



Kampagne von Medibüros/Medinetzen

stellv. Medizinische Flüchtlingshilfe Göttingen e.V.
c/o Migrationszentrum Göttingen
Weender Straße 42
37073 Göttingen
E-Mail: info@gesundheit-gefluechtete.info

Erfahrungsbericht/Stellungnahme von
Medibüros und Medinetzen
in Deutschland
zur medizinischen Versorgungssituation geflüchteter
Menschen mit Beeinträchtigung/Behinderung

für die Monitoring-Stelle des
Deutschen Instituts für Menschenrechte

31. Januar 2017

Inhaltsverzeichnis

I Vorbemerkung zu Medibüros und MediNetzen

II Beantwortung der Leitfragen zum Thema Geflüchtete mit Behinderung

I Identifikation

- 1 Zahlen zu den Klient*innen
- 2 Formen der Beeinträchtigung der Klient*innen

II Medizinische Versorgung und Eingliederungshilfe

- 5 Gesundheits- und Hilfsmittelversorgung
- 6 Behördliche Vorgaben zur Auslegung des Ermessensspielraum von §§ 4, 6 AsylbLG
- 7 Schwierigkeiten der Leistungsgewährung bei Geflüchteten < 15 Monate Aufenthalt
- 8 Leistungen der Eingliederungshilfe
- 10 Einzelfälle & Aspekte der bedarfsgerechten medizinischen Versorgung

III Unterbringung

- 11 Einrichtungen für besonders schutzwürdige Personen
- 12 Barrierefreiheit der Einrichtungen
- 13 Ausstattung der Einrichtungen
- 14 Einzelfall & Aspekte der bedarfsgerechten Unterbringung

III Fazit: Unzureichende Versorgung geflüchteter Menschen mit Beeinträchtigung

I Vorbemerkung

Medibüros und Medinetze, teilweise auch als Medizinische Flüchtlingshilfen¹ oder mit anderen Namen bezeichnet, sind Vermittlungsstellen, die an 34 Standorten in Deutschland tätig sind. Migrant*innen und Geflüchtete werden – unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus – unentgeltlich in medizinische Behandlung vermittelt, da sie durch das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) oder durch anderweitige unregelmäßige Krankenversorgung nicht die notwendige Versorgung im regulären Gesundheitssystem erhalten. Dies erfolgt über Sprechstunden, je nach Größe der Stadt, ein- oder mehrmals die Woche, und über ein Netzwerk von Ärzt*innen, Krankenhäusern und weiteren Leistungserbringern im Gesundheitswesen, die kostenlose oder sehr kostengünstige Behandlungen durchführen.

Wir haben es mit Menschen zu tun, deren Krankenbehandlung durch Sozialämter oder (seltener) Amtsärzt*innen abgelehnt oder nicht rechtzeitig umgesetzt wird, daneben mit Bürger*innen anderer EU-Länder ohne Krankenversicherung, die ihre geringen Rechte auf Nothilfe nur schwer realisieren können. Unsere eigentliche und hauptsächliche Zielgruppe sind Menschen ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus, welche aus Angst vor sofortiger Abschiebung keine Ämter und Arztpraxen aufsuchen.

Die Medibüros/Medinetze sind so mit der medizinischen Versorgungssituation geflüchteter Menschen und den damit verbundenen Problemlagen ständig und praktisch konfrontiert.

II Beantwortung der Leitfragen zum Thema Geflüchtete mit Behinderung (Fragen: 1, 2, 5 - 7, 8 und 10 - 14)

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?*
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? Welche Formen von Beeinträchtigung, Geschlecht, Altersgruppe?*

Die Fragen 1 und 2 werden gemeinsam beantwortet.

Medinetze/Medibüros vermitteln je nach Größe der Stadt zwischen 20-2500 Behandlungen pro Jahr bundesweit an ein Netzwerk von 500-1000 Ärzt*innen, Krankenhäusern u.a. im Gesundheitswesen. Aufgrund unserer Arbeitsstruktur und des Anonymitätsgrundsatzes ist es uns nicht möglich valide Statistiken vorzulegen.

Es lassen sich aufgrund unserer Erfahrung über die letzten Jahren dennoch einige Aussagen treffen:

Ein großer Teil der Menschen, die uns aufsuchen, sind Geflüchtete aus Kriegs- und Krisengebieten. Nach informellen Rückmeldungen liegt der Anteil der Geflüchteten in den verschiedenen Städten zwischen 30-80%. Bei diesen Menschen findet sich ein hoher Anteil von Behinderung durch die körperlichen und psychischen Erlebnisse im Krieg, Gefängnis und auf der Flucht.² Viele dieser Menschen haben akute oder langjährige Traumaerfahrung, Folgestörungen wie bspw. Posttraumatische Belastungsstörung, Angststörung, Depression u.a. Wir sehen zudem körperliche Folgen von Kriegs-, Vergewaltigungs- oder Folterverletzungen mit Funktionseinschränkungen von Körperteilen,

¹ Im Folgenden wird der Begriff Medibüros/Medinetze stellvertretend für alle Formen verwendet.

² Vertiefend siehe beispielhaft auch DGPPN (22.3.2016): Positionspapier zur öffentlichen Anhörung am 8.6.16 des Ausschusses für Gesundheit zu den Anträgen „Medizinische Versorgung für Geflüchtete und Asylsuchende diskriminierungsfrei sichern“ der Fraktion DIE LINKE (BT-Drs. 18/7413) und „Psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen verbessern“ der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN (BT-Drs. 18/6067)

Sinnesorganen (z.B. Hörschäden nach Bombenangriffen) oder Schmerzsymptomatik (z.B. Schulterschmerz durch Granatsplitter).

Ein geringerer Teil der Menschen, die zu uns kommen, zeigen Beeinträchtigungen unabhängig der Auswirkungen von Kriegs- und Krisengebieten, z.B. die Folgen von Infektionskrankheiten (z.B. Kinderlähmung, Hörschäden) und Unfällen, oder psychische Störungen z.B. nach erlebter Gewalt in der Familie.

Das bedeutet aber nicht, dass die Behinderungen deshalb immer die eigentlich notwendige Beachtung und Behandlung in unserer Arbeit finden können. Zum einen werden viele Behinderungen von akuter Problematik überdeckt und geraten erst spät oder gar nicht in den Fokus. Hilfe für psychische Probleme oder chronische körperliche Beeinträchtigungen wie z.B. Sehstörungen werden von den Betroffenen häufig erst spät angefragt. Zudem haben wir in diesem Bereich weniger Ressourcen anzubieten als in der akuten Behandlung körperlicher Erkrankungen, weil Psychotherapien, stationäre Heilverfahren sowie Heil- und Hilfsmittel für unsere unentgeltlichen Strukturen schwerer bis teils gar nicht zugänglich sind.

An uns wenden sich selten Menschen mit geistiger Beeinträchtigung. Auch schwere körperliche Beeinträchtigungen wie schwere Geheinschränkungen sehen wir wenig. Im Gegensatz dazu sehen wir, wie beschrieben, schwere psychische Beeinträchtigungen und Erkrankungen eher häufig.

Angaben zum Geschlecht und der Altersstruktur können wir aufgrund unserer unzureichenden Statistik nicht machen.

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.*

Unseres Wissens nach gibt es keine standardisierten behördlichen Verfahren zur Identifizierung besonders schutzbedürftiger Personen. Laut unserer Erfahrung muss i.d.R. die Initiative zur Inanspruchnahme besonderer Bedarfe von den Betroffenen selber bzw. den Sozialarbeiter*innen in den Heimen oder den Unterstützer*innen ausgehen.

Eine uns bekannte Ausnahme ist Friedland, bei Göttingen³. Dort werden Ansätze einer frühzeitigen Identifikation von psychischen Erkrankungen vorgenommen. Mitarbeiter*innen in der Erstaufnahmeeinrichtung werden sensibilisiert, traumatisierte Menschen mit Folgestörungen zu erkennen und soweit gewünscht, zur Diagnostik an die Institutsambulanz in Göttingen weiter zu vermitteln.

Einen weiteren Ansatz frühzeitiger Identifizierung von psychischer Belastung ist in Bremen in Planung. Ab Mai 2017 soll eine Wohnunterkunft für Asylsuchende, ausgerichtet für psychisch belastete Frauen eröffnet werden. Die Frauen werden von Mitarbeiter*innen der Übergangswohnheime identifiziert (wie genau dies von statten gehen soll, ist uns noch nicht bekannt) und können sich für das neue Heim melden. Dort wird über ein Gespräch geklärt, ob sie tatsächlich für das Haus passend sind und einziehen können.

4. *Größte Herausforderungen/Schwierigkeiten b. d. Identifikation von Flüchtlingen mit Behinderungen als schutzbedürftige Person*

Da es unserem Wissen nach kaum bis keine Identifikationspraktiken von besonders schutzwürdigen Personen gibt, können wir keine Abläufe und wenig Schwierigkeiten benennen.

Eine Schwierigkeit ist die Folgende: Einige Geflüchtete bringen Befunde aus ihrem Heimatland mit. Die Mehrzahl hat keine Unterlagen, weil diese nicht mitgenommen wurden oder weil bisher keine Diagnostik oder Behandlung erfolgt ist. Ein Teil der Patient*innen ist über die eigene Erkrankung nicht ausreichend informiert. Diese Menschen können dementsprechend nicht selber für ihre besonderen gesundheitlichen Belange eintreten.

³ Dies wir auch beschreiben in: BAfF (September 2015): Frühfeststellung und Versorgung traumatisierter Flüchtlinge, abgerufen am 17.01.2017 unter: http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2016/02/Modelle-zur-Fr%C3%BChfeststellung-besonders-Schutzbed%C3%BCrftiger_01.02.pdf

Ärztliche Erstuntersuchungen in Erstaufnahmeeinrichtungen haben das Potential für eine regelrechte Identifizierung. Voraussetzung wäre, dass neben den vorgeschriebenen Untersuchungen auch weitere Erkrankungen und Beeinträchtigungen mit erkannt und eine Behandlung bzw. Hilfe folgt. In einigen Kommunen bzw. Bundesländern wird dies in Ansätzen auch gemacht. Das Gelingen ist abhängig von der Qualität der Gesundheitsversorgung in dem jeweiligen Bundesland, von möglicher Umverteilung als auch vom Engagement der Ärzt*innen vor Ort.⁴

II Medizinische Versorgung

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

Der Leistungsumfang der gesundheitlichen Versorgung Geflüchteter ist in den §§ 4, 6 AsylbLG geregelt. Eine medizinische Versorgung ist im Krankheitsfall (bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen) zu gewährleisten, einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln, sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen.

Die Unterschiede hinsichtlich der Interpretation und Umsetzung der Normen zur Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden innerhalb Deutschlands sind groß und nehmen zu. Abhängig von den Regelungen in der jeweiligen Kommune, haben Asylsuchende entweder eine elektronische Gesundheitskarte, mit der sie direkt zur Ärzt*in gehen können, oder sie müssen sich einen Behandlungsschein (Krankenschein) beim Sozialamt abholen, um Zugang zu ärztlicher Versorgung zu erhalten. Diese uneinheitliche Handhabung in den einzelnen Kommunen und Ländern führt zu einer sehr unterschiedlichen Versorgungslage von Asylsuchenden. Insbesondere ist hier die Ausgabepraxis der Behandlungsscheine durch nicht medizinisches Personal äußerst fragwürdig. Nur in wenigen Fällen wird der Mehraufwand eines ärztlichen Gutachtens unternommen und somit den besonderen medizinischen Bedarfen von Asylsuchenden mit Beeinträchtigungen gerecht. In der Regel entscheiden medizinische Laien, ob eine Behandlung genehmigt wird oder nicht. Wenn Amtsärzt*innen hinzugezogen werden, so fällt teilweise deren medizinische Entscheidung über eine Behandlung nach ihrer „persönlichen“ Interpretation und dem Verständnis des §§ 4 und 6 AsylbLG aus. Das heißt sie entscheiden dann nicht rein nach ärztlichen Kriterien.

Für alle Betroffenen – ob Asylsuchende*r bzw. Geduldete*r oder Ärzt*innen, Mitarbeitende von Krankenhäusern und Apotheken – bleibt diese Handhabung undurchschaubar und erscheint oft willkürlich. Selbst innerhalb eines Sozialamts entscheiden Sachbearbeiter*innen teilweise unterschiedlich. Oftmals zeigt die Praxis, dass sich Anrechte und Behandlungschancen vor Ort kaum klären lassen. Schwer und teilweise unmöglich ist es, notwendige Therapieverfahren, Heil- und Hilfsmittel, besondere Ausstattungen in der Unterbringung oder geeigneten Wohnraum aufgrund einer besonderen Bedarfslage wegen einer Beeinträchtigung genehmigt zu bekommen (überwiegend nach §6 AsylbLG). I.d.R. werden sie formal von den Sozialbehörden abgelehnt. Zudem sind in Berlin, Göttingen oder Bielefeld beispielsweise Mitarbeiter*innen des Sozialamtes meist nicht erreichbar, bei persönlicher Vorsprache gibt es nicht nur lange Wartezeiten, sondern Zeitdruck und große Verständigungs- und Verständnisschwierigkeiten, selbst für deutschsprachige Helfer*innen. So entstehen lange Wartezeiten, die die medizinische Versorgung verzögern oder sogar verhindern.

Für Menschen mit Behinderung fallen nicht selten Verordnungen aus dem Bereich der Heil- und Hilfsmittel, ambulanter Psychotherapie oder stationärer Heilverfahren an.

Heilmittel: Hierzu gehören Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie, Massagen u.a. In der regulären Versorgung können Heilmittel auf Rezept verschrieben werden und müssen nicht vorher genehmigt werden. In den meisten Kommunen mit Gesundheitskarte für Geflüchtete können Heilmittel ohne Schwierigkeiten aufgeschrieben werden. In Kommunen mit

⁴ Siehe vertiefend dazu auch Mohammadzadeh, Zahra (20.4.16): Gesundheit für Flüchtlinge - das Bremer-Modell, Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz, Volume 59, Issue 5, pp 561–569, abgerufen am 17.1.2017 unter: <http://link.springer.com/article/10.1007/s00103-016-2331-x>

Behandlungsscheinausgabe müssen sie im Einzelfall beantragt werden und werden nach unserer Erfahrung häufig abgelehnt.

Hilfsmittel sind z.B. Hör- und Sehhilfen, Gehhilfen und Rollstühle, Prothesen und sonstige orthopädische Hilfsmittel, Blutdruck- und Zuckermessgeräte u.a. Hilfsmittel müssen immer bei der Krankenkasse (im Falle vom Vorliegen einer Gesundheitskarte) oder beim Sozialamt individuell beantragt werden. Die Verfahren sind aufwendig, langwierig und werden nach unserer Erfahrung deutlich häufiger abgelehnt als bei der regulären Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung.

Ambulante Psychotherapie: Die psychotherapeutische Behandlung, ggf. durch Medikation ergänzt, ist die leitliniengerechte Methode für Traumafolgeerkrankungen. In 80 % der Fälle kann durch sie eine deutliche Besserung bis zum vollständigen Abklingen der Symptomatik erreicht werden. Unverständlich ist demnach, dass gerade der Zugang zu psychotherapeutischer Behandlung für Geflüchtete in der Praxis selten genehmigt wird, und wenn, dann nur über die Öffnungsklausel § 6 AsylbLG.

Gelungene und frühzeitige psychotherapeutische Interventionen zur Vermeidung von Folgestörungen sind bisher Einzelfälle. In der Praxis erhält nur ein Bruchteil der Geflüchteten mit einer Traumafolgestörung eine psychotherapeutische Behandlung. Der Leistungskatalog des AsylbLG erlaubt eine Psychotherapie lediglich nach aufwendiger gesonderter Antragstellung in Einzelfällen, häufig wird in der Praxis höchstens eine Kurzzeittherapie genehmigt. Nach 15 Monaten ist der Zugang zur Psychotherapie gegeben, allerdings betragen die Wartezeiten für die Traumabehandlung und dazugehörige Sprachmittlung bis zu mehreren Jahren.

Stationäre Rehabilitationen erfolgen entweder zeitnah nach Krankenhausaufenthalt bei schwerer Erkrankung oder ohne vorherigen Krankenhausaufenthalte als Heilverfahren z.B. für stationäre Traumatherapie oder psychosomatische Reha. Stationäre oder teilstationäre Rehabilitationsmaßnahmen werden bei Geflüchteten i.d.R. abgelehnt. Uns ist kein Fall bekannt, bei dem eine Genehmigung erfolgte.

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

In Bremen und Hamburg werden an Geflüchtete alle Leistungen über die Gesundheitskarte (eingeführt 2005 und 2012) verordnet, die keiner gesonderten Beantragung bei der Krankenkasse bedürfen. Die Heilmittel kommen insofern regulär zur Anwendung. Bei Hilfsmitteln erfolgt eine Prüfung durch die AOK, die weitgehend der Regelversorgung entspricht. Bei Psychotherapien werden nur Kurzzeittherapien genehmigt. Stationäre Heilverfahren werden nicht genehmigt.

In den Bundesländern Nordrhein-Westfalen (NRW), Rheinland-Pfalz (RLP), Niedersachsen (NS), Berlin (BE), Brandenburg (BR), Schleswig-Holstein (SH) und Thüringen (TH) wurde innerhalb der letzten 1 ½ Jahre Rahmenvereinbarungen der Länder zur Einführung der Gesundheitskarte vereinbart, innerhalb derer der Leistungsumfang geregelt wird. Auch hier erfolgt ein weitgehender Leistungsbezug nach der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V). Die Rahmenvereinbarungen enthalten etwas verschiedene Leistungsausschlüsse. In NRW, RLP und NS sind die Kommunen autark in der Entscheidung dem Landesrahmenvertrag beizutreten. Es setzen bisher nur vereinzelte Kommunen die Gesundheitskarte mit dem klaren Leistungsumfang um, sodass der Versorgungsunterschied innerhalb der Länder zunimmt. In BE, BR, SH und TH übernimmt das Land die Gesundheitskosten, sodass die Kommunen zum Beitritt verpflichtet sind, oder es ihnen zumindest sehr erleichtert wird. Dennoch haben auch hier noch nicht alle Kommunen die Gesundheitskarte und damit einen klaren und einheitlichen Leistungsumfang eingeführt.⁵

In Sachsen wurde Ende 2015 eine Interpretationshilfe zum Asylbewerberleistungsgesetz für die Leistungserbringer*innen herausgegeben.⁶ In dieser Richtlinie werden anhand von einzelnen Erkrankungen Vorgaben zu Diagnostik und Ordnungsrahmen gemacht, die unseres Erachtens die §§ 4 und 6 AsylbLG eher restriktiv auslegen. Laut unserem Wissen orientieren sich viele Kommunen

⁵ Vertiefend siehe: www.gesundheit-gefluechtete.info

⁶ Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz, Sachsen (16.12.2015): Interpretationshilfe nach Asylbewerberleistungsgesetz, abgerufen 17.1.17 unter: https://www.asylinfo.sachsen.de/download/asyl/AsylbLG_Gesundheitsversorgung_Interpretationshilfe.pdf

in Sachsen (sie haben eine Empfehlung dafür vom Land Sachsen erhalten) an dieser Interpretationshilfe, auch in anderen bundesweiten Kommunen wird sie herangezogen, bspw. in SH, dort in Verbindung mit der Gesundheitskarte⁷.

Darüber hinaus sind uns keine einzelbehördliche Vorgaben, insbesondere für kommunale Behörden, bekannt.

Ob Dolmetscher*innen oder Sprachmittler*innen für die medizinische und therapeutische Versorgung genehmigt und finanziell vom Sozialamt über § 6 AsylbLG getragen werden, ist sehr unterschiedlich und ungewiss. Trotz Weisungen vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales⁸ und einzelnen Bundesländern (z.B. SH⁹, NRW¹⁰ und RLP¹¹) wird vielerorts die Kostenübernahme für Dolmetscher*innen begleitend zur medizinischen Behandlung nicht gewährleistet.

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?*

In fast allen Kommunen werden die Geflüchteten nach 15 Monaten zeitnah in die reguläre Gesundheitsversorgung entsprechend der gesetzlichen Vorgabe des § 2 AsylbLG eingebunden. In diesen Fällen erfolgt die Behandlung nach unserer Kenntnis regulär und ohne besondere Schwierigkeiten. Einzige Ausnahmen zeigen sich in einigen Kommunen wie z.B. in bisher allen Kommunen Rheinland-Pfalz¹² (Ausnahme ist die Stadt Trier und Mainz, die ab Januar 2017 die Gesundheitskarte ausgeben) und einzelner Kommunen in Sachsen (insbesondere in den Landkreisen Bautzen und Sächsische Schweiz-Osterzgebirge), vereinzelt auch in Thüringen. Hier wurde die Karte rechtswidrigerweise auch nach 15 Monaten nicht ausgeben.

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

Nein, uns sind keine Fälle bekannt, in denen Eingliederungshilfeleistungen genehmigt wurden.

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?*

In einem uns bekannten Fall wurde ein Behindertenausweis von einem Asylsuchenden beantragt. Die unzureichende diagnostische Abklärung des Gesundheitszustandes aufgrund der Minimalversorgung des AsylbLG führte allerdings lediglich zu einer Gewährung eines Behindertengrades von 50%. Dies hatte keine Auswirkungen auf die Sozialleistungen. Mit der Anerkennung seines Status und Übergang in die reguläre medizinische Versorgung (§ 2 AsylbLG) erhöhte sich der Anerkennungsgrad auf 90%.

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?*

Fallbeispiel Herr A., Mecklenburg-Vorpommern

Ein Mann von 30 Jahren floh 2003 von Westafrika nach Deutschland und wurde in einem ländlichen Heim für Asylsuchende in Mecklenburg-Vorpommern untergebracht. Er litt an einer

⁷ Vertiefend siehe: <https://www.kvsh.de/admin/ImageServer.php?download=true&ID=3612@KVSH>, abgerufen am 26.1.2017

⁸ Vgl. http://ggua.de/fileadmin/downloads/tabellen_und_uebersichten/Brief_von_der_Leyen_dolmetscherkosten.pdf, abgerufen am 30.1.2017

⁹ Vgl. <http://gesundheit-gefluechtete.info/wp-content/uploads/2016/04/Erlass-Dolmetscherkosten-Arztbesuche-SH-1.pdf>, abgerufen am 30.1.2017

¹⁰ Vgl. http://ggua.de/fileadmin/downloads/tabellen_und_uebersichten/Erlass_NRW_2011-12-28_Fahrt_und_Dolmetscherkosten.pdf, abgerufen am 30.1.2017

¹¹ Vgl. https://mffjiv.rlp.de/fileadmin/mifkjf/Integration/Rundschreiben_Kostenuebernahme_psych_Erkrankung__4_AsyblLG.pdf

¹² Ein Rundschreiben vom Ministerium für Familie, Frauen, Jugend, Integration und Verbraucherschutz Rheinlandpfalz stellte am 24.1.2017 klar, dass die Norm § 2 AsylbLG rechtsverbindlich ist und mit der Gesundheitskarte auszuführen ist. Vgl.

https://mffjiv.rlp.de/fileadmin/mifkjf/Integration/Rundschreiben/RS_vom_24.01.2017_-_Umsetzung_2_Abs._1_AsyblLG_iVm._264_Abs._2-7_SGB_V.pdf, abgerufen am 31.1.2017

Gehbeeinträchtigung, konnte sich aber ohne Hilfsmittel (Gehstützen) fortbewegen und weite Strecken bewältigen. Im ersten Jahr nach seiner Ankunft stürzte er und brach sich das linke Bein. Er wurde erstversorgt im Krankenhaus. Zurück in der Unterkunft blieb er über Wochen im Bett bis der Bruch verheilt war. Er erhielt keine angepasste regelmäßige chirurgische Versorgung und es wurde keine grundsätzliche Diagnose gestellt. Es gab kein Aufbautraining und keine Krankengymnastik. Die Folge war ein starker Abbau von Muskelgewebe im linken Bein. Er konnte sich schlechter auf den Beinen halten, stürzte wieder und außer Bettruhe wurde wieder keine Maßnahme eingeleitet. Anschließend konnte er sich nur noch mit Gehstützen fortbewegen. Er erhielt diese Gehstützen im Jahr 2005 über das Asylbewerberleistungsgesetz, einschließlich orthopädischer Schuhe zum Ausgleich der unterschiedlichen Beinlänge. Die Diagnose einer Kinderlähmung mit Spätfolgen wurde 2007 durch einen – über den Unterstützerkreis hinzugezogenen – unentgeltlich arbeitenden Orthopäden gestellt. Trotz mehrfacher Atteste der Hausärztin erhielt er vor und auch nach der Diagnosestellung keine regelmäßige orthopädische Betreuung und keinen Muskelaufbau per Krankengymnastik, obwohl die Notwendigkeit bekannt ist. Der Geflüchtete erhielt erst 2012 einen Aufenthaltstitel und damit eine regelrechte und angemessene medizinische Versorgung. Bis dahin war er bereits rollstuhlpflichtig.

Die Kombination aus eingeschränkter präventiver, diagnostischer und therapeutischer Versorgung war für die Krankengeschichte von Herrn A. folgenschwer und katastrophal. Es fehlten präventive Maßnahmen, um die Gefahr von Stürzen bei Gehbehinderung zu vermindern. Es wurden regelmäßige fachärztliche Termine vom Sozialamt verweigert und entsprechend keine (frühzeitige) Diagnose gestellt. Diese hätte deutlich gemacht, dass Herr A. eine andere und intensivere Behandlung braucht als jemand anders mit einem Knochenbruch. Heil- und Hilfsmittel sind immer nur verzögert und stark eingeschränkt bewilligt worden, was erneute Stürze und weiteren Abbau von Knochen und Muskelgewebe vorantrieb. In diesem Beispiel wird deutlich, dass die Restriktionen nicht nur im Einzelnen folgenschwer sind, sondern in ihrem Zusammenspiel noch eine potenzierte fatale Auswirkung auf die körperliche und psychische Gesundheit haben kann.

II. 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?

Aufgrund unserer Fokussierung auf medizinische Hilfen haben wir zur Unterbringung nur wenig Sachkenntnis. Im Zuge unserer Aufgabenwahrung sind uns allerdings einige wenige Kenntnisse und Beispiele bekannt, die wir hier aufführen.

In Bremen gibt es seit 2016 ein Übergangwohnheim mit 70 Plätzen für alleinstehende Frauen und Kinder. Wegen weiteren Bedarfes wird es demnächst ein weiteres geben. Es ist ein zusätzliches Wohnheim mit 70 Plätzen für ausschließlich besonders belastete (auch von Gewalt betroffene) Frauen in Planung. Dies wird mit einem besseren Personalschlüssel für psychosoziale Betreuung ausgestattet sein. Betroffene Frauen werden von den Mitarbeiter*innen in den Übergangwohnheimen angesprochen und die Vermittlung hergestellt.¹³ Näheres ist uns dazu noch nicht bekannt.

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

Aus unserer Arbeit sind uns keine als barrierefrei deklarierten Einrichtungen bekannt.¹⁴

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

¹³ Erweiterte Informationen unter: Radio Bremen (31.10.2016): Neues Heim für Frauen und Kinder., abgerufen am 31.12.16 unter <http://www.radiobremen.de/politik/dossiers/fluechtlinge/frauen-uebergangwohnheim100.html>

¹⁴ Laut Süddeutscher Zeitung soll es eine barrierefreie Einrichtung für geflüchtete in Germering in Bayern geben. Siehe: <http://www.sueddeutsche.de/muenchen/fuerstenfeldbruck/germering-barrierefreie-unterkunft-fuer-fluechtlinge-1.2958823>, abgerufen am 26.01.2017

*Gebärdensprachdolmetscher*innen? Ist eine psychosoziale Betreuung für traumatisierte Flüchtlinge vor Ort gewährleistet?*

Uns sind keine Übergangswohnheime bekannt, in denen Informationen auf angemessene Weise für Sinnesbeeinträchtigte zur Verfügung gestellt werden. Gehbeeinträchtigte Menschen werden zwar durchaus ebenerdig untergebracht, insofern das möglich ist. Weitere Hilfestellungen für Gehbeeinträchtigte, z.B. um in andere Stockwerke zu gelangen, sind uns bisher nicht bekannt. Wir erfahren eher von Fällen, in denen gehbeeinträchtigte Personen von Verwandten mehrmals täglich in die gewünschten Stockwerke, z.B. zu den sanitären Anlagen, getragen werden müssen.

Ausnahmen: s. Traumatisierte geflüchtete Frauen mit ihren Kindern unter Frage 11. und 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?

Fallbeispiel Familie A., Würzburg aus dem Jahr 2015

Hierbei handelt es sich um eine Familie mit 3 Kindern, von denen die beiden älteren Söhne (10 und 7 Jahre) eine schwere Intelligenzminderung sowie eine motorische Entwicklungsbeeinträchtigung aufweisen und autistische Züge zeigen. Außerdem bestehen bei beiden Kindern eine Adipositas sowie Autoaggressionen und Schlafstörungen. Y. und M. sind durch ihre Erkrankungen in nahezu allen Bereichen des täglichen Lebens massiv beeinträchtigt und stark auf die Hilfe der Eltern angewiesen. Sie sind beide stuhl- und harninkontinent und ihnen muss die Nahrung eingegeben werden.

Zu Beginn ihrer Zeit in Deutschland lebte die Familie in einer Gemeinschaftsunterkunft in München. Von Seiten der dortigen Kinderklinik wurde die Empfehlung ausgesprochen, sie zumindest in eine Unterkunft zu verlegen, in der die Familie eine bessere Unterstützung für ihre beiden beeinträchtigten Kinder erfahren. So erfolgte eine Verlegung in die Gemeinschaftsunterkunft Veitshöchheim bei Würzburg, in der eine kinder- und jugendmedizinische Sprechstunde auf dem Gelände der Gemeinschaftsunterkunft besteht.

Auch hier wurde die Familie trotz Unterbringung in Zimmern mit behindertengerechtem Zugang vor enorme Herausforderungen gestellt. So besaß die Familie für ihre Kinder keine Rollstühle, was es unmöglich machte, für längere Zeit das Haus zu verlassen. Die Anschaffung dieser Rollstühle verzögerte sich durch die notwendigen Antragstellungen und Genehmigungen über mehrere Monate. Auch die beengten Wohnverhältnisse setzte die gesamte Familie stark unter Druck und förderte bei den beiden Jungen die Autoaggression, also ihr selbstverletzendes Verhalten. Ein Zugang zur medizinischen Versorgung wurde den Kindern z.B. auch dadurch erschwert, dass das Sprechzimmer nur über eine Treppe im ersten Stock erreichbar ist und der Vater der Kinder beide übergewichtigen Kinder stets die Treppe hochtragen musste.

Da die Gemeinschaftsunterkunft Veitshöchheim in einem Industriegebiet an der Stadtgrenze liegt, war für die Familie jede Fahrt zu Fachärzt*innen in die Stadtmitte (wie z.B. zum Kinder- und Jugendpsychiater) mit Bus und Straßenbahn mit großen Strapazen verbunden. Die Kosten für Taxifahrten, die der Familie den Transport ihrer schwerbehinderten, kaum mobilen Kinder erleichtert hätten, wurden nicht übernommen. Die Kinder mussten krankheitsbedingt ständig unter elterlicher Aufsicht sein. Durch die Unterbringungssituation mit Gemeinschaftsbädern und Gemeinschaftsküche auf dem Flur mussten permanent beide Elternteile zur Betreuung der Kinder anwesend sein, um zu gewährleisten, dass während der Verrichtung der alltäglichen Arbeiten ihre beiden Söhne nicht gefährdet wurden. Gezielte Förderung durch pädagogische Maßnahmen und die adäquate Beschulung waren erst nach monatelanger Zeit des Wartens auf Genehmigungen möglich. Erst durch einen Auszug aus der Gemeinschaftsunterkunft in eine private Unterkunft sowie durch den regelmäßigen Schulbesuch war für die Kinder und die gesamte Familie eine Entspannung ihrer Situation erreichen.

III Fazit: Unzureichende Versorgung für geflüchtete Menschen mit Beeinträchtigung

Zusammenfassend ist zu konstatieren, dass es zum einem an Identifizierungsverfahren für geflüchtete Menschen mit Beeinträchtigungen mangelt und zum anderen an bedarfsgerechter medizinischer Versorgung als auch unzureichender Unterbringung. In unserer Arbeitspraxis haben wir wenig Klient*innen, die „auf den ersten Blick“ zu Menschen mit Behinderung zu zählen sind, unter Berücksichtigung des Verständnis von Behinderung nach der UN-Behindertenrechtskonvention verbunden mit einem entsprechenden Feststellungsverfahren, sind es vermutlich eine Mehrheit unserer Klient*innen.

Grundsätzlich beobachten wir seit vielen Jahren (und insbesondere bei Asylsuchenden in den vergangenen zwei Jahren), dass die gravierenden und häufig verschleppten Krankheiten aller unserer Klient*innen auf eine äußerst ungleiche Versorgungssituation in Deutschland treffen. Ob an einem Ort die notwendige medizinische Behandlung geleistet wird, entscheidet sich in intransparenten, uneinheitlichen Verfahren, die Spielraum für Willkür lassen. Von hinreichender Versorgung weitgehend nach dem Leistungskatalog gesetzlicher Krankenversicherungen (vorwiegend in den Ländern, die ein Gesundheitskarte auch für die ersten 15 Monate des Aufenthalts eingeführt haben) bis zu äußerst restriktiver Entscheidungspraxis nach dem Maßstab, nur „Lebensbedrohliches“ zu genehmigen (bei der Behandlungsscheinvergabe), findet sich im Umkreis unserer 34 Standorte alles wieder.

Die rechtlich zugesicherten erweiterten Gesundheitsleistungen nach GKV-Niveau und Teilhabeleistungen für besonders schutzwürdige Personen und Menschen mit Behinderung, wie sie sich aus Art. 19 EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33 und Art. 25 UN-Behindertenrechtskonvention ergeben, haben in der behördlichen und richterlichen Praxis aus unserer beobachtenden Sicht bisher keine Geltung erfahren.