

Stellungnahme zum Thema Flüchtlinge mit Behinderung für das Deutsche Institut für Menschenrechte

31. Januar 2017

Vorbemerkung:

Handicap International e.V. ist die deutsche Sektion der internationalen Föderation Handicap International mit Sitz in München und einem Büro in Berlin. Handicap International setzt sich in rund 60 Ländern mit über 300 Projekten für Menschen mit Behinderung ein, insbesondere in Kriegs- und Krisengebieten, in der Nothilfe und Entwicklungszusammenarbeit. Weitere Schwerpunkte sind aktive Lobbyarbeit zur Umsetzung der Rechte von Menschen mit Behinderung, gegen den Einsatz von Landminen und Streubomben und der Nutzung von explosiven Waffen in bevölkerten Gebieten. Handicap International ist als Mitbegründer der internationalen Kampagne zum Verbot von Landminen Co-Träger des Friedensnobelpreises.

Seit 2003 bietet Handicap International mit dem Projekt ComIn in München Beratungen und erste Qualifizierungen für Geflüchtete mit Behinderung an, mit dem Ziel, diese bei der Wahrnehmung ihres Rechts auf Teilhabe zu unterstützen. Mit diesem Angebot ist ComIn die älteste Anlaufstelle für Geflüchtete mit Behinderung in Deutschland. Darüber hinaus hat Handicap International im September 2016 sein Engagement für Geflüchtete mit Behinderung in Deutschland erhöht und die Stelle einer Referentin für Flucht und Behinderung für zunächst ein Jahr eingerichtet. Der Schwerpunkt ihrer Arbeit besteht gegenwärtig in der Durchführung einer Bedarfsanalyse zur Versorgungslage und Lebenssituation von Geflüchteten mit Behinderung und chronischen Erkrankungen. Auf dieser Grundlage soll eine weitere Bewertung des künftigen Engagements in Deutschland erfolgen.

Der erste Schritt der Bedarfsanalyse (Oktober 2016-Januar 2017) bestand in einer bundesweiten Online-Befragung (siehe Anlage 1). Diese wurde vor allem an Nichtregierungsorganisationen (spezialisierte Beratungsstellen, Selbsthilfe- und Wohlfahrtsorganisationen, Flüchtlingsräte etc.). In Bundesländern, in denen keinerlei Strukturen und Angebote für Geflüchtete mit Behinderung bekannt waren, kontaktierten wir Flüchtlingsräte, Wohlfahrtsorganisationen, Landesbehinderten- und Landesflüchtlingsbeauftragte. Der Verteiler umfasste 110 Kontakte. Insgesamt liegen 33 Rückmeldungen aus den Bundesländern Baden-Württemberg, Bayern, Berlin, Hamburg, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Schleswig-Holstein und Thüringen vor, die qualitativ sehr unterschiedlich sind. Die aussagekräftigsten Rückmeldungen haben wir aus verständlichen Gründen von auf Geflüchtete mit Behinderung spezialisierte Projekte erhalten. Diese sind im Bundesland Berlin mit Abstand in höchster Zahl vertreten.

Unsere Stellungnahme basiert damit auf den bisherigen Ergebnissen der Bedarfsanalyse und den Erfahrungen von ComIn. Eine Übersicht über die Akteure, die Rückmeldungen gesandt haben, ist als

Anlage 2 beigefügt. Bei der Beantwortung einiger Fragen haben wir weitere Quellen wie aktuelle Studien berücksichtigt.

I. Identifikation

1. Anzahl der Flüchtlinge mit Behinderung

Dazu liegen uns folgende Angaben von spezialisierten Anlaufstellen vor:

Stadt	Organisation	Zeitraum	Anzahl Personen
München	Handicap International e.V., Projekt ComIn	2016	200 Menschen mit Behinderung
Köln	Diakonie Michaelshoven, Netzwerk Flüchtlinge mit Behinderung in Köln	11/2015-11/2016	91 Menschen mit Behinderung
Berlin	InterAktiv e.V., Projekt „Eine Brücke ins Hilfesystem“	10/2016-12/2016	10 Familien und drei Personen, von denen 16 Menschen mit Behinderung
Berlin	Mina e.V., Projekt „Lotsennetzwerk muttersprachliche Begleitung und Betreuung von Menschen mit Fluchterfahrung“	bis 11/2016	147 Familien mit vier bis fünf Personen und mindestens einem Familienmitglied mit Behinderung
Berlin	Lebenshilfe Berlin gGmbH, Interkulturelle Beratungsstelle	bis 11/2016	118 Familien mit zum Teil sehr komplexen Beratungsanliegen dokumentiert, ca. 100 Familien, deren Anliegen nicht dokumentiert wurden

Bestandteil unserer Umfrage war die Frage nach einer Einschätzung des prozentualen Anteils von Geflüchteten mit Behinderung und chronischen Erkrankungen. Akteure, für die das Thema eine hohe Relevanz hatte, gaben den Anteil sehr häufig mit 10 bis 20 % für Geflüchtete mit Behinderung an. Sie verwiesen dabei oft auf eine Studie, die Handicap International und Help Age 2014 in Flüchtlingslagern im Libanon durchgeführt hatten sowie auf Angaben der Vereinten Nationen und des UNHCR.¹ Einige Rückmeldungen kamen auch von Akteuren, die bislang nur wenige Berührungspunkte mit Fragen der Versorgung von Geflüchteten mit Behinderung hatten. Sie gingen bei ihren Schätzungen tendenziell eher davon aus, dass es sich bei Geflüchteten mit Behinderung um Einzelfälle handelt. Wir erklären uns diese Diskrepanz folgendermaßen: Erstens könnte es am mangelnden Kenntnisstand zum Zusammenhang von Flucht und Behinderung verbunden mit dem Vorurteil, dass Men-

¹ Handicap International und Help Age (2014): Hidden Victims of the Syrian Crisis: disabled, injured and older refugees, http://www.handicap-international.us/hidden_victims_of_syrian_crisis (letzter Zugriff 26.01.2017); UN Statement zu Refugees with disabilities anlässlich des UN Summit on Refugees and Migrants, https://www.un.org/development/desa/disabilities/refugees_migrants_with_disabilities.html (letzter Zugriff 26.01.2017); UNHCR (2014): Syrian Refugees with Disabilities Living in Camps in Northern Iraq, <https://data.unhcr.org/syrianrefugees/download.php?id=7451> (letzter Zugriff 26.01.2017). Auf diese Publikationen bezieht sich auch der aktuelle Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen (S. 485), siehe http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Pressmitteilungen/2017/zweiter-teilhabebericht.pdf?__blob=publicationFile&v=4 (letzter Zugriff 26.01.2017)

schen mit Behinderung physisch und/oder körperlich den Strapazen einer Flucht nicht gewachsen seien, liegen. Zweitens an Stereotypen zu Behinderung, die von medizinischen und symptomatischen Diagnosen geprägt sind und weniger die Fokussierung auf Funktionseinschränkungen, die in Interaktion mit der Umwelt zu Barrieren werden.

Alle Akteure wiesen auf die mangelnde Datenlage hin und führten dies darauf zurück, dass Beeinträchtigungen und Behinderungen bei Geflüchteten nicht systematisch erfasst werden (vgl. Antworten auf Frage 3).

2. Formen von Beeinträchtigungen (körperliche, geistige, psychische oder Sinnesbeeinträchtigungen), Geschlecht und Altersgruppen

Hinter der Kategorie 'Geflüchtete mit Behinderung' verbirgt sich eine große Vielfalt. Dies betrifft sowohl die Formen der Beeinträchtigung, als auch die Herkunftsländer, das Geschlecht, Alter und die soziale Konstellation, in der Menschen geflohen sind und in Deutschland leben. Genaue Angaben dazu, welche Beeinträchtigung in Korrelation mit Herkunftsländern, Geschlecht und Alter auftreten, lassen sich unserer Bedarfsanalyse und den Erfahrungen von ComIn nicht entnehmen.

An ComIn wenden sich insbesondere Geflüchtete mit körperlichen Behinderung und chronischen Erkrankungen, daneben Menschen mit geistiger und mehrfachen Behinderungen sowie Sehbehinderte und Blinde. Zwar sind alle Altersstufen vertreten, vorrangig sind die Geflüchteten mit Behinderung aber zwischen 0-30 Jahren alt. Der Großteil ist männlich, der Anteil der Mädchen und Frauen mit Behinderung und chronischer Erkrankung ist im Vergleich dazu sehr gering.

Auf der Grundlage der Ergebnisse unserer Umfrage ergibt sich außerdem folgendes Bild:

Bei Geflüchteten mit Behinderung sind die gleichen Herkunftsländer vertreten wie bei Geflüchteten ohne Behinderung. Die prozentuale Verteilung mit Syrien, Afghanistan und Irak als den Hauptherkunftsländern ist ähnlich.

Alle in der Frage aufgezählten Beeinträchtigungen sind vertreten. Viele Rückmeldungen verweisen darauf, dass vor allem bei jungen Männern körperliche Beeinträchtigungen infolge von Kriegsverletzungen häufig sind. Einige betonen, dass Kriegsverletzungen erst im Zusammenhang mit unzureichenden Behandlungsmöglichkeiten und Bedingungen auf der Flucht zu dauerhaften Beeinträchtigungen geführt haben. Allerdings können auch Kinder und Frauen davon betroffen sein.

Relativ häufig werden Familien erwähnt, in denen mehrere Kinder von Beeinträchtigungen infolge von erblich bedingten Veranlagungen betroffen sind.

Kinder mit Behinderung sind in der Regel mit ihren Familien oder auch nur mit Teilen der Herkunftsfamilie (ein Elternteil und/oder Geschwister) nach Deutschland gekommen. Die Behinderung eines Angehörigen kann der Auslöser für die Flucht mit einem Elternteil nach Deutschland sein, wenn im Herkunftsland oder im ersten Fluchtland keine adäquate Versorgung möglich war. Es gibt allerdings auch den umgekehrten Fall: Ein Elternteil (häufig die Väter) und manchmal auch die älteren nichtbehinderten Kinder sind nach Deutschland gekommen in der Hoffnung, den Rest der Familie mit dem behinderten Kind im Zuge der Familienzusammenführung nachzuholen. Diese Familien sind im besonderen Maße davon betroffen, dass der Familiennachzug bei subsidiär Schutzberechtigten (mittlerweile der häufigste Schutzstatus) seit Anfang des Jahres für zwei Jahre ausgesetzt wurde. Entspre-

chend häufig sind Beratungsstellen mittlerweile mit Problemen bei der Familienzusammenführung konfrontiert.

Akteure aus dem Bereich der Frühförderung² geben außerdem der Besorgnis Ausdruck, dass Kinder mit Fluchtgeschichte (vor allem nach Anerkennung als Flüchtlinge) vergleichsweise häufig Verhaltensauffälligkeiten aufweisen bzw. in der Frühförderung überproportional vertreten sind. Abgesehen davon, dass Erfahrungen von Flucht und Unterbringung in überfüllten Notunterkünften Kinder schwer belasten und dies zu Folgestörungen führen kann, steht zu vermuten, dass diagnostische Verfahren diese Erfahrungen nicht adäquat einbeziehen.

Außerdem sind mehr Männer als Frauen mit Beeinträchtigungen alleine nach Deutschland gekommen. Allerdings finden sich auch immer wieder Hinweise darauf, dass selbst Kinder und Jugendliche mit Behinderungen (körperlichen und kognitiven) ohne ihre Herkunftsfamilie geflohen sind, wenn auch nicht in großer Zahl. Beratungsstellen gehen häufig davon aus, dass die unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge ursprünglich in Begleitung von Verwandten geflüchtet sind. Diese Verbindungen würden jedoch verschwiegen, da die UMFs befürchteten damit den Familiennachzug zu erschweren.

Ein Großteil der Akteure weist darauf hin, dass der Anteil an Geflüchteten mit psychischen Beeinträchtigungen vor allem in Folge von Traumatisierungen im Herkunftsland und während der Flucht sehr hoch sei. Darüber hinaus komme es aufgrund der schwierigen Unterbringung in Massenunterkünften, der unsicheren Perspektiven und teils langen Wartezeiten auf das Asylverfahren zu Re-Traumatisierungen und Depressionen.³

Wir möchten betonen, dass diese Beobachtungen zwar Tendenzen aufzeigen, aber als Ausgangspunkt für weitere Planungen einer Bedarfsdeckung nicht ausreichen. Dazu sind weitere empirische Untersuchungen erforderlich, die vor allem auch die Perspektive von Geflüchteten mit Behinderung und ihren Angehörigen einbeziehen.⁴ Es ist gut möglich, dass Geflüchtete aus weniger stark vertretenen Herkunftsländern stärker isoliert sind und weniger häufig von Anlaufstellen Kenntnis haben. Außerdem sollte genauer untersucht werden, inwiefern das Kriterium der Bleibeprognose die Versorgungslage von Geflüchteten aus sogenannten sicheren Herkunftsländern zusätzlich verschärft.

3. Behördliche und informelle Verfahren zur Identifikation

Unserer Antwort sei vorangestellt, dass es in Deutschland unserer Kenntnis nach weder auf Länder- noch auf kommunaler Ebene systematische behördliche Verfahren zur Identifikation von Geflüchteten mit Behinderung gibt. Dies spiegelt sich auch in den Rückmeldungen unserer Umfrage wider. Der

² Diese Beobachtung stammt nicht aus der Onlinebefragung von Handicap International, sondern aus persönlichen Erfahrungen, die Susanne Schwalgin im Rahmen von Fortbildungen in Frühförderstellen gemacht hat.

³ Dies deckt sich mit Ergebnissen empirischer Forschungsprojekte zu Geflüchteten ohne Behinderung, vgl. zum Beispiel Schiefer, David (2017): Was wirklich wichtig ist: Einblicke in die Lebenssituation von Flüchtlingen. Kurzinformationen des SVR Forschungsbereichs 2017/1, hrsg. von Robert Bosch Stiftung und Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration – Forschungsbereich, https://www.svr-migration.de/wp-content/uploads/2017/01/SVR_Lebenslage_von_Fluechtlingen.pdf (letzter Zugriff 26.01.2017).

⁴ Als zweiten Schritt der Bedarfsanalyse (Januar bis Juni 2017) plant Handicap International e.V. vertiefende Feldstudien in Berlin, Brandenburg und Bayern. Dabei werden auch Interviews mit Geflüchteten mit Behinderung und ihren Angehörigen durchgeführt. Die Ergebnisse der Bedarfsanalyse werden im Rahmen einer Praxis-hilfe zur Unterstützung für Geflüchtete mit Behinderung veröffentlicht werden (voraussichtliches Erscheinen im August/September 2017).

Großteil der Akteure weist explizit auf diesen Mangel hin und macht das Fehlen effektiver Verfahren zur Identifikation für die prekäre Versorgungslage von Geflüchteten mit Behinderung verantwortlich. Viele fordern, dass die EU-Aufnahmerichtlinie EU 2013/33 sowohl in der Bundes- als auch Ländergesetzgebung umgesetzt werden sollte. Einige Projekte (wie z.B. Netzwerk für Flüchtlinge mit Behinderung in Köln, Deaf Refugee Projekte) leisten durch aufsuchende Arbeit und Beratungsangebote in Aufnahmeeinrichtungen einen Beitrag zur Identifikation. Allerdings können diese Projekte nur punktuell und lokal sehr begrenzt den Mangel an behördlichen Verfahren kompensieren.

Mitarbeitende der Sozialdienste in Flüchtlingseinrichtungen und in Flüchtlingsberatungsstellen sowie ehrenamtliche Unterstützer haben häufig eine Schlüsselrolle bei der Identifikation und Versorgung von Geflüchteten mit Behinderung. Allerdings setzt dies voraus, dass sie eine Beeinträchtigung erkennen und aktiv versuchen, eine bessere Versorgung herbei zu führen. Laut Aussagen unserer Umfrage kann dies nicht vorausgesetzt werden.

Identifikation im Rahmen der Gesundheitsprüfungen

Der § 62 Asylverfahrensgesetz (AsylVfG) schreibt vor, dass bei Flüchtlingen, die in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften wohnen, eine Gesundheitsüberprüfung stattfinden muss. Ziel und Zweck dieser Untersuchung ist es, ansteckende Krankheiten und Infektionen auszuschließen sowie den Impfstatus zu überprüfen. Verantwortlich für die Umsetzung sind die Landesgesundheitsbehörden, die den gesetzlich vorgeschriebenen Umfang der Untersuchung erweitern können. Allerdings ist uns kein Bundesland bekannt, dass diesen Spielraum genutzt und die Identifikation von Beeinträchtigungen zum verbindlichen Bestandteil gemacht hätte.

Gleichwohl ist nicht auszuschließen, dass den durchführenden Ärzten bei dieser Gelegenheit Beeinträchtigungen auffallen und sie weitere Diagnostik und Hilfsmittel verordnen. Dies dürfte allerdings vor allem sichtbare Behinderungen betreffen bzw. voraussetzen, dass die Betroffenen in der Lage sind, auf einen Unterstützungsbedarf hinzuweisen. Allerdings sind uns lediglich Einzelfälle bekannt, bei denen eine Beeinträchtigung bereits bei der Erstuntersuchung festgestellt wurde. Überwiegend verweisen die Rückmeldungen darauf, dass die Identifikation von Geflüchteten mit Behinderung dem Zufall oder dem Engagement Einzelner zu verdanken ist: Etwa weil Geflüchtete mit Behinderung und ihre Angehörigen selber in der Lage sind auf ihren Unterstützungsbedarf aufmerksam zu machen, weil dieser haupt- und ehrenamtlichen Unterstützern in Aufnahmeeinrichtungen auffällt oder weil Fachkräfte in Kitas und Schulen darauf hinweisen.

Das Berliner Netzwerk für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge – Ein Modell für die Identifikation?

Ein positives Beispiel könnte das Land Berlin sein. Dort gibt es seit 2008 das Modellvorhaben „Berliner Netzwerk für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge“⁵. Die koordinierende Stelle ist das Zentrum für Flüchtlingshilfen und Migrationsdienste im Zentrum Überleben. Kern des Projektes soll die enge Kooperation von staatlichen Stellen und Nichtregierungsorganisationen sein, um die Identifikation und Versorgung besonders schutzbedürftiger Flüchtlinge zu sichern. Dafür hat das Zentrum Überleben mit seinen Partnern (Anlaufstellen für die unterschiedlichen Personengruppen besonders

⁵ Vgl. <http://www.migrationsdienste.org/projekte/abgeschlossene-projekte/fluechtlinge.html> und <http://www.migrationsdienste.org/projekte/bns3.html> (letzter Zugriff 26.01.2017).

Schutzbedürftiger) ein mehrstufiges Verfahren zur Ermittlung, Feststellung und Versorgung besonders schutzbedürftiger Flüchtlinge entwickelt, das seit dem 1. Oktober 2009 angewandt wird. Die Partnerorganisation für Menschen mit Behinderung ist die Fachstelle für Flüchtlinge mit Behinderungen und ältere Flüchtlinge beim Berliner Zentrum für Selbstbestimmtes Leben behinderter Menschen (BZSL) e.V. Der Senat Berlin hat außerdem in einem Rundschreiben 2/2015 die Leistungen nach § 6 Abs. 1 AsylbLG im Lichte der EU-Richtlinie 2013/33/EU⁶ beschrieben. Demnach sind die besonderen leistungsrechtlichen Bedarfe u.a. von Geflüchteten mit Behinderung bei der Ermessensausübung nach § 6 Abs. 1 AsylbLG zu berücksichtigen. Voraussetzung ist, dass der Bedarf nachweislich vorliegt (ärztliche Verordnung), über die Grundleistungen hinausgeht und nicht anderweitig gedeckt werden kann.⁷

Das Berliner Netzwerk für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge bietet theoretisch ein Modell für eine schnell greifende Identifikation und Versorgung Geflüchteter mit Behinderung. In der Praxis funktioniert das Modellverfahren jedoch nicht. Dies belegen die Rückmeldungen aller spezialisierten Angebote für Geflüchtete mit Behinderung in Berlin. Exemplarisch verweisen wir hier auf die Rückmeldung des Netzwerkpartners Fachstelle für Flüchtlinge mit Behinderung beim BZSL. Sie kritisieren wie alle anderen, dass die medizinische Versorgung trotz Einführung der Gesundheitskarte in den ersten Monaten auf die Grundversorgung beschränkt bleibt. Anträge auf Hilfsmittel, Leistungen der Eingliederungshilfe und Rehabilitationsmaßnahmen haben sehr lange Bearbeitungszeiten. Inzwischen sei es entweder zur Abschiebung oder zum Zuständigkeitswechsel der Kostenträger durch Veränderung des Aufenthaltstitels gekommen. Darüber hinaus führe der ständige Wechsel von Zuständigkeiten in der Verwaltung dazu, dass effektive Verfahrensweisen nicht entwickelt werden können. Bewähren würden sich feste Ansprechpartner in der Verwaltung, um eine gute Kommunikation zu ermöglichen.

Hinzufügen kann man noch, dass die Verfahrensweisen, die zwischen dem Berliner Netzwerk für besonders Schutzbedürftige und der Senatsverwaltung vereinbart wurden, sowie das Rundschreiben der Senatsverwaltung in weiten Teilen der Verwaltung nicht bekannt sind und keine Anwendung finden. Auch ein Leitfadens zur medizinischen Versorgung von Flüchtlingen mit Behinderung für Berlin⁸, der von der Antonio Amadeu Stiftung 2016 herausgegeben wurde und bisher beispiellos ist⁹, wird nicht ausreichend rezipiert.

Neben viel zu langen Bearbeitungszeiten, die der Überlastung und den Umstrukturierungsmaßnahmen in der Berliner Verwaltung geschuldet sind, nutzen Verwaltungsmitarbeiter die Ermessensspielräume in der Regel nicht im Sinne der EU-Aufnahmerichtlinie.

⁶ http://www.berlin.de/sen/soziales/berliner-sozialrecht/land/rdschr/2015_02.html (letzter Zugriff 26.01.2017)

⁷ Vgl. die Antwort des Berliner Senats auf die schriftliche Anfrage von Fabio Reinhardt (Piratenfraktion) vom 17.3.2016, siehe <http://pardok.parlament-berlin.de/starweb/adis/citat/VT/17/SchrAnfr/s17-18249.pdf> (letzter Zugriff 26.01.2017)

⁸ Vgl. <https://www.amadeu-antonio-stiftung.de/w/files/pdfs/leitfaden-medizinische-versorgung-fluechtlinge-mit-behinderung-052016-1.pdf> (letzter Zugriff 26.01.2017).

⁹ An dieser Stelle sei noch auf das Schutzkonzept des Lebenshilfe Landesverbands Hamburg e.V. verwiesen, http://www.lebenshilfe-hamburg.de/media/1240/2016-11-22_schutzkonzept.pdf (letzter Zugriff 26.01.2017).

4. Herausforderungen und Schwierigkeiten im Bereich der Identifikation

Aus unserer Sicht liegen die Herausforderungen und Schwierigkeiten auf mehreren Ebenen:

- a) Die EU-Aufnahmerichtlinie sieht effektive und zeitnahe Verfahren zur Identifikation des besonderen Schutzbedarfs vor, unter anderem von Menschen mit Behinderung. Bis Sommer 2015 hätte der Bund für eine gesetzliche Umsetzung sorgen müssen haben; dies ist bisher noch nicht erfolgt. Die Bundesregierung antwortete auf Nachfrage im Rahmen einer Kleinen Anfrage im März 2016 darauf, dass man dies „angesichts der enormen Herausforderungen in den letzten Monaten nicht prioritär vorangetrieben“ habe. Sie verwies außerdem darauf, dass „die Leistungsbehörden in den Ländern (...) nach Ablauf der Umsetzungsfrist der Richtlinie ohnehin zur richtlinienkonformen Auslegung der einschlägigen nationalen Normen verpflichtet“ seien.¹⁰ Die Länder wiederum verweisen, wie zum Beispiel das Land Berlin auf die Notwendigkeit bundeseinheitlicher Regelungen (vgl. Fußnote 7). Asylrechtsexperten gehen davon aus, dass mit einer Umsetzung nicht zu rechnen ist. Mittlerweile habe die EU-Kommission eine umfassende Reform des Europäischen Asylsystems angekündigt, dabei sei vorgesehen die Aufnahmerichtlinie durch eine EU-Verordnung zu ersetzen und die Schutzstandards abzusenken.¹¹
- b) Selbst wenn systematische Feststellungsverfahren analog zur EU-Aufnahmerichtlinie zum Beispiel verbindlicher Bestandteil der gesundheitlichen Erstuntersuchungen nach § 62 Asylverfahrensgesetz würden, bestünden vermutlich weiterhin Probleme der Diagnostik. Denn für die Identifikation nicht sichtbarer Beeinträchtigungen (z.B. kognitive und psychische Behinderungen) gibt es bislang keine kultursensiblen Diagnoseverfahren, die ein kulturell unterschiedliches Verständnis von Behinderung berücksichtigen. Darüber hinaus bedürfte es in behinderungsspezifischen Belangen geschulter Sprach- und Kulturmittler, die gegenwärtig nicht im ausreichenden Maße zur Verfügung stehen und deren Finanzierung außerdem nicht gesichert ist. Außerdem zeigen die Erfahrungen von Handicap International in Notfallsituationen und langfristigen Krisen, dass Gesundheitsprüfungen kein adäquates Mittel zur Identifikation von Behinderungen im Sinne der UN-BRK sind. Dafür müssten Gesundheitsprüfungen durch eine Erhebung mit Blick auf funktionelle Einschränkungen ergänzt werden (z.B. analog zu den Erhebungsinstrumenten der Washington Gruppe).
- c) Die EU-Aufnahmerichtlinie sieht außerdem vor, dass Behinderungen auch zu einem späteren Zeitpunkt des Asylverfahrens identifiziert werden sollten. Denn vor allem psychische Beeinträchtigungen wie zum Beispiel posttraumatische Belastungsstörungen treten häufig erst zu einem späteren Zeitpunkt auf. Für eine systematische Identifikation müsste ein System niedrigschwelliger psychosozialer Begleitung etabliert werden, das auch nach der Verteilung der Geflüchteten auf die Kommunen greift. Neben dem Strukturaufbau wären behinderungsspezifische Schulungen haupt- und ehrenamtlicher Ansprechpartner sowie die Bereitstellung mehrsprachiger und multimedialer Informationsmaterialien (wie zum Beispiel Apps) nötig, die Geflüchtete mit Behinderung über ihre Rechte aufklären.

¹⁰ Antwort der Bundesregierung auf eine Kleine Anfrage der Linken vom 10.3.2016 (BT-Drs. 18/7831), Antwort auf Fragen 12 bis 14.

¹¹ Vgl. Voigt, Claudius (2016): Asylbewerberleistungsgesetz: Feindliche Übernahme durch das Ausländerrecht. In: Informationen zum Arbeitslosenrecht und Sozialhilferecht 3/2016, 99-107, vor allem S. 106, http://ggua.de/fileadmin/downloads/tabellen_und_uebersichten/Info_also_3-2016.pdf (letzter Zugriff 26.01.2017).

II. Versorgung

5. Gesundheits- und Hilfsmittelversorgung für Flüchtlinge mit Behinderungen in der Praxis

Wir beantworten diese Frage zunächst nur für Geflüchtete im Asylverfahren während der ersten 15 Monate. Für jene die mehr als 15 Monate im Asylverfahren sind, verweisen wir auf Punkt 7.

Übereinstimmend beurteilt der überwiegende Teil der Akteure, die sich an der Umfrage beteiligt haben, die Gesundheits- und Hilfsmittelversorgung während der ersten 15 Monate als sehr prekär. Geflüchtete mit Behinderung stoßen demnach auf vielfältige Zugangsbarrieren, die auf verschiedenen Ebenen liegen und sich zum Teil gegenseitig verstärken.

- a) *Sozialrechtliche Barrieren* durch eine restriktive Auslegung des § 6 Asylbewerberleistungsgesetzes; die zuständigen Verwaltungsstellen nutzen die Ermessensspielräume nicht.
- b) *Sozialrechtliche Barrieren* durch eine mangelnde Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie auf der Ebene von Bund, Ländern und Kommunen; haupt- und ehrenamtliche Unterstützer sind unzureichend über die EU-Aufnahmerichtlinie informiert und nutzen diese nur selten, um bei den Kostenträgern eine Nutzung der Ermessensspielräume durchzusetzen. Vielmehr orientieren sich viele ausschließlich am § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes.
- c) *Sozialrechtliche Barrieren* durch eine mangelnde Umsetzung der Möglichkeit, Geflüchtete bereits vor Ablauf der 15 Monate mit einer elektronischen Gesundheitskarte auszustatten, da dies in den Bundesländern unterschiedlich gehandhabt wird.¹² In der Regel entspricht der Leistungsumfang weiterhin den § 4 und § 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes. Dafür entfällt für Asylsuchende die Verpflichtung, für jeden Gang zum Arzt einen Behandlungsschein bei der zuständigen Behörde zu beantragen. Für die Ärzte vereinfacht sich die Abrechnung der Leistungen.
- d) *Barrieren durch mangelnde Sensibilisierung* der Politik, Verwaltung und des Haupt- und Ehrenamtes in der Flüchtlings- und Behindertenhilfe für behinderungsspezifische Belange.
- e) *Barrieren aufgrund unklarer geteilter Verantwortlichkeiten* zwischen verschiedenen Verwaltungseinheiten an der Schnittstelle von Flüchtlings- und Behindertenhilfe sowie durch die Unübersichtlichkeit des Sozialrechts für Menschen mit Behinderung an sich.
- f) *Barrieren durch mangelndes Wissen und Kompetenzen* auf Seiten der Mitarbeitenden in Aufnahmeeinrichtungen insbesondere dazu, eine Behinderung im Sinne des Artikels 1 der UN-BRK zu erkennen.
- g) *Barrieren durch eine mangelnde interkulturelle Öffnung* des Gesundheitssystems im Allgemeinen und der Behindertenhilfe im Besonderen. Angebote und Maßnahmen werden weder sprachlich noch kultursensibel vermittelt. Es fehlt vielerorts an interkulturellen Konzepten in der Behindertenhilfe sowie an qualifizierten Sprach- und Kulturmittlern und Lotsen.

¹² Vgl. Wächter-Raquet, Markus (2016): Einführung der Gesundheitskarte für Asylsuchende und Flüchtlinge. Der Umsetzungsstand im Überblick der Bundesländer, Hrsg. Bertelsmann Stiftung, https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/BSt/Publikationen/GrauePublikationen/Studie_VV_Gesundheitskarte_Fluechtlinge_2016.pdf (letzter Zugriff 26.01.2017).

- h) *Sprachliche Barrieren* verschärfen sich darüber hinaus durch Bürokratiesprache, die selbst für Muttersprachler eine Herausforderung darstellt und erst recht für Geflüchtete, die keine oder kaum Deutschkenntnisse haben.
- i) *Barrieren durch Informationsdefizite* auf Seiten der Geflüchteten über kulturelle Konzepte von Behinderung in Deutschland (zum Beispiel der Teilhabe-Begriff im Sinne der UN-BRK) sowie zum System der Behindertenhilfe. Es fehlt an leicht zugänglichen, mehrsprachigen und multimedialen Informationsmaterialien sowie an Sprach- und Kulturmittlern, die eine Brückenfunktion übernehmen könnten.

6. Auslegung des Ermessensspielraums von §§ 4 und 6 AsylbLG auf kommunaler Ebene – behördliche Vorgaben und gute Praxis

In München gibt es keine offiziell bekannten behördlichen Vorgaben zur Auslegung des Ermessensspielraums. Außerdem hat sich das Bundesland Bayern dagegen entschieden, Geflüchtete schon vor Ablauf der ersten 15 Monate mit der elektronischen Gesundheitskarte auszustatten. Nach wie vor benötigen Geflüchtete alle drei Monate einen Krankenschein. Allerdings zeigen die Erfahrungen von ComIn, dass Anträge auf Gewährung von Hilfsmitteln (z.B. (Kinder-)Rollstühle, Reha-Buggy, Spezialbrillen und Hörgeräte) seit einem Jahr auch während der ersten 15 Monate vermehrt bewilligt werden. Voraussetzung dafür ist, dass gemeinsam mit dem Antrag eine Diagnose und ein Kostenvoranschlag eingereicht werden. Über Leistungen wie den sonderpädagogischen Schulbesuch entscheidet zusätzlich noch das Gesundheitsamt. Außerdem wird inzwischen ein Pflegebedarf durch entsprechende Fachkräfte des Gesundheitsamtes vor Ort gemäß der Einstufung in Pflegestufen geprüft und entsprechende Sachleistungen gewährt. Ein Anspruch auf Geldleistungen gibt es nicht, da dieser zwei Jahre Mitgliedschaft in einer Krankenkasse voraussetzt.

Zum Beispiel Berlins siehe Punkt 3.

Zu Kommunen, in denen die Versorgung besonders gut läuft, liegen uns keine gesicherten Erkenntnisse vor. Da das Asylsystem den Kommunen jedoch bei der Unterbringung und Versorgung von Geflüchteten große Spielräume lässt, gehen wir davon aus, dass auch bei der Versorgung von Geflüchteten mit Behinderung große Unterschiede zwischen Kommunen möglich sind. Ein weiterer Faktor, der bei der Unterbringung und Versorgung für Geflüchtete einen Unterschied machen kann, sind Unterstützungsprojekte. So berichtet das Netzwerk für Flüchtlinge mit Behinderung in Köln, dass ein kontinuierlicher Austausch mit der Verwaltung zu einer Sensibilisierung und zu Verbesserungen führt. Allerdings setzt dies einen langen Atem und hartnäckige Lobbyarbeit voraus.

7. Leistungsgewährung von Regelleistungen des Zwölften Sozialgesetzbuches (so geregelt in §2 AsylbLG) nach 15 Monaten

Nach unseren Erkenntnissen, werden sozialrechtliche Barrieren durch die Analogleistungen, die nach 15 Monaten gewährt werden, weitgehend abgebaut werden. Probleme gibt es weiterhin bei der Gewährung von Pflegeleistungen, da Leistungen der Pflegekassen zwei Jahre Mitgliedschaft in einer Krankenkasse voraussetzen und Hilfen zur Pflege analog zum SGB XII häufig abgelehnt werden. Darüber hinaus gibt es offenbar in vielen Kommunen Probleme beim Statuswechsel nach 15 Monaten. So entstehen beispielsweise Verzögerungen bei der Ausgabe oder dem Umtausch der elektronischen

Gesundheitskarten. Teilweise sind auch die Mitarbeiter der Krankenkassen, die nun für die Prüfung von Gesundheitsleistungen und Hilfsmittelanträgen zuständig sind, nicht hinreichend für die neue Zielgruppe geschult.

Außerdem weisen alle Akteure daraufhin, dass die Zugangsbarrieren, die unter Punkt 5 f-i aufgeführt sind, bestehen bleiben.

8. Eingliederungshilfe (SGB IX) für Flüchtlinge während des Asylverfahrens

Laut vorliegenden Rückmeldungen können Flüchtlinge während des Asylverfahrens durchaus Leistungen der Eingliederungshilfe bekommen, sogar während der ersten 15 Monate. In München zum Beispiel bekommen Geflüchtete mit Behinderungen, die noch keine 15 Monate in Deutschland sind, zunehmend notwendige Hilfsmittel bewilligt (vgl. Punkt 6).

Rückmeldungen aus anderen Teilen Deutschland weisen teilweise darauf hin, dass die Bewilligung bei Kindern einfacher ist. Auch berichten viele Akteure, dass Kinder Leistungen der Frühförderung in Anspruch nehmen können. Allerdings werden diese in der Regel nur für drei Monate genehmigt und müssen dann jedes Mal wieder neu und aufwändig beantragt werden. Dies verhindert eine effektive Förderung der Kinder.

Insgesamt sind diese positiven Beispiele während der ersten 15 Monate Ausnahmen und nicht die Regel. Zentrale Gelingensbedingung ist das hartnäckige Engagement von haupt- und ehrenamtlichen Unterstützern und entsprechenden Projekten, die sich mit Sachkenntnis der komplexen sozialrechtlichen Regelungen an der Schnittstelle von Asylgesetzgebung und Behindertenhilfe für die Betroffenen einsetzen.

9. Behindertenausweis für Flüchtlinge mit Behinderung und praktische Auswirkungen auf den Bezug von Sozialleistungen

Menschen mit einer Aufenthaltsgestattung gem. §§ 55 AsylVfG können einen Behindertenausweis beantragen. Allerdings können die zuständigen Versorgungsämter vor Gewährung beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) nachfragen, ob es Hinweise auf Ablehnungsgründe nach § 30 Absatz 3 AsylVfG gibt. Ist dies der Fall, kann der Antrag nach § 2 Absatz 2 SGB IX abgelehnt werden, weil kein rechtmäßiger gewöhnlicher Aufenthalt in Deutschland gegeben. Der rechtmäßige gewöhnliche Aufenthalt bildet laut § 2 Absatz 2 SGB IX die Voraussetzung für die Gewährung eines Behindertenausweises.

Allerdings ist die Praxis in den Bundesländern offenbar sehr unterschiedlich. Dazu zwei Beispiele:

ComIn berichtet für die Stadt und den Landkreis München, dass die zuständigen Behörden dort bei der Beantragung keine Anfrage an das BAMF stellen. Der Behindertenausweis wird Menschen mit einer Aufenthaltsgestattung in der Regel nach zwei bis drei Monaten Wartezeit bewilligt. ComIn vertritt die Ansicht, dass der Behindertenausweis auch für Flüchtlinge im Asylverfahren zahlreiche Vorteile bietet. Zum Beispiel dient der Behindertenausweis als Nachweis der Behinderung bei Anhörungen im Asylverfahren, bei Gericht oder gegenüber der Ausländerbehörde. Dies sei insbesondere bei

nicht sichtbaren Behinderungen wie Sehbehinderungen, Hörbehinderungen und psychischen Behinderungen ein Vorteil.

Im Kontrast dazu steht die Praxis in Berlin. Das Versorgungsamt Berlin stellt bei Beantragung eines Behindertenausweises durch Personen mit Aufenthaltsgestattung eine Anfrage an das BAMF. Die Antragsverfahren ziehen sich über Monate und oft Jahr hin. Die Gründe für diese langen Wartezeiten sind dabei weder den Geflüchteten noch den Hilfsorganisationen bekannt, die sie bei der Antragstellung unterstützt haben. In anderen Fällen wird der Antrag mit dem Hinweis abgelehnt, dass der gewöhnliche Aufenthalt in Deutschland nicht gegeben sei. Dies kann selbst dann passieren, wenn die Geflüchteten aus Herkunftsländern mit hoher Schutzquote wie z.B. Syrien kommen. Vermutlich liegt dies darin begründet, dass es zum Kriterium des gewöhnlichen Aufenthaltes unterschiedliche Rechtsauffassungen und –praktiken gibt.¹³

Aufgrund der langen Wartezeiten und des ungewissen Ausgangs berichten einige Hilfsorganisationen in Berlin, dass sie dazu raten, den Behindertenausweis erst nach positivem Ausgang des Asylverfahrens zu beantragen. Praktische Auswirkungen auf die Gewährung von Sozialleistungen sehen diese Beratungsstellen nicht per se. Viele Sozialleistungen lassen sich auch ohne den Behindertenausweis beantragen. Praktische Vorteile bringt der Schwerbehindertenausweis für die kostenlose Nutzung des öffentlichen Nahverkehrs.

Diese Rückmeldung kommt auch aus vorwiegend ländlichen Regionen.

Auch vom Kölner Netzwerk für Flüchtlinge mit Behinderung wird kritisiert, dass die Antragstellung sich durch die Anfrage beim BAMF über Gebühr in die Länge zieht. Die Wartezeiten betragen um die sechs Monate. Dort ist der Schwerbehindertenausweis zum Beispiel notwendig für die Vermittlung von Wohnraum durch die zuständige Behörde.

10. Defizite in der Versorgungssituation am Beispiel eines Einzelfalls

Einzelfall 1

ComIn schildert den Fall einer 24jährigen sehbehinderten Geflüchteten aus Libyen, deren Asylverfahren noch läuft und die noch keine 15 Monate in Deutschland ist. Sie erhält weder Assistenzleistungen, noch hat sie Anspruch auf die Kostenübernahme eines Mobilitätstrainings, eines Blindenstocks sowie von Hilfsmitteln zum Spracherwerb (Braillezeile, Brailnotenizeile, Aufnahmegeräte, Daisy-Reader, etc.) oder auf Blindengeld für die Selbstfinanzierung dieser Hilfsmittel. Dadurch lebt die junge Frau in großer Abhängigkeit von ihrer Familie. Sie kann weder an den vorgeschalteten Deutschkursangeboten teilnehmen. Noch kann sie ihre Erblindung, die erst ein Jahr zuvor durch einen falsch behandelten Diabetes entstand, verarbeiten. Sie leidet daher an Depressionen und ist von einer dauerhaften psychischen Beeinträchtigung bedroht. Darüber hinaus wird es ihr nicht ermöglicht, blindenspezifische Fertigkeiten zur Teilhabe an einer Ausbildung zu lernen. Längerfristig wird dies sowohl eine Ausbildungs- bzw. Arbeitsaufnahme erschweren wie auch ihre weitere Integration in die Gesellschaft.

¹³ Vgl. Weiser, Barbara (2016): Sozialleistungen für Menschen mit einer Behinderung im Kontext von Migration und Flucht. Eine Übersicht zu den rechtlichen Rahmenbedingungen. Hamburg, http://www.fluchtort-hamburg.de/fileadmin/pdf/2016/Expertise_Sozialleistungen_2016_web.pdf (letzter Zugriff 26.01.2017)

An diesem Einzelfall zeigt sich deutlich, dass eine bedarfsgerechte Versorgung von Geflüchteten mit Behinderung nicht auf den Zugang zu Gesundheitsleistungen und Hilfsmittel reduziert werden sollte. Der Maßstab für eine menschenrechtsbasierte bedarfsgerechte Versorgung für Geflüchtete mit Behinderung ist aus unserer Sicht die UN-BRK sowie weitere in Deutschland gültige Menschenrechtskonventionen. Prinzipiell sind Geflüchtete mit Behinderung mit Einschränkungen ihrer Menschenrechte in all den Bereichen konfrontiert, die das Institut für Menschenrechte in seinem aktuellen Bericht an den Bundestag zur Entwicklung der Menschenrechtssituation in Deutschland herausgearbeitet hat. Dabei werden die Einschränkungen durch die Dimension Behinderung zusätzlich verstärkt.

Besonders deutlich wird dies im Hinblick auf den Zugang zu Sprachkursen, zu adäquatem Wohnraum und zu Möglichkeiten beruflicher Bildung und zum Arbeitsmarkt. Die uns vorliegenden Rückmeldungen beklagen nahezu übereinstimmend den flächendeckenden Mangel an behinderungsspezifischen Sprachkursen, insbesondere für gehörlose und blinde Geflüchtete und solche mit kognitiven Beeinträchtigungen und geistigen Behinderungen.¹⁴ Bedarfsgerechten Wohnraum zu finden, selbst wenn entsprechende Kostenübernahmeerklärungen vorliegen, ist vor allem in städtischen Ballungsgebieten extrem problematisch.

In Berlin führt dies zum Beispiel dazu, dass Geflüchtete, ob mit und ohne Behinderung, selbst nach Anerkennung ihres Asylverfahrens größtenteils noch in völlig unzureichenden Notaufnahmeeinrichtungen, Gemeinschaftsunterkünften oder Hostels wohnen.

Darüber hinaus sind bundesweit gegenwärtig nur wenige Integrationsmaßnahmen zur beruflichen Bildung, Ausbildung oder zur Eingliederung in den Arbeitsmarkt bekannt, die tatsächlich auf die spezifischen Bedarfe von Menschen mit Behinderung ausgerichtet sind. Selbst in Werkstätten für Menschen mit Behinderung, die anerkannte Geflüchtete aufnehmen, fehlt es an Angeboten zur sprachlichen und interkulturellen Orientierung. Zusammenfassend kann man festhalten, dass die Integrationsmaßnahmen für Geflüchtete gegenwärtig *nicht inklusiv* sind

Einzelfall 2

Dieser Fall wurde uns im Rahmen der Vorbereitung auf eine Fortbildung von einer Beraterin eines großen Behindertenverbands in Nordrhein-Westfalen übermittelt:

„Eine Flüchtlingsfamilie (alleinerziehende Mutter mit zwei Kindern und ihre Nichte) aus dem Irak befindet sich noch im Asylverfahren. Die Familie wohnt seit einem Jahr im Zimmer einer Flüchtlingseinrichtung. Die vierundzwanzigjährige Tochter zeigt autistische und Down Syndrom-Merkmale. Sie ist auch körperlich beeinträchtigt und aktiv während der Nacht. Im Irak

¹⁴ Für Gehörlose existieren Integrationskurse lediglich in sechs Bundesländern (Baden-Württemberg, Bayern, Bremen, Hamburg, Nordrhein-Westfalen, Sachsen) und dort vor allem in Großstädten. Allerdings ist dieses Angebot ausschließlich in Gebärdensprache, ein Nachteil für Geflüchtete, die sich nur mit Lautsprache verständigen können. Für diejenigen, die noch die Gebärdensprache erlernen müssen, gibt es bislang kaum Angebote (vgl. Stellungnahme des Deaf Refugee Projektes). Einige Berufsbildungswerke für Gehörlose haben inzwischen Gruppen/Klassen mit Berufsvorbereitungsjahr(en) in Kooperation mit dem BAMF eingerichtet, zum Beispiel München/Johanniskirchen, Start September 2016. Darüber hinaus gibt es z.B. in Berlin Sprachkurse für sehbehinderte Geflüchtete, und in Würzburg/Veitshöchheim und Chemnitz Angebote der Berufsbildungswerke, siehe <https://www.berlin.de/ba-tempelhof-schoeneberg/politik-und-verwaltung/beauftragte/menschen-mit-behinderung/artikel.361363.php> (letzter Zugriff 26.01.2017).

wurde die junge Frau niemals von einem Arzt untersucht. Auch in Deutschland wurde sie bis vor kurzem überhaupt nicht untersucht. In der Flüchtlingseinrichtung ist eine Sozialarbeiterin tätig, aber ein Jahr lang hat die Familie keine entsprechende Hilfe von der Sozialarbeiterin bekommen. Die Mutter hat auch eine Geheimschränkung. Wieso hat die Familie noch keine medizinische Versorgung bekommen, obwohl in der Flüchtlingseinrichtung eine Sozialarbeiterin tätig ist? Hat die Familie Anspruch auf eine Sozialwohnung und auf einen Pflegegrad?“ (Januar 2017)

Während der Fortbildung erläutert die Fachberaterin den Fall näher. Die Familie lebt in einer der Kommunen in Nordrhein-Westfalen, die die elektronische Gesundheitskarte für Flüchtlinge von Anfang an eingeführt hat. Sie hatten diese zwar erhalten. Aber niemand hatte der Familie erklärt, was der Sinn und Zweck der Karte ist und dass sie damit einen Arzt aufsuchen können. Auch waren sie nicht über die Möglichkeit der Antragstellung für eine andere Unterbringung oder entsprechende Hilfsmittel aufgeklärt worden.

An diesem Fall zeigt sich deutlich die Notwendigkeit für eine weitere Sensibilisierung und Fortbildung von Sozialarbeitern in Flüchtlingseinrichtungen für die Belange von Menschen mit Behinderung.

II. Unterbringung

11. Einrichtungen für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge und Kriterien für die Zuteilung

In den meisten Bundesländern, aus denen unsere Rückläufe kommen, gibt es einzelne Einrichtungen für besonders schutzbedürftige Geflüchtete bzw. für Geflüchtete mit Behinderung. In Berlin z.B. das Marie-Schlei-Haus, Refugium in Lichtenberg sowie eine weitere Unterkunft im Südwesten Berlins. In Köln gibt es ebenfalls eine barrierefreie Unterkunft und ebenso in München. Dort gibt es Gemeinschaftsunterkünfte, die zumindest für Rollstuhlfahrern und Gehbehinderte barrierefrei sind. Das beinhaltet gute Verkehrsanbindung mit ÖPNV, barrierefreie und absperrbare Sanitäranlage, automatische Haustür, Rampen, allerdings nicht immer durchgängig für alle Gebäudeteile.

In vielen Kommunen werden neu errichtete (Container-)Unterkünfte nach DIN-Normen ausgestattet (z.B. auch für behinderte Beschäftigte). Darüber hinaus können Geflüchtete mit Behinderung in einigen Kommunen auf Antrag bereits während des Asylverfahrens in eine Wohnung umziehen. Dies setzt allerdings voraus, dass Wohnungen in ausreichendem Maß zur Verfügung stehen, was eher in Ostdeutschland der Fall ist. In den westdeutschen Großstädten wie z.B. Berlin, Köln, München, wo Wohnraum knapp und teuer ist, ist es selbst nach der Anerkennung des Asylantrags schwierig geeignete Wohnungen zu finden. Dies führt vor allem in Berlin dazu, dass Geflüchtete mit Behinderung und ihre Angehörigen über Gebühr lange in unzureichenden Not- und Gemeinschaftsunterkünften sowie Hostels leben.

Übereinstimmend beurteilt jedoch der Großteil unserer Rückläufe die Unterbringungssituation von Geflüchteten mit Behinderung insgesamt als unzureichend. Auch dort, wo es einzelne Einrichtungen für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge gibt, sind diese bei weitem nicht ausreichend und werden nach dem Dringlichkeitsprinzip belegt.

12. Barrierefreiheit

Exemplarisch schildern wir hier die Situation in München:

In den Erstaufnahmeeinrichtungen, bei denen es sich häufig um die Gebäudeumnutzung von Kasernen oder Firmengebäuden handelt, sind über die Jahre provisorische Umbauten erfolgt. Teilweise werden auch auf den Einzelfall bezogene behelfsmäßige Lösungen gefunden: Eingangsbereiche sind nur mit Minirampen ausgestattet, obere Stockwerke nur über Treppen oder über einen absperribaren Aufzug erreichbar. Aufgänge haben eine Steigung, die für Rollstuhlfahrer nur mit Unterstützung zu bewältigen ist. Aufgrund des Mangels an barrierefreien Gebäuden oder Gebäudeteile werden Geflüchtete mit Behinderung auch in nicht-barrierefreien Unterkünften untergebracht. Dort, wo Barrierefreiheit reklamiert wird, bezieht sie sich in der Regel auf Rollstuhlfahrer und Gehbehinderte. Für Blinde/Sehbehinderte sowie für Gehörlose oder Schwerhörige gibt es keine entsprechenden Vorrichtungen wie z.B. Leitlinien, Orientierungspunkte oder Vergrößerungen der Beschriftungen im Gebäude. Die vor den Zimmertüren stehenden Schuhe oder Kinderspielzeuge erschweren die Orientierung und bergen Unfallrisiken für Blinde/Sehbehinderte. Auch für Gehörlose und Schwerhörige gibt es keine Erleichterungen. Oftmals wird jedoch von der Asylsozialberatung oder der Verwaltung pragmatisch eine entsprechende Zimmerwahl vorgenommen, um eine nahegelegene Toilette und/oder den Ausgang schnell erreichen zu können. Möglichkeiten zur eigenständigen Essenszubereitung wurden vielfach abgeschafft. Dies kann bei schwerbehinderten Kindern oder bestimmten chronischen Erkrankungen zu ernsthaften Risiken führen.

Zwar wurde in München ein Konzept für die Barrierefreiheit und Berücksichtigung aller vulnerablen Gruppen erarbeitet. Dieses wurde allerdings bislang nicht umgesetzt, so dass bereits weitgehend barrierefreie Gebäude gezielt mit Geflüchteten mit Behinderung belegt werden. Dabei arbeiten Landkreis und Stadt München vermehrt zusammen.

Mindeststandards gibt es in Bayern als Empfehlungen, allerdings beziehen sich diese nicht auf Kriterien der Barrierefreiheit und die Unterbringung von Menschen mit Behinderungen, sondern auf allgemeine Aspekte wie den Personalschlüssel, die Personenzahl und Zusammensetzung der Belegung, die Zimmergröße etc. Wir gehen davon aus, dass dies auch in anderen Bundesländern der Fall ist. Allerdings steht ein systematischer Vergleich noch aus.

Innerhalb Münchens bzw. des Landkreises München werden Geflüchtete mit Behinderung häufig verlegt. Dabei versucht man Kriterien wie die Erreichbarkeit von Ärzten, sozialpädiatrischen Zentren und weiteren notwendigen Einrichtungen und Angeboten zu beachten. Da es insgesamt zu wenig barrierefreie Unterkünfte gibt, entstehen auf diese Weise lange Wartezeiten, bis ein Platz oder Plätze für eine Familie in einer Gemeinschaftsunterkunft frei werden, die bessere Bedingungen bietet. So ist der Verbleib von Geflüchteten mit Behinderung in Erstaufnahmeeinrichtungen oft länger als bei Nicht-Behinderten (von einigen Monaten bis zu einem Jahr). Ähnliches wird aus anderen Bundesländern berichtet, wenn auch aus unterschiedlichen Gründen.

In Baden-Württemberg bleiben Geflüchtete mit Behinderung ebenfalls häufig sehr viel länger in Erstaufnahmeeinrichtungen, da sich nur schwer Kommunen finden, die die höheren Unterbringungskosten tragen möchten. Aus Hamburgs Erstaufnahmeeinrichtungen werden Geflüchtete zum Teil auch in die Kommunen anderer Bundesländer verteilt. Dabei orientiert sich die Verteilung häufig nicht an

den spezifischen Bedürfnissen. Auch die Übermittlung bereits erstellter Diagnosen und Hilfepläne ist problematisch. Darauf verweisen die Rückmeldungen mehrheitlich.

13. Unterkünfte für verschiedene Arten von Behinderungen

In München gibt es keine Unterkunft, die allen Arten von Behinderung gerecht würde. Auch Bundesweit ist uns eine solche inklusive Unterkunft nicht bekannt. Neue (Container-)Bauten sind zumindest mit ebenerdigen Zugang und Behindertentoiletten nach DIN-Normen ausgestattet, allerdings sind die oberen Etagen nicht unbedingt barrierefrei erreichbar. Vorübergehend werden Geflüchtete mit Pflegebedarf, die alleine angekommen sind, auch in Altenpflegeheimen untergebracht, um die Pflege zu gewährleisten, insbesondere wenn eine 24-h-Betreuung notwendig ist, zum Beispiel bei neuromuskulären Erkrankungen oder Tetraplegie.

Informationsmaterialien in Brailleschrift oder leichter Sprache sind uns nicht bekannt. Gehörlose Flüchtlinge haben vor allem in Kommunen, in denen der Deutsche Gehörlosenverband in der Flüchtlingsarbeit aktiv ist, Zugang zu Gebärdendolmetschern. Angebote zur psychosozialen Betreuung für traumatisierte Flüchtlinge sind zwar im Laufe der letzten anderthalb Jahre ausgebaut worden, aber nach wie vor nicht ausreichend. Nach wie vor bestehen lange Wartezeiten, erst recht in ländlich geprägten Kommunen.

14. Einzelfall zu Defiziten bei der Unterbringung

ComIn schildert die Situation eines Mannes aus dem Irak, der eine Paraplegie hat und auf den Rollstuhl angewiesen ist. Er befindet sich noch im Asylverfahren und ist noch keine 15 Monate in Deutschland. Seine Unterbringungssituation ist von zahlreichen behelfsmäßigen und unzureichenden Lösungen geprägt: Es ist kein Pflegebett vorhanden, was den Transfer zwischen Bett und Rollstuhl erschwert. Der Zugang zur Toilette ist durch ein Waschbecken im Eingangsbereich verengt. Die Assistenz wird zum Teil vom Sicherheitspersonal übernommen. Das Duschbad erfolgt ohne Duschsitz oder alternative Hilfsmittel. Das Gebäude kann nur über weite Umwege verlassen oder befahren werden, da die Rampe am Hintereingang angebracht ist. Der Mann musste auf seinen Auszug aus der Erstaufnahmeeinrichtung monatelang warten, bis schließlich ein Platz in einem umfunktionierten Altenheim im Landkreis Fürstfeldbruck, gefunden wurde.

Zusammenfassend möchten wir darauf hinweisen, dass bei der Unterbringung von Geflüchteten mit Behinderung folgende Aspekte als Mindeststandard beachtet werden sollten:

- a. Bei der Weiterverteilung auf die Kommunen muss der behinderungsspezifische Bedarf beachtet und auch kommuniziert werden. Wir gehen davon aus, dass dabei eine Unterbringung in (Groß-)städten eher eine Anbindung an spezialisierte Angebote der entsprechenden Behinderungsarten garantiert, als die Verteilung in ländliche Kommunen. Auch sollte bei der Verlegung darauf geachtet werden, dass die zukünftige Unterkunft eine funktionierende Sozialberatung aufweist.
- b. Träger von Flüchtlingsunterkünften sollten für mögliche Diskriminierungen durch andere Geflüchtete ohne Behinderung und das Wachpersonal sensibilisiert sein und bei entsprechenden Vorfällen konsequent eingreifen.

- c. Körper- und gehbehinderte Geflüchtete benötigen
- barrierefreie Toiletten, die gut erreichbar sind und keine schweren Feuerschutztüren haben sollten.
 - bei Dekubitusgefahr bzw. einem vorhandenem Dekubitus aufgrund der Infektionsgefahr eine eigene Toilette.
 - einen barrierefreien Küchenbereich (Höhe der Kochplatten beachten, Erreichbarkeit aller notwendigen Dinge, Ablagemöglichkeiten). Auch sollte die Möglichkeit gegeben sein, die Arbeitsplatte und die Spüle mit dem Rollstuhl zu unterfahren.
 - eine gute, barrierefreie Anbindung an den öffentlichen Nahverkehr.
- d. Blinde/Sehbehinderte benötigen
- farbliche Markierungen, Orientierungslinien (aufklebbar) bei Stufen, Schwellen, sowie für wichtige Wege innerhalb des Hauses (Toilette, Beratung, Verwaltung etc.).
 - eine eigene Toilette aus Hygienegründen (Infektionsgefahr) oder zumindest Gemeinschaftstoiletten, die regelmäßig desinfiziert werden.
 - Kochmöglichkeiten, die ertastbar sind (keine Induktionsherde).
 - Zimmerbeschriftungen in Großschrift oder gegebenenfalls in Brailleschrift.
- e. Gehörlose/Schwerhörige benötigen:
- eine frühzeitige Anbindung an Gehörlosenverbände bei Kenntnissen der Gebärdensprache.
 - Gegebenenfalls eine Unterbringung in Großstädten um den Zugang zu Angeboten und sozialen Kontakten zu sichern.
 - Gemeinschaftsflächen, in denen die Sturzgefahr durch herumliegende Schuhe, Spielzeuge, Gegenstände minimiert ist.

Verfasserinnen:

Dr. Susanne Schwalgin, Referentin für Flucht und Behinderung

Ricarda Wank, Projektleiterin von ComIn

Ansprechpartnerin bei Rückfragen:

Dr. Susanne Schwalgin

E-Mail: sschwalgin@handicap-international.de

Telefon: 030 / 28043922