

Verwaltungsgericht Düsseldorf

Urteil vom 24.05.2006

Tenor:

Die Klage wird abgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens, für das Gerichtskosten nicht erhoben werden.

Tatbestand:

Die Klägerin ist armenische Staatsangehörige kurdischer Volks- und jezidischer Glaubenzugehörigkeit. Sie reiste nach eigenen Angaben am 31. März 1997 in die Bundesrepublik Deutschland ein und stellte am 03. April 1997 einen Asylantrag.

Mit Bescheid vom 28. November 1997 lehnte das Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge (nunmehr Bundesamt für Migration und Flüchtlinge; im Folgenden: Bundesamt) den Asylantrag als unbegründet ab und stellte fest, dass weder die Voraussetzungen des damaligen § 51 Abs. 1 AuslG noch Abschiebungshindernisse nach § 53 AuslG vorlägen. Zugleich forderte es die Klägerin unter Androhung der Abschiebung nach Armenien auf, das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland innerhalb eines Monats nach Eintritt der Unanfechtbarkeit des Bescheides des Bundesamtes zu verlassen. Die dagegen erhobene Klage blieb erfolglos (rechtskräftiges Urteil des VG Gelsenkirchen vom 18. Mai 2001 - 3a K 9172/97.A; OVG NRW, Nichtzulassungsbeschluss vom 05. November 2001 - 11 A 2654/01.A).

Am 04. April 2003 stellte die Klägerin einen erneuten Antrag, beschränkt auf die Feststellung des Vorliegens von Abschiebungshindernissen gem. dem damaligen § 53 AuslG. Zur Begründung legte die Klägerin ärztliche Bescheinigungen eines „Arztes für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie“, N1, vom 17. Januar 2003, 26. März 2003 sowie 07. Oktober 2003 (eingegangen beim Bundesamt am 17. Oktober 2003) vor. Im Wesentlichen wurde der Klägerin darin eine posttraumatische Belastungsstörung (im Folgenden: PTBS) und eine „ausgeprägte depressive Symptomatik“ attestiert. Mit streitgegenständlichem Bescheid vom 10. Oktober 2003 lehnte das Bundesamt die Abänderung seiner vormaligen Entscheidung zu § 53 AuslG ab.

Dagegen hat die Klägerin am 31. Oktober 2003 Klage erhoben und eine weitere ärztliche Bescheinigung des N1 vom 04. November 2003 bzw. des N2 vom 16. Februar 2004 eingereicht. Eine adäquate weitere Behandlung ihres Leidens sei in Armenien nicht möglich, auch fehle es ihr an den dafür erforderlichen finanziellen Mitteln.

Der Antrag auf Gewährung einstweiligen Rechtsschutzes wurde mit Beschluss des VG Gelsenkirchen vom 03. Dezember 2003 (12a L 278/03.A) abgelehnt. Der hiergegen gerichtete Abänderungsantrag blieb gleichfalls erfolglos (Beschluss des VG Gelsenkirchen vom 18. März 2004 - 12a L 635/04.A).

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides des Bundesamtes vom 10. Oktober 2003 zu verpflichten, festzustellen, dass Abschiebungsverbote nach § 60 Abs. 2 bis 7 AufenthG bestehen.

Die Beklagte beantragt schriftsätzlich,

die Klage abzuweisen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird ergänzend auf den Inhalt der Gerichtsakten und den der beigezogenen Verwaltungsvorgänge sowie Ausländerakten Bezug genommen. Hinsichtlich der vom Prozessbevollmächtigten in der mündlichen Verhandlung gestellten Beweisangebote wird auf das Sitzungsprotokoll Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Klage ist unbegründet.

Der angegriffene Bescheid des Bundesamtes ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten (§ 113 Abs. 1 und Abs. 5 VwGO). Das Bundesamt hat auf den Folgeantrag der Klägerin die Abänderung des Bescheides vom 28. November 1997 bezüglich der Feststellung zu § 53 AuslG (nunmehr i.W. § 60 Abs. 2- 7 AufenthG) zu Recht im Bescheid vom 10. Oktober 2003 abgelehnt. Demgemäss hat die Klägerin keinen Anspruch auf die Feststellung des Vorliegens von Abschiebungsverboten nach § 60 Abs. 2 bis 7 AufenthG.

Das Gericht folgt den tragenden Feststellungen und der Begründung der angefochtenen Entscheidung des Bundesamtes vom 10. Oktober 2003 und nimmt gemäß § 77 Abs. 2 AsylVfG auf den im Wesentlichen zutreffenden Bescheid Bezug. Anhaltspunkte, die geeignet wären hinsichtlich des Bestehens von Abschiebungsverboten einen von der früher vom Bundesamt getroffenen Entscheidung zu § 53 AuslG a.F. abweichenden Ausspruch zu rechtfertigen, bestehen - auch vor dem Hintergrund der im Bundesamtsbescheid noch nicht verwerteten weiteren ärztlichen Bescheinigungen der N1/N2 vom 07. Oktober 2003 (beim Bundesamt am 17. Oktober 2003 eingegangen), vom 04. November 2003, vom 16. Februar 2004, vom 25. Oktober 2005 sowie vom 18. Mai/Juni 2006 - nicht.

Dazu merkt die Kammer ergänzend an: Bei der Klägerin ist insbesondere kein zielstaatsbezogenes Abschiebungshindernis im Sinne des § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG ersichtlich. Die Vorschrift des § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG setzt eine erhebliche konkrete Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit der Klägerin voraus. Dabei gilt für die Beurteilung der Voraussetzungen dieser Vorschrift der gleiche Prognosemaßstab, den die Rechtsprechung bei der Beurteilung der Gefahr einer politischen Verfolgung aufgestellt hat (vgl. BVerwG, Beschl. v. 28. März 2001 - 1 B 83.01; BVerwG, Beschl. v. 18. Juli 2001 - 1 B 71.01; BVerwG, Urte. v. 17. Oktober 1995 - 9 C 9.95, jew. m.w.N.).

Erforderlich ist daher, dass die Prognose eine beachtliche Wahrscheinlichkeit für das Eintreten der dort genannten Gefahr ergibt. Deren bloße Möglichkeit reicht nicht aus. Die für die Rechtsgutgefährdung sprechenden Gründe müssen dabei ein größeres Gewicht besitzen als die dagegen sprechenden Tatsachen, so dass der Schadenseintritt nicht nur in gleicher Weise wahrscheinlich wie unwahrscheinlich ist (vgl. BVerwG, Urte. v. 23. Februar 1988 - 9 C 32.87, BVerwGE 79, 143, 150f.; BVerwG, Urte. v. 05. November 1991 - 9 C 118.90, BVerwGE 89, 162, 169f.).

Die Rechtsgutgefährdung im Sinne dieser Vorschrift muss dabei „erheblich“ sein, d.h. eine Gefährdung von besonderer Intensität zu erwarten sein. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn sich der Gesundheitszustand der Klägerin wesentlich oder sogar lebensbedrohlich verschlechtern würde. „Konkret“ ist die Gefahr, wenn diese Verschlechterung alsbald nach der Rückkehr der Klägerin in ihr Heimatland einträte, da sie dort nur unzureichende Möglichkeiten zur Behandlung des Leidens hätte und anderweitige wirksame Hilfe nicht in Anspruch nehmen könnte (vgl. BVerwG Urte. v. 25. November 1997 - 9 C 58.96, BVerwGE 105, 383; BVerwG Urte. v. 27. April 1998 - 9 C 13.97, NVwZ 1998, 973).

Maßgeblich abzustellen ist in diesem Zusammenhang allein auf sogenannte „zielstaatsbezogene“ Abschiebungsverbote, die sich der Sache nach aus der Unzumutbarkeit des Aufenthaltes im Zielland für diesen Ausländer herleiten und damit in Gefahren begründet sind, die im Zielstaat der Abschiebung drohen. Die Ausländerbehörde bleibt demgegenüber für die Durchführung der Abschiebung und dabei auch für die Entscheidung über alle inlandsbezogenen und sonstigen tatsächlichen Vollstreckungshindernisse zuständig (vgl. BVerwG, Urte. v. 21. September 1999 - 9 C 12.99 m.w.N.).

Eine beachtliche Wahrscheinlichkeit dafür, dass hier bei einer Rückkehr nach Armenien eine erhebliche konkrete Gefahr für ein Rechtsgut i.S.d. § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG (vgl. § 53 Abs. 6 Satz 1 AuslG a.F.) drohte, ist nicht feststellbar. Die Klägerin hat weder glaubhaft gemacht, dass ein traumaauslösendes Ereignis stattgefunden hat (I.) noch, dass die in den vorgelegten ärztlichen Bescheinigungen festgestellten Krankheiten ihr zugeschrieben werden können (II.). Selbst wenn sie derart erkrankt wäre, könnte sie in Armenien behandelt werden (III.). Bei fehlenden finanziellen Mitteln kann darüber hinaus dort eine kostenlose Behandlung erfolgen (IV.). Ungeachtet der Frage einer möglichen kostenlosen Behandlung, ist der Klägerin zudem die Berufung auf § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG auf Grund der Sperrwirkung des § 60 Abs. 7 Satz 2 AufenthG versagt (V.).

I.

Zunächst ist es bereits nicht überwiegend wahrscheinlich, dass die Klägerin überhaupt an einem durch die vermeintlichen Geschehnisse im Heimatland erlittenen Trauma leidet. Denn ist schon ein traumaauslösendes Ereignis nicht glaubhaft gemacht, kann mit überwiegender Wahrscheinlichkeit auch eine darauf beruhende PTBS mit der Gefahr einer Retraumatisierung bei Rückkehr in das Heimatland nicht bestehen. Ein Wiedererleben von traumatischen Ereignissen setzt insoweit voraus, dass diese tatsächlich stattgefunden haben. Das ist hier nicht der Fall. Die vermeintliche Vergewaltigung der Klägerin durch Polizisten, die nach ihrem gesuchten und auf der Flucht befindlichen Ehemann gefragt hätten, kann der Klägerin schon deshalb nicht geglaubt werden, weil die Geschichte ihres Ehemannes als vollkommen unglaubhaft gewertet wurde. Insoweit wird auf das Urteil des VG Gelsenkirchen im Erstverfahren verwiesen (Urt. v. 18. Mai 2001 - 3a K9172/97.A), dass zu der Überzeugung gelangt ist, dass die vom Ehemann geschilderten fluchtauslösenden Ereignisse nicht geschehen sind. Dem hat die Klägerin nichts mehr entgegengesetzt. Es ist daher bereits nicht glaubhaft, dass die nunmehr fast sechs Jahre nach ihrer Ausreise offenbar erstmals geschilderte vermeintliche Vergewaltigung durch Polizisten, die nach dem Ehemann gesucht hätten, stattgefunden hat. Daher kann ihr eine dadurch verursachte PTBS auch nicht geglaubt werden.

II.

Ungeachtet dessen kann - wie bereits in den beiden im Rahmen des Eilverfahrens getroffenen Beschlüssen des VG Gelsenkirchen (12a L 278/03.A, 12a L 635/04.A) dargelegt - nicht mit beachtlicher Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass die Klägerin an einer posttraumatischen Belastungsstörung (im Folgenden: PTBS) mit der Gefahr einer Retraumatisierung im Falle ihrer Rückkehr in ihr Heimatland leidet. Die zum Nachweis einer solchen Erkrankung dem Gericht vorgelegten fünf „ärztlichen Bescheinigungen“ des Arztes für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, N1, vom 17. Januar, 26. März, 07. Oktober, 04. November 2003 und vom 18. Mai/Juni 2006 sowie des N2, Arzt für Neurologie und Psychiatrie, vom 16. Februar 2004 und vom 25. Oktober 2005 genügen nicht den wissenschaftlichen Mindestanforderungen an ein PTBS feststellendes ärztliches Gutachten.

Bei der „posttraumatischen Belastungsstörung“ handelt es sich um ein komplexes psychisches Krankheitsbild. Nach den international anerkannten Qualitätsstandards, wie sie insbesondere im Standard ICD-10 (Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme) der Weltgesundheitsorganisation oder dem DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) der American Psychiatric Association festgelegt sind, entsteht eine als PTBS bezeichnete Erkrankung durch eine verzögerte protrahierte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde (vgl. ICD-10 Kap. V, Ziff. F43.1; DSM-IV Ziff. 309.81). Angesichts der Eigenart der PTBS als einer schweren psychischen Erkrankung ist sie nicht allein auf Grund äußerlich feststellbarer objektiver Befundtatsachen zu diagnostizieren. Als inner-psychisches Erlebnis entzieht es sich vielmehr äußerlich-objektiver Befundtatsachen weitgehend. Entscheidend kommt es deshalb auf die Glaubhaftigkeit und Nachvollziehbarkeit eines geschilderten inneren Erlebens und der zu Grunde liegenden faktischen Erlebnistatsachen an.

Es bestehen demgemäss entsprechende Anforderungen an das ärztliche Vorgehen, die ärztliche Diagnostik und die ärztliche Therapie, welche von vornherein grundsätzlich nur Fachärzte für Psychiatrie oder Fachärzte für Psychotherapeutische Medizin erfüllen können. Das bedeutet indes nicht, dass die gestellte ärztliche Diagnose daher einer gerichtlichen Kontrolle entzogen wäre. Vielmehr kann sie nur dann Grundlage der Rechtsanwendung werden, wenn ihre Richtigkeit nach der freien, aus dem gesamten Verfahren gewonnenen Überzeugung des Gerichts feststeht (vgl. § 108 Abs. 1 Satz 1 VwGO). Mithin sind ärztliche Atteste mit dem gerichtlichen Sachverstand auf ihre Plausibilität zu überprüfen. Dies gilt in besonderem Maße für die Diagnose solcher Krankheitsbilder - wie der PTBS -, deren Symptome sich der Natur der Sache nach nur schwer objektiv verifizieren lassen und nicht immer eindeutig auf eine bestimmte Erkrankung hinweisen. Gerade sie eröffnen damit die Möglichkeit, sich gegenüber Ärzten missbräuchlich auf bestimmte Ursachen oder Krankheitssymptome zu berufen und damit auf die vermeintliche Existenz einer aus ihr ableitbaren Erkrankung. Einer besonders engmaschigen Plausibilitätskontrolle ist daher die Feststellung der PTBS zu unterziehen, da gerade ihre Symptome fachwissenschaftlich nur eingeschränkt objektivierbar sind.

Die Komplexität und Schwierigkeit des zu behandelnden psychosomatischen Krankheitsbildes PTBS erfordert daher zunächst einen längeren Zeitraum der Befassung des Arztes mit dem Patienten, da tragfähige Aussagen zur Traumatisierung regelmäßig erst nach mehreren Sitzungen über eine längere Zeit möglich sind. Im Anschluss daran ist ein detailliertes Gutachten vorzulegen, welches anhand der Kriterien des ICD-10 nachvollziehbare Aussagen über Ursachen und Auswirkungen der posttraumatischen Belastungsstörung sowie diagnostische Feststellungen zum weiteren Verlauf der Behandlung enthält. Die Befundtatsachen müssen zunächst getrennt von ihrer Interpretation dargestellt werden. Bei Interpretationen und Schlussfolgerungen aus den erhobenen Informationen muss angegeben werden, auf welche Befundtatsachen sie sich stützen. Erforderlich ist auch eine Verschriftlichung des Explorationstextes, da nur auf dieser Grundlage eine sorgfältige inhaltsanalytische Bearbeitung möglich ist. Wesentlicher Bestandteil der Begutachtung ist weiterhin die inhaltliche Analyse der vom Arzt selbst erhobenen Aussage in Bezug auf das Vorliegen und den Ausprägungsgrad von Glaubhaftigkeitsmerkmalen. Diese Aussageanalyse darf nicht schematisch erfolgen, etwa in dem Sinne, dass eine bestimmte Anzahl festgestellter Glaubhaftigkeitsmerkmale schon den Schluss auf eine glaubhafte Aussage zulasse. Vielmehr muss die Ausprägung der Glaubhaftigkeitsmerkmale in einer Aussage in Bezug gesetzt werden zu den individuellen Fähigkeiten und Eigenarten eines Patienten.

Es muss zudem eine Konstanzanalyse stattfinden. Sie bezieht sich auf den Vergleich von Aussagen, die ein Patient zu verschiedenen Zeitpunkten über denselben Sachverhalt gemacht hat. Beim Vergleich müssen im Einzelnen Übereinstimmungen zwischen den Aussagen ebenso wie Widersprüche, Auslassungen und Ergänzungen festgestellt werden. Abweichungen zwischen den Aussagen müssen daraufhin geprüft werden, ob sie sich auf Grund gedächtnispsychologischer Erkenntnisse auch dann erwarten ließen, wenn die Aussage erlebnisfundiert ist.

Mit der Kompetenzanalyse wird das Niveau der für eine Aussage relevanten kognitiven Funktion eines Patienten erfasst. Zu berücksichtigen ist die allgemeine und sprachliche intellektuelle Leistungsfähigkeit, das autobiographische Gedächtnis, die Phantasieleistung sowie der persönliche Darstellungsstil eines Patienten. Erst wenn die Leistungsfähigkeit in diesen Bereichen bekannt ist, kann die Qualität einer Aussage angemessen beurteilt werden, wobei die Klärung der Aussageentstehung und Aussageentwicklung ein weiterer wichtiger Bestandteil der Begutachtung.

Bei der Motivationsanalyse geht es schließlich darum, zu rekonstruieren, welche Motivation den Patienten zu seinem Vorbringen veranlasst hat. Wesentlich sind dabei methodische Vorkehrungen zur Verhinderung interessengeleiteter Aussagen und Angaben des Patienten im Hinblick auf einen weiteren Aufenthalt in Deutschland.

Die vorgelegten ärztlichen Bescheinigungen genügen den dargelegten Anforderungen an die Feststellung einer PTBS nicht.

Es wird zur Begründung zunächst Bezug genommen auf die im Wesentlichen zutreffenden Aussagen im Bundesamtsbescheid vom 10. Oktober 2003. Soweit dort die - sich inhaltlich weitgehend

ähnlichen - ärztlichen Bescheinigungen vom 07. Oktober 2003 (am 17. Oktober 2003 beim Bundesamt eingegangen), vom 04. November 2003, vom 16. Februar 2004, vom 06. Mai 2004, vom 25. Oktober 2005 sowie vom 18. Mai/Juni 2006 noch nicht berücksichtigt werden konnten, ergibt sich aus ihnen keine andere Beurteilung. In diesen bloßen Bescheinigungen sind die erforderliche Konstanzanalyse im Aussageverhalten, die Klärung der Aussageentstehung und Aussageentwicklung sowie die Motivationsanalyse völlig ungenügend.

Es ist bereits auffällig, dass der Klägerin, die laut ärztlicher Bescheinigung vom 26. März 2003 seit dem 17. Dezember 2002 in psychiatrischer Behandlung sein soll, bereits am 17. Januar 2003, folglich kurz nach der offenbar ersten Vorstellung bei N1, eine posttraumatische Belastungsstörung attestiert wurde. Eine Festlegung auf ein solch komplexes psychisches Krankheitsbild dürfte regelmäßig erst nach einer über einen längeren Zeitraum erstreckenden Exploration möglich sein.

Abgesehen davon fehlt den ärztlichen Bescheinigungen auch eine Auseinandersetzung damit, warum sich im vorliegenden Falle eine PTBS erst nach mehr als fünf Jahren manifestierte. Nach den diagnostischen Leitlinien und Kriterien zum ICD 10 (Kap. V, Ziff. F43.1) tritt eine PTBS regelmäßig - von ganz besonderen Ausnahmefällen abgesehen - innerhalb von sechs Monaten nach einem traumatisierenden Ereignis von außergewöhnlicher Schwere ein. Die Klägerin hat sich hier allerdings erst offenbar über fünf Jahre nach dem angeblichen Vergewaltigungsvorfall in entsprechende nervenfachärztliche Behandlung begeben. Die Schilderung eines solchen Erlebnisses ist dem Asylverfahren an keiner Stelle zu entnehmen. Im Jahre 2002 attestierten, wie aus den Ausländerakten ersichtlich, ihre praktische Ärztin, A, sowie ein Arzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychotherapie, C, - ohne anamnetische Angabe - lediglich eine Depression sowie einen Spannungskopfschmerz mit ängstlich-subdepressiver Verstimmung bei der Klägerin. Von einer PTBS ist keine Rede. Auch nicht von einem Vergewaltigungsvorfall. Der bloße Hinweis in der ärztlichen Bescheinigung vom 26. März 2003, die Klägerin habe davon ihrem Mann in den ersten Jahren nichts erzählen können, ist nicht geeignet, die dargelegten grundlegenden Zweifel an der Geschichte der Klägerin zu entkräften. Es bleibt in den ärztlichen Bescheinigungen nicht nur offen, warum die Klägerin erst heute - nach Abschluss des Erstverfahrens und kurz nach dem von der Ausländerbehörde anberaumten Vorführtermin zur Passersatzbeschaffung am 13. November 2002 - über ihre angeblichen Erlebnisse im Heimatland sprechen konnte, sondern auch die Bescheinigungen selbst sind widersprüchlich. So verhält sich die Bescheinigung vom 16. Februar 2004 nicht dazu, weshalb die Klägerin angeblich bereits kurz nach ihrer Einreise 1997 in Behandlung gewesen sein soll, aber - laut Bescheinigung vom 26. März 2003 - in den ersten Jahren in Deutschland nichts davon ihrem Mann habe erzählen können, erst „jetzt komme sie mit dem Leben nicht zurecht“. Die zur Begründung in diesem Zusammenhang gemachte Aussage, die Klägerin habe „nachdem sie sich in deutscher Sprache [habe] verständigen können, ... einen ihrer Muttersprache [!] kundigen Arzt aufgesucht“ ist schon von ihrem Erklärungswert her nicht verständlich, dennoch offenbar vom „Gutachter“ kritiklos übernommen worden. Auch stellt die ärztliche Bescheinigung vom 16. Februar 2004 in ihrer inhaltlichen Stellungnahme ersichtlich eine Reaktion auf den gerichtlichen Beschluss vom 03. Dezember 2003 dar, ohne jedoch weiter fundiert zu sein. Sie geht zudem auch von unzutreffenden anamnetischen Tatsachen aus. So ist etwa der Ehemann der Klägerin im Heimatland nicht Zeuge der Tötung seines Vaters geworden, sondern der Vater seines Freundes soll - so die Einlassung des Ehemannes in der mündlichen Verhandlung zum Erstverfahren - ermordet worden sein. Ungeachtet dessen ist darauf hinzuweisen, dass offenkundig um jeden Preis versucht wird, der Klägerin eine PTBS zu attestieren. So wurde dem Gericht die ärztliche Bescheinigung des N2 vom 16. Februar 2004 eingereicht, eine datums- und wortgleiche Bescheinigung, jedoch mit Briefkopf des N1 versehen, indessen der Ausländerbehörde vorgelegt (zusammen mit einer weiteren ärztlichen Stellungnahme vom 06. Mai 2004; Bl. 123f. der Ausländerakte). Offenbar sollte mit dieser wohl gegenüber der Ausländerbehörde manipulierten Stellungnahme gezielt und unter Inkaufnahme jeglicher Mittel der Eindruck einer Behandlungskontinuität durch den bisher behandelnden Arzt N1 bei der Ausländerbehörde erweckt werden um dadurch den bisherigen „Gutachten“ ein vermeintlich erhöhtes Gewicht beizulegen. Ohne die Frage der Urheberschaft weiter zu vertiefen, wäre es bei einer tatsächlichen Diagnose durch N2 auch unverständlich, wie dieser Arzt der Klägerin, bei augenscheinlich nur einer Vorstellung bei ihm, eine gegenüber den bisherigen Bescheinigungen seines Kollegen vertiefende Leidensanalyse stellen will. Die Widersprüche in den Attesten setzen sich in den beiden kurz vor dem Termin zur mündlichen Verhandlung vorgelegten weiteren ärztlichen Bescheinigungen

des N2 vom 25. Oktober 2005 sowie des N1 vom 18. Mai/Juni 2006 fort. Auch sie genügen nicht den an die Feststellung einer PTBS zu stellenden Anforderungen. Insbesondere ist die Zukunftsprognose bei der Klägerin unklar und widersprüchlich. So wird zum einen im Attest vom 25. Oktober 2005 davon gesprochen, eine Rückkehr der Klägerin bedeute „ohne Zweifel“ eine erneute Traumatisierung, „suizidale Tendenzen seien schon vorprogrammiert“, während in dem aktuellen Attest vom 18. Mai/Juni 2006 „nur noch“ erwähnt wird, dass bei einer Rückkehr in die Heimat eine Zunahme der vermeintlichen Beschwerden „möglich und wahrscheinlich“ zu erwarten sei. Mit einer Verschlechterung sei „wahrscheinlich“ zu rechnen. Insoweit fehlt es insgesamt an einer hinreichenden Konstanz-, Kompetenz- und Motivationsanalyse. Den Bescheinigungen ist schließlich nicht zu entnehmen, dass die Angaben der Klägerin über die Vorfälle in ihrem Heimatland auf ihren Wahrheitsgehalt überprüft worden sind, um so der Gefahr einer Instrumentalisierung des Arztes im Rahmen des Asylverfahrens bzw. der Feststellung von Abschiebungsverboten zu begegnen. Auch haben sie die dafür nächstliegenden Erkenntnisquellen, nämlich die klägerischen Aussagen vor dem Bundesamt und dem Gericht im Erstverfahren schon gar nicht zur Kenntnis genommen, geschweige denn einer kritischen Bewertung im Hinblick auf das aktuelle Vorbringen unterzogen.

Weiterhin fehlen den ärztlichen Bescheinigungen auch fundierte und nachvollziehbare Angaben zum Krankheitsverlauf bzw. zum Erfolg der Therapie. Gleichlautend ist in den Bescheinigungen vom 26. März, 07. Oktober sowie 04. November 2003 davon die Rede, es sei mit einer mehrmonatigen Behandlungsdauer zu rechnen, obwohl die Bescheinigungen selbst mehrere Monate auseinanderliegen. Es fehlen Aussagen dazu, warum sich der Behandlungszustand trotz Therapie offenbar nicht gebessert haben soll. In der Bescheinigung vom 16. Februar 2004 ist dann lediglich vage davon die Rede, „einzelne Symptombereiche“ hätten sich reduziert. In der ärztlichen Stellungnahme vom 25. Oktober 2005 wird nur davon gesprochen, dass die weitere Beobachtung und der Verlauf der Behandlung über die Dauer der Krankheit Auskunft geben wird. Aussagen über einen prognostischen Behandlungsverlauf fehlen auch in der zuletzt vorgelegten Bescheinigung vom 18. Mai/Juni 2006.

Auf Grund der vorstehenden Darlegungen können die ärztlichen Bescheinigungen daher keine PTBS bei der Klägerin belegen. Es fehlt für die entsprechende Diagnose und die weiterhin angestellten Prognosen, wie z.B. die einer Retraumatisierung bei Rückkehr, eine tragfähige Grundlage. Eine PTBS ist daher bei der Klägerin nicht überwiegend wahrscheinlich.

Bei den Bescheinigungen drängt sich letztlich der Eindruck von Gefälligkeitsbescheinigungen auf, mit denen in nicht gerechtfertigter Weise und mit allen Mitteln die asyl- und aufenthaltsrechtliche Position der Klägerin verbessert werden soll. Dies legen insbesondere die in den ärztlichen Bescheinigungen - ungeachtet ihrer Urhebererschaft- getroffenen Wertungen hinsichtlich des Heimatlandes Armenien nahe. Die pauschale Aussage des N1, die psychotherapeutische Versorgung in Armenien sei „bei weitem nicht ausreichend“, ist so nicht zutreffend. Gleiches gilt für die unreflektierte Aussage des N2 vom 25. Oktober 2005, eine Behandlung in der Heimat der Klägerin sei „auf keinen Fall gewährleistet“. Auf welchen Tatsachen diese bloße Behauptung fußen soll, ist noch nicht einmal ansatzweise erkennbar. Die Behandlung von depressiven und posttraumatisch belastungsgestörten Patienten kann vielmehr flächendeckend in Armenien durchgeführt werden. Das Personal der entsprechenden Kliniken ist gut ausgebildet und verfügt u.a. auf Grund der Erdbebenkatastrophen und des Berg- Karabach Konfliktes über große Erfahrungen gerade im Umgang mit PTBS und Depressionen sowie Suizidgefahr (vgl. Auskunft der dt. Botschaft v. 25. Juli 2005 u. v. 13. März 2002; Auskunft des Auswärtiges Amtes vom 05. Januar 2005 u. v. 28. Juli 2001).

Im Übrigen weist die Kammer darauf hin, dass es auch nicht Aufgabe des behandelnden Arztes ist, zur medizinischen Lage im Heimatland Stellung zu nehmen. Schließlich dient der Abschiebungsschutz des § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG - ungeachtet einer aus humanitären Gründen möglicherweise wünschenswerten Hilfe - ferner nicht dazu, eine Erkrankung, sofern sie denn besteht, optimal zu behandeln oder ihre Heilungschancen zu verbessern. Insbesondere gewährt die Norm keinen allgemeinen Anspruch auf Teilhabe am medizinischen Fortschritt und Standard in Deutschland (vgl. OVG NRW, Beschl. v. 05. August 2004 - 13 A 2160/04.A).

Bei dieser Sachlage war die Kammer nicht gehalten, dem Beweisantrag des Prozessbevollmächtigten, ob „durch die Rückführung der Klägerin bei ihr eine Dekompensation/ Retraumatisierung ... mit erheblichen Gesundheitsschäden bis hin zur Gefahr des Todes" zu befürchten sei (Beweisantrag zu b), weiter nachzugehen. Ziele der Beweisantrag zu b) auf die Feststellung, dass der Klägerin durch die Rückführung i.S. einer Abschiebung die in dem Antrag bezeichneten Gefahren drohten, so wäre er bereits beweisunerheblich, da es sich bei dieser Beweisfrage nur um ein inlandsbezogenes Vollstreckungshindernis handelte, welches von der Ausländerbehörde und nicht vom Beklagten zu prüfen wäre (vgl. BVerfG, Beschl. v. 16. April 2002 - 2 BvR 553/02, NVwZ-Beil. I 8/2002, 91).

Ziele der Beweisantrag zu b) hingegen auf die im Antrag benannte drohende Gefährdung der Klägerin im Zielstaat, handelte es sich um einen unzulässigen Ausforschungsbeweis.

Schließlich brauchte die Kammer auch nicht von Amts wegen ein gerichtliches Sachverständigengutachten zur Traumatisierung und zur Beurteilung der Glaubwürdigkeit der Klägerin einzuholen. Die Beurteilung der Glaubwürdigkeit des Asylbewerbers und etwaiger Zeugen gehört zum Wesen der richterlichen Rechtsfindung, vor allem der freien Beweiswürdigung. Auch in schwierigen Fällen ist der Richter daher berechtigt und verpflichtet, den Beweiswert einer Aussage selbst zu würdigen. Er hat in eigener Verantwortung festzustellen, ob der Asylbewerber und etwa gehörte Zeugen glaubwürdig und ihre Darlegungen glaubhaft sind. Ob sich das Gericht dabei der sachverständigen Hilfe bedienen will, hat es nach pflichtgemäßen Ermessen selbst zu entscheiden. Dabei liegt in aller Regel kein Ermessensfehler vor, wenn das Gericht sich die zur Glaubwürdigkeitsbeurteilung notwendige Sachkunde selbst zutraut. Etwas anderes wird nur dann gelten können, wenn im Verfahren besondere Umstände in der Persönlichkeitsstruktur des Betroffenen hervortreten, die in erheblicher Weise von den Normalfällen abweichen und es deshalb geboten erscheinen lassen können, die Hilfe eines Sachverständigen in Anspruch zu nehmen (vgl. BVerwG, Beschl. v. 18. Juli 2001 - 1 B 118/01, DVBl. 2002, 53f. m.w.N.; RhPf-VerfGH, Beschl. v. 28. Februar 2003 - VGH B 27/02, NVwZ, Beil I 7/2003, 49f.).

Hier sind solche besonderen Umstände -insbesondere nach dem Eindruck der mündlichen Verhandlung und dem übrigen bisherigen Vorbringen- nicht feststellbar. Anhaltspunkte, die eine Beeinflussung des Aussageerhaltens der Klägerin durch eine etwaig erlittene Traumatisierung ernsthaft möglich erscheinen ließen, sind nicht erkennbar.

Soweit die im Verfahren zu berücksichtigenden ärztlichen Stellungnahmen der Klägerin auch eine (sekundäre) schwere Depression bzw. depressive Entwicklung bescheinigen, ist auch diese Diagnose, insbesondere die Verknüpfung mit der PTBS und dem vermeintlichen Vorfall im Heimatland, vor dem Hintergrund der obigen Darlegungen zweifelhaft. Ginge man jedoch, in Anlehnung an ein in der Ausländerakte befindliches Schreiben des Facharztes für das öffentliche Gesundheitswesen beim Gesundheitsamt F, T bzw. Frau T1, vom 20. Juli 2004 tatsächlich von einer „depressiven Symptomatik unklarer Ursache" aus, wäre diese Erkrankung, so sie denn nicht im Heimatland und der angestammten Umgebung der Klägerin ohne weiteres von selbst verginge, jedenfalls behandelbar (siehe III.).

III.

Sofern ungeachtet der obigen Feststellungen davon ausgegangen würde, dass die Klägerin unter einer PTBS sowie einer -ggf. nicht auf einem traumatischen Ereignis beruhenden- schweren Depression leiden würde, sind diese Krankheiten bei Rückkehr nach Armenien ohne weiteres behandelbar, so dass ihr keine der in § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG beschriebenen Gefahren drohen.

Die medizinische Behandlung ist in Armenien grundsätzlich flächendeckend gewährleistet. Die Behandlung von Patienten mit PTBS und depressiven Erkrankungen kann ebenfalls flächendeckend durchgeführt werden. Das Personal der entsprechenden Kliniken ist gut ausgebildet und verfügt u.a. auf Grund der Erdbebenkatastrophen und des Berg-Karabach Konfliktes über große Erfahrungen gerade im Umgang mit PTBS, Depressionen sowie Suizidgefahr. Ebenso sind geschlossene Einrichtungen für psychisch Kranke vorhanden. Darüber hinaus gibt es in Eriwan eine von einer Nichtregierungsorganisation geführte betreute Tageseinrichtung, in der u.a. eine medizinische Betreuung erfolgt.

Gut ausgebildete Fachärzte haben sich oftmals in den großen Städten, insbesondere der Hauptstadt Eriwan niedergelassen. Die zur Behandlung notwendigen Psychopharmaka können im Pharmazien gegen Rezept bezogen werden. Neuroleptika, Antidepressiva bzw. Medikamente mit wirkungsgleichen Inhaltstoffen sind in Armenien erhältlich (vgl. zum Ganzen: Auskunft der dt. Botschaft v. 25. Juli 2005, v. 13. März 2002, v. 26. Juli 2001; Auskunft des Auswärtiges Amtes vom 05. Januar 2005 u. v. 28. Juli 2001; Lagebericht des Auswärtigen Amtes v. 02. Februar 2006, S. 23ff.).

Im Hinblick auf die vom Prozessbevollmächtigten im Schriftsatz vom 23. Mai 2005 aufgeworfene Frage, ob die Medikamente Risperdal, Tavor und Neurocil in Armenien verfügbar seien, merkt die Kammer an, dass die Norm des § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG nicht einen Anspruch vermittelt, mit bestimmten Medikamenten behandelt zu werden, sofern eine Behandlung der Erkrankung - wie hier - generell möglich ist. Der Abschiebungsschutz dient nicht dazu, eine Erkrankung optimal zu behandeln. Insbesondere gewährt er keinen allgemeinen Anspruch auf Teilhabe am medizinischen Fortschritt und Standard in Deutschland. Ein Ausländer muss sich vielmehr auf den Standard der Gesundheitsversorgung im Heimatland verweisen lassen, auch wenn er dem hiesigen Niveau nicht entspricht (vgl. OVG NRW, Beschl. v. 05. August 2004 - 13 A 2160/04.A).

IV.

Eine erhebliche konkrete Gefahr für Leib oder Leben der Klägerin i.S.d. § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG bestünde mit beachtlicher Wahrscheinlichkeit auch nicht im Falle einer finanziellen Unmöglichkeit der Klägerin, eine medizinische Behandlung in Armenien zu bezahlen.

Dabei kann es offen bleiben, ob sie tatsächlich nicht in der Lage ist, die notwendigen Mittel für eine dortige Behandlung aufzubringen. In der Regel haben die von Deutschland nach Armenien zurückkehrenden Ausländer während ihres langjährigen Aufenthaltes in Deutschland nicht unerhebliche Geldbeträge erspart und sind bei Rückkehr im Vergleich zu der ortsansässigen Bevölkerung im Herkunftsland besser gestellt (vgl. Auskunft der dt. Botschaft v. 25. Juli 2005; ähnl. OVG S-H, Urt. v. 12. Dezember 2002 - 1 L 239/01, S. 8).

Selbst wenn die Klägerin aber völlig mittellos wäre, käme sie in Armenien in den Genuss einer kostenlosen Behandlung und müsste nicht mit beachtlicher Wahrscheinlichkeit eine entsprechende Gefährdung der in § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG bezeichneten Rechtsgüter befürchten. Denn die medizinische Behandlung ist in Armenien für sozial bedürftige Gruppen kostenlos. Die kostenlose medizinische Versorgung ist durch Gesetz kodifiziert. Durch dieses wird der Umfang der kostenlosen ambulanten oder stationären Behandlung bei bestimmten Krankheiten und Medikamenten sowie zusätzlich für bestimmte sozial bedürftiger Gruppen (z.B.: sozial Schwache, Behinderte, Invaliden) festgelegt (vgl. Lagebericht des Auswärtigen Amtes v. 02. Februar 2006, S. 23ff.).

Nach der Auskunftslage fallen auch psychische Erkrankungen (z.B. Depressionen, PTBS, Neurosen, Epilepsie) hierunter und werden jedenfalls in den akuten Phasen der Erkrankung kostenlos behandelt (vgl. Auskunft der dt. Botschaft v. 25. Juli 2005, v. 13. März 2002, v. 22. Januar 2002, v. 26. Juli 2001; Auskunft des Auswärtiges Amtes vom 05. Januar 2005 u. v. 28. Juli 2001).

Die vom Prozessbevollmächtigten der Klägerin unter Hinweis u.a. auf den „Reisebericht Armenien“ des Österreichischen Roten Kreuzes v. 15.- 21. Juli 2002 geltend gemachte angeblich weit verbreitete Praxis, für ärztliche Leistungen und die erforderlichen Medikamente ein „Handgeld“ vom Patienten zu verlangen, führt zu keiner anderen Beurteilung. Nicht nur sprechen die aktuellen Erkenntnisse des Auswärtigen Amtes und der Deutschen Botschaft unverändert -gerade auch im Bezug auf eine PTBS oder depressive Erkrankung- von einem kostenlosen Zugang zu einer medizinischen Behandlung. Darüber hinaus ist das Gesetz über die kostenlose medizinische Versorgung der Bevölkerung auch nicht hinreichend bekannt bzw. es fehlt das Rechtsverständnis, die daraus resultierenden Rechte einzufordern, zumal die entsprechenden Vorschriften zwar öffentlich zugänglich, jedoch schwierig zu erhalten sind. Angesichts der auch in der Presse bisher nur spärlichen, wenn auch offenbar zunehmenden, Informationen über dieses Gesetz (vgl. Lagebericht des Auswärtigen Amtes v. 02. Februar 2006, S. 23f.; Auskunft des Auswärtiges Amtes vom 05. Januar 2005) ist es daher nicht verwunderlich, dass

in der Bevölkerung noch davon gesprochen wird, nur gegen ein „Handgeld“ könne eine medizinische Behandlung durchgeführt werden. Das ist nach den obigen Darlegungen so nicht zutreffend. Wenn die Deutsche Botschaft zuweilen selbst darauf verweist, es sei nach wie vor üblich, ein „Handgeld“ zu zahlen „um eine bevorzugte medizinische Betreuung und Behandlung von Chefarzten zu erhalten“ (vgl. Auskunft der dt. Botschaft v. 26. Juli 2001), kann sich die Klägerin darauf ebenfalls nicht mit Erfolg stützen. § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG gewährt keinen Anspruch auf eine bevorzugte medizinische Betreuung durch einen Chefarzt und damit auf eine entsprechend qualifizierte sowie exponierte Behandlung im Heimatland. In Armenien ist das medizinische Personal laut der unter III. zitierten Auskunftslage im Übrigen allgemein gut ausgebildet. Es gibt entsprechende Fachärzte, die eine medizinische Versorgung und Behandlung der Patienten vornehmen können. Im akuten Krankheitsfalle ist die stationäre Behandlung kostenlos.

Es kann der Klägerin auch zugemutet werden, sich bei Mittellosigkeit um den Zugang zu der kostenlosen medizinischen Betreuung und Behandlung zu kümmern und einen entsprechenden Antrag -ggf. auch unter persönlicher Vorsprache bei den entsprechenden Institutionen- zu stellen.

Ungeachtet des kostenlosen Zugangs der Klägerin zu einer staatlichen medizinischen Behandlung, gibt es in Armenien zudem zahlreiche Hilfsorganisationen bzw. lokale Nichtregierungsorganisationen (NGO) mit internationaler Unterstützung, die sich um Bedürftige und Kranke kümmern. In Eriwan existiert etwa eine von einer NGO geführte betreute Tageseinrichtung in der speziell für psychisch Kranke eine medizinische Betreuung und auch eine evtl. Rechtsberatung - ggf. zur Durchsetzung eines Anspruches auf kostenlose Behandlung - erfolgt (vgl. Auskunft des Auswärtiges Amtes vom 05. Januar 2005; Auskunft der dt. Botschaft v. 13. März 2002 u. v. 26. Juli 2001).

Auch das Bemühen und die Inanspruchnahme einer solchen Hilfe kann der Klägerin zugemutet werden.

Unter Berücksichtigung der bestehenden aktuellen Auskunfts- und Erkenntnislage (vgl. etwa Lagebericht des Auswärtigen Amtes v. 02. Februar 2006, S. 23f.; Auskunft des Auswärtiges Amtes vom 05. Januar 2005 sowie vom 25. Juli 2005) brauchte das Gericht dem Beweisantrag des Prozessbevollmächtigten auf Einholung eines weiteren Sachverständigengutachtens, ob eine „medizinische/medikamentöse Behandlung/Versorgung der Klägerin in Armenien für sie zugänglich und kostenfrei“ sei (Beweisantrag a), nicht weiter nachzugehen, da die in Bezug genommenen sowie eingeführten (aktuellen) Erkenntnisse eine hinreichend sichere gerichtliche Bewertung erlauben, die das Gericht aus eigener Sachkunde zu treffen befugt war. Im Übrigen hat der Beweisantrag zu a) auch nicht schlüssig und substantiiert dargelegt, dass sich die tatsächliche Situation seit Erteilung der Gutachten bzw. Auskünfte entscheidungserheblich zum Nachteil der Klägerin geändert habe und die bisherigen einschlägigen Auskünfte zu PTBS und Depressionen auf einer unzureichenden Tatsachengrundlage beruhten, grobe Mängel oder Widersprüche aufwiesen oder durch die tatsächliche Entwicklung überholt seien.

V.

Ungeachtet der Frage einer kostenlosen Behandlung der vermeintlichen Erkrankung der Klägerin, ist ihr zudem die Berufung auf § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG auf Grund der Sperrwirkung des § 60 Abs. 7 Satz 2 AufenthG versagt. Insoweit hätte die Klägerin selbst dann keinen Anspruch auf Abschiebungsschutz gem. § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG, wenn sie allein mangels ausreichender finanzieller Mittel keine Möglichkeit hätte, eine erforderliche Behandlung zu erlangen.

Denn die Anwendung des § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG wird durch § 60 Abs. 7 Satz 2 AufenthG „gesperrt“, da die Gefahr einer aus finanziellen Gründen nicht ausreichenden medizinischen Versorgung grundsätzlich der gesamten Bevölkerungsgruppe der mittellosen Kranken in Armenien allgemein droht, d.h. derjenigen, die dort die erforderlichen Behandlungskosten für ihre Krankheit nicht aufbringen können. Die derart verstandene (nach sozialen Merkmalen bestimmten) Gruppe bildet -ungeachtet der Frage, wie umfangreich die Gruppe der psychisch Kranken in Armenien ist- eine eigene Bevölkerungsgruppe i.S.d. § 60 Abs. 7 Satz 2 AufenthG (vgl. -zur Gruppe, die aus finanziellen

Gründen beschränkten Zugang zu einer Heilbehandlung hat- BVerwG, Beschl. v. 29. April 2002 - 1 B 59/02; BVerwG Urt. v. 08. Dezember 1998 - 9 C 4/98; VGH München, Beschl. v. 10. Oktober 2000 - 25 B 99.32077; OVG S-H, Urt. v. 29. Oktober 2003 - 14 A 246/02).

Nach § 60 Abs. 7 Satz 2 AufenthG werden Gefahren in dem Abschiebestaat, denen die Bevölkerung oder die Bevölkerungsgruppe der der Ausländer angehört, allgemein ausgesetzt ist, bei Entscheidungen nach § 60a Abs. 1 AufenthG berücksichtigt. Die oberste Landesbehörde kann nach § 60a Abs. 1 AufenthG aus völkerrechtlichen oder humanitären Gründen oder zur Wahrung politischer Interessen der Bundesrepublik Deutschland anordnen, dass die Abschiebung von Ausländern aus bestimmten Staaten oder von sonstigen Ausländergruppen allgemein oder in einzelne Zielländer für längstens 6 Monate ausgesetzt wird (Satz 1); für längere Aussetzungen bedarf es eines Einvernehmens mit dem Bundesministerium des Innern (Satz 2). Mit dieser Regelung soll nach dem Willen des Gesetzgebers erreicht werden, dass dann, wenn eine bestimmte Gefahr der ganzen Bevölkerung oder einer im Abschiebezielstaat lebenden Bevölkerungsgruppe gleichermaßen droht, über deren Aufnahme oder Nichtaufnahme nicht im Einzelfall durch das Bundesamt und eine Ermessensentscheidung der Ausländerbehörde, sondern für die ganze Gruppe der potentiell Betroffenen einheitlich durch eine politische Leitentscheidung des Innenministeriums befunden wird (vgl. BVerwG, Urt. v. 08. Dezember 1998 - 9 C 4/98; BVerwG, Urt. v. 17. Oktober 1995 - 9 C 9.95, jew. m.w.N.; VGH München, Beschl. v. 10. Oktober 2000 - 25 B 99.32077; OVG S-H, Urt. v. 29. Oktober 2003 - 14 A 246/02).

Allgemeine Gefahren im Sinne des § 60 Abs. 7 Satz 2 AufenthG können daher auch dann nicht Abschiebungsverbote nach § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG begründen, wenn sie den Ausländer konkret und in individualisierbarer Weise betreffen, da sie gleichwohl insgesamt nur typische Auswirkungen der allgemeinen Gefahrenlage sind. Der Normzweck des § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG i.V.m. § 60a Abs. 1 AufenthG lässt es mit anderen Worten nicht zu, den Ausländer aus der allgemein gefährdeten Bevölkerung oder Bevölkerungsgruppe auf Grund zusätzlicher individueller „Besonderheiten“ oder Umstände auszugliedern, die bei wertender Betrachtung eine solche Differenzierung nicht rechtfertigen, weil sie lediglich zu einer Realisierung der allgemeinen Gefahr für den Einzelnen führen und die eine politische Leitentscheidung bedingende Typik unberührt lassen. In Anknüpfung hieran darf der Einzelne mithin nicht aus der Bevölkerung oder Bevölkerungsgruppe i.S.d. § 60 Abs. 7 Satz 2 AufenthG und damit aus dem Ermessens- und Entscheidungsvorbehalt der obersten Ausländerbehörden herausgenommen werden (vgl. BVerwG, Urt. v. 08. Dezember 1998 - 9 C 4/98; BVerwG, Urt. v. 17. Oktober 1995 - 9 C 9.95; BVerwG, Urt. v. 29. März 1996 - 9 C 116.95).

Trotz bestehender konkreter erheblicher Gefahr ist danach die Anwendbarkeit des § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG im Verfahren eines einzelnen Ausländers „gesperrt“, wenn dieselbe Gefahr zugleich einer Vielzahl weiterer Personen im Abschiebezielstaat droht (vgl. BVerwG, Urt. v. 08. Dezember 1998 - 9 C 4/98; BVerwG, Urt. 27. April 1998, - 9 C 13.97).

Diese Entscheidung des Bundesgesetzgebers haben die Verwaltungsgerichte zu respektieren. Sie dürfen im Einzelfall Ausländern, die einer gefährdeten Gruppe angehören, für die ein Abschiebestopp nach § 60a Abs. 1 AufenthG nicht besteht, nur dann ausnahmsweise Schutz vor der Durchführung der Abschiebung in verfassungskonformer Anwendung des § 60 Abs. 7 AufenthG zusprechen, wenn keine anderen Abschiebungsverbote nach § 60 Abs. 2 bis 7 AufenthG gegeben sind, eine Abschiebung aber Verfassungsrecht verletzen würde. Das ist dann der Fall, wenn der Ausländer in seinem Heimatstaat einer extremen Gefahrenlage dergestalt ausgesetzt wäre, dass er im Falle seiner Abschiebung dorthin gleichsam sehenden Auges dem sicheren Tod oder schwersten Verletzungen ausgeliefert sein würde. Nur dann gebieten es die Grundrechte aus Art. 1 Abs. 1, Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG, dem einzelnen Ausländer unabhängig von einer Ermessensentscheidung nach § 60 Abs. 7 Satz 2 AufenthG, § 60a Abs. 1 AufenthG Abschiebungsschutz nach § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG zu gewähren (vgl. BVerwG, Urt. v. 08. Dezember 1998 - 9 C 4/98; BVerwG, Urt. v. 17. Oktober 1995 - 9 C 9.95, jew. m.w.N.).

Die auf Grund der aus finanziellen Gründen beschränkten Zugangsmöglichkeit zu einer Heilbehandlung etwaig folgende Gesundheitsgefahr stellt sich hier für die Klägerin nicht als eine individuelle, gerade sie selbst allein treffende Gefahr dar, sondern ist Auswirkung einer allgemeinen Gefahr i.S.d. § 60 Abs. 7 Satz 2 AufenthG.

Armenien liegt nach wie vor mit einem durchschnittlichen Pro-Kopf-Einkommen von etwa 1430 US-Dollar nach Weltbank-Definition nur wenig über der Schwelle der ärmsten Länder. Der Transformationsprozess der Volkswirtschaft nach dem Zusammenbruch der Sowjetunion ist noch nicht abgeschlossen, erst jüngst wurde das Bruttosozialprodukt aus sowjetischen Zeiten erstmals leicht überschritten. Trotz Wirtschaftswachstums leben in Armenien nach wie vor jedoch erhebliche Anteile der Bevölkerung unterhalb der Armutsgrenze. 1998/99 waren 56 Prozent, 2001/02 49 Prozent und 2004 immer noch gut 42 Prozent unterhalb dieser Grenze (vgl. zum Ganzen Auswärtiges Amt, www.auswaertiges-amt.de/diplo/de/Laenderinformationen/Armenien/Wirtschaft.html, aufgerufen am 26. Mai 2006; Bericht der Deutsch-Armenische-Gesellschaft, www.deutsch-armenische-gesellschaft.de/dag/adk125-126t1.pdf, aufgerufen am 26. Mai 2006, S. 7).

In dieser wirtschaftlichen und sozialen Situation im Heimatland der Klägerin, ist festzustellen, dass die Gefahr, notwendige medizinische Hilfe aus finanziellen Gründen nicht in Anspruch nehmen zu können, bei einem nennenswert großen Teil der dortigen Bevölkerung - nämlich der (nach sozialen Merkmalen bestimmten) Bevölkerungsgruppe der Kranken, die ihre erforderliche medizinische Behandlung mangels Finanzkraft nicht erlangen können - in gleicher Weise besteht. Denn die mit einer solchen Situation typischerweise verbundenen Mangelerscheinungen, wie etwa Obdachlosigkeit, Unterernährung oder unzureichende medizinische Versorgung drohen grundsätzlich der benannten Bevölkerungsgruppe allgemein. Da diese Gefahren mit beachtlicher Wahrscheinlichkeit zugleich eine Vielzahl weiterer Personen in Armenien betrifft, ist für die mittellosen Klägerin der Anspruch des § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG „gesperrt“. Ein Abschiebungsschutz kann ihr insoweit nur über eine - hier nicht getroffene - politische Leitentscheidung nach § 60a Abs. 1 AufenthG oder ausnahmsweise im Einzelfall bei einer extremen Gefahr gewährt werden.

Für eine extreme Gefahrenlage bestehen im Falle der Klägerin indes keinerlei Anhaltspunkte. Dass ihr bei Rückkehr nach Armenien alsbald der sichere Tod oder schwerste Beeinträchtigungen ihrer körperlichen Unversehrtheit drohten, ist nicht ersichtlich und erkennbar. Im Übrigen bestehen nach den Darlegungen zu I., auch durchgreifende Zweifel an einer Traumatisierung der Klägerin überhaupt, da sie ein traumaauslösendes Ereignis bereits nicht glaubhaft machen konnte.

Ergänzend wird darauf hingewiesen, dass ein aus dem Gesundheitszustand der ausreisepflichtigen Klägerin möglicherweise folgendes Abschiebungshindernis als inlandsbezogenes Vollstreckungshindernis Sache der Ausländerbehörde ist und dort geltend gemacht werden muss (vgl. BVerfG, Beschl. v. 16. April 2002 - 2 BvR 553/02, NVwZ-Beil. I 8/2002, 91).

Dies gilt insbesondere auch für den Fall, dass etwa ein diverser Vorrat an Medikamenten zunächst mitgenommen werden muss, um eine ggf. erforderliche Behandlung ununterbrochen fortführen zu können.

Nach alledem ist eine mit beachtlicher Wahrscheinlichkeit bei Rückkehr eintretende erhebliche konkrete Gefahr i.S.d. § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG nicht glaubhaft gemacht worden, so dass die Klage abzuweisen war.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 154 Abs. 1 VwGO, § 83 b AsylVfG.