

Oberverwaltungsgericht Niedersachsen

Urteil vom 28.06.2011

Der im Jahr 1957 im Kosovo, Provinz Mitrovica, geborene Kläger ist albanischer Volkszugehörigkeit. Bis zu seiner Ausreise lebte er mit seiner Familie in dem etwa 7 km von Mitrovica entfernt liegenden Ort H.. Er begehrt die Feststellung eines Abschiebungsverbotes nach § 60 Abs. 7 Satz 1 Aufenthaltsgesetz (AufenthG).

Der Kläger reiste mit seiner Ehefrau und drei gemeinsamen, in den Jahren 1983, 1984 und 1989 geborenen Kindern im März 1992 in die Bundesrepublik Deutschland ein und stellte im Oktober 1992 einen Asylantrag. Am ... 1994 wurde ein weiteres Kind geboren und in den Asylantrag einbezogen. Im Rahmen seiner Anhörung vor dem Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge (jetzt: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge; im Folgenden nur noch "Bundesamt" genannt) am 26. Mai 1994 gab der Kläger zur Begründung seines Asylantrages im Wesentlichen an, er sei in seiner Heimat Mitglied der Bergarbeitergewerkschaft gewesen. Am 24. März 1992 sei gegen 8 Uhr morgens die Polizei zu ihm nach Hause gekommen und habe bei einer Hausdurchsuchung Unterlagen über die Gewerkschaft gefunden. Er selbst sei zu der Zeit nicht zu Hause gewesen und vermute, dass er zum Krieg in Kroatien habe eingezogen werden sollen. Er habe auch an Demonstrationen in dem Bergwerk, in dem er gearbeitet habe, teilgenommen. Die Polizei habe ihn auf der Straße angehalten, geschlagen und ihm seinen Arbeitsausweis abgenommen. Das Bundesamt lehnte den Asylantrag mit Bescheid vom 27. Oktober 1994 ab. Außerdem stellte es fest, dass die Voraussetzungen des § 51 Ausländergesetzes a. F. (AuslG) sowie Abschiebungshindernisse nach § 53 AuslG nicht vorlägen und drohte die Abschiebung nach Jugoslawien an. Das dagegen durchgeführte Klageverfahren blieb erfolglos (vgl. VG Lüneburg, Urt. v. 20.11.1997 - 4 A 1063/94 -; Nds. OVG, Beschl. v. 17.12.1997 - 12 L 5690/97 -). Daraufhin versuchten der Kläger und seine Familie, mit gefälschten Pässen auf dem Fährweg nach Schweden auszureisen. Sie wurden am 9. Februar 1998 bei der grenzpolizeilichen Ausweiskontrolle im I. aufgegriffen.

Am 13. März 1998 stellte der Kläger für sich und seine Familie einen Asylfolgeantrag. Das Bundesamt lehnte die Durchführung eines weiteren Asylverfahrens mit Bescheid vom 9. April 1998 ab. Auf die dagegen erhobene Klage verpflichtete das Verwaltungsgericht mit Urteil vom 1. März 1999 (4 A 524/98) die Beklagte, den Kläger wegen einer Gruppenverfolgung albanischer Volkszugehöriger in der damals jugoslawischen Provinz Kosovo als Asylberechtigten anzuerkennen und festzustellen, dass die Voraussetzungen des § 51 Abs. 1 AuslG vorliegen. Mit Beschluss vom 6. Juli 1999 (3 L 1138/99) ließ das Oberverwaltungsgericht wegen Abweichung von der Rechtsprechung des damals zuständigen Senates hiergegen die Berufung zu. Im Berufungsverfahren berief sich der Kläger darauf, dass er an psychosomatischen und somatoformen Störungen sowie an einem depressiven Syndrom leide. Dazu

legte er verschiedene ärztliche Bescheinigungen und Krankenhausberichte vor. Die Behandlung, die mit Medikamenten und angstlösenden Gesprächen durchgeführt werde, sei im Kosovo nicht möglich. Durch Senatsbeschluss vom 15. Juni 2001 (8 L 2802/99) wies das Oberverwaltungsgericht die Klage ab, weil die Organe des jugoslawischen/serbischen Staates im Kosovo die effektive Gebietsgewalt, die eine politische Verfolgung der dort lebenden Bevölkerung ermöglichen könnte, verloren hätten. Die Erkrankung und Behandlungsbedürftigkeit des Klägers könne allenfalls ein Abschiebungshindernis nach § 53 Abs. 6 AuslG begründen, über dessen Bestehen in diesem Verfahren nicht zu befinden sei. Die Beschwerde des Klägers gegen die Nichtzulassung der Revision verwarf das Bundesverwaltungsgericht mit Beschluss vom 16. November 2001 (1 B 342.01).

Am 29. Januar 2002 stellte der Kläger einen weiteren Asylantrag, mit dem er geltend machte, an schweren Traumatisierungsfolgen zu leiden. Er legte verschiedene ärztliche Bescheinigungen vor, u.a. Atteste des Arztes für Allgemeinmedizin J., ausgestellt im Zeitraum zwischen November 1997 und November 2001, in denen zusätzlich zu einer behandlungsbedürftigen Depression mit ausgeprägter Angstsymptomatik ein Diabetes mellitus Typ II b diagnostiziert wurde. Der Arzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie K. aus L., bescheinigte dass der Kläger dringend psychopharmakologisch weiterbehandelt werden müsse und daneben eine Psychotherapie zur Auflösung der Ängste in der Sprache des Klägers nötig sei. Nach einem Attest des aus dem ehemaligen Jugoslawien stammenden praktischen Arztes M. aus L. vom 18. Januar 2002 wurde der Kläger seit November 2001 im Wesentlichen mit "gesprächstherapeutischen Versuchen", mit medikamentöser Unterstützung behandelt. Nach Besserung der Sprachkompetenz des Klägers wurde die Übernahme der Therapie durch einen Psychiater angeregt. Laut einem psychologischen Bericht der Abteilung Neuropsychologie des Reha-Zentrums N. vom 20. September 2000 bestehen deutliche Hinweise auf eine schwere Depression. Sinnvoll und notwendig sei, dass der Kläger weiterhin psychotherapeutisch begleitet werde, vorzugsweise von einem Therapeuten, der seine Muttersprache spreche. Das Neuro-Orthopädische Krankenhaus im Reha-Zentrum N. berichtete unter dem 26. September 2000 (Bl. 17-20 BA C), dass sich der Kläger vom 28. August bis 15. September 2000 dort in stationärer neurologischer Behandlung befunden habe. Als Diagnosen würden eine diabetische Polyneuropathie, eine Somatisierungsstörung und eine posttraumatische Belastungsstörung gestellt, wobei die diagnostische Abklärung des Patienten nicht mit letzter Sicherheit gelungen sei. "Trotz schwieriger Bedingungen der fremdsprachlichen Anamneseerhebung" habe "kein Trauma zur Entstehung der momentanen Symptomatik ausgemacht werden" können. Eine weitergehende therapeutische Empfehlung habe wegen der sprachlichen Barriere nicht erfolgen können. Der Arzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie O. teilte dem behandelnden Arzt J. unter dem 12. Oktober 2000 mit, er diagnostiziere eine "angstgefärbte depressive Störung mit Anteilen einer lavierten Depression", sehe sich aber nicht in der Lage, den Kläger weiter therapeutisch zu betreuen, weil er bei dieser Sachlage keinen psychotherapeutischen Zugang habe. Das Bundesamt veranlasste eine amtsärztliche Untersuchung des Klägers, um konkrete Aussagen zum Behandlungsbedarf und den eventuellen Folgen fehlender oder unzureichender Behandlungsmöglichkeiten zu erhalten. Der Amtsarzt P., Landkreis Q., führte in

seiner Stellungnahme vom 11. Juni 2002 aus, der Kläger leide an einer bisher therapieresistenten Somatisierungsstörung mit reaktiver depressiver Verstimmung sowie an einer Zuckerkrankheit, die nur unbefriedigend eingestellt sei. Zur Behandlung der psychiatrischen Erkrankung sei unbedingt eine engmaschige intensive Psychotherapie in muttersprachlicher Gesprächsform erforderlich, die am besten im Heimatland durchgeführt werden könne. In Deutschland sei bei der psychotherapeutischen Behandlung dagegen eine unüberwindliche Sprachbarriere gegeben. Die Zuckerkrankheit könne auch im Kosovo medikamentös und diätetisch weiter behandelt werden.

Sodann lehnte das Bundesamt mit Bescheid vom 21. August 2002 ab, ein weiteres Asylverfahren durchzuführen und den Bescheid vom 27. Oktober 1994 bezüglich der Feststellung zu § 53 AuslG abzuändern. Zur Begründung hieß es, die bisher therapieresistente Somatisierungsstörung könne hier nicht erfolgreich behandelt werden und deshalb auch kein Abschiebungshindernis darstellen. Außerdem forderte das Bundesamt den Kläger und seine Familie zur Ausreise binnen einer Woche auf und drohte die Abschiebung in die Bundesrepublik Jugoslawien (Kosovo) an. Dem daraufhin vom Kläger gestellten Eilantrag gab das Verwaltungsgericht mit Beschluss vom 25. September 2002 (4 B 168/02) statt und ordnete die aufschiebende Wirkung der Klage an, weil wegen der unstrittigen psychischen Erkrankung des Klägers ernstliche Zweifel an der Richtigkeit der im Bescheid zu § 53 AuslG getroffenen Entscheidung bestünden, denen im Hauptsacheverfahren nachzugehen sein würde. Im Klageverfahren legte der Kläger eine Bescheinigung des Arztes für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie R. aus N. vor, wonach der Kläger seit dem Jahr 1995 wegen seiner psychosomatischen Störungen mit Ängsten bei Verdacht einer posttraumatischen Belastungsstörung in Behandlung sei. Der Kläger berief sich weiter darauf, suizidgefährdet zu sein, denn anlässlich der Abschiebung seiner beiden erwachsenen Kinder S. und T. habe er einen ernsthaften Suizidversuch unternommen und sei in der psychiatrischen Abteilung des Krankenhauses U. gewesen.

Das Verwaltungsgericht wies die Klage mit Urteil vom 9. September 2003 (4 A 326/02) ab und führte im Hinblick auf § 53 Abs. 6 AuslG aus, dass die psychische Erkrankung in Deutschland nicht erfolgreich behandelt werden könne und deshalb nicht mit beachtlicher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen sei, dass sie sich im Falle einer Rückkehr verschlechtern werde. Im Übrigen habe keiner der zahlreichen hinzugezogenen Ärzte die Aussage getroffen, dass im Falle einer fehlenden Behandlung mit einer Verschlechterung des Zustandes zu rechnen sei. Den Antrag des Klägers, die Berufung gegen dieses Urteil zuzulassen, lehnte das Oberverwaltungsgericht mit Beschluss vom 10. Dezember 2003 ab (13 LA 387/03).

Mit Anwaltsschriftsatz vom 2. Juni 2006 wandte sich der Kläger an die Ausländerbehörde des Landkreises Q. und beantragte die Feststellung eines Abschiebungsverbotes nach § 60 Abs. 7 AufenthG. Diesen Antrag, dem der Kläger ein psychiatrisches Gutachten vom 5. Mai 2006 des Facharztes für Psychiatrie und Neurologie V., wissenschaftlicher Mitarbeiter der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie im Universitäts-Krankenhaus W., beigelegt hatte, leitete die Ausländerbehörde an das

Bundesamt weiter. In der zusammenfassenden Beurteilung stellte der Gutachter beim Kläger eine schwere psychische Störung fest. Am ehesten sei die Störung als eine sehr komplexe "andauernde Persönlichkeitsstörung" (nach den Diagnosekriterien des ICD 10: F 62.0) zu verstehen, deren primäre Ursache mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Traumatisierung sei. Anhand der vorliegenden Angaben zur Lebensgeschichte des Klägers lasse sich zurückverfolgen, wie zunächst eine akute Belastungsstörung (F 43.0) bestanden, sich später eine posttraumatische Belastungsstörung (F 43.1) entwickelt und lange eine Anpassungsstörung vorgelegen habe, die dann in die genannte heutige Störung (F 62.0) übergegangen sei. Darüber, warum die Traumatisierung des Klägers einen solchen fatalen Verlauf genommen habe, könne nur spekuliert werden. Beim Kläger könne eine "erhöhte Vulnerabilität in Folge einer Prädisposition in seiner Grundpersönlichkeit" vorgelegen haben. Der Gutachter vermute jedoch, dass der Verlauf hauptsächlich dadurch zu erklären sei, dass die Behandlungsansätze immer bruchstückhaft gewesen seien und nie ein klares, längerfristiges Behandlungskonzept vorgelegen habe. Der Kläger sei psychiatrisch gesehen sehr schwer erkrankt. Bei einer Krankheit dieses Schweregrades sei davon auszugehen, dass jegliche Belastung das möglicherweise noch vorhandene Besserungs- oder Heilungspotential endgültig zerstöre. Auch eine unter psychiatrischen Gesichtspunkten durchdachte und gut geplante Durchführung einer Rückkehr in den Kosovo würde für ihn eine schwere Belastung darstellen. Hinzu komme mit Sicherheit ein sehr hohes Suizidrisiko. Der Kläger brauche dringend eine auf Jahre hinaus geplante psychiatrische Behandlung, die zunächst auf psychopharmakologische Behandlung, psychisch unterstützende Gespräche, sozialpsychiatrische Maßnahmen und soziale Betreuung bauen sollte. Die Behandlung müsse in einem psychosozialen Umfeld stattfinden, das der Kläger als dauerhaft sicher und geborgen empfinde. Unentbehrlich sei auch, dass er sein familiäres Umfeld um sich habe. Eine erfolgreiche Behandlung im Kosovo sei nicht möglich, auch wenn sie unter optimalen psychiatrischen Bedingungen durchgeführt werde, weil es durch die Rückkehr dorthin wahrscheinlich zu einer irreversiblen Verschlechterung seines Zustandes kommen würde.

Mit Bescheid vom 30. November 2006 lehnte das Bundesamt den Antrag des Klägers auf Abänderung des Bescheides vom 27. Oktober 1994 bezüglich der Feststellung zu § 53 Abs. 1 bis 6 AuslG ab. Zur Begründung führte es aus, das psychiatrische Gutachten vom 5. Mai 2006 stütze sich im Wesentlichen auf eine zweistündige Untersuchung mit Hilfe eines Dolmetschers und auf Unterlagen/Erkrankungen, die bereits Gegenstand des Vorverfahrens gewesen seien. Darin sei dem Kläger von mehreren Seiten Nichttherapierbarkeit bescheinigt worden, die auch mit seinen mangelnden Deutschkenntnissen begründet worden sei. Da es insoweit offenbar keine Veränderung gebe, sei die von Herrn X. vorgeschlagene Behandlung mit unterstützenden Gesprächen von vornherein zum Scheitern verurteilt. Einer erneuten Ausreiseaufforderung und Abschiebungsandrohung bedürfe es wegen deren Gültigkeit aus dem abgeschlossenen Asylverfahren nicht.

Am 15. Dezember 2006 hat der Kläger Klage erhoben. Sein zwischenzeitlich als Betreuer bestellter Prozessbevollmächtigter hat vorgetragen, dass die vom Gutachter X. festgestellte (Folge-)Krankheit als Verfestigung und Verschlimmerung der zuvor festgestellten Einzelkrankheiten bislang nicht

berücksichtigt worden sei. Diese schwere psychische Erkrankung werde durch ein am 5. Dezember 2006 erstelltes, vom Landgericht Lüneburg im Rahmen des Betreuungsverfahrens (8 T 79/06) eingeholtes fachärztliches Gutachten des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie Y., Z., bestätigt. Mit Schriftsatz vom 8. September 2008 hat der Kläger einen Feststellungsbescheid des Niedersächsischen Landesamtes für Soziales, Jugend und Familie vom 3. September 2008 vorgelegt, in dem für ihn rückwirkend zum 1. Januar 2008 ein Grad der Behinderung (GdB) von 60 wegen einer "reaktiven seelischen Störung auf Belastung, Somatisierungssyndrom (Einzel-GdB: 50)" und einer Zuckerkrankheit (Einzel-GdB: 30) festgestellt wird. Der Kläger hat sich weiter darauf berufen, dass nach Anerkennung des Kosovo als unabhängiger Staat ein intaktes Gesundheitssystem dort nicht bestehe und verschiedene verwaltungsgerichtliche Entscheidungen genannt, aus denen sich ergebe, dass schwerwiegende psychische Erkrankungen in der Republik Kosovo nicht behandelbar seien und eine angemessene medizinische sowie medikamentöse Versorgung auch an den finanziellen Voraussetzungen scheitere. Die Betreuung des (geschäftsunfähigen) Klägers sei mittlerweile bis zum Jahr 2016 verlängert worden, nachdem der behandelnde Hausarzt J. am 14. April 2009 ein unverändertes Krankheitsbild beschrieben und der Betreuungsrichter sich einen eigenen Eindruck des Klägers in dessen üblicher Umgebung verschafft habe (vgl. AG Soltau - Vormundschaftsgericht -, Beschl. v. 5.5.2009 - 6 XVII B 386 -). Der Kläger hat außerdem eine fachärztliche Stellungnahme des Facharztes für Psychiatrie AA. der psychiatrischen Abteilung der AB. vom 2. September 2009 vorgelegt, wonach er nach drei stationären Aufenthalten dort in den Jahren 2003 und 2005 in der Institutsambulanz regelmäßig, zuletzt in einem vierwöchigen Abstand, behandelt werde. Die Behandlung bestehe in stützenden psychotherapeutischen Gesprächen, bei denen meist Familienangehörige dolmetschen, weil sonst eine Verständigung nicht ausreichend möglich sei. Beim Kläger würden weiterhin "Orientierungsstörungen, Merk- und Gedächtnisstörungen, kognitive Defizite, eine depressive Symptomatik, formale Denkstörungen, paranoide Wahnideen, akustische und z.T. optische Halluzinationen sowie Flashbacks und ausgeprägte Schlafstörungen" bestehen. Aufgrund der engmaschigen Betreuung durch die Familienmitglieder und der ambulanten Therapie habe die chronische Suizidgefahr bislang eingegrenzt werden können. Im Rahmen der bisherigen Behandlung habe sich eine leichte Stabilisierung auf niedrigem Niveau abgezeichnet, so dass seit dem Jahr 2005 stationäre Behandlungen hätten vermieden werden können. Eine Medikamentenreduktion der umfangreichen Psychopharmaka sei jedoch bisher nicht möglich gewesen. Aktuell werde der Kläger mit Cipralex (Escitalopram) 20-0-0 mg, Solian (Amisulprid) 400-0-400 mg, Fluanxol (Flupentixol) 10-0-15 mg, Melperon 0-0-50-100 mg, Tavor (Lorazepam) 1-0-1 mg und Zopiclon 0-0-7,5 mg behandelt. Bei Abbruch der Therapie bestehe die erhebliche Gefahr einer psychotischen Dekompensation und damit auch verbunden einer Zunahme der wahnhaften Ängste mit der hohen Wahrscheinlichkeit eines Suizids.

Der Kläger hat nach Rücknahme der Klage hinsichtlich der Feststellung von Abschiebungsverboten nach § 60 Abs. 2, 3 und 5 AufenthG beantragt,

die Beklagte zu verpflichten festzustellen, dass ein Abschiebungsverbot nach § 60 Abs. 7 AufenthG vorliegt und den Bescheid des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge vom 30. November 2006 aufzuheben, soweit er der Verpflichtung entgegensteht.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Das Verwaltungsgericht hat mit dem auf die mündliche Verhandlung vom 15. September 2009 ergangenen Urteil die Klage abgewiesen. Die psychische Erkrankung des Klägers habe sich über die Jahre hinweg schleichend verschlechtert. Dass die Verhältnisse im Kosovo bei einer Rückkehr des Klägers dorthin zu einer massiven Verschlechterung seines Krankheitsbildes führen und eine erhebliche Gesundheitsgefahr verursachen würden, zeichne sich nicht ab. Dabei komme es nicht darauf an, ob der Kläger im Kosovo eine gesprächstherapeutische Behandlung erhalten könne, denn stützende Gespräche seien auch in Deutschland aufgrund der Sprachbarrieren zwischen dem Kläger und einem Arzt nahezu ausgeschlossen. Jedenfalls würde der Kläger im Kosovo eine medikamentöse Versorgung in ausreichendem Maße erhalten. Medikamente würde er aus der "Essential Drug List" zuzahlungsfrei erhalten.

Gegen dieses Urteil hat der Senat auf Antrag des Klägers mit Beschluss vom 1. Dezember 2009 (8 LA 208/09) die Berufung wegen Versagung rechtlichen Gehörs zugelassen.

Zur Begründung seiner Berufung trägt der Kläger vor, er habe ein Rechtsschutzbedürfnis für dieses Verfahren, weil der Landkreis Q. die bis zum Jahresende 2009 befristete Aufenthaltserlaubnis nach § 104a AufenthG nicht verlängert habe. Ein Abschiebungsverbot bestehe hinsichtlich des Kosovo und Serbien. Das Urteil des Verwaltungsgerichts sei bereits deshalb unvollständig, weil es sich mit einem Abschiebungsverbot für Serbien nicht beschäftigt habe. Entgegen der Auffassung des Verwaltungsgerichtes erfolge in Deutschland eine Behandlung in Gesprächsform und es sei laut der fachärztlichen Stellungnahme der AC. vom 2. September 2009 eine Stabilisierung seines Zustandes erreicht worden. Zu berücksichtigen sei außerdem die Länge seines bisherigen Aufenthaltes in Deutschland. Seine gesundheitliche Gesamtkonstitution führe bei einer Rückführung auf den Balkan selbst mit familiärer Unterstützung oder Medikamentenversorgung zu einer sofort lebensbedrohlichen Situation. Die psychische Erkrankung, unter der er leide, sei wesentlich komplexer als eine posttraumatische Belastungsstörung. Er sei zu einer normalen Lebensführung gar nicht in der Lage und könne sein Leben nicht selbständig organisieren. Wie er den privat zu zahlenden Medikamentenbedarf individuell decken solle, obgleich im Kosovo hohe Arbeitslosigkeit herrsche und er - wie in Deutschland behördlich festgestellt - arbeitsunfähig sei, bleibe offen. Außerdem habe er am 9. März 2011 einen Herzinfarkt erlitten. Er habe sich deshalb vom 10. bis 18. März 2011 in stationärer chirurgischer Behandlung der Klinik für Herz-Thorax-Chirurgie AD. befunden. Danach habe er vom 24. März bis 14. April

2011 eine stationäre Anschluss-Rehabilitation in der Klinik AE. durchgeführt. Nach einer fachärztlichen Stellungnahme des behandelnden Psychiaters AA., AC., vom 11. Mai 2011 sei beim Kläger derzeit aufgrund der zu erwartenden erheblichen psychischen Stressfaktoren neben den psychischen Folgeschäden das Risiko für einen erneuten Myokardinfarkt sehr hoch. Er sei deshalb nicht verhandlungsfähig.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Verwaltungsgerichts Lüneburg - Einzelrichterin der 4. Kammer - vom 15. September 2009 aufzuheben, die Beklagte zu verpflichten festzustellen, dass ein Abschiebungsverbot nach § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG vorliegt und den Bescheid des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge vom 30. November 2006 aufzuheben, soweit er dieser Verpflichtung entgegensteht.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verweist hinsichtlich der Frage der Behandelbarkeit und deren Finanzierbarkeit auf eine Auskunft der Deutschen Botschaft Pristina an die Stadt Bochum vom 21. November 2009. Danach könne der Kläger mit seiner Familie bei einer Rückkehr in den Kosovo die über das Projekt URA II angebotenen Hilfs- und Unterstützungsmaßnahmen in Anspruch nehmen. Neben den allgemeinen Unterstützungsmaßnahmen wie Hilfe bei der Beschaffung von Wohnraum und Arbeitsplätzen würden alle Rückkehrer von den in Deutschland zu Traumaspezialisten geschulten Psychologen des Projektes URA II eine professionelle kostenfreie Behandlung psychischer Krankheiten erhalten bzw. es würden entsprechende Behandlungsmöglichkeiten bei kosovarischen Ärzten vermittelt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten im Übrigen wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und die beigezogenen Verwaltungsvorgänge der Beklagten (Beiakten A - D) sowie der Ausländerbehörde des Landkreises Q. (Beiakten E - H) verwiesen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

## Entscheidungsgründe

Die zulässige Berufung ist unbegründet. Das Urteil des Verwaltungsgerichts stellt sich im Ergebnis als richtig dar.

Die Klage ist zwar zulässig. Insbesondere besteht für sie ein Rechtsschutzbedürfnis, nachdem der Landkreis Q. die bis zum Jahresende 2009 befristet erteilte Aufenthaltserlaubnis nach § 104a

AufenthG nicht verlängert hat und seit Januar 2010 dem Kläger nur noch Duldungen erteilt. Abgesehen davon hat die Aufenthaltserlaubnis nach § 104a AufenthG dem Kläger nur ein vorläufiges, unsicheres Aufenthaltsrecht vermittelt. Die von ihm in diesem Verfahren begehrte Feststellung eines Abschiebungsverbotes nach § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG entfaltet hingegen grundsätzlich Dauerwirkung (vgl. Senatsurt. v. 12.9.2007 - 8 LB 210/05 -, juris Rn. 23).

Die Klage ist aber nicht begründet. Der angegriffene Bescheid des Bundesamtes vom 30. November 2006 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Feststellung durch das Bundesamt, dass für ihn ein Abschiebungsverbot nach § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG in Bezug auf die Republik Kosovo besteht.

Dabei kann der Senat hier dahinstehen lassen, ob der Wiederaufgreifensantrag des Klägers die Voraussetzungen des § 71 AsylVfG i.V.m. § 51 Abs. 1 bis 3 VwVfG erfüllt. Liegen die Voraussetzungen des § 51 Abs. 1 bis 3 VwVfG nicht vor, hat das Bundesamt gemäß § 51 Abs. 5 VwVfG i.V.m. §§ 48, 49 VwVfG nach pflichtgemäßem Ermessen zu prüfen, ob die bestandskräftige frühere Entscheidung zu § 53 AuslG (heute: § 60 Abs. 7 AufenthG) zurückgenommen oder widerrufen wird. § 71 Abs. 1 und 3 AsylVfG, der für Asylfolgeanträge die Möglichkeit einer solchen Ermessenentscheidung ausschließt, ist weder unmittelbar noch entsprechend auf Anträge zur Feststellung von Abschiebungsverboten anzuwenden (vgl. BVerwG, Urt. v. 21.3.2000 - 9 C 41/99 -, BVerwGE 111, 77, 79 f.). Hat die Behörde nach § 51 Abs. 5 VwVfG eine Ermessensentscheidung zu treffen, ist ihr Ermessen allerdings nur dann zu Gunsten eines Ausländers auf Null reduziert, wenn er neben dem Vorliegen der Voraussetzungen des § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG einer extremen, individuellen Gefahrensituation ausgesetzt ist (vgl. Senatsurt. v. 12.9.2007, a.a.O., Rn. 27 f.). Hier liegen indes bereits die tatbestandlichen Voraussetzungen des § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG nicht vor.

Nach § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG soll von der Abschiebung eines Ausländers in einen anderen Staat abgesehen werden, wenn dort für diesen Ausländer eine erhebliche konkrete Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit besteht. § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG ist seit dem 1. Januar 2005 an die Stelle des § 53 Abs. 6 Satz 1 AuslG getreten und kann wie die Vorgängervorschrift auch einen Anspruch auf Abschiebungsschutz begründen, wenn die Gefahr besteht, dass sich die Krankheit eines ausreisepflichtigen Ausländers in seinem Heimatstaat verschlechtert. Für die Bestimmung der "Gefahr" gilt der Prognosemaßstab der beachtlichen Wahrscheinlichkeit, d.h. die drohende Rechtsgutsverletzung darf nicht nur im Bereich des Möglichen liegen, sondern muss mit überwiegender Wahrscheinlichkeit zu erwarten sein (vgl. BVerwG, Beschl. v. 2.11.1995 - 9 B 710.94 -, Buchholz 310 § 108 VwGO Nr. 266 zu § 53 Abs. 6 AuslG). Eine Gefahr ist "erheblich", wenn eine Gesundheitsbeeinträchtigung von besonderer Intensität zu erwarten ist. Das wäre der Fall, wenn sich der Gesundheitszustand des Ausländers wesentlich oder sogar lebensbedrohlich verschlechtern würde. Eine wesentliche Verschlechterung ist nicht schon bei einer befürchteten ungünstigen Entwicklung des Gesundheitszustandes anzunehmen, sondern nur bei außergewöhnlich schweren körperlichen oder psychischen Schäden.

Außerdem muss die Gefahr konkret sein, was voraussetzt, dass die Verschlechterung des Gesundheitszustandes alsbald nach der Rückkehr des Betroffenen in sein Heimatland eintreten wird (vgl. Senatsurt. v. 12.9.2007, a.a.O., Rn. 29 m.w.N.). Die Gefahr, dass sich eine Erkrankung des Ausländers aufgrund der Verhältnisse im Abschiebezielstaat verschlimmert, ist in der Regel als individuelle Gefahr, die auch durch die jeweilige Konstitution des Ausländers bedingt oder mitbedingt sein kann, einzustufen. Bedarf der Betroffene zur Abwendung einer im Sinne von § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG erheblichen Gefahr einer notwendigen ärztlichen Behandlung oder Medikation und ist diese in dem Zielstaat der Abschiebung wegen des geringen Versorgungsstandes nicht verfügbar, so führt dies zum Vorliegen der Voraussetzungen der bezeichneten Vorschrift. Eine zielstaatsbezogene Gefahr für Leib und Leben besteht nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts (vgl. etwa Urt. v. 29.10.2002 - 1 C 1/02 -, juris Rn. 9) auch dann, wenn die notwendige Behandlung oder Medikation zwar allgemein zur Verfügung steht, dem betroffenen Ausländer individuell jedoch aus finanziellen oder sonstigen Gründen nicht zugänglich ist. Die mögliche Unterstützung durch Angehörige im In- und Ausland ist in die gerichtliche Prognose, ob bei Rückkehr eine Gefahr für Leib und Leben besteht, mit einzubeziehen (vgl. BVerwG, Beschl. v. 1.10.2001 - 1 B 185/01 -, Buchholz 402.240 § 53 AuslG Nr. 51).

Krankheitsbedingte Gefahren, die sich allein als Folge des Abschiebungsvorgangs bzw. wegen des Verlassens des Bundesgebietes, nicht aber wegen der spezifischen Verhältnisse im Zielstaat der Abschiebung ergeben können, begründen hingegen kein Abschiebungshindernis im Sinne des § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG und sind deshalb nicht vom Bundesamt im Asylverfahren, sondern als inlandsbezogene Vollstreckungshindernisse von der zuständigen Ausländerbehörde zu prüfen (vgl. u.a. Senatsbeschl. v. 29.3.2011 - 8 LB 121/08 - m.w.N., veröffentlicht in der Rechtsprechungsdatenbank der niedersächsischen Verwaltungsgerichtsbarkeit unter [www.dbovg.niedersachsen.de](http://www.dbovg.niedersachsen.de)).

Ein zielstaatsbezogenes Abschiebungshindernis im Sinne des § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG kann sich bei einer psychischen Erkrankung auch wegen einer zu erwartenden sog. Retraumatisierung aufgrund der Konfrontation mit den Ursachen eines Traumas ergeben. Dass in diesem Fall an sich im Zielstaat vorhandene Behandlungsmöglichkeiten unerheblich sind, wenn sie für den Betroffenen aus für ihn in der Erkrankung selbst liegenden Gründen, nämlich wegen der Gefahr der Retraumatisierung, nicht erfolgversprechend sind, ist inzwischen in der obergerichtlichen Rechtsprechung anerkannt (vgl. Senatsurt. v. 12.9.2007, a.a.O., Rn. 31 m.w.N.).

In Anwendung der vorgenannten Grundsätze ist im maßgeblichen Zeitpunkt der gerichtlichen Entscheidung (vgl. § 77 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 2 AsylVfG) nach den aktuellen Erkenntnismitteln zur medizinischen Versorgung in der Republik Kosovo und den vorliegenden ärztlichen Stellungnahmen zum Gesundheitszustand des Klägers ein Abschiebungsverbot nach § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG in Bezug auf die Republik Kosovo in der Person des Klägers nicht festzustellen.

Da der Kläger aus dem Kosovo stammt, und auch dorthin abgeschoben werden soll, ist zu prüfen, ob dort die beschriebene konkrete Gefahr für ihn besteht. Hierfür ist unerheblich, ob der Kläger Staatsangehöriger der Republik Kosovo ist, was hier fraglich erscheint. Denn im Zeitpunkt der Unabhängigkeitserklärung der Republik Kosovo vom 17. Februar 2008 und ihrer Anerkennung durch die Bundesrepublik Deutschland am 20. Februar 2008 hatte der Kläger seinen Wohnsitz nicht in dem neu gegründeten Staat, sondern lebte schon seit 16 Jahren in Deutschland. Bei der Anwendung von § 60 Abs. 7 AufenthG kommt es jedoch nicht auf die Staatsangehörigkeit oder den ständigen Aufenthalt eines Ausländers an, sondern darauf, ob das Bundesamt für den betreffenden Staat bereits eine Feststellung getroffen oder der Ausländer aus anderen Gründen berechtigten Anlass für die Befürchtung hat, in den jeweiligen Staat abgeschoben zu werden (vgl. BVerwG, Urt. v. 2.8.2007 - 10 C 13/07 -, BVerwGE 129, 155, 159 f.; Sächs. OVG, Urt. v. 19.5.2009 - A 4 B 229/07 -, juris Rn. 45). Dies ist hier nur hinsichtlich des Kosovo, nicht aber hinsichtlich der Republik Serbien der Fall.

Das Bundesamt hat dem Kläger im Bescheid vom 21. August 2002 die Abschiebung in die "Bundesrepublik Jugoslawien (Kosovo)" angedroht. Diese Formulierung ist so zu verstehen, dass der damalige Staat "Bundesrepublik Jugoslawien" als Zielstaat der Abschiebung verbindlich bestimmt worden ist und der Klammerzusatz "Kosovo" lediglich die Bedeutung haben sollte, darauf hinzuweisen, dass der Kläger jedenfalls dort sicher war (vgl. BVerwG, Urt. v. 16.11.1999 - 9 C 4/99 -, BVerwGE 110, 74, 78). Die im Bescheid des Bundesamts vom 21. August 2002 als Zielstaat bezeichnete Bundesrepublik Jugoslawien wurde im Jahr 2003 in den territorial identischen Staatenbund Serbien und Montenegro umgewandelt. Montenegro und Serbien erklärten nacheinander im Juni 2006 ihre jeweilige Unabhängigkeit, wobei Serbien gemäß der Verfassungscharta alleiniger Rechtsnachfolger der Union war. Hiervon löste sich das Kosovo schließlich im Februar 2008, was völkerrechtlich als Staatennachfolge in Form der Sezession zu verstehen ist (vgl., hierzu VGH Bad.-Württ., Beschl. v. 22.7.2008 - 11 S 1771/08 -, juris Rn. 6). Hinsichtlich der auf den Gesamtstaat bezogenen Abschiebungsandrohung muss daher aufgrund der geschilderten Entwicklung maßgeblich sein, für welchen Teil des Staatsgebietes das Bundesamt das Vorliegen von Abschiebungsverböten geprüft hat. Dies war im Asylverfahren sowie in den Folgeverfahren stets nur das Gebiet der jetzigen Republik Kosovo. Eine Abschiebung nach Serbien war und ist auch nicht beabsichtigt. Deshalb ist hier entgegen der Ansicht des Klägers trotz seiner wohl serbischen Staatsangehörigkeit und des Umstandes, dass ihm im Jahr 2007 ein serbischer Reisepass ausgestellt wurde, nicht zu prüfen, ob für ihn die Voraussetzungen des § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG hinsichtlich der Republik Serbien bestehen.

Zur Überzeugung des Senats wäre der Kläger im Falle einer Rückkehr in den Kosovo nach dem o.g. Maßstab erheblichen konkreten Gefahren für Leib und Leben nicht ausgesetzt. Von einer wesentlichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Klägers alsbald nach der Rückkehr in die Heimat kann aufgrund der vorliegenden ärztlichen Gutachten und Bescheinigungen nicht mit beachtlicher Wahrscheinlichkeit ausgegangen werden.

Dabei geht der Senat davon aus, dass der Kläger nur gemeinsam mit seiner Ehefrau ausreisen wird, auf deren Hilfestellung er im täglichen Leben angewiesen ist, weil er an einer schweren, behandlungsbedürftigen psychiatrischen Erkrankung und an einem Diabetes mellitus leidet. Nach den fachärztlichen Attesten besteht beim Kläger "wahrscheinlich eine andauernde Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung" (vgl. DIMDI (Hrsg.), Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision - German Modification dort: ICD 10 - F 62.0). Der als Gutachter im Betreuungsverfahren vor dem Landgericht Lüneburg beauftragte Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie AF. hält in seinem Gutachten vom 5. Dezember 2006 diese Diagnose für die am wahrscheinlichsten sicher festzustellende Diagnose. Seiner Einschätzung nach sei die Beurteilung des Facharztes für Psychiatrie und Neurologie V. in dessen psychiatrischem Gutachten vom 5. Mai 2006 nachvollziehbar, dass sich das jetzige Zustandsbild über den Weg einer akuten Belastungsstörung, einer posttraumatische Belastungsstörung und einer Anpassungsstörung langfristig entwickelt habe. Nicht auszuschließen sei auch, dass es sich um einen inzwischen eingetretenen Residualzustand bei chronisch verlaufender schizophreniformer Psychose (ICD 10: F 20.5) handeln könne. Unabhängig von den diagnostischen Überlegungen könne aber festgestellt werden, dass beim Kläger "eine schwere psychische Erkrankung im Sinne einer andauernden und hochwahrscheinlich nicht mehr zu bessern- den seelischen Behinderung" vorliege. Auch nach der bereits genannten fachärztlichen Stellungnahme des Facharztes für Psychiatrie AA., Oberarzt der AG., vom 2. September 2009 liegt beim Kläger eine posttraumatische Belastungsstörung mit schweren depressiven und psychotischen Symptomen (ICD 10: F 43.1) und eine andauernde Persönlichkeitsstörung nach Extrembelastung (F 62.0) vor, die mit stützenden - von Familienangehörigen übersetzten - psychotherapeutischen Gesprächen und mit Psychopharmaka behandelt wird. Bei Abbruch der Therapie besteht die erhebliche Gefahr einer psychotischen Dekompensation und damit verbunden auch der Zunahme der wahnhaften Ängste mit der hohen Wahrscheinlichkeit eines Suizids. Diese Stellungnahme ist hinsichtlich der Diagnose in sich schlüssig und stimmt mit den im Jahr 2006 eingeholten psychiatrischen Gutachten von X. und AH. überein. In seiner fachärztlichen Stellungnahme vom 11. Mai 2011 hat der Psychiater AA. im Hinblick auf die mündliche Verhandlung des Senats nochmals das bestehende schwere, im wesentlichen unveränderte psychiatrische Krankheitsbild beim Kläger und eine gegenüber September 2009 unveränderte Einnahme von Psychopharmaka/Antidepressiva bestätigt.

Dass der Kläger unter einer schweren, behandlungsbedürftigen psychiatrischen Erkrankung leidet, hat auch dazu geführt, dass er seit dem 1. Januar 2008 mit einem Grad der Behinderung von 60 als schwerbehindert anerkannt ist und wegen einer seelischen Behinderung vorerst bis zum Jahr 2016 unter Betreuung steht.

Trotz der schweren psychiatrischen Erkrankung und seelischen Behinderung bestehen aber keine hinreichenden Anhaltspunkte dafür, dass allein eine Rückkehr des Klägers in die Republik Kosovo unabhängig von dort vorhandenen Behandlungsmöglichkeiten zu einer zielstaatsbezogenen wesentlichen Verschlechterung seines Gesundheitszustandes führen wird. Entgegen der Auffassung des

Klägers ist sein Krankheitsbild nicht mit dem der Klägerin des Verfahrens 8 LB 210/05 vergleichbar, in dem der erkennende Senat mit Urteil vom 12. September 2007 (a.a.O.) wegen einer drohenden Retraumatisierung die Beklagte zur Feststellung eines Abschiebungshindernisses nach § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG verpflichtet hat. Dass beim Kläger eine Retraumatisierung droht, ist nicht beachtlich wahrscheinlich.

Die Gefahr einer Retraumatisierung besteht nur dann, wenn der Erkrankte ein Trauma, d.h. ein tiefgreifendes Ereignis, erlebt oder beobachtet hat, das das Leben oder die körperliche Unversehrtheit bedroht und ihn in extreme Hilflosigkeit und Angst versetzt hat. So hatte der Senat als traumatisierenden Ereignis im Verfahren 8 LB 210/05 eine (versuchte) Vergewaltigung einer kosovo-albanischen Frau angenommen, was für diese eine schwerwiegende, grundlegende Tabuverletzung verbunden mit der Gefahr dargestellt hat, aus der Gesellschaft ausgeschlossen zu werden (vgl. Senatsurt. v. 12.9.2007, a.a.O., juris, Rn. 32). Das Sächsische Obergerverwaltungsgericht hat mit Urteil vom 25. Januar 2011 (4 A 596/08, juris Rn. 64) die Beklagte verpflichtet, ein Abschiebungsverbot nach § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG für eine Frau festzustellen, deren acht Monate alter Sohn im Kosovo während eines Massakers vor ihren Augen getötet worden war, weil allein die Rückführung in die räumliche Nähe des Ortes des traumatisierenden Ereignisses zu einer erheblichen Lebens- und Gesundheitsgefährdung führen würde. Vergleichbare Erlebnisse des Klägers sind aber weder vorgetragen noch ersichtlich.

Auch wenn für den Kläger mehrfach u.a. eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert wurde, ergeben sich weder aus den entsprechenden ärztlichen Gutachten noch aus seinem Vortrag hinreichend konkrete Anhaltspunkte für ein traumatisierendes Ereignis im Heimatland. So heißt es in einem Bericht des Neuro-Orthopädischen Krankenhauses Soltau vom 26. September 2000: "Die diagnostische Abklärung des Patienten gelang nicht mit letzter Sicherheit. Im Verlauf zeigte sich jedoch, dass trotz schwieriger Bedingungen der fremdsprachlichen Anamneseerhebung kein Trauma zur Entstehung der momentanen Symptomatik ausgemacht werden konnte." In seinem nervenärztlichen Attest vom 21. Dezember 2001 beschreibt der Arzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie K.: "In die Symptomatik fließen ganz wesentlich die Ereignisse aus dem Frühjahr 89 und 92 sowie die Bürgerkriegsereignisse 99 in Mitrovica/Kosovo mit der Ermordung von Onkel und Tante mit ein. Die in diesem Zusammenhang erlebte Hilf- und Machtlosigkeit, das Gefühl des Ausgeliefertseins wurde einerseits durch die unsichere Bleibesituation, zusätzlich jedoch auch durch die Ereignisse seit dem 11. September 2001 in den USA reaktiviert...". In den amtsärztlichen Stellungnahmen des P., Landkreis Q., vom 14. Februar 2002 und vom 11. Juni 2002 führt dieser aus: "Befragt nach einer Traumatisierung im Rahmen der Bürgerkriegsereignisse im Kosovo wurden Schläge auf den Kopf durch die serbische Polizei angegeben. Greueltaten an sich selbst bzw. an anderen Personen hat Herr C. nicht direkt miterlebt." Lediglich die Psychotherapeutin AI., L., beschreibt in ihrem psychologischen Gutachten vom 12. November 2004 unter Ziff. 3 "Spezielle Vorgeschichte (Traumaaamnese)" u.a.: "Sein Trauma begann an dem Tag, als die Miliz/Uniformierte/Soldaten die Fabrik, in der er gearbeitet hat, besetzt haben (im Frühjahr 1991) und alle Mitarbeiter aus der Fabrik verjagt haben.

Hierbei haben die Polizisten Schlagstöcke benutzt, und er sei auf brutalste Art und Weise mit diesen geschlagen worden, so dass er auf den Boden fiel, und sie hörten nicht auf. Er wurde hierbei beschimpft, und die Polizisten drohten, sie alle zu töten, wenn sie die Fabrik nicht verlassen.... Er musste an den Leichen vorbei selbst um sein Leben rennen. Er sah Blut und Tote überall". Im Bericht der Psychiatrischen Abteilung der AC. vom 29. September 2005 ist unter "Sozial- und Familienanamnese" ausgeführt, dass der Patient bei einer Straßenkontrolle von der Polizei geschlagen worden sei und schwere Kopfverletzungen erlitten habe, die im Krankenhaus behandelt worden seien. Der Facharzt für Psychiatrie und Neurologie V., Universitäts-Krankenhaus AJ., stellt in seinem psychiatrischen Gutachten vom 5. Mai 2006 fest, dass der Kläger "seit längerer Zeit schwer krank" und es kaum möglich sei, "seine Erkrankung ohne eine stattgefundene Traumatisierung zu erklären". Für ihn sei vorstellbar, dass der Kontext der Ereignisse anders gewesen und die vom Kläger erlittene Gewalt unter anderen Umständen geschehen sei. Anhaltspunkte dafür gebe es jedoch nicht.

Dies zeigt letztlich, dass der Kläger selbst ein konkretes traumaauslösendes Ereignis nicht bezeichnet hat und auch die Gutachter im Wesentlichen nur Vermutungen, nicht jedoch hinreichend konkrete Feststellungen über ein traumatisierendes Ereignis im Heimatland treffen konnten. Zurückzuführen ist dies nicht nur auf die in den ärztlichen Berichten immer wieder erwähnten Verständigungsschwierigkeiten mit dem Kläger, der die deutsche Sprache nicht beherrscht und stets einen Dolmetscher benötigt. Vielmehr wird erkennbar, dass für seine Erkrankung auch Erlebnisse in Deutschland ursächlich waren, wie die dauernde Angst, in den Kosovo abgeschoben zu werden, und das Beobachten der Ereignisse im Kosovo von Deutschland aus. So hat sich der Kläger abgesehen von einer Behandlung bei seinem Hausarzt, dem Arzt für Allgemeinmedizin J., N., erstmals im Jahr 2000 wegen einer "angstgefärbten depressiven Störung" in psychiatrische Behandlung (vgl. Attest des Facharztes für Psychiatrie und Neurologie O. vom 12.10.2000) begeben. Im psychologischen Bericht des Reha-Zentrums N. vom 20. September 2000 heißt es dazu, dass die Angstsymptomatik ursächlich durch die unsichere Lage als Asylbewerber und die drohende Ausweisung in ein Kriegs- bzw. Krisengebiet begründet zu sein scheine. Erst in den o.g. ärztlichen Bescheinigungen, die ab dem Jahr 2001 erstellt worden sind, ist die Rede von einer Traumatisierung durch die Bürgerkriegsereignisse im Kosovo. Allerdings fand der Bürgerkrieg im Kosovo im Jahr 1999 und damit zu einer Zeit statt, in der sich der Kläger längst in Deutschland aufhielt. Während der Kläger bei der Anhörung vor dem Bundesamt am 26. Mai 1994 auf die Frage, ob ihm in der Zeit ab Streikbeginn im Bergwerk bis zu seiner Ausreise persönlich etwas passiert sei, noch angegeben hatte, fünf- oder sechsmal von der Polizei auf der Straße angehalten und dabei einmal geschlagen worden zu sein sowie nochmals geschlagen worden zu sein, als ihm sein Dienst- bzw. Arbeitsausweis weggenommen worden sei (Bl. 58 BA D), hat sich sein Vortrag im Laufe der Jahre von Schlägen auf den Kopf über schwere Kopfverletzungen, die im Krankenhaus hätten behandelt werden müssen, bis hin zu lebensbedrohlichen Schlägen mit Schlagstöcken bei Übergriffen mit zahlreichen Toten gesteigert. Soweit die Psychologin Ban hierüber in ihrem Gutachten vom 12. November 2004 berichtet, fehlen jegliche Ausführungen zur Überprüfung

der Glaubhaftigkeit der klägerischen Angaben, so dass allein dieses Gutachten für die Annahme eines traumatisierenden Ereignisses im Kosovo nicht geeignet ist.

Zwar müssen die Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung dem Trauma nicht stets nach wenigen Wochen bis Monaten folgen, sondern können sich auch mit mehrjähriger Verzögerung einstellen (vgl. Senatsbeschl. v. 18.11.2010 - 8 LA 26/10 -, [www.dbovg.niedersachsen.de](http://www.dbovg.niedersachsen.de)). Davon ist beim Kläger jedoch nicht auszugehen. Dass er im Laufe der Zeit Vorstellungen und Gedanken zum Kosovo entwickelt hat, die nicht der Realität entsprechen (vgl. Gutachten des Herrn X. vom 5.5.2006), ist bedingt durch die schwere seelische Erkrankung, führt aber nicht nachträglich zur Feststellung eines traumatisierenden Ereignisses im Heimatland. Traumatisierend war vielmehr nach der Gutachtenlage der langjährige unsichere Aufenthaltsstatus, eine "erhöhte Vulnerabilität in Folge einer Prädisposition in seiner Grundpersönlichkeit" (vgl. Gutachten des Herrn X. vom 5.5.2006) und die zwischenzeitlichen Abschiebungen seiner erwachsenen Kinder, die bereits zu Suizidversuchen des Klägers in Deutschland geführt haben. Die dem Kläger attestierte chronische Suizidalität besteht zur Überzeugung des Senats deshalb nicht im Hinblick auf ein traumatisierendes Ereignis im Heimatland, sondern wegen der ständig drohenden Gefahr der Abschiebung und ist damit nicht zielstaatsbezogen.

Auch von einer wesentlichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Klägers in Form einer psychotischen Dekompensation alsbald nach der Rückkehr in die Heimat aufgrund eines Abbruchs der bisherigen Therapie (vgl. Stellungnahme des Facharztes für Psychiatrie AA. der psychiatrischen Abteilung der AC. vom 2.9.2009) ist nicht mit beachtlicher Wahrscheinlichkeit auszugehen. Die Rückkehr mag für den Kläger fraglos sehr belastend sein und deshalb zunächst auch zu einer ungünstigen Entwicklung seines Gesundheitszustandes führen. Diese Verschlechterung ist indes nicht als wesentlich oder lebensbedrohlich anzusehen, weil die psychiatrische Erkrankung des Klägers mittlerweile im Kosovo - wenn auch nicht mit dem in der Bundesrepublik Deutschland üblichen Standard - hinreichend therapeutisch und medikamentös behandelbar ist.

So ergibt sich aus dem Lagebericht des Auswärtigen Amtes über die asyl- und abschiebungsrelevante Lage in der Republik Kosovo vom 6. Januar 2011 (Stand: Dezember 2010, S. 28 ff.), dass die medizinische Versorgung der Bevölkerung durch ein öffentliches dreistufiges Gesundheitssystem (Erstversorgungszentren, Regionalkrankenhäuser und Universitätsklinik Pristina für spezielle medizinische Versorgung) grundsätzlich gewährleistet ist. Für medizinische Leistungen sowie bestimmte Basismedikamente (verzeichnet in der so genannten „Essential Drug List“) zahlt der Patient zwar Eigenbeteiligungen, von denen aber Invalide, Empfänger von Sozialhilfeleistungen, chronisch Kranke, Kinder bis zum 10. Lebensjahr und Personen über 65 Jahre befreit sind (vgl. Auswärtiges Amt Lagebericht, S. 31). Die Behandlung von psychiatrischen Erkrankungen wird im öffentlichen Gesundheitssystem in neun regionalen Gesundheitszentren durchgeführt, den so genannten "Mental Health Care Centres - MHCs -", die sich u.a. in den Städten Pejë/Pec, Prizren, Ferizaj/Uroševac, Gjilan/Gnjilane, Gjakovë/Djakovica, Mitrovicë/Mitrovica (Süd), Skenderaj, Podujevo und Prishtinë/Priština befinden

(vgl. Auskunft der Botschaft Pristina an Bundesamt v. 29.11.2010). Außerdem gibt es acht Integrationshäuser, die der Rehabilitation und Reintegration von chronisch erkrankten Patienten mit psychiatrischem Behandlungsbedarf dienen. Personen, die einer stationären Behandlung bedürfen, werden in den vier Regionalkrankenhäusern in den Abteilungen für stationäre Psychiatrie (jeweils mit angeschlossener Ambulanz) sowie in der Psychiatrischen Klinik der Universitätsklinik Pristina behandelt. Die Aufnahme neuer Patienten ist unproblematisch. Posttraumatische Belastungsstörungen und sonstige psychiatrische Erkrankungen werden in den Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitssystems primär medikamentös, aber teilweise auch auf psychotherapeutischer Grundlage behandelt. Die Nachsorge psychiatrisch erkrankter Patienten findet zunehmend in den primären Strukturen der Family Medical Centers - FMCs - statt. FMCs befinden sich in 31 Orten des Kosovo (vgl. Auskunft der Botschaft Pristina an Landratsamt Bodenseekreis v. 31.1.2009). So legt z.B. das Zentrum für Mentale Gesundheit für den Kreis Prizren seinen Schwerpunkt auf die Rehabilitation. Es finden ambulante Gesprächstherapien in der Einrichtung oder in Form von Hausbesuchen durch ein Team statt, wobei Familienmitglieder in die Behandlung integriert werden. Aufgrund einer gemeinsamen Strategie des Gesundheitsministeriums und des Ministeriums für soziale Angelegenheiten zur Förderung von Unterstützungsleistungen erhalten Familienangehörige zunehmend Hilfe und Unterstützung für pflegebedürftige psychiatrisch erkrankte Angehörige sowohl durch die MHCs als auch durch immer mehr gemeindliche, von der jeweiligen Kommune oder Nichtregierungsorganisationen (NROs) finanzierte Fürsorge- und Betreuungsdienste. Im Rahmen der Familienpflege durch die MHCs finden auch hausärztliche Besuche statt, und es werden therapeutische Maßnahmen im Rahmen von Psychotherapien durchgeführt. Die Weiterbehandlung eines psychiatrisch erkrankten Patienten, der den privaten Alltag ohne die Hilfe Dritter nicht bewältigen kann, ist im Kosovo derzeit möglich, wenn seine Betreuung durch Angehörige sichergestellt ist (vgl. Auskunft der Botschaft Pristina an Bundesamt v. 29.3.2011).

Da der Kläger gemeinsam mit seiner (vollziehbar ausreisepflichtigen) Ehefrau, die ihn auch in Deutschland pflegt und unterstützt, abgeschoben würde, ist nach der geschilderten Erkenntnislage davon auszugehen, dass die psychiatrische Erkrankung des Klägers in der Republik Kosovo - zwar nicht optimal - aber doch hinreichend behandelt werden kann (vgl. auch VGH Bad.-Württ., Beschl. v. 4.2.2010 - A 11 S 331/07 -, juris Rn. 38, der ebenfalls von einer hinreichenden Behandelbarkeit psychiatrischer Erkrankungen ausgeht).

Dass die vom Kläger u.a. zitierten Entscheidungen der Verwaltungsgerichte Braunschweig (Urt. v. 11.6.2009 - 6 A 287/07 -), Stuttgart (Urt. v. 17.11.2008 - 11 K 4571/07 -) und Hannover (Urt. v. 28.8.2008 - 12 A 28/08) von einer gänzlich fehlenden ärztlichen Behandlung und Medikation im Kosovo - die Verwaltungsgerichte Stuttgart und Hannover ausdrücklich für den Fall schwerer psychischer Erkrankungen - ausgingen, ergab sich - abgesehen von individuellen Abweichungen hinsichtlich der möglichen Unterstützung durch Familienangehörige - aufgrund von Erkenntnissen aus früheren Jahren (z.B. Bericht der Schweizerischen Flüchtlingshilfe, Kosovo - Zur Lage der medizinischen Ver-

sorgung, Update v. 7.6.2007; Auswärtiges Amt, Lagebericht v. 2.2.2009), die durch die neueren Erkenntnismittel (vgl. Auswärtiges Amt, Lagebericht v. 6.1.2011) teilweise überholt sind (vgl. dazu auch Senatsbeschl. v. 8.2.2011 - 8 LA 14/11 -, [www.dbovg.niedersachsen.de](http://www.dbovg.niedersachsen.de)). Auch wenn nach der Einschätzung der Schweizerischen Flüchtlingshilfe das "enorme Bedürfnis nach professioneller psychologischer Betreuung bei weitem noch nicht gedeckt werden kann" und die Behandlung von akuten psychiatrischen Störungen nicht über das Verschreiben von Medikamenten und Sprechstunden zwecks Kontrolle ihrer Dosierung hinausgeht (vgl. Schweizerische Flüchtlingshilfe, Kosovo: Update, Zur Lage der medizinischen Versorgung, Stand: 1.9.2010, S. 12 ff.), spricht bereits der Umstand, dass mittlerweile überhaupt psychiatrische Sprechstunden im öffentlichen Gesundheitssystem angeboten werden, für eine tendenzielle Verbesserung der medizinischen Versorgung und Betreuungsmöglichkeiten im Kosovo (so auch VG Gelsenkirchen, Urt. v. 10.12.2010 - 7a K 1894/10.A -, juris Rn. 42).

Soweit das Verwaltungsgericht Stuttgart in seinem Urteil vom 17. November 2008 (a.a.O.) noch davon ausging, dass diejenigen Personen, die aus Westeuropa in den Kosovo abgeschoben werden, von zwischenstaatlichen oder nichtstaatlichen Organisationen keine Unterstützung erhalten, hat sich auch insoweit die Situation für Rückkehrer zwischenzeitlich durch das seit dem 1. Januar 2009 zunächst bis zum 31. Dezember 2011 befristete Rückkehrprojekt "URA II" (alb.: "Die Brücke") sogar erheblich verbessert (vgl. zur Verlängerung vorerst bis 31.12.2011: [www.bamf.de/DE/Rueckkehrfoerderung/ProjektKosovo](http://www.bamf.de/DE/Rueckkehrfoerderung/ProjektKosovo)). Es handelt sich um ein vom Bund und vier Ländern (u.a. Niedersachsen) gefördertes Folgeprojekt unter Leitung des Bundesamtes, das ein "Unterstützungspaket" für freiwillige Rückkehrer und für zwangsweise Rückgeführte vorhält, das aus Soforthilfen, Sozialberatung, psychologischer Beratung und Maßnahmen zur Arbeitsförderung besteht. Psychologen, die in Deutschland im Rahmen dieses Projektes URA II zu Trauma-Spezialisten geschult worden sind, bieten eine professionelle Behandlung psychischer Erkrankungen an und/oder sind bei der Vermittlung von qualifizierten Psychologen behilflich (vgl. Auswärtiges Amt, Lagebericht v. 6.1.2011, S. 34). Die Mitarbeiter des Projektes URA II unterstützen auf Wunsch Rückkehrer auch bei der Beschaffung der erforderlichen Medikamente (vgl. Auskunft der Botschaft Pristina vom 26.2.2010 an VG Düsseldorf). Allerdings ist die hier angebotene Unterstützung als eine Übergangsmaßnahme zu verstehen, die vor allem verhindern soll, dass ankommende Rückkehrer sich erst nach einer zeitaufwändigen Suche vor Ort mit einem Psychologen in Verbindung setzen können oder dass die betroffenen Rückkehrer ihr Behandlungsbedürfnis aufgrund fehlender Geldmittel zunächst zurückstellen würden. Am Ende der kurzzeitigen Betreuung der Betroffenen soll deren Überweisung an einen Facharzt stehen (vgl. Bundesamt, Informationszentrum Asyl und Migration Kosovo, Länderreport Band 2, Januar 2011: Wirtschaftliche und soziale Lage, Gesundheit, Reintegration, Nr. 4.3 "Das Projekt URA", S. 28).

Bezogen auf den Kläger bedeutet das Projekt URA II, dass er zunächst, d.h. während der ersten Wochen nach seiner Rückkehr, eine kostenfreie Behandlung seiner psychiatrischen Erkrankung und einen einmaligen Medikamentenzuschuss bis 75 EUR in Anspruch nehmen kann. Danach ist er auf

das o. g. öffentliche Gesundheitswesen angewiesen, in dem er als chronisch Kranker grundsätzlich von einer Zuzahlungspflicht befreit ist und die staatlich finanzierten Basismedikamente der sog. "Essential Drug List" kostenfrei erhalten kann. Die Abgabe der staatlich finanzierten Medikamente orientiert sich an der Schwere der Erkrankung und erfolgt vorrangig an Personen, die - wie der Kläger - an einer chronischen Erkrankung leiden (vgl. Auswärtiges Amt, Lagebericht v. 6.1.2011, S. 31). Da bis zum Jahr 2009 jedoch nur 30 % des ermittelten Medikamentenbedarfs aus staatlichen Mitteln finanziert werden konnte (vgl. Auskunft der Botschaft Pristina an Landratsamt Bodenseekreis v. 31.1.2009) und insoweit gegenteilige aktuelle Erkenntnisse nicht vorliegen, kann die kostenfreie Versorgung chronisch Kranker weiterhin nicht als gesichert angesehen werden. Auch nach der Einschätzung der Schweizerischen Flüchtlingshilfe übersteigt die Nachfrage nach medizinischen Leistungen die Kapazitäten weit, und die Patienten müssen in den meisten Fällen einen Teil oder die gesamten Behandlungskosten/ Kosten für Medikamente übernehmen (vgl. Schweizerische Flüchtlingshilfe, Kosovo Update, Zur Lage der medizinischen Versorgung, September 2010, S. 6). Eine Verbesserung ist insoweit zu verzeichnen, als das Gesundheitsministerium nach Lieferengpässen bei Insulin zu Beginn des Jahres 2009 Vorkehrungen getroffen hat, zukünftig solche Engpässe zu vermeiden (vgl. Bundesamt, Informationszentrum Asyl und Migration, Kosovo, Länderreport Band 2; Wirtschaftliche und soziale Lage, Gesundheit, Reintegration, Januar 2011, S. 22). Falls erneut Engpässe auftreten, muss jedoch wieder auf private Apotheken ausgewichen werden, bei denen die Medikamente selbst zu bezahlen sind. Das Gesundheitsministerium verfügt zwar auch über ein Budget, um bedürftigen Personen Medikamente zur Verfügung stellen zu können, die nicht in der "Essential Drug List" aufgeführt sind. Die Entscheidung über die Vergabe trifft eine Kommission des Gesundheitsministeriums in einem sehr formellen Verfahren, das an strenge Voraussetzungen gebunden ist. Die Bewilligung erfolgt jedoch nur in Ausnahmefällen, wenn der Patient ansonsten in eine lebensbedrohliche Situation geraten würde. Es gibt auch Krankenhausärzte, die Medikamentenvorräte angelegt haben, mit denen sie sozial schwache Patienten kostenlos behandeln (vgl. Bundesamt, Informationszentrum Asyl und Migration, Kosovo, Länderreport Band 2; Wirtschaftliche und soziale Lage, Gesundheit, Reintegration, Januar 2011, S. 22; Auswärtiges Amt, Lagebericht v. 6.1.2011, S. 31).

Selbst wenn der Kläger nach der übergangsweisen Betreuung durch das Projekt "URA II" die von ihm benötigten Medikamente teilweise in privaten Apotheken beziehen muss - zumal von den Medikamenten, die der Kläger derzeit einnimmt, nur "Tavor" mit dem Wirkstoff Lorazepam auf der "Essential Drug List" vorhanden ist -, geht der erkennende Senat davon aus, dass diese Medikamente für ihn zugänglich sind und er sie finanzieren kann. Grundsätzlich sind Antidepressiva/ Psychopharmaka in der Republik Kosovo zu einem sehr viel günstigeren Preis als in der Bundesrepublik Deutschland zu erwerben. So liegen die Verkaufspreise von Benzodiazepinen wie Diazepam und Lorazepam für 20 Tabletten je nach Hersteller zwischen 0,50 und 3,- EUR (vgl. Auskunft der Botschaft Pristina an Bundesamt vom 26.3.2010). Das Medikament Tavor mit dem Wirkstoff Lorazepam kostet pro Packung mit 20 Tabletten zu 1 mg ca. 1,- EUR (vgl. Auskunft der Botschaft Pristina an Bundesamt v. 29.11.2010). Soweit die übrigen, vom Kläger derzeit eingenommenen Medikamente Cipralex, Solian,

Fluanxol, Melperon und Zopiclon, die bei Angststörungen, Psychosen, Schizophrenie, Wahnvorstellungen und Schlafstörungen eingesetzt werden, im Kosovo nicht erhältlich sein sollten, sind diese aus dem Ausland (zu höheren Preisen) beschaffbar. Dass eine Umstellung auf andere Präparate mit vergleichbarer Wirksamkeit ausgeschlossen ist, ist der Stellungnahme des behandelnden Facharztes für Psychiatrie nicht zu entnehmen. Deshalb ist denkbar, dass dem Kläger bei der Ausreise aus Deutschland ein Medikamentenvorrat zur Verfügung gestellt wird und nach Beratung durch kosovarische Ärzte langfristig eine Umstellung der Medikation im Heimatland stattfindet.

Der Kläger allein wird zwar nicht in der Lage sein, diejenigen finanziellen Mittel für die Medikamente, die er nicht kostenlos erhält, aufzubringen. Er selbst ist aufgrund seiner Erkrankung dauerhaft nicht erwerbsfähig (vgl. amtsärztliche Bescheinigung des Landkreises Soltau-Fallingb. v. 22.1.2010). Selbst wenn er im Kosovo Sozialhilfe erhalten würde, wäre diese voraussichtlich nicht ausreichend, um damit die regelmäßig anfallenden Medikamentenkosten zu begleichen. Die Sozialhilfeleistungen belaufen sich für Einzelpersonen auf 40 EUR im Monat, für Familien abhängig von der Anzahl der Personen auf bis zu 80 EUR monatlich und bewegen sich daher – auch gemessen an den Lebensbedingungen in Kosovo – auf niedrigem Niveau. Sie genügen kaum, um die Grundbedürfnisse zu bestreiten (vgl. Auswärtiges Amt, Lagebericht v. 6.1.2011, S. 26 f.), und ermöglichen es daher erst recht nicht, die vom Kläger benötigten Medikamente zu finanzieren. Die Ehefrau des Klägers wird ebenfalls nicht in der Lage sein, durch Aufnahme einer Berufstätigkeit zum Lebensunterhalt der Familie beizutragen, weil sie den Kläger, der zu einer normalen Lebensführung nicht in der Lage ist, ständig betreuen und versorgen muss.

Eine finanzielle Unterstützung der medizinischen Behandlung des Klägers ist jedoch durch seine weiteren Angehörigen, die innerhalb und außerhalb der Republik Kosovo leben, zumutbar. Wie bereits ausgeführt geht das Bundesverwaltungsgericht in ständiger Rechtsprechung (vgl. Beschl. v. 1.10.2001 - 1 B 185/01 -, juris Rn. 2) davon aus, dass die mögliche Unterstützung durch Angehörige im In- und Ausland in die gerichtliche Prognose, ob bei Rückkehr eine Gefahr für Leib oder Leben besteht, mit einzubeziehen ist.

Danach ist hier eine finanzielle Unterstützung der nach Aktenlage bereits im Jahr 2003 in den Kosovo abgeschobenen volljährigen Kinder des Klägers - sein Sohn T. (geb. 1983) und seine Tochter S. (geb. 1984) - zu berücksichtigen. Beide Kinder des Klägers sind in einem arbeitsfähigen Alter, und Gründe, die dagegen sprechen können, dass sie sich an der Finanzierung der medizinischen Versorgung des Klägers beteiligen, sind nicht ersichtlich.

Dem im Jahr 1989 geborenen und im Bundesgebiet lebenden weiteren Sohn AK. ist ebenfalls zuzumuten, finanziell zur medizinischen Versorgung des Klägers von Deutschland aus beizutragen. Derzeit lebt er noch im Haushalt seiner Eltern, würde aber nicht mit abgeschoben werden, weil er über

eine Aufenthaltserlaubnis nach § 23 AufenthG verfügt und seinen Lebensunterhalt eigenständig durch Erwerbstätigkeit sichert.

Außerdem hat der Kläger noch zwei Schwestern, die nach seinen Angaben im Kosovo leben (vgl. Gutachten des Herrn X. vom 5.5.2006, Bl. 8 BA A) und ebenfalls zu seiner Unterstützung beitragen können. Bei Bedarf ist die Botschaft behilflich, etwaige Angehörige im Kosovo zu ermitteln (vgl. Auskunft der Botschaft Pristina an Bundesamt v. 29.3.2011). Schließlich leben vier Brüder und der Schwager des Klägers dauerhaft in Deutschland (N.), Schweden, Norwegen bzw. Österreich (vgl. Bl. 8 BA A; Bl. 50 BA D).

Insgesamt stehen danach 4 Personen innerhalb des Kosovo und 6 Personen im westeuropäischen Ausland zur Verfügung, die den Kläger finanziell unterstützen können. In Anbetracht dieser Vielzahl von Familienmitgliedern, zwischen denen die Kosten für Medikamente aufgeteilt werden können, ist auch eine höhere (über 150,- EUR liegende) monatliche Gesamtbelastung zumutbar und die Finanzierung der Medikamentenversorgung des Klägers über seine Kinder und Geschwister gesichert.

Von einer wesentlichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Klägers bei Rückkehr in die Republik Kosovo ist auch nicht mit beachtlicher Wahrscheinlichkeit wegen des am 9. März 2011 erlittenen Herzinfarktes auszugehen.

Zwar können schwere Komplikationen bei Herzerkrankungen, die einen operativen herzchirurgischen Eingriff notwendig machen, im öffentlichen Gesundheitswesen des Kosovo derzeit noch nicht behandelt werden. Herzchirurgische Eingriffe werden nur in drei privaten Herzkliniken, die seit dem Jahr 2009 im Kosovo eröffnet wurden und einen hohen medizinischen Standard haben, gegen private Zahlung aller in Anspruch genommener Leistungen durchgeführt. Kontrolluntersuchungen bei Herzerkrankungen sind dagegen im öffentlichen Gesundheitswesen möglich (vgl. Auswärtiges Amt, Lagebericht v. 6.1.2011, S. 30 und 32).

Fachärztliche Hinweise darauf, dass der Kläger sich im Rahmen der Nachsorge seines Herzinfarktes voraussichtlich einem weiteren herzchirurgischen Eingriff unterziehen muss, liegen nicht vor. Im vorläufigen, an die Rehabilitationsklinik gerichteten Entlassungsbericht der Klinik für Herz-Thorax-Chirurgie AD. vom 18. März 2011 wird lediglich eine Dauermedikation mit ASS 100 mg/d und eine Behandlung mit Pentalong 2x50 mg/d für insgesamt sechs Monate postoperativ empfohlen. Im Bericht der Rehabilitationsklinik AE. vom 13. April 2011 an den behandelnden Arzt J. wird ein Rehabilitationsverlauf mit kontinuierlicher Verbesserung von Mobilität und Belastbarkeit beschrieben. Unter "Empfehlungen" heißt es: "Unauffällige Reha, kardial stabil..." Nach diesen Berichten ist davon auszugehen, dass für den Kläger die kardiologischen Kontrolluntersuchungen im öffentlichen Gesundheitssystem des Kosovo ausreichend sein werden. Das als Dauermedikament zur Herzinfarkt-Prophylaxe empfohlene ASS 100 mg befindet sich auf der "Essential Drug List" (Medikament Nr. 73)

und kann vom Kläger deshalb grundsätzlich im Kosovo kostenfrei bezogen werden. Sollte der Kläger es privat in einer Apotheke beziehen müssen, sind dort 20 Tabletten a 100 mg zu einem Preis von 0,50 EUR erhältlich (vgl. Auskunft der Botschaft Pristina an VG Düsseldorf vom 26.2.2010).

Soweit der Facharzt für Psychiatrie AA., AB., ausgeführt hat, aufgrund des "zu erwartenden erheblichen psychischen Stressfaktors" sei für den Kläger "neben den psychischen Folgeschäden (z.B. wahnhafte Dekompensation mit akuter Suizidalität) das Risiko für einen erneuten Myokardinfarkt sehr hoch" und ihm aus ärztlicher Sicht nicht zuzumuten, bezieht sich diese psychiatrische ärztliche Stellungnahme vom 11. Mai 2011 ausdrücklich (nur) auf den Termin zur mündlichen Verhandlung am 8. Juni 2011 vor dem Senat und darauf, dass der Kläger nicht daran teilnehmen könne, weil er nicht verhandlungsfähig sei. Abgesehen davon ist es aufgrund der Spezialisierung auf die unterschiedlichen medizinischen Fachgebiete nicht einem Facharzt für Psychiatrie, sondern typischerweise einem Facharzt für Kardiologie, Inneres oder Herzchirurgie vorbehalten, das Risiko eines (erneuten) Herzinfarktes verlässlich zu diagnostizieren. Sollte sich aus kardiologischer, internistischer oder herzchirurgischer Sicht beim Kläger zukünftig die medizinische Notwendigkeit eines herzchirurgischen Eingriffes ergeben, wofür bislang keine Erkenntnisse vorliegen, ist er auf ein erneutes Asylfolgeverfahren zu verweisen.

Vorinstanz: VG Lüneburg, Urteil vom 15.09.2009, Az. 4 A 431/06