



Oda Jentsch

Krankheit als Abschiebungshindernis

Anforderungen an die Darlegung von Abschiebungshindernissen aufgrund von Krankheit im Asyl- und Aufenthaltsrecht

3. Auflage Januar 2026

Inhaltsverzeichnis

Vorwort der Herausgeber	4
A. Überblick	5
B. Zuständigkeit von BAMF und Ausländerbehörde	7
I. Zuständigkeit des BAMF	7
II. Zuständigkeit der Ausländerbehörde	8
III. Beteiligung des BAMF bei der Prüfung von Abschiebungshindernissen durch die Ausländerbehörde (§ 72 Abs. 2 AufenthG)	9
IV. Beispiele für Erkrankungen mit Zielstaats- bzw. Inlandsbezug	10
C. Krankheitsbedingtes Abschiebungsverbot mit Zielstaatsbezug	11
I. Krankheitsbedingtes Abschiebungsverbot auf Grundlage der Europäischen Menschenrechtskonvention (§ 60 Abs. 5 AufenthG)	11
1. Abgrenzung zum subsidiären Schutz	11
2. Verletzung des Art. 3 EMRK durch Rückkehr bei Erkrankung	11
3. Hypothese für Beurteilung der Rückkehrsituation	12
4. Zeitpunkt des Schadenseintritts	12
5. Weitere Rechtsverletzung: Art. 8 EMRK	13
II. Krankheitsbedingtes Abschiebungsverbot wegen »erheblicher konkreter Gefahr für Leib und Leben« (§ 60 Abs. 7 AufenthG)	13
1. Übersicht über die Regelung	13
2. Prüfungsmaßstab und Rechtsfolge	13
3. Voraussetzungen im Einzelnen	14
a. Formale Anforderungen: § 60 Abs. 7 Satz 2 mit Verweis auf § 60a Abs. 2c AufenthG	14
b. Erheblichkeit der Gefahr durch Krankheit	14
c. PTBS als erhebliche Gefahr	15
d. Konkretheit der Gefahr	16
e. »Inländische Gesundheitsalternative« (§ 60 Abs. 7 Satz 5 AufenthG)	18
f. Sonderregelung für »allgemeine Gefahren« (§ 60 Abs. 7 Satz 6 AufenthG)	19
III. Besondere Darlegungserfordernisse bei Abschiebungsverboten mit Krankheitsbezug	20
1. Die Anforderungen an Atteste gemäß § 60 Abs. 7 Satz 2 i.V.m. § 60a Abs. 2c AufenthG	21
a. Qualifizierte, ärztliche Bescheinigung	21
b. Weitere Voraussetzungen an Atteste in § 60 Abs. 7 Satz 2 i.V.m. § 60a Abs. 2c Satz 2 und 3 AufenthG	22
2. Glaubhaftmachen, Substanziieren – was wird von Behörden und Gerichten gefordert?	24

3. Darlegung der Erkrankung im Rahmen von § 60 Abs. 5 AufenthG	25
4. Kritik am Gesetz und Ausblick	26
5. Strategische Überlegungen im Prozess oder in der Vorbereitung	27
D. Krankheitsbedingtes Abschiebungshindernis mit Inlandsbezug	28
I. Übersicht zu Rechtsgrundlagen und Rechtsentwicklung	28
II. Aufenthaltserlaubnis aus dringenden humanitären oder persönlichen Gründen (§ 25 Abs. 4 Satz 1 AufenthG)	29
1. Nicht vollziehbare Ausreisepflicht	29
2. Weitere Anwesenheit im Bundesgebiet	29
3. Dringende humanitäre oder persönliche Gründe	29
4. Vorübergehender Aufenthalt	30
5. Allgemeine Erteilungsvoraussetzungen	30
III. Aufenthaltserlaubnis bei Vorliegen einer »außergewöhnlichen Härte« (§ 25 Abs. 4 Satz 2 AufenthG)	31
1. Anwendungsbereich	31
2. Außergewöhnliche Härte	31
3. Rechtmäßiger Aufenthalt	32
4. Allgemeine Erteilungsvoraussetzungen	32
IV. Aufenthaltserlaubnis wegen Unmöglichkeit der Ausreise (§ 25 Abs. 5 AufenthG)	32
1. Anwendungsbereich und Abgrenzung zur Duldung	32
2. Vollziehbare Ausreisepflicht	33
3. Rechtliche Unmöglichkeit der Ausreise	33
4. Tatsächliche Unmöglichkeit der Ausreise	34
5. Kein Wegfall des Ausreisehindernisses in absehbarer Zeit	34
6. Allgemeine Erteilungsvoraussetzungen	34
V. Krankheit als Duldungsgrund (§ 60a Abs. 2 AufenthG)	35
1. Regelung und Anwendungsbereich	35
2. Reichweite der Verantwortung der Ausländerbehörde	35
3. Ärztliche Begleitung im Rahmen von § 60a Abs. 2 AufenthG	36
4. Krankheit als tatsächliches oder rechtliches Abschiebungshindernis (§ 60a Abs. 2 Satz 1, 1. Alt. AufenthG)	36
a. Reichweite der Bindungswirkung (§ 42 AsylG)	37
b. § 60a Abs. 2 Satz 3 AufenthG (Ermessensduldung)	38
c. Gesetzliche Vermutung der Gesundheit (§ 60a Abs. 2c Satz 1 AufenthG)	38
d. Qualifizierte ärztliche Bescheinigung	38
5. Unverzügliche Vorlage der Bescheinigung und Ausschluss bei Verschulden (§ 60a Abs. 2d Satz 1 und Satz 2 AufenthG)	39
a. Regelungsgehalt	40
b. Belehrung	40

c. Anderweitige Anhaltspunkte (§ 60a Abs. 2d Satz 2 AufenthG)	40
d. Argumentation	40
6. Amts- bzw. fachärztliche Untersuchung durch die Ausländerbehörde (§ 60 Abs. 2d Satz 3 AufenthG)	42
VI. Hinweise zum Verfahren	43
E. Fazit	44
F. Anhang	45
I. Kriterien für Atteste	45
1. Kriterien für die Vorlage von Attesten	45
2. Zusätzliches Kriterium für die Vorlage bei der Ausländerbehörde	45
II. Zitierte Kommentarliteratur	45

Die Autorin

Oda Jentsch ist Rechtsanwältin in der Kanzlei für Aufenthaltsrecht in Berlin. Sie ist Mitglied der Rechtsberater*innenkonferenz der mit den Wohlfahrtsverbänden zusammenarbeitenden Rechtsanwält*innen.

Kanzlei: Eichendorffstraße 13, 10115 Berlin
www.aufenthaltsrecht.net

Herausgeber und ©

Deutsches Rotes Kreuz e.V.
 Generalsekretariat
 Carstennstraße 58
 12205 Berlin
www.drk.de

Informationsverbund Asyl und Migration e.V.
 Haus der Demokratie und Menschenrechte
 Greifswalder Straße 4
 10405 Berlin
www.asyl.net

Impressum

Oda Jentsch: Krankheit als Abschiebungshindernis.
 Anforderungen an die Darlegung von Abschiebungshindernissen aufgrund von Krankheit im Asyl- und Aufenthaltsrecht

Herausgegeben vom Deutschen Roten Kreuz und dem Informationsverbund Asyl und Migration

3. Auflage Januar 2026

Satz

textuelles.de, Dr. Klara Vanek

Titelbild

pexels.com, Tima Miroshnichenko

Gefördert durch die



Vorwort der Herausgeber

Dass gesundheitliche Gründe einer Abschiebung entgegenstehen können, leuchtet auf den ersten Blick ein. Wer aufgrund welcher Kriterien prüft, wann eine Krankheit vorliegt, bei der nicht abgeschoben werden kann oder darf, und wie behördliche und medizinische Kompetenzen zur Klärung ineinandergreifen – dies alles und mehr gehört zu den Fragen, die im Alltag der Beratung und Betreuung von Flüchtlingen immer wieder auftauchen und die Beratungsstellen vor Ort vor Probleme stellen können.

Die Anforderungen, die an die Geltendmachung von gesundheitlichen Gründen in asyl- und aufenthaltsrechtlichen Verfahren gestellt werden, verändern sich dabei ständig. Seit der Erstauflage dieser Broschüre Ende 2017 haben sich Gesetzgebung und Rechtsprechung innerhalb eines kurzen Zeitraums so weiterentwickelt, dass bereits im Jahr 2020 eine Neuauflage dieser Handreichung notwendig wurde. Vor dem Hintergrund weiterer Änderungen – unter anderem durch das »Rückführungsverbesserungsgesetz« vom Februar 2024 – ist nun die dritte Auflage entstanden.

Die Herausgeber danken der Autorin Oda Jentsch herzlich dafür, dass sie sich dieser Aufgabe gestellt hat.

Mit ihrer langjährigen Erfahrung als Rechtsanwältin in ihrer auf Aufenthaltsrecht spezialisierten Kanzlei mit Sitz in Berlin und Leipzig schlägt sie die Brücke zwischen den aktuellen juristischen Entwicklungen und den Fragen, die in der Beratungspraxis entstehen. Mit der vorliegenden Arbeitshilfe bringt sie in allgemeinverständlicher Sprache Licht ins Dunkel, indem »die rechtlichen Dreh- und Angelpunkte aufgeführt werden, an denen es entscheidend auf das Erkennen, die Darlegung und den Nachweis der Erkrankung ankommt«.

Berlin, Oktober 2025

Informationsverbund Asyl und Migration
DRK-Generalsekretariat

Hinweis

In diesem Text geäußerte Ansichten sind die der Verfasserin und werden nicht unbedingt von den Herausgebern geteilt.

A. Überblick

In verschiedenen Bereichen des Asyl- und Aufenthaltsrechts spielen Krankheiten, mit denen ein vorübergehender oder auch längerfristiger Aufenthalt in Deutschland begründet wird, eine wichtige Rolle. Dies hat verschiedene Ursachen.

In der politischen Diskussion, die Eingang gefunden hat in die Begründung des sogenannten Asylpakets II,¹ wurde das Vorbringen von Krankheiten zu einem wichtigen Thema gemacht und dabei hauptsächlich aus dem Blickwinkel eines vermuteten Missbrauchs bewertet.² Im Vordergrund der Diskussion stand der Vorwurf, dass Betroffene dieses Abschiebungshindernis hauptsächlich als letzte Möglichkeit kurz vor der Abschiebung vorbringen und so versuchen, ein Recht zum Bleiben zu erwirken.

Es trifft zu, dass Krankheiten und deren Behandlung häufig als Grund für einen weiteren Aufenthalt in Deutschland vorgebracht werden, die Ursachen hierfür sind jedoch differenzierter zu sehen.

So liegt eine Ursache darin, dass Personen, die aus ihrem Herkunftsland flüchten müssen, oftmals vor oder während der Flucht erhebliche Verletzungen erleiden, welche dauerhafte physische oder psychische Schäden hervorrufen, unter denen sie noch lange, auch nach Ankunft in einem sicheren Land leiden. Aber auch nach der Flucht können Erkrankungen bei durch die Flucht besonders verletzlichen Menschen auftreten. Und auch eine bereits vor der Flucht bestehende Erkrankung kann der Fluchtgrund oder einer der Fluchtgründe sein.

Auch im rechtlichen bzw. rechtspolitischen Bereich ist ein Grund für die große Bedeutung von Krankheiten als Abschiebungshindernis zu sehen. Denn nicht selten wird im Entscheidungsprozess des Asylverfahrens auf ein solches Abschiebungshindernis ausgewichen, um keine Entscheidung über die häufig kompliziertere Frage treffen zu müssen, ob die Voraussetzungen der Flüchtlingseigenschaft oder des subsidiären Schutzes vorliegen.

Schließlich gibt es auch eine verfahrensrechtliche Ursache für die hohe Praxisrelevanz krankheitsbedingter Abschiebungshindernisse, denn diese berühren die

Zuständigkeit von zwei verschiedenen im Migrationsrecht zuständigen Behörden. Zum einen entscheidet das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) über Abschiebungsverbote, und damit auch über Gefahren durch Krankheiten, die sich im Zielland verwirklichen.

Dieselbe Behörde, das BAMF, ist gleichzeitig zuständig für eine Rückführungsentscheidung, die in Form einer Abschiebungsandrohung oder Abschiebungsanordnung mit demselben Bescheid erlassen wird. Im Rahmen dieser Entscheidung muss das BAMF seit Inkrafttreten des »Rückführungsverbesserungsgesetzes« im Februar 2024³ unter anderem auch den Gesundheitszustand der Betroffenen berücksichtigen. Hier ist also auch zu prüfen, ob gesundheitliche Gründe auch schon im Inland einer Abschiebung entgegenstehen.

Zweitens ist die für die Erteilung aufenthaltsrechtlicher Dokumente und die Durchführung der Abschiebung jeweils örtlich zuständige Ausländerbehörde involviert, welche in diesem Rahmen ebenfalls das Vorliegen von Krankheiten zu prüfen hat. Hieraus folgt oft, dass die Zuständigkeit von einer zur anderen Behörde, vom Asylprozess zum aufenthaltsrechtlichen Verfahren »geschoben« wird und somit ein und dieselbe Frage, nämlich ob aus der Krankheit ein Aufenthaltsrecht resultiert, mitunter jahrelang verschiedene Behörden und Gerichte beschäftigt.

Ungeachtet dieser vielfältigen Gründe dafür, dass Krankheiten in Verfahren des Asyl- und Aufenthaltsrechts oft eine Rolle spielen, wurde in der Gesetzgebung der Fokus auf das Problem des **verspäteten Vorbringens** von Krankheiten gerichtet. So ging die Gesetzgebung im Rahmen der Gesetzesbegründung zum »Asylpaket II« 2016 davon aus, dass Krankheiten in missbräuchlicher Weise häufig erst bei drohender Abschiebung vorgebracht werden, wodurch die Verfahren verzögert werden.⁴ Auch wenn, mangels belastbarer Zahlen, dies nicht erwiesen ist, und Gründe für ein »Vollzugsdefizit« ebenfalls vielfältig sind, lässt sich in der Tat feststellen, dass Verzögerungen bei der Versorgung von Geflüchteten und der Aufnahme von Behandlungen auch teils bei den Betroffenen selbst liegen können.

¹ Gesetz zur Einführung beschleunigter Asylverfahren vom 11.3.2016, BGBl. I, S. 390, Begründung zum Entwurf des Gesetzes: BT-Drucksache 18/7538 vom 16.2.2016.

² Vgl. N. Hager in: »Abschiebung trotz schwerer Krankheit? Die gesetzlichen Neuregelungen zu Abschiebungshindernissen aus gesundheitlichen Gründen«, Asylmagazin 6/2016, S. 160 ff.

³ Gesetz zur Verbesserung der Rückführung (Rückführungsverbesserungsgesetz) BGBl. I, Nr. 54, vom 26.2.2024.

⁴ BT-Drucksache 18/7538, a. a. O. (Fn. 1), S. 18; vgl. Hager, a. a. O. (Fn. 2).

Der Grund hierfür ist jedoch weniger eine gezielte Strategie, als vielmehr, dass es sich bei Krankheiten, die durch Kriegserlebnisse und Fluchterfahrungen hervorgerufen werden, oft um psychische Erkrankungen handelt. Diese sind meist selbst für die Betroffenen nicht so leicht erkennbar wie physische Krankheiten. Sie äußern sich manchmal zu Beginn nur über Symptome, die von den Betroffenen zunächst nur oberflächlich oder gar nicht behandelt werden, wie chronische Kopfschmerzen, Schlafprobleme oder Albträume. Erst nach längerer Zeit wird erkannt, dass dies Symptome einer zugrunde liegenden Erkrankung sind, welche behandlungsbedürftig ist. Entsprechend können Hinweise auf die Erkrankung häufig erst nach einiger Zeit in einem asyl- oder aufenthaltsrechtlichen Verfahren vorgebracht werden. Weitere Verzögerungen können dadurch entstehen, dass fundierte ärztliche oder psychotherapeutische Stellungnahmen eingeholt werden müssen. Hierdurch verlängert sich das Verfahren und es entsteht seitens der Behörden der Eindruck, dass das verspätete Vorbringen »verfahrensangepasst« und nur im letzten Moment zur Vermeidung der Abschiebung erfolgt.

Betroffen sind im Zusammenhang mit Krankheiten regelmäßig besonders schutzwürdige Rechtsgüter, nämlich Gesundheit und Leben – deren Schutz durch Art. 2 Grundgesetz garantiert wird. Dennoch kam es mit dem Zweiten Gesetz zur besseren Durchsetzung der Ausreisepflicht vom August 2019⁵ erneut zu einer Änderung des Gesetzes, die bewirkte, dass die formalen Anforderungen an ärztliche Atteste erhöht wurden. Die Möglichkeiten für die Geltendmachung von Krankheiten wurden damit weiter verengt und von Kriterien abhängig gemacht, die schwer zu erfüllen und für gewöhnlich in ärztlichen Attesten oder Stellungnahmen der behandelnden Ärztinnen oder Ärzte nicht enthalten sind. Dies bedeutet nicht nur für die Betroffenen selbst, sondern auch für Behörden und Gerichte, dass noch weniger Raum für eine differenzierte Betrachtung des Einzelfalls bleibt. Es ist fraglich, ob diese Entwicklung mit dem Schutz des Grundrechts auf Gesundheit und Leben noch vereinbar ist.

Im Folgenden sollen die rechtlichen Dreh- und Angelpunkte aufgeführt werden, an denen es entscheidend auf das Erkennen, die Darlegung und den Nachweis einer Erkrankung als Abschiebungshindernis ankommt.

⁵ Zweites Gesetz zur besseren Durchsetzung der Ausreisepflicht, veröffentlicht im BGBl. I, Nr. 31 vom 20.8.2019, S. 1294 ff.

B. Zuständigkeit von BAMF und Ausländerbehörde

Wegen der oben im Überblick bereits angesprochenen geteilten Behördenzuständigkeit im Migrationsrecht ist zu entscheiden, welche der beiden Behörden für die Prüfung eines krankheitsbedingten Abschiebungshindernisses zuständig ist. Grundsätzlich ist dabei das Bundesamt für **zielstaatsbezogene** Abschiebungsverbote, die Ausländerbehörde für **inlandsbezogene** Abschiebungshindernisse zuständig. Dabei ist unter »zielstaatsbezogen« zu verstehen, dass eine durch die Krankheit ausgelöste Gefahr sich im Zielstaat der Abschiebung realisiert, während das Risiko durch eine »inlandsbezogene« Gefahr sich bereits im Inland verwirklicht. Durch die jüngeren Rechtsänderungen ist der Grundsatz, dass das BAMF für zielstaatsbezogene Abschiebungsverbote zuständig ist und die Ausländerbehörde für solche mit Inlandsbezug, jedoch durchbrochen worden. Auch das BAMF muss im Rahmen der Rückkehrentscheidung nun zusätzlich Abschiebungshindernisse mit Inlandsbezug berücksichtigen.

I. Zuständigkeit des BAMF

Über zielstaatsbezogene Abschiebungsverbote, die vorliegen, wenn sich eine Gefahr oder Rechtsverletzung im Herkunftsland bzw. im Zielland der Abschiebung zu ereignen droht, entscheidet das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) im Rahmen des Asylverfahrens. Das BAMF muss dabei von Amts wegen ermitteln und prüfen, ob eine entsprechende Gefahr im Herkunftsland bzw. im Zielland einer möglichen Abschiebung droht – die Asylsuchenden müssen dies also nicht ausdrücklich beantragen.⁶

Rechtsgrundlagen für diese zielstaatsbezogenen Abschiebungsverbote sind die Regelungen des § 60 Abs. 5 und Abs. 7 AufenthG.

Auch eine Krankheit kann grundsätzlich zu einem solchen zielstaatsbezogenen Abschiebungsverbot führen, etwa weil deren Behandlung im Zielland nicht möglich ist. Da das BAMF in aller Regel über mögliche Erkrankungen der Asylsuchenden nicht informiert ist, hilft die oben erwähnte Pflicht, von Amts wegen zu prüfen (sog. Amtsermittlungspflicht), hier in der Praxis wenig. Es ist daher von entscheidender Bedeutung,

dass die Asylsuchenden auf bestehende Krankheiten im Asylverfahren hinweisen und diese nach Möglichkeit mit Attesten nachweisen.

Die Entscheidung des BAMF in Bezug auf das Vorliegen von Abschiebungsverböten mit Zielstaatsbezug ist für die Ausländerbehörde bindend (§ 42 AsylG).

Die Entscheidung des BAMF über zielstaatsbezogene Abschiebungsverböte erfolgt im Rahmen der Prüfung eines Asylantrags dann, wenn Asyl und der internationale Schutz (Flüchtlingsschutz oder subsidiärer Schutz) bereits abgelehnt wurden. Denn wenn ein Schutzstatus gewährt wurde, sind die daraus folgenden Rechtsfolgen meist günstiger, sodass von einer Entscheidung über § 60 Abs. 5 und 7 AufenthG abgesehen werden soll. Dies ist in § 31 Abs. 5 AsylG geregelt.

Möglich ist aber auch, dass nach einem bestandskräftig negativ abgeschlossenen Asylverfahren ein Antrag gestellt wird, der nur auf Feststellung eines zielstaatsbezogenen Abschiebungsverböts beim BAMF gerichtet ist. Es handelt sich dabei formal gesehen um einen Antrag, das Asylverfahren in Bezug auf die Prüfung der Abschiebungsverböte nach § 60 Abs. 5 und Abs. 7 AufenthG »wiederaufzugreifen« (gemäß §§ 48, 49 Verwaltungsverfahrensgesetz – VwVfG). Man spricht hier auch von einem »isolierten Wiederaufgreifensantrag« auf Feststellung von Abschiebungsverböten, weil die Prüfung von Asyl und internationalem Schutz nicht erneut beantragt wird.

Inlandsbezogene Abschiebungshindernisse, also Gefahren, die vor oder während der Abschiebung für geschützte Rechtsgüter in Deutschland entstehen können, prüft das BAMF jedoch auch, nämlich wenn es im Asylverfahren im Anschluss an die Entscheidung über das Vorliegen eines Abschiebungsverböts die Entscheidung über die Rückkehr der betroffenen Person erlässt. Diese Entscheidung kann in Form einer **Abschiebungsanordnung**⁷ oder einer **Abschiebungsandrohung**⁸ erfolgen.

Möchte das BAMF die Abschiebungsanordnung in einen als sicheren Drittstaat eingestuften Staat oder in einen EU-Mitgliedstaat vornehmen, so ist es auch für die Prüfung inlandsbezogener Vollstreckungshindernisse zuständig. Hier soll für die Prüfung der Auslän-

⁶ Siehe Fränkel, in: NK-AuslR, AsylG § 24 Abs. 2.

⁷ § 34 a AsylG.

⁸ § 34 AsylG in Verbindung mit § 59 AufenthG.

derbehörde, auch wenn ein Inlandsbezug besteht, nach der Rechtsprechung kein Raum bleiben.⁹

Auch wenn das BAMF nach der Feststellung eines Abschiebungsverbots eine Rückführungsentscheidung in Form der Abschiebungsandrohung erlässt, muss die Behörde aufgrund einer Rechtsänderung im Jahr 2024 eine Entscheidung über inlandsbezogene Belange treffen.

Der EuGH entschied hierzu auf eine Vorlagefrage des Bundesverwaltungsgerichts auf der Grundlage der Rückführungsrichtlinie (RL2008/115/EG), dass bei jeder Rückführungsentscheidung immer auch das Kindeswohl, familiäre Belange und eben auch der Gesundheitszustand eines Betroffenen zu berücksichtigen sind.¹⁰ Hierauf hat die deutsche Gesetzgebung die Gesetze angepasst und die Pflicht des BAMF zur Berücksichtigung von Kindeswohl, familiärerer Belange und eben auch gesundheitlicher Gründe beim Erlass der Abschiebungsandrohung geregelt (§ 34 AsylG, § 59 Abs. 1 AufenthG). Das heißt, dass in diesem Rahmen auch gesundheitliche Einschränkungen mit Inlandsbezug geltend zu machen sind.

Sollten diese Belange einer Abschiebung entgegenstehen, ist das BAMF verpflichtet, dies bei der Abschiebungsandrohung zu berücksichtigen und diese nicht zu erlassen. Ein möglicher Ausgang des Asylverfahrens ist dann, dass zwar weder Asyl, internationaler Schutz noch nationale Abschiebungsverbote festgestellt werden, aber auch keine Abschiebungsandrohung erlassen wird. Die Entscheidung des BAMF ist dann keine mögliche Grundlage für eine Beendigung des Aufenthalts, wie es die Abschiebungsandrohung wäre.

Fraglich ist, ob auch im Fall eines abgeschlossenen Asylverfahrens das BAMF für einen Antrag auf Wiederaufgreifen des Verfahrens bezogen auf die Abänderung einer Abschiebungsandrohung zuständig bleibt. Dann müsste auch nach Abschluss des Asylverfahrens bei geänderten Umständen in Bezug auf Kindeswohl, familiäre Bindungen oder Gesundheit einer Person ein Änderungsantrag an das BAMF gestellt werden. Auch wenn es folgerichtig erscheint, dass die Behörde, die eine Entscheidung getroffen hat, auch für deren Abänderungen bei Vorliegen geänderter Umstände zuständig bleibt, hat das BAMF hiergegen angeführt, dass die Ausländerbehörde nach Abschluss des Verfahrens die sachnähere Behörde und daher zuständig sei. Dieser Auffassung hat nun das Bundesverwaltungsgericht Recht gegeben und entschieden, dass nach rechtskräftigem Abschluss des Asylverfahrens

die Ausländerbehörde zuständig ist; dies ergebe sich aus § 71 Abs. 1 Satz 1 AufenthG: Diese Vorschrift über die Zuständigkeit der Ausländerbehörde werde nur für die Dauer des Asylverfahrens durch § 5 Abs. 1 Satz 2 AsylG durchbrochen.¹¹

II. Zuständigkeit der Ausländerbehörde

Die örtlich zuständige Ausländerbehörde (ABH) entscheidet über Abschiebungshindernisse, deren Ursachen solche Gefahren oder Rechtsverletzungen sind, die im Inland eintreten, nämlich bereits vor oder während der Abschiebung. Hier wird von einer **inlandsbezogenen Gefahr** gesprochen. Die Verantwortung der Ausländerbehörde reicht nach der Rechtsprechung vom Beginn der die Abschiebung vorbereitenden Maßnahmen bis zum Zeitpunkt der Ankunft der betroffenen Person am Flughafen des Ziellands oder dort, wo die Abschiebung beendet ist.¹²

Hierfür bleibt dann Raum, wenn kein Asylverfahren vorangegangen ist und eine Krankheit allein mit Inlandsbezug vorgetragen wird. Für bei der Ausländerbehörde vorgetragene Erkrankungen mit Zielstaatsbezug ist, wenn kein Asylantrag zuvor gestellt wurde, eine Weiterleitung des Antrags durch die Ausländerbehörde an das Bundesamt erforderlich (§ 72 Abs. 2 AufenthG; siehe hierzu den folgenden Abschnitt III.).

Hat zuvor ein Asylverfahren stattgefunden, sind die dort getroffenen Feststellungen des BAMF in Bezug auf zielstaatsbezogene Abschiebungshindernisse gemäß § 60 Abs. 5, 7 AufenthG für die Ausländerbehörde bindend (gemäß § 42 AsylG). Das heißt, dass die Ausländerbehörde hiervon nicht abweichen darf.

Gleichwohl ist die Ausländerbehörde aufgrund der Zuständigkeit für die Durchführung der Abschiebung auch zur Prüfung der Auswirkungen einer bereits bestehenden Erkrankung im Vollzugsverfahren zuständig.¹³ Sie hat also, obwohl sie an die Entscheidung des BAMF gebunden ist, zu prüfen, ob sich aus Krankheitsgründen der Gesundheitszustand in rechtsverletzender Weise verschlechtern kann. Dabei müssen bestehende oder neu auftretende Erkrankungen berücksichtigt werden, sofern hier ein Inlandsbezug besteht.

⁹ BVerfG, Beschluss vom 17.9.2014 – 2 BvR 1795/14 – BeckRS 2014, 56447 = Asylmagazin 10/2014, S. 341 ff., [asyl.net: M22248](#).

¹⁰ EuGH, Urteil vom 15.2.2023 – C-484/22 – [asyl.net: M31329](#).

¹¹ BVerwG, Urteil vom 20.11.2025 – 1 C 28.24 – [asyl.net: M33793](#); bei Veröffentlichung lagen die vollständigen Urteilsgründe noch nicht vor.

¹² Vgl. OVG NRW, Beschluss vom 15.10.2010 – 18 A 2088/10 – [asyl.net: M18663](#); OVG Sachsen-Anhalt, Beschluss vom 20.6.2011 – 2 M 38/11 – [asyl.net: M19096](#).

¹³ Vgl. OVG NRW, Beschluss vom 15.10.2010, a. a. O. (Fn. 12); OVG Sachsen-Anhalt, Beschluss vom 20.6.2011, a. a. O. (Fn. 12).

Ferner stellt sich die Frage, ob sich durch die Rechtsänderung vom 26. Februar 2024¹⁴ und dadurch, dass das BAMF nun bereits inlandsbezogene Belange, die einer Abschiebung entgegenstehen, geprüft hat, der Umfang der Prüfung der Ausländerbehörde verringert. Hiergegen spricht jedoch, dass die Bindungswirkung des § 42 AsylG sich nur auf die zielstaatsbezogenen Abschiebungshindernisse der § 60 Abs. 5, 7 AufenthG beziehen. Auch wird in der Regel die Prüfung des BAMF schon länger zurückliegen, während die für den Vollzug zuständige Ausländerbehörde in der Regel diejenige ist, die zuletzt und kurz vor oder im Verlauf der Abschiebung zuständig ist. Daher wird sie in der Regel auch weiterhin für die inlandsbezogenen Belange zuständig sein.

In diesem Sinn hat auch das Bundesverwaltungsgericht zuletzt entschieden: Danach soll auch die Ausländerbehörde zuständig sein, wie schon oben unter Punkt I. erwähnt, wenn nach einem rechtskräftig abgeschlossenen Asylverfahren ein Antrag nur bezogen auf die Abänderung der Abschiebungsandrohung gestellt wird – obgleich zuvor das BAMF diese Entscheidung erlassen hat.¹⁵ Damit wird letztlich bekräftigt, dass die Ausländerbehörde die sachnähere Behörde für die Prüfung von Kindeswohl, familiären Belangen und Gesundheit (mit Inlandsbezug) ist.

Um hier eine doppelte Zuständigkeit sowohl von BAMF als auch der Ausländerbehörde in Bezug auf die inlandsbezogenen Belange des Kindeswohls, familiärer Bindungen und Gesundheit zu vermeiden, hätte eine europarechtskonforme Lösung darin liegen können, das BAMF ganz von der Verpflichtung zu entbinden, eine Rückkehrentscheidung in Form der Abschiebungsandrohung oder Abschiebungsanordnung zu treffen. Dann hätte die Zuständigkeit für eine Rückkehrentscheidung und im Zuge dessen die Entscheidung über inlandsbezogene Vollstreckungshindernisse allein bei der Ausländerbehörde gelegen. Die Gesetzgebung hatte es Anfang 2024 in der Hand, hierzu eine praktikable gesetzliche Regelung zu schaffen, hat dies aber nicht zufriedenstellend gelöst. Es bleibt daher die beschriebene Doppelzuständigkeit von BAMF und Ausländerbehörden.¹⁶

III. Beteiligung des BAMF bei der Prüfung von Abschiebungshindernissen durch die Ausländerbehörde (§ 72 Abs. 2 AufenthG)

Die Ausländerbehörde entscheidet über das Vorliegen zielstaatsbezogener Abschiebungsverbote nur dann, wenn diese nicht bereits vom BAMF im Rahmen des Asylverfahrens geprüft wurden. Dies ist nur der Fall, wenn zuvor gar kein Asylantrag gestellt wurde. Dann ist für einen Antrag auf Feststellung von zielstaatsbezogenen Abschiebungsverböten die Ausländerbehörde zuständig. Nach der Regelung des § 72 Abs. 2 AufenthG ist in solchen Fällen das BAMF aber an dem Verfahren zu »beteiligen«, d.h. die Ausländerbehörde muss eine Stellungnahme des BAMF einholen.<?>

Der Grund für die Beteiligung besteht nach der Gesetzesbegründung darin, sicherzustellen, dass die besondere Sachkunde des BAMF hinsichtlich der Verhältnisse in den Herkunftsländern einfließen kann.<?>

Die Stellungnahme des BAMF ist für die Ausländerbehörde nicht bindend, sie kann also bei ihrer Prüfung zu einem anderen Ergebnis kommen als das BAMF.<?>

In der Praxis problematisch ist, dass Ausländerbehörden in manchen Fällen die Zuständigkeit ablehnen und mitteilen, es sei ein Asylverfahren durchzuführen. Dies ist rechtswidrig und es ist möglich, eine Untätigkeitsklage zu erheben.<?>

Auch kommt es vor, dass das Bundesamt sich weigert, eine Stellungnahme abzugeben, mit dem Argument, es handele sich bei dem Antrag eigentlich um einen Asylantrag, der vollständig durch das BAMF zu prüfen sei. Gerade in Fällen, in denen ein Asylantrag jedoch aussichtslos wäre, ist dem nicht zu folgen. Die Ausländerbehörde sollte diese Antwort als erfolgte Beteiligung werten und entscheiden. Andernfalls ist wiederum Untätigkeitsklage zu erheben.<?>

¹⁴ Gesetz zur Verbesserung der Rückführung (Rückführungsverbesserungsgesetz), a. a. O. (Fn. 3).

¹⁵ BVerwG, Urteil vom 20.11.2025, a. a. O. (Fn. 11).

¹⁶ Vgl. entsprechende Forderungen im Rahmen des Gesetzgebungsprozesses, hierzu Stellungnahme Deutscher Anwaltverein zum Referentenentwurf des Rückführungsverbesserungsgesetz, Oktober 2023 – abrufbar bei [bmi.bund.de unter »Ministerium/Gesetzgebungsverfahren/Gesetzentwurf zur Verbesserung der Rückführung«](https://bmi.bund.de/unter%20Ministerium/Gesetzgebungsverfahren/Gesetzentwurf%20zur%20Verbesserung%20der%20Rueckfuehrung).

¹⁷ Siehe Kirsten Eichler: »Leitfaden zum Flüchtlingsrecht«, 3. Aufl. 2019, S. 69, abrufbar bei [asyl.net unter »Publikationen«](https://www.asyl.net/unter%20Publikationen).

¹⁸ BT-Drucksache 15/420 vom 7.2.2003, S. 94.

¹⁹ VGH Bayern, Beschluss vom 27.4.2016 – 10 CS 16.485 – 10 C 16.486 – [gesetze-bayern.de](https://www.gesetze-bayern.de); Keffler, in: NK-AuslR, AufenthG § 72 Rn. 17.

²⁰ Keffler, in: NK-AuslR, AufenthG § 72 Rn. 17.

²¹ Ebd.

IV. Beispiele für Erkrankungen mit Zielstaats- bzw. Inlandsbezug

Aus den verschiedenen Fallkonstellationen, die zu einer unterschiedlichen Behördenzuständigkeit führen, wird deutlich, dass es relevant sein kann, ob die Gefahren einer Erkrankung sich im Inland oder erst im Zielstaat einer Rückführung verwirklichen. Daher soll noch ein Blick geworfen werden auf die Einordnung einer Erkrankung in diese beiden möglichen Kategorien.

Beispiele für Erkrankungen mit Zielstaatsbezug sind alle Erkrankungen, die im Zielstaat der Abschiebung nicht behandelt werden können. Besonders hervorzuheben sind Traumatisierungen, die sich aufgrund der Rückkehr deshalb verschlimmern können, weil die betroffene Person in die Umgebung, in der das Trauma ausgelöst wurde, zurückkehren müsste und wieder unter Menschen leben würde, die vielleicht zu den Tatbegehenden oder zu der Gruppe gehörten, aus deren Reihen die Tat begangen wurde (beispielsweise Sicherheitskräfte, Angehörige verfeindeter ethnischer Gruppen etc.). Nicht nur die Erinnerung, sondern auch Angst vor einem erneuten Übergriff kann die Symptome verstärken und eine gegebenenfalls bestehende Be-

handlungsmöglichkeit ausschließen. Hier spricht man von der Gefahr der Retraumatisierung.

Denkbar ist aber auch, dass Retraumatisierung eine inlandsbezogene Gefahr darstellt.²² Es wird darauf ankommen, welche Reaktion der betroffenen Person im Einzelfall zu befürchten ist und wann eine Verschlimmerung eintritt. Tritt die Verschlimmerung bereits beim Ergreifen von Abschiebungsmaßnahmen ein, wäre sie inlandsbezogen, geschieht dies erst bei der Rückkehr, wäre sie zielstaatsbezogen.

Beispiele für Krankheiten mit Inlandsbezug sind psychische Erkrankungen, im Rahmen derer als Symptom eine Suizidalität diagnostiziert wird. Dieses Risiko kann sich gerade im Zusammenhang mit aufenthaltsbeendenden Maßnahmen realisieren. Hierzu gehören ferner Risikoschwangerschaften und physische Leiden, die bereits das Reisen ausschließen.

Aus medizinischer Sicht ist eine solche Abgrenzung zwischen zielstaats- und inlandsbezogener Gefahr oft schwer zu treffen und auch gar nicht sinnvoll. Ärztinnen und Ärzte sowie therapeutisches Personal werden daher selten von sich aus eine solche Einordnung treffen. Hier besteht die Aufgabe der Anwaltschaft und Beratungsstellen darin, ihnen gegenüber die Rechtslage zumindest grob zu skizzieren und die behandelnde Person zu bitten, zu den im jeweiligen Verfahren relevanten Gefahren konkret Stellung zu nehmen.

²² Keßler, in: NK-AuslR, AufenthG § 72 Rn. 13.

C. Krankheitsbedingtes Abschiebungsverbot mit Zielstaatsbezug

I. Krankheitsbedingtes Abschiebungsverbot auf Grundlage der Europäischen Menschenrechtskonvention (§ 60 Abs. 5 AufenthG)

Die Regelung des § 60 Abs. 5 AufenthG sieht ein Verbot von Abschiebungen vor, wenn diese nach der Europäischen Menschenrechtskonvention (EMRK) unzulässig sind. Umfasst sind hierdurch grundsätzlich alle Menschenrechte, die durch die EMRK garantiert werden und die im Zuge einer Abschiebung verletzt werden könnten.²³ Im Zusammenhang mit krankheitsbedingten Abschiebungsverboten kommt hier vor allem Art. 3 der EMRK (Verbot der Folter sowie der unmenschlichen und erniedrigenden Bestrafung oder Behandlung) infrage, wenn im Zielstaat der Abschiebung eine Situation entsteht, die mit intensivem Leid oder signifikanter Verkürzung der Lebenserwartung verbunden wäre.²⁴

Um genauer zu verstehen, in welchen Fallkonstellationen eine Rechtsverletzung des Art. 3 EMRK vorliegt, muss ein Blick auf die hierzu vorliegende Rechtsprechung des Europäischen Menschenrechtsgerichtshofs (EGMR) und des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) geworfen werden. Die Entscheidungen dieser Gerichte prägen entscheidend das Verständnis dieses europäischen Menschenrechts. Daneben enthält auch die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts Hinweise zum Anwendungsbereich der Vorschrift. Vorrangestellt wird noch die Frage der Abgrenzung zum subsidiären Schutz.

1. Abgrenzung zum subsidiären Schutz

Der subsidiäre Schutz nach Art. 15b der Richtlinie 2011/95/EU (Qualifikationsrichtlinie) wurde in Deutschland in § 4 AsylG umgesetzt. In dieser Regelung wird ebenfalls auf Art. 3 EMRK Bezug genommen: Subsidiär schutzberechtigt ist eine Person demnach dann, wenn ihr im Herkunftsland ein ernsthafter

Schaden droht. Dieser kann unter anderem durch eine »unmenschliche oder erniedrigende Behandlung« im Herkunftsland eintreten.

Was also ist der Unterschied zwischen den beiden Rechtsvorschriften, dem subsidiären Schutz einerseits und einem Abschiebungsverbot gemäß § 60 Abs. 5 AufenthG in Verbindung mit Art. 3 EMRK andererseits? Maßgeblich für die Abgrenzung ist, dass der subsidiäre Schutz nur greift, wenn die Verletzung des Art. 3 EMRK aufgrund des Wortlauts (»Behandlung«) durch einen Verfolgersakteur erfolgt, was bei Krankheiten gewöhnlich nicht der Fall ist. Ausnahmen sind allerdings denkbar, wenn im Gesundheitssystem eines Landes bestimmte Gruppen von Menschen benachteiligt werden. So hat der Europäische Menschenrechtsgerichtshof (EGMR)²⁵ entschieden, dass einem ehemaligen Mitglied der tamilischen Befreiungsorganisation in Sri Lanka bei einer Rückkehr eine deutliche Gesundheitsverschlechterung drohe, da ihm dort durch staatliche Behörden auf diskriminierende Weise der Zugang zur Gesundheitsversorgung verweigert würde. Hieraus ergebe sich eine drohende unmenschliche Behandlung. In der Regel werden jedoch Fälle, in denen eine Verletzung von Art. 3 EMRK aufgrund von Krankheit droht, unter § 60 Abs. 5 AufenthG zu prüfen sein, da es keinen Verfolgersakteur gibt.

2. Verletzung des Art. 3 EMRK durch Rückkehr bei Erkrankung

Richtungsweisend für die Frage, wann eine Verletzung des Art. 3 EMRK aufgrund einer schweren Erkrankung vorliegt, ist die »Paposhvili«-Entscheidung des EGMR aus dem Jahr 2016.²⁶ Dort wird einerseits die Schwelle zu einer Verletzung hoch angesetzt und erst dann eine Verletzung von Art. 3 EMRK angenommen, wenn einer schwer kranken Person im Fall einer Abschiebung eine baldige und wesentliche Verschlechterung ihres Gesundheitszustands droht und diese wiederum zu starkem Leiden oder erheblicher Verkürzung der Lebensdauer führt.

Gleichzeitig weist der EGMR in derselben Entscheidung auch darauf hin, dass immer zu prüfen sei, ob Betroffene im Zielstaat der Abschiebung auch tatsäch-

²³ BVerwG, Urteil vom 31.1.2013 – 10 C 15.12 – BVerwGE 105, 322, NVwZ 2013, 1167 = Asylmagazin 4/2013, S. 113 ff., [asyl.net: M20529](#).

²⁴ EGMR, Urteil vom 13.12.2016 – 41728/10 Paposhvili gg. Belgien – [asyl.net: M24587](#) (= NVwZ 2017, 1187).

²⁵ Ebd.

²⁶ Ebd.

lich Zugang zur notwendigen Behandlung haben. Bei Zweifeln obliege es den Behörden, entsprechend der Entscheidung in der Rechtssache »Tarakhel«,²⁷ Garantien vom Zielstaat einzuholen, dass die notwendige Behandlung auch erreichbar sei.

Mit dieser Entscheidung ist aus Sicht der Betroffenen eine Verbesserung erreicht worden, indem klar gestellt wurde, dass der Zugang zur Behandlung im Herkunftsland tatsächlich gegeben sein muss und nicht nur auf theoretisch vorhandene Behandlungsmöglichkeiten verwiesen werden darf. Damit erhält das Abschiebungsverbot des § 60 Abs. 5 AufenthG in Verbindung mit Art. 3 EMRK eine größere Bedeutung auch neben der nationalen Vorschrift des § 60 Abs. 7 AufenthG (siehe unten Punkt C.II.3.e.), dessen Schutzbereich in diesem Punkt nicht so weit geht (vgl. § 60 Abs. 7 Satz 5 AufenthG).

3. Hypothese für Beurteilung der Rückkehrsituation

Eine weitere Änderung zu früherer Rechtsprechung ist im Jahr 2019 mit einer Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts eingetreten.²⁸ Dies hat entschieden, dass bei der Prüfung von Abschiebungsverboten im Rahmen des § 60 Abs. 5 AufenthG in Verbindung mit Art. 3 EMRK nicht nur auf die Situation der Betroffenen selbst abzustellen ist. Vielmehr soll dann, wenn diese mit Angehörigen einer Kernfamilie, also Ehegatten und minderjährigen Kindern, zusammenleben, davon ausgegangen werden, dass diese Kernfamilie gemeinsam zurückkehrt. Dies gilt auch dann, wenn die Familienmitglieder bereits einen Schutzstatus in Deutschland erhalten haben. Dies kann dann zur Zuerkennung eines Abschiebungsverbots führen, wenn durch die familiäre Bindung weitere Verpflichtungen für die Betroffenen und ihre Angehörigen entstehen, etwa ein Pflege- oder Betreuungsbedarf und erhöhte Lebensunterhaltskosten. Entscheidend ist hierbei das Zusammentreffen der verschiedenen Gründe: So ist denkbar, dass eine Krankheit zwar im Herkunftsland als behandelbar eingestuft wird und somit als solche nicht zu einem Abschiebungsverbot führt. Zugleich kann die Krankheit aber dazu führen, dass die Familie im Fall einer Rückkehr ihren Lebensunterhalt nicht mehr bestreiten könnte, etwa weil die betroffene Person aufwändig gepflegt werden muss. In einer solchen

Konstellation führen die verschiedenen Gründe dann kumulierend zu einem Abschiebungsverbot.

4. Zeitpunkt des Schadenseintritts

Ferner kann ein Urteil des EuGH zur Auslegung des Art. 3 EMRK – der dem Regelungsgehalt des Art. 4 Grundrechtecharta (GRCh) entsprechen soll – herangezogen werden.²⁹ Darin hat der Gerichtshof im November 2022 zu den Voraussetzungen dieser Rechte weiter Stellung genommen. Der Fall betraf einen russischen Staatsangehörigen mit Aufenthalt in den Niederlanden, der an Blutkrebs litt und zur Schmerzlinderung ein Cannabis-Medikament erhielt, das in der Russischen Föderation verboten ist. Es stellte sich somit die Frage, ob die fehlende Möglichkeit der Schmerzlinderung bei Rückkehr eine Verletzung von Art. 4 GRCh bzw. Art. 3 EMRK bedeutet und damit eine unmenschliche oder erniedrigende Behandlung drohen würde. Hierzu führte der Gerichtshof aus, dass auch in Fällen eine Rechtsverletzung anzunehmen sei, in denen eine schwer kranke Person nicht die notwendige medizinische Behandlung im Zielstaat der Abschiebung erhalten würde und deshalb eine erhebliche Verkürzung der Lebenserwartung oder eine rasche, erhebliche und unumkehrbare Verschlechterung des Gesundheitszustands drohe, die mit starken Schmerzen verbunden wäre.

Zur Feststellung dieser Voraussetzungen komme es auf ernsthafte Gründe für die Annahme an, dass die Gefahr einer erheblichen und unumkehrbaren Zunahme der durch die Krankheit verursachten Schmerzen bestehe. Diese Gründe seien dann zu sehen, wenn die Schmerzen eine Intensität erreichten, welche so schwere und unumkehrbare psychische Störungen zur Folge hätte, dass von einer Verletzung der Menschenwürde auszugehen wäre. Hier sei es Sache des erkennenden Gerichts, dies im Licht aller maßgeblichen, insbesondere medizinischen Umstände zu prüfen.

Von Interesse für die deutsche Rechtsprechung war hier besonders die Frage, in welchem zeitlichen Zusammenhang der Eintritt der Verschlechterung stehen muss. Die deutsche Rechtsprechung hat hierbei stets einen unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang verlangt und das Eintreten einer Verschlechterung »alsbald« oder unverzüglich nach Erreichen des Ziellands vorausgesetzt. Der EuGH hat mit seiner Entscheidung betont, dass es nicht erforderlich sei, dass eine solche Verschlechterung »gleich« oder »unmittelbar danach«

²⁷ EGMR, Urteil vom 4.11.2014 – 29217/12 Tarakhel gg. die Schweiz – Asylmagazin 12/2014, S. 424 f., [asyl.net: M22411](https://www.asyl.net/M22411).

²⁸ BVerwG, Urteil vom 4.7.2019 – 1 C 45.18 – Asylmagazin 8/2019, S. 311 f., [asyl.net: M27530](https://www.asyl.net/M27530).

²⁹ EuGH, Urteil vom 22.11.2022 – C-69/21 X gg. Niederlande – Asylmagazin 6/2023, S. 235 ff.

eintrete. Vielmehr sei zu berücksichtigen, dass die Zunahme der Schmerzen nach Rückkehr auch allmählich erfolgen und dass es eine gewisse Zeit dauern könne, bis die Zunahme der Schmerzen erheblich und unumkehrbar werde. Auch seien alle relevanten Gesichtspunkte zu berücksichtigen, also auch die Intensität der Schmerzen. Dabei sei eine spekulative, in die Zukunft gerichtete Prüfung erforderlich. Beides stehe der Festlegung auf einen bestimmten Zeitraum entgegen.

5. Weitere Rechtsverletzung: Art. 8 EMRK

Darüber hinaus war die Entscheidung des EuGH vom 22. November 2022 auch im Hinblick darauf beachtlich, dass durch die Abschiebung nicht nur eine Rechtsverletzung von Art. 4 GRCh gesehen wurde, sondern auch eine **Verletzung des Rechts auf Privatleben aus Art. 7 GRCh bzw. Art. 8 EMRK**. Damit wird auch die medizinische Behandlung, die eine Person einem EU-Mitgliedstaat erhält, in den Schutz des Privatlebens einbezogen, mit der Begründung, dass die medizinische Behandlung der Wiederherstellung der körperlichen und geistigen Unversehrtheit einer Person dient und diese Unversehrtheit wiederum Voraussetzung für die vollständige persönliche Entfaltung und damit für die tatsächliche Inanspruchnahme des Rechts auf Privatleben sei. In Fällen, in denen eine Person aufgrund einer Erkrankung eine besondere Verletzlichkeit aufweist und Abhängigkeit von anderen Personen besteht, könne danach die medizinische Behandlung einer Abschiebung entgegenstehen. Allerdings gilt, dies wird auch in der Entscheidung betont, der Schutz des Privatlebens nicht absolut, sondern kann durch die Interessen des Gemeinwohls eingeschränkt werden. Eine Verletzung von Art. 7 GRCh bzw. Art. 8 EMRK ist nur dann gegeben, wenn diese unverhältnismäßig sei. Dies wurde in dieser Entscheidung durch den Gerichtshof zugunsten des Betroffenen angenommen.

II. Krankheitsbedingtes Abschiebungsverbot wegen »erheblicher konkreter Gefahr für Leib und Leben« (§ 60 Abs. 7 AufenthG)

1. Übersicht über die Regelung

§ 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG enthält eine Anspruchsgrundlage, die bereits seit dem Ausländergesetz (AuslG) 1990 besteht und nationales Recht darstellt, im Unterschied zu den Absätzen 1 und 2 von § 60 AufenthG, deren Quellen im internationalen Recht liegen. Nach Satz 1 dieser Vorschrift soll von der Abschiebung einer betroffenen Person in einen anderen Staat abgesehen werden, wenn dort für sie eine erhebliche konkrete Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit droht.

Die Vorschrift erfasst solche Gefahren, die sich aus der Unzumutbarkeit des Aufenthalts im **Zielland** für diese Person herleiten und ausschließlich dort drohen (zielstaatsbezogene Abschiebungsverbote). **Satz 2** der Vorschrift wurde mit dem Zweiten Gesetz zur besseren Durchsetzung der Ausreisepflicht vom August 2019³⁰ neu eingeführt. Die **Sätze 3, 4 und 5** der Vorschrift wurden mit dem am 17. März 2016 in Kraft getretenen sogenannten Asylpaket II eingefügt.

In **Satz 6** der Norm ist geregelt, dass Gefahren, denen die Bevölkerung oder die Bevölkerungsgruppe, der die betroffene Person angehört, **allgemein** ausgesetzt ist, bei Anordnungen der obersten Behörde eines Bundeslandes nach § 60a Abs. 1 Satz 1 AufenthG zu berücksichtigen sind (sogenannter Abschiebungsstopp per Ländererlass). Dies bedeutet, dass allgemeine Gefahren von den in Satz 1 genannten individuellen Gefahren abzugrenzen sind: Beim Bestehen allgemeiner Gefahren soll nach der gesetzlichen Konstruktion ein allgemeiner Abschiebungsstopp nach § 60a Abs. 1 AufenthG greifen, im Rahmen des § 60 Abs. 7 AufenthG sollen nur die individuellen Gefahren geprüft werden.

2. Prüfungsmaßstab und Rechtsfolge

Für die Annahme einer Gefahr im Sinne des § 60 Abs. 7 AufenthG genügt nicht die bloße entfernte oder theoretische Möglichkeit, Opfer von Eingriffen in die Rechtsgüter Leib, Leben oder Freiheit zu werden. Vielmehr muss die Gefahr – gestützt auf stichhaltige Grün-

³⁰ A. a. O. (Fn. 5).

de – **beachtlich wahrscheinlich** sein.³¹ Darüber hinaus muss die betroffene Person der Gefahr persönlich ausgesetzt sein. Von wem die Gefahr ausgeht oder wodurch sie hervorgerufen wird, ist dagegen bedeutungslos.³² Sie kann auch von nichtstaatlichen Akteuren ausgehen³³ oder sich aus den individuellen Umständen der betroffenen Person ergeben, ohne dass ein Akteur involviert ist.

Liegt eine solche Gefahr vor, kann Abschiebungsschutz nach § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG nur in atypisch gelagerten Ausnahmefällen versagt werden (»soll«).³⁴

3. Voraussetzungen im Einzelnen

a. Formale Anforderungen: § 60 Abs. 7 Satz 2 mit Verweis auf § 60a Abs. 2c AufenthG

Neu eingeführt wurde im Rahmen des Zweiten Gesetzes zur verbesserten Durchsetzung der Ausreisepflicht im August 2019³⁵ an dieser Stelle der Verweis auf die Vorschrift des § 60a Abs. 2c Satz 2 und 3 AufenthG, in der die Anforderungen an Atteste näher geregelt sind. Diese Regelung, die zuvor nur für die Erteilung einer Duldung galt, ist seitdem also auch auf das Verfahren im Rahmen der Erteilung eines Abschiebungsverbots gemäß § 60 Abs. 7 AufenthG anzuwenden.

Beim Verweis auf die Regelung des § 60a Abs. 2c fällt zunächst auf, dass nicht auf die gesamte Vorschrift Bezug genommen wurde, sondern nur auf deren Sätze 2 und 3. Ein Verweis auf Satz 1 fehlt. Dort wird die generelle Vermutung formuliert, dass der Abschiebung gesundheitliche Gründe nicht entgegenstehen. Diese gesetzliche Vermutung soll also jedenfalls für zielstaatsbezogene Abschiebungshindernisse im Rahmen des § 60 Abs. 7 AufenthG nicht gelten.

Weiter ist festzustellen, dass auch nicht auf die in § 60a Abs. 2c Satz 4 enthaltene weitere Anforderung an die Darlegung der Erkrankung verwiesen wird. In Satz 4 wird geregelt, dass Medikamente mit Angabe der Wirkstoffe und diese mit ihrer international gebräuchlichen Bezeichnung aufgeführt werden müssen. Das Fehlen eines Verweises hat zur Folge, dass die Anforderungen an Atteste im Verfahren gemäß § 60a Abs. 2c AufenthG zur Geltendmachung der Duldung und im Verfahren gemäß § 60 Abs. 7 AufenthG zur Geltend-

machung eines Abschiebungsverbots in diesem Punkt voneinander abweichen.

Der Verweis bezieht sich somit auf die Sätze 2 und 3 des § 60a Abs. 2c AufenthG, in denen geregelt ist, dass die Erkrankung durch eine qualifizierte, ärztliche Bescheinigung glaubhaft zu machen ist (Satz 2). In Satz 3 wird ausgeführt, wie diese auszusehen hat: Es sollten darin die tatsächlichen Umstände, auf deren Grundlage die fachliche Beurteilung erfolgt ist, die Methode der Tatsachenerhebung, die fachlich-medizinische Beurteilung des Krankheitsbildes (Diagnose), der Schweregrad der Erkrankung, der lateinische Namen oder die Klassifizierung der Erkrankung nach ICD 10 sowie die Folgen, die sich nach ärztlicher Beurteilung aus der krankheitsbedingten Situation voraussichtlich ergeben, enthalten sein.

Da mit der Regelung des § 60 Abs. 7 Satz 2 in Verbindung mit § 60a Abs. 2c Satz 2 und 3 AufenthG die **formalen** Voraussetzungen für die Glaubhaftmachung der Erkrankung geregelt werden, während die übrigen Sätze des § 60 Abs. 7 AufenthG die inhaltlichen (juristisch sogenannten **materiellen**) Voraussetzungen regeln, sollen weitere Ausführungen zu diesen formalen Anforderungen an dieser Stelle zurückgestellt und in Abschnitt C.III. ausführlich behandelt werden. Zunächst soll auf die inhaltlichen, materiellen Voraussetzungen näher eingegangen werden.

b. Erheblichkeit der Gefahr durch Krankheit

Der Begriff der Gefahr im Sinne von § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG ist nach bisheriger Rechtsprechung auch durch die Verschlechterung einer Erkrankung im Zielstaat der Abschiebung gegeben, die erheblich ist (und konkret, siehe dazu unter d.).

Die Erheblichkeit der Gefahr wurde bejaht, wenn der Gesundheitszustand der betroffenen Person sich wesentlich oder gar lebensbedrohlich verschlechtern würde. Hinsichtlich des Entstehungsgrundes ist der Begriff der Gefahr nicht restriktiv auszulegen. Eine Gefahr für Leib und Leben kann danach auch dann vorliegen, wenn sie durch die bereits vorhandene Krankheit konstitutionell mit bedingt ist. Für den Begriff der Gefahr ist es unerheblich, ob diese sich ausschließlich aus einem Eingriff, einem störenden Verhalten oder aus einem Zusammenwirken mit anderen Umständen ergibt.³⁶

³¹ BVerwG, Urteil vom 12.7.2001 – 1 C 5.01 – [asyl.net: M1117](#) = NVwZ 2002, 101.

³² Ebd.

³³ BVerwG, Urteil vom 17.10.1995 – 9 C 9.95 – BVerwGE 99, 32 juris.

³⁴ Möller, in: NK-AuslR, AufenthG § 60 Abs. 7.

³⁵ BGBl. I, Nr. 31 vom 20.8.2019, a. a. O. (Fn. 5).

³⁶ Vgl. Huber/Göbel-Zimmermann: Ausländer- und Asylrecht, Teil 4, Rn. 1827–1835; sowie: BVerwG, Urteil vom 17.10.2006 – 1 C 18.05 – [asyl.net: M9299](#).

Das Bundesverwaltungsgericht hat in der zitierten Entscheidung vom 17. Oktober 2006 weiter ausgeführt:

»Erforderlich aber auch ausreichend für das Vorliegen der Voraussetzungen des § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG ist danach, dass sich die vorhandene Erkrankung des Ausländers aufgrund zielstaatsbezogener Umstände in einer Weise verschlimmert, die zu einer erheblichen und konkreten Gefahr für Leib oder Leben führt, d.h. dass eine wesentliche Verschlimmerung der Erkrankung alsbald nach der Rückkehr des Ausländers droht.«³⁷

Eine erhebliche (konkrete) Gefahr aus gesundheitlichen Gründen liegt gemäß § 60 Abs. 7 Satz 3 AufenthG aber nur bei **lebensbedrohlichen** oder **schwerwiegenden** Erkrankungen vor, die sich durch die Abschiebung wesentlich verschlechtern würden. Es muss sich dabei nach dem Willen der Gesetzgebung um »äußerst gravierende«, insbesondere lebensbedrohliche Erkrankungen handeln.³⁸

c. PTBS als erhebliche Gefahr

Die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist zusätzlich zu dem oben Gesagten noch gesondert herauszugreifen. Denn auch die Gesetzesbegründung zu der im Jahr 2016 eingeführten Neuregelung verhält sich zu dieser Erkrankung gesondert, dort wird zunächst ausgeführt:³⁹

»Nach den Erkenntnissen der Praktiker werden insbesondere schwer diagnostizier- und überprüfbare Erkrankungen psychischer Art (z.B. Posttraumatische Belastungsstörungen [PTBS]) sehr häufig als Abschiebungshindernis (Vollzugshindernis) geltend gemacht, was in der Praxis zwangsläufig zu deutlichen zeitlichen Verzögerungen bei der Abschiebung führt.«

Weiter wird zur Auslegung wie folgt ausgeführt:

»Eine solche schwerwiegende Erkrankung kann hingegen zum Beispiel in Fällen von PTBS regelmäßig nicht angenommen werden: In Fällen einer PTBS ist die Abschiebung regelmäßig möglich, es sei denn, die Abschiebung führt zu einer wesent-

lichen Gesundheitsgefährdung bis hin zu einer Selbstgefährdung [...]«

Dabei fällt auf, dass die Gesetzesbegründung nicht auf den Begriff der schwerwiegenden Erkrankung eingeht bzw. darauf, wie dieser Begriff im Rahmen der Prüfung des § 60 Abs. 7 Satz 3 AufenthG zu interpretieren ist. Stattdessen wird argumentiert, dass durch die Geltendmachung von PTBS »Vollzugsdefizite« bei Abschiebungen auftreten. Dieses Argument ist aber irrelevant, wenn es um die Prüfung von zielstaatsbezogenen Abschiebungsverboten im Rahmen des Asylverfahrens geht: Wird die PTBS während des laufenden Asylverfahrens geltend gemacht, steht die Abschiebung noch nicht kurz bevor. Die PTBS kann also hier auch kein »Vollzugshindernis« begründen.

Zum anderen wird in der Gesetzesbegründung davon ausgegangen, dass in Fällen von PTBS die Abschiebung »regelmäßig« möglich sei. Dabei wird übersehen, dass für die Prüfung des Anspruchs auf Feststellung eines Abschiebungsverbots nach § 60 Abs. 7 AufenthG die Situation im Zielland maßgeblich ist. Es kommt daher gerade nicht auf die Prüfung der »Möglichkeit der Abschiebung« an.

Letztlich entschärft sich dann aber diese unsystematische und auf den ersten Blick stark einschränkende Gesetzesbegründung dadurch, dass es weiter heißt:

»In Fällen einer PTBS ist die Abschiebung regelmäßig möglich, es sei denn, die Abschiebung führt zu einer wesentlichen Gesundheitsgefährdung bis hin zu einer Selbstgefährdung.«

Zwar als Ausnahme formuliert (»es sei denn«), so soll doch auch im Fall von PTBS noch ein Abschiebungshindernis zu sehen sein – unter den genannten Voraussetzungen. Diese sind erneut nur auf den Fall der Abschiebung bezogen, lassen die Rechtsanwendenden jedoch auch hier weiter im Unklaren, wie die Auslegung für den Fall der Feststellung eines Abschiebungshindernisses zu erfolgen hat. Denn die aufgeführten Ausnahmen sind im Rahmen der Feststellung der zielstaatsbezogenen Abschiebungsverbote aus Krankheitsgründen eindeutig nicht anwendbar: Gerade der Fall, dass die Abschiebung zu einer wesentlichen Gesundheitsgefährdung oder Selbstgefährdung führt, ist systematisch ganz klar dem Bereich eines inlandsbezogenen Abschiebungshindernisses zuzuordnen und muss für den Fall des zielstaatsbezogenen Abschiebungsverbots nicht berücksichtigt werden.

Damit enthält die Gesetzesbegründung letztlich keine Anhaltspunkte dazu, in welchen Konstellationen

³⁷ BVerwG, Urteil vom 17.10.2006, a. a. O. (Fn. 36).

³⁸ Siehe dazu die Gesetzesbegründung, BT-Drucksache 18/7538, a. a. O. (Fn. 1), S. 18.

³⁹ Ebd.

eine PTBS-Erkrankung zu einem zielstaatsbezogenen Abschiebungsverbot führt.

Orientierung liefert insofern allein die Kommentarliteratur, in der für psychische Erkrankungen ausgeführt wird:

»Ausreichend ist, dass sich eine vorhandene psychische Erkrankung aufgrund zielstaatsbezogener Umstände erheblich verschlechtern würde. Nicht erforderlich ist insoweit, dass etwa eine Traumatisierung zu ›irreparablen Gesundheitsschäden‹ führt.«⁴⁰

d. Konkretheit der Gefahr

Konkret ist die Gefahr dann, wenn die Verschlechterung alsbald nach der Rückkehr in das Zielland eintritt, weil die betroffene Person auf Behandlung angewiesen ist und die dortigen Behandlungsmöglichkeiten unzureichend sind, oder sie keinen Zugang dazu hat, anderweitige Hilfe nicht erreichbar ist oder die Gefahr einer Retraumatisierung besteht.⁴¹

Von der Rechtsprechung wurde die zeitliche Voraussetzung der Gesundheitsverschlechterung »alsbald« nach der Rückkehr entwickelt, um das Erfordernis des unmittelbaren zeitlichen Zusammenhangs zu berücksichtigen.⁴² Das heißt nicht, dass die Verschlechterung direkt nach der Abschiebung, etwa noch am selben Tag, eintreten muss. Andererseits reicht ein nur in unbestimmter zeitlicher Ferne liegender Termin nicht aus.⁴³ Bei einem sicher drohenden Hungertod wäre der zeitliche Zusammenhang zu bejahen.⁴⁴

Im Folgenden sollen die Fallkonstellationen, in denen die Konkretheit der Gefahr diskutiert wird, näher betrachtet werden.

Unzureichende Behandlungsmöglichkeiten

Wenn geltend gemacht wird, dass die Behandlungsmöglichkeiten im Zielland der Abschiebung unzureichend sind, ist im Einzelnen darzulegen, welche konkreten Defizite im Gesundheitssystem des Landes bestehen und woran daher die Behandlung scheitert.

Hinweise hierzu gibt regelmäßig der Lagebericht des Auswärtigen Amts, den die Anwaltschaft in unter Angabe des konkreten Aktenzeichens und durch Vorlage der Vollmacht beim BAMF anfordern kann.⁴⁵

Der Lagebericht ist jedoch oft geprägt von dem Interesse der Bundesrepublik an einem restriktiven Umgang mit Asylanträgen und enthält somit oft eine Tendenz, die medizinische Versorgungslage als ausreichend zu beschreiben.

Um den Lagebericht mit anderen Quellen abzugleichen, ist eine Recherche nach weiteren Länderinformationen unumgänglich. Mit ecoi.net (European Country of Origin Information Network) steht hierfür eine umfangreiche Datenbank zur Verfügung.⁴⁶

Hinzuweisen ist auch hier auf die Rechtsänderung vom März 2016 (»Asylpaket II«), mit der in dem dort eingefügten § 60 Abs. 7 Satz 4 AufenthG auf die medizinische Versorgung im Zielland der Abschiebung hingewiesen wird. Danach ist nicht erforderlich, dass die medizinische Versorgung im Zielstaat mit der Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland gleichwertig ist. Diese Regelung stellt keine wesentliche Änderung dar, denn sie greift einen Grundsatz auf, der von der Rechtsprechung auch zuvor schon, abgesichert durch höchstrichterliche Entscheidungen, vertreten wurde.⁴⁷ Hier stellt sich dennoch die Frage, welche Verschlechterungen möglich sein sollen, ohne dass eine Rechtsverletzung angenommen werden kann. Hierbei gilt folgender Maßstab: Ob eine Versorgung als ausreichend beurteilt werden kann, ist in Bezug auf die konkrete vorliegende Erkrankung, nicht auf das Gesundheitssystem im Ganzen zu beurteilen.⁴⁸

Inwiefern es neben einer generellen Behandlungsmöglichkeit auch auf einen individuellen Zugang zur Behandlung ankommt, wird im nächsten Punkt erläutert.

⁴⁵ Vgl. ivs-anfragen@bamf.bund.de.

⁴⁶ ecoi.net bietet bei vielen Suchbegriffen die Möglichkeit, dass automatisch auch nach ähnlichen deutsch- und englischsprachigen Begriffen gesucht wird. Auf diese Weise lassen sich zahlreiche internationale Berichte schnell finden. Daneben sind bei ecoi.net auch viele Anfragenbeantwortungen aus Asylverfahren erfasst (etwa von ACCORD/Österreichisches Rotes Kreuz, der Schweizerischen Flüchtlingshilfe oder dem Immigration and Refugee Board of Canada). In diesen finden sich möglicherweise sogar Informationen zu Behandlungsmöglichkeiten bei bestimmten Krankheiten. In jedem Fall können solche Anfragebeantwortungen auch als Ausgangspunkt für weitere Recherchen verwendet werden, da sie die wichtigsten Quellen zum Thema nennen. Eine Auswahl wichtiger Länderberichte findet sich darüber hinaus in der Rubrik »Länder« bei asyl.net (jeweils mit einem Link zum Dokument bei ecoi.net), sodass auch diese Sammlung einen ersten Anlaufpunkt für die Recherche bieten kann.

⁴⁷ Vgl. dazu Daniel Thym: »Die Auswirkungen des Asylpakets II«, NVwZ 2016, 409 (412), der auf BVerfG, Urteil vom 2.7.1980 – 1 BvR 147/80 – BVerfGE 54, 341 (357) verweist.

⁴⁸ Möller, in: NK-AuslR, AufenthG § 60 Rn. 54.

⁴⁰ Möller, in: NK-AuslR, AufenthG § 60 Rn. 51.

⁴¹ Vgl. Möller, in: NK-AuslR, AufenthG § 60 Rn. 49–53; BVerwG, Urteil vom 22.3.2012 – 1 C 3.11 – asyl.net: M19638, InfAuslR 2012, 261 ff.

⁴² BVerwG, Beschluss vom 17.10.2006, a. a. O. (Fn. 36).

⁴³ VGH Baden-Württemberg, Urteil vom 27.4.2012 – A 11 S 3392/11 – asyl.net: M19663; BVerwG, Urteil vom 27.4.1998 – 9 C 13.97 – wolterskluwer-online.de.

⁴⁴ BVerwG, Urteil vom 29.6.2010 – 10 C 10.09 – asyl.net: M17498.

Unzureichende finanzielle und sonstige Möglichkeiten

Eine konkrete Gefahr liegt auch dann vor, wenn die notwendige Behandlung zwar im Zielstaat grundsätzlich möglich, der betroffenen Person jedoch aus finanziellen oder sonstigen Gründen nicht zugänglich ist.⁴⁹

Praxisrelevant ist an dieser Stelle zum einen der Fall, dass die individuelle Behandlungsmöglichkeit der betroffenen Person im Einzelfall nicht möglich ist, da die Kosten der Behandlung nicht finanzierbar sind.⁵⁰ Daneben sind Fälle zu beachten, in denen Personengruppen durch Diskriminierung von Behandlungsmöglichkeiten ausgeschlossen werden.⁵¹ Hierdurch kann sich die konkrete Gefahr durch Nichtbehandlung einer Erkrankung realisieren.

Über die Frage der fehlenden Finanzierbarkeit von benötigten Medikamenten besteht ein Streit: Nach einer Auffassung soll es zur Vermeidung der konkreten Gefahr möglich sein, den betroffenen Personen einen Medikamentenvorrat mitzugeben. Nach anderer Meinung kann dies eine Gefahr nicht ausschließen, da diese Mitgabe nur Hilfe für eine begrenzte Zeit darstellt. Ferner ist der Zugriff der betroffenen Person auf die Medikamente nicht sicher, z. B. aufgrund von Einfuhrbeschränkungen, zum Verlust der Medikamente führenden Fehlverhalten von Grenzbeamten, Diebstahl im Herkunftsland, beschränkter Haltbarkeit oder Unmöglichkeit, die Medikamente sachgerecht aufzubewahren.⁵²

Eine vermittelnde Position fordert, dass nach Ablauf der Zeit, für die die Medikamente gedacht sind, die erforderliche weitere Behandlung im Zielstaat der betroffenen Person mit hinreichender Sicherheit zur Verfügung steht.⁵³ Fehlt es der betroffenen Person an

den finanziellen Mitteln, um die an sich im Zielstaat verfügbare Behandlung zu erhalten, wird in der Rechtsprechung gelegentlich auf die Unterstützung durch Familienmitglieder oder Nichtregierungsorganisationen verwiesen. Dem ist mit Skepsis zu begegnen, da es vielfach an hinreichend verlässlichen Informationen dazu fehlen wird, ob die ins Auge gefassten Personen oder Institutionen tatsächlich willens oder in der Lage sind, die erforderliche finanzielle Hilfe zu leisten. Es kommt hinzu, dass die betroffene Person in der Regel keine Möglichkeit hat, den finanziellen Beistand zu erzwingen.⁵⁴

Richtungsweisend ist hierzu die Entscheidung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte (EGMR) in der Rechtssache »Paposhvili gegen Belgien«. ⁵⁵ Darin wird klarstellend zur bisherigen Rechtsprechung des Gerichtshofs eine Verletzung von Art. 3 EMRK bereits dann gesehen, wenn eine schwer kranke Person wegen des Fehlens angemessener medizinischer Behandlung im Zielstaat oder des fehlenden Zugangs zu solcher Behandlung der Gefahr einer schweren, raschen und irreversiblen Gesundheitsverschlechterung ausgesetzt ist, die mit intensivem Leid oder mit einer signifikanten Verkürzung der Lebenserwartung verbunden wäre.

Diese Rechtsprechung steht eigentlich systematisch im Zusammenhang mit § 60 Abs. 5 AufenthG in Verbindung mit Art. 3 EMRK (siehe dazu oben Punkt C.I.). Doch auch im Rahmen des § 60 Abs. 7 AufenthG und der Feststellung einer Gesundheitsgefahr können diese Maßstäbe herangezogen werden, wenn es um die Prüfung der Behandlungsmöglichkeiten oder auch um Feststellungen zu bestehenden sozialen bzw. familiären Netzwerken oder zur räumlichen Entfernung zu Behandlungseinrichtungen geht. An der Auslegung des Art. 3 EMRK ist wegen der Bedeutung der EMRK als Auslegungsmaßstab – entsprechend der Rechtsprechung des EGMR – auch die nationale Vorschrift des § 60 Abs. 7 AufenthG zu messen. Daher muss es auch im Rahmen von § 60 Abs. 7 AufenthG auf den tatsächlichen Zugang zur Behandlung nach den Maßgaben des EGMR ankommen.

⁴⁹ Vgl. Möller, in: NK-AuslR, AufenthG § 60 Rn. 54, 55; und BVerwG, Urteil vom 22.3.2012, a. a. O. (Fn. 41).

⁵⁰ Vgl. dazu etwa VG München, Urteil vom 24.6.2022 – M 10 K 17.34431 – (Senegal Behandlungskosten), [gesetz-bayern.de](https://www.gesetze-bayern.de).

⁵¹ VG München, Beschluss vom 16.3.2022 – M 5 S 22.50121 – (betr. Ungarn), [gesetz-bayern.de](https://www.gesetze-bayern.de); Möller, in: NK-AuslR, AufenthG § 60 Rn. 54f.

⁵² Vgl. hierzu Möller, in: NK-AuslR, AufenthG § 60 Rn. 49–53. So wohl auch OVG Hamburg, Beschluss vom 29.11.2007 – 3 BS 266/05 – InfAuslR 2007, 382 ff.; VGH Bayern, Beschluss vom 14.2.2002 – 24 CS 01.2174 –; VG Braunschweig, Urteile vom 30.6.2003 – 8 A 43/02 – [asyl.net](https://www.asyl.net): M5086, und vom 21.5.2002 – 1 A 67/01 –; VG Stade, Urteil vom 27.1.2003 – 3 A 1787/01 – [open-jur.de](https://www.open-jur.de); VG Göttingen, Urteil vom 5.6.2003 – 2 A 35/03 – [dbovg.niedersachsen.de](https://www.dbovg.niedersachsen.de); VG Oldenburg, Beschluss vom 21.10.2003 – 11 B 3755/03 – [asyl.net](https://www.asyl.net): M4324; a. A. VG Braunschweig, Urteil vom 29.9.2004 – 6 A 418/02 – [dbovg.niedersachsen.de](https://www.dbovg.niedersachsen.de); OVG NRW, Urteil vom 18.1.2005 – 8 A 1242/03.A – InfAuslR 2005, 281, 287.

⁵³ Vgl. OVG NRW, Beschluss vom 22.1.2007 – 18 E 274/06 – InfAuslR 2007, 174, NVwZ 2007, 61; VG Hamburg, Urteil vom 14.6.2012 – 5 A 208/09 – juris; VGH Hessen, Beschluss vom

23.2.2006 – 7 ZU 269/06.A – NVwZ 2006, 1203; VGH Bayern, Urteil vom 6.3.2007 – 9 B 06.30682 – BeckRS 2007, 29361.

⁵⁴ Möller, in: NK-AuslR, AufenthG § 60 Rn. 54f.

⁵⁵ EGMR, Urteil vom 13.12.2016 – 41728/10 Paposhvili gg. Belgien – a. a. O. (Fn. 24).

Unmöglichkeit der Behandlung wegen Retraumatisierungsgefahr

Im Fall des Vorliegens einer posttraumatischen Belastungsstörung kann eine damit einhergehende Gefahr der Retraumatisierung auch dann gegeben sein und eine Rückkehr ausschließen, wenn Behandlungsmöglichkeiten im Zielland der Abschiebung für die betroffenen Person grundsätzlich bestehen. Denn eine Behandlung ist möglicherweise von vornherein dann nicht Erfolg versprechend, wenn sie in einer als unsicher empfundenen Umgebung stattfindet. In einem grundlegenden Aufsatz zum Thema Traumastörungen wird hierzu ausgeführt:⁵⁶

»Die grundlegenden Heilungsmittel für Traumastörungen heißen Sicherheit und Vermeidung erneut traumatisierender Situationen sowie Eindämmung von Hinweisreizen auf das Trauma, das heißt Reizen, die unkontrollierbare Wiedererinnerungsreaktionen auslösen [...]. Mit Sicherheit ist hier sowohl die soziale Sicherheit und Geborgenheit gemeint als auch die materielle Sicherheit, wobei der Aspekt, dass die Lebenssituation subjektiv vom Traumatisierten als sicher eingeschätzt und erfahrbar ist, ausschlaggebend ist. [...]

Der Zustand absoluter Unsicherheit nach der Abschiebung ist nicht mit dem Zustand hier, wenn auch unter relativ unsicheren Bedingungen (Aussetzung der Abschiebung) zu vergleichen. Nach der Abschiebung ist die Triggerdichte erheblich höher und die Sicherheit noch deutlich niedriger. Es herrschen völlig andere Umgebungsbedingungen. Ein einfaches Fortführen der in Deutschland durchgeführten Behandlung birgt also das konkrete Risiko der Dekompensation und der Impulshandlung. Die notwendige oft erhebliche Erhöhung der Dosis und Ausweitung der Medikation ist nicht im Voraus planbar, sondern nur durch begleitende Beobachtung und Anpassung.

Psychotherapie unter sicheren Rahmenbedingungen ist in den Krisenländern sinnvoll, wenn sie adaptiert ist in den jeweiligen durch Bedingungen vor Ort beeinflussten Prozess des Individuums und des sozialen Kollektivs. Eine Verlegung einer im Exil begonnenen Therapie in das Heimatland (auch wenn es dort tatsächlich Therapeuten in ausreichender Qualifizierung und Zahl gäbe) ist nicht sinnvoll, denn Retraumatisierung durch den Prozess

der Abschiebung und Zerstörung von bereits ausgebildeten Kompensationsmechanismen und neuerliche Entwurzelung labilisieren Traumatisierte in nicht zu vertretendem Maße und verschlechtern die Prognose insgesamt sowie die Heilungschancen im Rahmen einer zukünftigen Therapie. Seriöse Psychiater und Therapeuten, die vor Ort z. B. im Kosovo, in Bosnien oder der Türkei tätig sind, warnen immer wieder vor der Abschiebung Traumatisierter. Abgesehen davon, dass sie ohnehin bereits die Versorgung der im Land verbliebenen Traumatisierten in keiner Weise gewährleisten könnten, könnten sie die spezifischen Belastungsprozesse, denen Traumatisierte bei Wiedereinreise ausgesetzt würden, nicht auffangen.«

Daher kann – dies ist im Einzelfall zu prüfen und zu begründen – auch bei bestehenden Behandlungsmöglichkeiten unter dem Aspekt der drohenden Retraumatisierung ein zielstaatsbezogenes Abschiebungsverbot zu bejahen sein.⁵⁷

e. »Inländische Gesundheitsalternative« (§ 60 Abs. 7 Satz 5 AufenthG)

Eine ausreichende medizinische Versorgung liegt nach der Vorschrift des § 60 Abs. 7 Satz 5 AufenthG auch vor, wenn diese nur in einem Teil des Zielstaats gewährleistet ist, mithin eine »inländische Gesundheitsalternative«⁵⁸ gegeben ist.⁵⁹

Auch in diesem Zusammenhang sei auf die Entscheidung des EGMR vom 13. Dezember 2016 in der Rechtssache »Paposhvili gg. Belgien« hingewiesen.⁶⁰ Der Gerichtshof sieht hier eine Verletzung von Art. 3 EMRK dann als gegeben, wenn eine schwer kranke Person wegen des Fehlens angemessener medizinischer Behandlung im Zielstaat oder wegen des fehlenden Zugangs zu solcher Behandlung der Gefahr einer schweren, raschen und irreversiblen Gesundheits-

⁵⁶ Vgl. zur Erkrankung PTBS grundlegend: Hans Wolfgang Gierlich/Mechthild Wenk-Ansohn: »Behandlungsbedarf, Prognose und Suizidalität bei komplexen chronischen Traumastörungen«, ZAR 12/2005, S. 405 ff.

⁵⁷ Vgl. auch: OVG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 30.4.2008 – 1 A 10433/07.OVG – [asyl.net: M13195](#); VGH Bayern, Urteil vom 9.9.2013 – 9 B 10.30261 – openjur; OVG Niedersachsen, Urteil vom 12.9.2007 – 8 LB 210/05 – [asyl.net: M11559](#); VG Stuttgart, Urteil vom 24.10.2008 – A 11 K 766/08 – [asyl.net: M14719](#), Rn. 24; VG Augsburg, Urteil vom 11.3.2010 – Au 6 K 09.30067 – juris; VG München, Urteil vom 23.4.2009 – M 24 K 07.50809 – openjur.

⁵⁸ Gesetzesbegründung in BT-Drucksache 18/7538 vom 16.2.2016, a. a. O. (Fn. 1) S. 18.

⁵⁹ Zur Vereinbarkeit dieser mit dem Gesetz zur Einführung beschleunigter Asylverfahren a. a. O. (Fn. 1) geschaffenen Regelungen in § 60 Abs. 7 Sätze 2–4 AufenthG mit höherrangigem Recht s. Thym: »Die Auswirkungen des Asylpakets II«, a. a. O. (Fn. 47).

⁶⁰ EGMR, Urteil vom 13.12.2016 – 41728/10 Paposhvili gg. Belgien – a. a. O. (Fn. 24).

verschlechterung ausgesetzt ist. Mit dem Zugang zur Behandlung sind auch faktische und wirtschaftliche Aspekte verbunden, auch die räumliche Entfernung vom möglichen Wohnort der betroffenen Person zum Behandlungsort ist danach zu berücksichtigen. Die abstrakte Möglichkeit einer Behandelbarkeit in einem anderen Landesteil reicht danach nicht aus. § 60 Abs. 7 Satz 5 AufenthG wird hier im Licht des Art. 3 EMRK auszulegen sein.

Interessant ist hierzu auch eine Entscheidung des Verwaltungsgerichts Schwerin.⁶¹ Darin wird ausgeführt, dass auch bei Prüfung des Abschiebungsverbots gemäß § 60 Abs. 5 und Abs. 7 AufenthG die in der Qualifikationsrichtlinie enthaltenen Grundsätze zu internen Schutzmöglichkeiten zur Auslegung heranzuziehen sind und dass das Schutzniveau im § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG nicht hinter den Anforderungen des Art. 8 der EU-Qualifikationsrichtlinie (QRL) zurückbleiben darf. Das Gericht stellt auf die in Art. 8 QRL zum sogenannten internen Schutz enthaltenen Maßgaben ab, wonach die Reise in den anderen Landesteil sicher und legal möglich sein muss und es vernünftigerweise erwartet werden kann, dass die betroffene Person sich dort niederlässt, auch unter Berücksichtigung der persönlichen Umstände.

f. Sonderregelung für »allgemeine Gefahren« (§ 60 Abs. 7 Satz 6 AufenthG)

Durch § 60 Abs. 7 Satz 6 AufenthG wird bestimmt, dass »allgemeine Gefahren« als Abschiebungshindernis vom Anwendungsbereich des § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG ausgenommen werden. Wie oben bereits dargestellt, soll nach der gesetzlichen Konstruktion bei allgemeinen Gefahren ein sogenannter allgemeiner Abschiebungsstopp nach § 60a Abs. 1 AufenthG greifen (siehe Abschnitt C.II.1.). Satz 1 wird also »gesperrt«, weshalb auch von der Sperrwirkung des § 60 Abs. 7 Satz 6 AufenthG gesprochen wird.

Begriff »allgemeine Gefahr«, Sperrwirkung und Ausnahme

Nach der Definition des Bundesverwaltungsgerichts ist eine Gefahr dann »allgemein«, wenn ihr die gesamte Bevölkerung oder eine ganze Bevölkerungsgruppe des betroffenen Landes (wenn auch in unterschiedlichem Ausmaß) ausgesetzt ist. Eine allgemein unsichere oder

wirtschaftlich schlechte Lage im Zielstaat, etwa bei Hungersnöten, Naturkatastrophen oder Epidemien, begründet demnach regelmäßig Gefahren allgemeiner Art nach § 60 Abs. 7 Satz 6 AufenthG.⁶² Diesen Gefahren kann grundsätzlich nur durch eine politische Entscheidung der obersten Landesbehörde nach § 60a Abs. 1 Satz 1 AufenthG (sogenannter Abschiebungsstopp) Rechnung getragen werden. Abschiebungsschutz nach § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG ist in solchen Fällen grundsätzlich nicht zu gewähren.

Auch wenn die Unterscheidung zwischen allgemeinen und individuellen Gefahren zunächst einleuchtend klingen mag, stellt sie in der Praxis ein erhebliches Problem dar: Das Gesetz geht hier nämlich davon aus, dass in Fällen allgemeiner Gefahren auch tatsächlich immer ein Abschiebungsstopp durch die zuständigen Behörden der Bundesländer (in der Regel die Innenministerien der Länder) verhängt wird. In Wirklichkeit kommt dies aber nur in äußerst seltenen Fällen vor: So verlangt die Regelung des § 60a Abs. 1 Satz 1 AufenthG, dass das Bundesinnenministerium spätestens nach sechs Monaten der Verlängerung eines Abschiebungsstopps zustimmen muss – was es nur tut, wenn sich alle Bundesländer über die Notwendigkeit eines Abschiebungsstopps einig sind. Es überrascht vor diesem Hintergrund nicht, dass auch eindeutige allgemeine Gefahrenlagen, beispielsweise in von Bürgerkriegen betroffenen Staaten, nur selten zu Abschiebungsstopps führen (Syrien stellte hier eine Ausnahme dar). Die Folge ist eine Situation, die seit Langem als »Schutzlücke« kritisiert wird: Die Anwendung des § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG wird nämlich bei allgemeinen Gefahren immer gesperrt, völlig unabhängig davon, ob die Länder einen Abschiebungsstopp erklären oder nicht. Das kann bedeuten, dass die Betroffenen vor den beschriebenen allgemeinen Gefahren überhaupt nicht geschützt werden.

Um die Auswirkungen der »Schutzlücke« abzumildern, hat das Bundesverwaltungsgericht⁶³ allerdings eine Ausnahme formuliert, in denen der § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG angewendet werden muss: So gilt die Sperrwirkung von Satz 6 dann nicht, wenn im Einzelfall die drohenden Gefahren nach Art, Ausmaß und Intensität von einem solchen Gewicht sind, dass sich daraus bei objektiver Betrachtung für die betroffene Person die begründete Furcht ableiten lässt, selbst in erheblicher Weise Opfer der extremen allgemeinen Gefahrenlage zu werden. Dies soll etwa dann gelten, wenn das Fehlen eines Abschiebungsstopps dazu

⁶¹ VG Schwerin, Urteil vom 20.9.2013 – 3 A 912/12 As – [asyl.net: M21255](http://asyl.net/M21255).

⁶² Vgl. BVerwG, Urteil vom 13.6.2013 – 10 C 13/12 – NVwZ 2013, 1489, Rn. 12.

⁶³ Vgl. BVerwG, Urteil vom 31.1.2013, a. a. O. (Fn. 23), Rn. 38.

führen würde, dass eine Person im Zielstaat der Abschiebung »sehenden Auges dem Tod oder schwersten Verletzungen überantwortet« würde. Hier wird die Sperrwirkung des § 60 Abs. 7 Satz 6 AufenthG also aus verfassungsrechtlichen Gründen durchbrochen und es ist ein Abschiebungsverbot nach § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG festzustellen.

Krankheiten als allgemeine Gefahr

In der Rechtsprechung wird teilweise vertreten, dass auch Krankheit eine allgemeine Gefahr darstellen kann. So hat der Verwaltungsgerichtshof Bayern den Aspekt der fehlenden Zugänglichkeit zu Medikamenten aus finanziellen Gründen als eine allgemeine Gefahr i. S. d. § 60 Abs. 7 Satz 2 AufenthG (alte Fassung, entspricht Satz 6 in der neuen Fassung) eingestuft.⁶⁴

Das Bundesverwaltungsgericht vertritt demgegenüber, dass stets eine Prüfung der individuellen Gesundheits- und Lebensverhältnisse vorzunehmen ist.⁶⁵ Allerdings schließt es nicht grundsätzlich die Möglichkeit aus, dass eine Krankheit eine allgemeine Gefahr darstellen kann. So führt das Gericht aus:

»Ein strengerer Maßstab gilt in Krankheitsfällen nach ständiger Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts ausnahmsweise nur dann, wenn zielstaatsbezogene Verschlimmerungen von Krankheiten als allgemeine Gefahr oder Gruppengefahr im Sinne von § 60 Abs. 7 Satz 2 AufenthG [alte Fassung] zu qualifizieren sind. Dies kommt allerdings bei Erkrankungen nur in Betracht, wenn es – etwa bei Aids – um eine große Anzahl Betroffener im Zielstaat geht und deshalb ein Bedürfnis für eine ausländerpolitische Leitentscheidung nach § 60a Abs. 1 AufenthG besteht (vgl. auch hierzu zuletzt Urteil vom 18. Juli 2006 a. a. O. unter Hinweis auf das Urteil vom 27. April 1998 – BVerwG 9 C 13.97 – Buchholz 402.240 § 53 AuslG Nr. 12 = NVwZ 1998, 973).«

Ab dem Jahr 2020 erhielt die Sperrwirkung des § 60 Abs. 7 Satz 6 AufenthG im Zusammenhang mit der Frage Bedeutung, ob bei Rückkehr ein erhöhtes Risiko für eine Infektion mit Covid-19 drohe. Das VG Freiburg hat hierzu entschieden, dass diese Gefahr für einen Schutzsuchenden aus Afghanistan nicht be-

stehe, sondern dass die Gefahr eine Ansteckung mit Covid-19 der gesamten Bevölkerung drohe, sodass die Sperrwirkung hier eingreife.⁶⁶ Andere Gerichte haben zwar mit Hinweis auf die Covid-19-Pandemie Abschiebungsschutz gewährt, allerdings nicht wegen drohender Gesundheitsgefahren im Einzelfall, sondern wegen der Folgewirkungen der Pandemie. So argumentierte das VG Karlsruhe, dass die Pandemie unter anderem höhere Lebensmittelkosten und einen erschwerten Zugang zu Arbeit und Wohnraum zur Folge habe und daher nicht mehr gewährleistet sei, dass zurückkehrende Personen ihren Lebensunterhalt sichern könnten.⁶⁷ In diesen Entscheidungen wurde das Abschiebungshindernis also nicht in der Krankheit selbst, sondern in der existenzbedrohenden Lage bzw. der Gefahr einer unmenschlichen und erniedrigenden Behandlung bei Rückkehr gesehen.

III. Besondere Darlegungserfordernisse bei Abschiebungsverboten mit Krankheitsbezug

Wie schon eingangs festgestellt, hat es in Bezug auf die formalen Anforderungen, die für den Nachweis einer Erkrankung gelten sollen, einige entscheidende Gesetzesänderungen im Jahr 2016 und 2019 gegeben. Auch zuvor schon hatten sich die Gerichte intensiv mit der Frage der Anforderungen an eine ärztliche Bescheinigung zum Nachweis einer Erkrankung beschäftigt. Im Folgenden soll dargestellt werden, um welche genaueren Formerfordernisse es dabei geht. Zur besseren Übersicht soll aber auch die frühere Rechtsprechung dargestellt werden, da diese immer noch eine Rolle spielt. Dabei gilt es, sowohl das außergerichtliche, also behördliche Verfahren, als auch das Gerichtsverfahren zu beachten. Denn vor Gericht stellt sich die wichtige Frage, wann eine Person alles Erforderliche getan hat, um die Krankheit nachzuweisen.

Eine Zusammenfassung der in der außergerichtlichen und der gerichtlichen Verfahrenssituationen er-

⁶⁴ VGH Bayern, Beschluss vom 10.10.2000 – 25 B 99.32077 – juris, Rn. 9.

⁶⁵ Vgl. BVerwG, Beschluss vom 29.4.2002 – 1 B 59/02 – BeckRS 2002, 22096 = NVwZ-Beil. 2003, 53; Möller, in: NK-AuslR, AufenthG § 60 Rn. 35–39.

⁶⁶ VG Freiburg, Urteil vom 19.5.2020 – A 8 K 9604/17 – [asyl.net: M28635](#); mit ähnlicher Begründung auch VG Bayreuth, Urteil vom 17.6.2020 – B 7 K 20.30314 – [gesetze-bayern.de](#); VG Gelsenkirchen, Urteil vom 25.5.2020 – 5a K 10808/17.A – [asyl.net: M28640](#) und VG München, Beschluss vom 2.7.2020 – M 26 S 20.31428 – [gesetze-bayern.de](#).

⁶⁷ VG Karlsruhe, Urteil vom 3.6.2020 – A 19 K 14017/17 – [asyl.net: M28488](#); ähnlich unter anderem auch VG Kassel, Urteil vom 10.6.2020 – 7 K 3425/17.KS.A – [asyl.net: M28531](#); VG Arnberg, Urteil vom 2.7.2020 – 6 K 2576/17.A – [openjur.de](#).

forderlichen Kriterien, die ein Attest enthalten muss, findet sich im **Anhang** dieser Broschüre.

1. Die Anforderungen an Atteste gemäß § 60 Abs. 7 Satz 2 i. V. m. § 60a Abs. 2c AufenthG

Zunächst wurde mit der Regelung des § 60a Abs. 2c AufenthG festgelegt, welche Punkte in einer ärztlichen Bescheinigung bzw. einem Attest enthalten sein sollen, damit auf dieser Grundlage vom Vorliegen einer Erkrankung auszugehen ist.⁶⁸

Später wurde im Gesetz klargestellt, dass diese Regelung, die ja nach der Gesetzessystematik zunächst für die Erteilung einer Duldung gilt, auch im Rahmen eines Abschiebungsverbots gemäß § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG Anwendung finden soll. Dies geht aus § 60 Abs. 7 Satz 2 AufenthG hervor, in dem auf § 60a Abs. 2 Satz 2 und 3 AufenthG verwiesen wird.⁶⁹ Wie oben schon festgestellt, wird nicht auf die vollständige Regelung des § 60a Abs. 2c AufenthG verwiesen; nämlich nicht auf dessen Satz 1 und dessen Satz 4.

Mit dieser gesetzlichen Grundlage ist klargestellt, dass ein Attest Folgendes erfüllen bzw. enthalten muss:

- Qualifizierte, ärztliche Bescheinigung
- Tatsächliche Umstände, auf deren Grundlage eine fachliche Beurteilung erfolgt ist.
- Methode der Tatsachenerhebung
- Fachlich-medizinische Beurteilung des Krankheitsbildes (Diagnose)
- Schweregrad der Erkrankung; lateinischer Name oder Klassifizierung der Erkrankung nach ICD 10
- Folgen, die sich nach ärztlicher Beurteilung aus der krankheitsbedingten Situation voraussichtlich ergeben.

a. Qualifizierte, ärztliche Bescheinigung

Die Anforderung, dass eine qualifizierte, ärztliche Bescheinigung vorgelegt werden muss, erscheint auf den ersten Blick nachvollziehbar: Gemeint ist, dass eine Krankheit von auf dem jeweiligen Fachgebiet, in das die Erkrankung fällt, zuständigen und ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten attestiert wird. So werden etwa Orthopädinnen und Orthopäden keine inneren Erkrankungen attestieren können. Schwieriger wird es bereits

im Bereich der Hausärztinnen und Hausärzte, die auch z. B. für psychische Erkrankungen Erstdiagnosen geben und Behandlungen einleiten oder auch durchführen. Für längere oder intensivere Behandlungen verweisen sie dann – soweit Kapazitäten zur Behandlung bestehen – weiter an Psychiaterinnen, Psychiater und Psychotherapeutinnen oder Psychotherapeuten. Hier wird die Behörde möglicherweise argumentieren, dass eine von Hausärztinnen und Hausärzten ausgestellte Bescheinigung nicht ausreicht zur Glaubhaftmachung einer psychischen Erkrankung. Gleichwohl haben diese durchaus im Rahmen ihrer Kompetenz gehandelt.

Besonders streitig ist die Behandlung durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Im Bereich psychischer Erkrankungen sind diese die zur Behandlung ausgebildeten Personen. Nur dann, wenn zusätzlich zu einer Psychotherapie auch eine medikamentöse Behandlung indiziert ist, werden Psychiaterinnen und Psychiater beteiligt. Mit der Regelung des § 60a Abs. 2c AufenthG ist es jedoch ausgeschlossen, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten geeignet sind, eine »ärztliche« Bescheinigung auszustellen, da sie eben keine Ärztinnen und Ärzte sind. Dies bedeutet, dass trotz fachlicher Zuständigkeit die Bescheinigung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nicht genügen soll, genauso wenig genügt die Bescheinigung von Diplom-Psychologinnen und Diplom-Psychologen.

Hier war vor Inkrafttreten der gesetzlichen Änderungen die Rechtsprechung bereits einen Schritt weiter. Dieser kurze Rückblick soll dazu dienen, die damals schon angeführten Argumente weiter nutzbar zu machen. Denn schlicht deswegen, weil Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die zuständigen und kompetenten Behandlungspersonen sind, sind diese in aller Regel die einzigen, die kompetent sind, die Diagnose zu stellen und hierüber eine Bescheinigung auszustellen.

Zunächst hatte das Bundesverwaltungsgericht mit einer Entscheidung aus dem Jahr 2007 erstmals Kriterien genannt, die ein Attest für eine PTBS-Erkrankung erfüllen sollte, um eine Erkrankung darzulegen.⁷⁰ Hierbei war es von einem »fachärztlichen Attest« ausgegangen, nachdem auch das in dem Fall zur Rede stehende Attest durch einen Facharzt erstellt worden war und das Gericht in der Entscheidung ausgeführt hatte, dass ein Attest »regelmäßig« von Fachärztinnen und Fachärzten zu erstellen sei. Hierauf hatten verschiedene Obergerichte, etwa das Oberverwaltungsgericht

⁶⁸ Asylpaket II, Gesetzesbegründung BT-Drs. 18/7538, a. a. O. (Fn. 1).

⁶⁹ Zweites Gesetz zur besseren Durchsetzung der Ausreisepflicht, BGBl I Nr. 31 vom 20.8.2019, S. 1294 ff.

⁷⁰ BVerwG, Urteil vom 11.9.2007 – 10 C 8.07 – [asyl.net: M12108](https://www.asyl.net/M12108).

Nordrhein-Westfalen⁷¹ in einer Entscheidung von 2008 festgehalten, dass der Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts und der Formulierung »regelmäßig« zu entnehmen sei, dass auch die Bescheinigung von psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten daneben – ausnahmsweise – zulässig sei. Eine solche Ausnahme sei möglich, da neben Fachärztinnen und Fachärzten auch psychologische Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen befähigt seien, post-traumatische Belastungsstörungen zu diagnostizieren.

Dies wird näher begründet:

»Gemäß § 5 des Psychotherapeutengesetzes – PsychThG – dauert die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten in Vollzeitform mindestens drei Jahre, in Teilzeitform mindestens fünf Jahre. Sie schließt mit einer staatlichen Prüfung ab. Voraussetzung für den Zugang zu dieser Ausbildung ist u. a. ein abgeschlossenes Studium der Psychologie, das das Fach Klinische Psychologie einschließt. [...] Die über die theoretische Ausbildung hinaus erforderliche praktische Tätigkeit umfasst insbesondere eine mindestens 1.200 Stunden dauernde Tätigkeit an einer psychiatrischen klinischen Einrichtung, während der der Ausbildungsteilnehmer an der Diagnostik und Behandlung zu beteiligen ist [...]. Dementsprechend zählt das Heilberufsgesetz den Beruf eines Psychologischen Psychotherapeuten zu den Heilberufen (§ 1 Satz 1 Nr. 3 HeilBerG).«⁷²

Auch das Oberverwaltungsgericht Berlin-Brandenburg hat dies vertreten.⁷³ Dort wird ausgeführt, dass neben fachärztlichen auch Stellungnahmen von psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten geeignet sind, die Erkrankung nachzuweisen bzw. substantiiert darzulegen.

Nachdem das Gesetz mit den Änderungen in den Jahren 2016 und 2019 an diesem Punkt die aktuelle Rechtsprechung ignorierte und die erforderliche Bescheinigung auf »ärztliche« Bescheinigung verengte, ist dies in der Rechtsberatung nun zwingend zu beachten, wenn eine ernste Erkrankung glaubhaft zu machen ist. Im Zweifel ist eine psychiatrische Behandlung aufzunehmen, um eine entsprechende Bescheinigung vorlegen zu können, auch wenn vorher eine ausreichende, psychotherapeutische Behandlung durchgeführt wurde. Scharf kritisiert wird diese Gesetzgebung auch in der Fachliteratur und in Gesetzeskommentaren, wo

ausgeführt wird, es sei nicht zu vertreten, einen Berufsstand, der staatlicherseits dazu berufen ist, psychische Erkrankungen festzustellen und zu behandeln, von der Feststellung solcher Erkrankungen auszuschließen.⁷⁴

Somit wird gefordert, die Regelung verfassungsgemäß dahin auszulegen, dass auch die Stellungnahmen approbierter Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als im Sinne des Abs. 2c hinreichender Beleg zu gelten haben.⁷⁵

Behörden und zahlreiche Gerichte stellen die gesetzliche Regelung hingegen kaum infrage. Für sie gilt, dass eine psychotherapeutische Stellungnahme schlicht unbeachtlich ist.

Zur Untermauerung des Arguments, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur Feststellung von psychischen Erkrankungen fachkundig sind, dient eine Entscheidung des Verwaltungsgerichts Weimar vom Februar 2020: Zwar stellte das Gericht nicht die Anforderung an die Atteste, die ja gesetzlich vorgeschrieben seien (»qualifizierte ärztliche Bescheinigung«), infrage, jedoch wurde zur weiteren Aufklärung ein Sachverständigengutachten durch einen Diplompsychologen und Psychotherapeuten eingeholt.⁷⁶

b. Weitere Voraussetzungen an Atteste in § 60 Abs. 7 Satz 2 i. V. m. § 60a Abs. 2c Satz 2 und 3 AufenthG

Die weiter genannten Inhalte des Attests wurden in der Gesetzesbegründung als »Qualitätskriterien« bezeichnet, die dem praktischen Bedürfnis einer formalen und inhaltlichen Validierung einer von der betroffenen Person vorgelegten Bescheinigung nachkommen sollten. Mit anderen Worten: Da vermeintlich häufig eine Krankheit lediglich zur Verhinderung einer Abschiebung vorgegeben wird, sollte dem anhand von aussagekräftigen Attesten vorgebeugt werden.

Problematisch hieran ist jedoch, dass Atteste auch im Fall einer ernsthaften Erkrankung die genannten Kriterien regelmäßig nicht enthalten. Damit wird insofern über das Ziel hinausgeschossen, als auch die Betroffenen, die tatsächlich erkrankt sind, die geforderten Bescheinigungen in der Regel nicht vorlegen können. In dem Bemühen, durch ein Attest erkennen zu können, ob eine Krankheit wirklich besteht, wird

⁷¹ OVG NRW, Beschluss vom 19.12.2008 – 8 A 3053/08. A – [asyl.net: M15031](#).

⁷² Ebd.

⁷³ OVG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 27.9.2016 – 3 N 24.15 – [asyl.net: M25282](#).

⁷⁴ Bruns/Hocks, in: NK-AuslR, AufenthG § 60a Rn. 58; Funke-Kaiser, in: GK-AufenthG, § 60a Rn. 152.

⁷⁵ So auch Stöckl in: »Gerichtliche Sachaufklärungspflicht bei Erkrankungen im Asyl- und Aufenthaltsrecht: Plädoyer für eine verfassungskonforme Auslegung des § 60a Abs. 2c AufenthG«, ZAR, 2023, S. 240 ff.

⁷⁶ VG Weimar, Urteil vom 26.2.2020 – 4 K 21268/17 We – [asyl.net: M28726](#).

eine Situation erzeugt, in der es notgedrungen darauf ankommt, hierzu »Absprachen« mit der Ärztin oder dem Arzt zu treffen, da normalerweise die genannten Kriterien in einem Attest nicht enthalten sind. Im Ergebnis zeigt diese schwer zu erfüllende Voraussetzung eher auf, ob eine behandelnde Person die Kapazitäten zu einer solchen Stellungnahme hat, sie enthält dabei aber keine weiteren Anhaltspunkte über die Erkrankung selbst.

Im Einzelnen:

- **Tatsächliche Umstände, auf deren Grundlage die fachliche Beurteilung erfolgt ist.**

Hiermit ist gemeint, dass Angaben dazu gemacht werden, seit wann, wie oft und durch wen eine Behandlung erfolgt; ob und ggf. welche Angaben, welche die Patientinnen und Patienten gemacht haben, ob und ggf. welche weiteren Angaben herangezogen wurden, etwa von anderen Behandlungspersonen oder Familienangehörigen.

- **Methode der Tatsachenerhebung**

Gemeint ist, dass die durchgeführten Verfahren angegeben werden, etwa bestimmte Testverfahren oder therapeutische und/oder analytische Gespräche, Verhaltensbeobachtung. Die Gesetzesbegründung enthält keine näheren Angaben, was genau erwartet wird. In der Praxis wird jedenfalls hierzu auch selten nachgefragt, wohl auch, weil dieser Punkt von medizinischen Laien schlicht nicht beurteilt werden kann. So wird auch in der Kommentierung darauf hingewiesen, dass die Benennung der Methode der Tatsachengrundlagen sich häufig aus dem Kontext der Stellungnahme bereits ergibt, z. B. ein Verweis auf bestimmte Werte, die ihrerseits zugleich die verwendete Methode definieren.⁷⁷

- **Fachlich-medizinische Beurteilung des Krankheitsbildes (Diagnose) und**
- **Schweregrad der Erkrankung, lateinischer Name oder Klassifizierung der Erkrankung nach ICD 10**

Diese Kriterien sind unstreitig wichtige Bestandteile eines Attests und sind auch regelmäßig Inhalt jeder ärztlichen Stellungnahme; insofern ist dies in der Regel unproblematisch.

- **Folgen, die sich nach ärztlicher Beurteilung aus der krankheitsbedingten Situation voraussichtlich ergeben.**

Die Gesetzesbegründung enthält hierzu keine weiteren Hinweise. Aus ärztlicher Sicht ist hierunter zu verste-

Praxistipp

Den behandelnden Ärztinnen und Ärzten sollte gegebenenfalls erklärt werden, dass keine Angaben zu Behandlungsmöglichkeiten im Herkunftsland einer Person in der Stellungnahme gemacht werden sollen, sofern nicht nachweislich Spezialkenntnisse der Ärztinnen und Ärzte vorliegen. Im Rahmen der krankheitsbedingten Folgen kann im Fall der Rückkehr von einem Abbruch oder eine Unterbrechung der Behandlung ausgegangen werden.

hen, welche Entwicklung unter gleichbleibender Behandlung prognostisch zu erwarten ist und wie sich diese Prognose bei Änderung der Bedingungen, z. B. Abbruch oder Unterbrechung der Behandlung oder anderen gesundheitlich belastenden Faktoren (Obdachlosigkeit, Stress) darstellt.

Hier kann auch die Frage der Erwerbsfähigkeit noch relevant sein. Falls eine Person bereits ganz oder teilweise erwerbsunfähig ist aufgrund der Krankheit, kann die behandelnde Ärztin oder der Arzt auch zur Prognose diesbezüglich etwas sagen. Dies kann dann eine Rolle spielen, wenn es auch um die Finanzierung der Behandlung geht (siehe oben Abschnitt C.II., Punkt 3.d.).

Wichtig ist aber, dass die behandelnden Personen nichts dazu sagen, wie die tatsächlichen Behandlungsmöglichkeiten des Herkunftslandes sein werden, es sei denn, sie haben nachweislich hierzu Spezialkenntnisse. Denn Behörden und Gerichte halten insofern ohne weitere Fachkenntnisse hierzu getroffene Aussagen, zu denen sich Ärztinnen und Ärzte aufgrund dieser Anforderung hin und wieder veranlasst sehen, für unzuverlässig.

Hierzu sei als Beispiel eine Entscheidung des VG Köln genannt:⁷⁸

»Das Attest enthält fachliche Mängel. Es ist nicht Aufgabe eines Arztes oder einer Ärztin, in einer fachärztlichen Stellungnahme Aussagen über die Qualität einer medizinischen Behandlung in anderen Ländern zu machen. Hierfür fehlt bereits die erforderliche Sachkunde. Ein solcher Satz hat in einer fachärztlichen Stellungnahme schlicht nichts zu su-

⁷⁷ Bruns/Hocks, in: NK-AuslR, AufenthG § 60a Rn. 61.

⁷⁸ VG Köln, Urteil vom 24.5.2023 – 22 K 7608/19.A – [asyl.net: M31737](https://www.asyl.net/M31737).

chen und ist grundsätzlich geeignet, Zweifel an der fachlichen Qualität und Unvoreingenommenheit des Arztes oder der Ärztin zu begründen.«

2. Glaubhaftmachen, Substanziieren – was wird von Behörden und Gerichten gefordert?

Aufgrund der Formulierung in § 60a Abs. 2c AufenthG geht es um ein »**Glaubhaftmachen**« der Erkrankung. Da diese Vorschrift aufgrund des Verweises in § 60 Abs. 7 Satz 2 AufenthG Anwendung findet, ist somit auch hier die Glaubhaftmachung gefordert. Im Unterschied zum Beweis ist nach juristischer Terminologie die Glaubhaftmachung weniger als der Beweis. Nach einem Beweis muss die Beweistatsache praktisch erwiesen, also gewiss sein. Durch eine Glaubhaftmachung genügt eine hohe Wahrscheinlichkeit. Dies kann gegenüber Behörden und Gerichten als Argument dienen, wenn Zweifel am Vorliegen der Erkrankung nicht völlig ausgeräumt werden können.

Ein weiterer Begriff, der in diesem Zusammenhang auftaucht, ist auf gerichtlicher Ebene die »**Substanziierung**«. Hiervon wird gesprochen, wenn eine Krankheit in ausreichender Weise dargelegt werden kann. Bleiben dann trotz der Substanziierung noch Zweifel daran, muss das Gericht weiter Beweis erheben und kann nicht aufgrund eigener Sachkunde entscheiden, dass eine Erkrankung nicht vorliegt.⁷⁹

Dies ist der Kern der bereits zuvor zitierten Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts aus dem Jahr 2007, welches darin genaue Kriterien dazu aufgestellt hat, wann von einer ausreichenden Substanziierung für den Fall der Erkrankung an PTBS ausgegangen wird⁸⁰ (hierzu siehe den Schaukasten rechts).

Aus Sicht des Bundesverwaltungsgerichts war mit der Auflistung der Kriterien eine Erleichterung von überhöhten Anforderungen an Atteste erreicht worden. Insbesondere war klargestellt, dass keine Gutachten zum Gesundheitszustand erwartet werden, sondern (fachärztliche, hierzu s.o.) Stellungnahmen. Der Unterschied ist, dass die Gutachten von Medizinerinnen und Medizinern erstellt werden, die nicht mit der Behandlung befasst sind, und mit dem Gutachten eigens beauftragt und dafür gesondert vergütet werden müssen. Stellungnahmen hingegen werden von der behandelnden Person erstellt und geben die bis dahin

Anforderungen an Atteste bei PTBS

In der folgenden Auflistung stehen die Kriterien, welche bereits durch das Bundesverwaltungsgericht 2007 aufgestellt wurden, in blauer Schrift, die Anforderungen nach dem Gesetz (§ 60a Abs. 2c Satz 2 und 3 AufenthG) in schwarzer Schrift.

- **fachärztliche Stellungnahme** / qualifizierte ärztliche Bescheinigung
- **erkennbare Grundlage für die Diagnose** / tatsächliche Umstände, auf deren Grundlage die fachliche Beurteilung erfolgt ist und Methode der Tatsachenerhebung
- **konkrete Ausprägung der Krankheit, Behandlungsdauer und -häufigkeit, Beschwerden entsprechen den Befunden** / fachlich-medizinische Beurteilung des Krankheitsbildes (Diagnose)
- **Schwere der Erkrankung** / Schweregrad der Erkrankung; lateinischer Name oder Klassifizierung der Erkrankung nach ICD 10
- **Behandlungsbedürftigkeit**
- **Behandlungsverlauf (Medikation und Therapie)**
- Folgen, die sich nach ärztlicher Beurteilung aus der krankheitsbedingten Situation voraussichtlich ergeben
- **ggf. Erklärung zu verspäteter Geltendmachung**

vorliegenden und im Rahmen der Behandlung erhobenen Informationen zum Gesundheitszustand wieder.

Diese Rechtsprechung gilt bis heute und über die inzwischen eingetretenen Gesetzesänderungen hinaus fort. Heute sind die vom Bundesverwaltungsgericht aufgestellten Kriterien für die Substanziierung von PTBS und die Anforderungen des Gesetzes zusammenzufügen.

Die Bedeutung dieser Rechtsprechung in Bezug auf PTBS-Erkrankungen hat hohe praktische Relevanz, weil gerade bei dieser Erkrankung oft ein Streit darüber besteht, ob die Angaben, die eine Person im Attest gemacht hat, und damit das Attest insgesamt »glaubhaft« sind. Dies wird häufig von Gerichten in Zweifel gezogen. Mit dem Argument, dass ein geschildertes, Trauma-auslösendes Ereignis so nicht glaubhaft ist, dieses aber bei der Diagnose zugrunde gelegt wird, lehnen Gerichte es auch ab, die Aussage des Attests zu »glauben«.

⁷⁹ Ausführlich siehe hierzu Beitrag von Sarah Lincoln im Themenschwerpunkt »Gesundheitsversorgung und Nachweis von Erkrankungen«, Asylmagazin 10–11/2020.

⁸⁰ Grundlegend: BVerwG, Urteil vom 11.9.2007, a. a. O. (Fn. 70).

Allerdings widerspricht diese Begründung der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts. Denn hier wird festgestellt, dass für den Fall, dass die Anforderungen an eine ärztliche Bescheinigung erfüllt wurden, kein Abweichen von dieser Bescheinigung möglich ist. Die Grenze der richterlichen Sachkunde ist dann erreicht. Hiernach kann ein Gericht, möchte es vom Attest abweichen, dies nur durch Einholung eines Sachverständigengutachtens erreichen, wenn sich daraus ergeben sollte, dass keine Erkrankung vorliegt.

Im Verfahren ist es die Aufgabe der Anwaltschaft dann, wenn das Gericht auch nach einer durch Attest substantiierten Darlegung der Erkrankung immer noch – in eigener Sachkunde – nicht von einer Erkrankung ausgeht, zum Vorliegen der Erkrankung weiter **Beweisanträge** zu stellen und im Fall des Unterliegens in erster Instanz im Rahmen eines Antrags auf Zulassung der Berufung die Divergenz zur Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts zu rügen.

3. Darlegung der Erkrankung im Rahmen von § 60 Abs. 5 AufenthG

Hinsichtlich der Ausgestaltung eines Attests, mit dem eine Erkrankung im Rahmen der Vorschrift des § 60 Abs. 5 AufenthG geltend gemacht wird, gibt es keine Rechtsgrundlage. Während die Regelung des § 60 Abs. 7 S. 2 AufenthG einen Verweis auf § 60a Abs. 2c AufenthG enthält, sodass die dortigen Anforderungen an Atteste Anwendung finden, ist das bei § 60 Abs. 5 AufenthG nicht der Fall.

Auch aus der Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs (EuGH) oder des Europäischen Menschenrechtsgerichtshofs (EGMR) gibt es keinen Hinweis darauf, dass zur Darlegung einer Erkrankung, die zu einer Rechtsverletzung des Art. 3 EMRK führt, besondere Darlegungsvoraussetzungen und Formerfordernisse zu erfüllen sind. Im Gegenteil: In der Entscheidung hielt die belgische Regierung die medizinischen Angaben zur Erkrankung und die Erforderlichkeit der Behandlung für nicht ausreichend dargelegt. Dem ist der Gerichtshof (EGMR) nicht gefolgt. In der Entscheidung, die zugunsten des Betroffenen getroffen wurde, hat er ausgeführt, dass die Staaten ihre Verpflichtung aus Art. 3 EMRK, die körperliche Unversehrtheit einer Person zu schützen, insbesondere durch angemessene Verfahren erfüllen müssen, die eine sorgfältige Prüfung ermöglichen.⁸¹ Im Ergebnis war u.a. in dem zu entscheidenden Fall ausschlaggebend, dass die Auslän-

derbehörde die vorgelegten, ärztlichen Bescheinigungen nicht unter dem Gesichtspunkt von Art. 3 EMRK geprüft hat. Dies zeigt, dass eine Prüfung ohne Berücksichtigung der vorgelegten Bescheinigungen allein aufgrund dessen, dass sie bestimmte Angaben nicht enthält oder bestimmte Fragen offen lässt, keine nach den Maßgaben des EGMR ausreichende Prüfung wäre. Somit wäre die Anwendung des § 60a Abs. 2c AufenthG nicht mit Art. 3 EMRK vereinbar.

Dennoch gibt es vereinzelte Entscheidungen in der deutschen Rechtsprechung, die von einer Anwendung der Maßstäbe des § 60a Abs. 2c AufenthG im Rahmen von § 60 Abs. 5 AufenthG ausgehen.

Der VGH Bayern hat ausgeführt, dass zwar § 60 Abs. 5 AufenthG keine ausdrückliche Verweisung auf § 60a Abs. 2c AufenthG enthalte, dennoch seien dessen Wertungen »zu berücksichtigen«.⁸² Der Gerichtshof führte weiter aus, dass eine ärztliche Bescheinigung im Sinn des § 60a Abs. 2c Satz 2 AufenthG nicht vorgelegt worden sei. Auch stünden die vorgelegten Dokumente einer hinreichenden Arbeitsfähigkeit des Betroffenen nicht entgegen. Weitere Ausführungen zur Prüfung des § 60a Abs. 2c AufenthG im Rahmen des § 60 Abs. 5 AufenthG enthält die Entscheidung jedoch nicht. Die weiteren Anforderungen des § 60a Abs. 2c AufenthG wurden in der Entscheidung des VGH Bayern nicht geprüft, da das Gericht feststellte, dass der Kläger bei Rückkehr in sein Herkunftsland in der Lage wäre, seinen Lebensunterhalt durch Erwerbsfähigkeit zu sichern.

Auch das OVG Niedersachsen⁸³ hat lediglich festgestellt, dass es sich aus dem erkennbaren Willen der Gesetzgebung ergebe, dass die Anforderungen an Atteste einheitlich auszulegen seien. Daher liege hierin keine klärungsbedürftige Rechtsfrage im Rahmen der Berufungszulassung. Auch hier finden sich keine weiteren Argumente für die Anwendung der Formerfordernisse im Einzelnen, weil es darauf im vorliegenden Fall nicht ankam.

Im Übrigen ist in der Rechtsprechung erkennbar, dass die formalen Voraussetzungen des § 60a Abs. 2c AufenthG im Rahmen des § 60 Abs. 5 AufenthG nicht im Vordergrund stehen, sondern eher wertend herangezogen werden und es vielmehr auf den Inhalt einer solchen Stellungnahme ankommen soll, wie die Aussagen zur Schwere der Erkrankung und der Erforderlichkeit einer Therapie und Medikation.⁸⁴

⁸¹ EGMR, Urteil vom 13.12.2016 – 41728/10 Paposhvili gg. Belgien – a. a. O. (Fn. 24).

⁸² VGH Bayern, Urteil vom 6.7.2020 – 13 a B 18.32871 – openjur.

⁸³ OVG Niedersachsen, Beschluss vom 13.3.2020 – 9 LA 46/20 – openjur.

⁸⁴ OVG Sachsen-Anhalt, Beschluss vom 11.10.2024 – 2 L 101/24.7 – juris; VG Gießen, Urteil vom 13.9.2023 – 1 K 763/20.Gl.A – juris.

In der Fachliteratur wird überwiegend vertreten, dass § 60a Abs. 2c AufenthG im Rahmen von § 60 Abs. 5 AufenthG nicht zur Anwendung kommt. Dies wird mit dem Fehlen einer Rechtsgrundlage begründet, insbesondere, nachdem eine eindeutige Regelung in § 60 Abs. 7 AufenthG getroffen worden sei.⁸⁵ Ferner sei die Anwendung des § 60a Abs. 2c AufenthG im Rahmen von § 60 Abs. 5 AufenthG nicht mit den verfassungs- und menschenrechtlichen Anforderungen an eine Prüfung einer Rechtsverletzung durch Krankheit vereinbar.⁸⁶

Festzuhalten für die Beratungspraxis ist an dieser Stelle vor allem, dass bei Vorliegen einer schweren Erkrankung die Stellungnahme sich nach Möglichkeit an den gesetzlichen Anforderungen orientieren sollte. Hierbei sind im Wesentlichen die Art und Schwere der Erkrankung, erforderliche Behandlung und Folgen der Erkrankung – etwa Auswirkungen auf die Erwerbstätigkeit – in den Blick zu nehmen. Sofern diese Voraussetzungen nicht im Attest dargelegt werden können, sollten die Hinderungsgründe konkret benannt werden. Auf dieser Grundlage sind Behörden und Gerichte zu einer umfassenden Berücksichtigung verpflichtet, die sich am hohen Rang der Rechte des Art. 2 Abs. 1 GG und Art. 3 EMRK messen lassen muss.

Praxistipp

Eine gut funktionierende, psychotherapeutische oder psychologische Behandlung sollte sinnvollerweise fortgeführt werden und hierzu auch eine Stellungnahme vorgelegt werden. Parallel dazu kann dann nach Möglichkeit die fachärztliche psychiatrische Einschätzung eingeholt werden, um die formale gesetzliche Voraussetzung zu erfüllen. Sollte dies nicht möglich sein, ist es zweckmäßig, die genauen Gründe hierfür darzulegen (z.B. Nachweis einer Registrierung auf einer Warteliste bei der psychiatrischen Praxis, E-Mail-Anfragen nach Terminen, ggf. über längeren Zeitraum und bei mehreren Praxen).

4. Kritik am Gesetz und Ausblick

Letztlich lässt sich die Kritik an den Rechtsänderungen wie folgt zusammenfassen:

• Verstoß gegen Art. 2 Abs. 1 und 2 GG

Das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit hat Verfassungsrang, dieses Recht darf nicht dadurch beschränkt werden, dass ärztliche Atteste bestimmte formale und inhaltliche Vorgaben erfüllen müssen. Es müssen im Einzelfall die einfach gesetzlichen Regelungen verfassungskonform ausgelegt werden und die Erfüllung der formalen Anforderungen hinter der Berücksichtigung der Individualrechte zurücktreten.

• Verstoß gegen Art. 3, 8 EMRK

Auch im Licht der Menschenrechte sind die Behörden und Gerichte verpflichtet, eine genaue Prüfung des Einzelfalles vorzunehmen und eine Rechtsverletzung genau zu prüfen, unabhängig von dem Erfüllen bestimmter Anforderungen von Attesten.

• Verstoß gegen Art. 22 der Aufnahme richtlinie

Hiernach sind die Mitgliedstaaten verpflichtet, die besondere Schutzbedürftigkeit von Personen mit Erkrankungen festzustellen und dieser Rechnung zu tragen. Statt Schutzmechanismen für diese Personen einzurichten, wird durch die überhöhten Anforderungen an die Darlegung die Identifizierung von Erkrankungen erschwert.⁸⁷

• Keine unmöglichen Anforderungen durch das Gesetz: Verstoß gegen Art. 19 Abs. 4 GG (Rechtsschutzgarantie) sowie das verfassungsrechtliche Willkürverbot

Das Gesetz darf nichts Unmögliches verlangen.⁸⁸ Anknüpfend hieran ist festzustellen, dass fachärztliche Behandlungen schwer zu erlangen sind. Noch schwerer wird es, die hier geforderten Anforderungen an Stellungnahmen zu erfüllen. Es geht über die Pflichten der Ärztinnen und Ärzte hinaus und wird auch nicht vergütet, die hier von der Gesetzgebung geforderte Stellungnahme zu schreiben.

⁸⁵ Möller, in: NK-AuslR, AufenthG § 60, Rn. 33.

⁸⁶ Endres de Oliveira/Hruschka/Mantel, in: Huber/Mantel, Kommentar zum AufenthG/AsylG, AufenthG § 60 Rn. 74 ff.

⁸⁷ Ausführlich siehe hierzu Beitrag von Arne Bardelle, Jenny Baron und Lisa vom Felde, »Besondere Schutzbedürftigkeit von Geflüchteten – Wird Deutschland den Vorgaben der EU-Aufnahmerichtlinie gerecht?«, im Themenschwerpunkt »Gesundheitsversorgung und Nachweis von Erkrankungen«, Asylmagazin 10–11/2020, S. 341.

⁸⁸ Vgl. Hubert Heinhold, »Rechtswidrige Anforderungen des BAMF an die Darlegung von PTBS«, ANA-ZAR 2013, S. 13.

Daneben müssen die hier aufgeführten Bedenken auch in laufenden Verfahren Berücksichtigung finden: Bescheinigungen, die Hinweise auf schwere Erkrankungen liefern, dürfen nicht einfach verworfen werden, auch wenn sie die im Gesetz genannten Voraussetzungen nicht vollständig erfüllen. So hatte das BAMF auch vor den Rechtsänderungen in seinen Dienstabweisungen geregelt, dass

»[...] z.B. die Bescheinigung eines Psychologen oder eines Psychotherapeuten allein kein Abschiebungsverbot begründen [kann], dafür aber weitere Sachaufklärungspflicht des Bundesamtes auslösen und im weiteren Verfahren eine Grundlage für die abschließende ärztliche Bescheinigung darstellen [kann].«⁸⁹

Um Verletzungen des Grundrechts auf Gesundheit und Leben auszuschließen, sind das BAMF und die Ausländerbehörden an diese Verpflichtung weiterhin gebunden. Liegen ihnen ernsthafte Hinweise auf mögliche gesundheitsbedingte Abschiebungshindernisse vor, müssen sie gegebenenfalls die Verfahren aussetzen und die vom Gesetz geforderten qualifizierten ärztlichen Bescheinigungen einholen.

5. Strategische Überlegungen im Prozess oder in der Vorbereitung

Trotz der hier aufgezeigten Schwierigkeiten bei der Geltendmachung eines krankheitsbedingten Abschiebungsverbots gibt es immer wieder auch die Fälle, in denen dies leicht oder zumindest leichter ist als die Geltendmachung der Gründe für Asyl oder interna-

tionalen Schutz (Flüchtlingsschutz oder subsidiärer Schutz). In einer solchen Situation stellt sich dann vor Gericht häufig die Frage nach der »Verfahrenseffizienz«: Soll noch in einem voraussichtlich langwierigen Verfahren mit ungewissen Erfolgsaussichten geprüft werden, ob eine Verfolgungsgefahr für die Klägerinnen und Kläger und damit ein Anspruch auf Asyl oder internationalen Schutz besteht? Oder genügt es ihnen, wenn das Feststellen eines Abschiebungshindernisses erfolgt und auf diese Weise eine raschere Einigung erzielt werden kann?

Nicht selten sprechen gute Gründe dafür, die Klage zurückzunehmen, wenn im Gegenzug ein krankheitsbedingtes Abschiebungshindernis festgestellt wird. Denn gerade erkrankten oder traumatisierten Personen fällt es sehr schwer, auf die Einzelheiten ihrer Verfolgung erneut eingehen und diese exakt darlegen zu müssen.

Ein möglicher Rat lautet daher, mit betroffenen Personen in der Beratung frühzeitig das Erfordernis von ärztlicher oder therapeutischer Behandlung zu besprechen und genau nach etwaigen Erkrankungen zu fragen. Liegen Beschwerden vor, sind die Betroffenen auf die Möglichkeiten der Behandlung hinzuweisen; Adressen von psychosozialen Einrichtungen kann man schon an dieser Stelle mitgeben. Oft ist es ein langer Weg von solchen Gesprächen bis zu einer für den Prozess nach den oben beschriebenen Maßstäben notwendigen ärztlichen oder psychotherapeutischen Stellungnahme. Zunächst muss die betroffene Person die Erkrankung als solche und den Behandlungsbedarf erkennen, dann muss eine Einrichtung gefunden und ein Behandlungsplatz verfügbar sein, schließlich muss eine Stellungnahme nach den strengen Maßstäben verfasst werden (vgl. auch [Anhang](#)).

⁸⁹ BAMF, DA-Asyl, Stand 21.2.2019, abrufbar bei [proasyl.de unter »Themen/Asylverfahren/Fachwissen«](https://proasyl.de/unter-Themen/Asylverfahren/Fachwissen); Abschnitt »Krankheitsbedingte Abschiebungsverbote«, Seite 3/16.

D. Krankheitsbedingtes Abschiebungshindernis mit Inlandsbezug

I. Übersicht zu Rechtsgrundlagen und Rechtsentwicklung

Wie bereits in Teil B. dargestellt, liegen die inlandsbezogenen Abschiebungshindernisse aufgrund von Krankheit im **Zuständigkeitsbereich der Ausländerbehörden**. Dabei kommen verschiedene Rechtsgrundlagen in Betracht, die hier zur besseren Übersicht in zwei Gruppen unterteilt werden, nämlich in Rechtsgrundlagen für diejenigen Personen, die bereits vollziehbar ausreisepflichtig sind, und in solche für diejenigen, die noch einen erlaubten Aufenthalt haben und somit nicht vollziehbar ausreisepflichtig sind.

Zur Vollziehbarkeit der Ausreisepflicht

Ausreisepflichtig ist die betreffende Person, wenn sie einen erforderlichen Aufenthaltstitel nicht oder nicht mehr besitzt. Vollziehbar ist die Ausreisepflicht nach § 58 Abs. 2 AufenthG ohne besonderen Verwaltungsakt nach einer unerlaubten Einreise oder wenn die betreffende Person sich ohne Aufenthaltstitel hier aufhält, obwohl dieser erforderlich ist. Im Übrigen ist die Ausreisepflicht erst vollziehbar, wenn der sie begründende Verwaltungsakt (z. B. Versagung der Erteilung eines Aufenthaltstitels, Ausweisung) vollziehbar ist (§ 58 Abs. 2 Satz 2 AufenthG).

Keine Ausreisepflicht besteht bei einem im Rahmen des Asylverfahrens gestatteten oder durch einen durch Aufenthaltstitel erlaubten Aufenthalt. Die Vollziehbarkeit der Ausreisepflicht kann durch nachträgliche Verlängerung der Ausreisefrist oder durch Erlass einer erneuten Abschiebungsandrohung mit erneuter Ausreisefrist aufgehalten werden.

Bevor auf die Voraussetzungen der verschiedenen Rechtsgrundlagen näher eingegangen wird, soll zur besseren Übersicht und Einordnung ein kurzer Blick auf die Rechtsentwicklung der letzten zwanzig Jahre geworfen werden. Nach der ursprünglichen Fassung des Gesetzentwurfs zum Zuwanderungsgesetz 2005

sollte die Duldung überhaupt abgeschafft und die umstrittene Praxis der »Kettenduldung« beendet werden.⁹⁰

Hierzu wurde § 25 Abs. 4 AufenthG entworfen, mit dem für Härtefälle (z. B. Krankheit, Schwangerschaft, Abschluss eines Schuljahres) ein vorübergehender Schutz vor Abschiebung, aber, im Gegensatz zur Duldung, durch einen vorübergehenden, regulären Aufenthaltstitel ermöglicht werden sollte.

Gleichzeitig wurde § 25 Abs. 5 konzipiert, der ebenfalls die Duldung bei tatsächlicher und rechtlicher Unmöglichkeit der Abschiebung ersetzen sollte.

Im Vermittlungsausschuss wurde dann jedoch wiederum die Duldung nach § 60a Abs. 2 AufenthG in den Gesetzentwurf eingefügt. Der heutige § 60a Abs. 1 AufenthG greift in solchen Fällen, die eigentlich durch § 25 Abs. 5 AufenthG geregelt werden sollten (Unmöglichkeit der Abschiebung). § 60a Abs. 2 Satz 3 AufenthG regelt die Fälle, die eigentlich durch § 25 Abs. 4 AufenthG geregelt werden sollten.

Für die nächsten zwei Jahre war dann zwar noch umstritten, ob der neu geschaffene § 25 Abs. 4 Satz 1 AufenthG für ausreisepflichtige Personen anwendbar sein soll. Dafür sprachen die Entstehungsgeschichte und die Idee, dass die Duldung insgesamt zumindest einen weniger weiten Anwendungsbereich haben sollte, wenn sie schon nicht abgeschafft worden war.

Allerdings wurde dies letztlich abgelehnt; bereits 2007 wurden in § 25 Abs. 4 Satz 1 AufenthG die Worte »nicht vollziehbar ausreisepflichtigen« in das Gesetz eingefügt. Damit war klargestellt, dass die Vorschrift einen rechtmäßigen Aufenthalt voraussetzt. Das Vorhaben, für vollziehbar ausreisepflichtige Personen z. B. nach abgelehntem Asylverfahren auch für einen vorübergehenden Aufenthalt – z. B. aus gesundheitlichen Gründen – einen regulären Aufenthaltstitel einzuführen, war somit gescheitert.

Damit hat bereits seit 2007 die Duldung nach § 60a AufenthG wieder die Bedeutung erlangt, die die Gesetzgebung 2005 im Rahmen des »Zuwanderungsgesetzes« zu begrenzen versucht hatte.

Geduldete Personen müssen zudem noch immer für die Erlangung eines rechtmäßigen Aufenthalts besondere Anforderungen erfüllen. Die sogenannten Bleiberechte, die für sie infrage kommen, sind meist an eine zeitlich längere Aufenthaltsdauer geknüpft. Hier

⁹⁰ BT-Drucksache 15/420 vom 7.2.2003, a. a. O. (Fn. 18), S. 62, 64 und 80.

sind zu nennen die §§ 104a, 104b (Altfallregelungen), § 104c (Chancenaufenthalt) sowie §§ 25a und 25b AufenthG (Aufenthaltsgewährung wegen gelungener Integration). Daneben existieren noch seltener angewandte Sonderregelungen, z.B. für Opfer von Menschenhandel (§ 25 Abs. 4a AufenthG) oder für Personen, die auf Ersuchen der Härtefallkommission eines Bundeslandes einen Aufenthaltstitel erhalten (§ 23a AufenthG).

Für die Gruppe von vollziehbar ausreisepflichtigen Personen, bei denen Krankheiten, Schwangerschaften oder weitere persönliche Gründe der Abschiebung entgegenstehen, kommt dagegen in aller Regel nur § 25 Abs. 5 AufenthG und eben wiederum die Duldung gemäß § 60a Abs. 2 S. 1, 3 AufenthG als Möglichkeit der Aufenthaltsverlängerung in Betracht (siehe hierzu unten die Abschnitte D.IV. und D.V.)

Rechtsgrundlagen

Für krankheitsbedingte Abschiebungshindernisse von **vollziehbar ausreisepflichtigen** Personen:

- § 25 Abs. 5 AufenthG: Aufenthaltserlaubnis bei langfristigem Abschiebungshindernis
- § 60a Abs. 2 AufenthG: Duldung bei krankheitsbedingtem Abschiebungshindernis⁹¹

Für krankheitsbedingte Abschiebungshindernisse von **nicht vollziehbar ausreisepflichtigen** Personen:

- § 25 Abs. 4 Satz 1 AufenthG: Erteilung einer Aufenthaltserlaubnis wegen vorübergehendem Abschiebungshindernis
- § 25 Abs. 4 Satz 2 AufenthG: Verlängerung einer Aufenthaltserlaubnis wegen vorübergehendem Abschiebungshindernis

II. Aufenthaltserlaubnis aus dringenden humanitären oder persönlichen Gründen (§ 25 Abs. 4 Satz 1 AufenthG)

Eine Aufenthaltserlaubnis kann nach § 25 Abs. 4 Satz 1 AufenthG einer nicht vollziehbar ausreisepflichtigen Person zum vorübergehenden Aufenthalt erteilt werden, solange dringende humanitäre oder persönliche Gründe oder erhebliche öffentliche Interessen vorliegen.

1. Nicht vollziehbare Ausreisepflicht

Zum Begriff »nicht vollziehbar ausreisepflichtig« s. o. unter D.I.

2. Weitere Anwesenheit im Bundesgebiet

Aufgrund des Wortlauts des § 25 Abs. 4 Satz 1 AufenthG, wonach dringende Gründe die »weitere Anwesenheit im Bundesgebiet erfordern« bzw. »rechtfertigen« müssen, kommen nur inlandsbezogene Gründe infrage, die einer Aufenthaltsbeendigung entgegenstehen. Nicht relevant im Rahmen des § 25 Abs. 4 Satz 1 AufenthG sind daher zielstaatsbezogene Gründe, insbesondere das Vorliegen von Abschiebungsverboten oder Gefahren für die betroffene Person, die im Falle ihrer Rückkehr im Heimatstaat auftreten können.⁹² Auch im Herkunftsland bestehende, schwierige Lebensverhältnisse bleiben hier außer Betracht.⁹³ § 25 Abs. 4 Satz 1 AufenthG soll kein Auffangtatbestand sein zu den Tatbeständen, die wegen zielstaatsbezogener Abschiebungsverbote Abschiebungsschutz und Aufenthaltsrecht vorsehen.⁹⁴ Es wird auch der vorübergehende Charakter des beabsichtigten Aufenthalts betont, was bedeutet, dass Gründe, die dauerhafter Natur sind, für die Erteilung außer Betracht bleiben sollen.⁹⁵

3. Dringende humanitäre oder persönliche Gründe

In Bezug auf Krankheiten wird in der Regel von einem dringenden persönlichen Grund ausgegangen, nämlich:⁹⁶

⁹¹ Ob § 25 Abs. 5 AufenthG daneben auch auf für nicht vollziehbar ausreisepflichtige Ausländer Anwendung finden kann, ist umstritten. Nach herrschender Meinung ist dies möglich, siehe VGH Baden-Württemberg, Beschluss vom 11.8.2010 – 11 S 1521/10 – asyl.net: M17471; und Fränkel, in: NK-AuslR, AufenthG § 25 Rn. 78, ; a. A. (nur auf vollziehbar Ausreisepflichtige anwendbar): Kluth, in: BeckOK AuslR, AufenthG § 25 Rn. 127.

⁹² OVG Hamburg, Beschluss vom 3.1.2007 – 3 Bs 47/05 – BeckRS 2007, 21224.

⁹³ AufenthG-VwV, Nr. 25.4.1.4.

⁹⁴ Kluth, in: BeckOK AuslR, AufenthG § 25 Rn. 63.

⁹⁵ AufenthG-VwV, Nr. 25.4.1.1, 25.4.1.5, 25.4.1.6.

⁹⁶ AufenthG-VwV, Nr. 25.4.1.6.2.

- Durchführung einer medizinischen Operation oder Abschluss einer ärztlichen Behandlung, die im Herkunftsland nicht oder nicht ausreichend möglich ist,
- vorübergehende Betreuung eines schwer kranken Familienmitglieds.

Als dringender persönlicher Grund kommt grundsätzlich jede Krankheit infrage. Diese muss weder notwendigerweise die Reiseunfähigkeit zur Folge haben noch eine Gefahr für Leib oder Leben darstellen. Schwere Krankheiten können auch dem Bereich »humanitäre Gründe« zugeordnet werden.⁹⁷

Beachte: »Dringend« ist weniger als »zwingend« oder »außerordentlich« und setzt nicht voraus, dass ein Anspruch auf Duldung besteht. Gefahren, die nur wegen der prognostizierten unzureichenden Intensität oder Eintrittswahrscheinlichkeit nicht als Abschiebungsverbote nach § 60 Abs. 1, 2, 3, 5, 7 anerkannt wurden, werden in Regelfall »dringende humanitäre Gründe« darstellen.⁹⁸

4. Vorübergehender Aufenthalt

Da die Aufenthaltserlaubnis nach § 25 Abs. 4 Satz 1 AufenthG nur für einen vorübergehenden Aufenthalt bestimmt ist, sind die »dringenden humanitären oder persönlichen Gründe« trotz des gleichlautenden Wortlauts nicht identisch mit denen der Härtefallregelung des § 23a AufenthG, bei der es um die Erteilung einer Aufenthaltserlaubnis für einen zeitlich unbestimmten, gegebenenfalls dauerhaften Aufenthalt geht.

Eine klare zeitliche Begrenzung des vorübergehenden Aufenthalts sieht das Gesetz nicht vor. Die nach § 26 Abs. 1 Satz 1 AufenthG vorgesehene Befristung der jeweiligen Erteilung und Verlängerung (von jeweils sechs Monaten, nach 18 Monaten von jeweils bis zu drei Jahren) dient nur einer gewissen Überprüfungsdichte; sie ist kein einschränkendes Kriterium für die Bestimmung des Begriffs »vorübergehend«. Die Dauer des vorübergehenden Aufenthalts ist allein vom jeweiligen Aufenthaltswitz bzw. dem angestrebten Ziel abhängig (»solange ... Gründe ... seine ... weitere Anwesenheit erfordern«). Eine erneute und wiederholte Verlängerung ist nicht ausgeschlossen (§ 26 Abs. 1 Satz 1 AufenthG), wenn sie zum Erreichen des Ziels erforderlich ist oder neue dringende Gründe eingetreten sind.⁹⁹

Es ist aber zu beachten, dass immer auch die Nebenbestimmung des § 8 Abs. 2 AufenthG verfügt werden kann, wonach die Verlängerung in der Regel nicht möglich ist. Es wird in den Verwaltungsvorschriften des Bundes darauf hingewiesen, dass ein Daueraufenthalt nicht möglich sein solle. Gleichzeitig wird im Fall dauerhafter Gründe auf die Möglichkeit der Erteilung einer Aufenthaltserlaubnis aus anderen Gründen verwiesen; bei langfristiger Unmöglichkeit der Ausreise kommt eine Aufenthaltserlaubnis nach § 25 Abs. 5 AufenthG infrage, hilfsweise eine Duldung.¹⁰⁰

5. Allgemeine Erteilungsvoraussetzungen

Da nichts anderes bestimmt ist, gelten im Rahmen des § 25 Abs. 4 Satz 1 AufenthG die allgemeinen Erteilungsvoraussetzungen für Aufenthaltstitel, die in § 5 AufenthG geregelt werden. Wichtig ist hier insbesondere, dass die betroffene Person in der Lage sein muss, ihren Lebensunterhalt – und gegebenenfalls auch den ihrer Familie – aus eigenen Einkünften zu bestreiten (Erfordernis der Sicherung des Lebensunterhalts). Daneben muss die Identität geklärt sein und die Person muss über einen gültigen Pass verfügen.

Gemäß § 5 Abs. 3 Satz 2 AufenthG kann aber von den allgemeinen Erteilungsvoraussetzungen abgesehen werden. Dies ist insbesondere wichtig, da auf diese Weise auch ein Absehen vom Erfordernis der Lebensunterhaltssicherung möglich ist.

Krankheitsgründe, welche den Tatbestand des § 25 Abs. 4 Satz 1 AufenthG erfüllen, können einen entsprechenden Ausnahmetatbestand darstellen und ermöglichen es so auch, dass vom Erfordernis der Lebensunterhaltssicherung abgesehen werden kann.

⁹⁷ Fränkel, in: NK-AuslR, AufenthG § 25 Rn. 52.

⁹⁸ Ebd., Rn. 51.

⁹⁹ Ebd., Rn. 55.

¹⁰⁰ AufenthG-VwV Nr. 25.4.1.9.

III. Aufenthaltserlaubnis bei Vorliegen einer »außergewöhnlichen Härte« (§ 25 Abs. 4 Satz 2 AufenthG)

1. Anwendungsbereich

Die Vorschrift in § 25 Abs. 4 Satz 2 AufenthG bezieht sich nicht auf den ersten Satz, sondern stellt eine völlig eigenständige Rechtsgrundlage dar.¹⁰¹ Verlängert werden kann daher jede Aufenthaltserlaubnis und nicht nur – aber auch – die nach § 25 Abs. 4 Satz 1 erteilte. Auch ein Visum – jedoch nur ein nationales Visum gemäß § 4 Abs. 3 AufenthG – kann nach § 25 Abs. 4 Satz 2 als Aufenthaltserlaubnis verlängert werden.¹⁰² Die Verlängerung kann unter erleichterten Bedingungen erfolgen, also auch nach Wegfall der Gründe für den ursprünglichen Titel. Die Vorschrift eröffnet somit die Perspektive auf einen Daueraufenthalt.¹⁰³

2. Außergewöhnliche Härte

Die Allgemeinen Verwaltungsvorschriften zum Aufenthaltsgesetz definieren den Begriff »außergewöhnliche Härte« wie folgt:¹⁰⁴

»Eine außergewöhnliche Härte setzt voraus, dass der Ausländer sich in einer individuellen Sondersituation befindet, aufgrund derer ihn die Aufenthaltsbeendigung nach Art und Schwere des Eingriffs wesentlich härter treffen würde als andere Ausländer, deren Aufenthalt ebenfalls zu beenden wäre. Dies kommt zum Beispiel in Betracht, wenn den Ausländer im Fall der Ausreise ein außergewöhnlich schweres Schicksal treffen würde, das sich von gewöhnlichen Schwierigkeiten unterscheidet, denen andere Ausländer im Fall der Ausreise ausgesetzt wären.«

Dagegen reicht die Definition der außergewöhnlichen Härte in der Kommentarliteratur weiter: Danach dürfen keine überhöhten Anforderungen an die außergewöhnliche Härte gestellt werden.¹⁰⁵ Sie liege deutlich

unterhalb der Schwelle eines Abschiebungsverbotes nach § 60 Abs. 2 (subsidiärer Schutz) und Abs. 5 und 7 AufenthG (nationale Abschiebungsverbote).¹⁰⁶ Als außergewöhnliche Härte kann in Bezug auf Krankheiten nach beiden Auffassungen in Frage kommen:

- Betreuungsbedürftigkeit hier lebender Familienangehöriger¹⁰⁷
- Erkrankungen, Schwerbehinderungen¹⁰⁸
- Schwangerschaft

Gesundheitliche Probleme sollen nach den Verwaltungsvorschriften der Ausländerbehörde Berlin¹⁰⁹ dann zu einem Aufenthaltstitel führen, wenn dadurch eine Sondersituation vorliegt, etwa bei schweren und ständig behandlungsbedürftigen Erkrankungen. Genannt werden:

- Dialysepatienten
- Krebspatienten
- Aidskranke

Beispielhaft für eine außergewöhnliche Härte aus Krankheitsgründen kann verwiesen werden auf die Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts Berlin-Brandenburg (Rn. 108); dort ging es um eine schwerbehinderte, ältere Person aus der Türkei, die nach Trennung allein lebte; jedoch waren Kinder und Enkelkinder in Deutschland. Das Gericht führte aus:

»Die für den Fall einer Rückkehr einer Ausländerin in die Türkei bestehende Gefahr, dass es ihr nicht gelingen wird, ihre Existenz zu sichern, sowie die attestierten, zu Einschränkungen der Autonomie im Alltag führenden psychischen und körperlichen Gesundheitsbeeinträchtigungen, sprechen dafür, dass die Aufenthaltsbeendigung mit Nachteilen verbunden wäre, die die Ausländerin deutlich härter treffen würde als andere Ausländer in einer vergleichbaren Situation.«

¹⁰¹ BT-Drucksache 15/420, a. a. O. (Fn. 18), 80; AufenthG-VwV Nr. 25.4.2.1; OVG Saarland, Beschluss vom 10.7.2019 – 2 B 36/19 u. 2 D 37/19 – Rn. 14, beckonline.

¹⁰² Zur Verlängerung eines nationalen Visums vgl. OVG Niedersachsen, Beschluss vom 13.3.2006 – 11 ME 315/05 – [asyl.net: M8186](#); vgl. Schengen-Visum: VGH Hessen, Urteil vom 25.2.2011 – 7 B 139/11 – [asyl.net: M18608](#).

¹⁰³ Fränkel, in: NK-AuslR, AufenthG § 25 Rn. 56.

¹⁰⁴ AufenthG-VwV, Nr. 25.4.2.

¹⁰⁵ Fränkel, in: NK-AuslR, AufenthG § 25 Rn. 57.

¹⁰⁶ Ebd.

¹⁰⁷ AufenthG-VwV Nr. 25.4.2.4.1; Fränkel in NK-AuslR, AufenthG § 25 Rn. 57.

¹⁰⁸ Fränkel, in: NK-AuslR, AufenthG § 25 Rn. 57; OVG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 31.3.2020 – OVG 11 S 60/19 – Rn. 4, beck-online.

¹⁰⁹ VAB Landesamt für Einwanderung Berlin, Punkt 25.4.2.

3. Rechtmäßiger Aufenthalt

In der Rechtsprechung und Behördenpraxis wird ein rechtmäßiger Aufenthalt zum Zeitpunkt der Beantragung der Aufenthaltserlaubnis verlangt und aus dem Begriff »Verlängerung« abgeleitet.¹¹⁰

4. Allgemeine Erteilungsvoraussetzungen

Da nichts anderes bestimmt ist, gelten auch hier die allgemeinen Erteilungsvoraussetzungen für Aufenthaltstitel, die in § 5 AufenthG geregelt werden. Dazu gehört grundsätzlich die Sicherung des Lebensunterhalts; daneben muss die Identität geklärt sein und die Person muss über einen gültigen Pass verfügen.

Gemäß § 5 Abs. 3 Satz 2 AufenthG kann von den allgemeinen Erteilungsvoraussetzungen abgesehen werden, somit ist auch ein Absehen vom Erfordernis der Lebensunterhaltssicherung möglich.

Auch hier kann auf die oben schon zitierte Entscheidung des Obergerichts Berlin-Brandenburg hingewiesen werden.¹¹¹ Das Gericht führte aus:

»Die fehlende Existenzsicherung einer schwerbehinderten, erwerbsunfähigen Ausländerin im Heimatland kann auch bei fehlender wirtschaftlicher Integration im Bundesgebiet eine außergewöhnliche Härte begründen.«

Im Ergebnis wurde vom Erfordernis der Lebensunterhaltssicherung abgesehen. Allerdings betrifft die Entscheidung nur ein Verfahren im einstweiligen Rechtsschutz. Ob diese Entscheidung auch in der Hauptsache so aufrechterhalten wurde, ist nicht bekannt. Erfahrungsgemäß wird ein vollständiges Absehen von der Lebensunterhaltssicherung immer ein Ausnahmefall bleiben, wenngleich bei hier zu betrachtenden, krankheitsbedingten Härtefällen angesichts der Schwere und Dauerhaftigkeit der Erkrankungen meist ein Absehen von der Lebensunterhaltssicherung erforderlich sein wird. Andernfalls wäre der Anwendungsbereich der Vorschrift hierdurch erheblich eingeschränkt.

¹¹⁰ Vgl. BVerwG, Urteil vom 22.6.2011 – 1 C 5.10 – [asyl.net: M18866](#); siehe auch Burr, in: GK-AufenthG, AufenthG § 25, Rn. 91; ebenso AufenthG-AVV, Nr. 25.4.2.1, Satz 1 und Begründung BT-Drucksache 15/420 vom 7.2.2003, a. a. O. (Fn. 18), S. 79 f. Dagegen – mit den Argumenten des Wortlauts und des Auffangcharakters sowie des Sinns und Zwecks der Norm: Fränkel, in: NK-AuslR, AufenthG § 25 Rn. 56–59.

¹¹¹ OVG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 31.3.2020, a. a. O. (Fn. 108), Rn. 4.

IV. Aufenthaltserlaubnis wegen Unmöglichkeit der Ausreise (§ 25 Abs. 5 AufenthG)

Die Regelung des § 25 Abs. 5 AufenthG stellt eine für die Praxis sehr wichtige Rechtsgrundlage für die Geltendmachung von Krankheit als Abschiebungshindernis dar. Dies liegt im Wesentlichen daran, dass dessen Geltendmachung, wie unter Abschnitt D.I. bereits dargelegt, eine der wenigen rechtlichen Möglichkeiten ist, im Inland den illegalen oder bloß geduldeten (und noch nicht langjährigen) Aufenthalt zu legitimieren und einen rechtmäßigen Aufenthaltstitel zu erlangen.

1. Anwendungsbereich und Abgrenzung zur Duldung

Schwerpunkt des Anwendungsbereichs des § 25 Abs. 5 AufenthG sind die inlandsbezogenen Abschiebungshindernisse, dies ergibt sich schon aus der Gesetzesbegründung.¹¹²

Wie unter Abschnitt C.I. ausgeführt, wurde § 25 Abs. 5 AufenthG zunächst als Rechtsgrundlage eingeführt, um die Praxis der Kettenduldung abzuschaffen. In seiner Ausgestaltung wurde dieses Ziel aber schon deswegen verfehlt, weil § 25 Abs. 5 AufenthG einen anderen Anwendungsbereich hat als den, der nach § 60a Abs. 2 Satz 1 AufenthG zur Erteilung einer Duldung führt: Während die Duldung die tatsächliche und rechtliche Unmöglichkeit der **Abschiebung** umfasst, regelt § 25 Abs. 5 AufenthG die tatsächliche und rechtliche Unmöglichkeit der **Ausreise**.

Mit Abschiebung sind alle mit der Zwangsmaßnahme der Vollstreckung verbundenen Handlungen gemeint, mit Ausreise wird die freiwillige Rückkehr in das Herkunftsland bezeichnet.

Bezogen auf krankheitsbedingte Abschiebungshindernisse bedeutet dies, dass Gesundheitsverschlechterungen, die lediglich im Zusammenhang mit einer zwangsweisen Rückführung drohen, etwa die psychische Dekompensation aufgrund des mit der Abschiebung verbundenen Polizeieinsatzes, im Rahmen von § 25 Abs. 5 AufenthG nicht geltend gemacht werden können, da es bei § 25 Abs. 5 AufenthG auf die Unmöglichkeit der **Ausreise** – also dem Verlassen des Landes ohne Verwaltungszwang – ankommt.¹¹³ Hier-

¹¹² BT-Drucksache 15/420 vom 7.2.2003, a. a. O. (Fn. 18), S. 80; AufenthG-VwV, Nr. 25.5.1.3.1.

¹¹³ Vgl. AufenthG-VwV, Nr. 25.5.1.3.1; Kluth, in: BeckOK AuslR, AufenthG § 25 Rn. 129–139. Nur wenn sowohl die Abschiebung als auch die freiwillige Ausreise unmöglich sind: Röcker in: Berg-

durch verengt sich der Anwendungsbereich der Regelung des § 25 Abs. 5 AufenthG, während die kritikwürdige Praxis, krankheitsbedingte Gefahren lediglich mit Duldungen zu begegnen, weitergeführt wird.

2. Vollziehbare Ausreisepflicht

Unstreitig gilt § 25 Abs. 5 AufenthG für vollziehbar ausreisepflichtige Personen. Hingegen ist umstritten, ob die Regelung auch darüber hinaus für nicht vollziehbar ausreisepflichtige Personen gelten soll. Nach herrschender Meinung ist dies der Fall: Danach ist die vollziehbare Ausreisepflicht keine zwingende Erteilungsvoraussetzung.¹¹⁴ Die Vorschrift ist demnach so zu lesen, dass die Aufenthaltserlaubnis erteilt werden kann, selbst wenn keine vollziehbare Ausreisepflicht besteht, und nicht nur, wenn dies der Fall ist. Die Erteilung der Aufenthaltserlaubnis kann daher auch an einen vorangegangenen, anderen Aufenthaltstitel und auch an eine Aufenthaltsgestattung anschließen. Dies gilt auch, wenn die Verlängerung des Aufenthaltstitels eigentlich aufgrund anderer Vorschriften des AufenthG ausgeschlossen sein soll.¹¹⁵ Argumentiert wird hier damit, dass ja auch die Verlängerung einer zuvor erteilten Aufenthaltserlaubnis erteilt wird, wobei dann aufgrund des Voraufenthalts zuvor keine vollziehbare Ausreisepflicht vorlag. Von der Gegenauffassung wird mit dem Wortlaut der Vorschrift argumentiert und im Fall einer nicht vollziehbaren Ausreisepflicht die Anwendung des § 25 Abs. 5 AufenthG abgelehnt.¹¹⁶

3. Rechtliche Unmöglichkeit der Ausreise

Eine Person, die an einer Krankheit leidet, kann geltend machen, dass ihre Ausreise eine Verletzung des Grundrechts auf Leben und körperlicher Unversehrtheit aus Art. 2 Abs. 2 Grundgesetz bedeuten würde und somit die Ausreise rechtlich unmöglich ist.

Dies kann der Fall sein, wenn die betroffene Person körperlich oder geistig schwer erkrankt ist und ein ernsthaftes Risiko besteht, dass sich unmittelbar durch die Umstände der Reise der Gesundheitszustand lebensbedrohlich oder irreparabel wesentlich

Folgende Rechtsverletzungen können zur rechtlichen Unmöglichkeit der Ausreise führen:

- Art. 2 Abs. 1 Grundgesetz (Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit, auch einer dritten Person)
- Art. 24 UN – Kinderrechtskonvention (Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit)
- Art. 25, Art. 59 Abs. 3 lit.a Istanbul-Konvention (Recht von Opfern von Gewalt gegen Frauen durch Zugang zu Gesundheitsdiensten, spezialisierte medizinische Versorgung sowie durch Erteilung eines Aufenthaltstitels, sofern dies in der persönlichen Lage erforderlich ist)

verschlechtert (sogenannte Reiseunfähigkeit im weiteren Sinn).¹¹⁷

Auch das Recht einer pflegebedürftigen Person kann verletzt sein durch die Ausreise eines pflegenden Angehörigen. Gebietet das Recht auf körperliche Unversehrtheit einer pflegebedürftigen Person die Anwesenheit gerade des Betroffenen, so ergibt sich auch daraus ein rechtliches Abschiebungshindernis.¹¹⁸

Zu nennen sind außer der drohenden Rechtsverletzung des Grundrechts aus Art. 2 Abs. 2 GG auch Kindeswohlaspekte und der Schutzbereich der UN-Kinderrechtskonvention sowie der Schutzbereich der Istanbul-Konvention.¹¹⁹

Beide, sowohl die Kinderrechtskonvention als auch die Istanbul-Konvention, sind unmittelbar geltendes Recht.

Nach Artikel 24 der UN-Kinderrechtskonvention erkennen die Vertragsstaaten, also auch Deutschland, das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit an sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit.

Nach der Istanbul-Konvention soll ein Aufenthaltstitel eines Opfers von Gewalt gegen Frauen und häus-

mann/Dienelt, AufenthG § 72, Rn. 5–21, AufenthG § 25 Rn. 103–134.

¹¹⁴ Fränkel, in: NK-AuslR, AufenthG § 25 Rn. 78; VGH Baden-Württemberg, Beschluss vom 11.8.2010, a. a. O. (Fn. 91).

¹¹⁵ Fränkel, in: NK-AuslR, AufenthG § 25 Rn. 78

¹¹⁶ Kluth, in: BeckOK AuslR, AufenthG § 25 Rn. 127.

¹¹⁷ Ebd., Rn. 132.

¹¹⁸ Bruns/Hocks, in: NK-AuslR, AufenthG § 60a Rn. 42; BVerfG, Beschluss vom 1.8.1996 – 2 BvR 1119/96 – juris, Rn. 5.

¹¹⁹ Fränkel, in: NK-AuslR, AufenthG § 25 Rn. 81.

licher Gewalt erteilt werden, wenn dies aufgrund der persönlichen Lage erforderlich ist (Art. 59 Abs. 3 lit. a der Konvention).¹²⁰ Im Übrigen sollen Betroffene auch durch adäquate Gesundheitsdienste unterstützt werden (Art. 25 der Konvention).

Seit der Rechtsänderung des § 59 Abs. 1 AufenthG, auf den in § 34 AsylG verwiesen wird und wonach auch zu prüfen ist, ob das Kindeswohl, familiäre Bindungen und der Gesundheitszustand einer Abschiebung nicht entgegenstehen,¹²¹ ist das BAMF auch für inlandsbezogene, gesundheitliche Belange zuständig geworden.

Es kommt daher nach Abschluss des Asylverfahrens zu einer nochmaligen Prüfung dieser Belange durch die Ausländerbehörde.

Zwar ist nach negativem Abschluss eines Asylverfahrens die Ausländerbehörde an die – auch negativen – Feststellungen des BAMF gebunden, wie § 42 AsylG vorschreibt. Diese Bindungswirkung bezieht sich jedoch nur auf § 60 Abs. 5 und 7 AufenthG. Daher ist es weiter möglich, dass eine bereits im Asylverfahren vorgetragene Erkrankung erneut Bedeutung erhält. Auch wenn im Verfahren vor dem BAMF festgestellt wurde, dass die Erkrankung im Zielland behandelbar ist, können deren Symptome, die bereits bei der Ausreise auftreten würden, zu einer im Rahmen des § 25 Abs. 5 AufenthG relevanten Gesundheitsgefahr führen und somit in die Prüfungskompetenz der Ausländerbehörde fallen.

4. Tatsächliche Unmöglichkeit der Ausreise

Die Unmöglichkeit der Ausreise aus tatsächlichen Gründen kann sich beispielsweise aus folgenden Umständen ergeben:

- eine auf unabsehbare Zeit bestehende Reiseunfähigkeit im engeren Sinne,
- unterbrochene Verkehrsverbindungen,
- die Aufnahmeverweigerung des Herkunfts- bzw. Zielstaats,
- eine unverschuldete Passlosigkeit,
- ungeklärte Staatsangehörigkeit und Staatenlosigkeit (fehlendes Zielland).¹²²

5. Kein Wegfall des Ausreisehindernisses in absehbarer Zeit

Ist in absehbarer Zeit mit dem Wegfall der Ausreisehindernisse zu rechnen, darf keine Aufenthaltserlaubnis erteilt werden.¹²³ Das Ausreisehindernis darf demnach nicht nur für einen kurzen überschaubaren Zeitraum bestehen. Die Ausländerbehörde hat eine Prognoseentscheidung zu treffen, ob das Ausreisehindernis in einem überschaubaren Zeitraum beseitigt werden kann. Dabei sind alle verfügbaren Quellen auszuwerten.

Bezogen auf Krankheiten kommt es darauf an, ob im Falle einer die Ausreise hindernden, schweren Erkrankung in überschaubarer Zeit mit einer für die Ausreise ausreichenden Besserung der Gesundheit gerechnet werden kann.

In der Verwaltungspraxis und in der Rechtsprechung hilft man sich bei der Anwendung des Ausdrucks »in absehbarer Zeit« teilweise mit der Heranziehung von § 26 Abs. 1 AufenthG. Danach wird in den Fällen des § 25 Abs. 5 AufenthG die Aufenthaltserlaubnis für längstens sechs Monate erteilt. Daher wird angenommen, ein Wegfall der Ausreisehindernisse sei in absehbarer Zeit dann nicht zu erwarten, wenn die Ausreise der betroffenen Person voraussichtlich länger als sechs Monate unmöglich sein werde.¹²⁴

6. Allgemeine Erteilungsvoraussetzungen

Für die Erteilung einer Aufenthaltserlaubnis nach § 25 Abs. 5 AufenthG ist es grundsätzlich erforderlich, dass die allgemeinen Erteilungsvoraussetzungen des § 5 AufenthG vorliegen. Nach § 5 Abs. 3 Satz 2 AufenthG kann die Ausländerbehörde vom Vorliegen der allgemeinen Erteilungsvoraussetzungen in § 5 Abs. 1 und 2 AufenthG absehen. Das Absehen von den allgemeinen Erteilungsvoraussetzungen, insbesondere der Sicherung des Lebensunterhalts, wird aus humanitären Gründen aufgrund der Erkrankung infrage kommen. Aber auch die Pflege eines Angehörigen oder die Betreuung von Kindern können angeführt werden.

¹²⁰ Ebd.; Rn. 69.

¹²¹ Gesetz zur Verbesserung der Rückführung (Rückführungsverbesse-
rungsgesetz) BGBl. 2024 I Nr. 54 vom 26.2.2024; EuGH, Urteil
vom 15.2.2023 – C-484/22 – [asyl.net: M31329](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=CELEX:62022C0484).

¹²² Fränkel, in: NK-AuslR, AufenthG § 25 Rn. 84.

¹²³ AufenthG-VwV, Nr. 25.5.1.4.

¹²⁴ VG Koblenz, Urteil vom 10.10.2005 – 3 K 147/05.KO – InfAuslR
2006, 25, [asyl.net: M7560](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=CELEX:62005C0147); Burr, in: GK-AufenthG, AufenthG § 25,
Rn. 167; AufenthG-AVV, Nr. 25.5.1.4.

V. Krankheit als Duldungsgrund (§ 60a Abs. 2 AufenthG)

Nachdem bereits angesprochen wurde, dass die Rechtsgrundlagen der § 25 Abs. 4 und Abs. 5 AufenthG nicht wie zunächst vorgesehen die Duldung ersetzen konnten, soll nun ein genauer Blick auf die Rechtskonstruktion »Duldung« geworfen werden. Dabei steht hier die Frage im Vordergrund, inwiefern die Möglichkeit besteht, dass im Fall von Erkrankungen vom Vollzug der Abschiebung abgesehen und eine Duldung erteilt wird. Dieser Abschnitt beschäftigt sich mit dem letzten und sicher auch schlechtesten Mittel, mit dem die Erkrankung einer Person zu einem Verbleib in Deutschland führt. Denn die Duldung ist kein rechtmäßiger Aufenthalt, sondern bedeutet lediglich, dass die zuständige Ausländerbehörde durch die Erteilung zu erkennen gibt, dass eine Abschiebung zum Erteilungszeitpunkt und voraussichtlich für die Geltungsdauer nicht durchgeführt werden soll oder kann.

1. Regelung und Anwendungsbereich

Die Regelung des § 60a AufenthG enthält in ihrem Abs. 2 zwei verschiedene Rechtsgrundlagen, die für die Geltendmachung krankheitsbedingter Abschiebungshindernisse relevant sind. In Abs. 2 Satz 1 ist die gebundene Entscheidung der Behörde enthalten, dass die Abschiebung auszusetzen **ist**, nämlich wenn diese durch tatsächliche oder rechtliche Gründe unmöglich ist. Abs. 2 Satz 3 enthält hingegen die Ermessensduldung: Hiernach **kann** eine Duldung erteilt werden, wenn dringende humanitäre oder persönliche Gründe oder erhebliche öffentliche Interessen die vorübergehende Anwesenheit der betroffenen Person im Bundesgebiet erfordern.

Der Anwendungsbereich unterscheidet sich von § 25 Abs. 4 und 5 AufenthG dadurch, dass hierdurch kein rechtmäßiger Aufenthalt begründet, sondern lediglich die Aussetzung der Abschiebung bescheinigt wird. Man spricht daher von »Duldung«, im Unterschied zu einer »Erlaubnis«.

Wesentlich ist, dass die Duldung – weil sie kein Aufenthaltstitel ist – an keine weiteren Erteilungsvoraussetzungen geknüpft ist. Wenn die allgemeinen Erteilungsvoraussetzungen nicht erfüllt sind und Ausnahmen, etwa die Sicherung des Lebensunterhalts oder die Vorlage eines Reisepasses, nicht erfolgreich geltend gemacht werden können, ist es bereits bei der Beantragung eines Aufenthaltstitels ratsam, die Duldung auch, und zwar hilfsweise, zu beantragen.

2. Reichweite der Verantwortung der Ausländerbehörde

Die Ausländerbehörde ist zuständig für die Abschiebung einer vollziehbar ausreisepflichtigen Person und beachtet dabei in eigener Zuständigkeit inlandsbezogene Vollstreckungshindernisse. Wichtig ist: Hierin liegt eine weitreichende Verantwortung für Gesundheit und Leben der betroffenen Person. Diese Verantwortung bezieht sich auf den gesamten Prozess des Vollzugs, der jedoch nicht nur auf das Inland beschränkt ist: Nach obergerichtlicher Rechtsprechung muss die Ausländerbehörde die Unversehrtheit der betroffenen Person vom Zeitpunkt der Vorbereitung von Abschiebungsmaßnahmen sicherstellen, beginnend mit der Ankündigung der Abschiebung über die Durchführung der Abschiebung bis hin zur Übergabe an die im Zielland tätigen Behörden. Dies schließt auch die Sicherstellung einer Anschlussbehandlung unmittelbar nach der Ankunft mit ein. Gelingt ihr der Nachweis dafür nicht, ist von einem Abschiebungshindernis auszugehen.¹²⁵

Dieser sehr weitreichenden Verantwortung haben die Gerichte allerdings auch immer wieder Grenzen gesetzt, zum Beispiel hat der Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg festgestellt, dass die grundsätzliche Bereitschaft, sich im Zielland der Abschiebung in Behandlung zu begeben, ausreiche, um der Gefahr durch eine bestehende Suizidalität zu begegnen.¹²⁶

Das Oberverwaltungsgericht Nordrhein-Westfalen hat in diesem Zusammenhang klargestellt, dass die dauerhafte Behandlung im Zielland nicht gesichert sein muss. Damit verweist es aber nur auf die offensichtliche Unterscheidung zwischen einem zielstaatsbezogenen Abschiebungshindernis (bei dem die Frage der Behandlung im Zielstaat der Abschiebung zu klären ist) und dem Duldungsgrund der Unmöglichkeit der Abschiebung (wo dies nicht relevant ist).¹²⁷ Gleichwohl führt das Gericht zum Verantwortungsbereich der Ausländerbehörde aus:

¹²⁵ Vgl. OVG NRW, Beschluss vom 15.10.2010 – 18 A 2088/10, a. a. O. (Fn. 12); OVG NRW, Beschluss vom 12.1.2017 – 18 B 1157.16 – openjur; OVG Sachsen-Anhalt, Beschluss vom 8.9.2010 – 2 M 90/10 – landesrecht.sachsen-anhalt.de; OVG Sachsen-Anhalt, Beschluss vom 20.6.2011, a. a. O. (Fn. 12); VGH Bayern, Beschluss vom 24.1.2014 – 10 CE 13.2551 – openjur.de; VGH Bayern, Beschluss vom 23.10.2007 – 24 CE 07.484 – asyl.net: M12121; VGH Baden-Württemberg, Beschluss vom 6.2.2008 – 11 S 2439/07 – Rn. 5, juris; OVG Mecklenburg-Vorpommern, Beschluss vom 2.11.2011 – 2 M 164/11 – Asylmagazin 9/2013, S. 308 f., asyl.net: M20211.

¹²⁶ VGH Baden-Württemberg, Beschluss vom 2.5.2000 – 11 S 1963/99 – asyl.net: R7382.

¹²⁷ Vgl. OVG NRW, Beschluss vom 27.7.2006 – 18 B 586/06 – asyl.net: M8649, Rn. 16.

»Dazu gehört nach der Senatsrechtsprechung beispielsweise auch, dass bei Bedarf die Schutzpflicht nicht bereits mit der Ankunft des Ausländers im Zielstaat endet, sondern zeitlich bis zum Übergang in eine Versorgung und Betreuung im Zielstaat fort-dauert.«¹²⁸

3. Ärztliche Begleitung im Rahmen von § 60a Abs. 2 AufenthG

Die weitreichende Verantwortung der für die Abschiebung zuständigen Ausländerbehörde hat auch Auswirkungen auf die Frage der Möglichkeit ärztlicher Begleitung. Die Ausländerbehörde nimmt diese Verantwortung oft in der Form wahr, dass sie eine ärztliche Begleitung bereitstellt, um gesundheitlichen Gefahren während des Abschiebungsvorgangs zu begegnen.

Nach der oben angesprochenen Rechtsprechung ist es dann, wenn die betroffene Person nachgewiesen hat, dass sie ständige ärztliche Behandlung benötigt, nicht ausreichend, dass Ärztinnen oder Ärzte lediglich die Flugbegleitung bis zur Ankunft übernehmen. Vielmehr ist die Behörde darüber hinaus verpflichtet, die bestehende Möglichkeit der Anschlussbehandlung auch nach der Ankunft am Flughafen im Zielland nachzuweisen. Das Oberverwaltungsgericht Nordrhein-Westfalen hat hierzu ausgeführt, dass die Behörde sich dabei auch mit der genauen Erfassung des Krankheitsbildes und den daraus resultierenden Gefahren befassen muss, sodass der bloße Verweis auf vor Ort bestehende Versorgung nicht genügt, sondern ein konkreter Nachweis ärztlicher Behandlung vorliegen muss.¹²⁹ Das Gericht hat in dem Fall, in dem konkrete Anhaltspunkte für einen Suizid nach Abschiebung durch ein fachärztliches Gutachten (!) durch die Betroffene vorgelegt worden waren, die Verantwortung der Ausländerbehörde dafür gesehen, dass »erforderliche Hilfen wie geeignete Medikamente und fachärztliche Betreuung nach der Ankunft [...] zur Verfügung stehen und (die Antragstellerin) in eine fachärztliche Betreuung übernommen werden kann.« Der bloße, pauschale Hinweis auf geeignete Maßnahmen, dem Suizidrisiko durch eine vorherige amtsärztliche Untersuchung zu begegnen, sowie eine Begleitung während des Flugs genügen nach den Ausführungen des Gerichts nicht.¹³⁰

Dass die Ausländerbehörde aber durchaus in der Lage ist, dieser Verantwortung nachzukommen, zeigen Fälle, in denen die »Anschlussbehandlung« dann oft auch durch Unterstützung der Deutschen Botschaft vor Ort nachgewiesen wird. Dies betont auch eine Entscheidung des VG Saarland, obgleich dort im Ergebnis die Vollziehung ausgesetzt wurde: Demnach soll auch bei ernsthafter Suizidgefahr beim Nachweis geeigneter Schutzmaßnahmen eine Abschiebung zulässig sein.¹³¹

4. Krankheit als tatsächliches oder rechtliches Abschiebungshindernis (§ 60a Abs. 2 Satz 1, 1. Alt. AufenthG)

Bezogen auf krankheitsbedingte Abschiebungshindernisse ist es grundsätzlich schwierig abgrenzbar und letztlich nicht entscheidend, ob die Krankheit zu einer tatsächlichen oder zu einer rechtlichen Unmöglichkeit der Abschiebung führt. Der Bereich der »tatsächlichen Gründe« kommt in der Praxis vergleichsweise selten infrage: Einer der noch am häufigsten diskutierten tatsächlichen Gründe – die Unmöglichkeit, eine Person in ihr Herkunftsland zu transportieren – wird eher selten zum Abschiebungshindernis führen, da selbst schwer kranke Personen meist transportfähig sind. Krankheitsbedingte Abschiebungshindernisse liegen daher in der Regel eher im Bereich der »rechtlichen Unmöglichkeit«.

Der Abschiebung entgegenstehende, **tatsächliche Gründe** liegen vor, wenn aufgrund objektiver Umstände, die in der Person der Betroffenen oder in äußeren Gegebenheiten liegen, die Ausreisepflicht nicht – bzw. nur mit unverhältnismäßigem Aufwand oder nicht ohne erhebliche Verzögerung – durchgesetzt werden kann.¹³²

Eine Erkrankung wird in den im Folgenden dargestellten Hauptanwendungsfällen als tatsächlicher Grund für die Aussetzung der Abschiebung angesehen:

• Suizidgefahr

Ernsthafte Suizidabsichten können eine Abschiebung tatsächlich unmöglich machen, wenn sie diese auch zumindest zeitweise tatsächlich behindern.¹³³

Dem Hindernis kann aber durch eine Begleitung auf dem Flug begegnet werden.¹³⁴ Dies gilt jedenfalls,

¹²⁸ Ebd., Rn. 10.

¹²⁹ Vgl. OVG NRW, Beschluss vom 9.5.2007 – 19 B 352/07 – NVwZ-RR 2008, 284 – openjur.

¹³⁰ Ebd.

¹³¹ VG Saarland, Beschluss vom 7.10.2013 – 10 L 1303/13 – openjur.

¹³² Kluth/Breidenbach, in: BeckOK AuslR, AufenthG § 60a Rn. 9.

¹³³ Vgl. VGH Hessen, Entscheidung vom 11.5.1992 – 13 UE 2608/91 – dejure.org.

¹³⁴ Vgl. VG Chemnitz, Beschluss vom 26.2.2002 – 4 K 151/02 – juris.

wie oben unter Punkt 3 dieses Abschnitts gesagt, wenn eine Anschlussbehandlung im Zielstaat möglich und nachweislich erreichbar sein wird.

• Reiseunfähigkeit im engeren Sinn

Reiseunfähigkeit im engeren Sinn liegt zum Beispiel bei tatsächlicher Flugunfähigkeit oder Transportunfähigkeit vor, etwa im Fall einer Glasknochenkrankheit.¹³⁵

Eine Unmöglichkeit der Abschiebung kann sich auch aus einer weit fortgeschrittenen Schwangerschaft ergeben. Die Fristen des arbeitsrechtlichen Mutterschutzes sind in jedem Falle entsprechend anzuwenden, d. h. für den Zeitraum ab sechs Wochen vor der voraussichtlichen Niederkunft bis acht Wochen danach ist eine Abschiebung ausgeschlossen.¹³⁶

Ein **rechtliches Abschiebungshindernis** nach dieser Vorschrift kann unmittelbar aus der Verfassung abgeleitet werden, nämlich aus Art. 2 Abs. 1 GG, wenn durch den Abschiebungsvorgang selbst eine Gefahr für Leib und Leben der betroffenen Person entsteht. Eine solche Gefahr setzt voraus, dass sich der Gesundheitszustand der betroffenen Person unmittelbar durch die Abschiebung voraussichtlich wesentlich oder lebensbedrohlich verschlechtern wird und diese Gefahr nicht durch bestimmte Vorkehrungen ausgeschlossen werden kann.¹³⁷ Beispielhaft sind folgende physische oder psychische Beeinträchtigungen hier relevant:

• Suizidgefahr

Besteht eine Suizidgefahr im Zusammenhang mit einer Abschiebung, gebietet es die staatliche Schutzpflicht für das menschliche Leben, von einer Abschiebung abzusehen, solange nicht Maßnahmen getroffen wurden, die eine Realisierung der Gefahr abwenden.¹³⁸ Hier gilt das oben Gesagte. Letztlich kann offen bleiben, ob man eine Einordnung als tatsächliches oder rechtliches Abschiebungshindernis trifft.

• Dialysepflicht¹³⁹

• PTBS und Retraumatisierung durch Abschiebung¹⁴⁰

¹³⁵ Vgl. Bruns/Hocks, in: NK-AuslR, AufenthG § 60a Rn. 29.

¹³⁶ Ebd.

¹³⁷ BVerfG, Beschluss vom 17.9.2014, a. a. O. (Fn. 9); Kluth/Breidenbach, in: BeckOK AuslR, AufenthG § 60a Rn. 13.

¹³⁸ Vgl. Kluth/Breidenbach, in: BeckOK AuslR, AufenthG § 60a Rn. 14.

¹³⁹ Vgl. hierzu OVG NRW, Beschluss vom 28.3.2003 – 18 B 35/03 – Rn. 12 – juris.

¹⁴⁰ Vgl. hierzu OVG Sachsen-Anhalt, Beschluss vom 20.6.2011, a. a. O. (Fn. 11); OVG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 18.1.2013 – OVG 7 S 11.13 – openjur; OVG Mecklenburg-Vor-

a. Reichweite der Bindungswirkung (§ 42 AsylG)

Sofern dem Verfahren gegenüber der Ausländerbehörde bereits ein Asylverfahren oder ein isoliertes Verfahren auf Feststellung eines zielstaatsbezogenen Abschiebungsverbots vorangegangen ist, kann in diesem Verfahren bereits durch das BAMF oder das Verwaltungsgericht festgestellt worden sein, dass diese Erkrankung nicht glaubhaft gemacht wurde und somit kein Abschiebungsverbot gemäß § 60 Abs. 5, 7 AufenthG darstellt.

Gemäß § 42 AsylG ist die Ausländerbehörde an die Feststellung des BAMF oder des Verwaltungsgerichts über das Vorliegen der Voraussetzungen des § 60 Abs. 5 oder Abs. 7 AufenthG gebunden.

Die Bindungswirkung betrifft jedoch nur zielstaatsbezogene Abschiebungshindernisse, da nur diese in die Kompetenz des BAMF fallen. Die Entscheidung über inlandsbezogene Abschiebungsverbote (z. B. Krankheit, Reiseunfähigkeit) verbleibt bei der Ausländerbehörde.¹⁴¹

In einem auf die Erteilung einer Duldung gerichteten Verfahren, bei dem sich Betroffene darauf berufen, dass die Abschiebung aus tatsächlichen oder rechtlichen Gründen unmöglich ist, wird es daher auf eine genaue Abgrenzung ankommen, um festzustellen, inwiefern die bereits vorgetragenen Erkrankungen zwar kein zielstaatsbezogenes Abschiebungsverbot begründen konnten, dennoch jedoch zur Feststellung inlandsbezogener Abschiebungshindernisse führen.

Denkbar ist dies insbesondere in Fällen, in denen die Feststellung eines Abschiebungsverbots gemäß § 60 Abs. 5, 7 AufenthG daran scheiterte, dass die Erkrankung als im Zielstaat behandelbar erkannt wurde. Dann könnte ein noch durch die Ausländerbehörde zu prüfendes, inlandsbezogenes Abschiebungshindernis darin zu sehen sein, dass eine Verschlimmerung der Symptomatik bereits bei der Abschiebung auftritt. Auch eine Retraumatisierung bereits durch den Vorgang der Abschiebung und daran anschließende Dekompensation sind mögliche Gründe.

Denkbar ist auch, dass eine inzwischen vorliegende, ärztliche Stellungnahme hierzu weitergehende Feststellungen enthält.

pommern, Beschluss vom 2.11.2011, a. a. O. (Fn. 125); VGH Bayern, Beschluss vom 8.2.2013 – 10 CE 12.2396 – openjur.de; Bruns/Hocks, in: NK-AuslR, AufenthG § 60a Rn. 55–64.

¹⁴¹ Bruns, in: NK-AuslR, AsylG § 42 Rn. 7.

b. § 60a Abs. 2 Satz 3 AufenthG (Ermessensduldung)

Diese Regelung – parallel zu § 25 Abs. 4 Satz 1 AufenthG, der sich jedoch auf nicht vollziehbar Ausreisepflichtige bezieht – führt zur Duldung im Ermessen, wenn dringende humanitäre oder persönliche Gründe oder erhebliche öffentliche Interessen die vorübergehende Anwesenheit im Bundesgebiet erfordern.

Im Unterschied zur Duldung des § 60a Abs. 2 Satz 1 AufenthG müssen hier also lediglich vorübergehende Gründe gegeben sein.

Dies meint nicht zwingend einen von vorneherein zeitlich bestimmbar Zeitraum. Es kommt lediglich darauf an, dass der so geduldete Aufenthalt aufgrund seines Zwecks in aller Regel zeitlich begrenzt ist.¹⁴²

In Bezug auf Krankheit kommen hier in Betracht etwa eine Krankenbehandlung, die von vornherein zeitlich begrenzt ist, oder eine Schwangerschaft.

Die hier genannten, »dringenden« Gründe sind dabei eher erreicht als ein zwingender Grund, der zur Anspruchsuldung führt oder zur einem Abschiebungsverbot.

c. Gesetzliche Vermutung der Gesundheit (§ 60a Abs. 2c Satz 1 AufenthG)

Mit der Regelung des § 60a Abs. 2c Satz 1 AufenthG wird die gesetzliche Vermutung aufgestellt, dass gesundheitliche Gründe grundsätzlich der Abschiebung nicht entgegenstehen. Die betroffene Person kann diese Vermutung nur durch Glaubhaftmachung einer Erkrankung widerlegen, welche wiederum nur durch eine »qualifizierte ärztliche Bescheinigung« erfolgen kann (§ 60a Abs. 2c Satz 2 AufenthG). Durch die Formulierung dieser gesetzlichen Vermutung wollte die Gesetzgebung vor dem Hintergrund der Besorgnis, dass Krankheiten missbräuchlich vorgetragen werden, die Darlegungslast einer Erkrankung erhöhen.¹⁴³ Die gesetzliche Vermutung, dass der Abschiebung gesundheitliche Gründe nicht entgegenstehen, ist verfassungsrechtlich sehr bedenklich und daher auch auf scharfe Kritik gestoßen.¹⁴⁴ Denn grundsätzlich gilt im Rechtsverhältnis zwischen Staat und Bürgerinnen und Bürgern keine Beweisführungspflicht wie im Zivilrecht, wo es allein den Parteien obliegt, rechtzeitig alle relevanten Tatsachen beizubringen. Diese Anwendung

des Beibringungsgrundsatzes im Verwaltungsrecht wäre mit der Bindung der staatlichen Gewalt an Recht und Gesetz unvereinbar. Die Garantie des Rechtswegs gegen Akte der öffentlichen Gewalt in Art. 19 Abs. 4 GG erfordert die vollständige Überprüfung der behördlichen Maßnahmen durch das Gericht sowohl in rechtlicher als auch in tatsächlicher Hinsicht. Hiervon geht auch das Bundesverfassungsgericht aus, wenn es feststellt, dass sich das Maß der richterlichen Sachaufklärungspflicht nach dem sachlichen Gehalt des als verletzt behaupteten Rechts richtet. Das heißt, die Sachaufklärungspflicht hat umso mehr Bedeutung, je höherrangig das zu schützende Recht ist.¹⁴⁵ Da es vorliegend um das Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit geht, dürften keine überspannten Anforderungen an die prozessuale Mitwirkungspflicht gestellt werden, so das Verfassungsgericht.

Gemessen an diesen Anforderungen ist vorliegend in verfassungskonformer Auslegung der Regelung des § 60a Abs. 2c Satz 1 AufenthG trotz der »Vermutungsregelung« festzustellen, dass die Amtsermittlungspflicht der Behörde auch dann besteht, wenn die gesetzlichen Anforderungen an die hierzu vorzulegende Bescheinigung nicht erfüllt werden.

d. Qualifizierte ärztliche Bescheinigung

Wenn gesundheitliche Gründe gegen eine Abschiebung sprechen, müssen diese gemäß § 60a Abs. 2c Satz 2 AufenthG durch eine qualifizierte ärztliche Bescheinigung glaubhaft gemacht werden.

Auch an dieser Stelle hat seit Inkrafttreten der Regelung im März 2016¹⁴⁶ die Kritik nicht nachgelassen.¹⁴⁷ Immer wieder entzündet sich der Streit insbesondere an dem Erfordernis der ärztlichen Bescheinigung. Dies haben wir schon im Rahmen des § 60 Abs. 7 S. 2 AufenthG angesprochen, wo auf diese Vorschrift verwiesen wird (s. o. C.II.).

Obwohl in der Rechtsprechung bereits diskutiert wurde und teilweise anerkannt war, dass eine Gleichstellung von Ärztinnen und Ärzten mit Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Bezug auf die Diagnose von PTBS aufgrund der vergleichbaren Ausbildung angezeigt ist,¹⁴⁸ erfolgte eine Verschärfung der Anforderungen, indem das Gesetz ausschließlich ärzt-

¹⁴² Bruns/Hocks, in: NK-AuslR, AufenthG § 60a Rn. 50.

¹⁴³ Gesetzesbegründung BT-Drucksache 18/7538, a. a. O. (Fn. 1), 18.

¹⁴⁴ Lincoln, »Verhinderung gerichtlicher Sachaufklärung per Gesetz?«, Asylmagazin 10–11/2020, 349 ff.; Gordzielik/Huber/Naghipour, in: Huber/Mantel, Kommentar zum AufenthG/AsylG, AufenthG § 60a Rn. 53.

¹⁴⁵ Lincoln, a. a. O. (Fn. 144); BVerfG, Beschluss vom 24.7.2019 – 2 BvR 686/19 – [asyl.net: M28020](https://www.asyl.net/M28020) = BeckRS 2019, 19724.

¹⁴⁶ Gesetz zur Einführung beschleunigter Asylverfahren vom 11.3.2016, BGBl. I S. 390.

¹⁴⁷ Vgl. Stöckl, a. a. O. (Fn. 75), S. 240 ff.

¹⁴⁸ Siehe oben unter Punkt B.II.2.; OVG NRW, Beschluss vom 19.12.2008, a. a. O. (Fn. 71).

liche Atteste fordert (siehe hierzu oben die Ausführungen zu § 60 Abs. 7 Satz 2 i. V. m. § 60a Abs. 2c Satz 2 und 3 AufenthG, Punkt C.III.1.–2.).

Eine qualifizierte ärztliche Bescheinigung soll gemäß § 60a Abs. 2c Sätze 2, 3 und 4 AufenthG folgende Punkte enthalten:

- tatsächliche Umstände, auf deren Grundlage eine fachliche Beurteilung erfolgte
- Methode der Tatsachenerhebung
- fachlich-medizinische Beurteilung des Krankheitsbildes (Diagnose)
- Schweregrad der Erkrankung
- lateinischer Name oder Klassifizierung der Erkrankung nach ICD 10 sowie
- sich nach ärztlicher Beurteilung aus der krankheitsbedingten Situation voraussichtlich ergebende Folgen
- erforderliche Medikamente mit Angabe ihrer Wirkstoffe und diese mit ihrer international gebräuchlichen Bezeichnung.

Auf die ersten 6 Punkte wurde schon oben (C.III.) genauer eingegangen, hierauf soll an dieser Stelle verwiesen werden.

Mit dem letzten Punkt, der Angabe der Wirkstoffe der Medikamente mit international gebräuchlicher Bezeichnung, wird bezweckt, dass zeitintensive Nachfragen bei beteiligten Stellen vermieden werden.¹⁴⁹

Wichtig ist an dieser Stelle noch einmal der Hinweis, dass auch in der Gesetzesbegründung¹⁵⁰ festgehalten wird, dass durch die Formulierung »soll« in der Regelung zum Ausdruck kommt, dass auch solche Bescheinigungen, die nicht die aufgeführten Punkte vollständig enthalten, berücksichtigt werden können, allerdings danach nur dann, wenn »die Bescheinigung im Übrigen dem Qualitätsstandard genügt und es auf das fehlende Merkmal ausnahmsweise nicht ankommt.«¹⁵¹

Praxistipp

Für den – in der Praxis sehr wahrscheinlichen – Fall, dass nicht alle aufgeführten Anforderungen durch eine Bescheinigung erfüllt werden können, sollen die Argumente, die gegenüber Behörden und Gerichten angeführt werden können, wie folgt zusammengefasst werden:

- Amtsaufklärungspflicht der Behörden und Gerichte angesichts des hochrangigen Grundrechts auf Leben und körperliche Unversehrtheit gemäß Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG bedingt ein Abweichen von den Anforderungen im Einzelfall und Berücksichtigung der Erkrankung.
- Gleichwertigkeit der Atteste von Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bei psychischen Erkrankungen
- Formulierung »soll insbesondere ... enthalten« zeigt, dass Abweichungen vom Anforderungskatalog der Gesetzgebung zulässig sind.

5. Unverzügliche Vorlage der Bescheinigung und Ausschluss bei Verschulden (§ 60a Abs. 2d Satz 1 und Satz 2 AufenthG)

Die Regelung von § 60a Abs. 2d AufenthG enthält die Pflicht zur unverzüglichen Vorlage der ärztlichen Bescheinigung. Unter »unverzüglich« ist im Rechtssinn »ohne schuldhaftes Zögern« zu verstehen. Nach der Gesetzesbegründung soll dies bedeuten, dass spätestens ein Zeitraum von **mehr als zwei Wochen seit der Ausstellung** der Bescheinigung nicht mehr als unverzüglich anzusehen sei.¹⁵²

Noch enger soll der Zeitraum für Atteste sein, die eine **PTBS** belegen: Hier sei der Zeitpunkt unmittelbar nach Erhalt der Abschiebungsandrohung maßgeblich.¹⁵³

Nach der Regelung in § 60a Abs. 2d Satz 2 AufenthG dürfen verspätet eingereichte ärztliche Unterlagen oder solche, welche die Anforderungen nach § 60a Abs. 2c AufenthG nicht erfüllen, von der Behörde nicht mehr berücksichtigt werden. Dies bedeutet, dass trotz nach-

¹⁴⁹ BT-Drucksache 19/10047, 35.

¹⁵⁰ BT-Drucksache 18/7538, a. a. O. (Fn. 1), 19.

¹⁵¹ Ebd., 20.

¹⁵² Ebd., 19.

¹⁵³ Ebd.

gewiesener Erkrankung eine Abschiebung stattfinden kann. Eine Ausnahme hierzu enthält Satz 2 der Vorschrift, wenn die betroffene Person

- unverschuldet an der Einholung gehindert war, oder
- anderweitig tatsächliche Anhaltspunkte für das Vorliegen einer lebensbedrohlichen oder schwerwiegenden Erkrankung vorliegen.

a. Regelungsgehalt

Zum einen ist festzuhalten, dass Stellungnahmen mit aktuellem Datum nicht von der Präklusion erfasst sind. Legt eine erkrankte Person eine Stellungnahme neueren Datums vor, ist diese grundsätzlich zu berücksichtigen. Die späte Einholung einer Stellungnahme wird also durch das Gesetz nicht sanktioniert.

Nur im Fall der Vorlage einer älteren Stellungnahme, die erstmals vorgelegt wird, tritt die Präklusionswirkung ein.

Tipp

Betroffene sollten die behandelnden Ärztinnen und Ärzte bitten, in einem auf eine Duldung gerichteten Verfahren eine aktuelle bzw. aktualisierte Stellungnahme zu erstellen.

b. Belehrung

Außerdem kann eine Präklusionswirkung nur eintreten, wenn eine Person zuvor über die Erforderlichkeit der rechtzeitigen Vorlage eines Attestes belehrt wurde.

Die Belehrung muss im Zusammenhang mit einer drohenden Abschiebung vorgenommen werden (z.B. mit Vollziehbarkeit einer Abschiebungsandrohung), darf also nicht »auf Vorrat« erfolgen. Sie muss in einer dem oder der Betroffenen verständlichen Sprache gefasst sein. Für abgelehnte Schutzsuchende folgt dies aus Art. 12 Abs. 2 lit. a Asylverfahrensrichtlinie. Ansonsten besteht diese Verpflichtung aufgrund des Schutzes des Art. 2 Abs. 2 GG.¹⁵⁴ Die regelmäßig bei Ablehnung des Asylantrags dem Bescheid auf Deutsch beigefügten Belehrungen sind jedenfalls dann nicht mehr ausreichend, wenn hierauf ein jahrelanges Gerichtsverfahren folgte.

¹⁵⁴ Bruns/Hocks, in: NK-AuslR, AufenthG § 60a Rn. 69.

c. Anderweitige Anhaltspunkte (§ 60a Abs. 2d Satz 2 AufenthG)

Mit dieser – wichtigen – Vorschrift regelt die Gesetzgebung, dass ausnahmsweise doch auch andere Anhaltspunkte, die für eine Erkrankung sprechen, zugunsten der Betroffenen zu berücksichtigen sind. Damit sind auch verspätet oder nicht den formalen Anforderungen entsprechende Bescheinigungen gemeint, es können aber auch tatsächliche Gründe sein, wie etwa erkennbare Krankheitssymptome.¹⁵⁵

Diese Ausnahme von der Nichtberücksichtigung zeigt, dass sämtliche formale Möglichkeiten der Nichtberücksichtigung von Bescheinigungen dann nicht greifen, wenn es aus verfassungsmäßigen Gründen geboten ist. Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG verbietet es staatlichen Stellen, ein Attest, das in der Sache schlüssig einen drohenden Verfassungsverstoß belegt oder zumindest nahelegt, zu ignorieren. Bei verfassungskonformer Auslegung werden auch die Behörden im Ergebnis deshalb regelmäßig »gezwungen« sein, vorgelegte Bescheinigungen zu lesen und erforderlichenfalls weitere Aufklärungsmaßnahmen zur Klärung der Reisefähigkeit zu ergreifen. Dabei lösen – entgegen dem Wortlaut – Anhaltspunkte für eine durch die Abschiebung bewirkte schwerwiegende Verschlechterung des Gesundheitszustands die Amtsermittlungspflicht in jedem Fall aus, also auch bei einer derzeit noch nicht schwerwiegenden oder lebensbedrohlichen Vorerkrankung.¹⁵⁶

d. Argumentation

Im Folgenden sollen Argumente dargestellt werden, die genutzt werden können, um darzulegen, warum eine ärztliche Bescheinigung trotz verspäteter Vorlage berücksichtigt werden muss.

Hierfür spricht zum einen, dass die Gesetzesbegründung keine überzeugenden Argumente für den Ausschluss von Attesten kurz nach deren Erstellung liefert.

Zur Begründung der eng gesetzten Fristen zur Vorlage ärztlicher Atteste beruft sich die Gesetzesbegründung darauf, dass in der Praxis ausreisepflichtige Personen häufig erst kurz vor der Abschiebung Erkrankungen geltend machen. Informationen über bestehende Erkrankungen würden sogar bewusst erst dann vorgetragen, wenn die Abschiebung bereits eingeleitet

¹⁵⁵ VGH Baden-Württemberg, Beschluss vom 10.8.2017 – 11 S 1724/17 – BeckRS 2017, 123151 = [asyl.net: M25429](https://www.asyl.net/M25429), Rn. 29, Röder, in: BeckOK MigR, AufenthG § 60a Rn. 54.

¹⁵⁶ Funke-Kaiser, in: GK-AufenthG, Rn. 117.2: Röder, in: BeckOK MigR, AufenthG § 60a Rn. 54.

worden sei. In der Gesetzesbegründung wird in diesem Zusammenhang auf den Bericht der »Unterarbeitsgruppe Vollzugsdefizite« einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe vom April 2015 verwiesen.¹⁵⁷ In diesem Bericht wird ausgeführt:

»Die Ausländerbehörden NRW legten für den Evaluierungszeitraum insgesamt 184 Erfassungsbögen vor. Bei 75 Personen (41 %) stand bereits ein konkreter Abschiebungstermin fest, ehe die Betroffenen (z. T. erneut) gesundheitliche Abschiebungshindernisse geltend machten.«¹⁵⁸

Hier kann nicht beurteilt werden, ob die Auswertung von 184 Fällen in einem Bundesland repräsentativ ist und somit geeignet als Grundlage für ein Bundesgesetz. Jedenfalls wird in dem Bericht ausdrücklich festgestellt, dass von den 41 % der Fälle, die gesundheitliche Abschiebungshindernisse geltend machten, diese »zum Teil erneut« geltend gemacht wurden. Damit wird gerade gesagt, dass die Betroffenen nicht erst kurz vor der Abschiebung Krankheiten vorbrachten, sondern hierauf schon zuvor erfolglos hingewiesen hatten. Wie hoch – aus dieser geringen Vergleichsgruppe – damit die Zahl derer ist, die wirklich noch nicht zuvor auf das Bestehen einer Erkrankung hingewiesen hatten, sondern dies aus vermeintlich taktischen Gründen erst kurz vor der Abschiebung erstmals tun, geht aus diesem Bericht nicht hervor.

Die Gesetzesbegründung kann auch nicht die für PTBS im Gesetz enthaltene, besonders kurze Frist zur Vorlage von Attesten rechtfertigen. Im Gegenteil: In der Studie der »Unterarbeitsgruppe Vollzugsdefizite« wird ausdrücklich für an PTBS erkrankte Personen festgestellt, dass diese Erkrankung durch die drohende Rückführung erneut zutage treten könne. Gerade diese Personen werden in dem Bericht ausdrücklich ausgenommen von der Gruppe derer, bei denen vermutet wird, taktisch und getragen von Missbrauchsabsicht vorzugehen.¹⁵⁹

Zudem kann die wissenschaftliche Erkenntnis angeführt werden, wonach PTBS oft erst spät erkannt wird, da es für das Krankheitsbild typisch ist, die Erkrankung nicht zu thematisieren, um eine Reaktivierung zu vermeiden.¹⁶⁰

Obwohl die Regelung also durch die oben beschriebenen Ausnahmen etwas abgemildert wird, ermöglicht sie prinzipiell die Abschiebung auch in Fällen, in denen eine schwere Erkrankung durch Atteste belegt wird. Begründet wird dies allein mit der Notwendigkeit, den Vollzug von Abschiebungen zu beschleunigen. Dies steht nicht im Einklang mit Grundrechten und Menschenrechten.

Da dies Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG (Leben und körperliche Unversehrtheit) berührt und der Staat angesichts dieses höchstrangigen Grundrechts eine verstärkte Pflicht zur Amtsermittlung hat, tritt der Grundsatz der Verfahrensbeschleunigung dahinter zurück.¹⁶¹

Die Nichtbeachtung einer ärztlichen Stellungnahme ist ferner ein Verstoß gegen die Rechte aus Art. 1 EMRK (Verpflichtung zur Achtung der Menschenrechte) und gegen Art. 3 EMRK (Verbot der unmenschlichen und erniedrigenden Behandlung).

Dies geht aus der hierzu maßgeblichen Rechtsprechung hervor.¹⁶² Danach trägt der abschiebende Staat die Verantwortung für eine Handlung (in diesem Fall die Abschiebung), die eine Person der Gefahr einer von Art. 3 EMRK verbotenen Behandlung aussetzt. Nach Art. 1 EMRK sind in erster Linie die staatlichen Behörden und Gerichte dafür verantwortlich, dass die in der Konvention garantierten Rechte und Freiheiten eingehalten und durchgesetzt werden. Sie müssen die vorgetragenen Besorgnisse der betroffenen Personen prüfen und die Gefahren beurteilen, die bei Rückführung in das Aufnahmeland drohen. In der Entscheidung »Paposhvili« des EGMR wurde festgestellt, dass die (belgischen) Behörden und Gerichte die Gefahren, die dem dortigen Beschwerdeführer angesichts seines Gesundheitszustands drohten, nicht geprüft hatten. Die fehlende Prüfung hat dort zu einer Stattgabe der Beschwerde geführt und zur Annahme einer Rechtsverletzung von Art. 1, Art. 3 und Art. 8 EMRK.

Um eine menschenrechtskonforme Anwendung zu erreichen, sind Behörden und Gerichte also im Zweifelsfall gehalten, ungeachtet des Wortlauts von § 60a Abs. 2d Satz 2 AufenthG entsprechende Atteste zu akzeptieren und ein Abschiebungsverbot auszusprechen.

¹⁵⁷ Ebd.

¹⁵⁸ Bericht der Unterarbeitsgruppe Vollzugsdefizite über die Ergebnisse der Evaluierung des Berichts über die Probleme bei der praktischen Umsetzung von ausländerbehördlichen Ausreiseaufforderungen und Vollzugsmaßnahmen, April 2015, abrufbar bei fragdenstaat.de/a/9878, S. 19.

¹⁵⁹ Ebd.

¹⁶⁰ Bruns/Hocks, in: NK-AuslR, AufenthG § 60a Rn. 66.

¹⁶¹ S. o. BVerfG, Beschluss vom 24.7.2019, a. a. O. (Fn. 145).

¹⁶² EGMR, Urteil vom 13.12.2016 – 41728/10 Paposhvili gg. Belgien – a. a. O. (Fn. 24).

6. Amts- bzw. fachärztliche Untersuchung durch die Ausländerbehörde (§ 60 Abs. 2d Satz 3 AufenthG)

Hat die betroffene Person eine Krankheit vorgetragen, entweder durch eine den Anforderungen entsprechende Bescheinigung oder durch »anderweitige Anhaltspunkte«, ¹⁶³ kann die Ausländerbehörde eine amtsärztliche Stellungnahme einholen.

Gemäß Satz 3 des § 60a Abs. 2d AufenthG muss die Ausländerbehörde die nachgewiesene Erkrankung nicht mehr berücksichtigen, wenn die betroffene Person der Anordnung einer ärztlichen Untersuchung ohne zureichenden Grund nicht Folge leistet. Auch hierdurch sollen nach der Begründung des Gesetzes die Betroffenen an Verfahrensverzögerungen gehindert und eine Beschleunigung des Vollzugs ermöglicht werden. In der Beratung ist es also geboten, zur Einhaltung des Termins zu raten.

Nach der Rechtsprechung zu einem Fall einer möglichen Suizidgefahr infolge psychischer Erkrankungen betreffend bestand die Verpflichtung der Behörde, ein amts- oder fachärztliches Gutachten einzuholen. Andernfalls, so die Entscheidung des Gerichts zu diesem Fall, dürfe die Suizidgefährdung nicht allein deshalb ausgeschlossen werden, weil die betroffene Person während der Abschiebung ärztlich betreut und im Zielland in ärztliche Betreuung übergeben würde. Die amts- oder fachärztliche Begutachtung sei danach nämlich jedenfalls erforderlich, um herauszufinden, ob eine akute Suizidgefahr bereits im Zeitraum zwischen Ankündigung der Abschiebung und deren Durchführung bestehe. ¹⁶⁴ Die Abschiebung habe dann so lange zu unterbleiben, wie nicht eine amtsärztliche Begutachtung das Fehlen der Suizidgefahr feststelle. ¹⁶⁵

Das durch die Ausländerbehörde einzuholende amts- oder fachärztliche Gutachten hat durch Gutachterinnen oder Gutachter zu erfolgen, die die für die jeweilige Erkrankung erforderliche Qualifikation aufweisen. ¹⁶⁶

Dies ist allerdings umstritten. So wird argumentiert, es sei nicht erkennbar, warum die Behörde nicht dieselben Verpflichtungen für die Darlegung treffen soll-

te wie sie der betroffenen Person auferlegt werden. ¹⁶⁷ Allerdings wird dieses Argument in der obergerichtlichen Rechtsprechung verworfen, da ein Missbrauchsrisiko bei amtsärztlichen Stellungnahmen nicht gesehen wird, wenngleich diese demnach auch einer kritischen Würdigung unterliegen. ¹⁶⁸

Wird die betroffene Person nach dem behördlich veranlassten amtsärztlichen Gutachten als reisefähig eingestuft, so dürfte es schwierig sein, im Widerspruch zu diesem Gutachten eine Reiseunfähigkeit zu begründen. Da das Gutachten selbst kein Verwaltungsakt ist, kann es als solches nicht mit einer Beschwerde oder Klage angegriffen werden. Bei einem gerichtlichen Vorgehen gegen die Abschiebungsandrohung kann mit einem Gegengutachten gearbeitet werden. Bei Widersprüchen dürfte das Gericht allerdings dem amtsärztlichen Gutachten einen höheren Beweiswert zu messen. ¹⁶⁹ Der höhere Beweiswert wird damit begründet, dass Amtsärztinnen und Amtsärzte im Gegensatz zu Privatärztinnen und Privatärzten verpflichtet seien, ihre Feststellungen nur unter ärztlichen Gesichtspunkten wahrheitsgemäß und unparteiisch zu treffen. Diese Neutralität und Unabhängigkeit würden der Beurteilung durch Amtsärztinnen und Amtsärzte ein höheres Gewicht verleihen, während Privatärztinnen und Privatärzte eher bestrebt seien, das Vertrauen ihrer Patientinnen und Patienten zu erhalten.

Gleichwohl hat das Oberverwaltungsgericht Sachsen-Anhalt in einem Beschluss ¹⁷⁰ nach der Vorlage eines die Erkrankung nachweisenden, fachärztlichen Attests und dem darauf durch die Ausländerbehörde eingeholten, amtsärztlichen Gutachten entschieden, dass weiterer Aufklärungsbedarf bestehe und die Ausländerbehörde verpflichtet sei, wegen der in § 24 VwVfG normierten Amtsaufklärungspflicht ein weiteres Gutachten über die Reisefähigkeit einzuholen.

In dem vorliegenden amtsärztlichen Gutachten wurde zwar die Reisefähigkeit festgestellt, gleichwohl wies die Amtsärztin darauf hin, dass Panikattacken während des Flugs auftreten könnten und dass für diese und weitere Verhaltensauffälligkeiten von ihrer Seite keine Verantwortung übernommen werde.

Dies ist ein Beispiel dafür, dass aus Sicht der Gerichte die Verantwortung an der weiteren Aufklärung im

¹⁶³ Funke-Kaiser, in: GK-AufenthG, Rn. 117.10; Röder, in: BeckOK MigR, AufenthG § 60a Rn. 55.

¹⁶⁴ Vgl. OVG Hamburg, Beschluss vom 13.1.2015 – 1 Bs 211/14 – landesrecht-hamburg.de.

¹⁶⁵ OVG Mecklenburg-Vorpommern, Beschluss vom 2.11.2011, a. a. O. (Fn. 125), mit Verweis auf BVerfG, Beschluss vom 9.2.1995 – 2 BvQ 7/95 – dejure, und OVG Mecklenburg-Vorpommern, Beschluss vom 14.7.2011 – 2 M 62/11 –.

¹⁶⁶ OVG Mecklenburg-Vorpommern, Beschluss vom 2.11.2011, a. a. O. (Fn. 125).

¹⁶⁷ Röder, in: BeckOK MigR, AufenthG § 60a Rn. 55.

¹⁶⁸ VGH Bayern, Beschluss vom 18.12.2017 – 19 CE 17.1541 – BeckRS 2017, 139195, Rn. 25.

¹⁶⁹ BVerwG (2. Senat), Beschluss vom 28.12.2012 – 2 B 105.11 –; VG München, Beschluss vom 11.7.2007 – M 7 E 07.1202 – asyl.net: M11748.

¹⁷⁰ OVG Sachsen-Anhalt, Beschluss vom 21.6.2016 – 2 M 16/16 – asyl.net: M24353.

Fall von nicht eindeutigen amtsärztlichen Stellungnahmen weiterhin bei den Ausländerbehörden liegt.

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, in begründeten Fällen, in denen Amtsärztinnen oder Amtsärzte für Stellungnahmen außerhalb ihres Fachgebiets eingesetzt werden, hiergegen eine Fachaufsichtsbeschwerde bei der übergeordneten Behörde zu erheben, mit der die Recht- und Zweckmäßigkeit eines Verwaltungshandelns überprüft werden kann.

VI. Hinweise zum Verfahren

Antragsgegner im Verfahren ist die Ausländerbehörde bzw. das Land, der Kreis oder die Stadt als Rechtsträger der zuständigen Behörde (§ 78 Abs. 1 Nr. 1 VwGO).

Im Prozess gegen die Ausländerbehörde ist zu unterscheiden, ob der Antrag aus einem erlaubten Aufenthalt heraus, also vor Ablauf einer zuvor erteilten Aufenthaltserlaubnis gestellt wurde, oder ob der Antrag aus einem illegalen Aufenthalt heraus gestellt wird.

Liegt noch ein Aufenthaltstitel oder eine Fiktionswirkung vor, ist neben der Klage ein Antrag gemäß § 80 Abs. 5 VwGO zu stellen, der die sogenannte aufschiebende Wirkung der Klage zum Ziel hat. Das Gericht soll also anordnen, dass der Aufenthaltstitel für die Dauer des Gerichtsverfahrens Bestand hat.

Liegt jedoch nur eine Duldung oder ein illegaler Aufenthalt vor oder lediglich ein Visum gemäß § 6 Abs. 1 AufenthG – vgl. hierzu § 81 Abs. 4 Satz 2 AufenthG –, dann ist ein Antrag gemäß § 123 VwGO das richtige Rechtsmittel. Mit diesem Antrag wird das Gericht aufgefordert, eine einstweilige Anordnung zu erlassen, die der Ausländerbehörde den Vollzug der Abschiebung für die Dauer des Gerichtsverfahrens untersagt.

Vor dem gerichtlichen Eilantrag muss, damit der Klageweg eröffnet ist, der Antrag auf Duldung bei der Ausländerbehörde gestellt werden. Im Fall der Geltendmachung von Erkrankungen werden häufig die Darlegungen und Stellungnahmen der Betroffenen als »nicht aussagekräftig« oder »nicht nachvollziehbar« oder aus weiteren Gründen nicht ausreichend angesehen.

Falls man die Möglichkeit hat, hier »nachzubessern« und die Stellungnahmen von anderer Stelle zu erhalten oder inhaltlich fehlende Kriterien nachzutragen, können diese neuen Stellungnahmen auch nach dem Abschluss eines einstweiligen Rechtsschutzverfahrens eingebracht werden. Hierzu kann ein sogenannter Abänderungsantrag gestellt werden (gemäß § 80 Abs. 7 VwGO oder, falls § 123 VwGO statthaft ist, gemäß § 123 VwGO i. V. m. § 80 Abs. 7 VwGO). Um sicherzustellen, dass die Ausländerbehörde von aufenthaltsbeendenden Maßnahmen absieht, während dieser Antrag anhängig ist, ist ein weiterer Antrag hinzuzufügen. Dieser Antrag hat dann zum Ziel, dass das Gericht einen »Hängebeschluss« erlässt, und er könnte folgenden Wortlaut haben:

»Wir beantragen eine vorläufige Regelung durch Beschluss des Gerichts, dass die Antragsteller vor einer gerichtlichen Entscheidung im Eilverfahren nicht abgeschoben werden. Dies fordert Art. 19 Abs. 4 GG.

Die beantragte Regelung wäre nur entbehrlich, wenn der Antragsgegner zusichert, die Antragsteller nicht vor einer gerichtlichen Entscheidung abzuschieben.

Wir bitten um umgehende Mitteilung, ob der Antragsgegner um Zusicherung gebeten worden ist und ob Zusicherung erteilt worden ist und ob diese gegebenenfalls befristet worden ist.«

E. Fazit

Als Fazit bleibt festzustellen, dass durch die Rechtsänderungen im Jahr 2016 (»Asylpaket II«) und im Jahr 2019 (Zweites Gesetz zur besseren Durchsetzung der Ausreisepflicht) sowie zuletzt im Jahr 2024 (Rückführungsverbesserungsgesetz) eines nicht erreicht wurde, nämlich beim Thema der krankheitsbedingten Abschiebungshindernisse klare Zuständigkeiten und faire Verfahrensbedingungen zu schaffen, damit die in Rede stehenden Rechtsgüter umfassend und sorgfältig berücksichtigt werden können. Im Gegenteil: Die Gesetzgebung hat durch die Änderungen eine Rechtslage bewirkt, die nur durch Auslegung am Maßstab von höherrangigem Recht rechtmäßig ist und letztlich der Korrektur bedarf.

Indem durch die Gesetzgebung einseitig die Gefahr des Missbrauchs durch die Betroffenen in den Vordergrund gerückt wurde, bleiben die Fälle, in denen Erkrankungen zum Eintritt von schweren Rechtsverletzungen führen können, von transparenten und fairen Verfahrensregelungen weitgehend ausgeschlossen.

Dadurch liegt weiterhin eine große Verantwortung bei allen Beteiligten, insbesondere bei den Ausländerbehörden, das Verfahren unter Beachtung von höher-

rangigem Recht durchzuführen. Die Herausforderung für die Beratungspraxis liegt darin, in jedem Einzelfall gemeinsam mit den an Krankheiten leidenden, betroffenen Personen so weit wie möglich die Voraussetzungen zu erfüllen, um dabei die gesetzliche Vermutung, gesundheitliche Gründe stünden der Abschiebung nicht entgegen, zu widerlegen. Dies schließt auch die Mitwirkung von Ärztinnen und Ärzten mit ein, die Stellungnahmen zu verfassen, die weit über ihre eigentlichen Pflichten hinausgehen. Sofern die Grenzen des tatsächlich Möglichen erreicht werden, ist darüber hinaus die Verantwortung darin zu sehen, eben diese Grenzen aufzuzeigen und auf die Defizite des Gesetzes hinzuweisen bzw. auf gerichtlicher Ebene Rechtsschutz einzufordern.

Die Gesetzgebung ist aufgefordert, erneut in diesem Bereich tätig zu werden und offensichtliche Defizite zu beseitigen in einem Bereich, in dem es um höchststrangige Grund- und Menschenrechte geht.

F. Anhang

I. Kriterien für Atteste

1. Kriterien für die Vorlage von Attesten

Kriterienkatalog zur Prüfung eines zielstaatsbezogenen Abschiebungshindernisses wegen Krankheit gemäß § 60 Abs. 7 Satz 1 und 2 AufenthG in Verbindung mit § 60a Abs. 2c Satz 2 und 3 AufenthG. Die Darstellung wird ergänzt um die bereits vom Bundesverwaltungsgericht im Jahr 2007 aufgestellten Kriterien für das Gerichtsverfahren (blau):

- qualifizierte ärztliche Bescheinigung / **fachärztliche Stellungnahme**
- tatsächliche Umstände, auf deren Grundlage die fachliche Beurteilung erfolgt ist und die Methode der Tatsachenerhebung / **erkennbare Grundlage für die Diagnose**
- fachlich-medizinische Beurteilung des Krankheitsbildes (Diagnose) / **konkrete Ausprägung der Krankheit, Behandlungsdauer und Häufigkeit; Beschwerden entsprechen den Befunden**
- Schweregrad der Erkrankung; lateinischer Name oder Klassifizierung der Erkrankung nach ICD 10 / **Schwere der Erkrankung**
- **Behandlungsbedürftigkeit, Behandlungsverlauf (Medikation und Therapie)**
- Folgen bei Behandlungsunterbrechung oder Abbruch für die Gesundheit (§ 60 Abs. 7 Satz 3 AufenthG)
- **Begründung gegebenenfalls dazu, warum die Erkrankung nicht früher geltend gemacht wurde**

2. Zusätzliches Kriterium für die Vorlage bei der Ausländerbehörde

Wie oben, ergänzt aber um die Vorgabe des § 60a Abs. 2c Satz 4 AufenthG: Zur Behandlung der Erkrankung erforderliche Medikamente mit Angabe ihrer Wirkstoffe und diese mit ihrer international gebräuchlichen Bezeichnung.

II. Zitierte Kommentarliteratur

BeckOK AuslR

Beck-Online-Kommentar Ausländerrecht, 45. Auflage, 1.10.2024.

BeckOK MigR

Beck-Online-Kommentar Migrationsrecht, 23. Auflage, 1.10.2025.

Bergmann/Dienelt

Bergmann/Dienelt, Kommentar Ausländerrecht, C.H.Beck, 15. Auflage 2025.

GK-AufenthG

Funke-Kaiser (Hrsg.), Gemeinschaftskommentar zum Aufenthaltsgesetz, Luchterhand, 2025.

NK-AuslR

Hofmann, Nomos-Kommentar Ausländerrecht, C.H.Beck, 3. Auflage 2023.

Huber/Göbel-Zimmermann: Ausländer- und Asylrecht, Teil 4

Huber/Göbel-Zimmermann, Ausländer- und Asylrecht, Teil 4, Asyl- und Flüchtlingsrecht, C.H.Beck, 2. Auflage 2008.

Huber/Mantel, Kommentar AufenthG/AsylG

Huber/Mantel (Hrsg.), Kommentar Aufenthaltsgesetz/Asylgesetz, C.H.Beck, 4. Auflage 2025.