

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Ulla Jelpke, Sevim Dağdelen,
Dr. Hakki Keskin und der Fraktion DIE LINKE.
– Drucksache 16/3447 –**

Rechtlicher und behördlicher Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen in Deutschland vor dem Hintergrund einer Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts (1 B 188.05)

Vorbemerkung der Fragesteller

Der behördliche und rechtliche Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen in Deutschland ist höchst umstritten. Während vor allem Ärztekammern, Psycholog(inn)enverbände, Behandlungseinrichtungen für Traumatisierte/Folteropfer und Flüchtlingsorganisationen einen besonders sensiblen, qualifizierten und sorgfältigen Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen und einen sicheren Aufenthaltsstatus für diese einfordern, hegen Behörden und Ministerien, aber auch nicht wenige Gerichte oftmals den Verdacht eines Missbrauchs, wenn eine posttraumatische Belastungsstörung bei Flüchtlingen diagnostiziert wird. Es wird nach Wegen gesucht, wie attestiert traumatisierte Menschen, denen eine rechtliche Anerkennung als Flüchtlinge versagt blieb, leichter abgeschoben werden können.

Der Deutsche Ärztetag spricht sich seit Jahren gegen eine ärztliche Beteiligung an Abschiebungen von Menschen aus, die wegen einer Traumatisierung behandelt werden oder bei denen durch die Abschiebung eine Retraumatisierung droht. Dies sei mit der ärztlichen Ethik unvereinbar. Nachdem im Jahr 2002 die Innenministerkonferenz versucht habe, „die Ärzteschaft im Sinne bedarfsgerechter Erstellung von Flugtauglichkeitsbegutachtungen zu instrumentalisieren“ (Beschlussprotokoll des 107. Deutschen Ärztetages), setzt sich die Bundesärztekammer in Gesprächen mit der Innenministerkonferenz für die Wahrung medizinischer und ethischer Standards ein. Der Deutsche Ärztetag lehnt „die Beschränkung einer medizinischen Begutachtung auf bloße ‚Reisefähigkeit‘ eindeutig“ ab (ebd.) und kritisiert „ärztliche Beihilfe zu Abschiebungen“ durch „fachlich unzureichende Gutachten“ (ebd.), was immer wieder vorkomme. Der Gesetzgeber wurde aufgefordert, Grundlagen für eine „kompetente, umfassende und der ärztlichen Sorgfalt entsprechende Begutachtung zu jeder Zeit“ zu schaffen (ebd.). Vertreter/innen der Bundesländer und der Bundesärztekammer entwickelten im November 2004 einen „Informations- und Kriterienkatalog“ zu „Fragen der ärztlichen Mitwirkung bei Rückführungsfragen“, der bislang, soweit ersichtlich, nur in den Ländern Nord-

rhein-Westfalen und Schleswig-Holstein im Rahmen von Weisungen an die Ausländerbehörden zur Beachtung übermittelt wurde. Nach diesem Katalog sollen drohende Gesundheitsgefährdungen zu jedem Zeitpunkt im Abschiebungsverfahren berücksichtigt werden, wobei die Betroffenen in ihrer gesundheitlichen Situation ganzheitlich betrachtet und gegebenenfalls entsprechende Fachgutachten eingeholt werden sollen. Posttraumatischen Belastungsstörungen komme in diesem Zusammenhang eine besondere Bedeutung zu.

Umfangreiche Empfehlungen zum Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen wurden auch von der unabhängigen Kommission des Diakonischen Werkes in Hessen und Nassau „Abschiebung kranker Flüchtlinge und ethische Verantwortung“ unter dem Vorsitz des ehemaligen Hessischen Innenministers Gerhard Bökel (SPD), erstellt, die der Bundesregierung bekannt sind (vgl. Bundestagsdrucksache 16/1055, Antwort zu Frage 9a).

In der Praxis kommt es jedoch immer wieder vor, dass traumatisierte Menschen sogar aus Kliniken heraus von der Polizei abgeführt und anschließend abgeschoben werden (vgl. nur die Stellungnahme von amnesty international vom 7. April 2006 zum „Umgang mit traumatisierten und kranken Menschen bei Abschiebung“). Erst jüngst kritisierte die Landesärztekammer Baden-Württemberg die verstärkte Abschiebung körperlich und seelisch kranker Flüchtlinge (vgl. kna und ddp vom 4. Juli 2006). Ihr Menschenrechtsexperte Odenwald forderte in diesem Zusammenhang Begutachtungen nur durch speziell fortgebildete Ärzte/innen, da die Behörden voreingenommen prüften (ebd.).

Auch die unabhängige Kommission „Abschiebung kranker Flüchtlinge und ethische Verantwortung“ kritisiert, dass es in der Praxis „immer wieder zu unerträglichen Härten“ komme (s. o., Seite 7). Der Diskurs in Politik und Medien orientiere sich „vornehmlich an ökonomischen Maßstäben der Nützlichkeit und weniger am Schutz der Würde des Einzelnen“, was „auch die Praxis von Behörden und Gerichten, die zunehmend von Abwehrhaltung und institutionellem Misstrauen geprägt“ sei, beeinflusse (ebd., 7 f.). Im Alltag sei „oft eine Art strukturelle Verantwortungslosigkeit (...) zum Schaden kranker Flüchtlinge zu beobachten (Seite 9).

Das Bundesverwaltungsgericht hat nun mit Urteil vom 24. Mai 2006 (BVerwG 1 B 118.05) grundsätzliche Anforderungen an die Prüfung krankheitsbedingter Abschiebungshindernisse gestellt, die den Forderungen der medizinischen Fachwelt und der Flüchtlingsverbände nach einem besonders qualifizierten und sorgsamem Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen entsprechen. Es entschied, dass „Fachfragen (wie insbesondere genaue Diagnose von Art und Schwere der Erkrankung sowie Therapiemöglichkeiten einschließlich Einschätzung des Krankheitsverlaufs bzw. der gesundheitlichen Folgen je nach Behandlung)“ nicht ohne ein (auch von Amts wegen) einzuholendes und „wissenschaftlichen Mindeststandards entsprechendes Sachverständigengutachten“ entschieden werden können bzw. dürfen, weil Richter/innen eine entsprechende Sachkunde fehlt, um „selbst und in Abweichung von den vorgelegten ärztlichen und fachärztlichen Bescheinigungen“ etwa eine Suizidgefahr im „Abschiebezielstaat“ beurteilen zu können.

1. Wie viele Asylantragstellerinnen und -antragsteller gaben gegenüber dem Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) seit dem 1. Januar 2000 an,

Die Verfahren, in denen eine Traumatisierung vorgetragen wurde, werden erst seit dem Jahr 2005 statistisch erfasst.

- a) traumatisiert zu sein,

Im Jahr 2005 trugen insgesamt 1 736 Antragsteller/innen vor, dass sie an einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) erkrankt seien. Davon waren 783 männlich und 953 weiblich. Die Hauptherkunftsländer waren Serbien und

Montenegro (272 Männer, 393 Frauen), Türkei (185 Männer, 210 Frauen) sowie Bosnien und Herzegowina (81 Männer, 104 Frauen). Aus diesen Ländern stammten 72 Prozent aller Antragsteller/innen. Darüber hinaus kamen die Antragsteller/innen aus 41 weiteren Herkunftsländern. Mit Ausnahme der Russischen Föderation (36 Männer, 58 Frauen), des Iraks (25 Männer, 18 Frauen), Aserbaidschans (11 Männer, 16 Frauen), des Irans (13 Männer, 16 Frauen), Afghanistans (12 Männer, 8 Frauen) und Sri Lankas (14 Männer, 12 Frauen) lag die Anzahl der Antragsteller/innen in den übrigen Ländern unter 20.

Im Jahr 2006 trugen bis zum 22. November 2006 insgesamt 1 339 Antragsteller/innen vor, dass sie an einer PTBS erkrankt seien (629 Männer, 710 Frauen). Die Hauptherkunftsländer waren Serbien (251 Männer, 375 Frauen), Türkei (131 Männer, 105 Frauen) sowie Bosnien und Herzegowina (49 Männer, 56 Frauen). Aus ihnen stammen 72 Prozent aller Antragsteller/innen. Darüber hinaus kamen die Antragsteller/innen aus 47 weiteren Herkunftsländern. Mit Ausnahme der Russischen Föderation (32 Männer, 38 Frauen), des Iraks (23 Männer, 12 Frauen), des Irans (14 Männer, 12 Frauen), Afghanistans (23 Männer, 12 Frauen) und Syriens (13 Männer, 11 Frauen) liegt die Anzahl der Antragsteller/innen in den übrigen Ländern unter 20.

- b) wie viele legten ein entsprechendes ärztliches oder fachärztliches Attest oder ein ärztliches oder psychologisches Gutachten vor,
- c) in wie vielen Fällen holte das BAMF zur Aufklärung des Sachverhalts bzw. im Rahmen der Prüfung von Abschiebungshindernissen medizinische oder psychologische Fachgutachten ein, welche Stellen oder Gutachter/innen beauftragte das BAMF und nach welchen Kriterien ging es dabei vor (wenn keine Gutachten eingeholt wurden, warum nicht?)

(Angaben bitte soweit als möglich differenzieren nach Jahren, Herkunftsländern, Geschlecht; in absoluten Zahlen und prozentualen Größen)?

Diese Daten werden nicht statistisch erfasst.

2. Wie viele Asylantragstellerinnen und -antragsteller wurden infolge ihrer Traumatisierung bzw. infolge einer hiermit zusammenhängenden Verfolgung als Asylberechtigte oder als Flüchtlinge im Sinne der Genfer Flüchtlingskonvention anerkannt bzw. wie viele Anerkannte waren traumatisiert und in wie vielen Fällen stellte das BAMF im Zusammenhang einer Traumatisierung Abschiebungshindernissen fest (aufgrund Behandlungsbedürftigkeit, drohende Suizidgefahr usw.)

(Bitte soweit als möglich differenzieren (nach Rechtsgrundlage, Jahren, Herkunftsländern, Geschlecht, in absoluten Zahlen und prozentualen Größen), falls keine genauen Zahlen vorliegen wird um eine Einschätzung gebeten)?

Eine Traumatisierung führt weder zur Asylgewährung noch zur Anerkennung als Konventionsflüchtling. Sowohl die Gewährung von Asyl als auch die Flüchtlingsanerkennung erfordern, dass im Heimatland des Ausländers aus einem der in der Genfer Flüchtlingskonvention genannten Verfolgungsgründe in eines der asylrechtlich geschützten Rechtsgüter eingegriffen wird. Die Fälle, in denen neben diesen Voraussetzungen auch eine Traumatisierung vorlag, werden nicht statistisch erfasst.

Im Jahr 2005 wurde 440 Antragstellern/innen (155 Männer, 285 Frauen), die eine PTBS geltend gemacht haben, ein Abschiebungsverbot gemäß § 60 Abs. 7 des Aufenthaltsgesetzes (AufenthG) zuerkannt. Im Jahr 2006 waren es bis 22. November 2006 390 Antragsteller (136 Männer, 254 Frauen). In diesen Zahlen sind die gerichtlichen Verpflichtungen enthalten.

Die Hauptherkunftsländer waren 2005 bei den Zuerkennungen eines Abschiebungsverbots gemäß § 60 Abs. 7 AufenthG Serbien und Montenegro (33 Männer, 89 Frauen), Türkei (51 Männer, 93 Frauen), Bosnien und Herzegowina (9 Männer, 21 Frauen), Russische Föderation (11 Männer, 14 Frauen) und Irak (10 Männer, 10 Frauen). Im Jahr 2006 waren bis zum 22. November 2006 die Hauptherkunftsländer Serbien und Montenegro (35 Männer, 98 Frauen), Türkei (47 Männer, 67 Frauen), Bosnien und Herzegowina (12 Männer, 23 Frauen), Afghanistan (10 Männer, 6 Frauen), Irak (9 Männer, 6 Frauen) und Russische Föderation (3 Männer, 10 Frauen).

3. Teilt die Bundesregierung die Auffassung, dass das, was nach der in der Vorbemerkung zitierten Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts (BVerwG) für Richterinnen und Richter gilt, auch für Behördenmitarbeiterinnen und -mitarbeiter des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge bzw. auch der Ausländerbehörden gelten muss, d. h. dass diese mangels eigener Sachkenntnis über schwierige medizinische Beurteilungsfragen nicht selbst entscheiden können und deshalb in Zweifelsfällen von Amts wegen ein wissenschaftlichen Mindeststandards entsprechendes Sachverständigengutachten einholen müssen?
 - a) Wenn ja, welche gesetzgeberischen oder sonstigen Maßnahmen plant sie, um diesen Grundsatz in der Praxis (zumindest des BAMF) sicherzustellen?
 - b) Wenn nein, warum nicht?

Der Beschluss des Bundesverwaltungsgerichts (BVerwG) bezieht sich allein auf die richterliche Aufklärungspflicht, nicht aber auf das Verwaltungshandeln.

Im Übrigen entscheiden die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF) nicht über medizinische Beurteilungsfragen, sondern prüfen, ob bestimmte Normen des materiellen Rechts und des Verfahrensrechts Anwendung finden. Tatsächliche Grundlage für die rechtliche Überzeugungsbildung in Fällen vorgetragener PTBS-Erkrankung ist nicht die eigene Sachkunde des Behördenmitarbeiters, sondern die durch Sachverständigengutachten vermittelte Sachkunde. Ob ein Sachverständigengutachten einzuholen ist, hängt davon ab, dass sich nach dem bereits vorliegenden Sachvortrag eine weitere Sachaufklärung „aufdrängt“ [BVerwG, Beschluss vom 28. März 2006, Az.: 1 B 91.05 (1 C 6.06)] und dass das Sachverständigengutachten das geeignete Mittel der Aufklärung ist. Zwar beurteilt das BAMF die Darlegungen von Psychologen und Psychiatern nicht im Hinblick auf ihre inhaltliche Richtigkeit. Es obliegt ihm aber, die Darlegungen auf ihre Substanz und Plausibilität zu untersuchen.

4. Was sieht die detaillierte interne Anweisung des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge zu krankheitsbedingten Abschiebungsverboten konkret vor, auf die sich die Bundesregierung in der Bundestagsdrucksache 16/1055 (Antwort zu Frage 9b) bezieht (gegebenenfalls: wo ist sie einzusehen?), und wird diese Anweisung infolge des Urteils des BVerwG geändert werden, zum Beispiel hinsichtlich der Notwendigkeit, in Zweifelsfällen von Amts wegen ein wissenschaftlichen Mindeststandards entsprechendes Sachverständigengutachten einzuholen (wenn nein, warum nicht)?

Die Anweisung zu krankheitsbedingten Abschiebungsverboten befasst sich mit den Fragen, wann die Gefahr einer wesentlichen oder lebensbedrohlichen Gesundheitsbeeinträchtigung vorliegt und wann insbesondere im Zielstaat Behandlungsmöglichkeiten nicht bestehen oder unzureichend sind. Es besteht

keine Notwendigkeit, die Anweisung infolge des Beschlusses des BVerwG zu ändern; insoweit wird auf die Antwort zu Frage 3 verwiesen.

5. Sieht die Bundesregierung vor dem Hintergrund des Urteils des Bundesverwaltungsgerichts weiteren Änderungsbedarf in der Entscheidungspraxis des BAMF?

Es ist grundsätzlich nicht notwendig, die Entscheidungspraxis zu ändern (siehe insoweit die Antwort zu Frage 3).

- a) Wird sie insbesondere sicherstellen, dass entsprechend des Urteils (vgl. die Ausführungen des BVerwG zu Rdnr. 4, a. a. O.) bei der Bewertung auslandsbezogener Gefährdungen im Zusammenhang posttraumatischer Erkrankungen nicht die erhöhten Anforderungen einer extremen oder existenziellen Gefahr bei Allgemeingefahren, sondern der (niedrigere) Maßstab einer erheblichen Gesundheitsgefahr im Einzelfall zur Anwendung kommt, wenn nein, warum nicht?

Welcher Gefahrenmaßstab anzulegen ist, richtet sich danach, ob die vom Ausländer behauptete Gefahr als allgemeine oder individuelle Gefahr zu bewerten ist. Bei individuellen Gefahren hat das BVerwG für den Fall drohender Gesundheitsverschlechterungen den Maßstab für die erhebliche Gefahr dahingehend ausgelegt, dass es sich um eine „wesentliche oder gar lebensbedrohliche Gesundheitsverschlechterung“ handeln muss (Urteil vom 29. Juli 1999, Az.: 9 C 2.99). Diesen Maßstab hat das Oberverwaltungsgericht des Landes Nordrhein-Westfalen („OVG NRW“ – 16. Dezember 2004, Az.: 13 A 4512/03.A) insoweit konkretisiert, als dass es sich um eine „existenzielle Gefahr“ handeln müsse. Das BVerwG hat diese Entscheidung als Erhöhung des Gefahrenmaßstabes auf den der extremen Gefahr angesehen und sie deshalb aufgehoben. Das OVG NRW hat daraufhin (20. September 2006, Az.: 13 A 1740/05.A) unter Klarstellung, dass es nicht eine Maßstabserhöhung, sondern eine bloße Konkretisierung vornehme, an seinem Gefahrenmaßstab festgehalten. Wegen der Missverständlichkeit der verkürzend gebrauchten Bezeichnung der „existenziellen Gesundheitsgefahr“ verzichtet es aber seither auf diese Formulierung. Das BAMF wird dem Beispiel des OVG NRW folgen und künftig ebenfalls von der möglicherweise irreführenden Bezeichnung der „existenziellen Gesundheitsgefahr“ absehen.

- b) Wie ist die derzeitige Praxis/interne Weisungslage des BAMF diesbezüglich: Werden Gefährdungen im Zusammenhang posttraumatischer Belastungserkrankungen beispielsweise in Bezug auf den Kosovo als individuelle Gefährdungen oder als „Allgemeingefahren“ gewertet, und auf welcher Rechtsgrundlage geschieht dies?

Die Frage, ob eine Gefahr als allgemeine oder individuelle Gefahr zu bewerten ist, wird nach Maßgabe der Rechtsprechung des BVerwG beantwortet (vgl. Urteil vom 17. Oktober 1995, Az.: 9 C 9.95; Urteil vom 27. April 1998, Az.: 9 C 13.97; Urteil vom 8. Dezember 1998, Az.: 9 C 4.98). Nach dieser ist grundsätzlich eine Bewertung im Einzelfall erforderlich.

6. Sieht die Bundesregierung infolge des benannten BVerwG-Urteils die Notwendigkeit, in Zukunft enger mit Ärztekammern, psychologischen Verbänden und Facheinrichtungen zusammenzuarbeiten und sich insbesondere im Rahmen der Innenministerkonferenz, aber auch gegenüber dem BAMF, dafür einzusetzen, dass verstärkt auf den fachlich-medizinischen Sachverstand außerhalb der Behörden zurückgegriffen wird (bitte begründen)?

Nein. Ob eine solche Zusammenarbeit sinnvoll ist, etwa im Rahmen der Schulung von Mitarbeitern der jeweiligen Behörden, kann nur von diesen selbst beantwortet werden.

7. Wie ist nach Kenntnis der Bundesregierung der Stand der Gespräche zwischen Bund, Ländern und der Ärzteschaft zum Thema ärztliche Mitwirkung bei Abschiebungen, und welche Position nimmt die Bundesregierung in diesen Gesprächen ein?

Die Durchführung von Abschiebungen betrifft die Ausführung ausländerrechtlicher Bestimmungen und ist damit eine Angelegenheit der Länder. Der Bund ist an den Gesprächen zwischen den Bundesländern und der Ärzteschaft nicht beteiligt und hat daher auch keine Kenntnis über den Stand der Gespräche.

8. Wird die Bundesregierung der Forderung des 107. Deutschen Ärztetages nach gesetzlichen Grundlagen für eine kompetente und der ärztlichen Sorgfalt entsprechende Begutachtung Kranker zu jedem Zeitpunkt im Abschiebungsverfahren entsprechend initiativ werden, und wenn nein, warum nicht?

Auf die Antwort zu Frage 7 wird verwiesen: Die Durchführung von Abschiebungen fällt in die Zuständigkeit der Länder.

9. Unterstützt die Bundesregierung die Anregung des Präsidenten der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Dr. Hoppe, gegenüber der IMK (Schreiben vom 4. November 2005), den Informations- und Kriterienkatalog zur medizinischen Begutachtung bei „Rückführungen“ bundesweit einzusetzen, wenn ja, was unternimmt sie in dieser Hinsicht, wenn nein, warum nicht?

Auf die Antwort zu Frage 7 wird verwiesen. Es ist Sache eines jeden Bundeslandes, über die Verbindlichkeit des Informations- und Kriterienkatalogs zu entscheiden.

10. a) Unterstützt die Bundesregierung die Idee eines „Ärztepools“, nach der sich Behörden und Gerichte an besonders qualifizierte und fortgebildete Ärzte/innen und Psycholog(inn)en zur Erstellung fachkundiger Gutachten wenden können?

Wenn ja, wie, wenn nein, warum nicht?

Die Behörden und Gerichte sind bei der Auswahl der von ihnen zu beauftragenden Sachverständigen grundsätzlich frei. Dieser Wahlfreiheit trüge eine Beschränkung auf Ärzte und Psychologen eines „Ärztepools“ nicht Rechnung. Die Entscheidungserheblichkeit des konkreten Gutachtens im Einzelfall lässt sich im Übrigen nicht durch ein Abstellen auf eine ärztekammerlich zertifizierte Qualifizierung des Gutachters ersetzen. Dem steht nicht entgegen, dass Behörden und Gerichte sich vorrangig an Gutachter wenden dürften, die sich bereits als besonders qualifiziert erwiesen haben.

- b) Wie beurteilt die Bundesregierung Modelle zur Qualitätssicherung von Attesten und gutachterlichen Stellungnahmen wie etwa im Land Berlin, wonach den Stellungnahmen als besonders qualifiziert ausgewiesener Fachärzte/innen und Psycholog(inn)en, die auf einer von den Ärztekammern geführten Liste aufgeführt sind, eine besondere Beweiskraft zukommt, d. h. dass diese im Regelfall nicht noch einmal behördlich auf ihre Stichhaltigkeit hin überprüft werden, sofern formale und inhaltliche Mindestanforderungen erfüllt sind – etwa auch als mögliches Modell für die Prüfungspraxis beim BAMF?

Die Bundesregierung kommentiert Maßnahmen der Länder grundsätzlich nicht. Eine Übernahme solcher Regelungen für das BAMF ist nicht vorgesehen. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 10a verwiesen.

- c) Was unternimmt die Bundesregierung, um an Abschiebungen traumatisierter Menschen beteiligten Amtsärzten/innen das für die Beurteilung hiermit zusammenhängender Gefahren erforderliche Fachwissen zu vermitteln, sind Fortbildungen und Schulungsmaßnahmen geplant, wenn ja, welche, wenn nein, warum nicht?

Die Fortbildung von Amtsärzten/innen ist Angelegenheit der Länder. Soweit bei entsprechenden Fortbildungsveranstaltungen eine Beteiligung des BAMF gewünscht wird, kommt es diesem Wunsch im Rahmen seiner personellen Möglichkeiten nach.

- d) Unterstützt die Bundesregierung eine Fortbildung und Aufklärung von Richter/innen zu posttraumatischen Belastungsstörungen, wie von der Bundesärztekammer geplant, wenn ja, wie, wenn nein, warum nicht?

Die Deutsche Richterakademie – eine von Bund und Ländern gemeinsam getragene, überregionale Fortbildungseinrichtung für Richterinnen und Richter – bietet regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen zu Fragen des Asyl- und Ausländerrechts an, die auch den Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen behandeln. So hat sich zuletzt im Oktober 2006 eine Tagung an der Deutschen Richterakademie mit aktuellen Fragen des Asyl- und Ausländerrechts beschäftigt.

11. Wie verteilen sich die laut Evaluationsbericht zum Zuwanderungsgesetz (Seite 54) 2 292 Fälle des Jahres 2005, in denen das BAMF entsprechend § 72 Abs. 2 AufenthG zur Prüfung von Abschiebungshindernissen von den Ausländerbehörden beteiligt wurde, auf die einzelnen Bundesländer?

- a) Wie viele solcher Beteiligungsersuchen aus welchen Bundesländern gab es im 1. Halbjahr 2006?

Im Jahr 2005 wurden im Beteiligungsverfahren gemäß § 72 Abs. 2 AufenthG 2 292 Anfragen gestellt. Im Jahr 2006 waren es bis zum 22. November 2006 1 436 Anfragen.

Bundesland	2005	2006
Baden-Württemberg	183	159
Bayern	66	70
Berlin	831	274
Brandenburg	5	5
Bremen	59	29

Bundesland	2005	2006
Hamburg	64	107
Hessen	235	144
Mecklenburg-Vorpommern	0	0
Niedersachsen	238	145
Nordrhein-Westfalen	544	457
Rheinland-Pfalz	18	10
Saarland	27	12
Sachsen	3	9
Sachsen-Anhalt	9	4
Schleswig-Holstein	9	9
Thüringen	1	2

- b) In wie vielen Fällen der Ersuchen (in absoluten Zahlen und in Prozent) wurde vom BAMF ein Abschiebungshindernis festgestellt bzw. abgelehnt (bitte auch nach Herkunftsländern differenzieren)?

Ob ein zielstaatsbezogenes Abschiebungsverbot im Sinne von § 60 Abs. 7 AufenthG vorliegt, wird von den Ausländerbehörden der Länder entschieden, das BAMF ist lediglich zu beteiligen (§ 72 Abs. 2 AufenthG). Die Inhalte der Stellungnahmen des BAMF werden nicht statistisch erfasst.

- c) In wie vielen Fällen der Ersuchen (in absoluten Zahlen und in Prozent) handelte es sich um krankheitsbedingte Abschiebungshindernisse, die zu überprüfen waren (bitte differenzieren: physische Erkrankungen, posttraumatische Belastungsstörungen, sonstige psychische/psychiatrische Erkrankungen) und wie war in diesen Fällen die Anerkennungs-/Ablehnungsquote bitte auch nach Herkunftsländern differenziert)?

Auf die Antwort zu Frage 11b wird verwiesen.

12. Ist es nach Auffassung der Bundesregierung rechtlich zulässig, dass das BAMF im Rahmen der Beteiligung nach § 72 Abs. 2 AufenthG von den Ausländerbehörden übersandte (fach-)ärztliche Atteste und psychologische Stellungnahmen/Gutachten auf ihre inhaltliche Stichhaltigkeit/Schlüssigkeit hin überprüft, oder ist dies die Aufgabe der Ausländerbehörden und das BAMF muss sich auf die Bewertung der auslandsbezogenen Aspekte (Behandlungsmöglichkeiten im Herkunftsland usw.) beschränken?

Nach der Gesetzesbegründung ist Grund für die Beteiligung des BAMF sicherzustellen, dass seine besondere Sachkunde in die Entscheidung der Ausländerbehörden einfließt. In diesem Zusammenhang umfasst seine Zuständigkeit auch, (fach-)ärztliche Atteste und psychologische Stellungnahmen/Gutachten hinsichtlich ihrer Substanz und Plausibilität zu beurteilen (siehe auch Antwort zu Frage 3).

13. Hat die Bundesregierung Kenntnis oder kann sie sich Kenntnis verschaffen über eine Anfrage des BAMF an die Bundesländer, wonach „die Länder im Benehmen mit dem Bundesinnenministerium um Mitteilung gebeten [wurden], inwieweit eine Bereitschaft bestehe, die Kosten notwendiger medizinischer Behandlungen im Einzelfall zu übernehmen, wenn damit die Gewährung eines Abschiebehindernisses abgewandt werden könne“, und in der „um Benennung zentraler Ansprechpartner gebeten [wird], bei denen die Sachbearbeiter des Bundesamtes im konkreten Einzelfall hinsichtlich einer Kostenübernahme nachfragen können“ (aus einem Schreiben des Niedersächsischen Innenministeriums an die Zentrale Ausländerbehörde in Oldenburg vom 23. Januar 2006, das der Fragestellerin vorliegt), und wenn ja, was beinhaltet dieses Schreiben weiterhin?

Die Anfrage hat das BAMF mit Schreiben vom 1. Spetember 2005 an den Verteiler der „Arbeitsgruppe Rückführung“ gerichtet. Neben den in der vorstehenden Frage bereits genannten Aspekten enthält die Anfrage die Anregung, dass die Ausländerbehörden Bitten an das BAMF, die Einleitung eines Widerrufsverfahrens zu prüfen, zwecks Verfahrensbeschleunigung mit der Zusage verbinden, die Kosten einer notwendigen medizinischen Behandlung im Herkunftsland zu übernehmen.

- a) Hält die Bundesregierung einen solchen Ansatz (Abwendung von Abschiebungsschutz durch Kostenübernahmen für eine Behandlung im „Abschiebungszustaat“) auch bei traumatisierten Menschen für rechens und dem Krankheitsbild einer posttraumatischen Belastungsstörung und der besonderen Schutzbedürftigkeit und Verletzlichkeit traumatisierter Menschen für angemessen (bitte begründen)?

Wenn nein, was tut sie, um solche Initiativen des BAMF zur institutionalisierten Erleichterung von Abschiebungen kranker Menschen zu unterbinden?

Ja. Sofern eine adäquate medizinische Versorgung im Zielstaat der Abschiebung gewährleistet ist, ist sie schon aus Kostengründen der i. d. R. weitaus teureren Versorgung im Bundesgebiet vorzuziehen. Im Übrigen ist es immer eine Frage des Einzelfalles (Schwere der Erkrankung, Verfügbarkeit muttersprachlicher Therapeuten, familiäres Umfeld etc.), ob eine solche Maßnahme sachgerecht ist. Die Entscheidung, ob und wie (z. B. finanziell oder durch Bereitstellung von Medikamenten) Unterstützung im Zielstaat der Abschiebung gewährt wird, trifft dabei jedes einzelne Bundesland für sich.

- b) Ist der Bundesregierung die „Stellungnahme der wissenschaftlichen Fachgesellschaften zur Untersuchung von Flüchtlingen vor Abschiebungen“ (z. B.: <http://www.fluechtlingsrat-nrw.de/1873/index.html>) bekannt, in der im Zusammenhang der Gefahren einer zwangsweisen „Rückführung“ von Traumatisierten darauf hingewiesen wird, dass selbst „im Herkunftsland bestehende Behandlungsmöglichkeiten die Prognose nur gering“ verbessern, weil in „räumlichem Kontakt mit den Orten der Gewalterfahrungen [...] nicht damit zu rechnen [ist], dass bei den Betroffenen ein Gefühl innerpsychischer Sicherheit entsteht, dass für einen Behandlungserfolg notwendig ist“ – und wie ist die oben genannte Initiative des BAMF mit dieser fachlichen Beurteilung vereinbar (bitte begründen)?

Die zitierten Passagen tragen der anerkannten Auslegung des Abschiebungsverbots nach § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG nicht Rechnung. Im Hinblick auf diese Vorschrift kommt es darauf an, wie die Prognose unter Einbeziehung der Behandlungsmöglichkeiten lautet und nicht, in welchem Umfang sie sich gegenüber der Situation der Nichtberücksichtigung dieser Möglichkeiten verbessert. Zudem wird der Asylbewerber nicht an die Orte seiner Gewalt-

erfahrung zurückgeschickt, sondern auf das Gebiet des gesamten Herkunftslandes verwiesen, so dass er den angesprochenen räumlichen Kontakt vermeiden kann.

- c) Ist der Bundesregierung die Rechtsprechung und der wissenschaftliche Forschungsstand bekannt, wonach bereits das Erleben einer Zwangsabschiebung an sich bei schwer traumatisierten Menschen die Gefahr einer Retraumatisierung beinhaltet und somit als Abschiebungshindernis zu werten ist, es also auf die Behandlungsmöglichkeiten im Herkunftsland in solchen Fällen gar nicht ankommt –, und wie ist die oben genannte Initiative des BAMF hiermit zu vereinbaren (bitte begründen)?

Die Frage, ob möglicherweise bereits während des Abschiebungsvorganges durch das Erleben einer Zwangsabschiebung Gesundheitsgefahren entstehen, hat die für die Durchführung der Abschiebung zuständige Ausländerbehörde und nicht das BAMF zu beantworten. Die Anfrage des BAMF ist darauf zurückzuführen, dass die Länder das Bundesamt im Rahmen der „Arbeitsgruppe Rückführung“ um eine gesonderte Länderabfrage gebeten hatten.

- d) Welche Bundesländer haben dem BAMF bislang mit welchem Inhalt geantwortet, und welche Bundesländer haben dem BAMF, wie erbeten, zentrale Ansprechpartner benannt, mit denen die Frage einer Kostenübernahme von Behandlungskosten nach einer Abschiebung besprochen werden kann?

Der Inhalt der Antwortschreiben der Länder wird in nachfolgender Tabelle dargestellt:

	Bereitschaft zur Kostenübernahme	Zentraler Ansprechpartner	Dezentrale Ansprechpartner	Finanzierungszusage bei Widerrufsbegehren
Baden-Württemberg	Kommunen zuständig, aber Ministerium setzt sich für Kostenübernahme ein	ja, subsidiär		
Bayern	ja	ja		wird begrüßt und unterstützt
Berlin	nein	nein		
Brandenburg	Kommunen zuständig	nein		Wunsch weitergeleitet
Bremen	grundsätzlich ja, vorbehaltlich Einzelfallprüfung	ja		
Hamburg	nach Einzelfallprüfung	ja		
Hessen	Kommunen zuständig, aber Ministerium setzt sich für Kostenübernahme ein	ja, subsidiär		
Mecklenburg-Vorpommern	ja	ja		Wunsch weitergeleitet
Niedersachsen	Kommunen zuständig, aber Ministerium setzt sich für Kostenübernahme ein	ja, subsidiär	namentlich benannte Ansprechpartner in den einzelnen Ausländerbehörden	

	Bereitschaft zur Kostenübernahme	Zentraler Ansprechpartner	Dezentrale Ansprechpartner	Finanzierungszusage bei Widerrufsbegehren
NRW	Entscheidung der Kommunen	nein	namentlich benannte Ansprechpartner in den einzelnen Ausländerbehörden	Prüfung durch Kommunen
Rheinland-Pfalz	Den Kommunen können vom Land im Rahmen eines Sonderprogramms finanzielle Mittel zur Finanzierung von Rückführungsmaßnahmen zur Verfügung gestellt werden, aus denen auch die Kosten für eine medizinische Versorgung im Herkunftsland bestritten werden können.	nein	namentlich benannte Ansprechpartner in den einzelnen Ausländerbehörden	
Saarland	Bei Unterbringung des Asylbewerbers in Landesunterkunft Einzelfallentscheidung durch Landesamt für Ausländer- und Flüchtlingsangelegenheiten. Im Übrigen Kreise bzw. Stadtverband Saarbrücken zuständig	nein		
Sachsen		ja		
Sachsen-Anhalt	Ausländerbehörden zuständig	nein		
Schleswig-Holstein		nein	Leiter der zuständigen Ausländerbehörden	
Thüringen	Kommunen zuständig	nein		ja

14. a) Sind der Bundesregierung Gerichtsentscheidungen bekannt (etwa: VG 10 A 350.06, B. v. 7. August 2006), nach denen die Gefahr einer Re-traumatisierung durch eine Abschiebung insbesondere nicht durch eine „ärztliche Begleitung der Abschiebung“ abgewendet werden kann, weil ein „begleitender Arzt während der Abschiebung akut auftretende psychische Ausnahmezustände zu behandeln und gegebenenfalls zu lindern vermag, die traumatisierende Wirkung der Abschiebung indes [...] nicht verhindern“ kann (ebd., Seite 3), und wie bewertet die Bundesregierung vor diesem Hintergrund die Beteiligung der Bundespolizei an Abschiebungen traumatisierter Menschen, die in ärztlicher „Begleitung“ erfolgen bzw. die erst durch diese „Begleitung“ möglich gemacht werden?

Die Durchführung der Abschiebung fällt in die Zuständigkeit der Ausländerbehörden der Länder. Der Bundespolizei erwächst kein eigenständiger Bewertungsspielraum.

- b) Sind der Bundesregierung Gerichtsentscheidungen bekannt (etwa: VGH BW – 11 S 389/01, B. v. 7. Mai 2001; in: InfAuslR 9/2001, 384), mit denen auf die umfassende „Schutzpflicht des Staates“ für Leib, Leben und körperliche Unversehrtheit hingewiesen wird, die verletzt wird, „wenn das ernsthafte Risiko besteht, dass unmittelbar durch die Abschiebung der Gesundheitszustand des Ausländers wesentlich (oder gar lebensbedrohlich) verschlechtert wird, dass also

die Abschiebung den Ausländer in diesem Sinn krank oder kränker macht“, und wie bewertet die Bundesregierung vor diesem Hintergrund die Beteiligung der Bundespolizei an Abschiebungen traumatisierter Menschen, die mit der Gefahr einer Retraumatisierung verbunden sind?

Die Durchführung der Abschiebung fällt in die Zuständigkeit der Ausländerbehörden der Länder. Durch die Klärung von Abschiebungsverboten im ausländerrechtlichen Verfahren werden die in der Fragestellung geschilderten möglichen Gefahren geprüft und bewertet.

15. Warum wird die Frage der Angemessenheit der Rechtslage und der Qualität des behördlichen und rechtlichen Umgangs mit traumatisierten Flüchtlingen im Evaluationsbericht des Bundesinnenministeriums zum Zuwanderungsgesetz nicht gesondert behandelt?

Es war im Rahmen des Berichts nicht möglich, auf alle Fragen einzugehen, die das Zuwanderungsgesetz betreffen könnten.

16. a) Was hat die Evaluierung der Dienstanweisungen über Rückführungen auf dem Luftweg („BestRück Luft“) durch das Bundesinnenministerium in Bezug auf „Flugreisetauglichkeit“ bei posttraumatischen Belastungserkrankungen inhaltlich erbracht, welches Zahlenmaterial liegt vor, ist dieses einsehbar?

Da die Dienstanweisungen nicht gesondert auf PTBS eingehen, waren die Störungen auch nicht gesondert Gegenstand der Evaluierung. Die Bundespolizei führt keine Statistiken zur Anzahl der Rückführungen posttraumatisierter Personen.

- b) Was sieht die aktuelle Fassung der „BestRück Luft“ in Bezug auf „Flugreisetauglichkeit“ bei posttraumatischen Belastungserkrankungen vor und wie ist die Praxis der Bundespolizei und die Zusammenarbeit mit den Ausländerbehörden?

Die „BestRück Luft“ befasst sich nicht mit PTBS im Besonderen. Sofern PTBS bekannt sind, werden diese in ihrer Krankheitswertigkeit einschließlich der Bewertung der therapeutischen Behandlungsmöglichkeiten im Zielstaat im Vorfeld durch die Ausländerbehörden geklärt. Die zuständige Ausländerbehörde trifft individuelle Entscheidungen. Die Zusammenarbeit mit den Ausländerbehörden ist gut.

- c) Wann ist der „BestRück Luft“ gemäß eine akute Gesundheitsverschlechterung bei abzuschiebenden traumatisierten Personen gegeben, die eine erneute Begutachtung und Prüfung der „Flugreisetauglichkeit“ erforderlich macht, und anhand welcher Kriterien stellen die Bediensteten der Bundespolizei eine solche akute Gesundheitsverschlechterung im Verlauf einer Abschiebung fest?

Für die Beurteilung einer akuten Verschlechterung des Gesundheitszustandes sind die ärztlichen Befunde entscheidend. Es können aber auch bisher im Vorfeld nicht geprüfte und nunmehr vorgebrachte gesundheitliche Beschwerden bzw. Erkrankungen für die ärztliche Beurteilung entscheidend sein. Eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes wird durch eine Ärztin/einen Arzt festgestellt.

- d) Soll an dem Begriff und Kriterium einer „Flugreisetauglichkeit“ festgehalten werden, obwohl dies gerade bei posttraumatischen Belastungserkrankungen aus fachlich-medizinischer Sicht auf Kritik stößt, da die Frage möglicher Gesundheitsgefährdungen nicht auf die isolierte Frage einer „Reisefähigkeit“ reduziert werden könne (bitte begründen)?

An dem Begriff „Flugreisetauglichkeit“ soll festgehalten werden. Die Flugreisetauglichkeitsbescheinigung ersetzt nicht das ausländerrechtliche Verfahren, das auch die Prüfung vorgebrachter gesundheitlicher Beeinträchtigungen und die Frage umfasst, inwieweit diese ein Abschiebungsverbot begründen können. Die kurzfristige Vorlage einer Bescheinigung der Flugreisetauglichkeit soll aus Gründen der Fürsorge verhindern, dass gegebenenfalls eine bekannte Erkrankung sich verschlimmert hat oder akute Erkrankungen aufgetreten sind. Ferner sollen bisher nicht vorgebrachte Erkrankungen, die aus gesundheitlichen Gründen Einfluss auf den unmittelbar bevorstehenden Flug haben könnten, noch bewertet werden können. Die Flugreisetauglichkeitsbescheinigung wird nicht durch Polizeiärztinnen/Polizeiärzte der Bundespolizei erstellt.

- e) Welche Konsequenzen zieht die Bundesregierung für den Bereich der Bundespolizei aus dem Umstand, dass nach Ansicht ärztlicher Gutachter eine „Reisefähigkeit“ insbesondere nicht durch die Verabreichung von Medikamenten hergestellt werden kann (vgl. Erfahrungsbericht des Innenministeriums NRW mit dem Informations- und Kriterienkatalog zu Fragen der ärztlichen Mitwirkung bei Rückführungen vom 16. April 2006, Seite 13), wird sie insbesondere solchen Versuchen der medikamentösen Herstellung von „Reisefähigkeit“ grundsätzlich Einhalt gebieten (bitte begründen)?

Konsequenzen sind nicht zu ziehen, da die Verabreichung von Medikamenten mit dem alleinigen Ziel, die Reisefähigkeit herzustellen, nicht erfolgt. Die etwaige Gabe von Arzneimitteln bedarf stets einer entsprechenden medizinischen Indikation.

17. Was beabsichtigt die Bundesregierung an konkreten Initiativen, um den Grundsatz der Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse von besonders schutzbedürftigen Personen, zu denen unter anderem Personen gehören, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, sicherzustellen (vgl. Artikel 15 Abs. 2, Artikel 17 Abs. 1 und Artikel 20 der EU-Richtlinie 2003/9/EG, sowie Artikel 20 Abs. 3 und Artikel 29 Abs. 3 der EU-Richtlinie 2004/83/EG des Rates)
- a) in Bezug auf die Praxis des Bundesamtes
- b) in Bezug auf Gesetzesänderungen
- und welche Behörde wird in welchem Einzelprüfungsverfahren die besondere Hilfebedürftigkeit feststellen (Artikel 17 Abs. 2 der EU-Richtlinie 2003/9/EG)?

Im Bereich der Richtlinie 2003/9/EG („Aufnahmerichtlinie“) und der Richtlinie 2004/83/EG („Qualifikationsrichtlinie“) bedarf es nicht grundlegender Änderungen. Die bestehende deutsche Rechtslage stimmt im Wesentlichen mit den europarechtlichen Vorgaben, insbesondere denen der Aufnahmerichtlinie, überein [siehe Begründung des Entwurfs eines Gesetzes zur Umsetzung aufenthalts- und asylrechtlicher Richtlinien der Europäischen Union, Allgemeiner Teil (Stand: 13. März 2006)]. Die speziellen Bedürfnisse besonders schutzbedürftiger Personen sind über § 6 Abs. 1 des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) (sonstige Leistungen) gewährleistet. Anpassungsbedarf für das

Asylverfahrensgesetz besteht noch in dem Punkt, Asylbewerber innerhalb einer bestimmten Frist über ihre Rechte und Pflichten im Asylverfahren zu unterrichten. Diesem Bedarf wird der Entwurf des Richtlinienumsetzungsgesetzes dadurch gerecht, dass dem § 47 des Asylverfahrensgesetzes (AsylVfG) ein Absatz 4 angefügt werden soll, nach dem die Aufnahmeeinrichtungen i. S. d. § 44 ff. AsylVfG den Ausländer auf seine Rechte und Pflichten nach dem AsylbLG hinweisen. Diese Hinweispflicht bezieht sich zum Beispiel insbesondere auf die Stellen, die den Ausländer über seine medizinische Versorgung beraten können. Der speziellen Situation von hilfebedürftigen Personen wird somit Rechnung getragen.

