

## **Antwort**

### **der Bundesregierung**

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Ulla Jelpke, Sevim Dağdelen, Petra Pau, weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.  
– Drucksache 17/4591 –**

### **Umgang mit kranken und traumatisierten ausreisepflichtigen Ausländerinnen und Ausländern**

#### Vorbemerkung der Fragesteller

In Deutschland kommt es immer wieder zu Fällen, in denen Asylsuchenden die Zuerkennung eines Asyl- oder Flüchtlingsstatus verweigert wird, obwohl die Betroffenen aufgrund erlittener Verfolgungshandlungen oder der Vertreibung aus ihrer Heimat traumatische Verletzungen davon getragen haben. Diese treten – manchmal erst Jahre nach dem traumatisierenden Erlebnis – als Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) auf, die oft auch mit psychosomatischen Erkrankungen z. B. des Herz-Kreislauf-Systems einhergehen. Diese Erkrankungen gelten in bestimmten Konstellationen wiederum als „Abschiebungshindernis“, sei es, weil ein Suizid in unmittelbarem Zusammenhang mit einer Abschiebung droht, oder weil den Erkrankten in ihrem Herkunftsland keine angemessene ärztliche Behandlung zur Verfügung steht und dies absehbar erhebliche Gesundheitsgefährdungen zur Folge hätte. In der Behördenpraxis und bei Gerichtsentscheidungen werden hohe Anforderungen an den Grad der Erkrankung gestellt und verlangt, dass die Betroffenen nachweisen müssen, dass ihnen im Falle einer Abschiebung im Herkunftsland oder durch die Abschiebung mit hoher Wahrscheinlichkeit ganz erhebliche Gefährdungen drohen. In diesen Fällen können die Betroffenen einen „subsidiären“ Schutzstatus (Abschiebeschutz) nach § 60 Absatz 7 Satz 1 des Aufenthaltsgesetzes (AufenthG) oder eine Duldung oder Aufenthaltserlaubnis wegen inlandsbezogener Abschiebungshindernisse erhalten. Sehen die Behörden eine Behandlung im Herkunftsstaat als möglich an (was noch keine Aussage über die tatsächliche Erreichbarkeit und Finanzierbarkeit einer erforderlichen Behandlung darstellt, obwohl nach der Rechtsprechung auch dies berücksichtigt werden müsste), interessiert Behörden zumeist nur noch die Flugreisetauglichkeit bzw. Reisefähigkeit der Betroffenen im Falle ihrer Abschiebung. Statt auf die Beurteilung der behandelnden Ärztinnen und Ärzte oder Therapeutinnen und Therapeuten vertrauen die Behörden dabei regelmäßig mehr auf Amts- und Polizeiarzte, in den vergangenen Jahren vermehrt auch auf frei tätige Ärzte, die die Prüfung der Flugfähigkeit als Dienstleistung anbieten.

In der jüngeren Vergangenheit haben verschiedene Fälle für Aufsehen gesorgt, in denen deutsche Behörden trotz eindeutiger psychiatrischer Krankheitsbefunde Flugfähigkeitsbescheinigungen „besorgt“ haben. So berichtete das Nachrichtenportal „Der Westen“ am 22. November 2010 („Abschiebung in aller Härte“) vom Fall eines minderjährigen Afghanen, der nach mehrfachen Selbstmordversuchen von einem Arzt am Düsseldorfer Flughafen eine „fit to fly“-Bescheinigung ausgestellt bekommen habe – ohne, dass der Arzt ihn überhaupt zu Gesicht bekommen hätte. Die Abschiebung scheiterte an der Weigerung des Flugkapitäns, den „blutenden und zeternden Jungen“ mitzunehmen. Im Dezember 2010 wurde ein Fall aus Bremen bekannt. Dort hatte die Ausländerbehörde mit Hilfe eines Arztes aus dem Saarland türkische Staatsangehörige, von denen mindestens einer als suizidgefährdet und psychisch instabil galt, abzuschicken versucht. Der Arzt hatte sich in einem Schreiben selbst angepriesen, „über eine mehrjährige Erfahrung bei Rückführungen“ zu verfügen und durch die Spezialisierung auf das Ausstellen von Flugfähigkeitsbescheinigungen die „Zeit flexibel gestalten und gegebenenfalls kurzfristig Aufträge übernehmen zu können“. Aus den zitierten Unterlagen geht hervor, dass der Arzt eine Fallpauschale von 500 Euro pro Tag plus Spesen ansetzt – für das bloße Ausstellen einer Bescheinigung ein ansehnliches Honorar. In dem Artikel („Wie Ärzte mit Abschiebungen Kasse machen“, [www.heise.de](http://www.heise.de)) ist außerdem von einem türkischen Ärzteteam die Rede, das offenbar zu ähnlichen Konditionen Abgeschobene am Flughafen in Istanbul in Empfang nimmt, um durch diese „Betreuung“ im Zielland der Abschiebung ein Abschiebungshindernis zu beseitigen.

Keine medizinische Betreuung stand – trotz im Allgemeinen anders lautenden Erklärungen des Auswärtigen Amtes – der Kosovo-Romni Borka T. zur Verfügung, als sie am 7. Dezember 2010 abgeschoben wurde (vgl. Frankfurter Rundschau vom 12. Januar 2011, „Kein Arzt, keine Medikamente“). Ihr waren eine Posttraumatische Belastungsstörung und Depressionen attestiert worden, sie befand sich deshalb in Deutschland in fachärztlicher und therapeutischer Behandlung. Sie starb einen Monat nach der Abschiebung an einer Hirnblutung. Ein Zusammenhang mit der enormen psychischen Belastung durch die Abschiebung und die drohende Rückkehr an den Ort der Traumatisierung kann jedenfalls nicht ausgeschlossen werden.

1. In welchen Fällen ist bei der Feststellung der (Flug-)Reisefähigkeit im Zusammenhang mit einer Abschiebung die Zuständigkeit der Bundespolizei gegeben, und wie laufen Reisefähigkeitsprüfungen unter Mitwirkung der Bundespolizei im Allgemeinen ab (bitte nach Abschiebungen in Amtshilfe für Landesbehörden und nach Abschiebungen und Zurückweisungen bzw. Zurückschiebungen in Zuständigkeit der Bundespolizei differenzieren)?

Soweit die Bundespolizei bei dem Vollzug einer zu begleitenden Rückführung auf dem Luftweg beteiligt ist, liegt die Zuständigkeit für die eventuell erforderliche Feststellung der Flugreisetauglichkeit bei der zuständigen Landesbehörde.

Wenn eine originäre Zuständigkeit der Bundespolizei für eine Rückführungsmaßnahme gegeben ist (z. B. bei Zurückschiebungen oder Einreiseverweigerungen) und der Vollzug auf dem Luftweg erfolgen soll, veranlasst sie – soweit erforderlich – auch die Prüfung der Flugreisetauglichkeit.

Ein besonderes Verfahren zur Feststellung der Flugreisetauglichkeit gibt die Bundespolizei in beiden Konstellationen nicht vor.

2. Kooperiert die Bundespolizei im Rahmen solcher (Flug-)Reisefähigkeitsprüfungen gelegentlich mit frei tätigen Ärzten, um die Flugreisefähigkeit von „Abschüblingen“ prüfen zu lassen?

Sofern die Zuständigkeit für die Veranlassung einer Rückführungsmaßnahme bei der Bundespolizei liegt und die Feststellung der Flugreisetauglichkeit erforderlich ist, erfolgt die Prüfung in der Regel durch Ärzte der Bundespolizei. Ist dies im Einzelfall nicht möglich, so können bei Bedarf auch Ärzte außerhalb der Bundespolizei für diese Aufgabe in Anspruch genommen werden.

3. Wie ist der genaue Stand der Überlegungen der Bundesländer, des Bundes bzw. im Rahmen der Innenministerkonferenz zur Errichtung eines Pools von Ärzten und Ärztinnen (für Flugmedizin) zur „Verbesserung“ der Prüfung der „Flugtauglichkeit“ abzuschiebender Personen (vgl. Pressemitteilung des Niedersächsischen Ministeriums für Inneres und Sport vom 10. März 2008 und Frankfurter Rundschau vom 14. April 2008, „Abschiebung leicht gemacht“)?

Seitens der Bundespolizei bestehen keine Überlegungen, einen „Ärztepool“ einzurichten. Im Übrigen liegen keine Erkenntnisse hierzu vor.

4. Welche Angaben kann die Bundesregierung über den vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) gebildeten „Gutachterpool“ machen, insbesondere zu den Fragen

In den Urteilen vom 11. September 2007 (10 C 8.07 und 10 C 17.07) hat das Bundesverwaltungsgericht dargelegt, welche Anforderungen an die Sachaufklärungspflicht in Fällen, in denen eine posttraumatische Belastungsstörung vorgetragen wird, zu stellen sind. Daraufhin hat sich das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge bemüht, eine engere Zusammenarbeit mit renommierten Fachleuten auf dem Gebiet der Psychotraumatologie aufzubauen. Diese sollen sowohl beratend als auch für die Begutachtung von Asylantragstellern und für die Fertigung von methodenkritischen Stellungnahmen zur Verfügung stehen. Dadurch kann den Aussagen des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge dort, wo medizinische Sachverhalte für die juristische Entscheidung eine Rolle spielen, der nötige fachliche Hintergrund gegeben werden. Die Zusammenarbeit mit derartigen Fachleuten befindet sich im Aufbau, so dass momentan keineswegs abschließend von einem feststehenden Gutachterpool gesprochen werden kann.

- a) in welcher Weise und von wem dieser Pool genutzt wird,

Wie bereits dargelegt, stehen die Ärzte bzw. Psychologen aus dem sogenannten Gutachterpool dem Bundesamt für Migration und Flüchtlinge bei Bedarf nicht nur für die Fertigung methodenkritischer Stellungnahmen und die Erstellung von Gutachten, sondern auch zu Schulungszwecken bzw. zur fachlichen Beratung in medizinischen bzw. psychologischen Fragen zur Verfügung.

- b) welche Ärzte und Ärztinnen oder Psychologinnen und Psychologen nach welchen Kriterien in diesen Pool aufgenommen werden,

Bei der Auswahl spielen sowohl die fachliche Qualifikation/Reputation auf dem jeweiligen Fachgebiet, die erforderliche Neutralität als auch die Tätigkeit in einer bestimmten Region eine Rolle, da bei Begutachtungen nach einer möglichst wohnortnahen Lösung für den betroffenen Ausländer gesucht wird.

- c) welche Fachrichtungen dort mit wie vielen Medizinern vertreten sind?

Der „Gutachterpool“ wird mit dem Ziel aufgebaut, in Fällen vorgetragener psychischer Erkrankungen, insbesondere aber bei geltend gemachter posttraumatischer Belastungsstörung, den Sachverhalt so aufzuklären, dass eine sachgerechte juristische Entscheidung möglich ist. Um den dafür nötigen medizinischen bzw. psychologischen Sachverstand einzuholen, werden vorwiegend Fachleute aus den Bereichen Forensische Psychiatrie und Psychotraumatologie zu Rate gezogen.

5. Welche Informationen hat die Bundesregierung zur Zahl abzuschiebender Personen im Jahr 2010 (und in den Jahren davor), die ein ärztliches oder psychologisches Attest zur Frage der Reisefähigkeit vorgelegt hatten bzw. bei denen medizinische Fragen im Zusammenhang einer Abschiebung geklärt werden mussten, und wie viele von ihnen wurden tatsächlich abgeschoben?

Der Bundesregierung liegen keine statistischen Angaben im Sinne der Fragestellung vor.

6. Welche Informationen hat die Bundesregierung zur Zahl abzuschiebender Personen im Jahr 2010 (und in den Jahren davor), bei denen durch Stellen des Bundes (auch vermittelnd) medizinische Begutachtungen vorgenommen worden sind, und welche Kosten sind in diesem Zusammenhang entstanden?

Der Bundesregierung liegen keine statistischen Angaben im Sinne der Fragestellung vor.

7. Inwieweit werden bei Flugtauglichkeitsprüfungen Posttraumatische Belastungsstörungen und psychische Erkrankungen gesondert berücksichtigt, oder geht es vor allem um die Prüfung der rein physischen Flugfähigkeit (bitte begründen)?

Bei der im Zusammenhang mit dem Vollzug von Rückführungen unter Beteiligung der Bundespolizei gegebenenfalls zu veranlassenden Prüfung der Flugreisetauglichkeit geht es um die gesundheitlichen Voraussetzungen für die Durchführung einer Rückführung auf dem Luftweg bzw. um die Abklärung tatsächlicher Anhaltspunkte für das Vorliegen einer aktuellen medizinischen Kontraindikation.

Grundsätzlich können sowohl körperliche als auch seelische Erkrankungen als medizinische Kontraindikation in Betracht kommen.

8. Wie beurteilt die Bundesregierung die vom Vizepräsidenten der Bundesärztekammer Frank Ulrich Montgomery in diesem Zusammenhang geäußerte Kritik, dass es nicht um eine flugmedizinische Prüfung gehen könne, sondern der – nur von versierten Fachärzten erkenn- und zuordenbare – physische und psychische Stress der Abschiebung selbst zu berücksichtigen sei (kna vom 14. April 2008)?

Die Bundesregierung kommentiert die Auffassung von Herrn Dr. Montgomery nicht.

9. Was sind die Kriterien für die Aufnahme von Ärzten in den Ärztepool der Bundespolizei, und mit welchen Aufgaben werden die darin aufgeführten Ärzte in Zusammenhang mit Abschiebungen betraut?
10. Wie viele Ärzte mit welcher Qualifikation umfasst dieser Ärztepool, und
  - a) wie oft wurde im Jahr 2010 durch die Bundespolizei selbst oder
  - a) durch andere Behörden
 auf Ärzte aus diesem Pool zurückgegriffen?
11. Welche Vergütungssätze gelten für welche Leistungen der Ärzte aus diesem Pool (bitte nach den Einzelleistungen auflisten)?

Die Bundespolizei verfügt über keinen „Ärztepool“.

12. Wie viele Asylsuchende gaben in den Jahren 2006 bis 2010 an, traumatisiert zu sein, wie viele von ihnen wurden als international schutzbedürftige Flüchtlinge anerkannt (bitte nach Jahren und den zehn häufigsten Herkunftsländern auflisten)?

Die Anzahl der zum Stichtag 31. Januar 2011 erfassten Erst- und Folgeantragsteller, die im Rahmen ihres Asylverfahrens Traumatisierungen vorgetragen haben, kann der folgenden Aufstellung entnommen werden. Der Ausgang des Asylverfahrens wird statistisch nicht erfasst.

2006		2007		2008		2009		2010	
gesamt	741	gesamt	437	gesamt	305	gesamt	418	gesamt	548
davon		davon		davon		davon		davon	
Serbien	209	Serbien	90	Türkei	44	Türkei	68	Russische Föderation	86
Türkei	193	Türkei	85	Russische Föderation	33	Kosovo	61	Kosovo	67
Russische Föderation	63	Russische Föderation	58	Kosovo	31	Russische Föderation	59	Türkei	64
Afghanistan	30	Irak	22	Libanon	23	Afghanistan	31	Afghanistan	56
Bosnien u. Herzegowina	28	Syrien,	18	Serbien	23	Irak	31	Iran	33
Irak	23	Afghanistan	17	Iran	21	Serbien	23	Serbien	32
Syrien	21	Iran	17	Irak	16	Iran	18	Irak	28
Iran	20	Bosnien und Herzegowina	15	Syrien	14	Libanon	14	sonst. asiat. Staatsangeh.	21
Aserbaidshan	15	Sri Lanka	13	sonst. asiat. Staatsangeh.	12	sonst. asiat. Staatsangeh.	14	Syrien,	19
sonst. asiat. Staatsangeh.	13	sonst. asiat. Staatsangeh.	10	Afghanistan	11	Syrien	12	Guinea	16

13. Nach welchen Kriterien werden im Asylverfahren oder im Beteiligungsverfahren nach § 72 Absatz 2 AufenthG durch das BAMF Gutachten zur Bewertung von physischen bzw. psychischen Erkrankungen durch wen in Auftrag gegeben?

Im Rahmen der Beteiligung des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge durch die Ausländerbehörden (Verfahren gemäß § 72 Absatz 2 AufenthG) werden Begutachtungen, sofern dies im Einzelfall erforderlich erscheint, durch das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge angeregt, aber nicht direkt in Auftrag

gegeben. In diesem Zusammenhang steht das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge nur beratend zur Verfügung, wenn es um die Auswahl geeigneter Gutachter geht.

Hierbei spielen sowohl die fachliche Qualifikation und Reputation auf dem jeweiligen Fachgebiet, die erforderliche Neutralität als auch die Tätigkeit in einer bestimmten Region eine Rolle, da bei Begutachtungen nach einer möglichst wohnortnahen Lösung für die betroffenen Ausländer zu suchen ist. Eine Auftragsvergabe und die entsprechende Bezahlung erfolgt in diesen Fällen durch die jeweils zuständige Ausländerbehörde.

14. In wie vielen Fällen wurde das BAMF in den Jahren 2006 bis 2010 bei der Prüfung zielstaatsbezogener Abschiebungshindernisse nach § 72 Absatz 2 AufenthG beteiligt, und in wie vielen dieser Fälle wurde ein Abschiebungsverbot durch das BAMF gesehen bzw. die Feststellung eines solchen befürwortet (bitte nach Jahren, den zehn häufigsten Herkunftsländern, den anfragenden Bundesländern und soweit möglich auch nach der Art des Abschiebungshindernisses und der jeweiligen Rechtsgrundlage unterscheiden und insbesondere die Fälle krankheitsbedingter Abschiebungshindernisse kenntlich machen)?

Die Anzahl der zum Stichtag 31. Januar 2011 erfassten Beteiligungen nach § 72 Absatz 2 des Aufenthaltsgesetzes (AufenthG) nach Jahren, Bundesländern und Hauptherkunftsländern kann den folgenden Statistiken entnommen werden. Das jeweilige Votum des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge wird statistisch nicht erfasst.

Beteiligungen nach § 72 Abs. 2 AufenthG					
	2006	2007	2008	2009	2010
Baden-Württemberg	177	117	77	87	105
Bayern	76	63	48	62	60
Berlin	291	91	131	111	102
Brandenburg	5	1	3	9	3
Bremen	29	17	12	19	29
Hamburg	121	75	45	53	30
Hessen	160	81	77	61	102
Mecklenburg-Vorpommern	0	0	5	4	6
Niedersachsen	153	120	87	113	87
Nordrhein-Westfalen	497	226	264	249	301
Rheinland-Pfalz	11	4	14	18	9
Saarland	14	20	13	20	24
Sachsen	12	12	6	18	14
Sachsen-Anhalt	4	4	11	3	5
Schleswig-Holstein	10	14	9	10	8
Thüringen	2	1	3	2	1
Gesamt	1 562	846	805	839	886

2006		2007		2008	
Gesamt	1 562	Gesamt	846	Gesamt	805
Serbien	674	Serbien	230	Kosovo	118
Bosnien und Herzegowina	156	Bosnien und Herzegowina	65	Serbien	89
Somalia	117	Türkei	64	Türkei	89
Afghanistan	100	Afghanistan	46	Bosnien und Herzegowina	57
Türkei	76	Irak	33	Afghanistan	32
Irak	30	Russische Föderation	31	Russische Föderation	31
Iran	28	Ungeklärt	22	Iran	20
Ukraine	24	Iran	19	Ukraine	18
Marokko	20	Ghana	17	Somalia	17
Russische Föderation	20	Somalia	17	Irak	16

2009		2010	
Gesamt	839	Gesamt	886
Kosovo	197	Kosovo	199
Türkei	78	Serbien	68
Serbien	64	Türkei	55
Bosnien und Herzegowina	55	Russische Föderation	44
Iran	31	Bosnien und Herzegowina	36
Afghanistan	26	Afghanistan	30
Russische Föderation	25	Iran	26
Libanon	23	Ungeklärt	20
Irak	18	Irak	18
Mazedonien	18	Syrien	18

15. In wie vielen Fällen stellte das BAMF in den Jahren 2006 bis 2010 das Vorliegen eines Abschiebungshindernisses (§ 60 Absatz 7 AufenthG) aufgrund einer Posttraumatischen Belastungsstörung fest (bitte nach Jahren und nach den zehn häufigsten Herkunftsländern auflisten)?
16. In wie vielen Fällen stellte das BAMF in den Jahren 2006 bis 2010 das Vorliegen eines Abschiebungshindernisses (§ 60 Absatz 7 AufenthG) aufgrund anderer psychischer oder physischer Erkrankungen fest (bitte nach Jahren und nach den zehn häufigsten Herkunftsländern auflisten)?

Entscheidungsgründe, die zum Vorliegen eines Abschiebungshindernisses nach § 60 Absatz 7 AufenthG führen, werden statistisch nicht erfasst, daher kann lediglich die Gesamtzahl der positiven Feststellungen gemäß § 60 Absatz 7 AufenthG je Herkunftsland für Erst- und Folgeantragsteller mitgeteilt werden.

2006		2007		2008	
	§ 60 VII		§ 60 VII		§ 60 VII
<b>Herkunftsländer gesamt</b>	<b>459</b>	<b>Herkunftsländer gesamt</b>	<b>447</b>	<b>Herkunftsländer gesamt</b>	<b>436</b>
<b>davon</b>		<b>davon</b>		<b>davon</b>	
Afghanistan	136	Afghanistan	125	Afghanistan	94
Serbien	89	Somalia	44	Sri Lanka	65
Irak	27	Serbien	38	Irak	44
Türkei	23	Irak	31	Somalia	33
Russische Föderation	22	Sri Lanka	24	Russische Föderation	20
Kongo, Dem. Republik	18	Russische Föderation	20	Serbien	16
Somalia	14	Angola	18	Kosovo	15
Angola	12	Türkei	16	Armenien	15
Kamerun	10	Syrien, Arabische Republik	15	Kongo, Dem. Republik	14
Togo	9	Eritrea	13	Türkei	11
				Angola	11

2009				2010			
	§ 60 VII S.1	§ 60 VII S.2	Summe		§ 60 VII S.1	§ 60 VII S.2	Summe
<b>Herkunftsländer gesamt</b>	<b>1 202</b>	<b>66</b>	<b>1 268</b>	<b>Herkunftsländer gesamt</b>	<b>2 128</b>	<b>82</b>	<b>2 210</b>
<b>Davon</b>				<b>davon</b>			
Afghanistan	590	17	607	Afghanistan	1 383	13	1 396
Irak	181	7	188	Irak	103	6	109
Kosovo	64	2	66	Kosovo	77	2	79
Somalia	9	36	45	Russische Föderation	79	–	79
Kongo, Dem. Republik	31	1	32	Somalia	9	60	69
Sri Lanka	32	–	32	Kongo, Dem. Republik	39	–	39
Türkei	27	–	27	Nigeria	37	–	37
Eritrea	21	–	21	Sri Lanka	31	–	31
Russische Föderation	16	–	16	Serbien	27	–	27
Armenien	16	–	16	Syrien, Arabische Republik	25	–	25

17. In wie vielen Fällen wurde subsidiärer Flüchtlingsschutz nach § 60 Absatz 7 AufenthG in den Jahren 2006 bis 2010 widerrufen, nachdem die medizinische Behandlung des Statusinhabers im Herkunftsland zugesichert werden konnte (bitte nach Jahren, den zehn häufigsten Herkunftsländern und nach den Bundesländern, in denen die Betroffenen ihren Wohnsitz hatten, auflisten)?

Gemeint ist vermutlich nicht der Widerruf des Flüchtlingsschutzes, sondern der Widerruf eines Abschiebungsverbots (vgl. § 73 Absatz 3 des Asylverfahrensgesetzes – AsylVerfG). Unbeschadet dessen liegen der Bundesregierung keine statistischen Angaben im Sinne der Fragestellung vor.

18. Wie oft kam es in den Jahren 2006 bis 2010 vor, dass Feststellungen von krankheitsbedingten Abschiebungshindernissen durch Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter des BAMF durch eine übergeordnete Stelle aufgehoben wurden, und welches ist diese Stelle, und nach welchen Kriterien entscheidet sie (bitte nach Jahren und entscheidenden Stellen auflisten)?

Die Fachaufsicht über das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge liegt beim Bundesministerium des Innern. Das Bundesministerium des Innern hebt jedoch keine Entscheidungen des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge im Sinne der Fragestellung auf. Der Widerruf oder die Rücknahme entsprechender Entscheidungen (vgl. § 73 Absatz 3 AsylVerfG) obliegt dem BAMF selbst.

19. In welchem Rahmen war der Bund im genannten Zeitraum an der Sicherstellung der Behandlung im Herkunftsland von Menschen, bei denen ansonsten ein Abschiebungshindernis bestanden hätte, finanziell beteiligt?
- Bestehen nach Kenntnis der Bundesregierung auf EU-Ebene entsprechende Möglichkeiten zur finanziellen Unterstützung von Abschiebemaßnahmen, durch vermeintliche Beseitigung von „Abschiebungshindernissen“, das heißt insbesondere die Übernahme von Behandlungskosten?

Im Rahmen der Projektförderung durch den Europäischen Rückkehrfonds, der sowohl Projekten mit Maßnahmen zur zwangsweisen Rückführung als auch zur freiwilligen Rückkehr offen steht, besteht die Möglichkeit der „[...] Übernahme der Kosten für notwendige medizinische Untersuchungen vor der Rückkehr [...]“ (Entscheidung Nr. 575/2007/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 23. Mai 2007, Artikel 5 Nummer 1).

Im Rahmen des Kosovo-Rückkehrprojektes „URA 2“ (vgl. Bundestagsdrucksachen 16/14129, 17/423, 17/2089 und 17/3328) kann Rückkehrern bei Bedarf eine Kostenerstattung zur Beschaffung notwendiger Medikamente in Kosovo von einmalig bis zu 75 Euro gewährt werden. Die Zusage bzw. Gewährung dient dabei nicht einer Beseitigung von Abschiebungshindernissen, sondern ist vielmehr eine unterstützende Überbrückungsmaßnahme bei der Wiedereingliederung in die kosovarische Gesellschaft.

20. Was konkret folgte aus der Initiative des BAMF (Schreiben vom 1. September 2005 an den Verteiler der „Arbeitsgruppe Rückführung“; vgl. Bundestagsdrucksache 16/3746 Antwort zu Frage 13), mit der die Bereitschaft der Länder zur Kostenübernahme für Behandlungen im Herkunftsland zur Abwendung einer Anerkennung von Abschiebungshindernissen erfragt und mit der zudem eine vorsorgliche Kostenübernahme für medizinische Behandlungen in Fällen angeregt wurde, in denen ein Widerruf eingeleitet werden soll?
- a) In welchen Konstellationen, zu welchem Stand des Verfahrens und wie häufig werden Länder bzw. die von ihnen benannten zentralen Ansprechpartner bezüglich einer möglichen Kostenübernahme von Behandlungskosten im Herkunftsland durch das BAMF angefragt, und um welche Krankheiten, welchen Kostenumfang und welche Herkunftsländer geht es dabei?

Eine Kostenübernahmeerklärung wird eingeholt, wenn die Gefahr einer wesentlichen Verschlechterung einer bestehenden Erkrankung infolge fehlender oder nicht ausreichender Behandlung im Zielstaat oder wegen fehlender finanzieller Mittel, droht und nach Ablauf des Unterstützungszeitraums vom Fortbestand der Gefahr nicht mehr ausgegangen werden kann (etwa wenn nach Ablauf des zugesagten Zeitraums die Behandlung nicht mehr erforderlich ist oder

innerhalb dieses Zeitraums ein entsprechender Zugang zu den im Herkunftsstaat vorhandenen Behandlungsmöglichkeiten erreicht werden kann).

Da stets einzelfallbezogen geprüft wird, ob eine Kostenübernahmeerklärung überhaupt in Betracht kommt, können keine konkreteren Aussagen dazu getroffen werden, um welchen Kostenumfang, welche Herkunftsländer und Erkrankungen es geht.

- b) Welche Bundesländer sagen regelmäßig oder überwiegend eine solche Kostenübernahme zu, welche lehnen eine solche Verfahrensweise grundsätzlich oder überwiegend ab?

Hierzu liegen der Bundesregierung folgende Informationen aus den Ländern vor:

In Baden-Württemberg entscheiden die kommunalen Sozialhilfeträger über eine Behandlungskostenübernahme. Ein die Sozialhilfeträger bindender Erlass besteht nicht. In geeigneten Fällen setzen sich jedoch die Ausländerbehörden für die Abgabe einer Kostenübernahmezusage ein. Für die Übernahme der Behandlungskosten ist jeweils eine Anregung durch das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge im Rahmen seiner Prüfung von zielstaatsbezogenen Abschiebungsverboten erforderlich. Nach Kenntnis der Ausländerbehörden hält die Rechtsprechung einen Zeitraum von zwei Jahren für ausreichend.

In Bayern gab es bisher das Projekt „Medizinische Hilfen im Heimatland (MHH)“ das für ganz Bayern von der Zentralen Rückführungsstelle Nordbayern durchgeführt wurde. Im Rahmen dieses Projekts wurde in Einzelfällen die Übernahme von medizinischen Behandlungskosten im Heimatland für die Dauer von längstens zwei Jahren abgegeben. Derzeit wird über die Fortführung dieses Projekts nachgedacht. Dessen bisher erfolgte Auswertung hat ergeben, dass für diesen Zweck zur Verfügung gestellte Haushaltsmittel bis jetzt nur sehr zurückhaltend abgerufen worden sind, was in erster Linie daran liegt, dass die betroffenen Personen trotz erfolgter Kostenübernahmeerklärung aus den unterschiedlichsten Gründen nicht zurückgeführt werden können bzw. konnten.

In Berlin besteht seit 2007 die Möglichkeit einer zeitlich befristeten Übernahme von Kosten einer medizinischen Behandlung von Abschiebungsbetroffenen im Heimatland. Hierfür wurde ein Etat von 5 000 Euro pro Jahr im Landeshaushalt eingestellt. Die Kostenübernahme soll in Einzelfällen die Zuerkennung eines zielstaatsbezogenen Abschiebungshindernisses nach § 60 Absatz 7 AufenthG verhindern und somit eine Abschiebung ermöglichen. Als Dauer der Kostenübernahme wurde ein Zeitraum von drei bis sechs Monaten, max. jedoch von zwölf Monaten, festgelegt. Bislang ist nur in einem Einzelfall die Kostenübernahme genehmigt worden.

In Brandenburg gibt es zu dieser Problematik keinen Erlass des Ministeriums des Innern. Die Ausländerbehörden entscheiden im Einzelfall im Zusammenwirken mit der Außenstelle des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge über eine Kostenübernahmeerklärung. Es treten zwei bis drei Fälle im Jahr auf. Über die Dauer der Zahlungen können keine Aussagen getroffen werden.

In Bremen wurde mit Erlass vom 3. Mai 2010 die Übernahme von Kosten medizinischer Versorgung im Herkunftsland Abschiebungsbetroffener bzw. Mitgabe von Medikamenten zur Vermeidung von Abschiebungshindernissen geregelt. Danach soll die Gewährung einer zeitlich befristeten medizinischen Versorgung in der Regel zwei Jahre ab Rückführung nicht übersteigen; eine medizinische Dauerbehandlung kommt nicht in Betracht. Über die Höhe, Dauer und Art der Kostenübernahme ist einzelfallbezogen zu entscheiden. Da die in ihre Heimat zurückgereisten Ausländer zunächst nicht selten vom dort etablierten Gesundheitssystem ausgeschlossen sind, später bei geänderten Verhältnissen

jedoch daran teilhaben können, ist eine Überprüfung der Notwendigkeit im Gewährungszeitraum ggf. angezeigt. Die Kostenübernahme ist nicht auf bestimmte Länder beschränkt. Die Auszahlung von Bargeld an die Rückkehrer für die medizinische Versorgung ist ausgeschlossen.

In Hamburg existiert kein Erlass über die Abgabe von zeitlich befristeten Kostenübernahmeerklärungen der Ausländerbehörden für die Behandlung von Krankheiten im Herkunftsland. In der Regel wird einzelfallbezogen über Höhe, Dauer und Art der Kostenübernahme entschieden, wobei auch die Kostenträgerschaft jeweils individuell geklärt werden muss.

In Hessen entscheiden die Kommunen diese Frage ohne ministerielle Vorgaben. Sie wurden aber um wohlwollende Prüfung des jeweiligen Einzelfalls gebeten. Eine verbindliche Aussage zu der Dauer der Zahlungen ist nicht möglich.

In Mecklenburg-Vorpommern wurden bisher nur wenige Kostenübernahmeerklärungen (sechs bis sieben Fälle) abgegeben und diese bisher auch noch nicht länger als für sechs Monate.

Das Land Niedersachsen hat sich auf Initiative des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge im Jahr 2005 bereiterklärt, nicht nur im Rahmen der Förderung der freiwilligen Rückkehr, sondern auch zur Vermeidung von Abschiebungshindernissen gemäß § 60 Absatz 7 AufenthG Kosten zur Behandlung von Krankheiten im Herkunftsland für die Dauer von bis zu zwei Jahren zu übernehmen. Zuständig ist die Zentrale Aufnahme- und Ausländerbehörde Niedersachsen, Standort Bramsche. Bei dezentraler Unterbringung erfolgt eine Kostenbeteiligung abhängig vom Einzelfall in Absprache mit den Kommunen.

Aufgrund der in Nordrhein-Westfalen bestehenden Zuständigkeit der Kommunen wurden diesen Listen von Ansprechpartnern bei den Ausländerbehörden übersandt, um im Einzelfall eine Kostenübernahme durch die Kommune unmittelbar absprechen zu können. Es besteht hierzu mangels Landeszuständigkeit keine Erlassregelung.

In Rheinland-Pfalz besteht keine Regelung über die Abgabe von zeitlich befristeten Kostenübernahmeerklärungen der Ausländerbehörden für die Behandlung von Krankheiten im Herkunftsland zur Vermeidung von verwaltungsgerichtlichen Feststellungen von Abschiebungshindernissen. Da das Land den Ausländerbehörde keine Abschiebungskosten erstattet, müssen die Ausländerbehörden einzelfallbezogen selbst entscheiden, ob und gegebenenfalls in welchem Umfang und für welchen Zeitraum sie Kostenübernahmeerklärungen abgeben. Soweit bekannt ist, werden Kostenübernahmeerklärungen außer in den Fällen, in denen die Krankenbehandlung nicht von vornherein nur eine bestimmte Zeitspanne notwendig ist, zunächst für die Dauer von ein bis zu zwei Jahren abgegeben.

Im Saarland existiert kein Erlass über die Abgabe von zeitlich befristeten Kostenübernahmeerklärungen der Ausländerbehörden für die Behandlung von Krankheiten im Herkunftsland zur Vermeidung von Feststellungen von Abschiebungshindernissen. Nach Auskunft der Zentralen Ausländerbehörde des Landesverwaltungsamtes wurde bislang nur in ganz wenigen Fällen (unter fünf) eine solche Kostenübernahmeerklärung für die Dauer von sechs Monaten bis maximal einem Jahr abgegeben.

In Sachsen wurde bisher lediglich die Zentrale Ausländerbehörde in wenigen Einzelfällen um derartige Kostenübernahmeerklärungen gebeten. Diese hat je nach Ermittlung der Gesamtumstände (z. B. Krankheitsbild, notwendige Medikation, Behandelbarkeit und Kosten der Behandlung im Herkunftsland, Rückführungsprognose) die Erklärung abgegeben oder abgelehnt. Die Zusagen waren für die Dauer von zwei Jahren ab Rückführung befristet.

In Sachsen-Anhalt existiert keine Praxis zur Abgabe von Kostenübernahmeerklärungen der Ausländerbehörden für die Behandlung von Krankheiten im Herkunftsland zur Vermeidung einer Feststellung von Abschiebungshindernissen gemäß § 60 Absatz 7 AufenthG. Der Sachverhalt ist nicht durch Erlass geregelt und Erkenntnisse über Kostenübernahmeerklärungen durch Ausländerbehörden liegen nicht vor.

Zu Schleswig-Holstein liegen keine Informationen vor.

In Thüringen ist durch Erlass vom 10. Januar 2008 eine Regelung getroffen worden. Danach soll in Einzelfällen eine befristete Übernahme der Kosten einer medizinischen Versorgung bedürftiger Abschiebungsbetroffener im Heimatland erfolgen. Diese soll im Regelfall die Dauer von zwei Jahren nicht übersteigen; eine medizinische Dauerbehandlung kommt demnach nicht in Betracht. Das Thüringer Landesverwaltungsamt entscheidet im Einzelfall nach Vorlage der notwendigen Unterlagen, Atteste und ärztlichen Gutachten über die Übernahme der Kosten.

- c) Welchen Zeitraum nach einer Abschiebung müssen solche Kostenübernahmen abdecken, und was geschieht mit den Abgeschobenen nach Ablauf dieses Zeitraums, wenn sie weiterhin behandlungsbedürftig sind (da in diesen Fällen grundsätzlich von einem Abschiebungshindernis wegen drohender Gesundheitsgefährdungen infolge unzureichender Behandlung ausgegangen wurde)?

Der konkrete Zeitraum, für den die Kostenübernahme erfolgen soll, richtet sich einzelfallbezogen nach dem Bedarf, soll sich jedoch regelmäßig an einem Zeitrahmen von bis zu zwei Jahren orientieren.

Eine Kostenübernahmeerklärung ist nur dann vorgesehen, wenn nach Ablauf des zugesagten Zeitraums die Behandlung nicht mehr erforderlich ist oder innerhalb dieses Zeitraumes ein entsprechender Zugang zu den im Herkunftsstaat vorhandenen Behandlungsmöglichkeiten erhalten werden kann.

21. Inwieweit sieht die Bundesregierung die Notwendigkeit einer eigenen Begutachtung durch von der Bundespolizei beauftragte Ärzte, wenn zuvor der behandelnde Arzt oder Therapeut und/oder gegebenenfalls ein Amtsarzt einer Flug- oder Reisefähigkeit bereits widersprochen haben?

Wie in der Antwort zu Frage 1 dargestellt, obliegt es der veranlassenden Behörde, die Feststellung der Flugreisetauglichkeit zu veranlassen und hierbei alle relevanten Aspekte einfließen zu lassen.

22. Hält es die Bundesregierung für denkbar, dass frei tätige Ärzte in ihren Gutachten im Auftrag der Bundespolizei oder für andere Behörden Ergebnisse im Sinne der genannten Behörden liefern, um sich für die Zukunft weitere Aufträge zu sichern, und wie will sie dieser Gefahr begegnen?

Wie bewertet die Bundesregierung in diesem Zusammenhang die Inanspruchnahme von frei tätigen Ärzten, wenn bereits qualifizierte Gutachten von behandelnden und/oder Amtsärzten vorliegen?

Eine Beantwortung der Frage wäre nur aufgrund von Spekulationen möglich, an denen sich die Bundesregierung nicht beteiligt. Die Bewertung im Sinne der zweiten Unterfrage muss sich an den konkreten Umständen des Einzelfalles orientieren.

23. Welche Bundesländer berücksichtigen inzwischen den Informations- und Kriterienkatalog zu Fragen der ärztlichen Mitwirkung bei Rückführungen, der im Jahr 2004 in einer gemeinsamen Arbeitsgruppe von Vertreterinnen und Vertretern der Länder und der Bundesärztekammer erstellt wurde?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Angaben der Länder vor, da die Art und der Umfang der Beteiligung von Ärzten bei der Prüfung von inlandsbezogenen Ausreisehindernissen, soweit hierfür die Zuständigkeit der Ausländerbehörden gegeben ist, in der Verantwortung der für den Vollzug von aufenthaltsbeendenden Maßnahmen zuständigen Behörden der Länder liegt.

Der Informations- und Kriterienkatalog ist Teil eines Berichts über die Ergebnisse der gemeinsamen Arbeitsgruppe von Ländervertretern und Vertretern der Bundesärztekammer zu Fragen der ärztlichen Mitwirkung bei Rückführungsfragen vom 3. November 2004, der von der Ständigen Konferenz der Innenminister und -senatoren der Länder (IMK) in ihren Sitzungen am 18./19. November 2004 und am 4./5. Mai 2006 nur zur Kenntnis genommen und erörtert wurde. Die IMK hat diesen Bericht nicht bewertet und auch keine Handlungsempfehlungen dazu abgegeben.

24. In welchen Bundesländern gibt es „Ärztepools“ oder Listen qualifizierter Ärzte und Ärztinnen bzw. qualifizierter Therapeuten und Therapeutinnen, die im Zusammenwirken mit Ärzte- und Psychotherapeutenkammern erstellt wurden und die den Behörden qualifizierten Sachverstand etwa bei der Feststellung von Krankheitsbildern, der „Reisefähigkeit“ und/oder Abschiebungshindernissen vermitteln sollen?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

25. Wie ist generell der Stand der Beratungen zwischen staatlicher und ärztlicher Seite zur qualitativen Verbesserung des ausländerbehördlichen Umgangs mit kranken bzw. traumatisierten Flüchtlingen bzw. ausreisepflichtigen Personen, die entsprechende Erkrankungen durch (fach-)ärztliche Atteste oder psychologische Gutachten substantiiert vorgebracht haben?

Die Frage lässt sich in dieser Allgemeinheit nicht beantworten. In den Ländern gibt es zur Feststellung der Reisetauglichkeit eine einzelfallbezogene Kooperation zwischen den für den Vollzug von aufenthaltsbeendenden Maßnahmen zuständigen Behörden und den die ausreisepflichtigen Ausländerinnen und Ausländer behandelnden Ärzten.

26. Wie ist der Stand der Rechtsprechung zur Feststellung von krankheitsbedingten Abschiebungshindernissen bzw. von „Reisefähigkeit“ im Rahmen von Abschiebungen, insbesondere in Hinblick auf zu beachtende fachlich-ärztliche Standards, und welche Verordnungen und Hinweise in Bundeszuständigkeit (insbesondere beim BAMF und der Bundespolizei) liegen hierzu vor?

Der Bundesregierung liegt keine Zusammenfassung der Rechtsprechung im Sinne der Fragestellung vor. Im Übrigen verweist sie auf die öffentlich zur Verfügung stehenden Quellen (z. B. Juris) zur Recherche.

Ergänzend wird auf die Antwort zu Frage 7 verwiesen.

27. Inwieweit wird im Abschiebungsverfahren darauf geachtet, dass die vom Bundesverwaltungsgericht aufgestellten Mindestanforderungen an ärztliche oder psychologische Atteste (vgl. BVerwG 10 C 8.07, Urteil vom 11. September 2007) auch von Ärzten berücksichtigt werden, die im Auftrag von Behörden, die eine Abschiebung angeordnet haben oder vollziehen (also auch der Bundespolizei), tätig werden?

Auf die Antworten zu den Fragen 1 und 7 wird verwiesen.

28. Inwieweit wird von Bundesbehörden (BAMF, Bundespolizei) berücksichtigt, dass in Fällen, in denen bereits eine langjährige Behandlung einer posttraumatischen oder sonstigen psychischen Erkrankung in Deutschland erfolgt ist bzw. eine stabile und vertrauensvolle Beziehung zwischen Patient und behandelnder Person besteht, die Gefahr einer Re-traumatisierung bzw. sonstiger ernster gesundheitlicher Beeinträchtigungen im Rahmen einer Abschiebung gerade darin liegt, dass diese gefestigte Beziehung zerstört wird und sich diese Gefahr nicht mit dem Hinweis auf Behandlungsmöglichkeiten im Herkunftsland abwenden lässt?

Krankheitsbedingte Gefahren, die sich allein als Folge der Abschiebung und nicht wegen der spezifischen Verhältnisse im Zielstaat ergeben, sind nicht vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge im Asylverfahren, sondern von der Ausländerbehörde im Vollstreckungsverfahren zu prüfen (BVerwG, Urteil vom 15. Oktober 1999, Az.: 9 C 7/99). Dazu gehören auch solche Gesundheitsgefahren, die sich aus den negativen Folgen eines Abbruchs der bereits in Deutschland stattfindenden Behandlung einer posttraumatischen Belastungsstörung oder einer anderen psychischen Erkrankung ergeben.

Bei den in die Zuständigkeit der Bundespolizei fallenden Rückführungsmaßnahmen handelt es sich typischerweise um Fallkonstellationen, bei denen sich die rückzuführende Person noch gar nicht oder erst kurze Zeit im Inland aufgehalten hat, so dass eine langjährige therapeutische Beziehung zwischen der rückzuführenden Person und einem Therapeuten im Inland unwahrscheinlich ist.



