wohnortnah Unterstützung erhalten bzw. aufgefangen werden. Geflüchtete Menschen und Menschen mit Migrationshintergrund sollen dazu befähigt und dahingehend unterstützt werden, derartige kulturspezifische Strukturen aufzubauen und zu erhalten.

Menschen eine Stimme geben, Datenlage verbessern, Versorgung bedarfsgerecht sicherstellen

- Aus unserer Erfahrung gehen wir davon aus, dass in der Fläche viel mehr Verletzungen der Menschen- und Grundrechte in der Versorgung und Unterbringung von geflüchteten Menschen stattfinden, als über diese Abfrage in Kürze erfasst werden konnte. Um daher valide und kultursensible Aussagen zu individuellen, lebensweltorientierten Bedarfs- und Versorgungslagen treffen zu können, empfiehlt die AWO ein bundesweites, interdisziplinäres und kultursensibles Forschungsvorhaben zu konzipieren. Dieses muss die Stimmen geflüchteter Menschen mit Behinderungen – ihre Erfahrungen, Einstellungen, Haltungen, Bedarfe, sozialen Netzwerke etc. - in den Mittelpunkt stellen. Das Forschungsvorhaben sollte zudem die Perspektiven der Angehörigen, der Mitarbeitenden aus der Sozialen Arbeit, den bürgerschaftlich Engagierten, aber auch denen der Selbsthilfe- und Migrantenselbstorganisationen in Relation zu Menschenrechten, Kulturstandards und Behinderungskonzepten berücksichtigen. Auch die besonders verantwortungsvolle Rolle der Sprach- und Kulturdolmetscher*innen muss mit untersucht werden.

Menschenwürdiges Wohnen für alle sicherstellen

- Für einen zunehmenden Teil der Bevölkerung ist der Zugang zu bezahlbarem Wohnraum mit guter infrastruktureller Anbindung schwierig. Personen mit geringem Einkommen werden zunehmend in bestimmte Wohnquartiere verdrängt. Den Kommunen kommt eine zentrale Rolle in der Gestaltung der Wohn- und Lebenssituation ihrer Einwohner*innen zu. Die AWO fordert, eine konsequente Zurückgewinnung kommunaler

Steuerungsmöglichkeiten bei der Versorgung von Menschen, die sich auf dem freien Wohnungsmarkt nicht durchsetzen können. Dazu gehören eine konsequente Förderung und Sicherung des sozialen Wohnungsbaus. Dabei muss die Barrierefreiheit beachtet werden.

- Die AWO fordert die Menschenrechte auch im Zusammenhang der Unterbringung zu achten, das bedeutet den hier ankommenden Menschen ihre Rechte auf soziale, wirtschaftliche und kulturelle Entfaltung zu gewähren. Damit dies gelingt, ist ein ganzheitliches Konzept unter Berücksichtigung der sozialräumlichen Einbindung und lokalen Vernetzung, von baulichen Grundanforderungen und räumlicher Ausstattung, der angemessenen Personalplanung und den dazugehörigen Arbeitsbedingungen, insbesondere jedoch auch unter der Einbeziehung der Bedürfnisse von besonders schutzbedürftigen Menschen, zu erarbeiten.¹⁷

Berlin, den 03.02.2017

Ansprechpartnerinnen:

Jacqueline Schöneck, Referentin für die Qualifizierung in der Flüchtlingssozialarbeit

E-Mail: jacqueline.schoeneck@awo.org

Telefon: 030/26309-353

Cordula Schuh, Referentin für Behindertenhilfe

E-Mail: cordula.schuh@awo.org

Telefon: 030/26309-165

¹⁷ Standpunkte 2016, AWO Positionen und Empfehlungen zur Unterbringung von Menschen nach der Flucht, AWO Bundesverband, 2016.