



IBB

Internationales
Bildungs- und
Begegnungswerk

DOKUMENTATION

[Inklud:Mi]

Netzwerkkongress 03.05.2016

zur Situation von Flüchtlingen
und EU(2)- Zugewanderten

Gesundheit, Behinderung und psychische Erkrankung:
Herausforderung für Dortmund und andere Städte



gefördert durch:



Minister für Bundesangelegenheiten,
Europa und Medien
des Landes Nordrhein-Westfalen
und Chef der Staatskanzlei



Dokumentation

des [Inklud:Mi] Netzwerkkongresses – organisiert vom Internationalen Bildungs- und Begegnungswerk e. V. in Dortmund (IBB) am 3. Mai 2016 im Dietrich-Keuning-Haus, Leopoldstraße 50, in Dortmund

INHALTSVERZEICHNIS

- Editorial
 - Hildegard Azimi-Boedecker, Internationales Bildungs- und Begegnungswerk e. V..... 3
- Grußwort
 - Andrea Zeuch, Inklusionsbeauftragte der Stadt Dortmund7
- Impulsreferate
 - a. Eike Leidgens, Medizinische Flüchtlingshilfe Bochum/
Therapiezentrum für Überlebende von Folter und Krieg:
Die psychosoziale Situation von Flüchtlingen.10
 - b. Orhan Jasarovski, Projekt ACASA-DOM Wuppertal:
Gesundheitsaspekte bei EU(2)-Zuwanderern13
 - c. Sven Veigel-Sternberger, Berliner Netzwerk für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge
(BNS):
Umsetzung der EU-Asylaufnahmerichtlinie17
- Berichte aus den Workshops
 - a. Workshop 1: „Best practice“ aus Berlin, Köln und Dortmund
Sven Veigel-Sternberger, Wolfram Buttschardt, Dr. Frank Renken, Diana Matzat,
Hildegard Azimi-Boedecker.....20
 - b. Workshop 2: Schnelle Hilfe bei Behinderung - Bereitstellung von Hilfsmitteln für
Flüchtlinge und EU (2)-Zugewanderte
Stefan Bieringer, Siegfried Volkert, Andrea Zeuch29
 - c. Workshop 3: Sprachlos - Selektiv mutistische Kinder aus Zuwandererfamilien erkennen
und begleiten
Dr. Katja Subellok, Dagmar Slickers, Dr. Katja Sündermann33
- Fazit und Ausblick37
- Nützliche Links40
- Impressum41

EDITORIAL

Stellen Sie sich vor, Sie sind auf einen Rollstuhl angewiesen und müssen durch zehn Länder vor dem Bürgerkrieg in Syrien fliehen. Oder: Sie kommen aus einem osteuropäischen Land und ihr Kind hat Kinderlähmung oder eine Stoffwechselkrankheit, die unerkannt zur Schwerhörigkeit oder gar Deblilität führt. Oder: Sie haben auf der Flucht aus Afrika ihr Augenlicht verloren.

Das gibt es nicht? Doch - und zwar häufiger als wir denken!

Genauere Zahlen gibt es nicht, denn Menschen mit Behinderungen werden in Deutschland aus gutem Grund nicht statistisch erfasst. Schätzungen zufolge ist jeder fünfte Flüchtling behindert. Über die psychischen Belastungen in unterschiedlicher Schwere gibt es Schätzungen von bis zu 40 % Betroffenen. Das bedeutet zwar im Umkehrschluss, dass vier Fünftel der Geflüchteten nicht behindert sind, aber niemand kann zum einen sagen, was diese Menschen durchlebt haben in gradueller Abstufung.

Es gibt die Fälle von „bequemer Flucht“ per Flugzeug ebenso wie wochenlange Fußmärsche oder Ungewissheit durch Schleppertransfers. Zum anderen geht es hier und heute genau um diese Gruppe von Menschen, die zu einer vernachlässigten und zumeist exkludierten „Randgruppe“ von Zugewanderten gehört. Insbesondere die Flüchtlinge „zweiter Ordnung“, die Vergessenen, die sogenannten „Armutsfüchtlinge“ oder die mit fehlender Bleibeperspektive sind im Falle von Behinderung in zusätzlich äußerst prekärer Lage. Menschen haben beispielsweise auf der Flucht oder im Krieg Gliedmaßen verloren, stärkste seelische Belastungen erlitten oder große Angstsituationen durchlebt, die sie nachhaltig zeichnen. Oder sie waren schon vor der Migration bzw. Flucht behindert oder chronisch krank und haben trotzdem die nun beschwerliche Reise ins Ungewisse angetreten.

Auf die Wichtigkeit des Themas „Zugewanderte mit Behinderung/Beeinträchtigung bzw. psychischer Erkrankung“ kann nicht oft genug hingewiesen werden, zumal mit den Geflüchteten neue Personengruppen aktuell sehr in den Fokus gerückt sind.

Der erste Netzwerkkongress [Inklud:Mi]¹ zur Situation von Flüchtlingen und EU-2-Zugewanderten schaut genauer hin. Er bietet Haupt- und Ehrenamtlichen aus der Arbeit mit Flüchtlingen und



¹ [Inklud:Mi] bezeichnete ein B.A.M.F.-gefördertes IBB-Projekt von 2014 -2015 zur Inklusion von Migranten und Migrantinnen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung durch Sensibilisierung der sogenannten „Aufnahmegesellschaft“. Es beinhaltete Fachfortbildungen zu ausgewählten Themen mit dem Ziel der interkulturellen Öffnung von Einrichtungen. Ein weiterer Schwerpunkt war

Zugewanderten eine Plattform des Austauschs. In dieser Dokumentation haben wir die wesentlichen Ergebnisse mit vielen nützlichen Links zur Vertiefung festgehalten.

Aus der Arbeit in unserem seit 2014 bestehenden Netzwerk wissen wir: Die Inklusion von Migrantinnen und Migranten mit Behinderungen ist besonders bei den EU-2-Zugewanderten und Flüchtlingen verbesserungswürdig.

Neben den Zugewanderten der Migrationsprozesse aus 50 Jahren Arbeitsmigration, die selbstverständlich auch im Falle von Krankheit und Behinderung Anspruch auf Hilfen haben, kommen:

- seit 2004 im Rahmen der EU- Freizügigkeit und Niederlassungsfreiheit Menschen aus Rumänien und Bulgarien als bislang Letzte im EU- Erweiterungsprozess,
- seit vielen Jahren schon, aber erheblich verstärkt seit den letzten beiden Jahren Flüchtlinge aus Kriegs- oder Bürgerkriegsgebieten im Nahen und Mittleren Osten, aus Afghanistan und aus den afrikanischen Ländern, aus Regionen mit Diskriminierung, Verfolgung und Verarmung.

Neben manchen gesetzlichen Hürden, die je nach Aufenthaltsstatus größer oder kleiner ausfallen können, sind es oft strukturelle Barrieren, die verhindern, dass Zugewanderte in ausreichendem und adäquaten Maße die Angebote des Gesundheitsbereiches und der sozialen Dienste erreichen.

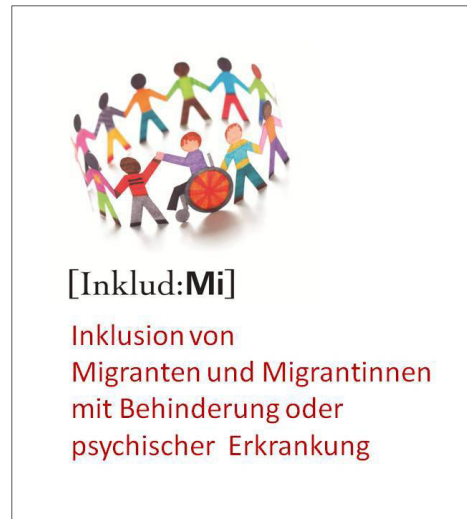
Ganz logisch und proportional führte die Zunahme der Zahl der Flüchtlinge auch zu einer Zunahme der „besonders schutzbedürftigen“ Menschen. Außerordentlich schwer haben es Menschen mit körperlicher oder geistiger Behinderung sowie schwer und schwerst mehrfachbehinderte Schutzsuchende. Sie haben besondere Bedürfnisse bei Versorgung und Aufnahme, die unter Umständen über die allgemeine Versorgung weit hinausgehen. Dabei denke ich nicht nur an die medizinische Versorgung, auch die behindertengerechte Wohnsituation ist derzeit kaum erfüllbar bzw. erfüllt.

Barrierefreiheit, Schutzräume und Intimsphäre z. B. bei psychischer Erkrankung oder Pflegebedürftigkeit sind - zumal auf der Flucht - kaum vorhanden und der Nichtgeflüchtete oder die Nichtmigierte kann sich kaum vorstellen, welche Odyssee manche(r) mitmacht bis er oder sie in sicheren und menschenwürdigen Verhältnissen leben kann.

Den Rahmen der möglichen Hilfen definiert die EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge besonders in Artikel 19 und 21. Hier gewähren die Mitgliedstaaten – de jure - Antragstellern mit besonderen Bedürfnissen bei der Aufnahme die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe, einschließlich erforderlichenfalls einer geeigneten psychologischen Betreuung.

Die oben bereits genannten besonders schutzbedürftigen Personen werden hier ebenso klar beschrieben.

Im Folgenden hören wir von unserem Berliner Gast über die Umsetzung in nationales Recht bis 2015 in das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG). Nur so viel im Voraus: Vielfach vergeht u. a.



durch zeitfressende Gutachten zu viel Zeit bis zur Leistungsbewilligung. „Dies wirkt sich insbesondere bei Kindern mit Behinderungen langfristig gesundheitsschädigend aus“, sagt zum Beispiel Benita Eisenhardt von der Berliner Fachstelle Menschenkind, die Lücken im Versorgungssystem für Kinder mit Behinderungen und chronischen Erkrankungen beklagt und Akteure der Versorgung und Leistung miteinander vernetzt.²

Wer das Ziel der Inklusion ernst nimmt, darf bei der Gruppe der Flüchtlinge die Augen nicht verschließen.

- Sind schwer körperlich behinderte oder seelisch erkrankte Menschen in einer **Massenunterkunft** überhaupt menschenwürdig untergebracht?
- Wie gelingt die Integration bzw. Inklusion von **Geflüchteten** mit Behinderung, Beeinträchtigung oder psychischer Erkrankung?
- Wie gelangen Zugewanderte an **angemessene medizinische Hilfsmittel** wie beispielsweise Prothesen oder Gehhilfen?

Eike Leidgens von der Medizinischen Flüchtlingshilfe Bochum und Sven Veigel-Sternberger vom Berliner Netzwerk für besonders benachteiligte Flüchtlinge geben auf dem Kongress einen Überblick über die Problemlage in Berlin und Bochum. Sie dürfte mit wenigen Einschränkungen auf andere Städte übertragbar sein.

Aber nicht nur Geflüchtete stellen unser Hilfesystem vor eine Bewährungsprobe: Auch EU2-Zugewanderte aus Rumänien und Bulgarien haben als Menschen mit Behinderungen und Beeinträchtigungen typische Probleme beim Zugang zum Gesundheitssystem in Deutschland. Orhan Jasarovski vom Projekt ACASA DOM in Wuppertal beschreibt die Stolperfallen und zeigt erste Lösungswege auf, die in Wuppertal mit Erfolg beschritten werden.

Der Netzwerkkongress von [Inklud:Mi] am 3. Mai ist ein Beitrag zur Europawoche 2016 unter dem Motto „Ankommen in Europa“. Franz-Josef Lersch-Mense, Minister für Bundesangelegenheiten, Europa und Medien, hat die Idee zum Netzwerkkongress schon im Vorfeld im Rahmen eines Wettbewerbs zur Europawoche 2016 prämiert und dankenswerter Weise auch finanziell gefördert.

Den Termin haben wir nicht nur mit Blick auf die Europawoche ausgewählt: Am 5. Mai findet auch der jährlich wiederkehrende [Europäische Protesttag zur Gleichstellung von Menschen mit Behinderung](#)³ statt, der von der Interessenvertretung Selbstbestimmt Leben in Deutschland e. V. bereits 1992 ins Leben gerufen wurde. Dass er immer noch stattfindet, ist auch ein Indiz für noch immer bestehende strukturelle Benachteiligungen behinderter Menschen, ob auf der Flucht, zugewandert oder hier aufgewachsen. Auch in den kommenden Jahren soll der jährliche Netzwerkkongress dieses Thema weiter voranbringen. Denn nicht immer geht die Geschichte einigermaßen gut

² Aus: Susanne Schwalgin, Flüchtlinge mit Behinderung: Menschen in einer besonders prekären Situation 11. Dezember 2014 in Migration & Bevölkerung - Das Online-Portal zur Migrationsgesellschaft

³ Aus: Webveröffentlichung Hessisches Ministerium für Integration und Soziales: „Angeregt durch einen Erfahrungsaustausch über Aktivitäten und Erfahrungen zu den rechtlichen Regelungen der Antidiskriminierungsgesetzgebung für Menschen mit Behinderungen in den USA bestand Einigkeit unter den Mitgliedern, einen ähnlichen Weg in Deutschland zu gehen, um auch hier die für die Gleichstellung behinderter Menschen erforderliche rechtliche Grundlage zu schaffen. Die Einführung eines Europäischen Protesttages für die Gleichstellung von Menschen mit Behinderung (1992, d. Verf.) war eine Maßnahme, die dazu beschlossen wurde. Als Aktionstag wurde der 5. Mai gewählt, weil dies gleichzeitig der Europatag ist und die Behindertenbewegung damit deutlich machen wollte, dass es eines Europas für alle bedarf.“

Siehe auch: http://www.behindertenrechtskonvention.hessen.de/aw/home/Mottotage/~bie/Europaeischer_Protesttag/ und <http://www.protesttag-behinderte.de/>

aus wie bei dem kriegsverletzten und querschnittsgelähmten Abdelhadi Zahra, der stellvertretend für viele andere steht. Er wurde von seinem Bruder aus Syrien auf dem Rücken getragen bis nach Idomeni, ins Lager in Griechenland. Nach sechs Wochen des Vegetierens im Zeltlager konnte er dann endlich dank eines Schweizer Arztes in die Schweiz ausgeflogen werden.

Unsere Dokumentation enthält Zusammenfassungen der Input-Referate und der Workshop-Arbeit. Zudem haben wir eine Linkliste beigefügt.

Wir freuen uns über Ihr Interesse und wünschen Ihnen eine hilfreiche Lektüre.

Hildegard Azimi-Boedecker
Leiterin des Fachbereichs
Beruf international und Migration
im Internationalen Bildungs- und
Begegnungswerk e.V. in Dortmund

Begrüßung

„Die UN-Behindertenrechtskonvention bezieht alle Menschen mit Behinderungen ein, egal welcher Herkunft“

- Es gilt das gesprochene Wort -

Sehr geehrte Damen und Herren,



auch ich darf Sie ganz herzlich zu dem Nettwerkkongress des Internationalen Bildungs- und Begegnungswerks e. V. (IBB) zur Situation von Flüchtlingen und (EU-) Zugewanderten im Rahmen der Europawoche begrüßen.

Im letzten Jahr konnte ich erstmalig an dem Nettwerktreffen von [Inklud:Mi] teilnehmen und habe – obwohl ich nicht der gesamten Veranstaltung beiwohnen konnte – wichtige Informationen mitnehmen können und interessante Begegnungen erlebt. Umso mehr freut es mich, dass ich für heute von Frau Azimi-Boedecker eingeladen worden bin, den diesjährigen Kongress zu eröffnen und auch einen Workshop mit Herrn Volkert vom Behindertenpolitischen Netzwerk zu leiten: „Schnelle Wege bei Behinderung: Organisation und Bereitstellung von Hilfsmitteln für Flüchtlinge und (EU-)Zuwanderer/-innen“).

[Inklud:Mi] war ja zunächst ein einjähriges Projekt zur Inklusion von Migrantinnen und Migranten mit Behinderungen, Beeinträchtigungen und psychischer Erkrankung. Ich begrüße es außerordentlich, dass über das Projektende hinaus ab 2016 weiterhin ein regelmäßiger Austausch mit jährlichen Nettwerktreffen/-kongressen stattfinden wird und der Gedanke von [Inklud:Mi] zur Situation von zugewanderten Menschen mit Behinderung oder psychischer Erkrankung weiterlebt.

Menschen mit Migrationshintergrund und einer Behinderung sind leider häufig doppelt benachteiligt. Zum einen müssen sie lernen, die Sprache, das System zu verstehen und dann auch noch zur Überwindung der Benachteiligung durch ihre Behinderung das für sie passende und wirksame Hilfsmittel zu finden. In Deutschland gibt es ein sehr großes professionelles Hilfsangebot. Auch ist das Netz der Hilfeanbieter sehr groß und es gibt für die unterschiedlichen Bedürfnisse passgenaue Hilfen. Aber für viele Menschen ist es nicht so einfach, dies alles zu überblicken. Von daher bedarf es hierzu intensiverer Unterstützung und Beratung.

Inklusion. Ein wichtiger Auftrag in unserer Gesellschaft.

Inklusion heißt wörtlich: Zugehörigkeit, also das Gegenteil von Ausgrenzung.

Wenn jeder Mensch - mit oder ohne Behinderung - überall dabei sein und wirksam teilhaben kann, dann ist das gelungene Inklusion.

Die UN-Behindertenrechtskonvention ergänzt und präzisiert die bereits bestehenden Menschenrechtskonventionen unter dem besonderen Blickwinkel der Menschen mit Behinderung. 2009 wurde die UN-BRK von Deutschland unterzeichnet. Sie ist somit als einfaches Bundesgesetz gültig und auch eine kommunale Verpflichtung.

Die UN-BRK stellt das Menschenrecht auf gleichberechtigte und wirksame Teilhabe von Menschen mit Behinderung in den Vordergrund. Die Vertragsstaaten werden durch die UN-Behindertenrechtskonvention verpflichtet, in allen Bereichen Maßnahmen für die Teilhabe der Menschen mit Behinderung zu schaffen.

Gestatten Sie mir, Ihnen einen Einblick in den Inklusionsprozess der Stadt Dortmund zu geben.

Bereits seit Jahren geht Dortmund den Weg hin zu einer inklusiven Stadt und es konnten erfolgreiche Maßnahmen zur Inklusion umgesetzt werden.

2014 startete das Projekt „Dortmund – sozial innovative Stadt – Do-iT“ in Kooperation zwischen der Stadt München und der Universität Dortmund unter Beteiligung der Technischen Universität Dortmund mit der Sozialforschungsstelle.

Der von der TU München erstellte Bericht über die Lebenslagen der Menschen mit Behinderung und Beeinträchtigungen enthält nicht nur Zahlen und Fakten, sondern berücksichtigt die Lebenssituation der Menschen mit Behinderungen. Dieser Bericht dient als Grundlage für den „Dortmunder Inklusionsplan 2020“.

Für die Stadt Dortmund ist die Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention ein wichtiges Thema und sie soll in allen Bereichen verwirklicht werden.

Aufgrund der Bedeutung dieser Aufgabe wurde bei der Stadt Dortmund im Amt des Oberbürgermeisters die Stelle einer Inklusionsbeauftragten eingerichtet. Diese Aufgabe darf ich übernehmen und ich werde den Inklusionsprozess in Dortmund begleiten und koordinieren.

Sie sehen bzw. hören: Inklusion wird in Dortmund ganz großgeschrieben.

Die UN-Behindertenrechtskonvention bezieht dabei alle Menschen mit Behinderungen ein, egal welcher Herkunft. Oberstes Ziel ist, dass allen Menschen mit Behinderung eine gleichberechtigte und wirksame Teilhabe an dem Leben in der Gesellschaft ermöglicht wird. Um das Gelingen zu lassen, ist die gesamte Zivilgesellschaft gefordert. Der Bericht über die Belange der Menschen mit Behinderung und Beeinträchtigungen der TU München zeigt auch auf, dass Dortmund gute Potenziale hat auf dem Weg zu einer inklusiven Stadt.

U. a. wird als positives Merkmal die gute Beteiligungs- und Netzwerkkultur in dieser Stadt aufgeführt.

Von daher ist die Fortführung des Netzwerkes [Inklud:Mi], das sich insbesondere für die Interessen der zugewanderten Menschen mit Behinderung einsetzt, wichtig.

Der heutige Kongress wird bewusst in der Europa-Woche durchgeführt.

Die Europawoche findet traditionell rund um den 9. Mai statt, an dem im Jahr 1950 der französische Außenminister Robert Schuman in einer Rede die Schaffung einer Europäischen Gemeinschaft für Kohle und Stahl vorgeschlagen hatte. Seit dieser Zeit hat sich natürlich viel getan. Dieser Tag steht

seither symbolisch für die daraus hervorgegangene Europäische Union. Er ist der Europatag der Europäischen Union.

Ziel ist es, in der Zeit um den Europatag, in unterschiedlichen Aktionen und Veranstaltungen die Bedeutung Europas für Bürgerinnen und Bürger hervorzuheben. Von daher ist es gut, in diesem Zeitraum auch einen Kongress für Menschen mit Migrationshintergrund und Behinderungen stattfinden zu lassen und sich aufgrund der derzeitigen Situation mit dem Thema zu beschäftigen, das Flüchtlinge und EU-Zugewanderte betrifft.

Europaminister Franz-Josef Lersch-Mense hat bereits im Oktober des letzten Jahres Kommunen, Vereine, Verbände, Schulen, Hochschulen und sonstige Einrichtungen und Institutionen in Nordrhein-Westfalen aufgerufen, sich am Wettbewerb zur Europawoche 2016 zu beteiligen. Prämiert wurden zivilgesellschaftliche Projekte, die im Rahmen der Europawoche in Nordrhein-Westfalen durchgeführt werden.

Die Europawoche vom 30. April bis 9. Mai 2016 steht unter dem Motto „Ankommen in Europa“. Damit thematisiert der Wettbewerb Herausforderungen und Chancen, die sich aus der Integration von Flüchtlingen ergeben. Die Bewerberinnen und Bewerber waren aufgefordert, das Thema „Ankommen in Europa“ in all seinen Dimensionen zu beleuchten.

Europaminister Lersch-Mense erklärte, dass die Europawoche 2016 ein wichtiges und hochaktuelles Thema in den Mittelpunkt stellt. Zur Integration der neuen Mitbürgerinnen und Mitbürger gibt es viele gute Ideen, die in der Europawoche sichtbar gemacht werden.

70 Projekte von Schulen, Städten, Vereinen und Organisationen sind prämiert worden.

Besonders hervorheben möchte ich, dass drei Dortmunder Projekte ausgezeichnet wurden:

- „Voneinander lernen, miteinander leben“, Robert-Schumann-Berufskolleg
- Europa-Café: Flucht nach Europa, Europa-Union NRW e. V.
und last but not least, was mich besonders freut:
- Der Kongress zur psychosozialen Situation von Flüchtlingen und Zuwanderern aus Süd-Ost-Europa, Internationales Bildungs- und Begegnungswerk e. V. in Dortmund (IBB)

Hierzu möchte ich dem IBB, in Person jetzt hier anwesend Frau Azimi-Boedecker und allen beteiligten Akteuren, meine herzlichen Glückwünsche aussprechen.

Mit diesen Glückwünschen möchte ich meine Rede auch schließen und allen Anwesenden einen informativen Tag und interessante Begegnungen wünschen, die letztendlich dazu führen, dass die Interessen der zugewanderten Menschen und Flüchtlinge mit Behinderungen im Fokus bleiben und die gleichberechtigte Teilhabe weiter umgesetzt wird.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit und ich wünsche Ihnen erfolgreiche Gespräche in den einzelnen Workshops!

Andrea Zeuch,
Inklusionsbeauftragte
der Stadt Dortmund

Medizinische Flüchtlingshilfe Bochum: Lebensumstände beschädigen Resilienz

Zugewanderte brauchen Zuwendung und Zukunftsperspektiven!

Impulsvortrag 1: Die psychosoziale Situation von Flüchtlingen

Referent: Eike Leidgens, Psychologe, Mitarbeiter der Medizinischen Flüchtlingshilfe Bochum e. V.

Die Medizinische Flüchtlingshilfe Bochum (MFH), 1997 gegründet als Menschenrechtsorganisation, betreibt seit 2006 eines von drei international anerkannten Trauma-Therapiezentren für Folterüberlebende in Deutschland. Es bietet medizinische und psychosoziale Betreuung für Flüchtlinge und erstellt Gutachten in Asylprozessen. Bei Bedarf bietet es auch Fortbildungen für Fachkräfte. Weitere Informationen unter <http://mfh-bochum.de/>



Nicht alle Flüchtlinge haben Unvorstellbares durchgemacht. Nicht alle sind schwer traumatisiert. Und längst nicht jedem kann ein Arzt oder Psychologe mit einfach nur der richtigen Medizin helfen. Eike Leidgens, Mitarbeiter der Medizinischen Flüchtlingshilfe Bochum, rückte in seinem Input-Vortrag verbreitete Vorurteile über die psychosoziale Situation der Flüchtlinge zurecht. „Teilweise haben die Zuwanderer in ihren Herkunftsländern nicht ungewöhnlich viel Schlimmeres durchgemacht als Menschen hierzulande auch.“

„Sensibilität ist gut,
aber ...“

Teilweise ziehen sie sich körperliche oder seelische Verletzungen sogar erst auf der Flucht zu. Leidgens schilderte beispielhaft den Fall eines Afrikaners: Beim Überklettern eines Zauns verlor er in Spanien mehrere Finger, als er später unter Beschuss geriet, sein Augenlicht. „Manche Verletzungen sind keine Naturkatastrophen, sondern von

Menschen verursacht und zwar auch von Menschen in Europa“, sagte Leidgens. „Das sollte man mitdenken, wenn man Flüchtlingen gegenübertritt.“

Zu den Klienten der Medizinischen Flüchtlingshilfe in Bochum gehören Opfer von Folter und Bürgerkriegsflüchtlinge. Ihre seelischen Wunden treten in aller Regel eher nicht unmittelbar an die Oberfläche. Der schmerzhafteste Verlust von Familienmitgliedern und Freunden oder die Qualen einer grausamen Folter werden unterschiedlich verarbeitet.

Wer das sichere Ziel- und Zufluchtsland erreicht hat, erlebt zunächst Entspannung und Entlastung. Doch die Bewältigung des seelischen Schmerzes wird teilweise durch prekäre Lebensbedingungen erschwert: Arbeitsverbot, ein unsicherer Aufenthaltsstatus, die Trennung von den engsten Angehörigen oder ihr Tod, die Unterbringung und vor allem fehlende Zukunftsperspektiven belasten die seelische Gesundheit und erschweren die Verarbeitung von leidvollen Erfahrungen. „Wir beschäftigen uns vielfach mit dem Auffangen von Leid, das so eigentlich nicht sein müsste“, sagte Leidgens.

Seelische Verletzungen entfalten eine Langzeitwirkung

Seelische Verletzungen entfalten in diesem Setting eine Langzeitwirkung: Gut die Hälfte der jährlich rund 300 in Bochum Ratsuchenden verarbeitet heute Traumata aus dem Jahrzehnte zurückliegenden Balkan-Krieg. Erinnerungen, die sich eingebrannt haben und nicht aufgearbeitet wurden.

Doch nicht jedes traurige Erlebnis löse auch gleich ein Trauma aus. „Sensibilität ist gut, aber jemand ist nicht krank, weil es ihm nach einem schmerzhaften Erlebnis nicht gut geht“,

sagte der Psychologe. „Der verbreitete Reflex, diesen Kummer als Krankheit einzustufen, ist eher schädlich.“ Zu schnell werde manchmal der Ruf nach Tabletten laut, zu schnell ein Weg zu Tabletten aus den Herkunftsländern gebahnt. Eine Medikamenten-Abhängigkeit könne ein unerwünschter Nebeneffekt werden.

Wie verhält man sich kultursensibel angemessen?

Doch wie können Mitarbeitende in Beratungsstellen oder Ehrenamtliche in Vereinen einschätzen, in welcher seelischen Verfassung ihr Gegenüber ist und wie sie sich kultursensibel und angemessen verhalten?

Die Mitarbeitenden der Medizinischen Flüchtlingshilfe in Bochum kennen aus ihrer Netzwerkarbeit viele Fragen, Unsicherheiten und Vorbehalte der Ehrenamtlichen: Sollten sie Flüchtlinge ermutigen, ihren vermuteten Kummer „von der Seele zu reden“? Oder ist genau dies falsch? Führen Nachfragen möglicherweise zu einer Re-Traumatisierung oder Re-Aktualisierung?

Eike Leidgens ermutigte die Zuhörenden:

**„Fragen Sie den besten Experten,
den Sie in Ihrer Nähe haben!
Den Menschen, der vor Ihnen sitzt!“**

Eine entscheidende Rolle spielen Dolmetscher und Sprachmittler. Im Sechs-Augen-Gespräch sei manchmal das Einfühlungsvermögen des Dolmetschers entscheidend. Persönliche Gespräche im Beratungskontext lösen nach den Erfahrungen des Psychologen aber so schnell keine Re-Traumatisierungen aus. Er nannte stattdessen:

Mögliche Auslöser einer Re-Traumatisierung / Re-Aktualisierung:

- Asylanhörung
- Behördenkontakte
- Gerichtsverhandlung
- Polizeieinsatz/Polizeikontrolle
- Unterbringung
- Nachrichten
- Arzt- /Krankenhausbesuche
- Psychotherapie
- Abschiebung

Deutliches Symptom einer Re-Traumatisierung:

Eine plötzliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes.

Was die seelische Gesundheit verbessert:

Belastbare soziale Kontakte.

Resilienz stärken.

Gerechtigkeit heilt!

Die Medizinische Flüchtlingshilfe Bochum setzt sich im 2002 initiierten Arbeitsbereich "Gerechtigkeit heilt" auf internationaler Ebene für eine strafrechtliche Verfolgung und gesellschaftliche Aufarbeitung von Menschenrechtsverbrechen ein. Seit 2007 fungiert „Gerechtigkeit heilt“ als Koordinationsbüro des „Internationalen Netzwerks gegen Straflosigkeit“, dem etwa 80 Menschenrechtsorganisationen, MenschenrechtsaktivistInnen, AnwältInnen, Organisationen von Überlebenden und von Angehörigen sowie psychosoziale Einrichtungen in Lateinamerika, Europa, Afrika und Asien angehören, die ihrerseits mit Überlebenden von Folter und Krieg arbeiten.

Quelle: Homepage der MFH Bochum



Eike Leidgens verdeutlichte die Inhalte seines Input-Vortrags mit einigen eindrucksvollen Fotos von Menschen auf der Flucht. Foto: Mechthild vom Büchel

ACASA-DOM Wuppertal widmet sich EU-2-Zugewanderten

Für die Krankenversicherung in die Schuldenfalle

Impulsvortrag 2: Praxisbericht: Gesundheitsaspekte bei EU (2)-Zuwanderern

Referent: Orhan Jasarovski, M.A., ACASA-DOM

Das Projekt ACASA-DOM im Ressort Zuwanderung der Stadt Wuppertal richtet sich an Zuwanderungswillige aus Bulgarien und Rumänien und aus anderen südosteuropäischen Ländern. Das Zentrum für Integration, Bildung und kulturelle Vielfalt, bei dem auch ACASA-DOM angegliedert ist, vermittelt Ratsuchenden Informationen, Qualifizierungen, Integrations- und Sprachkurse. Weitere Informationen über das Projekt ACASA DOM unter: <https://www.wuppertal.de/vv/produkte/204/102370100000564988.php#tab-infos>



ACASA-DOM stellt vielfältige Hilfen für Zugewanderte aus Südosteuropa, vor allem, aber nicht ausschließlich aus den sogenannten EU2-Ländern (Bulgarien und Rumänien) bereit. In die Sprechstunden kommen ebenfalls Menschen aus Mazedonien und aus den früher zu Jugoslawien gehörenden Ländern. Zum Angebot gehören Beratung und Unterstützung bei Fragen der Existenzsicherung, Arbeitslosen- und Kranken- bzw. Sozialversicherung.

Die Klienten kommen aus allen Bevölkerungsschichten: Hochqualifizierte gehören ebenso zum Kreis der Ratsuchenden wie Klienten ohne Schul- oder Berufsausbildung sowie Selbstständige.

Eine der am meisten vorgetragenen Fragen in der Beratungspraxis ist:

**„Wie kann ich hier in Deutschland
krankenversichert werden? Die
Krankenkasse lehnt es ab, mich aufzunehmen!“**

13

Jasarovski beschrieb die schwierige Situation von Arbeitnehmern aus den EU2-Ländern, die in Wuppertal aktiv bearbeitet wird: Aus Unkenntnis tappen viele EU-Zuwandernde aus Rumänien und Bulgarien in Deutschland bei der Organisation ihrer Krankenversicherung schnell in die Schuldenfalle.

Das Problem ist seit längerem bekannt. Orhan Jasarovski nahm an zwei Fachkräfteexkursionen des IBB e. V. 2014 und 2015 nach Rumänien und Bulgarien teil. Schon in Gesprächen vor Ort konnte mit Betroffenen und Experten von Kammern, Nichtregierungsorganisationen und Kommunen die Problematik erörtert werden. Als eine erste Lösung wurde in Wuppertal ein spezielles, zusätzliches Beratungsangebot für Arbeitssuchende aus den beiden Ländern entwickelt.

„Wir kennen das
Problem schon!“

Zur Absicherung über das deutsche Fürsorgesystem (Sozialhilfe) für die Zielgruppe der EU2- Zugewanderten gelten die Regelungen des nationalen Rechts: Grundsätzlich haben EU-Bürgerinnen und -Bürger mit gewöhnlichem Aufenthalt in Deutschland auch Zugang zu Leistungen nach SGB II und SGB XII. Für diese Leistungen gelten jedoch bestimmte Ausnahmen. Diese Rechtsprechung beruht auf einem Urteil des Bundessozialgerichtes vom 14.12.2015.

Eine komplizierte Lage entsteht jedoch auch häufig bei dem Versuch, einen Zugang zum deutschen Krankenversicherungssystem zu erhalten.

Danach können Arbeitnehmer und Zugereiste grundsätzlich über **vier Wege** krankenversichert werden:

- Absicherung über das Heimatland durch die dortige staatliche/gesetzliche Krankenversicherung
- Über die deutsche gesetzliche Krankenversicherung (GKV)
- Über die private Krankenversicherung (PKV) in Deutschland (z. T. mit privater Vorversicherung im Heimatland)
- Über das deutsche Fürsorgesystem (Sozialhilfe)

Die Zugereisten unterscheiden sich dabei in verschiedene Gruppen, zugleich begründet dies unterschiedliche Optionen für Versicherungsschutz:

Nicht vorschnell privat versichern!

1. Eigentlich und grundsätzlich sind sogenannte **„entsendete Arbeitnehmer“**, temporäre **Besucher und Urlauber** über die Europäische Versicherungskarte (EHIC) zu versichern, ggf. über eine provisorische Ersatzbescheinigung (EB). Dafür zuständig ist der Träger der Krankenversicherung im Heimatland. Problem: Aus der Praxis werden immer wieder Fälle bekannt, wonach die EHIC in Deutschland von der GKV nicht oder erst nach langwierigen Kommunikationsprozessen anerkannt wird
2. **Sozialversicherungspflichtige Beschäftigte** (Vollzeit, Teilzeit, die nicht entsendet wurden sondern nach Einreise hier selbst eine Arbeit finden und aufnehmen) sind grundsätzlich automatisch in der GKV versichert. **Minijobber und Familienangehörige** der Beschäftigten Personen sind über die Familienversicherung mitversichert.
3. Für die **nicht erwerbstätigen** EU-Bürger, hierunter fallen: **Rentner** oder sonstige Nichterwerbstätige (z.B. **nicht verheiratete Partner**), ist der Zugang zur gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen, wenn die Existenzsicherung der nicht erwerbstätigen EU-Zuwanderer und ihrer Familienangehörigen und deren ausreichender Krankenversicherungsschutz vorhanden ist.
4. **Selbstständig Erwerbstätige:** Für die Frage „versicherungspflichtig in der GVK“ ist ein Nachweis „zuletzt gesetzlich krankenversichert“ im Heimatland von Relevanz. Sollte ein selbstständig Erwerbstätiger im bisherigen Heimatland zuletzt privat krankenversichert gewesen sein, ist er im Sinne der Systemabgrenzung der PKV zuzuordnen.
5. **Arbeitssuchende (ohne Bezug von Sozialleistungen):** Voraussetzung sind ebenfalls die mitgebrachten „Vorversicherungszeiten“. Die Zugehörigkeit der Arbeitssuchenden in der GKV stellt die Krankenkasse bei Bedarf in eigener Zuständigkeit fest.

14

Das große Problem in diesem Zusammenhang ist aber für sehr viele EU- Zugereiste aus Süd-Ost-Europa trotz Arbeitnehmerfreizügigkeit und Niederlassungsfreiheit:

„Vorversicherungszeiten im Heimatland müssen per Formular E104 nachgewiesen werden“.

Dies gelingt oft nicht, weil die nötigen Nachweisunterlagen fehlen oder aber die Personen nicht vorversichert waren. Zwar sollte es in den Heimatländern „de jure“ keine Personen ohne Mindestversicherungsschutz geben. In der Realität sind aber häufig Menschen, oft aus benachteiligten Minderheitengruppen wie Roma oder Menschen aus sozial oder finanziell schwachen Lebensumständen aus verschiedenen Gründen nicht krankenversichert im Heimatland und damit unter Umständen nicht anspruchsberechtigt für die GKV.

Ausweg Private Versicherungsunternehmen?

Bei EU-Zuwanderern, für die die Voraussetzungen für die GVK nicht erfüllt sind, entsteht **Versicherungspflicht** in der PKV mit Absicherung über ein privates Versicherungsunternehmen. Es kommt jedoch in der Praxis häufig zu Problemen.

Projektleiter Orhan Jasarovski berichtete aus Praxisfällen:

- Bei Anmeldung und einem Mietvertrag entfällt der mitgebrachte temporäre Krankenversicherungsschutz(gewöhnlicher Aufenthaltsort wechselt hier).
- Obwohl die Möglichkeit bzw. sogar Pflicht zu einem gesetzlichen oder privaten Krankenversicherungsschutz besteht, kann der Beitrag wegen finanzieller Schwierigkeiten oftmals in der Realität nicht gezahlt werden. Familien und Einzelpersonen bleiben ohne Versicherungsschutz bzw. viele Betroffene landen in der Schuldenfalle.
- Viele EU-Zuwanderer haben erst gar keinen Anspruch wegen fehlender „Vorversicherungszeiten“.
- Ein weiteres Hindernis: ab dem Tag der Anreise in Deutschland müssen Beiträge rückwirkend gezahlt werden.

Lösungsansätze aus der Praxis

Orhan Jasarovski stellte einige Lösungsansätze aus der Praxis vor, mit denen im Projekt ACASA-DOM Ratsuchenden nachhaltig geholfen werden konnte:

- So wurden durch Eheschließung von bisher unverheirateten Partnern und durch Vaterschaftsanerkennung Partner und Kinder von Versicherten in die Familienversicherung mit aufgenommen.
- Durch die Verbände der Wohlfahrtspflege bzw. das Projekt ACASA-DOM wurden monatliche Beiträge für bis zu zwei Jahre nachgezahlt bei fehlenden „Vorversicherungszeiten“, so dass diese Lücken dann geschlossen werden konnten als Voraussetzung für Anschlussversicherungen.
- Ergänzend: „Vorversicherungszeiten“ wurden von den Krankenkassen als Wartezeiten bei der Pflegeversicherung anerkannt.

15

Ist das „Ja-Wort“
denn auch amtlich?

Fazit aus der Diskussionsrunde:

Ohne kostenfreie, ehrenamtliche oder subventionierte Sonderregelungen der Verbände, Kommunen oder Projektträger ist der Versicherungsschutz und somit die Gesundheitsversorgung der EU2-Zugewanderten oftmals nicht zu gewährleisten.

Es besteht dringender Handlungs- und Gesprächsbedarf sowohl mit den Krankenkassen als auch im bilateralen Austausch mit den zuständigen Trägern und ggf. unterstützend auf den jeweiligen politischen Ebenen.

Praxistipp:

„Auf der Internetseite <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=653&langId=de>

sind Beispiele für EHICs aus sämtlichen EU-Staaten abgebildet. Hier finden sich zudem umfassende Informationen zum Umfang der Krankenbehandlung und zu den Gesundheitssystemen der einzelnen EU-Länder in sämtlichen Sprachen der EU. Noch einfacher ist es, mit dem Smartphone über die dort hinterlegten QR-Codes eine „EHIC-App“ der Europäischen Kommission herunterzuladen, in der ebenfalls in sehr übersichtlicher Form die Regelungen der EHIC in sämtlichen EU-Sprachen zusammengefasst sind.

Wie lange ist eine EHIC gültig?

Anders als häufig behauptet, ist die EHIC keineswegs nach einem dreimonatigen Aufenthalt abgelaufen. Sie gilt vielmehr für die gesamte Zeit eines „vorübergehenden Aufenthalts“, in dem im Herkunftsland der Krankenversicherungsschutz weiter besteht – jedenfalls so lange, wie der Gültigkeitszeitraum auf der Karte anzeigt. Ein vorübergehender Aufenthalt kann auch recht lange andauern, etwa bei Studierenden, die für einige Semester in einem anderen EU-Staat studieren, aber im Herkunftsstaat weiterhin ihren Lebensmittelpunkt behalten“.⁴

EU2-Zuwanderungswillige sollten hinsichtlich des Versicherungsschutzes eine Beratungsstelle aufsuchen!

Zuwandernde sollten ihre Eheschließung amtlich dokumentieren können, damit Familienangehörige in den Genuss einer Familienmitversicherung kommen. Bei einigen Minderheiten wie Roma in Bulgarien und Rumänien werden Ehen häufig ohne amtlichen Stempel geschlossen, müssen also ggf. nachlegitimiert werden.

⁴Aus: Broschüre Deutscher Paritätischer Wohlfahrtsverband - Gesamtverband e.V. „schutzlos oder gleichgestellt? - Der Zugang zum Gesundheitssystem für Unionsbürger und ihre Familienangehörigen“, Berlin 2014, S. 6 ff siehe auch onlineversion: http://ggua.de/fileadmin/downloads/tabellenundebersichten/broschuere_A4_gesundheit-unionsbuerger_web.pdf

Berliner Netzwerk für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge:

„Die medizinische Versorgung von Flüchtlingen wird individuell verhandelt“

Impulsvortrag 3: Schutzsuchende mit Behinderung und psychischer Erkrankung – Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie

Referent: Sven Veigel-Sternberger, Behandlungszentrum für Folteropfer, Koordinator des Berliner Netzwerks für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge

Das „Berliner Netzwerk für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge (BNS)“ will die medizinische und materielle Versorgung besonders schutzbedürftiger Flüchtlinge sicherstellen. Es stützt sich auf die in der EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU festgelegten Mindeststandards für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen. Das Berliner Netzwerk umfasst fünf Fachstellen (u.a. für Menschen mit Behinderungen) in unterschiedlicher nichtstaatlicher Trägerschaft. <http://www.migrationsdienste.org/projekte/bns3.html>



Die EU hat in ihrer Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU Mindeststandards gesetzt für die medizinische Behandlung von Flüchtlingen in den Mitgliedsstaaten. Doch:

„Werden diese
Mindeststandards eigentlich
in Deutschland erfüllt?“

Sven Veigel-Sternberger gab in seinem Input-Vortrag einen Überblick über die rechtlichen Grundlagen.

Kann-Regelung
sorgt für Ärger

gesetzt:

In Art. 19 hat die EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU/2013 den Rahmen

17

- (1) Die Mitgliedstaaten tragen dafür Sorge, dass Antragsteller die erforderliche medizinische Versorgung erhalten, die zumindest die Notversorgung und die unbedingt erforderliche Behandlung von Krankheiten und schweren psychischen Störungen umfasst.
- (2) Die Mitgliedstaaten gewähren Antragstellern mit besonderen Bedürfnissen bei der Aufnahme die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe, einschließlich erforderlichenfalls einer geeigneten psychologischen Betreuung.

Quelle:

<http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:180:0096:0116:DE:PDF>

(Amtsblatt der Europäischen Union)

Als besonders schutzbedürftige Flüchtlinge werden in der Richtlinie beispielhaft genannt:

- (unbegleitete) Minderjährige,
- Behinderte,
- ältere Menschen,
- Schwangere sowie Alleinerziehende mit minderjährigen Kindern,
- Opfer des Menschenhandels, Personen mit schweren körperlichen Erkrankungen,
- Personen mit psychischen Störungen und
- Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben.

Die Mindeststandards waren nach Neufassung der EU-Richtlinie bis 2015 in nationales Gesetz umzuwandeln. Das neue Asylbewerberleistungsgesetz in Deutschland, verabschiedet im Frühjahr 2016, setzt die Richtlinie nun um. In § 4 und § 6 regelt es Details zur medizinischen Versorgung und so genannten sonstigen Hilfen.

Als problematisch erweist sich laut Veigel-Sternberger der Ermessensspielraum, der sich aus „Kann-Bestimmungen“ in § 6 ergibt. Ist eine längerdauernde Therapie oder ist ein Rollstuhl für die Gesundheit unerlässlich? Teilweise werde diese Frage nicht nur von Bundesland zu Bundesland, sondern auch von Sozialamt zu Sozialamt unterschiedlich beantwortet. Lange Verfahrenswege von der Antragstellung über eine Begutachtung und Ablehnung bis zum Abschluss eines Widerspruchsverfahrens können für die Betroffenen einen beklagenswerten Zeitverlust zur Folge haben.

„Ich kenne Fälle, in denen Menschen mit Behinderungen
zwei bis drei Jahre auf Leistungen warten
mussten – ein Zeitraum, in dem sich der
Gesundheitszustand der Betroffenen
deutlich verschlechtern kann“,

berichtete Veigel-Sternberger. Dies sei besonders problematisch, wenn Kinder betroffen sind: Eine Frühförderung hätte ihren Allgemeinzustand möglicherweise positiv beeinflussen können. Der Ermessensspielraum, so sein Fazit, entspreche nicht der Maßgabe der EU-Aufnahmerichtlinie aus 2013.

Interpretationsspielraum sieht Sven Veigel-Sternberger auch in der Frage, wer zum Kreis der „besonders schutzbedürftigen Flüchtlinge“ gezählt werden muss. Seine Erfahrung: „Es kommt auf die Situation an.“ Als Beispiel nannte er allein reisende Analphabeten. Für sie kann das Asylverfahren einen besonderen Stress darstellen – während nicht jede Schwangere zwangsläufig einen besonderen Förderbedarf hat.



Sven Veigel-Sternberger bei seinem Vortrag. Foto: Stephan Schütze

Das Berliner Netzwerk hat fünf Fachstellen eingerichtet unter anderem speziell für alte und für behinderte Flüchtlinge. Staatliche und nichtstaatliche Stellen haben gemeinsam ein Aufnahmeverfahren ermittelt, um frühzeitig Bedarfe neu eingereister Flüchtlinge zu ermitteln.

Seine guten Erfahrungen gibt das 2009 als Modellprojekt gegründete Netzwerk übrigens auch gern weiter: Es arbeitet mit Psychosozialen Zentren und weiteren Beratungsstellen in ganz Deutschland zusammen.

Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

§ 4 Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt

(1) Zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sind die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen zu gewähren. Zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten werden Schutzimpfungen entsprechend den §§ 47, 52 Absatz 1 Satz 1 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und die medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchungen erbracht. Eine Versorgung mit Zahnersatz erfolgt nur, soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist.

(2) Werdenden Müttern und Wöchnerinnen sind ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung, Hebammenhilfe, Arznei-, Verband- und Heilmittel zu gewähren.

(3) Die zuständige Behörde stellt die Versorgung mit den Leistungen nach den Absätzen 1 und 2 sicher. Sie stellt auch sicher, dass den Leistungsberechtigten frühzeitig eine Vervollständigung ihres Impfschutzes angeboten wird. Soweit die Leistungen durch niedergelassene Ärzte oder Zahnärzte erfolgen, richtet sich die Vergütung nach den am Ort der Niederlassung des Arztes oder Zahnarztes geltenden Verträgen nach § 72 Absatz 2 und § 132e Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Die zuständige Behörde bestimmt, welcher Vertrag Anwendung findet.

Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

§ 6 Sonstige Leistungen

(1) Sonstige Leistungen können insbesondere gewährt werden, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich, zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern geboten oder zur Erfüllung einer verwaltungsrechtlichen Mitwirkungspflicht erforderlich sind. Die Leistungen sind als Sachleistungen, bei Vorliegen besonderer Umstände als Geldleistung zu gewähren.

(2) Personen, die eine Aufenthaltserlaubnis gemäß § 24 Abs. 1 des Aufenthaltsgesetzes besitzen und die besondere Bedürfnisse haben, wie beispielsweise unbegleitete Minderjährige oder Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, wird die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe gewährt.

Quelle:

<http://www.gesetze-im-internet.de/asylbfg/index.html#BJNR107410993BJNE000403116>

(Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz)

WORKSHOP 1: „Best practice“ aus Berlin, Köln und Dortmund

Städte arbeiten mit Hochdruck an drängenden Problemen

Experten: Sven Veigel-Sternberger, Berliner Netzwerk für besonders schutzwürdige Flüchtlinge (BNS)
Wolfram Buttschardt, Kölner Netzwerk für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge
Diane Matzat, Verein Mobile e.V. Dortmund
Dr. Frank Renken, Leiter des Gesundheitsamtes der Stadt Dortmund

Leitung: Hildegard Azimi-Boedecker (IBB)

Thema: Versorgung von Flüchtlingen und EU (2)-Zuwandernden mit Behinderung und psychischer Erkrankung
Zentrale Frage: Wie gelingt eine zügige, differenzierte Betreuung und Versorgung der besonders schutzbedürftigen Flüchtlinge?

Die aktuelle Situation in Berlin:

Sven Veigel-Sternberger schilderte die aktuelle Situation in Berlin. 28.000 geflüchtete Menschen leben aktuell in Notunterkünften, 36.000 Plätze werden aber benötigt. Seit wenigen Wochen gibt eine Unterkunft für LSBT-Flüchtlinge⁵ (mit 16 Plätzen).

Früh erkennen.

Im Berliner Netzwerk für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge – ursprünglich gegründet als Modellprojekt 2008 - haben sich verschiedene freie Träger zusammengeschlossen und fünf Anlaufstellen geschaffen:

- Fachstelle für Überlebende extremer Gewalt
- Fachstelle für minderjährige Flüchtlinge
- Fachstelle für Alleinerziehende und Schwangere
- Fachstelle für alte Flüchtlinge
- Fachstelle für behinderte Flüchtlinge

Ein Hauptziel ist die Erfassung und medizinische Versorgung von besonders schutzbedürftigen Flüchtlingen. Zu diesem Personenkreis zählen auch Behinderte und schwer psychisch oder chronisch Erkrankte sowie Opfer sexualisierter Gewalt.

Die medizinische Versorgung wies laut Bericht des Referenten Mängel auf:

- das Regelsystem war nicht auf die besonderen Belange der Flüchtlinge eingestellt
- sehr oft wurden bzw. werden Fehldiagnosen gestellt
- die Kommunikation war und ist ein sehr großes Hindernis und Problem
- wenn nach § 6 Asylbewerberleistungsgesetz Leistungen beantragt wurden, dauerte die erste Bearbeitung von 6 Monaten bis zu 1,5 Jahren
- nach so langen Bearbeitungszeiträumen hat sich der Gesundheitszustand der Flüchtlinge dann meist verändert bzw. verschlimmert

⁵ LSBT (auch LGBT) ist eine aus dem englischen Sprachraum kommende Abkürzung für Lesben, Schwule, Bisexuelle und Transgender. <https://de.wikipedia.org/wiki/LGBT>

Abhilfe schaffen soll der Masterplan „Integration und Sicherheit“ in Berlin. Kernpunkte:

- Es wurden 9 Phasen lokalisiert und schriftlich verfasst
- Der Plan wurde Vertretern der Zivilgesellschaft, Behörden und Institutionen vorgelegt

Das Netzwerk hat drei wichtige Stufen der Hilfe und Unterstützung lokalisiert

1. Stufe: Ermittlung und Erkennung der Menschen, die Hilfe benötigen. Dazu wurden Leitfragen entwickelt, um eine bessere und schnellere Lokalisierung der besonders schutzbedürftigen zu gewährleisten.
2. Stufe: Beratung und Information zur benötigten Hilfe
3. Direkte Versorgung

Fazit des Referenten:

Berlin versucht, die Integration der Flüchtlinge als eine zentrale Landesaufgabe zu sehen.

Wichtige Schlüsselfachstellen sollen künftig noch mehr spezialisiert werden.

Berliner Netzwerk für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge (bns)

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

Projektkoordinator: Sven Veigel (Dipl.-Geograph, Projektkoordination)

s.veigel@migrationsdienste.org

21

Neues aus Köln:

Köln ist eine wichtige Dauer- und Durchgangsstation für viele Flüchtlinge in NRW. Seit Einrichtung der „Drehscheibe Köln“ am Flughafen Köln-Bonn sind mehr als 27.000 Flüchtlinge aufgenommen und versorgt worden (Stand Februar 2016). Stand Mai 2016 lebten mehr als 13.000 Flüchtlinge in Köln.

Ziel des im November 2015 gegründeten Kölner Netzwerks für Flüchtlinge mit Behinderung:

„Wir wollen ein Scharnier sein zwischen den Angekommenen, den Akteuren der Flüchtlingshilfe und der Behindertenhilfe“, beschreibt Wolfram Buttschardt, verantwortlicher Mitarbeiter bei der Diakonie Michaelshoven.

Arbeit mit und für Geflüchtete ist kein neues, aber und zugleich sehr umfassendes Arbeitsgebiet der Diakonie Michaelshoven im Großraum Köln. Die Diakonie Michaelshoven bietet Menschen, die auf der Flucht nach Köln gekommen sind, umfassende Hilfen und Unterstützungsangebote. Ziel ist es, dass sie eine Perspektive in der neuen Heimat erhalten. Hierzu zählen neben speziellen Unterkünften auch Beratungsangebote, Sprach- und Integrationskurse sowie die gezielte Unterstützung von Kindern und Jugendlichen.

2016 hat die Diakonie Michaelshoven im Auftrag der Stadt Köln die soziale Betreuung von zwei Flüchtlingsunterkünften in Köln-Rodenkirchen übernommen:

Akteure vernetzen

- die Flüchtlingsunterkunft Eyselshovener Straße
- Die Notunterkunft Ringstraße⁶

Weitere Arbeitsfelder im Bereich Flüchtlinge der Diakonie Michaelshoven:

- Arbeit mit unbegleiteten minderjährigen Ausländern (UMA)
- soziale Gruppenarbeit mit Kindern, Jugendlichen und Familien in einer Flüchtlingsunterkunft in Köln-Godorf
- Integrationskurse im Auftrag des BAMF
- Koordination der ehrenamtlichen Arbeit in der Flüchtlingshilfe

Wolfram Buttschardt war u.a. Teilnehmer einer IBB-Exkursion nach Istanbul zu Behinderteneinrichtungen und ist schon aus dieser Erfahrung heraus kultursensibel geschult für den Bedarf von beispielsweise Migrantinnen und Migranten aus der Türkei, die mit Behinderung oder Beeinträchtigung zumeist schon seit vielen Jahren in Deutschland leben. Es war somit ein logischer Schritt, auch die Belange behinderter Geflüchteter in den Fokus spezialisierter Angebote zu nehmen.

Viele offene Fragen.

Unter den geflüchteten Menschen befinden sich auch viele Personen, die eine Behinderung haben. Soziale Institutionen stehen vor großen Herausforderungen. Viele Fragen der Inklusion von Flüchtlingen mit Behinderung sind noch nicht befriedigend beantwortet.

Das Netzwerk für Flüchtlinge mit Behinderung der Diakonie Michaelshoven will diese Lücke in der Vernetzung, Versorgung und Beratung schließen. In Zusammenarbeit mit der Technischen Hochschule Köln werden Lösungswege generiert und die Vernetzung von Flüchtlings- und Behindertenhilfe ausgebaut. Das Netzwerk Flüchtlinge mit Behinderung Köln wird von der Stiftung Wohlfahrtspflege NRW als Modellprojekt finanziell gefördert.⁷

Buttschardt berichtet, dass die Nachfrage alle Erwartungen übertroffen hat, also offenbar großer Beratungs- und Unterstützungsbedarf besteht. Die Beratung findet auf der einen Seite im Projektbüro statt, auf der anderen Seite bietet das Netzwerk aufsuchende Sozialarbeit an. Das bedeutet für die Ratsuchenden kurze und vertraute Wege statt langer Fahrten durch eine unbekannte Stadt und somit keine Hemmschwelle zum Aufsuchen der neuen Angebote. Die neu eingerichtete Stelle ist schon fast an ihrer Kapazitätsgrenze angekommen, denn es konnten bereits 80 Geflüchtete beraten werden.

Weitere Schwerpunkte der Arbeit sind die Schaffung eines multiinstitutionellen und multiprofessionellen Netzwerks sowie die Öffnung von vorhandenen Angeboten für die Zielgruppe. An der Auftaktveranstaltung des Projektes nahmen 28 Akteure aus Flüchtlingshilfe und Sozialarbeit sowie der Landschaftsverband Rheinland (LVR) teil - eine gute Voraussetzung für breite Vernetzung.

Weitere Besonderheiten sind die Informationsverbreitung über WhatsApp und Facebook accounts sowie der Ansatz des Peer Counseling⁸ in der Beratung, wonach behinderte Menschen als Experten in

⁶ Zitat aus der Homepage der Diakonie Michaelshoven 2016

⁷ ebenda

⁸ Die UN-Behindertenrechtskonvention sieht vor „durch Peer Support Menschen mit Behinderungen in die Lage zu versetzen, ein Höchstmaß an Selbstbestimmung, umfassende körperliche, geistige, soziale und berufliche

eigener Sache andere behinderte Menschen - wie eben auch Geflüchtete mit Behinderung – beraten und unterstützen können und sollen.⁹

Wolfram Buttschardt formulierte fünf Themenbereiche als Aufgaben innerhalb und außerhalb des Projektes:

1. Identifizierung
2. Bewusstseinsbildung
3. Barrierefreiheit
4. Versorgung und Betreuung
5. Sicherstellung finanzieller Ressourcen

Fazit:

Die Nachfrage gibt der Annahme Recht, dass die Gruppe behinderter Geflüchteter einen besonderen Beratungs- und Unterstützungsbedarf hat, der noch nicht im allgemeinen Fokus der Angebotsentwicklung liegt. Zur Überwindung struktureller aber auch - in diesem Fall besonders wichtig - physischer Barrieren ist eine aufsuchende Beratungs- und Unterstützungsarbeit nahe am Lebensmittelpunkt der Geflüchteten (zumeist in den Wohnheimen und Übergangsunterkünften) dringend empfehlenswert.

Ansprechpartner im Projekt „Netzwerk für Flüchtlinge mit Behinderung Köln“:

Wolfram Buttschardt

Telefon: 0173-9059 725

Email: w.buttschardt@diakonie-michaelshoven.de

<https://www.diakonie-michaelshoven.de/angebote/menschen-in-schwierigen-lebenslagen/fluechtlinge/#c2745>

Weitere Ansprechpartner/innen der Diakonie Michaelshoven:

Flüchtlingsunterkunft Eygelshovener Straße

Flüchtlingsunterkunft Ringstraße

Melanie Busch-Sampanan, E-Mail: m.busch-sampanan@diakonie-michaelshoven.de

Dagmar Buchwald, Email,; E-Mail: d.buchwald@diakonie-michaelshoven.de

Arbeit mit unbegleiteten minderjährigen Ausländern (UMA) sowie soziale Gruppenarbeit:

Günter Potthast, E-Mail: g.potthast@diakonie-michaelshoven.de

Fähigkeiten sowie die volle Einbeziehung in alle Aspekte des Lebens und die volle Teilhabe an allen Aspekten des Lebens zu erreichen und zu bewahren“ (Artikel 26 BRK – Habilitation und Rehabilitation).

⁹ "Peer Counseling ist eine emanzipatorische Beratungsmethode, die sich immer an den Bedürfnissen und Erfordernissen der jeweiligen Ratsuchenden orientieren muss.... Wir sollten uns immer darüber bewusst sein, dass wir als behinderte BeraterInnen positive Rollenvorbilder für die Ratsuchenden sind. Gerade dieser Aspekt des Peer Counseling kann einen intensiveren Austausch ermöglichen, denn durch unsere eigenen behinderungsbedingten Erfahrungen haben wir oft ein besseres, einführendes Verständnis für die Situation der Ratsuchenden." Tobias Reinarz / Friedhelm Ochel; ZsL Köln auf : <http://www.peer-counseling.org/index.php/peer-counseling-online-bibliothek/definitionen-fuer-peer-counseling>

Die aktuelle Situation in Dortmund:

Dr. Frank Renken, Leiter des Gesundheitsamtes der Stadt Dortmund, berichtete über die Situation in Dortmund:

„Bevölkerungsdaten zu Dortmund (jeweils zum Jahresende)

2014:

589.000 Einwohner

EU-Zuwanderung: 2.471 Menschen aus Bulgarien, 4.109 Menschen aus Rumänien; im Durchschnitt sind darunter ca. 20 % Kinder und Jugendliche bis 15 Jahre

2015:

596.000 Einwohner

EU-Zuwanderung: 2.988 Menschen aus Bulgarien, 4.913 Menschen aus Rumänien

Flüchtlinge: ca. 8.000 Menschen

2016:

Bisher sind etwa 2.500 Flüchtlinge zusätzlich Dortmund zugewiesen worden.

Die Stadt Dortmund ist als Ruhrgebietsstadt traditionell von Zuwanderung geprägt. In den letzten 10 Jahren waren der anhaltende Zuzug von vielen Menschen aus Bulgarien und Rumänien (im Rahmen der Freizügigkeit für EU-Bürgerinnen und -Bürger) und seit 2015 die Zuweisung vieler Tausend Flüchtlinge bzw. Asylsuchender die Migrationsbewegungen, die unsere Stadt aktuell wesentlich betreffen und bereits betroffen haben.

Erfahrung mit Zuzug.

Wichtig aus Dortmunder Sicht ist der Integrationsgedanke. Wir wollen, dass die Menschen, die eine Bleibeperspektive als Flüchtlinge haben oder aus anderen Gründen zugewandert sind, sich möglichst schnell auch in die Stadtgesellschaft integrieren können. Einerseits hat das zu einer Vielzahl spezieller Beratungsangebote geführt. Andererseits war auch immer ein wichtiger Gedanke, dass Integration auch bedeutet, die vorhandenen Strukturen, sei es für Beratungsleistungen oder auch für medizinische Behandlungsleistungen, in Anspruch zu nehmen, soweit dies möglich und zumutbar ist. Für den Bereich der medizinischen Versorgung war dies bisher überwiegend ein realistischer Weg. Eine Ausnahme bildet z.B. die Gruppe der nicht krankenversicherten Menschen aus Südosteuropa.

24

Angebote

1. Sprechstunden für nicht krankenversicherte Kinder und Frauen

Da viele Menschen aus Südosteuropa, die nach Deutschland kommen, weder im Heimatland, noch hier krankenversichert sind, wird seit 2011 im Gesundheitsamt eine Sprechstunde für nicht Krankenversicherte angeboten. Das Angebot umfasst eine Sprechstunde für Kinder sowie eine weitere Sprechstunde für Frauen. Aufgrund des stetig steigenden Bedarfs wurden die Sprechstundenangebote ständig erweitert und aktuell gibt es an drei Tagen Sprechstunden für Kinder sowie an zwei Tagen für Frauen. Das Angebot beschränkt sich auf:

- Medizinische Basisversorgung bei akuten Erkrankungen
- Verordnung von dringend erforderlichen Medikamenten
- Impfangebot
- Vorsorgeuntersuchungen
- Schwangerschaftsvorsorge
- Schwangerschaftsberatung/Kontakt zur Hebammenberatung

Weiterbehandlungen bei Fachärzten oder im Krankenhaus werden durch das Angebot nicht abgedeckt.

Die Zahl der Patientenkontakte stieg in der Kindersprechstunde von 1.417 (2014) auf 1.810 in 2015. In der gynäkologischen Sprechstunde stieg die Zahl von 690 (2014) auf 1.352 (2015)

Die Kosten werden aus Steuermitteln getragen und belaufen sich pro Jahr auf ca. 270.000 Euro.

2. Medizinische Versorgung von Wohnungslosen

Im Gesundheitsamt arbeitet ein Arzt, der ausschließlich Sprechstunden (an mehreren Stellen im Stadtgebiet) für wohnungslose Menschen anbietet. Das Angebot erfolgt in Kooperation mit der Diakonie. Der Arzt sowie das Assistenzpersonal werden ebenfalls überwiegend aus Steuermitteln finanziert. Von dem Angebot werden ca. 350 Menschen pro Jahr erreicht. In den letzten Jahren wird erkennbar, dass zunehmend Zuwanderer dieses Angebot in Anspruch nehmen.

3. Planung von zusätzlichen Angeboten für Flüchtlinge

Unter der Überlegung, dass davon auszugehen ist, dass auf absehbare Zeit der Zustrom von Migrantinnen und Migranten nach Dortmund anhalten wird, sollen in diesem Jahr zwei weitere Versorgungsangebote für diesen Personenkreis aufgebaut werden. Für die somatische Versorgung soll ein Fahrzeug angeschafft werden, das die Gemeinschaftsunterkünfte für Flüchtlinge anfährt. Da in vielen Unterkünften keine geeigneten Räume für Untersuchungen oder Behandlungen vorhanden sind, wollen wir die Sprechstunden überwiegend in dem Fahrzeug durchführen. Zusätzlich wurden Förderanträge gestellt, um jeweils ein Psychosoziales Zentrum für Erwachsene bzw. Kinder und Jugendliche hier in Dortmund zu realisieren. Die Gelder für das PSZ für Erwachsene sind bewilligt, die entsprechenden Umsetzungsplanungen laufen. Zusätzlich haben die psychiatrischen Kliniken in Dortmund angeboten, ebenfalls Sprechstunden für Patientinnen und Patienten mit psychischen Störungen durchzuführen. Das Angebot konnte bisher wegen fehlender Räumlichkeiten nicht umgesetzt werden.

Post vom Amt.

Wie eingangs erwähnt, bedeutet Integration, dass vorhandene Versorgungsstrukturen für Zuwanderer offen sind, bzw. ein Zugang ermöglicht wird. Dies gilt selbstverständlich auch für die medizinische Versorgung. Deutschland verfügt über eines der besten und teuersten medizinischen Versorgungssysteme weltweit. Wenn nun auch in Dortmund zusätzliche Angebote für Migrantinnen und Migranten geplant werden, so liegt dies wesentlich daran, dass die aufgrund der steigenden Bevölkerungszahlen notwendige Ausweitung der medizinischen Regelangebote kurzfristig nicht stattfinden wird. Dem hiesigen Bevölkerungszuwachs um ca. 20.000 Menschen in den letzten Jahren stehen unveränderte Versorgungsstrukturen seitens der krankenkassenfinanzierten Systeme gegenüber. Hier sind Veränderungen erst im Laufe der kommenden Jahre denkbar.

Unabhängig von den genannten Angeboten stehen Flüchtlingen, die wegen einer Behinderung oder einer Erkrankung medizinischer Hilfe bedürfen, grundsätzlich die Regelangebote des medizinischen Versorgungssystems offen, soweit diese im Rahmen des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) vorgesehen sind. In Dortmund erhalten zugewiesene Flüchtlinge, die einen eingeschränkten Anspruch auf medizinische Versorgung nach dem AsylbLG haben, einen Behandlungsschein vom Sozialamt. Ein aufwändiges Antragsverfahren dafür gibt es hier nicht, weil die Scheine den Gemeinschaftsunterkünften direkt zur Verfügung gestellt werden und dort an die Anspruchsberechtigten ausgegeben werden. In Wohnungen lebende Flüchtlinge erhalten diese Scheine einmal pro Monat per Post. Es ist derzeit nicht geplant, Versichertenkarten für diesen Personenkreis anzubieten.“

Ein neues Angebot für Dortmund:

Das „Kompetenzzentrum Selbstbestimmt Leben“ für den Regierungsbezirk Arnsberg

Der Verein Mobile e. V. MOBILE - Selbstbestimmtes Leben Behinderter e.V. arbeitet seit vielen Jahren mit zahlreichen Angeboten und Projekten in Dortmund¹⁰. Neu ist nun im Rahmen der Projektförderung des Europäischen Sozialfonds das „Kompetenzzentrum Selbstbestimmt Leben“ für den Regierungsbezirk Arnsberg. Ziel ist ausdrücklich die Förderung der sozialen Inklusion (Gesellschaftliche Teilhabe, individuelle Autonomie). Grundlage für die Arbeit bilden die UN-BRK¹¹ sowie der Aktionsplan NRW¹².

Genau hinsehen.

Zur Struktur der Kompetenzzentren

Diana Matzat stellte die Struktur der Kompetenzzentren allgemein vor: Danach gibt es inzwischen ein Kompetenzzentrum pro Regierungsbezirk. Das neue, hier beschriebene „Kompetenzzentrum Selbstbestimmt Leben“ deckt den Regierungsbezirk Arnsberg ab und ist beim Verein MOBILE – Selbstbestimmt Leben Behinderter e.V. in Dortmund angesiedelt. Zusätzlich existiert noch ein landesweites Kompetenzzentrum für Sinnesbehinderte sowie ein übergeordnetes koordinierendes Kompetenzzentrum.

Zur Funktion des neuen Kompetenzzentrums in Dortmund

Als Aufgaben des Kompetenzzentrums nannte Diana Matzat:

- Die Förderung von Kooperations- und Vernetzungsstrukturen,
- die Entwicklung von Maßnahmen zur Stärkung von Empowerment, d.h. insbesondere Menschen mit Behinderung darin zu bestärken, Bedarfe und eigene Themen in die Region zu transportieren,
- eine differenzierte Betrachtungsweise der Lebenssituationen behinderter Menschen, beispielsweise in Abhängigkeit vom Geschlecht oder der kulturellen Herkunft (mehrfache Benachteiligung) zu verbreiten,

¹⁰ Aus der Selbstbeschreibung: **MOBILE**-Selbstbestimmtes Leben Behinderter e.V. wurde 1983 aus der Politischen Behindertenselbsthilfe heraus gegründet. Behinderte und nichtbehinderte Mitglieder und Dortmunder Behindertenselbsthilfegruppen, die sowohl Proteste während des UNO-Jahres als auch das Krüppeltribunal mitgetragen haben, gründeten den Verein, um Alternativen zum tradierten Behindertenhilfesystem aufzuzeigen und deren Aufbau zu unterstützen. Seit 1986 ist der gemeinnützige Verein mit einem ehrenamtlichen Vorstand Mitglied im Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche von Westfalen-Lippe (heute DW-Rheinland-Westfalen-Lippe).... Behinderte Menschen werden unterstützt, ihr eigenes Leben aktiv in die Hand zu nehmen. Die Selbstbestimmt Leben-Idee und das Empowerment von Experten und Expertinnen in eigener Sache prägen die Ausrichtung der Arbeit.“ Siehe ausführlich auch: <http://www.mobile-dortmund.de>

¹¹ UN-Behindertenrechtskonvention (**UN- BRK**): Das „Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen“ (Convention on the Rights of Persons with Disabilities – CRPD) ist ein Menschenrechtsübereinkommen der Vereinten Nationen, das am 13. Dezember 2006 von der Generalversammlung der Vereinten Nationen beschlossen wurde und am 3. Mai 2008 in Kraft getreten ist. Die UN-Behindertenrechtskonvention beinhaltet – neben der Bekräftigung allgemeiner Menschenrechte auch für behinderte Menschen – eine Vielzahl spezieller, auf die Lebenssituation behinderter Menschen abgestimmte Regelungen. Siehe auch: <http://www.behindertenrechtskonvention.info/>

¹² „Der Aktionsplan „Eine Gesellschaft für alle – NRW inklusiv“ beschreibt die Maßnahmen der Landesregierung, mit denen sie den von der UN-Behindertenrechtskonvention vorgenommenen Perspektivwechsel von der Integration zur Inklusion in konkretes politisches Handeln einleiten will. Ziel ist die inklusive Gesellschaft, die schrittweise verwirklicht werden soll.“ Aus: Aktionsplan der Landesregierung - Eine Gesellschaft für alle. Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention. Beschlossen von der Landesregierung am 3. Juli 2012“. Herausgeber: Ministerium für Arbeit, Integration und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf 2012. Siehe auch: https://www.mais.nrw/sites/default/files/asset/document/121115_endfassung_nrw-inklusive.pdf

- die Vermittlung von Wissen und Umsetzungskompetenz im Hinblick auf die Gestaltung eines inklusiven Gemeinwesens und
- die Funktion als Anlauf- und Beratungsstelle für Menschen mit Behinderung zur inklusiven und lösungsorientierten Gestaltung eines selbstbestimmten Lebens

Zum Vorgehen

Zunächst werden aktuell Impulsgespräche mit Kontaktpersonen in den zwölf Kreisen bzw. kreisfreien Städten geführt, um den Stand des Umsetzungsprozesses „Inklusion“ in der Region zu erfassen. Für Dortmund zuständig ist hier Diana Matzat. Dabei werden spezifische Schwerpunktthemen des K.S.L. Dortmund - so die Abkürzung für „Kompetenzzentrum Selbstbestimmt Leben“ für den Regierungsbezirk Arnsberg - von einzelnen Teammitgliedern begleitet (Themeneignerschaft).

Die thematischen Ziele wurden inzwischen erarbeitet und fokussieren auf:

- Behinderte Frauen und Mädchen
- Diskriminierung
- Teilhabechancen von Menschen mit anderen Lernmöglichkeiten und Migrationshintergrund
- Behinderte Eltern
- Teilhabechancen der Menschen mit Behinderung und Gewalterfahrung
- Politische Partizipation der Menschen mit anderen Lernmöglichkeiten

Menschen mit anderen Lernmöglichkeiten und Migrationshintergrund

Neu ist nun, dass den Teilhabechancen von Menschen mit anderen Lernmöglichkeiten und Migrationshintergrund künftig besonderes Augenmerk geschenkt werden soll. Hier liegt die Themeneignerschaft neben Diana Matzat auch bei Andreas Tintrup, der ebenfalls bereits langjährig leitend bei Mobile e.V. tätig ist.

Das Team des neuen Kompetenzzentrums geht aufgrund von Erfahrungen und zahlreichen Studien davon aus, dass Zugewanderte (sowohl Migrantinnen und Migranten der ersten drei „Gastarbeitergenerationen“ als auch neu Zugewanderte bzw. Geflüchtete) im Fall von Behinderung oder Beeinträchtigung:

- doppelte Benachteiligung,
- zum Teil eingeschränkt Anspruchsberechtigungen und
- Sprachbarrieren erleben.

Hier liegen die Ansätze der Arbeit: Nicht zuletzt angeregt durch entsprechende IBB-Schulungen im Projekt [Inklud:Mi], so Andreas Tintrup im Vorgespräch zum Kongress, soll auch das Thema „Einfluss des kulturspezifischen Verständnisses von Behinderung“ mit in die Beratungs- und Vernetzungsarbeit einfließen.

Zum Schluss konkretisierte Diana Matzat noch einmal die praktischen Ziele und Strategien des neuen Kompetenzzentrums. Danach wird der Themenschwerpunkt in die Impulsgespräche mit den Kommunen genommen und es soll ein erster Überblick über die jeweilige Situation vor Ort gewonnen werden. In weiteren Schritten soll Sensibilisierung für die Thematik sowohl im Bereich Behinderung als auch im Bereich Migration angestrebt werden. Die Kooperation mit u. a. den kommunalen Integrationszentren und die Stärkung der Interessenvertretung sind ebenfalls wichtige Eckpfeiler und Aufgaben des Teams von Diana Matzat und Andreas Tintrup.

Kompetenzzentrum Selbstbestimmt Leben für den Regierungsbezirk Arnsberg

Roseggerstr. 36

44137 Dortmund

Fon: 0231-9128375 - Fax: 0231-9128377

www.mobile-dortmund.de

Ansprechpartner für den Themenschwerpunkt Migration:

Andreas Tintrup: andreas.tintrup@mobile-dortmund.de

Diana Matzat: diana.matzat@mobile-dortmund.de

„Schutzbedürftige Flüchtlinge fallen durch die Maschen des Hilfenetzes“

In der anschließenden Diskussion wurden aktuelle Problemfelder diskutiert: So beklagten mehrere Teilnehmende, dass sie bei Behörden kein offenes Ohr für besondere Unterstützungsbedarfe von Flüchtlingen mit Behinderungen finden. Dieses Problem sei auch in Dortmund bekannt, sagte Dr. Renken. Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollen besser geschult werden. Zudem solle zügig eine zentrale Schnittstelle geschaffen werden, etwa in Form eines Psychosozialen Zentrums.

In Dortmund werden zum Beispiel alle Flüchtlingskinder einer Schuleingangsuntersuchung unterzogen. Dadurch erhofft man sich, dass Kinder mit einer Behinderung frühzeitig erkannt werden und eine passgenaue Unterstützung erhalten können.

Thematisiert wurde auch das Schamgefühl der Angehörigen von Menschen mit Behinderungen.

Hildegard Azimi-Boedecker verwies auf Studien. Zugewanderte mit Behinderungen oder psychischen Erkrankungen nutzen vorhandene Hilfen unterdurchschnittlich. Zwei Gründe wurden angeführt: Zum Teil sind Angebote nicht kultursensibel ausgelegt, zum anderen gibt es kommunikative Missverständnisse, angefangen bei der unterschiedlichen Benennung von Krankheiten bis hin zu anderen Heilerwartungen. Zudem sei der bürokratische Aufwand - zumal für Menschen mit Sprachproblemen - schier unüberschaubar. Ein weiteres Problem entsteht, wenn besonders schutzbedürftige Flüchtlinge aus den Übergangswohnheimen in Wohnungen umziehen. Hildegard Azimi-Boedecker resümierte: „Auf sich allein gestellt, können besonders schutzbedürftige Flüchtlinge besonders leicht durch die Maschen der Hilfsangebote fallen. Angebote zur medizinischen, sozialen und psychologischen Hilfe sollten daher nicht nur zahlenmäßig ausgeweitet, sondern unbedingt kultursensibel ausgerichtet sein. Zudem wäre ein Früherkennungssystem, das über die abgespeckte Schuleingangsuntersuchung von Kindern hinausgeht und auch die Bedürfnisse von Erwachsenen mit Behinderung erfasst, nach dem Berliner Modell auch für Dortmund anzuraten.“

28



Hildegard Azimi-Boedecker, Leiterin des Fachbereichs Beruf international und Migration im Internationalen Bildungs- und Begegnungswerk e. V. in Dortmund, moderierte den gut besuchten Netzwerkkongress mit insgesamt rund 150 Teilnehmerinnen und Teilnehmern. Foto: Mechthild vom Büchel

WORKSHOP2: „Schnelle Wege bei Behinderung: Organisation und Bereitstellung von Hilfsmitteln für Flüchtlinge und EU- ZuwanderInnen“

„9 von 10 Anträgen auf medizinische Hilfsmittel werden abgelehnt“

Experte Stefan Bieringer, Direktor der Bundesfachschule für Orthopädietechnik
www.ot-bufa.de

Siegfried Volkert, Behindertenpolitisches Netzwerk Dortmund

Leitung: Andrea Zeuch, Inklusionsbeauftragte der Stadt Dortmund

Thema: Schnelle Wege bei Behinderung: Organisation und Bereitstellung von Hilfsmitteln für Flüchtlinge und EU- Zuwanderinnen und -Zuwanderer

Zentrale Frage: Wie kann der Leidensweg der Betroffenen verkürzt werden?

Technische Orthopädie ist für viele Betroffene ein Segen. Künstlicher Ersatz für Arme oder Beine, aber auch ein Hüft- oder Knie-Tep kann Betroffenen die gesellschaftliche Teilhabe ermöglichen. Besonders Kriegsflüchtlinge aus Syrien sind vielfach auf derartige Hilfsmittel angewiesen. Wenn die Beweglichkeit nicht mit Prothesen wieder hergestellt werden kann, hilft vielleicht ein Rollator oder Rollstuhl.

Doch große Hoffnung auf Hilfe dürfen sie sich in Deutschland nicht machen:

**„90 Prozent der Anträge auf
medizinische Hilfsmittel werden abgelehnt“,**

schätzt Stefan Bieringer, Direktor der Bundesfachschule für Orthopädietechnik in Dortmund.

Dabei erfordern medizinische Hilfsmittel nicht immer gleich große Investitionen: Kompressionsstrümpfe und Bandagen, Sitzschalen und Kissen, Esshilfen und ähnliches können das Leben erleichtern – aber das ohnehin schon knappe Budget von Flüchtlingen mit Behinderungen erheblich belasten.

Rechtlicher Anspruch auf Hilfe

Grundsätzlich haben auch Zugewanderte einen Anspruch auf Hilfen: Die rechtlichen Grundlagen der Leistungspflicht der Hilfsmittelversorgung ergeben sich aus dem SGB V (GKV), SGB IX (Reha, Teilhabe), SGB XI (Pflege), SGB XII (Sozialhilfe), Asylverfahrensgesetz (AsylVfG) und Asylbewerberleistungsgesetz. Je nach Aufenthaltsstatus kommen aber andere Vorschriften zur Anwendung bzw. sind



„Nicht bewilligt!“ heißt es Schätzungen zufolge in 90 Prozent der Fälle, wenn Flüchtlinge dringend notwendige medizinische Hilfsmittel wie Rollatoren, Hörgeräte oder Brillen beantragen. Viele Ehrenamtliche haben kreative Lösungen für ein drängendes Problem gefunden. Foto: Mechthild vom Büchel

Leistungen ganz oder zum Teil ausgeschlossen bzw. auf das absolut Notwendigste begrenzt. Der volle Zugang zum deutschen Gesundheitssystem ist zumeist erst nach 15 Monaten erreicht.

Stefan Bieringer: „Die Hilfsmittelversorgung ergibt sich aus SGB V, wonach ein Anspruch auf einen unmittelbaren Behinderungsausgleich besteht im Sinne eines Gleichziehens mit einem gesunden Menschen.“ Relevant sei, dass die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen. Sie dürften aber das Maß des Notwendigen nicht überschreiten.

Wenig Verständnis.

Die Hilfsmittelversorgung bei Migrantinnen und Migranten mit Behinderung ist derzeit zu großen Teilen eine Ermessensentscheidung der Verwaltung. Somit wird die medizinische Therapie auf eine Ebene ohne Fachkompetenz verlagert, wie Bieringer beklagt. Dies führe zwangsläufig zu einer Überforderung der Entscheider und zu einer Ablehnungsquote von bis zu 90 Prozent der Kostenvorschläge.

Unwirtschaftlich ist nach SGB V eine Leistung nur dann, wenn eine Alternativversorgung, die zum gleichen Ziel führt, günstiger ist. Eine Kosten-Nutzen-Rechnung ist aber nicht erlaubt, da medizinischer Behandlungserfolg nicht wirtschaftlich messbar ist.

Die aktuellen Herausforderungen sind zurzeit:

- Für jedes Hilfsmittel ist ein neuer Kostenvorschlag erforderlich
- Es existieren keine klaren, einheitlichen Regelungen für „Notfallversorgungen“
- Der Genehmigungszeitraum liegt häufig bei sechs bis zehn Wochen
- Bei Umzug/Verlegung wechseln die Zuständigkeiten/die Kommunikation stockt
- Hilfsmittel müssen angepasst werden, Anwender geschult werden
- Ablehnungsquote bis zu 90 Prozent.

30

Was müsste sich ändern?

Referent Stefan Bieringer sah durchaus Spielraum für wirksame Erleichterungen:

- klare Regelungen für die Notfallversorgung. Dadurch sei eine Verkürzung der Genehmigungszeiträume möglich
- eine Hilfsmittelversorgung auf der Basis der GKV/AOK-Verträge
- klare Zuständigkeiten (statt ständig wechselnde Ansprechpersonen) sowie
- eine bessere Kommunikation der Beteiligten z.B. bei Verlegungen.

Stefan Bieringer wies zudem noch darauf hin, dass dringend Auszubildende im Orthopädiehandwerk gebraucht würden und dies ggf. sogar eine Option für Flüchtlinge sein könnte. Diese Idee gelte es zu verbreiten.

In der Diskussion zeigten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer wenig Verständnis, dass vom Arzt verordnete Hilfsmittel von Verwaltungsmitarbeitenden bei den Krankenkassen bzw. zuständigen Kostenträgern abgelehnt werden.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer formulierten die Forderung an die Adresse der Politik, dass der Ermessensspielraum bei solchen Entscheidungen anders zu gestalten ist. Bei

medizinischer Notwendigkeit müsse das Ermessen eingeschränkt werden. Denn selbst bei Notfallversorgungen müsse auf die Bewilligung von Hilfsmitteln nach Kostenvoranschlag gewartet werden. Die Genehmigungszeiträume liegen bei Anträgen von Hilfsmitteln bei 6 bis 10 Wochen.

Siegfried Volkert, stellvertretender Vorsitzender des Behindertenpolitischen Netzwerkes Dortmund verwies eindringlich darauf, dass sich Hilfesuchende nicht scheuen sollten, die Interessenverbände anzusprechen bzw., da sie diese ja oft noch nicht kennen, könnten ggf. Ehrenamtliche die Verbände und Netzwerke ansprechen und um Unterstützung auch für Einzelfälle bitten. Dies, so Volkert, habe in der Vergangenheit schon durchaus zu guten Erfolgen geführt

Sanitätshäuser überwinden Sprachbarrieren

1358 Fachbetriebe für Orthopädietechnik gibt es in Deutschland, 309 in Nordrhein-Westfalen, berichtete Bieringer. Mit 9 der insgesamt 14 Betriebe in Dortmund hatte Bieringer in Vorbereitung des Netzwerk-Kongresses Kontakt aufgenommen.

Sieben konnten über Erfahrungen mit der Versorgung von Flüchtlingen berichten. „Die Sanitätshäuser sind sehr unterschiedlich aktiv“, berichtete Bieringer. Das Problem der Sprachbarriere werde unterschiedlich gelöst: Entweder durch mehrsprachige Mitarbeiter oder durch Begleitpersonen. Kulturelle Unterschiede werden unterschiedlich je nach Nationalität wahrgenommen. Häufig herrsche große Unsicherheit bei den Familien, wenn Kinder betroffen sind. „Technische Orthopädie ist stets Teamwork“, gab Bieringer zu bedenken, das heißt, die Anpassung von Prothesen bringt auch immer mit sich, dass sich Orthopädiefachkraft und Klient recht nahe kommen. Eine genderspezifische Bedienung werde grundsätzlich angeboten, soweit dies betrieblich möglich ist.

Zivilgesellschaft organisiert schnelle Wege zur Hilfe

Einen Weg zu schneller, unbürokratischer Hilfe hatte der Verein „Train of Hope - Flüchtlingshilfe Dortmund“ e. V. vorgestellt: Im September 2015 gegründet hatte der Verein zunächst Kleidung und Nahrung für die neu Zugewanderten organisiert. Inzwischen kümmert sich der Verein zunehmend auch um die besonders schutzbedürftigen Flüchtlinge. Einige medizinische Hilfsmittel wie Gehstöcke, Rollatoren und Rollstühle konnten auch bereits aus Haushaltsauflösungen vermittelt werden. Für entsprechende Sachspenden ist der Verein dankbar.



Aufmerksame Zuhörerinnen steuerten Ideen zur Problemlösung bei. Foto: Mechthild vom Büchel

Anlaufstellen für unbürokratische Hilfen:

Train of Hope e. V.
c/o Karacakurtoglu
Oesterholzstr. 73
44145 Dortmund

Ansprechpartner
Fatma Karacakurtoglu
E-Mail: Fatma@trainofhope-do.de
Nähere Informationen unter www.trainofhope-do.de

Eine politische Lobby für Menschen mit Behinderung schafft auch das Behindertenpolitische Netzwerk. Die Geschäftsstelle befindet sich am Sitz der Behindertenbeauftragten der Stadt Dortmund:

Geschäftsstelle Behindertenpolitisches Netzwerk
Geschäftsführerin Christiane Vollmer
Südwall 2-4
44122 Dortmund
Fon: 0231-50-25901
Fax: 0231-50-10891
E-Mail: behindertenbeauftragte@stadtdo.de

Gehörlose können sich auch an das Dortmunder Gehörlosenzentrum wenden:

Zentrum für Gehörlosenkultur e. V.
Huckarder Str. 2-8
44147 Dortmund
Fon: 0231-913002-0
Fax: 0231-913002-33
E-Mail: info@zfg-dortmund.de

Inklusionsbeauftragte der Stadt Dortmund

Andrea Zeuch
Südwall 2-4
44135 Dortmund
Fon: 0231-50-29645
azeuch@stadtdo.de

WORKSHOP 3: Sprachlos! Selektiver Mutismus bei Zuwandererkindern

Kinder mit Zuwanderungsgeschichte sind viermal so häufig betroffen

Experten: Dr. Katja Subellok, Leiterin des Dortmunder Mutismus-Zentrums
Dagmar Slickers, Therapeutin und Case Managerin des Dortmunder Mutismus-Zentrums

Das Dortmunder Mutismus-Zentrum ist eine der zentralen Anlaufstellen in Deutschland für Therapie, Beratung und Forschung. Das interdisziplinär zusammengesetzte Team berät Familien und Fachpersonen.

<http://spa.tu-dortmund.de/cms/spa/de/dortmuz/profil/index.html>

Leitung: Dr. Katja Sündermann

Thema: Selektiver Mutismus bei Zuwandererkindern

Zentrale Frage: Wann ist therapeutische Hilfe erforderlich?

Als das Kamerateam den Raum betritt, hat sich die Fünfjährige unter dem Tisch verkrochen. Mit wachen Augen beobachtet sie die Eintretenden, lächelt verlegen, sagt kein Wort, erwidert keinen Gruß. Auch auf Fragen bleibt das Mädchen seltsam stumm, wirkt etwas verstockt. „Kann es vielleicht gar nicht sprechen?“, fragen sich die Fremden betreten. Oder versteht dieses Kind unsere Sprache nicht? Nein. Die Fünfjährige kann gut sprechen und verstehen. Doch nicht in dieser ungewohnten Situation und schon gar nicht mit diesen völlig fremden Menschen! Das Kamerateam sollte ein therapiertes Kind des Dortmunder Mutismus-Zentrums filmen. Doch in ihrer Scheu fällt die Fünfjährige zurück in ihr früheres Verhaltensmuster – und schweigt.

Ganz typisch.

Dr. Katja Subellok (Foto), Leiterin des Sprachtherapeutischen Ambulatoriums der TU Dortmund, hatte den Film im Workshop 2 vorgeführt als Praxisbeispiel, denn die Grenzen zwischen Schüchternheit und selektivem Mutismus verlaufen fließend und auch zum Autismus gibt es Überschneidungen.

„Dieses verängstigte, verstockte Verhalten ist ganz typisch“, sagte sie. „Zuweilen wird es als Trotzreaktion missverstanden. Eltern oder Lehrkräfte kann das zur Weißglut bringen. Sie geben sich alle erdenkliche Mühe und erreichen vor allem mit Druck erst recht gar nichts. Das kann auch erfahrene Pädagogen regelrecht aggressiv machen“, sagte Dr. Subellok. Die TU Dortmund koordiniert Forschung und Beratung im Dortmunder Mutismus-Zentrum.



Die seltene Kommunikationsstörung beginnt meist im Kindesalter (bei 0,7 bis 1 Prozent der Kinder) und kann in seltenen Fällen bis ins Erwachsenenalter fort dauern. Unbehandelt drohen weitreichende Folgen für die weitere Entwicklung.

Dr. Subellok und Dagmar Slickers, Therapeutin im Zentrum für Beratung und Therapie, interpretieren das Verhalten der Fünfjährigen aus dem Film denn auch anders. Ein klarer Fall: Selektiver Mutismus. „Stellen Sie sich vor, Sie sollten Höhenangst beschreiben“, rät Dr. Subellok ihren etwas ratlosen Zuhörerinnen und Zuhörern in Workshop 2. „Etwas Ähnliches passiert in diesem Kind: Eine rational nicht erklärbare Angst lähmt seine Zunge – es kann in dieser Situation einfach nicht sprechen! Noch nicht.“

Definition:

Mutismus (lat. „Mutilus“, Stummheit, „mutus“, stumm, psychogenes Schweigen) ist eine Kommunikationsstörung, wobei keine Defekte der Sprechorgane und des Gehörs vorliegen. Der Mutismus tritt mehrheitlich in Verbindung mit einer Sozialphobie auf. Im Jugend- und Erwachsenenalter ist das Schweigen häufig eingebettet in Depressionen.

Man unterscheidet beim Mutismus zwischen dem (s)elektiven Mutismus, dem totalen Mutismus (eine nach vollzogenem Spracherwerb erfolgende völlige Hemmung der Lautsprache bei erhaltenem Hör- und Sprechvermögen) sowie dem akinetischen Mutismus. Der Akinetische Mutismus ist ein neurologisches Syndrom, das durch eine schwere Störung des Antriebs gekennzeichnet ist. Dabei ist der Betroffene wach und hat keine Lähmungen. Er bewegt sich aber selbst nicht (Akinese), spricht nicht (Mutismus) und zeigt auch keine Emotionen, da hierzu jeglicher Antrieb fehlt. Wahrnehmung und Gedächtnis sind meist nicht beeinträchtigt. Beim selektiven Mutismus liegen keine geistigen Einschränkungen vor.

Bemerkenswert ist, dass es sich beim selektiven Mutismus um die einzige Sprachstörung handelt, bei der mehr Mädchen als Jungen betroffen sind. Quelle: <https://de.wikipedia.org/wiki/Mutismus>

Selektiver Mutismus, 1934 vom Schweizer Kinder- und Jugendpsychiater Moritz Tramer als Definition eingeführt, ist in den westlichen Ländern vergleichsweise gut erforscht. In der ICD-10-GM der WHO findet sich unter F94.0 der Begriff "elektiver Mutismus". Die Termini "elektiver Mutismus" bzw. "selektiver Mutismus" beschreiben dasselbe Störungsbild.

Das Ergebnis der jüngsten Studie mit mehr als 600 Kindern aus Grundschulen in Dortmund - abgeschlossen erst im Frühjahr 2016 - verblüffte die WissenschaftlerInnen der TU:

Ganz normal.

Bei mehrsprachigen Kindern und Kindern mit Migrationshintergrund tritt selektiver Mutismus viermal so häufig auf wie bei der Vergleichsgruppe.

Die Ursache ist noch nicht bekannt. Dabei ist die situationsbedingte Schweigsamkeit schwer zu erkennen – besonders bei Kindern mit Migrationshintergrund.

Selektiver Mutismus ist ein unscheinbares Phänomen. Es tritt häufig nur im Kontakt mit Institutionen auf, meist Kindergarten oder Grundschule. Im Familien- und Freundeskreis sprechen die Kinder munter drauf los, manchmal gerade so, als wollten sie Verpasstes nachholen. Pädagogen in Kindertageseinrichtungen und Schulen vermuten bei den schweigsamen Kindern in aller Regel zuerst Schüchternheit und fehlende Sprachkenntnisse. Eltern reagieren erschrocken. So kennen sie ihr Kind gar nicht. Die Dunkelziffer könnte folglich noch höher sein.

Typische Anzeichen:

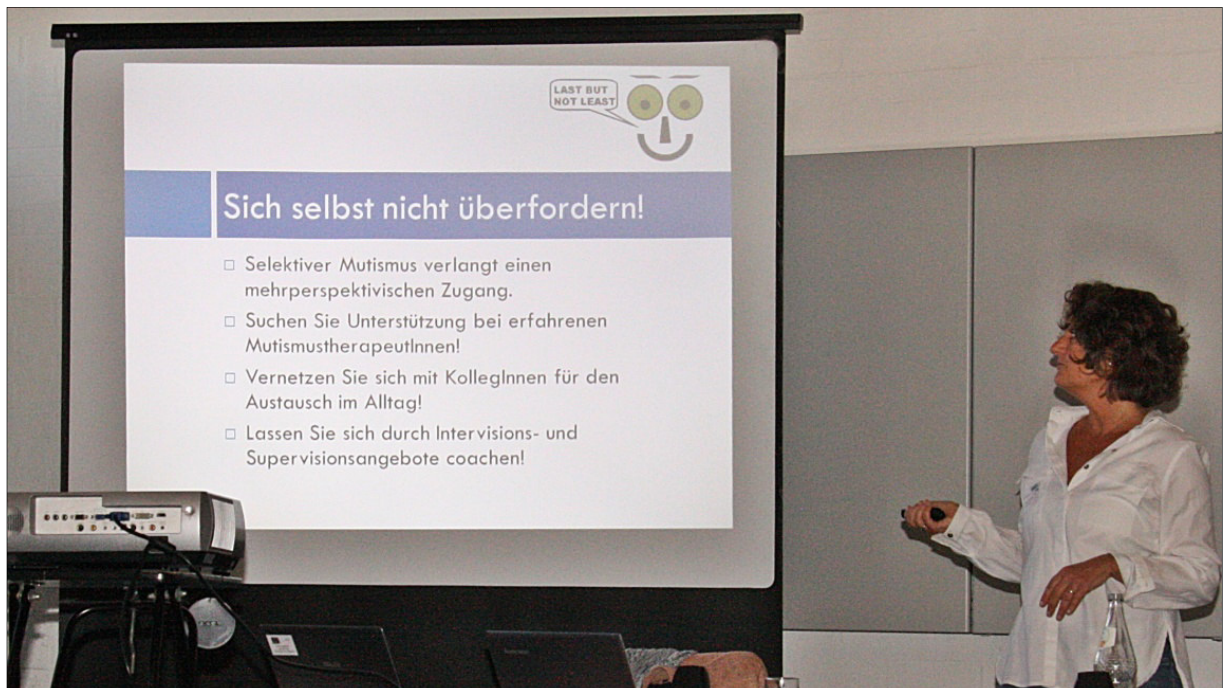
Die Kinder „verstummen“ am Schultor, an der Pforte zum Kindergarten und schweigen besonders dann, wenn es um sie selbst geht.

Die Zuhörerinnen und Zuhörer im Workshop 2 brachten aus ihrer Arbeit als Lehrkräfte, Erziehende und ehrenamtliche FlüchtlingsbetreuerInnen ganz konkrete Fragen mit. Vor allem:

**„Wie verhalte ich mich gegenüber einem schweigsamen Kind richtig?“ und:
„Wann muss ich mir professionelle Hilfe holen?“**

Viele Kinder reagieren schüchtern bis schweigsam auf eine neue Situation, besonders den Übergang in den Kindergarten oder die Schule. Die Eingewöhnungsphase sollte **im Regelfall nach etwa vier Wochen** beendet sein, sagt Dr. Subellok. Bei mehrsprachig aufwachsenden Kindern oder solchen, die erst kürzlich zugewandert sind, könne diese Phase durchaus **bis zu sechs Monate** dauern. Danach sollte sich das Kind öffnen und kommunizieren. Andernfalls ist therapeutische Hilfe angeraten.

35



Dr. Subellok hatte für ihre Zuhörerinnen und Zuhörer praktische Tipps im Gepäck. Ihr Rat: Zur Diagnostik im Zweifelsfall eine Expertin oder einen Experten hinzuziehen. Foto: Mechthild vom Büchel

Praktische Tipps: Was tun?

- **Angstreduzierende Maßnahmen:**

„Üben Sie keinen Druck aus!“ Begegnen Sie dem Kind gelassen mit der Haltung: Du kannst NOCH nicht sprechen.

- **Förderung der sozialen Interaktion:**

Lassen Sie diesem Kind keine Sonderbehandlung zukommen, binden Sie es behutsam in Gruppenaktivitäten ein.

- **Nutzung nonverbaler Kommunikationsformen:**

Nutzen Sie Bilder, Symbolkarten oder Gesten für Alltagsabläufe wie Pausen, Frühstück oder das Benötigen von Hilfe.

- **Förderung der lautlichen und lautsprachlichen Kommunikation:**

Nutzen Sie den Einsatz von Tierlauten, Sing- oder Bewegungsspielen, um das Kind für eine Beteiligung an Gruppenaktivitäten zu öffnen. Manchmal helfen auch Verstecke.

Materialien zur Sprachförderung in Familie, Kindergarten und Schule stellt die TU Dortmund kostenlos zum Download zur Verfügung:

<http://www.sk.tu-dortmund.de/cms/de/materialien/index.html>

Fazit und Ausblick

von Hildegard Azimi- Boedecker

Der 1. Netzwerkkongress von [Inklud:Mi] zur Situation Geflüchteter und EU-2 Zugewanderter zeigt: Die Situation behinderter Zugewanderter gelangt erst zögerlich in den Fokus der Beachtung, denn dieses „Nischenthema“ wird oft zugunsten der allgemeinen Versorgung der neu zugewanderten Bevölkerung hinten gestellt.

Auch die kultursensible Ausrichtung der sozialen und medizinischen Hilfsdienste wird nicht immer und überall als notwendig erachtet. Hier wird das Argument vorgetragen, dass Zuwanderung inzwischen Normalität sei und schon allein deshalb keine Sonderdienste (mehr) nötig seien. Dabei wird jedoch ausgeklammert oder übersehen, dass tatsächliche Inklusion und der allseits gewünschte Dialog auf Augenhöhe erst dann erreicht sind, wenn auch behinderte Zugewanderte die vorhandenen Dienste und Unterstützungsleistungen vollständig und ohne Unterschiede zur alteingesessenen Bevölkerung erreichen. Dies ist aber nach Aussagen aus der Praxis nicht der Fall.

Im Moment geht es Kommunen und Verbänden bei der Erweiterung der Angebotsstruktur vielfach erst einmal darum, zahlenmäßige Abhilfe zu schaffen, d.h. proportional zum Bevölkerungsanstieg durch Zuwanderung auch die Anzahl der Ärzte oder der Versorgungsleistungen zu erhöhen. Hier ist noch kein einheitliches Instrument gefunden worden, was z.B. die Diskussion um die Gesundheitskarte zeigt, die in einigen Kommunen oder Stadtstaaten eingeführt wurde, in anderen auch 2016 nicht auf der Agenda steht.

Gewiss ist die Vermittlung von Sicherheit vor Verfolgung, ein Dach über dem Kopf und die im Wortsinne „Erste Hilfe“ prioritär angesichts der Situation, aus der viele Geflüchtete kommen. Dennoch sollte - auch als Resümee der Vortragenden aus dem Netzwerkkongress 2016 - frühzeitig und angepasst auf besonderen Bedarf, der sich aus einer Behinderung/Beeinträchtigung und ggf. kulturspezifischen Fragestellungen ergibt, reagiert werden. Dabei soll hier keinesfalls kulturalisiert oder gar stereotypisiert werden im Sinne des „Othering“¹³, denn die äußerst heterogene Struktur der zugewanderten und oft schon eingebürgerten Population steht selbstverständlich außer Frage. Dennoch ist auch aus vielen Studien und nicht zuletzt aus der Praxiserfahrung belegt, dass Zugewanderte (und hier liegt die Vermutung nahe, dass dies auch und sogar besonders auf die neu zugewanderten Geflüchteten zutrifft) erschwerten Zugang zum hiesigen Gesundheitssystem und insbesondere zu den Angeboten für Menschen mit Behinderung haben.

Die Gründe dafür sind wohl zum einen struktureller Art, zum anderen auch individuell (z. B. Semi- oder Analphabetismus, Sprachprobleme oder kulturspezifische Bewältigungsmuster) und drittens, so

¹³ „Der Begriff Othering (von engl. other = "andersartig" mit der Endung -ing", um das Substantiv bzw. Adjektiv zu einem handelnden Verb zu machen) beschreibt den Gebrauch von und die Distanzierung oder Differenzierung zu anderen Gruppen, um seine eigene ›Normalität‹ zu bestätigen. Im Deutschen könnte man es transitiv mit "jemanden anders(artig) machen" bzw. "Veränderung" übersetzen. Der Begriff wurde ursprünglich von Gayatri Spivak geprägt für den Prozess, durch den der imperiale Diskurs die Anderen bzw. "das im Machtdiskurs ausgeschlossene Andere" kreierte (Spivak 1985).

Othering beschreibt den Prozess, sich selbst bzw. sein soziales Image positiv hervorzuheben, indem man einen anderen bzw. etwas anderes negativ brandmarkt und als andersartig, das heißt ›fremd‹ klassifiziert, sei es wegen der Rasse, der geographischen Lage, der Ethik, der Umwelt oder der Ideologie. In dieser Differenzierung liegt potenzielles hierarchisches und stereotypisches Denken, um seine eigene Position zu verbessern und als richtig darzustellen...“ aus: Michael Schönhuth, Das Kulturglossar- ein Vademecum durch den Kulturdschungel für Interkulturalisten, Universität Trier siehe auch: <http://www.kulturglossar.de/html/o-begriffe.html>, 2016

ist anzunehmen, häufig ein Ergebnis von einander überlappenden, ausgrenzenden Faktoren im Sinne des intersektionellen Ansatzes¹⁴ (Bildung, soziale und ökonomische Situation, ethnische Herkunft, religiöse Zugehörigkeit, Gender etc.).

Strukturelle Faktoren sind z. B. die mangelnde sprachliche und inhaltliche Ausrichtung etwa bei Beratung und Information der Zugewanderten. Es existieren zudem noch zu wenig aufsuchende Angebote zur Reduzierung institutioneller oder logistischer Hemmschwellen. So sind für Menschen mit Geh- oder Orientierungsproblemen lange Fahrten oder Fußmärsche in den großen Städten zu Beratungsstellen zumindest temporär oft kaum zu bewältigen. Trotz zahlreicher Broschüren, Apps etc. finden sich viele der zugewanderten Behinderten noch immer nicht im bürokratischen Dschungel zurecht.

Möglicherweise liegt dies auch an den fehlenden koordinierten Strukturen, die Informationen sammeln, aufbereiten und zusammenführen könnten. Über die komplizierten Bewilligungsverfahren z.B. für Hilfsmittel ist an anderer Stelle schon berichtet worden. Erst ansatzweise wird erkannt, dass bestimmte Personengruppen unter den Geflüchteten besonderer Diskriminierung oder Gefahr ausgesetzt sind wie z. B. Homosexuelle oder auch allein reisende Frauen und Kinder. Zudem sind viele Mitarbeitende neben der sprachlichen Verständigungsproblematik oft nicht geschult zum Erkennen z. B. von Behinderung oder im Umgang damit bei Kindern oder Erwachsenen aus anderen Ländern. Ebenso fehlt es oft an Wissen zu geeigneter und angemessener interkultureller Kommunikation oder zu migrations- oder behinderungsspezifischen Fragen. Dabei ist anzunehmen, dass tatsächlich mehrdimensionale Diskriminierungen vorliegen, die entweder durch bewusste Ausgrenzung oder Unterlassung von Veränderung bzw. Reaktion auf zunehmende Diversifizierung entstehen können und so strukturelle „Achsen der Ungleichheit“¹⁵ angelegt werden.

Die übereinstimmende Forderung der Experten und Teilnehmenden des [Inklud:Mi] -Netzwerkkongresses 2016 ist, die folgenden Überlegungen umzusetzen:

¹⁴ „Unter dem Begriff Intersektionalität wird die Verschränkung verschiedener Ungleichheit generierender Strukturkategorien verstanden. Intersektionale Theorie zielt daher darauf ab, das Zusammenwirken verschiedener Positionen sozialer Ungleichheit zu analysieren und zu veranschaulichen, dass sich Formen der Unterdrückung und Benachteiligung nicht additiv aneinander reihen lassen, sondern in ihren Verschränkungen und Wechselwirkungen zu betrachten sind. Durch die Beachtung verschiedener Strukturkategorien wie Geschlecht, Ethnizität, Klasse, Nationalität, Sexualität, Alter etc. soll gezeigt werden, dass keine dieser Kategorien alleine steht, sondern sowohl für sich als auch im Zusammenspiel mit den anderen einen die gesellschaftlichen Machtverhältnisse mitkonstituierenden Effekt hat. Die intersektionale Perspektive kann als Weiterentwicklung der Geschlechterforschung betrachtet werden und ermöglicht es, multiple Ungleichheits- und Unterdrückungsverhältnisse zu analysieren, die über die Kategorie Geschlecht allein nicht erklärt werden könnten.“ aus: Carolin Küppers, Intersektionalität. In: Gender Glossar/Gender Glossary (5 Absätze). 2014, siehe auch: <http://gender-glossar.de>, 2014

¹⁵ Ein in Deutschland aus sozialwissenschaftlicher und philosophischer Perspektive von Klinger und Knapp entwickeltes Konzept der Intersektionalität thematisiert „Achsen der Ungleichheit“. Es setzt auf der makrosozialen Ebene an, denn diskutiert werden aus gesellschaftstheoretischer Sicht Überschneidungen von strukturellen Ungleichheiten, also Verhältnissen. Die drei Achsen der Ungleichheit, die nach Klinger und Knapp Beachtung finden sollen, sind Klasse, Geschlecht und „Rasse“/Ethnizität. Die Autorinnen erklären sowohl die Auswahl der Achsen als auch deren Vergleichbarkeit. Nur diese drei prägen nachhaltig Ungleichheit „nahezu aller Gesellschaften“ aus: Prof. Dr. Susanne Baer, LL. M, Melanie Bittner und Anna Lena Göttsche, Mehrdimensionale Diskriminierung – Begriffe, Theorien und juristische Analyse, Teilexpertise erstellt im Auftrag der Antidiskriminierungsstelle des Bundes, Berlin 2010, S.18 ff

- 1- Interdisziplinäre Frühwarnsysteme und schnellstmögliche Erfassung von besonderem Bedarf nach Einreise von Menschen mit Behinderung, Beeinträchtigung, psychischer Erkrankung oder von Personengruppen nach Artikel 21 der EU- Asylaufnahmerichtlinie.
- 2- Proaktive, d. h. auch vorausschauende Einbeziehung der Belange behinderter und anderer besonders Schutzbedürftiger unter den Geflüchteten/EU -2 Zugewanderten bzw. aller Menschen mit Migrationsgeschichte im Sinne der Inklusion.
- 3- Nicht nur zahlenmäßige, sondern - da wo nötig - auch kultursensible Ausweitung oder Umgestaltung der Angebotsstruktur inklusive der Beachtung sprachlicher bzw. physischer Barrierefreiheit etc..
- 4- Verstärkung vorhandener und Ausbau neuer, auch multidisziplinärer ggf. auch regionsübergreifender kooperierender Netzwerke zur Optimierung des Unterstützungs- und Selbsthilfeangebotes.

Sie möchten mehr erfahren über unser Netzwerk? Schließen Sie sich uns an!

Wenn Sie sich an unserer Arbeit im Netzwerk [Inklud:Mi] beteiligen möchten oder Interesse an haus-internen Fortbildungen zum Thema haben, nehmen wir Sie gern in unsere Mailingliste auf. Bitte wenden Sie sich per E-Mail an info@ibb-d.de oder telefonisch unter der Rufnummer 0231-952096-0 an das Internationale Bildungs- und Begegnungswerk e.V. in Dortmund.

Nützliche Links:

Schutzlos oder gleichgestellt?

Der Zugang zum Gesundheitssystem für Unionsbürger und ihre Familienangehörigen – Broschüre des Deutschen Paritätischen Wohlfahrtsverbandes – Gesamtverband e. V.

http://www.ggua.de/fileadmin/downloads/tabellen_und_uebersichten/broschuere_A4_gesundheit-unionsbuerger_web-1.pdf

Dortmunder Wegweiser für Flüchtlinge und Asylbewerber:

https://www.dortmund.de/media/p/fluechtlinge/downloads_dl/Dortmunder_Wegweiser_fuer_Fluechtlinge_und_Asylobewerber.pdf

Flüchtlingshilfe Castrop-Rauxel:

<http://www.fluechtlingshilfe-castrop.de/news/ability4refugees-hilfe-fuer-fluechtlinge-mit-behinderungen-und-defiziten/>

Facebook-Gruppe:

<https://www.facebook.com/Ability4Refugees/>

Asylbewerber-Aufnahme-Richtlinie 2013/33/EU

http://www.bmi.gv.at/cms/BMI_Asywesen/rechtsgrundlage/files/2014/Richtlinie_2013_33_EU.pdf

Impressum

Herausgeber:

Internationales Bildungs- und Begegnungswerk in Dortmund e. V.

Bornstraße 66

D-44145 Dortmund

Fon: 0231-952096-0

Fax: 0231-521233

E-Mail: info@ibb-d.de

Internet: www.ibb-d.de

Verantwortlich: Hildegard Azimi-Boedecker, IBB e.V.

Autoren: Hildegard Azimi-Boedecker, Mechthild vom Büchel, Dr. Frank Renken, Lucine Harutyunyan, Antje Westhues

Fotos: IBB - Stephan Schütze (Titelseite und S.), IBB - Mechthild vom Büchel

1. Auflage, August 2016