

Schutzkonzept für geflüchtete Menschen mit Behinderung

Fassung, Juli 2017

I. Zweck und Ziele eines Schutzkonzepts

Mit einem Schutzkonzept soll Geflüchteten, die aufgrund besonderer Bedarfe oder Merkmale (z.B. Alter, Geschlecht, gesundheitlicher Zustand) eines besonderen Schutzes bedürfen, ebendieser gewährt werden. Die Maßnahmen beziehen sich nicht nur auf Schutz vor direkter Gewaltanwendung, sondern auch auf Schutz vor unterlassener Unterstützungsleistung, Vernachlässigung, Isolation und Erhalt und Aufbau von Barrieren. Elementar für Schutzkonzepte ist zum einen das Vorhandensein einer als besonders schutzbedürftig definierten Gruppe und sind zum anderen Maßnahmen, die deren Schutz gewährleisten. Das Schutzkonzept muss in allen Bereichen der Unterbringung und Versorgung von Geflüchteten mit Behinderung in der jeweiligen Einrichtung berücksichtigt werden.

II. Zur Situation von geflüchteten Menschen mit Behinderung

In Deutschland gelten über sieben Millionen Menschen als schwerbehindert, rund 17 Millionen der erwachsenen Menschen leben mit gesundheitlichen Beeinträchtigungen oder chronischen Erkrankungen¹. Menschen gelten nach dem SGB IX als behindert, wenn ihre *“körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.”*²

Behinderung kann verschiedene Formen annehmen. Grundsätzlich wird zwischen Menschen mit körperlicher Behinderung, geistiger Behinderung, Sinnesbehinderung oder seelischer Behinderung³ unterschieden, wobei Menschen auch von mehreren Formen von Behinderung betroffen sein können.

Behinderung steht in einem unmittelbaren Zusammenhang mit erschwerten Teilhabechancen. Dabei ist vorerst nicht relevant, in welcher Form ein Mensch beeinträchtigt ist. Behinderung ist kontextabhängig⁴ und daher weniger der Einschränkung oder den Merkmalen der betroffenen Personen geschuldet, sondern vielmehr dem Zusammenspiel der Beeinträchtigung mit der daraus resultierenden behinderten oder verhinderten Teilhabe. Es geht um eine Vielzahl von wahl- und entscheidungseinschränkenden Faktoren, die die Lebenslage von Menschen mit Behinderung *mehr* als andere betreffen und somit zu einer erschwerten Teilhabe und zur Verfestigung gesellschaftlicher Positionen führen können. Menschen mit Behinderung gelten so z.B. als besonders gefährdet, gewalttätigen Handlungen ausgesetzt zu sein, da sie einen erhöhten Hilfe- und Unterstützungsbedarf haben⁵.

Zur **Lebenslage geflüchteter Menschen mit Behinderung** ist wenig bekannt. Bisher wird das Merkmal Behinderung bei der Einreise und Registrierung nicht erfasst. Nach einer Umfrage von Handicap International hatten 30% der befragten syrischen Geflüchteten im

¹ vgl. BMAS 2013: 7

² SGB IX §2 Abs. 1

³ Im Kontext von Geflüchteten mit Behinderung ist hier insbesondere auf psychisches Trauma und Traumafolgestörungen als Grundlage für eine seelische Behinderung verwiesen.

⁴ vgl. Beck & Greving 2011: 49

⁵ vgl. BMAS 2013: 425

Libanon und Jordanien besondere Bedürfnisse; einer von fünf Menschen war physisch, sensorisch oder 'intellektuell' beeinträchtigt, viele andere litten an chronischen Erkrankungen oder hatten Verletzungen davongetragen⁶. Menschen mit Behinderung machen sich trotz einer häufig um ein Vielfaches beschwerlicheren und gefährlicheren Flucht auf den Weg⁷. Sie haben vermehrt Probleme bei der Alltagsbewältigung und tragen ein größeres Risiko der Verschlechterung ihrer gesundheitlichen Situation: So verfügten die befragten Geflüchteten mit Behinderung beispielsweise über ein doppelt so hohes Risiko, in eine psychische Notlage zu gelangen⁸.

Menschen mit Behinderung werden in Artikel 21 der EU-Aufnahmerichtlinie u.a. neben minderjährigen unbegleiteten Geflüchteten, Schwangeren oder älteren Menschen als besonders schutzbedürftig definiert. Sie zählen somit zur **Gruppe der besonders schutzbedürftigen Menschen**. In der Richtlinie sind Grundsätze für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen, festgelegt. Menschen, die zu dieser Gruppe zählen, steht laut Artikel 19 mehr Versorgung und Unterstützung zu: Die Mitgliedstaaten gewähren den *„Antragstellern mit besonderen Bedürfnissen bei der Aufnahme die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe, einschließlich erforderlichenfalls einer geeigneten psychologischen Betreuung“*⁹.

Eine **nicht angemessene Versorgung** bzw. eine den Bedarfen nicht gerecht werdende Unterbringung von Menschen mit Behinderung **kann eine Verschlechterung der gesundheitlichen Verfassung bzw. hinzukommende Erkrankungen verursachen**. Aus dem intersektionalen Wechselspiel der Kategorien Flucht und Behinderung kann zudem eine verstärkte Benachteiligung entstehen. Kommen andere Kategorien hinzu (z.B. Geschlecht, Sexualität, Alter), die mit einer Ungleichbehandlung einhergehen, kann sich diese Situation noch verschärfen: So erfahren Frauen mit Behinderung (sexualisierte) Gewalt um ein Vielfaches häufiger als Frauen ohne Behinderung¹⁰.

Aus all dem wird deutlich, dass Geflüchtete mit Behinderung zusätzliche Hilfe benötigen. Das wird im Folgenden ausgeführt.

Die Hauptprobleme und Risikofaktoren von geflüchteten Menschen mit Behinderung zeigen sich auf verschiedenen Ebenen der Versorgung und Unterbringung.

1. Fehlen von Identifizierung, Anerkennung und Informierung

- **Fehlende empirische Daten zu geflüchteten Menschen mit Behinderung.** Aktuelle Schätzungen gehen von 15% Menschen mit Behinderung unter den Geflüchteten aus¹¹. Auch in Hamburg findet **keine einheitliche Erfassung von geflüchteten Menschen mit Behinderung** statt. Es ist davon auszugehen, dass die Zahl von Menschen mit seelischer Behinderung bzw. Menschen, die von seelischer Behinderung durch erlebtes psychisches Trauma und Traumafolgestörungen bedroht sind, wesentlich höher als die genannten 15% ist.
- **Fehlende Identifizierung und Anerkennung** der betroffenen Personen. Da Behinderung bei Geflüchteten nicht differenziert erfasst wird, erfolgt keine einheitliche Anerkennung dieser Gruppe. In der Konsequenz führt dies dazu, dass auch keine Leistungen (z.B. Eingliederungshilfe, Pflegegeld) in Anspruch genommen werden können und eine Verschlechterung der gesundheitlichen Lage droht.

⁶ vgl. Handicap International 2014 Gibt es eine Seitenzahl?

⁷ vgl. Diakonie Michaelshoven 2016:2

⁸ vgl. Handicap International 2014

⁹ EU Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU

¹⁰ vgl. Schröttle et al. 2011

¹¹ vgl. Aktion Mensch 2016; vgl. vgl. Diakonie Michaelshoven 2016:4

Beschränkung der medizinischen Versorgung

Die Behauptung nur akute Krankheiten seien nach Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) zu behandeln, ist falsch. Unterbleibt z.B. bei Diabetes die Behandlung, wird die chronische Krankheit sofort akut. Eine strenge Unterscheidung zwischen chronischer und akuter Krankheit ist medizinisch meist nicht möglich. Maßstab kann daher immer nur der akute Behandlungsbedarf sein. Dabei ist eine Behandlung chronischer Krankheiten regelmäßig zur Sicherung der Gesundheit (§ 6 AsylbLG) unerlässlich. Auch aus Artikel 1, 2 und 20 GG (Menschenwürde, Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit, Sozialstaatsprinzip), der ärztlichen Ethik und nicht zuletzt aus den Menschenrechten folgt ein Behandlungsanspruch bei allen hierzulande behandelbaren Krankheiten.

Das AsylbLG beschränkt auf den ersten Blick die medizinische Versorgung von Geflüchteten in den ersten 15 Monaten auf die Behandlung von akuten Krankheiten, Schmerzen oder wenn eine Behandlung zur Sicherstellung der Gesundheit unerlässlich ist. AsylbLG §§ 4 + 6, Abs. 1 stellen aber eine Öffnungsklausel dar. Hier sind Einzelfallentscheidungen erlaubt, die den individuellen Bedürfnissen der genannten Gruppe in der Norm entsprechen. Diese Information der Möglichkeit der individuellen Entscheidung ist allerdings nicht immer allen Akteuren bekannt.

- **Informationsmanagement und Beratung zum Thema Behinderung und Versorgung findet nur eingeschränkt statt.** Um Leistungen der Hilfe für Menschen mit Behinderung in Anspruch nehmen zu können, müssen diese Personen einen Zugang zu den Informationen erhalten. Insbesondere da Geflüchtete mit Behinderung und ihre Angehörigen über wenig Erfahrung mit dem Hilfesystem für Menschen mit Behinderung in Deutschland verfügen. Informationsbarrieren bestehen durch allgemein erschwerten Zugang, Informationsbarrieren (z.B. schwer verständliche Texte) und fehlende Beratung.

2. Unterbringung

Wenn schutzbedürftige Gruppen nicht sichtbar sind, kann auch nicht auf deren besondere Bedarfe bei der Versorgung und Unterbringung geachtet werden. Eine Einschätzung der Lebensbedingungen in Erstaufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften ist u.a. deshalb so schwer, weil es keine bundesweiten gesetzlich einheitlichen oder geregelten Mindeststandards gibt¹². Auch in Hamburg wird die bauliche und qualitative Situation und Ausstattung der Unterkünfte als sehr unterschiedlich beschrieben¹³.

- **Sehr große Unterkünfte.** Eine Belegung mit mehreren hundert Bewohnern ist v.a. in Erstaufnahmeunterkünften keine Seltenheit. Die Größe einer Einrichtung wird von den dort Lebenden häufig als äußerst unangenehm empfunden und fungiert zudem als Risikofaktor für Gewalt: So sind die besonders Schutzbedürftigen unter den Geflüchteten dort nachweislich mehr von Gewalt bedroht. Dies gilt ebenso für größere Gemeinschaftsunterkünfte¹⁴. Begrenzte räumliche Verhältnisse verstärken dieses Problem.
- Es besteht ein akuter **Mangel an barrierefreien Unterkünften.** In Hamburg gibt es vereinzelte barrierearme und barrierefreie Erstaufnahmeeinrichtungen und Folgeunterkünfte (bezogen auf Zugänglichkeit, Ausgestaltung der Schlafstätten, sanitäre Anlagen, Essens- und Getränkeausgabe, medizinische Versorgung) Erstaufnahme- und Folgeunterkünfte¹⁵. Häufig sind diese allerdings nicht mit barrierefreien Betten, die eine

¹² vgl. Täubing 2009: 22

¹³ vgl. Drucksache 21/4174, 2016

¹⁴ vgl. Spohr 2016: 5

¹⁵ vgl. Drucksache 21/3203, 2016

pflegerischen Betreuung erleichtern, ausgestattet¹⁶. Zudem ist zu beachten, dass Barrierefreiheit zumeist auf rein physische Barrieren bezogen wird. Das ist insofern bedenklich, als damit primär körperliche Behinderungen angesprochen werden, aber andere Formen der Beeinträchtigung wie z.B. geistige Behinderungen oder psychische Erkrankungen, nicht eingeplant sind.

- Es folgt eine **erschwerter weiterführende Suche nach einer barrierefreien Wohnung**. Geeigneten barrierefreien Wohnraum für die Folgeunterkünfte oder für selbstständiges Wohnen zu finden, stellt eine Herausforderung dar.

Erschwerend wirkt hierbei:

- ein **Verteilungssystem, welches oft individuelle Bedürfnisse nicht berücksichtigt** (z.B. Unterbreitung ungeeigneter Wohnangebote durch Aufnahme- und Vermittlungsstellen).
- Verzögerungen durch **bürokratische Hürden**, wie z.B. die zu langsame Bearbeitung von Verlegungsanträgen oder die Nicht-Ausstellung von Wohndringlichkeitsscheinen.
- Bestehende **rechtliche Hürden**, die sich aus der Residenzpflicht, dem Wohnsitz oder dem unterschiedlichen Status der Familienmitglieder ergeben.

III. Handlungsempfehlungen

Die Handlungsempfehlungen und Unterstützungsmaßnahmen beziehen sich auf die verschiedenen Ebenen der Risikofaktoren und die Hauptprobleme in der Unterbringung und Versorgung von geflüchteten Menschen mit Behinderung.

Ziel der Unterstützung ist immer die schnellstmögliche Heranführung der Betroffenen an das reguläre Hilfesystem für Menschen mit Behinderung.

1. Identifizierung und Anerkennung der Schutzbedürftigkeit, Information und Beratung

Menschen mit Behinderung und Menschen, die von Behinderung bedroht sind, müssen auch als solche identifiziert und anerkannt werden und über Hilfesysteme informiert sein, um Unterstützung erhalten zu können. Bei der Aufklärung, Beratung und Weiterbildung können Träger der Hilfeleistungen für Menschen mit Behinderung unterstützend wirken.

Um besonderen Schutz für geflüchtete Menschen mit Behinderung in den Einrichtungen gewährleisten zu können, müssen folgende Aspekte beachtet werden:

- **Regelmäßige Prüfung auf Schutzbedürftigkeit** bei allen Asylbewerbern und zu jeder Zeit des Asylverfahrens¹⁷. Insbesondere Überprüfung auf Schutzbedürftigkeit bei der Erstuntersuchung, sodass eine Identifizierung zum frühestmöglichen Zeitpunkt gewährleistet wird. Das Identifizierungsverfahren muss dabei transparent und verständlich für alle Beteiligten sein¹⁸.
- Konsequente **Datenerhebung geflüchteter Menschen mit Behinderung** als

¹⁶ vgl. ebd.

¹⁷ Siehe: Kriterien zur Identifizierung von besonders schutzbedürftigen Geflüchteten aus einem Antrag der Fraktion Bündnis 90/die Grünen; Drucksache 18/4691, 2015

¹⁸ Vgl. ebd.

Voraussetzung der Planung und Konzeption spezifischer Maßnahmen.

- **Weiterbildung aller Mitarbeitenden¹⁹ zur Erkennung von Behinderung** und ersten Schritten in der Unterstützung sowie zu Hilfeleistungen für Menschen mit Behinderung in Deutschland.
- **Aufklärung der Betroffenen** zum Thema Behinderung und Hilfeleistungen für Menschen mit Behinderung in Deutschland. Dies schließt den Zugang zu schnellen, unkomplizierten, unabhängigen und barrierefreien²⁰ Informationen und konkrete Beratung ein. Ein Verweis auf Internetseiten ist dabei nicht ausreichend. Der Fokus muss hier besonders auf die verschiedenen Formen von Behinderung gerichtet werden, da diese unterschiedlich leicht zu erkennen sind. Insbesondere bei seelischen Behinderungen ist **Psychoedukation** unerlässlich, um die Betroffenen und ihre Angehörigen über psychische Erkrankungen aufzuklären und therapeutische Möglichkeiten aufzuzeigen.
- Information und ungehinderter Zugang zu medizinisch-therapeutischen Angeboten im Sinne der **medizinischen Rehabilitation** von Menschen mit Behinderung. Dies schließt Informationen zu Leistungen der Rehabilitationsträger inkl. Pflegedienstleistungen und psychotherapeutische Angebote ein.

2. Verbesserung der Unterbringungssituation

- **Umfassende barrierearme Unterbringung** von geflüchteten Menschen mit Behinderung. Barrierearmut berücksichtigt dabei die verschiedenen Formen von Behinderung und dementsprechende Barrieren. Alle Räume der Unterkunft, die von Betroffenen genutzt werden können, sollten barrierearm sein. Neben den Wohnräumen sind somit auch die **sanitären Anlagen**, der **Zugang zur Kantine oder Küche**, zu den **Gemeinschaftsbereichen**, zum **Sozialmanagement** und zum **medizinischen Dienst** barrierearm auszubauen. Barrierearmut bezieht sich dabei auf:
 - **Barrierearme Räume/Gelände** durch:
 - Ausreichende Zimmergröße (ausreichend Platz für die Bewegung im Rollstuhl/mit Gehhilfen, Abstellplätze für Rollstuhl/Gehhilfen oder medizinisch notwendige Geräte (z.B. Lifter oder Pflegebett)). Der erhöhte Platzbedarf setzt eine geringere Belegung der Häuser voraus.
 - Entsprechende Zimmereinrichtung (Rollstuhlgerechtes Mobiliar, niedrige Türgriffe/ Lichtschalter/ Steckdosen, automatische Türen, rutschfester Boden, erreichbare Fenster)
 - Kurze befestigte Wege ohne Stufen oder Treppen zu sanitären Einrichtungen, Versorgung und Betreuung
 - Taktile Orientierungshilfen und Bodenindikatoren für Menschen mit Sehbeeinträchtigungen
 - **Barrierearme Information und Kommunikation** durch:
 - Informationen in leichter Sprache und durch Bilder (Standardsymbole) und Piktogramme

¹⁹ Dies schließt die Mitarbeitenden des Wachpersonals, der Verpflegung, medizinisches Personal, Reinigungspersonal und andere mit ein.

²⁰ Barrierefreiheit bezieht sich nicht nur auf bauliche Barrieren für Menschen mit Körperbehinderungen, sondern muss ebenso für Menschen mit anderen Formen von Behinderung gelten, z.B. in Form von leichter Sprache oder Assistenzleistungen für Menschen mit geistiger Behinderung.

- Farbliche Markierungen zur Orientierung (z.B. farbliche Trennung der Sanitärcontainer nach Geschlecht), farbliche Markierung der Häuser
 - Informationen in großer Schrift und durch akustische und visuelle Signale für Menschen mit Sinnesbeeinträchtigungen²¹
 - Durchgängige Orientierungssysteme im Gelände zur einfachen Orientierung für Menschen mit geistiger Behinderung und/oder Sinnesbehinderungen
- **Geschützte Räume und Gemeinschaftsräume** müssen fester Bestandteil der Unterkunft sein. Dies schließt Räume zur Erholung, Bildung, Gesundheit und für psychosoziale Unterstützung mit ein. Die Gemeinschaftsräume müssen barrierefrei, alters-, kultur-, geschlechtssensibel gestaltet sein. Besonders Menschen mit Behinderung müssen Zugang zu diesen geschützten Räumen erhalten, da sie in besonderer Weise von Exklusion betroffen sind. Zudem ist eine Rückzugs- und Austauschmöglichkeit insbesondere für Menschen mit psychischen Erkrankungen wichtig.
 - Ein **sensibles Belegungsmanagement**, welches Faktoren wie Familienkonstellation, Geschlecht, Gesundheitszustand und Behinderung berücksichtigt²². Es ist davon auszugehen, dass viele geflüchtete Menschen mit Behinderung mit ihren Familien untergebracht werden wollen. Auf die Familie als Ressource und Unterstützungsstruktur ist nicht zu verzichten. Vor diesem Hintergrund wird die Unterbringung in Familienstrukturen ausdrücklich empfohlen.
 - **Schnelle Vermittlung in weiterführende angemessene Wohnangebote**, um lange Aufenthalte z.B. in großen Erstaufnahmen zu vermeiden. Der Bedarf an barrierearmer Folgeunterbringung muss im Einzelfall beachtet werden. Unterstützen können hier Träger der Behindertenhilfe, städtische Wohnungsbaugesellschaften oder Stiftungen, die die Unterbringung von Geflüchteten in abgeschlossenem Wohnraum fördern²³, sowie Wohnberechtigungsscheine und Dringlichkeitsscheine für die Betroffenen und ihre Angehörigen.

3. Mitbestimmungsmöglichkeiten und Rechte

Die Verankerung von Maßnahmen der Selbstermächtigung und Mitbestimmung kann dem Verlust des Gefühls von Selbstwirksamkeit entgegenwirken und fördert die Ressourcen der Bewohner. Dabei muss berücksichtigt werden:

- **Barrierefreie Informationen über Rechte von Menschen mit Behinderung** mit Bezug auf die UN-Behindertenrechtskonvention (UB-BRK) und den Landesaktionsplan der BRK, das Sozialgesetzbuch, die EU-Aufnahmerichtlinie und das Asylbewerberleistungsgesetz. Nur wer über seine Rechte informiert ist, kann diese auch einfordern.
- **Schutzbedürftige müssen in Schutzkonzepte einbezogen werden.** Um alltagstauglich zu sein, müssen Schutzkonzepte mit denen besprochen werden, an die sie sich richten²⁴. Mitbestimmungsstrukturen wie Geflüchtetenräte/Bewohnerräte sind in die Planung und Ausführung von Schutzmaßnahmen einzubeziehen.

²¹ Bei Sinnesbeeinträchtigungen ist es sinnvoll die nicht beeinträchtigten Sinne (Sehen, Hören, Tasten) anzusprechen.

²² vgl. Drucksache 21/4174, 2016

²³ In Hamburg z.B. die Wohnbrücke

²⁴ Runder Tisch 2012: 22, zit. nach Steinbach 2016: 72

- Regelmäßige **Überarbeitung und Anpassung des Konzeptes** an die Bedürfnisse der Bewohner.
- **Reflexion der eigenen Organisationskultur**, Aufbau einer Kommunikationsstruktur und die Möglichkeit, Kritik zu äußern, müssen vorhanden sein.
- Generelle **Beteiligung der Bewohner an der Gestaltung ihres Lebensumfeldes** (z.B. selbst kochen zu können, Mitgestaltung des Speiseplans, Beteiligung bei der Gestaltung von Gemeinschaftsräumen).

4. Versorgungs- und Unterstützungsstruktur

Menschen mit Behinderung benötigen in den Einrichtungen neben Information und Beratung, baulicher Barrierearmut und Mitbestimmungsmöglichkeiten zusätzliche Unterstützung. Um sie adäquat unterstützen und schnell ins reguläre Hilfesystem überführen zu können, sind zusätzliche personelle Hilfe und einen höheren Betreuungsschlüssel zur Qualitätssicherung benötigt.

Dabei sind Voraussetzungen:

- Eine **Garantie der Unterstützung und Betreuung** von geflüchteten Menschen mit Behinderung unabhängig von der Bleibeperspektive.
- Die **Professionalisierung des Systems** durch eindeutige Klärung von Verantwortlichkeiten und Verfahrensabläufen sowohl innerhalb der Einrichtung als auch mit dem externen Dienst.
- Die **Professionalisierung der Mitarbeitenden** durch Anstreben eines (heil-)pädagogischen Hintergrunds, interkultureller Kompetenz und durch Weiterbildungen zum Thema Flucht und Behinderung, z.B. durch Träger der Hilfeleistungen für Menschen mit Behinderung.
- Eine **enge Kooperation mit den Trägern von Hilfeleistungen**, um angemessene Unterstützung gewährleisten zu können. Dies beinhaltet einen regelmäßigen Austausch zwischen den Trägern und der Unterkunft, um Unterstützung zu koordinieren.
- Eine **enge Kooperation mit weiteren Angeboten**, z.B. barrierearmen und inklusiven Integrationskursen oder Selbsthilfegruppen für Menschen mit Behinderung.
- Eine **enge Kooperation mit Hilfesystemen für andere schutzbedürftige Personengruppen** (im Sinne intersektionaler Perspektiven).
- **Qualifizierte Sprachmittler** (ggf. mit medizinischer und sonderpädagogischer Fachkenntnis) um adäquate Kommunikation zu gewährleisten.
- Die **Einbeziehung zivilgesellschaftlichen Engagements** für Unterstützungsleistungen z.B. Errichtung einer Ehrenamtsdatenbank, in der beispielsweise ein (heil-)pädagogischer Hintergrund vermerkt wird.
- Ein **kultursensibler Umgang** bei der Arbeit mit den Bewohnern. Achtsamkeit vor voreiligen Zuschreibungen der Verhaltensweisen von den Betroffenen aufgrund ihres kulturellen Hintergrunds. Unterschiede bei z.B. der Inanspruchnahme professioneller Dienste können vielschichtig begründet sein und hängen u.a. mit der Generationenzugehörigkeit, dem Alter, dem Bildungsabschluss oder den ökonomischen

Ressourcen zusammen²⁵.

- Eine **zentrale Dokumentation** der Informationen über die einzelnen Bewohner, ihre Behinderung, Unterstützung und weiteres, um eine adäquate Weiterversorgung nach dem Wechsel in eine andere Unterkunft zu gewährleisten.
- Die (frühzeitige) **Überleitung zum regulären Hilfesystem** und **zielgruppenspezifische Angebote** für verschiedene Altersgruppen und Formen von Behinderung, um die schnellstmögliche Unterstützung der Betroffenen gewährleisten zu können. In der Zeit vor der Bewilligung der Hilfeleistungen müssten diese unter Einbeziehung der Betroffenen (um Zustimmung und Beteiligung zu gewährleisten) informell zwischen den Einrichtungen und Trägern der Hilfeleistungen geregelt werden. Dies beinhaltet:
 - **Informierung über Behinderung und Hilfeleistungen** für Menschen mit Behinderung
 - **Feste Pädagogische Betreuung/**Bezugsbetreuung zur Ermittlung von Bedürfnissen, Neigungen, Besonderheiten und Ressourcen der Bewohner.
 - **Anbahnung von Hilfeleistungen** nach SGB IX und SGB XII z.B. Antrag auf Feststellung und Anerkennung von (Schwer-) Behinderung, Beantragung von Pflegedienstleistungen (in Kooperation mit einem Pflegedienst), Anbahnung von Eingliederungshilfen durch das Sozialraummanagement der Einrichtung und die Träger der Hilfeleistungen für Menschen mit Behinderung.
 - **Erste basale, lebenspraktische und sozialintegrative Unterstützung** wie die Orientierung im direkten Umfeld, in der Nachbarschaft und in den Stadtteilen, und die Förderung der Fähigkeiten und Leistungsstärken im Alltagsgeschehen.

Im Rahmen der **Eingliederungshilfe** (SGB IX und SGB XII) können Menschen mit Behinderung²⁶ Hilfen beantragen. Der Leistungskatalog der Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung beinhaltet vor allem die medizinische Rehabilitation (Behandlung durch Ärzte und andere Heilberufe, Arznei- und Verbandmittel, Versorgung mit Körperersatzstücken sowie mit orthopädischen oder anderen Hilfsmitteln), Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben, Leistungen in anerkannten Werkstätten für behinderte Menschen oder in vergleichbaren sonstigen Beschäftigungsstätten, Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft.

Folgende (ambulante) Leistungen können beantragt werden:

- **Kinder- und Jugendliche**
 - Leistungen zur Früherkennung und Frühförderung²⁷. Integrative Angebote in der halboffenen KiTa Betreuung in der Unterkunft durch pädagogische Fachkräfte oder Angebote von nahegelegenen Integrationskindergärten. Die Räumlichkeiten müssen entsprechend auf die Nutzung von Kindern mit Behinderung ausgerichtet sein und Angebote zur Förderung bieten. Außerhalb der Betreuungszeiten können die Räumlichkeiten auch für mobile therapeutische Angebote der Frühförderung genutzt werden.

²⁵ vgl. Wansing 2015: 13

²⁶ Über §6 des AsylbLG werden Leistungen der Eingliederungshilfe für Asylsuchende im Einzelfall bewilligt. Wichtig dafür sind vielfältige Gutachten der Diagnostik (z.B. von zuständigen Landesärzten oder Sozialpädiatrischen Zentren, (und sofern vorhanden pädagogische Gutachten und Förderpläne z.B. aus Schulen o.ä.).

²⁷ gem. § 26 Abs. 2 Ziff. 2 SGB IX i.V.m. § 30 SGB IX

- Hilfen zu einer angemessenen Schulbildung²⁸. Integrative und Inklusive Angebote für schulpflichtige Kinder und Jugendliche, auch mit sonderpädagogischem Förderbedarf. Kooperation mit den bezirklichen ReBBZ und der Schulbehörde für die (zukünftige) Beschulung der Kinder und Jugendlichen mit Behinderung in speziellen Sonderschulen, internationale Vorbereitungsklassen (IVK), Regelschulklassen oder Angeboten der beruflichen Bildung während des Aufenthaltes in der Einrichtung und danach. Schulbegleitung und Fahrdienste können im Rahmen der Eingliederungshilfe beansprucht werden.
 - Hilfen für Familien mit behinderten Kindern²⁹. Kinder und Jugendliche und ihre Familien erhalten Beratung und Unterstützung durch heilpädagogische Fachkräfte bei der Bewältigung von Alltag und der Entwicklung von Selbstständigkeit.
- **Erwachsene**
- Pädagogische Betreuung im eigenen Wohnraum (PBW)³⁰ für Menschen mit geistiger Behinderung und/oder mehrfacher körperlicher Behinderung ab 18 Jahren. Ziel ist die selbstständige Lebens- und Haushaltsführung.
 - Wohnassistenz (WA)³¹ für Menschen mit geistiger Behinderung und/oder mehrfacher körperlicher Behinderung ab 18 Jahren, die Unterstützung im alltäglichen Wohnen benötigen.
 - Personen bezogene Leistungen für psychisch kranke/seelisch behinderte Menschen (PPM)³² ab 18 Jahren, die im eigenen Wohnraum leben und Unterstützung bei eigenständiger Lebensführung benötigen.
 - Training lebenspraktischer Fähigkeiten für blinde und sehbehinderte Menschen (LPF).
- **Pflegedienstleistungen** für Menschen mit Behinderung und Pflegebedarf können über die Pflegeversicherung³³ oder Hilfe zur Pflege³⁴ beansprucht werden. Diese Leistungen können je nach Bedarf Leistungen eines Pflegedienstes im Rahmen häuslicher und stationärer Pflege, Pflegehilfsmittel, Kurzzeit- und Verhinderungspflege oder auch Pflegegeld, wenn die Pflege von Angehörigen übernommen wird³⁵, beinhalten.
- **Medizinische Rehabilitation** durch stationäre und ambulante Behandlungen, therapeutische Heilmittel, Hilfsmittel und Psychotherapie durch die gesetzliche Krankenversicherung³⁶.

Neben den o.g. ambulanten Hilfen existieren weitere Formen der Eingliederungshilfe nach SGB XII. Neben ambulanten Angeboten können bei Bedarf auch teilstationäre oder stationäre Hilfen³⁷ in Anspruch genommen werden, z.B. stationäre Wohnangebote für Menschen mit Behinderung.

Konkreter Ablauf der Aufnahme und die Heranführung ans Regelsystem:

²⁸ § 54 SGB XII

²⁹ § 54 Abs. 1 und 2 SGB XII i. V. m. § 55 Abs. 1 und 2 Nr. 3 und 7 SGB IX

³⁰ § 54 Abs. 1 SGB XII in Verbindung mit § 55 Abs. 1 und 2 Nr. 3 und 6 SGB IX

³¹ § 54 Abs. 1 SGB XII in Verbindung mit § 55 Abs. 1 und 2 Ziffern 3, 6 SGB IX

³² § 54 Abs. 1 SGB XII in Verbindung mit § 55 Abs. 1 und 2 Nr.3 und 6 SGB IX

³³ SGB XI

³⁴ Die Pflegeversicherung übernimmt die Kosten zur Pflege nur wenn die Leistungsempfänger bereits zwei Jahre in die Pflegeversicherung eingezahlt haben. Ist dies nicht der Fall, greift die Hilfe zur Pflege nach SGB XII.

³⁵ Hier ist auf den Status zu achten. Pflegegeld kann erst bei einer Aufenthaltserlaubnis des Leistungsempfängers gezahlt werden.

³⁶ Eine Befreiung von der Zuzahlung ist bei der Krankenkasse zu beantragen.

³⁷ § 54 SGB XII

1. Bei der ärztlichen Eingangsuntersuchung gibt es einen Verdacht auf Behinderung bzw. Bedrohung von Behinderung oder innerhalb einer Einrichtung gibt es einen Verdacht auf Behinderung und eine Erstdiagnose eines Arztes.
2. Informationsgespräch mit der betroffenen Person (und Familie/Begleitung) über Behinderung und Hilfeleistungen für Menschen mit Behinderung in Deutschland.
3. Betroffene Person wird (ggf. mit Angehörigen) einer Einrichtung zugewiesen, die den Bedarf decken kann, sofern dies erwünscht ist.
4. Aufnahme der gesundheitlichen Situation und des Pflegebedarfs mit Hilfe standardisierter Fragen³⁸. Weiterleitung der Bedarfe (z.B. an den Pflegedienst). Organisation der informellen Erstunterstützung in der Einrichtung.
5. Ein Facharzt erstellt eine Diagnose, sofern möglich erfolgt dies direkt in der Einrichtung.
6. Ein Feststellungsantrag auf Anerkennung der (Schwer-) Behinderung wird gestellt.
7. Informationsgespräch mit der betroffenen Person (und Angehörigen) über Unterstützungsmöglichkeiten des regulären Hilfesystems und zur Evaluation des Hilfebedarfes in der Einrichtung.
8. Anbahnung von Eingliederungshilfen und weiteren Unterstützungsmaßnahmen durch einen Träger der Hilfeleistungen.
9. Organisation der Unterstützung, bis die Eingliederungshilfe bewilligt wird (u.a. Taktung des Bedarfs, Anlernen der Familie).

5. Entlastung der Angehörigen und Nutzung des sozialen Unterstützungsnetzes

- Inklusive Betreuungsangebote innerhalb der Einrichtung für geflüchtete Menschen mit Behinderung (auch Kinder und Jugendliche), um die Angehörigen zu entlasten.
- Kooperation mit einem Pflegedienst, um Pflegeleistungen zu professionalisieren und Angehörige zu entlasten.
- Einbezug der Menschen mit Behinderung und ihren Angehörigen in Pflege und Förderung

Verfasser:

Mitarbeiterinnen ZuFlucht Lebenshilfe
Gesa Müller (M.Ed. Lehramt für Sonderpädagogik)
Lena Birnbacher (B.A. Erziehungs- und Bildungswissenschaft)

IV. Kontakt:



Ansprechpartner:

Axel Graßmann - Geschäftsführer Lebenshilfe Hamburg
E-Mail: a.grassmann@lebenshilfe-hamburg.de

³⁸ Orientiert an der Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Telefon: (040) 689 433-15

Ines Schwarzarius - Projektleitung ZuFlucht Lebenshilfe

E-Mail: i.schwarzarius@lebenshilfe-hamburg.de

Telefon: (040) 689 433-18

Adresse:

Lebenshilfe Hamburg

Rantzaustraße 74c

22041 Hamburg

www.zuflucht.lhhh.de

www.lebenshilfe-hamburg.de

In diesem Text wird der Einfachheit halber nur die männliche Form verwendet. Die weibliche Form ist selbstverständlich immer mit eingeschlossen.

© Alle Urheberrechte sind der Lebenshilfe Landesverband Hamburg vorbehalten.

V. Quellen

Aktion Mensch (2016): Flüchtlinge und Behinderung. Verfügbar unter: https://www.familienratgeber.de/selbstbestimmt_leben/fluechtlinge_behinderung.php (zuletzt aufgerufen am 06.09.2016)

Beck, Iris; Greving, Heinrich (2011): Institution und Organisation. In: Beck, Iris; Greving, Heinrich (Hrsg.): Behinderung, Bildung, Partizipation. Enzyklopädisches Handbuch. Band 6. Gemeindeorien- tierte pädagogische Dienstleistungen. Stuttgart: Kohlhammer, S. 31- 69.

Bundesministerium für Arbeit und Soziales BMAS (2013): Teilhabebericht der Bundesregierung über die Lebenslagen von Menschen mit Beeinträchtigungen. Teilhabe – Beeinträchtigung – Behinderung, Bonn.

Diakonie Michaelshoven (2016): Netzwerk Flüchtlinge mit Behinderung. Verfügbar unter: <https://politik-bei-uns.de/file/57049aa51ae6a0437ba41636/download> (zuletzt aufgerufen am 06.09.2016).

Handicap International (2014): Hidden Victims of the Syrian crisis: disabled, injured and older refugees.

Richtlinie 2013/33/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Juni 2013 zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen. Verfügbar unter: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/PDF/?uri=CELEX:32013L0033> (zuletzt aufgerufen am 06.09.2016).

Schrötle, Monika, Horberg, Claudia; Galmmeier, Sandra; Sellach, Brigitte; Kavemann, Barbara; Puhe, Henry; Zinsmeister, Julia (2011): Lebenssituation und Belastungen von Frauen mit Beeinträchtigungen und Behinderungen in Deutschland. In: Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.), Bielefeld, Frankfurt, Berlin, Köln. Verfügbar unter: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Broschuerenstelle/Pdf-Anlagen/Lebenssituation-und-Belastungen-von-Frauen-mit-Behinderungen-Kurzfassung,property=pdf,bereich=bmfsfj,sprache=de,rwb=true.pdf> (zuletzt abgerufen am 06.09.2016).

Spohr, Heike (2016): Konzept zur Gewaltprävention und zum Gewaltschutz von besonders vulnerablen Gruppen in Unterkünften für Geflüchtete. In: Büro für Frauen und Gleichberechtigungsfragen der Universitätsstadt Gießen (Hrsg.). Verfügbar unter: https://www.giessen.de/PDF/Gewaltschutzkonzept_f%C3%BCr_gefl%C3%BChtete_Frauen.PDF?ObjSvrID=684&ObjID=14711&ObjLa=1&Ext=PDF&WTR=1&_ts=1455108742 (zuletzt aufgerufen am 06.09.2016).

Steinbach, Beate (2016): Prävention sexualisierter Gewalt in der ehrenamtlichen Jugend(verbands)arbeit. In: Sozialmagazin (7,8), 68-74.

Täubing, Vicki (2009): Totale Institution Asyl: empirische Befunde zu alltäglichen Lebensführungen in der organisierten Desintegration. Weinheim (u. a.): Juventa.

Wansing, Gudrun (2015): Behinderte Migranten – Migrierte Behinderte. Was wissen wir (nicht) über die Schnittstellen? Berlin: Fachtagung Migration und Behinderung: Zugangsbarrieren erkennen – Teilhabe ermöglichen, Lebenshilfe 29. September 2015.

Drucksachen:

18/4691 (22.04.2015) Für eine menschenrechtsorientierte Umsetzung der Flüchtlingsaufnahmerichtlinie der EU. Verfügbar unter: <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/046/1804691.pdf>

21/4174 (25.04.2016) Bürgerschaftliches Ersuchen vom 10. Dezember 2015. Geflüchtete Frauen und Mädchen vor Gewalt schützen: die Bürgerschaft fordert vom Senat. Verfügbar unter: <http://www.buergerschaft-hh.de/ParlDok/dokument/52647/b%c3%bcrgerschaftliches-ersuchen-vom-10-dezember-2015-gefl%c3%bcchtete-frauen-und-m%c3%a4dchen-vor-gewalt-sch%c3%bcetzen-%e2%80%93-drs-21-2379.pdf>

21/3203 (08.03.2016) Inklusion von Flüchtlingen: Können Flüchtlinge mit Behinderung(en) inklusiv am Leben in den ZEA und Folgeunterkünften in Hamburg teilnehmen? Verfügbar unter: <http://www.buergerschaft-hh.de/ParlDok/dokument/51536/inklusion-von-fl%c3%bcchtlingen-k%c3%b6nnen-fl%c3%bcchtlinge-mit-behinderung-en-inklusive-am-leben-in-den-zea-und-folgeunterk%c3%bcnften-in-hamburg-teilnehmen-.pdf>