



Beauftragte der  
Bundesregierung für Migration,  
Flüchtlinge und Integration

# Gesundheit und Integration

Ein Handbuch für Modelle guter Praxis

Zusammengestellt und bearbeitet vom bundesweiten Arbeitskreis  
„Migration und öffentliche Gesundheit“ der Beauftragten  
der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration

Hrsg.: Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration

Berlin, November 2006

# Gesundheit und Integration

Ein Handbuch für  
Modelle guter Praxis

Zusammengestellt und bearbeitet vom bundesweiten Arbeitskreis  
„Migration und öffentliche Gesundheit“ der Beauftragten  
der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration

Berlin, November 2006

**ISBN 3-937619-21-6**

**Herausgeberin:**

Beauftragte der Bundesregierung  
für Migration, Flüchtlinge und Integration  
11012 Berlin

**Bestellungen an:**

Willy-Brandt-Straße 1  
10557 Berlin  
Telefax (030/18-400-1606)  
E-Mail: [as@bk.bund.de](mailto:as@bk.bund.de)

Vervielfältigungen sind – auch auszugsweise –  
unter Angabe der Quelle erwünscht.

**Druck:**

Bonner Universitäts-Buchdruckerei

## **2.2. Begutachtung von erkrankten Flüchtlingen zur Frage ihrer Krankheit als Abschiebehindernis**

**Joachim Gardemann\***

### **Zusammenfassung**

Anliegen dieser kurzen Darstellung ist es, Hinweise für eine professionelle Begutachtung von erkrankten Flüchtlingen zur Frage ihrer Krankheit als Abschiebehindernis zu liefern. So ist letztendlich auch den Flüchtlingen selber gedient, denn offensichtlich philanthropisch motivierte, dabei aber parteiische und unprofessionelle Zeugnisse schaden auch ihnen mehr, als dass sie nützen. Auch angesichts und trotz der bekannten und beklagten Tendenzen zur Instrumentalisierung ist jede Ärztin und jeder Arzt verpflichtet, auf Anforderung ein korrektes Gutachten zu erstellen. Leider werden aber aus unserer Sicht in der ärztlichen Ausbildung während des Studiums und in der Weiterbildung in der Klinik nach wie vor kaum hinreichende Kenntnisse für diese verantwortungsvollen ärztlichen Aufgaben vermittelt; nicht nur ärztliche Sachkompetenz ist bei der Begutachtung gefordert, sondern auch ein selbstkritisches Bewusstsein für die Möglichkeiten und Grenzen des ärztlichen Gutachters und schließlich auch die Kenntnis der rechtlichen Grundlagen und der aktuellen Rechtspraxis. In den letzten Jahren sind von gutachtenden Arbeitskreisen in Deutschland und der Schweiz daher Handreichungen und Leitlinien erarbeitet worden, welche die Qualität der Begutachtung von Flüchtlingen nach dem Ausländerrecht und Aufenthaltsgesetz sichern und weiter verbessern können. (vgl. Gesundheitsamt Bremen 2005; vgl. Ebner, Gardemann, Dittmann 2005).

### **Problemstellung**

Die Gutachterinnen und Gutachter befinden sich besonders bei der migrationsspezifischen Begutachtung im Rahmen des Asylverfahrens im Spannungsfeld zwischen den Erwartungen der auftraggebenden Dienststelle, den Hoffnungen der zu begutachtenden Migranten und zusätzlich oft den Einflüssen lokaler ehrenamtlicher Gruppierungen und Unterstützergruppen. Gerade in Fällen der drohenden Abschiebung kann der Gutachtauftrag vor einem bereits auch emotional und öffentlichkeitswirksam eskalierten Hintergrund erfolgen, wie das Beispiel des Kirchenasyls immer wieder zeigt. Von den Gutachtern wird in dieser Situation ein hohes Maß an Professionalität und Kommunikationsfähigkeit verlangt. Zusätzliche Komplexität erfährt die Begutachtung noch im Falle kinderärztlich zu beantwortender Fragestellungen.

---

\* Prof. Dr. Joachim Gardemann, M.San., ist Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin sowie Facharzt für öffentliches Gesundheitswesen. Er war am Gesundheitsamt der Stadt Münster und bei der Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf tätig. Derzeit leitet er den Bereich Humanitäre Hilfe an der Fachhochschule Münster. Seit 1995 ist er als Delegierter für das Internationale Komitee vom Roten Kreuz in zahlreichen Krisenregionen weltweit im Einsatz gewesen. Joachim Gardemann ist Landesarzt des Deutschen Roten Kreuzes im DRK-Landesverband Westfalen-Lippe.

Ein Ersuchen zur Begutachtung kindlicher krankheitsbedingter Abschiebehindernisse berührt neben den fachwissenschaftlichen Feststellungen immer auch Aspekte des allgemeinen Kindeswohls und des familiären Umfeldes, ist regelhaft stark emotional betont und verlangt vom Gutachter höchste fachliche, kommunikative, ethische und reflexive Kompetenz (vgl. Heise 2000; vgl. Ebner 2001). Das Bleiberecht ganzer Familien ist in diesen Fällen oftmals vom Gesundheitszustand eines Kindes und der ärztlichen Begutachtung im Spannungsfeld von Medizin, Verwaltung und Humanität abhängig.

Aufgrund der engen organisatorischen Einbindung in die kommunale oder bezirkliche Leistungs- und Eingriffsverwaltung werden besonders die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Öffentlichen Gesundheitsdienstes vielfach als Sachverständige für medizinische oder psychologische Belange mit der Begutachtung migrationspezifischer Fragestellungen betraut. Häufigste Auftraggeber sind hierbei die kommunalen Sozial- und Ausländerbehörden. Einerseits werden diese verwaltungsinternen Gutachtenaufträge mit Hinweis auf das Amtshilfeprinzip innerhalb der jeweils zuständigen Verwaltungseinheiten aufgrund des Gebotes optimaler Nutzung vorhandener Ressourcen begründet, andererseits scheinen diese auch heute noch so genannten „amtsärztlichen Gutachten“ als „Stempelgutachten“ im Sinne der Circularverfügung des Preußischen Ministers des Innern vom 20. Januar 1853 (Gundermann 1958, 324) ein auch heute noch weithin höheres Maß an öffentlichem Glauben zu genießen als die Gutachten frei praktizierender oder klinisch tätiger Ärztinnen und Ärzte (vgl. Leidel 2000). Obwohl besonders die neueren landesrechtlichen gesetzlichen Regelwerke für den Öffentlichen Gesundheitsdienst die Gutachtertätigkeit deutlich einzuschränken bemüht sind (vgl. Müller 1998), stellt diese Tätigkeit dennoch im Alltag besonders der unteren Gesundheitsbehörden nach wie vor einen Schwerpunkt dar, der manchmal auch eine nicht unwillkommene Rückzugsmöglichkeit auf den Bereich der individualtherapeutischen beruflichen Primärsozialisation besonders der ärztlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ermöglicht. Besonders der Öffentliche Gesundheitsdienst muss in seiner Gutachtertätigkeit einerseits administrative und gesundheitspolitische Entscheidungsprozesse fachlich fundieren, sich andererseits aber zunehmenden Tendenzen einer Medikalisierung oder Psychiatisierung eigentlich politisch-humanitärer Fragestellungen energisch widersetzen. Nur ein intensiver fachlicher und persönlicher Austausch sowie verbindliche Begutachtungsleitlinien werden hier die einzelnen Gutachter im Spannungsfeld drohender Instrumentalisierung entlasten können.

### **Gutachtende als Verwaltungshelfer**

Im Bereich der Leistungsverwaltung durch die Sozialbehörden ist beispielsweise die gesundheitlich begründete Beantragung des Auszuges aus der Gemeinschaftseinrichtung für Asylsuchende häufig Anlass für ärztliche oder psychologische Begutachtung, im Bereich der Eingriffsverwaltung durch die Ordnungsbehörden stellen nach wie vor die gesundheitsbedingten Abschiebehindernisse die häufigsten Gutachtenanlässe dar. Der überwiegende Anlass zur Begutachtung durch den ÖGD liegt hierbei eher bei den inlands-

bezogenen Vollstreckungshindernissen (AufenthG § 60a (2); früher §55 Ausländergesetz) als bei den zielstaatsbezogenen Abschiebehindernissen (AufenthG § 60 (2) – (7); früher § 53 AuslG). Sowohl eine Entscheidung über die Gewährung einer Privatwohnung als auch über den zwangsweisen Vollzug einer Ausreiseverpflichtung stellen rechtlich einen Verwaltungsakt dar. Jeder Verwaltungsakt muss zulässig, formell und materiell rechtmäßig sein, damit er alle Anforderungen der Rechtsordnung an ihn erfüllt und nicht rechtswidrig ist. Rechtswidrigkeit ergibt sich daher nicht nur aus fehlerhafter Anwendung der betreffenden Rechtsgrundlagen, sondern auch aus fehlerhafter Ermittlung entscheidungserheblicher Tatsachen. Jede Ermessensbehörde wird daher geeignete Verwaltungshelfer als Sachverständige mit der Tatsachenermittlung betrauen (Maurer 1992, 208). Die Ermessensträger haben dabei auch eine besondere kollegiale Fürsorgepflicht den von ihnen beauftragten Gutachtern gegenüber und dürfen die Verantwortung für unliebsame Verwaltungsentscheidungen nicht den Gutachtern zuschieben (Marx 1992, 30).

### **Instrumentalisierung und Medikalisierung**

Tatsächlich gibt es aber immer wieder hinlänglich bekannte Versuche, ärztliche Gutachter im Zuge unliebsamer politischer Entscheidungen zu instrumentalisieren, wie das Beispiel der verallgemeinernd so genannten Reisefähigkeitsgutachten zeigt (vgl. Bundesärztekammer 2000; vgl. Leidel 2000). Eine allgemeine Instrumentalisierung ärztlicher Erkenntnis im politischen und Verwaltungshandeln ist keineswegs ein neuartiges Phänomen und ist durchaus auch von ärztlicher Seite aktiv betrieben und verursacht worden. Alfons Labisch beschrieb so 1992 den Begriff der Medikalisierung als modernes und durchgängiges gesellschaftliches Handlungsmuster (Labisch 1992, 295). Auch Thomas Szasz warnte schon 1977 vor der gleichsam theologischen Deutungsmacht moderner Naturwissenschaft und Medizin (Szasz 1977, 24). Die Instrumentalisierung ärztlicher Gutachten ist also letztlich auch folgerichtige und zwangsläufige Konsequenz einer fortschreitenden Medikalisierung von Lebenswelten. Instrumentalisierung ärztlicher Gutachten ist somit nicht nur beklagenswerter Ausdruck der Hilflosigkeit politisch Verantwortlicher, sondern bewusst und bereitwillig herbeigeführtes Ergebnis jahrzehntelanger ärztlicher Deutungsdominanz über alle denkbaren gesundheitsbezogenen Fragestellungen.

### **Zwischen Staatsraison und Patientenwohl? Berufsrecht und Berufsethik**

*Begutachtung von Asylbewerbern – Zwischen Staatsraison und Patientenwohl*, so lautete im Jahr 2000 der Titel eines Berichtes über ärztliche Gutachten zur Reise- und Flugfähigkeit von Flüchtlingen, Asylbewerbern und Abzuschiebenden im Deutschen Ärzteblatt (vgl. Korzilius 2000). Zwischen Staatsraison und Patientenwohl kann sich hierbei allenfalls die abschließende Ermessensentscheidung finden, niemals aber die ärztliche Gutachterin oder der Gutachter. Besonders dem Öffentlichen Gesundheitsdienst wird aber völlig grundlos immer noch bei ärztlicher Begutachtung traditionell eine

besondere Staatsnähe zugeschrieben. Ausnahmslos alle ärztlich Gutachtenden haben jedoch immer und ungeachtet ihrer Dienststellung nur nach bestem Wissen ihre ärztliche Überzeugung auszusprechen, wie ja schon die Musterberufsordnung der deutschen Ärzte in ihren §§ 1 und 16 unmissverständlich betont:

#### *Berufsordnung der deutschen Ärzte*

##### *§ 1 – Berufsausübung*

*Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes. Er ist seiner Natur nach ein freier Beruf. Der ärztliche Beruf verlangt, dass der Arzt seine Aufgabe nach seinem Gewissen und nach den Geboten der ärztlichen Sitte erfüllt.*

*Aufgabe des Arztes ist es, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen sowie Leiden zu lindern. Der Arzt übt seinen Beruf nach den Geboten der Menschlichkeit aus. Er darf keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beachten, die mit seiner Aufgabe nicht vereinbar sind und deren Befolgung er nicht verantworten kann.*

##### *§ 16 – Ausstellung von Gutachten und Zeugnissen*

*Bei der Ausstellung ärztlicher Gutachten und Zeugnisse hat der Arzt mit der notwendigen Sorgfalt zu verfahren und nach bestem Wissen seine ärztliche Überzeugung auszusprechen.*

Die landesrechtlichen ärztlichen Berufsordnungen, beispielsweise des Freistaates Bayern (vom 12. Oktober 1997 i.d.F. vom 08. Oktober 2000) legen in großer Deutlichkeit zusätzlich und unmissverständlich fest:

*§ 2 (4): Der Arzt darf hinsichtlich seiner ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen.*

Ein solchermaßen auch in den übrigen Ländern der Bundesrepublik Deutschland vergleichbar niedergelegtes Berufsprivileg macht aufgrund der dadurch garantierten fachlichen Unabhängigkeit Ärztinnen und Ärzte nicht nur als Gutachter, sondern auch als Leiter von Gesundheitsbehörden und als unabhängige Fürsprecher für kommunale Gesundheitsbelange besonders geeignet. Im ärztlichen Gutachten kann und darf es also eine Abwägung zwischen Staatsraison und Patientenwohl niemals geben. Ärztliche Gutachter ziehen hingegen wissenschaftliche Schlussfolgerungen im Einzelfall und dürfen sich hierbei einzig von ihrer Sachkunde leiten lassen (Ratzel, Lippert 1995, 111).

Auch und selbstverständlich in gutachtender Funktion ist der Arzt an die Gebote der medizinischen Ethik und an das ärztliche Ethos gebunden. Die medizinische Ethik unterscheidet sehr deutlich die Heilkunde von einer bloßen Heiltechnik, welche die Medizin verkürzend als ausschließlich naturwissenschaftlich-technischen Lehr- und Forschungsbereich sieht, sich damit jedwedem Missbrauch bereitwillig öffnet und sich dann unter Berufung auf naturwissenschaftlich Gegebenes exculpiert, wie gerade in der deutschen

Geschichte verhängnisvoll geschehen. Heilkunde hingegen erkennt ihre sittlichen Grundsätze als selbstverständlich an, begreift den Patienten als leiblich-seelische Einheit, nimmt ihn als menschliches Subjekt ernst und erklärt dessen somatisches und geistiges Wohlergehen zur obersten Richtschnur: „salus aegroti suprema lex“ (Höffe 2002, 160). Im Gegensatz zur Heiltechnik ist sich die Heilkunde also besonders auch der längerfristigen Folgen ärztlichen Handelns kritisch bewusst. Eine allgemeine Anerkennung des ärztlichen Ethos erhält dabei der Ärzteschaft einen erforderlichen Entscheidungsspielraum und wirkt einer zunehmenden Verrechtlichung aller Bereiche des Gesundheitswesens entgegen.

Jede Ärztin und jeder Arzt ist verpflichtet, auf Anforderung eines Gerichtes gutachterlich tätig zu werden. In der ärztlichen Ausbildung im Studium und in der Weiterbildung in der Klinik werden jedoch kaum hinreichende Kenntnisse für diese verantwortungsvolle ärztliche Aufgabe vermittelt (vgl. Fritze, May, Mehrhoff 2000). Grundlagen einer transkulturellen Begutachtung werden derzeit so gut wie überhaupt nicht gelehrt (vgl. Ebner 2001). Nicht nur ärztliche Sachkompetenz ist bei der Begutachtung gefordert, sondern auch ein selbstkritisches Bewusstsein für die Möglichkeiten und Grenzen des ärztlichen Gutachtens:

*Der Sachverständige hat in rechtlichen Verfahren nur die bescheidene Rolle eines Beweismittels. Er ist auch nur ein Beweismittel unter verschiedenen anderen Möglichkeiten richterlicher Erkenntnis (Schwerd 1979, 281).*

Für Mediziner oft schwer nachvollziehbar ist die Tatsache, dass die Ermessensträger, ob Richter oder Verwaltungsbeamte, zur Bildung eines eigenen Urteils verpflichtet sind und sich keinesfalls auf vorliegende Aussagen und besonders auf Schlussfolgerungen des Gutachters blind berufen dürfen. Jedes Gutachten muss daher vollständig und in allen Aspekten auch für medizinische Laien nachvollziehbar sein, wie der Bundesgerichtshof schon 1955 feststellte:

*Der verfahrensrechtliche Ausgangspunkt für die Beurteilung liegt darin, daß der Richter zu einem eigenen Urteil auch in schwierigen Fachfragen verpflichtet ist. Er hat die Entscheidung auch über diese Fragen selbst zu erarbeiten, ihre Begründung selbst zu durchdenken. Er darf sich dabei vom Sachverständigen nur helfen lassen (BGHSt 8, 113 = NJW 1955, 1642) (Laufs 1993, 363).*

Eine wesentliche Besonderheit gerade der Gutachtertätigkeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst stellt die verwaltungsrechtliche Tatsache dar, dass die Ermessensträger und Auftraggeber der Gutachten als Verwaltungsbeamte und Sachbearbeiter in der überwiegenden Zahl der Fälle nicht über eine akademische juristische Ausbildung oder gar die Befähigung zum Richteramt verfügen. Die Aufgabe der medizinischen oder psychologischen Gutachter, den Ermessensträgern als medizinischen oder psychologischen Laien beratend bei der Wahrheitsfindung zu helfen, kann daher besonders im Verwaltungsverfahren gelegentlich durch fachfremde Fragestellungen erschwert sein.

Den erfahrenen Gutachtern kann daher in solchen Fällen durchaus die Aufgabe zufallen, zunächst die jeweiligen Auftraggeber auf allgemeine Verfahrensgrundsätze und Aufgaben der Sachverständigen hinzuweisen oder auch fachfremde Gutachtaufträge unter Hinweis auf die allgemeinen Rechtsgrundlagen der Begutachtungspraxis zurückzugeben. Das früher häufige Ersuchen um allgemeine ärztliche Stellungnahme zur „Reise- oder Flugfähigkeit“ eines von Abschiebung bedrohten Asylsuchenden stellt ein Beispiel für eine ärztlich nicht abschließend beurteilbare Fragestellung dar. Das Innenministerium des Landes Nordrhein-Westfalen hat aufgrund dieser vielfältigen Unsicherheiten daher bereits mit Schreiben vom 22. Januar 2003 klärende Festlegungen bezüglich der *Aufträge an Gutachter zur Prüfung inlandsbezogener Vollstreckungs- bzw. zielstaatsbezogener Abschiebungshindernisse unter inhaltlicher Verwendung eines Informations- und Kriterienkataloges* vorgelegt. (Innenministerium NRW 2003). Erfahrene Gutachter, die sich in dieser bislang wenig geklärten Situation bewusst eher auf die fachliche Deskription tatsächlich medizinischer Tatsachen, Behandlungsbedarfe und Prognosen beschränkten, wurden im Verwaltungsverfahren nicht selten dann mit fortwährenden Nachfragen nach der „eigentlichen“ Fragestellung der „Reisefähigkeit“ konfrontiert. Zumindest im Auftrag des Gerichtes muss der Gutachter dabei allerdings immer die an ihn gestellten Beweisfragen zunächst zu beantworten versuchen, auch wenn er diese Fragestellung aufgrund seiner Fachkompetenz eigentlich ablehnt:

*Der Gutachtauftrag wird durch die Beweisfragen begrenzt. Der Sachverständige ist nicht berechtigt, sich selbst die Fragen anders zu stellen, so wie er sie für richtig hält; denn in den Beweisfragen schlägt sich eine juristische Beurteilung des rechtserheblichen Sachverhaltes nieder. ... Schon das Beweisthema ist also Ergebnis einer Rechtsanwendung, die dem Juristen, nicht dem Mediziner obliegt. ... Vielmehr wird der erfahrene Sachverständige, wenn er meint, die Fragen trafen nicht den Kern der Sache, seinen Auftraggeber darauf hinweisen, welche Fragestellung ihm sachdienlicher erscheint. Immer aber bleibt das vom Richter bestimmte Beweisthema die Leitlinie (Marx 1992, 43).*

Letztlich zeichnet es auch gerade einen erfahrenen Gutachter aus, Fragestellungen als mit den Mitteln seiner Fachlichkeit nicht lösbar zu beschreiben:

*Er muß sich unter Umständen zu einem „non liquet“ bekennen. Welche rechtlichen Schlußfolgerungen der Jurist dann daraus zieht, ist nicht Sache des Mediziners. Allein der Richter hat den Fall zu entscheiden, nicht der Mediziner (Marx 1992, 47).*

### **„Gefälligkeitsgutachten?“**

Das Ausstellen unrichtiger Gesundheitszeugnisse oder „Gefälligkeitsgutachten“ wird strafrechtlich verfolgt (StGB § 278).

Ein unrichtiges Zeugnis wider besseres Wissen lässt sich dabei ja nicht nur zu Gunsten eines Antragstellers, sondern auch zu Gunsten eines Verwal-

tungsorgans vorstellen. Schon allein auf Grund der Bestimmungen des § 278 StGB ist also jegliche inhaltliche Einmischung von Dienstvorgesetzten in die Gutachtertätigkeit untersagt. Der Arzt und die Ärztin sind in fachlicher Hinsicht niemals weisungsgebunden. Mögliche Voreingenommenheiten des Gutachters dennoch aufzuspüren ist wiederum Aufgabe des Gerichts bzw. der Ermessensträger in der Verwaltung (BGH, NJW 1971, 243) (Laufs 1993, 360).

### **Zur Verfahrenspraxis: Aufenthaltstitel, Aufenthaltsbeendigung, Abschiebehindernisse, Transportfähigkeit**

Im Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland vor dem 01.07.1993 hatte der Artikel 16 folgenden Wortlaut: *Politisch Verfolgte genießen Asylrecht.*

Die Zahl der Asylanträge betrug 1993 noch 322.599 (Duchrow, Spieß 2006, 8). Nach dem 01.07.1993 wurde in das Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland der Artikel 16a mit folgendem Wortlaut eingefügt:

- (1) *Politisch Verfolgte genießen Asylrecht.*
- (2) *Auf Absatz 1 kann sich nicht berufen, wer aus einem Mitgliedsstaat der Europäischen Gemeinschaften oder aus einem anderen Drittstaat einreist, in dem die Anwendung des Abkommens über die Rechtsstellung der Flüchtlinge und der Konvention zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten sichergestellt ist. ...*

Aufgrund dieser rechtlichen Neuregelungen bleiben Flüchtlingen mit dem Zielland Bundesrepublik Deutschland eigentlich als Zugangswege nur noch die direkte Einreise mit Flugzeug oder Schiff oder aber der unerlaubte Grenzübertritt. Die Zahl der Asylanträge sank bis 2004 auf 35.607, davon wurden vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) lediglich 960 Personen als asylberechtigt anerkannt (Duchrow, Spieß 2006, 8).

Aufenthaltstitel gemäß AufenthG regeln den Aufenthalt Nichtdeutscher in Deutschland. Als Aufenthaltstitel sind im AufenthG genannt: Visum, Aufenthaltserlaubnis und Niederlassungserlaubnis.

Die Duldung (§ 60a AufenthG) ist kein Aufenthaltstitel, sondern nur das offizielle Anerkenntnis, dass eine Person nicht abgeschoben werden kann. Als Konsequenzen für die Betroffenen bestehen Residenzpflicht, Leistungsbegrenzung gemäß AsylbLG und nachrangiger Zugang zum Arbeitsmarkt.

Mit dem AufenthG sollte die Praxis der Kettenduldungen abgeschafft werden; dieses Ziel wurde jedoch nicht erreicht. Somit wurde die Duldung erneut in das AufenthG aufgenommen (§ 60a) (vgl. Duchrow, Spieß 2006, 1-13).

In § 60 (1) AufenthG wird der Begriff der „Konventionsflüchtlinge“ geklärt, die im Zusammenhang mit der Genfer Flüchtlingskonvention einen Abschiebungsschutz („kleines Asyl“) genießen (früher § 51 AuslG) Dieser Abschiebungsschutz von Flüchtlingen im Sinne der GK basiert auf dem völkerrecht-

lichen Grundsatz des „non-refoulement“, der vom Hochkommissariat der Vereinten Nationen (UNHCR) garantiert wird.

Bei den zu begutachtenden Abschiebehindernissen im Asylverfahren handelt es sich entweder um zielstaatsbezogene Abschiebungshindernisse (AufenthG § 60 (2) – (7), früher § 53 AuslG) oder um inlandsbezogene Abschiebungshindernisse (Vollstreckungshindernisse im Sinne AufenthG § 60a (2) (vgl. Duchrow, Spieß 2006).

Beispiele für zielstaatsbezogene Abschiebungshindernisse (AufenthG § 60 (2) – (7), früher § 53 AuslG) sind drohende Todesstrafe, drohende Folter, drohende willkürliche Gewalt, § 60 (5): nicht behandelbare schwere Krankheit (AIDS), die zu unmenschlicher Behandlung führen kann und § 60 (7): Krankheit als Abschiebungsverbot. Entscheidende Behörde (im Asylverfahren) bei zielstaatsbezogenen Abschiebungshindernissen ist das Bundesamt BAMF, die örtlich zuständige Ausländerbehörde muss das BAMF beteiligen.

Beispiele für inlandsbezogene Abschiebungshindernisse (Vollstreckungshindernisse gemäß AufenthG § 60a (2)) können eine fehlende Verkehrsanbindung sein, aber auch die Gefahr für Leib und Leben durch den eigentlichen Abschiebevorgang. Beim Vorliegen inlandsbezogener Abschiebungshindernisse bleibt üblicherweise die örtliche Ausländerbehörde zuständig.

Zur Sicherstellung der Transportfähigkeit auszuschafter Flüchtlinge wird seitens der Ordnungsbehörden nicht selten eine ärztliche Begleitung veranlasst. Die öffentliche Beurteilung dieser Tätigkeit der so genannten „Abschiebeärzte“ bewegt sich zwischen erstklassiger medizinischer Reisebetreuung und willfähriger Vollstreckungshilfe. Zur berufsethischen und rechtlichen Einordnung dieses exotischen ärztlichen Tätigkeitsfeldes mag als Beispiel landesrechtlicher Regelungen das

RettG NRW v. 13.07.1999 beigezogen werden, das zum Patiententransport eindeutig festlegt:

#### *§ 2 Notfallrettung und Krankentransport*

- (1) Die Notfallrettung hat die Aufgabe, ... Transportfähigkeit herzustellen und ... (die Patienten) mit Notarzt- oder Rettungswagen oder Luftfahrzeugen in ein für die weitere Versorgung geeignetes Krankenhaus zu befördern.*

Die ärztliche Verantwortung endet demnach also keineswegs an der Flugzeugtür, sondern umfasst auch die Beförderung in ein geeignetes Krankenhaus am Ankunftsort!

### **Abschließende Bemerkungen**

Auch und gerade in gutachtender Funktion ist der Arzt an die Gebote der medizinischen Ethik als der Gesamtheit sittlicher Verbindlichkeiten im Gesundheitswesen gebunden. Medizinische Ethik als Lehre der Gesamtheit sittlicher Verbindlichkeiten im Gesundheitswesen setzt die allgemeine Moral in Beziehung zu den hier besonderen Aufgaben. Als Ethos sind Moral und

Sitte ursprünglich die ungeschiedene Einheit vom Guten, Geziemenden und Gerechten und bestimmen im Unterschied zum Recht als allgemeine Grundübereinstimmung eine geschichtlich gewachsene Lebensform. Im Ethos gehen empirische und normative Momente eine lebensmäßig untrennbare Einheit ein. Die medizinische Ethik unterscheidet hierbei sehr deutlich die Heilkunde von einer bloßen Heiltechnik (Gardemann 2003), die die Medizin verkürzend als ausschließlich naturwissenschaftlich-technischen Lehr- und Forschungsbereich sieht, sich damit jedwedem Missbrauch bereitwillig öffnet und sich dann unter Berufung auf naturwissenschaftlich Gegebenes exculpiert, wie gerade in der deutschen Geschichte verhängnisvoll geschehen. *Die technische Expertise medizinischer Berufe und die Expertise in der Anwendung von ethischen Werten und Regeln auf den konkreten Fall machen in ihrer Einheit erst das berufliche Ethos aus.* (Sass 1988, 6). Eine Betonung des ärztlichen Ethos erhält der Ärzteschaft einen erforderlichen Entscheidungsspielraum und wirkt einer zunehmenden Verrechtlichung aller Bereiche des Gesundheitswesens entgegen. Ärztliche Heilkunde erkennt auch in gutachtender Funktion ihre sittlichen Grundsätze als selbstverständlich an, begreift den Patienten als leiblich-seelische Einheit und nimmt ihn als menschliches Subjekt vor dem Hintergrund einer ihm je eigenen Lebensgeschichte ernst. Immer muss dabei der Grundsatz gelten: *Ärztliche Ethik meint Verantwortung vor der irreversiblen Geschichte eines jeden menschlichen Lebens* (von Uexküll T, Wesiak W, 1998 475).

#### Literatur:

- Bundesärztekammer (2000) Abschiebung von Folteropfern. Dokumentation 103. Deutscher Ärztetag; Entschließungen zum Tagesordnungspunkt VI. Deutsches Ärzteblatt 97 (20) B-1182
- Duchrow J, Spieß K (2006) Flüchtlings- und Asylrecht; mit dem neuen Zuwanderungsgesetz und den europäischen Regelungen. 2. Aufl. München: dtv
- Ebner G (2001) Grundlagen transkultureller Begutachtung. In: Hegemann T, Salman R (Hrsg.) Transkulturelle Psychiatrie; Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Bonn: Psychiatrie Verlag: 232-251
- Ebner G, Gardemann J, Dittmann V (2005) Psychiatrische Arztzeugnisse und Gutachten im Asylverfahren. In: Ebner G, Dittmann V, Gravier B, Hoffmann K, Raggenbass R (Hrsg.) Psychiatrie und Recht; Psychiatrie et Droit. Forum Gesundheitsrecht; droit de la santé Bd. 10. Zürich: Schulthess Juristische Medien: 359-374
- Fritze E, May B, Mehrhoff F (Hrsg.) (2000) Die ärztliche Begutachtung: Rechtsfragen, Funktionsprüfungen, Beurteilungen, Beispiele. 6. Aufl. Darmstadt: Steinkopff
- Gardemann J, Salman R (2002) Migrationsspezifische Begutachtung im Spannungsfeld von Medizin, Recht, Psychologie und Politik – Bericht über eine interdisziplinäre Fachtagung. Gesundheitswesen 64 (12): 645-650
- Gardemann J (2002) Soziale Lage und Gesundheit: Zur Gesundheitssituation von Flüchtlingskindern. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 45: 889-893
- Gardemann J (2003) Kinderheilkunde und Kinderkrankenpflege zwischen Heiltechnik und der Sorge für Mutter und Kind. Kinderkrankenschwester 23 (1): 28-30
- Gardemann J, Gültekin N (2005) Migranten, Asylsuchende und ethnische Minderheiten. In: Madler C, Jauch KW, Werdan K, Siegrist J, Pajonk FG. (Hrsg.) Das NAW-Buch; Akutmedizin der ersten 24 Stunden, 1093-1103. München; Jena: Elsevier Urban & Fischer

- Gardemann J, Razum O (2006) Internationale humanitäre Soforthilfe bei Natur- und Gewaltdatenkatastrophen. Public-Health Forum 14 (51): 6-7
- Gesundheitsamt Bremen (Hrsg.) (2005) Krankheit als Abschiebehindernis im Spannungsfeld von Politik, Verwaltung, Fachlichkeit und Ethik. Bremen: Gesundheitsamt
- Grieger D, Gardemann J (2003) Ziele und Aktivitäten des bundesweiten Arbeitskreises „Migration und öffentliche Gesundheit“. Gesundheitswesen 65 (12): 704-708
- Gundermann D (1958) Der Arzt im Gesundheitsamt; seine Aufgaben, seine Stellung, seine Arbeitsweise. Bielefeld: Bertelsmann
- Heise T (Hrsg.) (2000) Transkulturelle Beratung, Psychotherapie und Psychiatrie in Deutschland. Das transkulturelle Psychoforum 5. Berlin: Verlag für Wissenschaft und Bildung
- Höffe O (2002) Lexikon der Ethik. 6. neubearbeitete Auflage. München: C.H. Beck
- Innenministerium des Landes Nordrhein-Westfalen (2003) Aufträge an Gutachter zur Prüfung inlandsbezogener Vollstreckungs- bzw. zielstaatsbezogener Abschiebungshindernisse unter inhaltlicher Verwendung eines Informations- und Kriterienkataloges. AZ 14.1/VI2.3/14.3. 22.01.2003
- Korzilius H (2000) Begutachtung von Asylbewerbern – Zwischen Staatsraison und Patientenwohl. Deutsches Ärzteblatt 97 (23) B-1339-1345
- Labisch A (1992) Homo hygienicus: Gesundheit und Medizin in der Neuzeit. Frankfurt; New York: Campus
- Laufs A (1993) Arztrecht. München: Beck
- Leidel J (2000) Begutachtung zwischen humanitärem Anspruch und juristischer Erfordernis. In: Gardemann J, Müller W, Remmers A. Migration und Gesundheit: Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen. Berichte & Materialien Band 17, Düsseldorf: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen: 135-141
- Marx HH (1992) Medizinische Begutachtung: Grundlagen und Praxis. Stuttgart: Thieme
- Maurer H (1992) Allgemeines Verwaltungsrecht. München: Beck Juristischer Verlag
- Müller W (1998) Entwicklung der Gesundheitsdienstgesetze in den Ländern der Bundesrepublik Deutschland. In: Neue Anforderungen an den ÖGD. Dokumentation zur Tagung in Bielefeld 26./27.3.98. Iögd: Wissenschaftliche Reihe Band 2. Bielefeld: Landesinstitut für den Öffentlichen Gesundheitsdienst des Landes Nordrhein-Westfalen
- Ratzel R, Lippert HD (1995) Kommentar zur Musterberufsordnung der Deutschen Ärzte (MBO). Berlin: Springer
- Sass HM (Hrsg.) (1988) Ethik und öffentliches Gesundheitswesen; ordnungsethische und ordnungspolitische Einflussfaktoren im öffentlichen Gesundheitswesen. Berlin etc.: Springer
- Schwerd W (1979) Kurzgefaßtes Lehrbuch der Rechtsmedizin für Mediziner und Juristen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag
- Szasz TS (1977) Theologie der Medizin. Wien; München; Zürich: Europaverlag
- Von Uexküll T, Wesiak W (1998) Theorie der Humanmedizin; Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns. 3. Aufl. München etc.: Urban & Schwarzenberg