

Reisefähigkeit von Asylsuchenden – Zur Konstituierung und Bedeutung eines sozialmedizinischen Gutachtenbegriffs

Von Dr. med. Norbert Schmacke, Hauptgesundheitsamt Bremen

Zusammenfassung

Im Laufe der letzten Jahre machen gelegentlich Asylsuchende, die in andere Bundesländer umverteilt werden sollen und Ausländer, deren Aufenthaltserlaubnis abgelaufen ist, gesundheitliche Gründe gegen den Verwaltungsbescheid geltend. An Hand der Erfahrungen des amtsärztlichen Gutachtendienstes im Hauptgesundheitsamt Bremen wird dargelegt, daß sich sehr häufig gravierende gesundheitliche Störungen hinter diesen Widersprüchen verbergen und daß eine qualifizierte sozialmedizinische Betrachtung nicht zuläßt, die Zielrichtung derartiger Gutachten auf die Frage der Reisefähigkeit im Sinne von Transportfähigkeit einzugrenzen.

Der Begriff der Reisefähigkeit wird im Rahmen medizinischer Begutachtung für verschiedene Fragestellungen verwendet. Bei Reisen aus privatem, touristischem oder beruflichem Interesse taucht die Frage auf, ob Personen mit gesundheitlichen handicaps oder manifesten Erkrankungen die Belastung einer längeren Reise insbesondere mittels Flugzeugen zugemutet werden sollte oder ob die Rückreise Erkrankter in ihr Heimatland im Hinblick auf die zu erwartenden Reise Strapazen gewagt werden kann. Nach der Reisefähigkeit wird im Rahmen gerichtlicher Auseinandersetzungen ein Sachverständiger gefragt, wenn Zeugen oder Angeklagte geltend machen, sie könnten aus gesundheitlichen Gründen den Weg von ihrem Wohn- zum Verhandlungsort nicht auf sich nehmen.

In völlig anderem Kontext wird derselbe derart im allgemeinen Bewußtsein präformierte Begriff der Reisefähigkeit nun seit einigen Jahren verstärkt von Innenbehörden, Ausländerpolizei und z. T. auch Gerichten wieder verwendet, wenn Asylsuchende oder Ausländer mit begrenzter Aufenthaltserlaubnis gegen eine vorgesehene Umverteilung von einem Bundesland in ein anderes oder gegen die Aus-

weisung aus Deutschland gesundheitliche Gegengründe anführen. Es wird im folgenden anhand der Gutachtenpraxis des Bremer Hauptgesundheitsamtes aufgezeigt, warum der bisherige Begriff der Reisefähigkeit im Sinne von Transportfähigkeit in diesen Zusammenhängen aus sozialmedizinischer Sicht keine ausreichende Grundlage für eine Berücksichtigung der tatsächlich vorliegenden gesundheitlichen Probleme bieten kann. Zugleich wird schlaglichtartig deutlich, welche großen Defizite in der Wahrnehmung der gesundheitlichen Dimension der Zuwanderungsbewegung neueren Typs in der Gesellschaft insgesamt bestehen.

Methodik

Es werden insgesamt 83 amtsärztliche Gutachten ausgewertet, die in den Jahren 1988 bis 1992 für die Bremer Innen- und Ausländerbehörde erstellt wurden, wenn Asylsuchende und Ausländer mit begrenzter Aufenthaltserlaubnis sich in der Regel gestützt auf Atteste behandelnder Ärzte gegen die Umverteilung von Bremen in ein anderes Bundesland oder gegen die Ausweisung aus Deutschland wandten. Die größere Zahl derartiger Einwendungen wird nach mündlicher Mitteilung der Innenbehörde ohne Einschaltung des Amtsarztes durch Plausibilitätsprüfung in eigener Verantwortung abgearbeitet; hierüber liegen keine Auswertungen vor. Deutlich ist nur, daß von den Behörden grob gesagt zwischen folgenden Gruppen und Verfahrensweisen entsprechend der vorliegenden Atteste oder eigener Recherchen bei behandelnden Ärzten unterschieden wird:

- offensichtlich plausible Gründe für einen Verbleib wie eine intensivmedizinische Behandlung bei frischem Herzinfarkt
- nach eigener Urteilsbildung offenkundig unbegründete Einwendungen
- mittels eigener Prüfung nicht zu bewertende Einwendungen oder Widersprüche gegen ablehnende Bescheide, die zur gutachterlichen Bewertung an das Gesundheitsamt herangetragen werden.

Für die Untersuchung stand immer ein vereidigter Dolmetscher zur Verfügung, soweit die Betroffenen nicht ausdrücklich die Hinzuziehung eigener Landsleute zum Übersetzen bevorzugten. Das Resultat der Begutachtung war häufig in der Regel Gegenstand von Fallkonferenzen mit dem Ziel, weitgehend einheitliche Begutachtungsmaßstäbe zugrunde zu legen.

Die 84 hier zugrunde liegenden Gutachten, die von Ärztinnen und Ärzten des amtsärztlichen und sozialpsychiatrischen Dienstes erstellt worden sind, wurden vom Verfasser nach folgenden Kriterien ausgewertet: Herkunftsland, Geschlecht, Alter, richtungsweisende Diagnosen bzw. Beschwerdekompexe, Ausmaß der Übereinstimmung zwischen dem Ergebnis der behandelnden und der gutachtenden Ärztinnen und Ärzte, Kategorien der Beantwortung der aufgegebenen Fragestellung.

Eine Rückmeldung über die Umsetzung der Gutachtenergebnisse in das Verwaltungshandeln liegt leider bisher nicht vor. Der persönliche Eindruck des Verfassers spricht dafür, daß dem Tenor der Gutachten in der Regel gefolgt wurde.

Bei der textlichen Abfassung der Gutachten wurden nur soweit gesundheitliche und soziale Probleme geschildert, wie dies im Sinne der erforderlichen Nachvollziehbarkeit für das Verwaltungshandeln unbedingt notwendig war; die Praxis zeigt, daß behandelnde Ärztinnen und Ärzte gelegentlich darüber hinauszugehen bereit sind.

Die folgende Darstellung berücksichtigt den Schutz der Persönlichkeitsrechte der Betroffenen insoweit, daß Reanonymisierungen für Außenstehende anhand der geschilderten gesundheitlichen Probleme nicht möglich sind.

Ergebnisse

Erstmals 1985 wurde das Hauptgesundheitsamt um die Erstellung von "Reisefähigkeits-Gutachten" bei Asylsuchenden und Ausländern mit eingeschränkter Aufenthaltserlaubnis ersucht. Die Zahl der Gutachten schwankt zwischen 10 im Jahre 1992 und 26 im Jahr 1991 (durchschnittlich 18 pro Jahr ohne eindeutigen Trend).

Bei den ausgewerteten 83 Gutachten ging es in 59 Fällen um eine beabsichtigte Umverteilung von Bremen in ein anderes Bundesland, in 24 Fällen um die Beendigung des Aufenthaltes in Deutschland.

Herkunftsländer

Türkei (21)
Iran (19)
Libanon (16)
Polen (10)
Jugoslawien, Irak, Peru, Rumänien, Sri Lanka, Ghana (je 2)
Senegal, Nigeria, Bulgarien, Pakistan, Äthiopien, Eritrea (je 1)

Altersklassen

Volljährige bis 20 Jahre	4
21–30 Jahre	30
30–40 Jahre	22
41–50 Jahre	7
51–60 Jahre	8
61–70 Jahre	10
71–80 Jahre	2

Aufteilung nach Geschlecht

weiblich	43
männlich	40

Richtungweisende Symptomkomplexe

Da für die Gutachtererstellung in diesem Feld kein Diagnoseschlüssel verwendet wurde und nach dem Eindruck des Verfassers ohnehin informativer zu sein schien, den für die Fragestellung relevanten Kern der ermittelten Beschwerden in bestimmte Kategorien zu fassen, wurde die nachfolgende Auflistung erstellt (einige Mehrfachnennungen, z. T. inhaltliche Überschneidungen der Komplexe, die durch vorhergehende Standardisierung der Dokumentation reduziert werden könnten, was sich für diese Darstellung aber nicht negativ bemerkbar machen dürfte):

Symptomkomplex	Häufigkeit bei Frauen	bei Männern
PTSD ¹⁾	1	8
Risikoschwangerschaft	14	–
Magen-/Zwölffingerdarmgeschwüre	–	8
gravierende Depression	7	7
Altersgebrechlichkeit/Pflegebedürftigkeit	5	–
Herzinsuffizienz	4	4
Phobien/Angstzustände	–	3
Chronisches Asthma bronchiale/ Lungenemphyse	2	2
schwere Gehbehinderung bei Arthrosen	2	–
geistige Behinderung	–	2
Nierenkoliken	–	2
unklare Magen-Darm-Beschwerden	1	1
Aids	1	1
HWS/LWS-Syndrome	1	1
Chronische Unterleibsbeschwerden/ chronische Psychose/cerebrales Anfalls- leiden/rezidiv. Darmverschluß/Verdacht auf Nierenbeckenentzündung/entstellende Granatsplitterverletzung des Gesichtes	je 1	–
Angina pectoris/unklare Herzschmerzen/ Hodentumor mit Metastasen/hoher Quer- schnitt/unklares Fieber mit Arthritis/ Tuberkulose/Alkoholkrankheit/unklare Anfälle von Bewußtlosigkeit/Zustand nach Leistenbruch-Op.		je 1

¹⁾ Post Traumatic Stress Disorder bezeichnet chronische psychische und psychosomatische gravierende Folgeschäden nach Durchleben extremer Belastungssituationen, bei der hier besprochenen Gruppe von Frauen und Männern bedeutet dies in der Regel das (oft wiederholte) Erleben von Folterungen im Verfolgerland. Die genannten Zahlen sagen nichts über die tatsächliche Häufigkeit erlittener Folter aus, da im Rahmen derartiger Gutachtensituationen (auch in therapeutischen settings) damit gerechnet werden muß, daß die erlittene Folter von den Opfern nicht thematisiert wird.

Ausgewählte Kasuistiken

1. Eine 22jährige aktuell alleinstehende Frau, die sich in der 18. Woche ihrer Schwangerschaft befindet, soll in ein anderes Bundesland umverteilt werden. Der behandelnde Frauenarzt attestiert einen drohenden Abort. Die eigene Untersuchung zeigt darüberhinaus, daß die Frau sehr ängstlich-depressiv wirkt und offenkundig eine starke Bindung an ihre bereits in Bremen lebende Mutter aufweist, die sie gezielt gesucht hat. Die Umverteilung wird dem amtsärztlichen Gutachten entsprechend zunächst bis zur Geburt zurückgestellt. Bei der Wiedervorstellung zeigt sich, daß die Depressionen eher noch stärker geworden sind und die junge Mutter die Vorstellung nicht ertragen kann, von ihrer eigenen Mutter getrennt zu werden. Der hinzugezogene Kinderarzt des Amtes berät die Familie zur Ernährung des Säuglings, welcher an einem generalisiertes Ekzem leidet und weist vor allem darauf hin, daß die Mutter psychisch nicht in der Lage ist, ohne die Unterstützung der Großmutter das Kind zu stillen und angemessen zu versorgen. In der gutachterlichen Stellungnahme für die Ausländerbehörde wird zum Ausdruck gebracht, daß es nicht verantwortbar ist, der psychisch zumindest instabilen, wenn nicht gar behandlungsbedürftig kranken Mutter mit ihrem Säugling die lebenswichtige Unterstützung durch die eigene Mutter zu entziehen.

2. Ein 26jähriger Mann soll in ein anderes Bundesland umverteilt werden. Der Hausarzt bescheinigt ein depressives Syndrom. In der Explorativ mit Hilfe eines Dolmetschers wird deutlich, daß die psychosomatischen und depressiven Beschwerden mit einem extremen Angstsyndrom eindeutig Folgen erlittener Inhaftierung und Folterung im Heimatland sind. Der einzige soziale Kontakt besteht zu dem bereits in Bremen lebenden Bruder. Das Gutachten führt aus, daß angesichts dieser Situation eine Umverteilung mit der konkreten Gefahr einer krisenhaften Zuspitzung der seelischen Situation bis hin zum Suizid verbunden wäre.

3. Ein 20jähriger Mann soll nach Abschluß der stationären Behandlung wegen eines Hodentumors mit ausgedehnter Metastasierung wieder in sein Heimatland zurückreisen. Der behandelnde Urologe rät dringend davon ab, die in Bremen begonnene Nachbehandlung abubrechen, da er eine Fortsetzung im Heimatland für sehr ungesichert hält. Unter Hinweis auf die Gefährdung der prinzipiell sonst recht guten Prognose wird im amtsärztlichen Gutachten eine Verlängerung der Aufenthaltserlaubnis als erforderlich erklärt.

4. Eine 37jährige Frau soll nach Ablauf ihrer Aufenthaltserlaubnis in ihr Heimatland zurückreisen. Der behandelnde Nervenarzt hält die Unterstützung durch die ebenfalls in Bremen lebende Familie bei der bestehenden chronischen Psychose für unabdingbar. Der kooptierte Psychiater des sozialpsychiatrischen Dienstes teilt diese Haltung bezüglich des familiären Zusammenhaltes, es klärt sich dann im Laufe mehrerer Beratungsgespräche aus unterschiedlichen Gründen aber einvernehmlich, daß die gemeinsame Rückkehr der Familie in ihr Heimatland auch für die betroffene Patientin der bessere Weg ist.

Gutachterliche Empfehlungen

1. Umverteilungen	weiblich	männlich
Definitives Abraten/ amtsärztliche Bedenken gegen Umverteilung	15	18
Empfehlung befristeter Aussetzung der Umver- teilung ²⁾	13	5
Keine Bedenken gegen Umverteilung	1	4
2. Ausweisung	weiblich	männlich
Definitives Abraten	3	1
Empfehlung der befristeten Aussetzung	7	5
Keine Bedenken	2	6

Diskussion

Parallel zum Anwachsen der Zuwanderung zu Bremen wie zu allen Bundesländern wurde Mitte der achtziger Jahre der amtsärztliche Dienst des Hauptgesundheitsamtes von der Innen- und Ausländerbehörde gebeten, aus dortiger Sicht fragwürdige bzw. nicht zu interpretierende Atteste behandelnder Ärzte zu überprüfen. Zu Beginn der Übertragung dieser neuen Begutachtungsaufgabe an den amtsärztlichen Dienst wurde die Vermutung geäußert, die Atteste behandelnder Ärzte könnten den Charakter von Gefälligkeitsattesten haben. Dabei wurde sowohl den behandelnden Ärzten als auch dem amtsärztlichen Dienst als Begutachungskriterium die sogenannte Reisefähigkeit vorgegeben. Zweifel an der Solidität der zunächst vorgelegten Atteste wurde insbesondere dann geäußert, wenn wenige Tage oder Wochen nach Eintreffen in Bremen bescheinigt wurde, Reisefähigkeit in ein anderes Bundesland liege nicht vor: schließlich seien die Betroffenen ja doch gerade erst über eine wesentlich längere Strecke eingereist.

Es wurde im Gefolge der aufgenommenen Gutachtentätigkeit rasch deutlich, daß die Eingrenzung der Fragestellung auf Reisefähigkeit im Sinne von Transportfähigkeit (in einigen Fällen wurde explizit gefragt, ob die Verlegung im Krankenwagen zumutbar sei) aus sozialmedizinischer Sicht eine nicht akzeptable begriffliche Vorgabe für eine fachliche gutachterliche Beratung sein konnte. Es zeigt sich eine hohe Übereinstimmung mit den Diagnosen und Empfehlungen der behandelnden Ärzte,

²⁾ entweder bei noch nicht abgeschlossener Diagnostik oder begonnener Therapie, soweit diese nur mit erheblichen gesundheitlichen Nachteilen an anderem Ort fortgesetzt werden konnten oder bei passagerem Risiko, in der Regel bei kompliziert verlaufenden Schwangerschaften mit Blutungen oder Schmerzen in der Frühschwangerschaft.

obwohl in Einzelfällen die therapeutische Rolle dazu geführt hat, Beschwerden auf Drängen der Betroffenen und deren sozialem Umfeld besonders dramatisch zu schildern. Gefälligkeitsatteste im eigentlichen Sinne lagen aber nicht vor.

Demgegenüber konnte durch die Hinzuziehung von Dolmetschern (dies ist in der Arztpraxis in der Regel nicht möglich) nicht selten erstmalig eine sorgfältige Exploration durchgeführt werden und die eigentliche Dimension der Krankheiten und Beschwerden erhellt werden. Dies gilt insbesondere für das PTSD bei Menschen, die Extremsituationen infolge von Bürgerkriegen oder politischer Verfolgung mit Folterung ausgesetzt gewesen sind. Insoweit wirft diese Untersuchung ein Schlaglicht auf ein insgesamt schlecht untersuchtes Kapitel der zeitgenössischen Medizin: im Gegensatz zur umfangreichen Literatur über gesundheitliche Probleme der Arbeitsmigranten und deren Familien liegen in Deutschland bislang nur wenige Berichte über Gesundheitsstörungen und deren Auswirkungen auf die Lebensgestaltung und soziale Interaktionen für die verschiedenen, sehr heterogenen Gruppen von Zuwanderern des letzten Jahrzehnts vor. Sowohl die Forschung wie das Versorgungssystem und eben auch die Administration stehen vor unbekannten, neuen Problemen; es wird erst allmählich breiter akzeptiert, daß die aufgeworfenen Fragen nicht passagerer Natur sind, sondern Teil unserer gesellschaftlichen Realität geworden sind und für vorstellbare Zeiträume bleiben werden.

Als vielleicht wichtigstes Ergebnis der Untersuchung kommt heraus, von welcher überragenden Bedeutung einigermaßen stabile soziale Bezüge für gesundheitlich beeinträchtigte Migrantinnen und Migranten sind. Dies ergibt sich zum einen aus dem sehr hohen Prozentsatz an psychischen und psychosomatischen Krankheitsbildern; am deutlichsten wird dies im Falle der im Kern ihrer Persönlichkeit verletzten und an chronischen psychischen wie psychosomatischen Krankheiten leidenden Folteropfer³⁾. Es ergibt sich aber darüberhinaus für eine ganze Reihe von ethnischen Gruppierungen aus der Schwierigkeit, die oftmals mit dem Verlassen des Heimatlandes verbundenen bis unmittelbar durch Verfolgung und Flucht erlittenen gesundheitlichen Schäden in einem anderen Kulturraum ertragen zu müssen, ohne das hiesige Netz an medizinischen und psychosozialen Hilfen zu kennen – und was noch wichtiger ist, ohne die Denk- und Handlungsweisen unseres Medizinsystems verstehen zu können. Existentielle Verunsicherung, schlechte Wohnbedingungen, Verlust gewohnter Ernährungsbedingungen und wiederholtes Erleben massiver emotionaler Ablehnung können darüber hinaus nicht selten eine retraumatisierende Wirkung entfalten und Symptome verstärken; es ist in Einzelfällen sicher nicht übertrieben, von einer zweiten Verfolgung im Exil zu sprechen.

Das Wissen um diese für Genesung und Rehabilitation wichtigen Voraussetzungen legt gutachtenden Ärztinnen und Ärzten eine medizinische und ethische Verantwortung besonderer Art auf, die es jedenfalls nicht zuläßt, das Augenmerk nur darauf zu richten, ob jemand die Bahn- oder Flugreise von A nach B ohne akute Ge-

³⁾ Eine aufmerksame Rezeption der umfangreichen Literatur zu den Langzeitschäden von KZ-Überlebenden hätte die Aufmerksamkeit innerhalb von Forschung, Diagnostik und Therapie wesentlich früher auf diese Leiden richten können. Leider sind spezialisierte Angebote für Folteropfer in Deutschland bisher rar gesät, entsprechend gering ist auch der allgemeine Informationsstand.

sundheitsgefährdung übersteht. Berücksichtigt werden muß demgegenüber sehr wohl auch, ob sich eine tragfähige Beziehung zu behandelnden Ärzten oder anderen helfenden Berufen entwickelt hat und wie das Unterstützungssystem durch Familienangehörige, Freunde, Bekannte und Mitglieder derselben ethnischen Gruppierung aussieht. Die psychische Stabilität muß durch qualifizierte Exploration annähernd eingeschätzt werden, um unter Berücksichtigung des bestehenden sozialen Umfeldes eine Aussage darüber treffen zu können, welche Bedeutung die Umverteilung oder die Rückreise für die Prognose einer Erkrankung haben wird.

Hierbei ist in der Praxis wohl tatsächlich ein Faktor, daß die Zeit bis zur Erteilung von Umverteilungsbescheiden oft recht lange dauert und sich deshalb auch neue soziale Bezüge entwickeln konnten. Die Untersuchung zeigt aber ganz unabhängig davon, daß Verwaltungshandeln auch aus gesundheitlicher Sicht von Realitäten ausgehen muß, welche die Wanderungsbewegungen erzeugen: die Zuteilung von Länderkontingenten für die Aufnahme von Asylsuchenden sollte jedenfalls nicht dazu führen, daß Familien oder Bekannte auseinandergerissen werden.

Es erscheint an der Zeit, die Fortbildung zu Fragen der Ethnomedizin rasch zu intensivieren, sowohl für Beschäftigte im Gesundheits- und Sozialwesen wie auch für das Personal der Erstunterkünfte und der Behörden, welche mit der Ausführung des Asylverfahrens- und Ausländergesetzes betraut sind. Dazu gehört auch eine bessere Verständigung über die Implikationen von Sprachmetaphern, insbesondere da, wo sie rechtlich bedeutsam werden. Reisefähigkeit ist ein weiter Begriff, der nicht ungefragt im Zentrum ärztlicher Gutachten über Migranten stehen bleiben sollte.

Literatur:

International Migration. Quaterly Review Vol. XXX 1992. Second International Conference on Migration and Health Brussels

Migration Medicine. First International Conference on the Health Needs of Refugees, Migrant Workers, other uprooted People and long-term travellers. IOM and WHO, Genf 1990

Mohammadzadeh, Z., Die gesundheitliche Lage und Versorgung der Flüchtlinge in Bremen, Ms. 1993, Bremen

Stoffels, H. (Hrsg.), Schicksale der Verfolgten. Psychische und somatische Auswirkungen von Terrorherrschaft. Berlin Heidelberg New York 1991

Willigen, L. H. M. van, Vluchtelingen en gezondheid: De gezondheidsproblematiek van vluchtelingen in relatie met hun (gewelds) achtergronden. n. veröff. Ms. 1993

ZEITSCHRIFT FÜR Sozialreform

1993

HERAUSGEBER UND SCHRIFTLEITUNG:

PRÄSIDENT DES LANDESSOZIALGERICHTS BREMEN a. D.

PROF. DR. HARRY ROHWER-KAHLMANN †

PROF. DR. FLORIAN TENNSTEDT, KASSEL · HORST HEINKE, WIESBADEN

STÄNDIGE MITARBEITER:

Dr. Gertrud Backes, Professorin, Cottbus**Dr. jur. h.c. Ernst Benda**, Prof., Präsident des Bundesverfassungsgerichts a. D., Institut für öffentl. Recht, Freiburg i. Br.**Benner**, Direktor der Landesversicherungsanstalt Hessen a. D., Frankfurt/Main**Dr. jur. Karl-Jürgen Bieback**, Professor, Hochschule für Wirtschaft und Politik, Hamburg**Dr. jur. Bley**, Professor, Universität Bamberg**Dr. jur. Karl-Heinz Casselmann**, Ltd. Verwaltungsdirektor a. D., Königstein/Ts.**Dr. jur. Friedrich-Wilhelm Dopatka**, Senatsdirektor beim Senator für Gesundheit, Bremen**Jacques Doublet**, Staatsrat, Paris**Dr. jur. Wolfgang Gitter**, Professor, Lehrstuhl für Zivilrecht, Arbeits- und Sozialrecht, Universität Bayreuth**Dr. jur. Ruprecht Großmann**, Prof., Präsident des Landessozialgerichts Bremen**Traute Hoffmann**, Regierungsdirektorin, Wissenschaftlicher Dokumentationsdienst des Deutschen Bundestages, Bonn**Dr. jur. Bernhard Jansen**, Kommission der Europäischen Gemeinschaften, Juristischer Dienst, Brüssel**Dr. jur. Otto Ernst Krasney**, Prof., Vizepräsident des Bundessozialgerichts, Kassel**Dr. Siegfried Löffler**, Journalist, Homberg**Dr. jur. Leibfried**, Professor für Sozialpolitik und Sozialrecht an der Universität Bremen**Georg Lunz**, Präsident des Landesversorgungsamtes Bayern, München**Dr. jur. Kurt Maier**, Prof., 1. Direktor der LVA Braunschweig**Munker**, Direktor a. D., Frankfurt/Main**Dr. jur. Neumann**, Rechtsanwalt, Essen**Dr. jur. Pickel**, Präsident des LSG Hamburg a. D., Rechtsanwalt in Ahrensburg**Prof. Dr. jur. Heinrich Reiter**, Präsident des Bundessozialgerichts, Kassel**Dr. jur. Franz Ruland**, Prof., Erster Direktor, Geschäftsführer des Verbandes Deutscher Rentenversicherungsträger, Frankfurt/Main**Dr. rer. pol. Dieter Schäfer**, Professor, Lehrstuhl für Sozial- und Wirtschaftspolitik, Universität Bamberg**Dr. rer. pol. Hans-Günther Schlotter**, Professor, Institut für Sozialpolitik der Universität Göttingen**Dr. jur. Friedrich E. Schnapp**, Prof., Geschäftsführender Direktor des Instituts für Sozialrecht der Ruhr-Universität Bochum**Dr. jur. Günther Schneider**, Richter, Sozialgericht Frankfurt**Dr. jur. B. Schulin**, Professor, Juristische Fakultät der Universität Konstanz**Dr. jur. C. J. Schulte**, Dipl.-Sozialwirt, Rendsburg**Dr. rer. soc. Frank Schulz-Nieswandt**, PD, Universität Regensburg/Universität Bochum**Dr. jur. Klaus Sieveking**, Zentrum für Europäische Rechtspolitik an der Universität Bremen**Ströer**, Ministerialdirektor a. D., München**Dr. jur. Michael Stuwe**, Dipl.-Volkswirt, Hamburg**Dr. jur. André Thill**, Präsident der Sozialversicherungsanstalt, Luxemburg**Dr. jur. Hans Erich Troje**, Professor für Rechtsgeschichte, Rechtstheorie und Bürgerliches Recht, Johann-Wolfgang-Goethe-Universität, Frankfurt/Main**Dr. jur. Georg Wannagat**, Prof., Präsident des Bundessozialgerichts a. D., Kassel

VERLAG CHMIELORZ GMBH · MARKTPLATZ 13 · 65183 WIESBADEN

7

HEFT JULI 1993 · 39. JAHRGANG · POSTVERLAGSORT WIESBADEN

INHALTSVERZEICHNIS

Seite

Aufsätze

Dr. Klaus G. Wolff und Martin Beck, Wiesbaden:
Defizite der amtlichen Sozialhilfestatistik, Armutsdiskussion und Statistikre-
form 417

Dr. med. Norbert Schmacke, Bremen:
Reisefähigkeit von Asylsuchenden – Zur Konstituierung und Bedeutung eines
sozialmedizinischen Gutachtenbegriffs 442

Dr. jur. C. J. Schulte, Rendsburg:
Steuerermäßigung für behinderte Kinder 450

Rezensionen

Uwe Hohgräwe, Implementation der Arzneimittelsicherheitspolitik durch das
Bundesgesundheitsamt
Rezension: Marian Döhler, Köln 457

Suizidalität im Alter. Bericht über den aktuellen Forschungsstand. Studie im
Auftrag des Bundesministers für Familie und Senioren, Norbert Erlemeier
Rezension: Dr. Gertrud M. Backes, Kassel/Berlin 459

Rosemarie Nave-Herz und Dorothea Krüger, Ein-Eltern-Familien
Rezension: Dr. Gertrud M. Backes, Kassel/Berlin 460

Modelleinrichtungen der Kurzzeitpflege. Studie im Auftrag des Bundesministe-
riums für Familie und Senioren, Marianne Heinemann-Knoch, Frauke Claus-
sen, Elke Korte
Rezension: Dr. Gertrud M. Backes, Kassel/Berlin 461