

## **Kleine Anfrage**

**der Abgeordneten Ulla Jelpke, Sevim Dağdelen, Dr. Hakki Keskin und der Fraktion DIE LINKE.**

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

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.). Vertreterinnen und Vertreter 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 Nordrhein-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 Matthias Odenwald forderte in diesem Zusammenhang Begutachtungen nur durch speziell fortgebildete Ärztinnen und Ärzte, 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., S. 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 (S. 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 Richterinnen und Richter eine entsprechende Sachkunde fehlt, um „selbst und in Abweichung von den vorgelegten ärztlichen und fachärztlichen Bescheinigungen“ etwa eine Suizidgefahr im „Abschiebezielstaat“ beurteilen zu können.

Wir fragen die Bundesregierung:

1. Wie viele Asylantragstellerinnen und -antragsteller gaben gegenüber dem Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) seit dem 1. Januar 2000 an,
  - a) traumatisiert zu sein,
  - 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 Gutachterinnen und Gutachter 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)?

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)?

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?

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, z. B. hinsichtlich der Notwendigkeit, in Zweifelsfällen von Amts wegen ein wissenschaftlichen Mindeststandards entsprechendes Sachverständigengutachten einzuholen (wenn nein, warum nicht)?

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

- a) Wird sie insbesondere sicherstellen, dass entsprechend dem Urteil (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?

- 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?

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)?
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?
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?
9. Unterstützt die Bundesregierung die Anregung des Präsidenten der Bundesärztekammer, Prof. Dr. Dr. Jörg-Dietrich 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?
10. a) Unterstützt die Bundesregierung die Idee eines „Ärztepools“, nach der sich Behörden und Gerichte an besonders qualifizierte und fortgebildete Ärztinnen und Ärzte und Psycholog(inn)en zur Erstellung fachkundiger Gutachten wenden können?  
Wenn ja, wie, wenn nein, warum nicht?
- 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 Fachärztinnen/-ärzte 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?
- c) Was unternimmt die Bundesregierung, um an Abschiebungen traumatisierter Menschen beteiligten Amtsärztinnen/-ärzten das für die Beurteilung hiermit zusammenhängender Gefahren erforderliche Fachwissen zu vermitteln; sind Fortbildungen und Schulungsmaßnahmen geplant, wenn ja, welche, wenn nein, warum nicht?
- d) Unterstützt die Bundesregierung eine Fortbildung und Aufklärung von Richterinnen und Richtern zu posttraumatischen Belastungsstörungen, wie von der Bundesärztekammer geplant, wenn ja, wie, wenn nein, warum nicht?
11. Wie verteilen sich die laut Evaluationsbericht zum Zuwanderungsgesetz (S. 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?

- 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)?
- 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)?
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?
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?
- a) Hält die Bundesregierung einen solchen Ansatz (Abwendung von Abschiebungsschutz durch Kostenübernahmen für eine Behandlung im „Abschiebungszielstaat“) auch bei traumatisierten Menschen für rechtmäßig 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?
- 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 mit 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)?
- 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 Her-

kunftsland in solchen Fällen gar nicht ankommt, und wie ist die oben genannte Initiative des BAMF hiermit zu vereinbaren (bitte begründen)?

- 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?
14. a) Sind der Bundesregierung Gerichtsentscheidungen bekannt (etwa: VG 10 A 350.06, B. v. 7. August 2006), nach denen die Gefahr einer Retraumatisierung 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 ggf. zu lindern vermag, die traumatisierende Wirkung der Abschiebung indes [...] nicht verhindern“ kann (ebd., S. 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?
- 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?
15. Warum wird die Frage der Angemessenheit der Rechtslage und der Qualität des behördlichen und rechtlichen Umgangs mit traumatisierten Flüchtlingen im Evaluationsbericht des Bundesministeriums des Innern zum Zuwanderungsgesetz nicht gesondert behandelt?
16. a) Was hat die Evaluierung der Dienstanweisungen über Rückführungen auf dem Luftweg („BestRück Luft“) durch das Bundesministerium des Innern in Bezug auf „Flugreisetauglichkeit“ bei posttraumatischen Belastungserkrankungen inhaltlich erbracht, welches Zahlenmaterial liegt vor, ist dieses einsehbar?
- 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?
- c) Wann ist der „BestRück Luft“ gemäß eine akute Gesundheitsverschlechterung bei abzuschickenden 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?
- 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)?

- 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, S. 13), wird sie insbesondere solchen Versuchen der medikamentösen Herstellung von „Reisefähigkeit“ grundsätzlich Einhalt gebieten (bitte begründen)?
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)?

Berlin, den 15. November 2006

**Dr. Gregor Gysi, Oskar Lafontaine und Fraktion**

