

– Fachbeitrag D18-2017 –

19.05.2017

Gesundheits- und Teilhabeleistungen für asylsuchende Menschen mit Behinderungen

Teil II: praktische Barrieren und Möglichkeiten¹

Von Mirjam Schülle, M. Sc. (Public Health), Universität Kassel

I. Thesen der Autorin

1. Klassischerweise wird der praktische Zugang zum Versorgungssystem für asylsuchende Menschen mit so genannten Behandlungsscheinen organisiert. Vielerorts entstehen dadurch eine erhebliche Zugangsbarriere sowie eine strukturelle medizinische Unterversorgung, insbesondere für Menschen mit Behinderungen².
2. Einige Bundesländer und Kommunen gestalten (neuerdings) die Versorgung mit Gesundheitskarten, wodurch sowohl der Leistungszugang als auch der -umfang für die Betroffenen diskriminierungsfreier und sachgerechter ausgestaltet ist.
3. Der besondere Leistungsumfang für besonders schutzbedürftige Gruppen, u. a. Menschen mit Behinderungen, findet in der Praxis kaum Beachtung, da ein systematisches Anerkennungsverfahren nicht implementiert ist.
4. In Praxis und Politik wird die Querschnittsthematik Behinderung/Migration/Flucht allmählich wahrgenommen und erste Lösungsstrategien gesucht.

¹ Der Beitrag ist eine vorabveröffentlichte Zusammenfassung des Buchbeitrags „Medizinische Versorgung für Menschen mit Behinderung, die Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz erhalten – rechtliche und praktische Barrieren der Barrierefreiheit“ in Wansing, Gudrun; Westphal, Manuela (Hrsg.) (2017): Migration, Flucht und Behinderung: Herausforderungen für Politik, Bildung und psychosoziale Dienste. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften. (i. E.) Der Beitrag wurde unter www.reha-recht.de als Fachbeitrag D18-2017 in der Kategorie D: Konzepte und Politik veröffentlicht; Zitiervorschlag: Schülle: Gesundheits- und Teilhabeleistungen für asylsuchende Menschen mit Behinderungen Teil II: praktische Barrieren und Möglichkeiten; Beitrag D18-2017 unter www.reha-recht.de; 19.05.2017.

² In diesem Beitrag wird die Definition der UN-Behindertenrechtskonvention für Menschen mit Behinderungen zu Grunde gelegt. Als asylsuchende Menschen werden hier all diejenigen verstanden, die unter das Leistungsrecht Asylbewerberleistungsgesetz fallen (§ 1 AsylbLG).

II. Hintergrund: Gesundheitszustand und -bedarfe asylsuchender Menschen mit Behinderungen

Empirische Daten über den Gesundheitszustand, die Gesundheitsbedarfe und die Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden bestehen für Deutschland nicht. Es fehlt an einer systematischen bundesweiten Erfassung und Gesundheitsberichterstattung (vgl. Robert-Bosch-Stiftung 2016; Razum et al. 2016a; Bozorgmehr et al. 2016a). Gleiches gilt für die Untergruppe von Menschen mit Behinderungen, die asylsuchend sind.

Erste Erkenntnisse zeigen jedoch für die gesamte Gruppe der geflüchteten Menschen ein Spektrum an primärmedizinischen Versorgungsbedarfen: Erkrankungen der Atemwege, Schmerzen/Neuralgien, Hauterkrankungen, Zahnprobleme, Unfälle, Herz-Kreislauf-Erkrankungen sowie psychosomatische Beschwerden (Jung 2011; Bertel/Kraft 2008; Behrens/Groß 2004; Bozorgmehr et al. 2016b). Gesundheitliche Bedarfe liegen darüber hinaus vor allem im Bereich der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung vor (u. a. vgl. Robert-Bosch-Stiftung 2016; Spallek et al. 2016). Laut dem subjektiven Gesundheitserleben Geflüchteter nehmen diese gehäuft körperliche und psychische Beeinträchtigungen wahr, die insbesondere mit den aktuellen Lebensbedingungen (u. a. Zustände in den Aufnahme- bzw. Gemeinschaftsunterkünften, Unsicherheit und Perspektivlosigkeit im Hinblick auf die Bleibeperspektive) in Verbindung gebracht werden (Behrens/Groß 2004; Aumüller/Bertl 2008; Täubig 2009).

Auch wenn über die Bedarfe und möglichen Defizite der gesundheitlichen Versorgung Geflüchteter empirisch zu wenig bekannt ist, können dennoch einige Aussagen aus rechtlichen Gegebenheiten – die ausführlich in Teil 1 dieses Beitrags³ dargestellt wurden – und dem Praxiswissen abgeleitet werden.

III. Praktischer Leistungszugang und -umfang

Direkt nach der Ankunft in Deutschland sind asylsuchende Menschen in Erstaufnahme- oder Nebeneinrichtungen untergebracht und sollen von den Einrichtungen medizinisch versorgt werden, für deren Durchführung das jeweilige Bundesland verantwortlich ist (vgl. Wächter-Raquet 2016a). Nach der erfolgten Zuweisung an eine Kommune ist diese für die medizinische Versorgung verantwortlich. Der gesundheitliche Sicherheitsauftrag ist sowohl auf kommunaler als auch auf Länderebene unterschiedlich ausgestaltet;⁴ die Leistungsberechtigten erhalten Zugang zum Gesundheitssystem entweder mit dem so genannten Behandlungsschein oder über eine Gesundheitskarte (GK).⁵

³ Der Beitrag „Zugang zu Gesundheits- und Teilhabeleistungen für asylsuchende Menschen mit Behinderungen – Teil I: rechtliche Barrieren“ ist unter dem Link <http://www.reha-recht.de/fachbeitraege/beitrag/artikel/beitrag-d17-2017/> abrufbar.

⁴ Zur Durchführung des AsylbLG gelten uneinheitliche Verwaltungsvorschriften der Länder, die den Leistungsbehörden die Auslegung und den Leistungsumfang des § 4 vorgeben.

⁵ In der Literatur oftmals auch elektronische Gesundheitskarte (eGK) genannt.

1. Zugangsbarriere mittels Behandlungsschein

Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen erfolgt vielerorts über einen persönlichen Antrag an die zuständige Sozialbehörde und die anschließende Ausgabe eines Behandlungsscheines (auch Krankenschein genannt).⁶ Bei einer Folgebehandlung oder Facharztüberweisung muss ein Behandlungsschein erneut beantragt werden. Manche Sozialbehörden haben dieses Verfahren vereinfacht und stellen pauschal einen Schein pro Quartal aus.⁷ Mit einem Behandlungsschein können die Betroffenen eine Ärztin oder einen Arzt aufsuchen. Die Kostenabrechnung verläuft über die zuständige Sozialbehörde.

Kritisiert wird am Behandlungsscheinverfahren, dass medizinische Laien (Sozialamtsmitarbeitende) über die Ausstellung entscheiden, ohne notwendige medizinische Kenntnisse zu haben. Der Zugang mittels Behandlungsschein erfordert für die Betroffenen zudem einen außerordentlichen Aufwand, sodass von einer strukturellen Zugangsbarriere gesprochen wird (vgl. Bozorgmehr/Razum 2015). Aus der Praxis der Unterstützungseinrichtungen für Asylsuchende ist bekannt, dass vielfach offensichtlich notwendige Behandlungsscheine nicht genehmigt werden (Robert-Bosch-Stiftung 2016).⁸ Die praktische Durchsetzung therapeutischer Behandlungen verlangt von den Betroffenen oftmals gesteigerte Anstrengungen, langwierige amtsärztliche Gutachterverfahren und die Inanspruchnahme behördlichen und gerichtlichen Rechtsschutzes. Empirisches Wissen über die Voraussetzungen und Kriterien, nach denen die Behandlungsscheinvergabe erfolgt, besteht nicht.

Aus der Praxis ist bekannt, dass dieser Ermessensanspruch (nach § 6 AsylbLG) für die Leistungsberechtigten nur sehr schwer zu erwirken ist, oftmals erhalten daher Asylsuchende mit Behinderungen keine notwendigen und bedarfsdeckenden Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe.

Der Umstand, dass asylsuchende Menschen mit Behinderungen Krankenscheine anstatt Gesundheitskarten erhalten – letzteres wie alle anderen Bewohnerinnen und Bewohner der BRD –, kann als eine strukturelle Barriere⁹ im Zugang zu Gesundheitsleistungen und als unzulässige Diskriminierung gewertet werden.

⁶ Der Behandlungsschein ist ein Relikt des Krankenversicherungssystems vor 1995 bis die Chipkarte als Abrechnungsinstrument eingeführt wurde.

⁷ Bspw. die Stadt Bielefeld (internes Erfahrungswissen der Autorin).

⁸ Was u. a. in der öffentlichen Anhörung des Bundesgesundheitsausschusses am 8. Juni 2016 deutlich wurde. Stellungnahmen abzurufen unter: <http://www.bundestag.de/ausschuesse18/a14/anhoerungen/stellungnahmen-med--vers/426018> (Stand 4. April 2017).

⁹ Für die USA wurden in einer ersten Übersichtsarbeit weitreichende Barrieren im Zugang zum Gesundheitssystem für Geflüchtete empirisch bestätigt. Aus Sicht der Betroffenen sind demnach drei Hauptbarrieren identifiziert worden: 1. der unzureichende staatlich gewährte Versicherungsschutz, 2. Sprachbarrieren mit den Akteurinnen und Akteuren des Gesundheitswesens und 3. das komplexe Gesundheitssystem als solches (Mirza et al. 2014). Laut den existierenden Hinweisen könnte dies durchaus für Deutschland übertragbar sein, eine empirische Überprüfung dessen steht aber noch aus.

2. Zugang mittels Gesundheitskarte

Einige Länder und Kommunen haben den Zugang zum Gesundheitssystem für Asylsuchende analog zu gesetzlich Versicherten regulär mittels einer Gesundheitskarte (GK) organisiert. Ziel der Gesundheitskarte ist eine vereinfachte und verbesserte Gesundheitsversorgung für alle Geflüchteten, welche diskriminierungsfrei und zeitnah weitestgehend in die Regelversorgung integriert wird. Mit der GK haben die Betroffenen einen niedrighschwelligem und selbstbestimmten Zugang zu allen Einrichtungen des Gesundheitswesens und sind diesbezüglich sozialversicherten Menschen gleichgestellt. Grundlage des Leistungsumfangs sind die gesetzlich vorgegebenen §§ 4, 6 AsylbLG; diese werden allerdings dahingehend sachgerecht interpretiert, dass eine Versorgung *annähernd entsprechend dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung* erfolgt. Ausgeschlossen sind strukturierte Behandlungen bei chronischen Erkrankungen (Disease-Management-Programme), künstliche Befruchtung, Akupunkturbehandlung, Entbindungsgeld, Mutterschaftsgeld und die Kostenübernahme von Behandlungen im Ausland. Die Rahmenvereinbarungen der Länder unterscheiden sich sowohl in der Finanzierung und damit in der Beitrittspflicht der einzelnen Kommunen als auch geringfügig im Leistungsumfang. (vgl. Schülle et al. 2016)

Der Stadtstaat Bremen führte 2005 als erstes in allen Kommunen die GK ein (Jung 2001; Mohammadzadeh et al. 2016) inhaltsgleich folgte die Freie und Hansestadt Hamburg 2012 (Burmeister 2014). Seit der Verabschiedung des Asylverfahrensbeschleunigungsgesetzes im Oktober 2015 wurde den Flächenländern durch die Änderungen des § 264 Abs. 1 SGB V die Einführung der GK erleichtert. Seitdem haben Nordrhein-Westfalen (NRW), Schleswig-Holstein, Berlin, Brandenburg, Niedersachsen, Rheinland-Pfalz und Thüringen Rahmenverträge abgeschlossen. Die Kommunen treten diesen Verträgen allerdings nur zögerlich bei, in NRW sind es 20 von 400 Kommunen, in Niedersachsen lediglich eine Kommune. Derzeit ist ein sog. *Flickenteppich* an unterschiedlichen Leistungszugängen zu konstatieren. Einige Kommunen arbeiten nach wie vor mit Behandlungsscheinen, andere mit GK; ebenso divers ist es in den Ländern gestaltet.¹⁰

Derzeit ist die Kostenfrage bei der Einführung der GK die strittigste.¹¹ Kommunen befürchten durch die Verwaltungskosten der Krankenkassen erhöhte Ausgaben. Empirisch belegt sind bisher lediglich Kosteneinsparungen durch die Einführung der GK (vgl. Bozorgmehr/Razum 2015; Burmeister 2014, Jung 2011).

¹⁰ Vertiefend zu der Ausgestaltung in den einzelnen Ländern und Kommunen siehe www.gesundheit-gefluechtete.info (→ für Akteure → Regelung in den Bundesländern → interaktive Landkarte)

¹¹ Siehe vertiefend dazu „Gesundheitskarte zur medizinischen Versorgung Geflüchteter auf Landes- und Kommunalebene. Hinweise und Argumente zur Kostenkalkulation. Stand Jan. 2017“. Abzurufen unter: http://gesundheit-gefluechtete.info/wp-content/uploads/2015/02/2017_1_25_Gesundheitskarte_f%C3%BCr_Gefl%C3%BCchtete_Argumentationshilfe.pdf.

In den Kommunen und Ländern, die den Leistungszugang über die GK organisiert haben, haben asylsuchende Personen mit Behinderungen einen verbesserten und weitestgehend UN-behindertenrechtskonformen Zugang zu medizinischen Leistungen (stellv. Mohammadzadeh et al. 2016). Entsprechend ist für diese Personengruppe in einigen dieser Kommunen und Länder auch der Leistungsumfang sachgerecht, nämlich annähernd nach GKV-Leistungen, ausgestaltet.

3. Besonderheiten für besonders schutzwürdige Personen, u. a. Menschen mit Behinderungen

Art. 21 und 22 der EU-Richtlinie 2013/33 verpflichten zur Einrichtung eines speziellen Verfahrens zur Identifizierung von Personen mit besonderen Bedürfnissen. Das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) weist darauf hin, dass ein solches Prüfungsverfahren, in der Praxis auch Clearingverfahren genannt, bei jeder Antragstellung (also in den Erstaufnahmestellen der Länder) einzuhalten ist (vgl. BMAF 2015, S. 2).

Die Erfahrungswerte aus der Praxis¹² zeigen jedoch, dass bisher ein solches Clearingverfahren lediglich bei so genannten unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen (UMF)¹³ fest etabliert ist, bei allen weiteren besonders schutzbedürftigen Personen allerdings nicht. Für Menschen mit Behinderungen sind einige wenige Modellprojekte (u. a. in Berlin) bekannt, die ein solches Prüfverfahren zu etablieren versuchen (vgl. Niethammer und Aumann 2014).

Aus der Praxis ist bekannt, dass die Leistungsgewährung unter Berücksichtigung der besonderen Schutzbedürftigkeit mittels Behandlungsscheinvergabe grundsätzlich unzureichend erfüllt wird, selbst in Modellprojekten mit Bescheinigungen dieser besonderen Schutzbedürftigkeit. Mutmaßlich kann dies an mangelndem Wissen und fehlenden Weisungen zur richtlinienkonformen Umsetzung innerhalb der Sozialbehörden liegen.

IV. Zwischenfazit II: erhebliche Ungleichheit in der Gesundheitsversorgung

Durch die vermehrte aber unterschiedliche Einführung der GK 2015/16 ist allerdings zu konstatieren, dass die bestehende Ungleichheit innerhalb der Gesundheitsversorgung Geflüchteter zugenommen hat. Um der gesundheitlichen Ungleichheit für Geflüchtete durch unterschiedlichen und verringerten Leistungszugang entgegenzuwirken, ist eine bundeseinheitliche Regelung geboten. Eine solche Regelung würde insbesondere auch *flächendeckend* Barrieren für Menschen mit Behinderungen beim Zugang zum Gesundheitssystem abbauen und einen bedarfsgerechten Leistungsumfang für diese besonders schutzwürdige Personengruppe gewährleisten.

¹² Dies wurde auch sehr deutlich in den Stellungnahmen der Anhörung vom DIMR, vgl. Kapitel 4.2.

¹³ Vertiefend zur gesundheitlichen Situation und Versorgung von UMF siehe Spallek et al. 2016.

V. Aktuelle Diskussion in Politik und Praxis zu Migration, Flucht und Behinderung

Bisher ist die Verschränkung der Themenkomplexe Migration, Flucht und Behinderung sowohl in Politik, Praxis als auch Wissenschaft spärlich. Politische Aufmerksamkeit erfuhr der Querschnittsbereich aktuell durch zwei Vernetzungstreffen im Sommer 2016 (sog. Werkstattgespräch) und Februar 2017 (sog. Netzwerkkonferenz) der Beauftragten der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration, Aydan Özoğuz und der Beauftragten der Bundesregierung für die Belange von Menschen mit Behinderung, Verena Bentele.

In einer weiteren öffentlichen Veranstaltung zu der Thematik „Versorgung und Unterbringung von Flüchtlingen mit Behinderungen“ hörte die Monitoring-Stelle UN-Behindertenrechtskonvention des Deutschen Instituts für Menschenrechte (DIMR) im Februar 2017 von Akteuren der Praxis und Zivilgesellschaft Stellungnahmen und Erfahrungsberichte. Nach einer systematischen Auswertung der Aussagen werden diese in den Menschenrechtsbericht 2017 des DIMR an die Bundesregierung einfließen.

1. Netzwerkkonferenz „Migration und Behinderung“ der Migrations- und Behindertenbeauftragten der Bundesregierung¹⁴

Ziel der Veranstaltung war es, mit den Akteurinnen und Akteuren, die an der Schnittstelle Migration, Flucht und Behinderung arbeiten, aktuelle Herausforderungen zu diskutieren und Impulse für politisches Handeln zu geben.

Verena Bentele stellte die intersektionale Diskriminierung der betroffenen Personengruppe heraus und betonte, dass ein hoher Bedarf an zusätzlichen Hilfsangeboten bestehe. Dafür seien ein passender gesetzlicher Rahmen und Beratungsangebote in der Muttersprache erforderlich. Die Unterstützung sei auf allen Ebenen; Bund, Länder und Kommunen zu leisten, insbesondere sei für Geflüchtete die Umsetzung der direkten Identifizierung (der Beeinträchtigung/Behinderung/besonderen Schutzwürdigkeit) durchzuführen. Auch bedürfe es einer interkulturellen Öffnung der Behindertenhilfe sowie die Berücksichtigung der Interessen von zugewanderten Menschen mit Behinderungen in der Integrationsberatung.

Aydan Özoğuz betonte zudem, dass wir als Gesellschaft nicht – wie bei den Gastarbeitenden – die Thematik der Integration passiv laufen lassen sollten, sondern dass es eine gesamtgesellschaftliche gemeinsame Aufgabe sei, Integration aktiv zu gestalten. Der aktuelle Teilhaberbericht der Bundesregierung¹⁵ habe erfreulicherweise ein Unter-

¹⁴ Einzusehen unter:
https://www.behindertenbeauftragte.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2017/PM5_MigrationBehinderung.html. Abgerufen am 30. März 2017.

¹⁵ Der Teilhaberbericht kann unter folgendem Link abgerufen werden (Stand 10.04.2017): <http://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Pressemitteilungen/2017/zweiter->

kapitel Migration, in dem die Defizite in der Querschnittthematik deutlich werden. Insbesondere Behinderung, Migrationshintergrund, Geschlecht und Armut bedingten sich gegenseitig.

Susanne Schwalgin (Handicap International) stellte abschließend in einem Impulsvortrag die Perspektive der Betroffenen dar. Inhaltlich fasste sie die Aussagen aus der öffentlichen Anhörung der Monitoringstelle zusammen.

Die geladenen Teilnehmenden (Akteure aus der Praxis und Wissenschaft) hatten kaum Gelegenheit zu Wortbeiträgen und Diskussion im Plenum.

2. Öffentliche Anhörung zum Thema „Flüchtlinge mit Behinderungen“ der Monitoring-Stelle UN-Behindertenrechtskonvention¹⁶

Insbesondere wurde deutlich, dass die beiden tangierenden Rechtssysteme, das Asylrecht wie auch das Behindertenrecht so komplex sind, dass das Aufeinandertreffen vielerorts kaum auf Fachkompetenz trifft. Zudem seien weder die Behindertenhilfe noch die Unterstützungssysteme für Asylsuchende bisher für das jeweilige andere Feld sensibilisiert und/oder fachlich geschult. Lediglich einige wenige spezifische Anlaufstellen existieren u. a. in den Großstädten Berlin, Köln und München.

Die gehörten Expertinnen und Experten aus diesen Sozialberatungen an der Schnittstelle von Migration und Behinderung berichteten einstimmig von einer Vielzahl an Schwierigkeiten sowie Unterversorgung in allen Lebensbereichen; Gesundheit, Wohnen, Arbeit und soziale Teilhabe. Ihre Erfahrungsberichte basierten auf der Beratung von insgesamt rund 2.000 Geflüchteten mit Behinderung im Jahr 2016.

Für den **Bereich der Gesundheitsversorgung** wurde insbesondere deutlich bestärkt was unter Kapitel 1–3 dargestellt wurde: Anträge auf notwendige Therapien, Hilfsmittel oder medizinische Behandlungen werden spät oder gar nicht bewilligt (Behandlungsschein-System). Das Ermessen der Behörden nach § 6 AsylbLG Teilhabeleistungen zu bewilligen, wird kaum bis gar nicht genutzt. Die behördlichen Stellen (Sozial- und Gesundheitsämter) seien überlastet, schlecht ausgebildet und fühlten sich für die Belange behinderter Menschen nicht zuständig. Dies führe dazu, dass sich die individuellen Antragsverfahren in die Länge ziehen. Die Kommunikation zwischen den Behörden (Ausländerbehörde und Sozialämter) sei zudem vielerorts schwierig. Grundsätzlich gehe die Leistungsgewährung mit einer Diskriminierung für die Betroffenen und hohem bürokratischen Aufwand einher, die eines hohen Maßes an Fachwissen bedarf.

In den Kommunen und Ländern, die mit der Gesundheitskarte die Versorgung organisiert haben, ist der Zugang – so die Erfahrungen aus der Praxis – wesentlich verbessert, die Heil- und Hilfsmittelversorgung erfolgt bedarfsgerecht, ebenso teilweise die

[teilhabebericht.pdf;jsessionid=065F1203DE30B6469D1FE158BB3F7582?_blob=publicationFile&v=6.](http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/monitoring-stelle-un-brk/veranstaltungen/2017/)

¹⁶ Einzusehen unter: <http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/monitoring-stelle-un-brk/veranstaltungen/2017/>. Abgerufen am 30. März 2017.

Teilhabeleistungen. Der bundesweite Flickenteppich aufgrund kommunaler Organisationsgestaltung und Ermessensspielräume wurde abschließend betont.

Bestätigt wurde ebenso, dass die Umsetzung der EU-RL (sowohl die Identifizierung als besonders schutzbedürftig und die daraus folgende erhöhte Leistungsbewilligung) auf allen Ebenen keine Kenntnis erfährt, es liege eine mangelnde Sensibilisierung in der Politik, Verwaltung sowie bei Haupt- und Ehrenamtlichen vor. Zudem fehle die interkulturelle Öffnung im Gesundheitswesen und der Behindertenhilfe allgemein. Facharzttermine seien im Allgemeinen schwer zu bekommen, die Allgemeinmedizin sei wesentlich besser abgedeckt. Problematisch wurde die Verkehrsanbindung der Unterkünfte zu den Einrichtungen des Gesundheitswesens bewertet; diese sei unzureichend, weitestgehend nicht barrierefrei, teilweise werden die Transportkosten nicht übernommen. Ein rechtliches, bisher weitestgehend unbeachtetes Problem sei außerdem die Bewilligung von Pflegeleistungen innerhalb der ersten 15 Monate des Aufenthalts. Der Ermessensspielraum nach § 6 AsylbLG werde auch hier nicht genutzt.

Auffallend sei, dass es insgesamt sehr wenig Klagen in dem Bereich gebe, was ein Hinweis für ein auffallend strukturelles Problem der Normen sein könnte. Die Sensibilisierungsarbeit bei Haupt- und Ehrenamt als auch auf Seiten der Betroffenen sei daher sehr lohnenswert (vgl. AWO Bundesverband 2017).

Die Monitoringstelle plant in diesem Jahr zwei weitere Verbändekonsultationen zu der Thematik Behinderung und Flucht, insbesondere behinderten- und migrationspolitische Organisationen sind dazu eingeladen.

Ihre Meinung zu diesem Fachbeitrag ist von großem Interesse für uns.
Wir freuen uns auf Ihren Kommentar auf www.reha-recht.de.
