

Urteil

VG Stuttgart, § 60 Abs. 7 S. 1 AufenthG Abschiebungsverbot bei posttraumatischer Belastungsstörung nach Vergewaltigung (Kurdin)

1. Für psychotraumatologische Fachfragen (Schwere der posttraumatischen Behandlungsstörung, Behandlungsbedürftigkeit, Einschätzung des Krankheitsverlaufs und der gesundheitlichen Folgen im Falle einer Abschiebung) gibt es keine eigene Sachkunde der Behörde oder des Gerichts.

2. Klinische Gutachten zu Fragen nach bestehenden psychischen Traumafolgen analysieren Angaben des Patienten nicht anhand der Kriterien der Aussagepsychologie.

3. Bei traumatisierten Personen sind Gedächtnisstörungen krankheitsbedingt die Regel.

4. Traumatisierte Menschen verschweigen oft jene Ereignisse, die als besonders schmerzhaft erlebt wurden oder die stark schambesetzt sind. Dieses Vermeidungsverhalten ist nur bedingt willentlich beeinflussbar. Aussagen zu sexualisierten Gewalterfahrungen kommen bei muslimischen Frauen meistens nur unter größtem Druck, wenn beispielsweise die Abschiebung unmittelbar droht, zustande.

5. Traumabedingte Störungen einschließlich posttraumatischer Belastungsstörungen können auch mit jahrelanger bis zum Teil jahrzehntelanger Latenz auftreten.

6. Die konkrete Gefahr der Retraumatisierung bei Rückkehr/Abschiebung in den Heimatstaat begründet für sich allein schon ein zielstaatsbezogenes Abschiebungsverbot nach § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG. Diese Gefahr lässt sich durch eine mögliche medikamentöse Behandlung im Zielstaat der Abschiebung nicht verhindern.

7. Menschen mit traumatogenen Störungen können in einer Umgebung, die Intrusionen stimuliert und kein Vermeidungsverhalten erlaubt, nicht psychologisch oder psychiatrisch behandelt werden.

8. Die an einer posttraumatischen Belastungsstörung erkrankten Personen, deren Erkrankung auf willentlich durch Menschen verursachte Traumata beruht, sind nicht Teil einer Bevölkerungsgruppe i.S.d. § 60 Abs. 7 Satz 3 AufenthG.

Urteil des VG Stuttgart vom 14.1.2008, A 11 K 4941/07

Aus dem Sachverhalt:

Die Klägerin ist türkische Staatsangehörige kurdischer Volkszugehörigkeit. Sie reiste am 08.12.2002 in das Bundesgebiet ein. Am 09.01.2003 beantragte Sie die Gewährung von Asyl.

Mit Bescheid des Bundesamtes für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge vom 19.03.2003

wurde der Asylantrag abgelehnt und festgestellt, dass weder die Voraussetzungen des § 51 Abs. 1 AuslG noch Abschiebungshindernisse nach § 53 AuslG vorliegen, sowie mit einer Ausreisefrist von einem Monat die Abschiebung angedroht. Die hierauf eingelegten Rechtsmittel blieben ohne Erfolg (vgl. VG Stuttgart, Urt. v. 25.10.2005 – A 15 K 10904/03 – und VGH Bad.-Württ., Beschl. v. 20.04.2006 – A 12 S 1096/05 –).

Mit Schriftsatz vom 10.05.2007 stellte die Klägerin einen Asylfolgeantrag und brachte zur Begründung vor, ihr Gesundheitszustand habe sich erheblich verschlimmert. Aufgrund ihres Gesundheitszustandes bestehe im Falle einer Abschiebung in die Türkei eine Gefahr für Leib und Leben. In der Türkei habe sie in massiver Weise Verfolgung und menschenrechtswidrige Behandlung erlitten; hierdurch sei sie in ihrer psychischen Integrität erheblich verletzt und traumatisiert worden. Gleichzeitig legte die Klägerin ein ärztliches Attest der Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie – Psychotherapie Dr. B. vom 12.06.2006, ein Gutachten der Michael-Balint-Klinik vom 12.01.2007 sowie ein Gutachten der Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Reutlingen vom 12.04.2007 vor.

Mit Bescheid vom 07.09.2007 lehnte das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge den Antrag auf Durchführung eines weiteren Asylverfahrens und den Antrag auf Abänderung des Bescheids vom 19.03.2003 bezüglich der Feststellung zu § 53 Abs. 1 bis 6 AuslG ab. Zur Begründung wurde ausgeführt, die Voraussetzungen des § 51 Abs. 1-3 VwVfG seien nicht erfüllt. Die vorgelegten ärztlichen Gutachten und Atteste könnten die Feststellungen im Urteil des VG Stuttgart vom 25.10.2005 nicht erschüttern. Bei den vorgelegten ärztlichen Gutachten und Attesten handele es sich um fachpsychiatrische Aussagen über den gegenwärtigen Gesundheitszustand der Klägerin und nicht um belastbare, verlässliche Analysen der Erlebnisse der Klägerin in der Türkei. Die Aussagen der Klägerin seien von den ärztlichen Gutachtern keiner nachvollziehbaren wissenschaftlichen Bewertung unterzogen worden. Am Wahrheitsgehalt des gesteigerten Sachvortrags der Klägerin bestünden Zweifel, da sie bereits im Erstasylverfahren trotz eingehender psychiatrischer Untersuchung die erlittene Vergewaltigung nicht erwähnt habe. Auch ein Abschiebungsverbot nach § 60 Abs. 7 AufenthG liege nicht vor. Die Klägerin könne auf die zur Behandlung ihres Krankheitsbildes in der Türkei zur Verfügung stehenden medizinischen Möglichkeiten verwiesen werden. (...)

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Klage ist in dem aus dem Tenor ersichtlichen Umfang begründet. Die Klägerin hat An-

spruch auf Verpflichtung der Beklagten zur Feststellung eines Abschiebungsverbots gemäß § 60 Abs. 7 S. 1 AufenthG. Der angefochtene Bescheid ist rechtswidrig und verletzt die Klägerin in ihren Rechten, soweit er dem entgegensteht.

Allerdings ist das Bundesamt aufgrund des gestellten Asylfolgeantrags nicht gemäß § 51 Abs. 1 – 3 VwVfG verpflichtet gewesen, das Verfahren im Hinblick auf § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG wieder aufzugreifen. Insoweit steht dem Begehren der Klägerin ersichtlich § 51 Abs. 3 VwVfG entgegen, da das Gutachten der Michael-Balint-Klinik vom 12.01.2007 den Prozessbevollmächtigten der Klägerin bereits am 16.01.2007 vorgelegen hat und in diesem Gutachten aufgrund umfassender Anamnese eine posttraumatische Belastungsstörung aufgrund erlittener Vergewaltigung der Klägerin diagnostiziert wurde. In diesem Gutachten wurde auch dargelegt, dass Belastungen jeglicher Art (und damit auch eine Rückkehr/Abschiebung der Klägerin in die Türkei) zu einer Gefährdung der Klägerin mit Dekompensation im Sinne einer Symptomverstärkung und Suizidalität führen werden. Spätestens mit Zugang dieses Gutachtens hatten die Prozessbevollmächtigten der Klägerin im Sinne des § 51 Abs. 3 Satz 2 VwVfG Kenntnis von dem nunmehr in Anspruch genommenen Wiederaufgreifungsgrund. *Sie hätten ihn demnach binnen drei Monaten geltend machen müssen. Tatsächlich ist der Asylfolgeantrag erst am 11.05.2007 beim Bundesamt eingegangen. Etwas anderes ergibt sich auch nicht daraus, dass dem Asylfolgeantrag ein weiteres Gutachten der Fachklinik für Psychiatrie und Psychologie Reutlingen vom 23.04.2007 beigelegt war. Denn dieses Gutachten vertieft nur das Gutachten der Michael-Balint-Klinik vom 12.01.2007, beinhaltet jedoch keine darüber hinausgehenden, substantiell neuen Tatsachen.*

Die Klägerin hat aber unabhängig vom Vorliegen der Voraussetzungen nach § 51 Abs. 1 – 3 VwVfG einen Anspruch darauf, dass das Bundesamt eine positive Feststellung zu § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG trifft. Denn jenseits des § 71 AsylVfG, der nur den Asylantrag im Sinne von § 13 AsylVfG betrifft, kann sich aus §§ 51 Abs. 5, 48, 49 VwVfG und einer in deren Rahmen i.V.m. Art. 1 Abs. 1 und Art. 2 Abs. 1 und 2 GG gebotenen Ermessensreduzierung auf Null das Wiederaufgreifen des abgeschlossenen früheren Verwaltungsverfahrens, die Aufhebung des unanfechtbar gewordenen Verwaltungsakts und eine neue Sachentscheidung zu § 60 Abs. 2, 3, 5 oder 7 AufenthG dann ergeben, wenn tatsächlich Abschiebungsverbote vorliegen; auf die Frage, wann diese geltend gemacht worden sind, kommt es wegen des materiellen Schutzgehalts der Grundrechte nicht an (vgl. BVerfG, Beschluss vom 21.06.2000, DVBl. 2000, 179; BVerwG, Urteil vom 07.09.1999, InfAuslR 2000, 16 und Urteil vom 21.03.2000,

NVwZ 2000, 940; VGH Baden-Württ., Beschluss vom 04.01.2000, NVwZ-RR 2000, 261).

Einer Feststellung des geltend gemachten Abschiebungsverbots durch das Bundesamt steht auch nicht die Rechtskraft der gerichtlichen Entscheidung über die negative Feststellung des Bundesamts im Asylverfahren entgegen. Das Bundesamt ist nicht gehindert, einen rechtskräftig abgesprochenen Anspruch auf Feststellung von Abschiebungsverböten zu erfüllen, wenn es erkennt, dass der Anspruch tatsächlich besteht und das rechtskräftige Urteil unzutreffend ist (vgl. BVerwG, Urteil vom 08.12.1992, BVerwGE 91, 256; Urteil vom 27.01.1994, BVerwGE 95, 86 und Urteil vom 07.09.1999, NVwZ 2000, 204). Ob eine Gefahr im Sinne des § 60 Abs. 2, 3, 5 oder 7 AufenthG vorliegt, ist somit ohne Rücksicht auf die Versagung asylrechtlichen Verfolgungsschutzes und ohne Bindung an etwa vorliegende rechtskräftige Gerichtsentscheidungen zu beurteilen (vgl. BVerwG, Urteil vom 17.12.1996, InfAuslR 1997, 284 und Urteil vom 30.03.1999, DVBl. 1999, 1213).

Die Beklagte ist für den Anspruch der Klägerin auch passiv legitimiert. Das Bundesamt ist zur Entscheidung über das Vorliegen von Abschiebungsverböten nach § 60 Abs. 2, 3, 5 oder 7 AufenthG auch bei solchen Folgeanträgen zuständig, die nach § 71 Abs. 1 AsylVfG nicht zur Durchführung eines weiteren Asylverfahrens führen (vgl. BVerwG, Urteil vom 07.09.1999, NVwZ 2000, 204; Beschluss vom 23.11.1999, NVwZ 2000, 941 und Urteil vom 21.03.2000, NVwZ 2000, 940). Schließlich ist das Verwaltungsgericht im Hinblick auf § 60 Abs. 2, 3, 5 oder 7 AufenthG auch befugt und verpflichtet, in der Sache durch zu entscheiden (vgl. BVerwG, Urteil vom 10.02.1998, NVwZ 1998, 861).

Bei der Klägerin liegt ein Abschiebungsverbot gemäß § 60 Abs. 7 S. 1 AufenthG vor. Das dem Bundesamt eingeräumte Ermessen auf Wiederaufgreifen des Verfahrens im Hinblick auf die Feststellung dieses Abschiebungsverbots ist deshalb auf Null reduziert (vgl. VGH Bad.-Württ., Beschl. v. 04.01.2000, NVwZ-RR 2000, 261). Selbst wenn eine Ermessensreduzierung auf Null eine extreme individuelle Gefahr voraussetzen sollte (vgl. BVerwG, Urt. vom 20.10.2004, BVerwGE 122, 103), ist die Beklagte vorliegend zu verpflichten festzustellen, dass ein Abschiebungsverbot nach § 60 Abs. 7 S. 1 AufenthG vorliegt, da sich die Klägerin krankheitsbedingt bei einer Rückkehr in die Türkei in einer extremen individuellen Gefahrensituation befinden würde.

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. Diese Bestimmung fragt nicht danach, von wem die Gefahr ausgeht oder wodurch sie hervorgerufen wird; die Regelung stellt vielmehr lediglich auf das Bestehen einer konkreten Gefahr ab ohne Rücksicht darauf, ob sie vom Staat ausgeht oder ihm zumindest zuzurechnen ist (vgl. BVerwG, Urt. vom 17.10.1995, NVwZ 1996, 199).

Eine Aussetzung der Abschiebung nach § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG kommt jedoch nicht in Betracht, wenn die geltend gemachten Gefahren nicht landesweit drohen und der Ausländer sich ihnen durch Ausweichen in sichere Gebiete seines Herkunftslandes entziehen kann (vgl. BVerwG, Urt. vom 17.10.1995 a.a.O.). Ein Ausländer kann schon dann auf einen alternativen Landesteil verwiesen werden, wenn ihm dort konkrete Gefahren i. S. d. § 60 Abs. 7 S. 1 AufenthG nicht mit beachtlicher Wahrscheinlichkeit drohen; sonstige Mindestanforderungen an die Qualität und Verfolgungssicherheit des Aufenthalts in der Ausweichregion bestehen nicht (vgl. VGH Bad.-Württ., Urt. vom 22.07.1998 – A 6 S 3421/96 – juris -). Die Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit muss mit beachtlicher Wahrscheinlichkeit bestehen. Die besondere Schwere eines drohenden Eingriffs ist im Rahmen der gebotenen qualifizierenden Betrachtungsweise im Sinne einer Gewichtung, Abwägung und zusammenfassenden Bewertung des zur Prüfung gestellten Lebenssachverhalts vermittle des Kriteriums, ob die Wahrscheinlichkeit der Rechtsgutverletzung beachtlich ist, zu berücksichtigen (vgl. BVerwG, Urt. vom 17.10.1995 a.a.O. und Urt. vom 05.07.1994, InfAusR 1995, 24). Eine beachtliche Wahrscheinlichkeit in diesem Sinne ist gegeben, wenn die für den Eintritt der Gefahr sprechenden Umstände ein größeres Gewicht besitzen und deswegen gegenüber den dagegen sprechenden Tatsachen überwiegen (vgl. BVerwG, Beschl. vom 18.07.2001, Buchholz 402.240 § 53 AuslG Nr. 46).

Auch die drohende Verschlimmerung einer Krankheit wegen ihrer nur unzureichenden medizinischen Behandlung im Zielstaat der Abschiebung kann ein Abschiebungsverbot nach § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG darstellen (vgl. BVerwG, Urt. vom 25.11.1997, BVerwGE 105, 383 = NVwZ 1998, 524; Urt. vom 27.04.1998, NVwZ 1998, 973 und Urt. vom 21.09.1999, NVwZ 2000, 206). Von einer Verschlimmerung ist auszugehen, wenn eine wesentliche oder gar lebensbedrohliche Verschlechterung des Gesundheitszustands droht; konkret ist diese Gefahr, wenn die Verschlechterung alsbald nach der Rückkehr in den Heimatstaat eintreten würde (vgl. BVerwG, Urt. vom 25.11.1997 a.a.O. und Urt. vom 29.07.1999 – 9 C 2/99 – Juris -). Ob die Gefahr der Verschlechterung der Gesundheit durch die individuelle Konstitution des Ausländers bedingt oder

mitbedingt ist, ist unerheblich (vgl. BVerwG, Urt. vom 29.07.1999 a.a.O.).

Eine zielstaatsbezogene Gefahr für Leib und Leben besteht auch dann, wenn die notwendige Behandlung oder Medikation im Zielstaat zwar allgemein zur Verfügung steht, dem betroffenen Ausländer individuell jedoch aus finanziellen oder sonstigen Gründen nicht zugänglich ist (vgl. BVerwG, Urteil vom 29.10.2002, NVwZ-Beilage I 2003, 53 = DVBl 2003, 463 und Beschluss vom 29.04.2003, Buchholz 402.240 § 53 AuslG Nr. 60; VGH Kassel, Urteil vom 24.06.2003, AuAS 2004, 20). Die mögliche Unterstützung durch Angehörige im In- oder Ausland ist in die gerichtliche Prognose, ob bei Rückkehr eine Gefahr für Leib oder Leben besteht, mit einzubeziehen (vgl. BVerwG, Beschl. vom 01.10.2001, Buchholz 402.240 § 53 AuslG Nr. 51).

Nach diesen Kriterien steht der Klägerin ein Anspruch auf die Feststellung des Vorliegens eines Abschiebungsverbots nach § 60 Abs. 7 S. 1 AufenthG hinsichtlich der Türkei zu. Die Klägerin leidet ausweislich der von ihr vorgelegten Gutachten der Michael-Balint-Klinik vom 12.01.2007 und der Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Reutlingen vom 23.04.2007 an einer posttraumatischen Belastungsstörung (ICD-10: F 43.1) und (so die Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Reutlingen) an einer schweren Depression ohne psychotische Symptome (ICD-10: F 32.2).

Bei der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) handelt es sich um ein komplexes psychisches Krankheitsbild. Die posttraumatische Belastungsstörung entsteht als eine verzögerte Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde und mit starker Furcht und Hilflosigkeit einhergeht. Typische Merkmale der PTBS sind das wiederholte Erleben des Traumas in sich aufdrängenden Erinnerungen (sog. Intrusionen), die so weit gehen können, dass der Körper das schlimme Ereignis noch einmal wie in der Ursprungssituation nacherlebt (flashbacks). Weitere Merkmale sind das andauernde Gefühl von Betäubtsein und emotionaler Stumpfheit, Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit der Umgebung gegenüber und Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Hinzu tritt gewöhnlich ein Zustand vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung und eine übermäßige Schreckhaftigkeit und Schlaflosigkeit. Angst und Depressionen sind häufig mit den vorstehend genannten Symptomen und Merkmalen assoziiert, und Suizidgedanken sind nicht selten. Die PTBS kann zu einer Beeinträchti-

gung des Erinnerungs- und Wiedergabevermögens und zu Konzentrationsschwierigkeiten führen, zu Schweigsamkeit aus Scham, Angst vor Erinnerung, Apathie (vgl. zum Vorstehenden Venzlaff/Foerster, Psychiatrische Begutachtung, 4. Auflage, Seite 750 ff.; Loesel/Bender, Asylpraxis Band 7 S. 175 ff.; Koch, Asylpraxis Band 9 S. 61 ff.; Haenel, Asylpraxis Band 9, S. 111 ff., Marx, InfAuslR 2000, 357 ff; Treiber, ZAR 2002, 282 ff.; Middeke, DVBl. 2004, 150 ff.). Die posttraumatische Belastungsstörung ist in der Auflistung aller Krankheiten durch die Weltgesundheitsorganisation unter F 43.1 der ICD 10 enthalten (vgl. Dilling u.a., Internationale Klassifikation psychischer Störungen, 3. Auflage, S. 121).

In der internationalen Klassifikation sind Traumata definiert als kurz oder lang anhaltende Ereignisse oder Geschehen von außergewöhnlicher Bedrohung mit katastrophalem Ausmaß, die nahezu bei jedem Betroffenen tiefgreifende Verzweiflung auslösen werden (vgl. Koch in: Asylpraxis, Band 9, Seite 61, 69ff.). Man unterscheidet in diesem Zusammenhang zwischen traumatischen Ereignissen in Folge von Unfällen oder Katastrophen und willentlich durch Menschen verursachten Traumata (z. B. Folter, Misshandlung, Vergewaltigung und Kriegserlebnisse). Da es sich bei der PTBS um ein innerpsychisches Erlebnis handelt, das sich einer Erhebung äußerlich objektiver Befundtatsachen weitgehend entzieht, kommt es in besonderem Maße auf die Glaubhaftigkeit und Nachvollziehbarkeit eines geschilderten inneren Erlebnisses und der zugrunde liegende faktischen äußeren Erlebnistatsachen an, was wiederum angesichts der Komplexität und Schwierigkeit des Krankheitsbildes eine eingehende Befassung des Arztes mit dem Patienten erfordert. Regelmäßig sind tragfähige Aussagen zur Traumatisierung erst nach mehreren Sitzungen über eine längere Zeit möglich. Auch bedarf es unter anderem einer gründlichen Anamnese sowie einer schlüssigen und nachvollziehbaren Herleitung des im Übrigen genau zu definierenden Krankheitsbildes (vgl. Treiber a.a.O.; Loesel/Bender a.a.O.). Es gibt keine PTBS ohne Trauma und auch beim Vorliegen aller Symptome einer PTBS kann eine solche nur diagnostiziert werden, wenn auch ein entsprechendes Trauma vorhanden war. Aus den Symptomen kann nicht rückgeschlossen werden, dass ein Trauma stattgefunden hat (vgl. Venzlaff/Foerster a.a.O. S. 752; Steller in Sonderheft für Gerhard Schäfer, NJW-Beilage 2002, S. 69, 71; Ebert/Kindt, VBIBW 2004, 41 f.; a.A. Haenel/Birck, VBIBW 2004, 321).

Nach den Feststellungen der Sachverständigen Dr. K (Michael-Balint-Klinik) und Dr. N (Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Reutlingen) erbrachten ihre eigenen Untersuchungen der Klägerin die sichere Diagnose einer posttraumatischen Be-

lastungsstörung. Die für diese Krankheit nach ICD-10: F 43.1 erforderlichen diagnostischen Kriterien seien erfüllt. An der Richtigkeit dieser Ausführungen hegt das Gericht keine Zweifel. Die Feststellungen in dem Gutachten der Michael-Balint-Klinik vom 12.01.2007 und im Gutachten der Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Reutlingen vom 23.04.2007 sind eindeutig, in sich widerspruchsfrei und nachvollziehbar. Die Gutachter haben andere differentialdiagnostische Erwägungen angestellt, diese jedoch verworfen. Aus beiden Gutachten geht eindeutig hervor, auf welcher Grundlage die Sachverständigen ihre Diagnose gestellt haben und wie sich die Krankheit im konkreten Fall darstellt. Die Gutachten geben auch Aufschluss über die Schwere der Krankheit, deren Behandlungsbedürftigkeit sowie den bisherigen Behandlungsverlauf.

Für diese psychotraumatologischen Fachfragen gibt es keine eigene Sachkunde der Behörde oder des Gerichts (vgl. BVerwG, Beschl. v. 24.05.2006, NVwZ 2007, 345 und Urt. v. 11.09.2007 – 10 C 8/07 – juris -). Soweit das Bundesamt das Vorliegen der fachärztlich diagnostizierten posttraumatischen Belastungsstörung verneint, weil es das Vorhandensein eines traumatisierenden Ereignisses als nicht hinreichend belegt ansieht, fehlt ihm für diese Aussage ohne Einholung eines eigenen medizinischen Sachverständigengutachtens die notwendige Sachkunde.

Das Bundesamt ist erkennbar auch der Auffassung, bei den medizinischen Gutachten der Micha-

el-Balint-Klinik vom 12.01.2007 und der Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Reutlingen vom 23.04.2007 fehle die inhaltliche Analyse der erhobenen Aussagen der Klägerin in Bezug auf das Vorliegen und den Ausprägungsgrad von Glaubhaftigkeitsmerkmalen (Konstanz- und Motivationsanalyse, Fehlerquellen- und Kompetenzanalyse). Dieses Vorbringen deutet darauf hin, dass das Bundesamt den Unterschied zwischen aussagepsychologischen und klinischen Gutachten nicht kennt. Aussagepsychologische Gutachten äußern sich zu Aussagen über ein Geschehen. Die aussagepsychologische Begutachtung wurde entwickelt, um mit Hilfe der Inhaltsanalyse einer Aussage und unter Berücksichtigung der Entstehungsgenese, der Kompetenz und der Motivation des Untersuchten sowie mit Hilfe des Vergleichs verschiedener Aussagen einer Person zu unterschiedlichen Zeiten (Konstanzanalyse) die Frage zu klären, inwieweit die Schilderungen glaubhaft und zuverlässig sind. Klinische Gutachten äußern sich hingegen zu der Frage, ob jemand gesund oder krank ist und dazu, welche Erkrankungen gegebenenfalls vorliegen.

Forensische aussagepsychologische Gutachten liegen aber außerhalb des Kompetenzbereichs eines Facharztes oder Psychotherapeuten. Klinische Gutachten oder Stellungnahmen zu Fragen nach bestehenden psychischen Traumafolgen analysieren Aussagen nicht anhand der Kriterien der Aussagepsychologie. Diese Kriterien (Konstanzanalyse, Aussageentstehung und Aussageentwicklung oder Motivationsanalyse) gehören deshalb nicht in den Rahmen eines klinischen Gutachtens. Klinische Gutachten können allenfalls wesentliche Anhaltspunkte enthalten, die für oder gegen den Erlebnisbezug von Aussagen zur traumatischen Vorgeschichte sprechen (vgl. zum Ganzen Venzlaff/Foerster a.a.O. S. 752; Gierlichs u.a., ZAR 2005, 158 ff; Wenk-Ansohn u.a., Anforderungen an Gutachten, Einzelentscheiderbrief 8 und 9/2002, 3; Haanel/Birck, VBIBW 2004, 321, 322). Unabhängig hiervon haben sich die Gutachter Dr. K und Dr. N mit der Glaubhaftigkeit des Vorbringens der Klägerin nachhaltig beschäftigt. Eine Simulation und Aggravation wurde von beiden Gutachtern überzeugend ausgeschlossen.

Da nach dem Vorgenannten weder mit psychiatrisch-psychotherapeutischen Mitteln noch mit Hilfe der Psychopathologie sicher erschlossen werden kann, ob tatsächlich ein traumatisches Ereignis stattgefunden hat und wie dieses geartet war, muss das behauptete traumatisierende Ereignis zur Überzeugung des Gerichts stattgefunden haben (ebenso VGH Bad.-Württ., Beschl. v. 20.10.2006, VBIBW 2007, 116; vgl. aber auch BVerwG, Beschl. v. 18.07.2001, DVBl 2002, 53: Glaubhaftigkeitsprüfung unter Zu-

hilfenahme eines Sachverständigen bei Traumatisierung). Dies ist vorliegend der Fall.

Aufgrund der Einvernahme der Klägerin in der mündlichen Verhandlung und aufgrund der ausführlich wiedergegebenen Anamnesen in den Gutachten der Michael-Balint-Klinik vom 12.01.2007 und der Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Reutlingen vom 23.04.2007 ist das Gericht der Überzeugung, dass die Klägerin tatsächlich im März 2002 von einem Angehörigen türkischer Sicherheitskräfte vergewaltigt wurde. Sie hat dieses Ereignis mit hinreichenden Realkennzeichen bei der Anamneseerhebung durch die Michael-Balint-Klinik geschildert. Außerdem hatte sie bereits im Erstasylverfahren vorgetragen, seit März 2002 Probleme in der Türkei gehabt zu haben; dieses Datum korrespondiert mit den Angaben der Klägerin im Asylfolgeverfahren, wonach sie im März 2002 die Vergewaltigung durch einen türkischen Polizisten erlitten habe. Dem kann auch nicht entgegengehalten werden, dass die Klägerin die Vergewaltigung erst nach dem Erstasylverfahren benannt hat.

Aus der psychotraumatologischen Forschung ist bekannt, dass traumatische Erinnerungen eher fragmentarischen Charakter haben und dass gerade bei traumatisierten Personen charakteristische Gedächtnisstörungen krankheitsbedingt die Regel sind. Hinzu kommt, dass traumatisierte Menschen oft jene Ereignisse verschweigen, die als besonders schmerzhaft erlebt wurden oder die stark schambesetzt sind. Dieses Vermeidungsverhalten ist Teil des Krankheitsbildes und nur bedingt willentlich beeinflussbar (vgl. Venzlaff/Foerster, Psychiatrische Begutachtung, 4. Auflage, Seite 752; Hinckeldey/Fischer, Psychotraumatologie der Gedächtnisleistung; Birck, Traumatisierte Flüchtlinge sowie in ZAR 2002, 28 ff.; Haanel/Birck, VBIBW 2004, 321, 322; Mehari, Koch, Bittenbinder, Wirtgen, Haanel, Hüther in: Asylpraxis, Band 9 Seite 17 ff.; ebenso OVG Lüneburg, Beschl. v. 26.06.2007 – 11 LB 398/05 – juris -). Bei traumatisierten Personen können somit die bei der Glaubhaftigkeitsprüfung relevanten Kriterien wie Detailreichtum, Farbigkeit der Darstellung, logische Kohärenz, Homogenität, innere Widerspruchsfreiheit und Konstanz der Aussage nicht ohne Weiteres vorausgesetzt werden (vgl. Treiber, ZAR 2002, 282; Middeke, DVBl. 2004, 150, 151; Marx, InfAuslR 2003, 21, 23; Koch in: Asylpraxis Band 9, Seite 61ff, 88). Deshalb wird im Hinblick auf die Schilderung des Traumageschehens bei einem traumatisierten Asylbewerber ein qualifizierter Beweisnotstand angenommen, der zu einer Herabsetzung der Anforderungen an die Schlüssigkeit des tatsächlichen Vorbringens und damit auch an den Nachweis eines Verfolgungsgeschehens führt (vgl. OVG Koblenz, Urt. v. 10.05.2002 – 10 A 11457/01 -; OVG Münster, Beschl. v. 07.01.1998, AuAS 1998,

105; OVG Weimar, Urt. v. 25.09.2003, NVwZ-RR 2004, 455 und Urt. v. 18.03.2005, Asylmagazin 7-8/2005, 34; OVG Greifswald, Urt. v. 13.04.2000, AuAS 2000, 221).

Wegen der Eigentümlichkeit, dass die Traumatisierten oft erst im Rahmen einer bereits greifenden therapeutischen Bemühung in der Lage sind, über das Geschehene Auskunft zu geben, kann in der äußerlichen Widersprüchlichkeit von Angaben kein ausschlaggebendes Moment ausgemacht werden, das der Annahme des der Feststellung der posttraumatischen Belastungsstörung zugrunde liegenden Traumas entgegensteht (vgl. OVG Koblenz, Urt. v. 23.09.2003, Asylmagazin 4/2004, 33).

Der Glaubhaftigkeit der von der Klägerin im Asylverfahren dargelegten erlittenen Vergewaltigung im März 2002 steht deshalb nicht entgegen, dass sie sich weder bei ihrer Anhörung durch das Bundesamt am 14.01.2003 noch bei den Begutachtungen durch das Klinikum Weissenhof und durch die psychologische Beratungsstelle Stuttgart in der Lage gesehen hat, die in der Türkei erlebte Erniedrigung zu berichten. In der mündlichen Verhandlung hat die Klägerin glaubhaft dargelegt, dass sie aus Angst, ihr vor der Tür wartender Ehemann könne ihre Angaben mithören, keine Aussagen im Klinikum Weissenhof und in der psychologischen Beratungsstelle Stuttgart zu der erlittenen Vergewaltigung gemacht hat. Auch in der mündlichen Verhandlung war die tief sitzende Furcht der Klägerin mit Händen greifbar, ihre Angaben im Sitzungssaal könnten von dem im Wartebereich aufhältigen Ehemann mitgehört werden. Bei der Anamneseerhebung durch Dr. N in der Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Reutlingen hinderte ein intrusives, flashback-artiges Wiedererleben der Vergewaltigung die Klägerin daran, über das konkrete Vergewaltigungsgeschehen zu sprechen; die Klägerin war über mehr als 15 Minuten nicht zu beruhigen und verbal nicht mehr zu erreichen. Eine notfallmäßige Klinikaufnahme zur Krisenintervention wurde vom Gutachter in Erwägung gezogen. Auch der persönliche Eindruck, den die Klägerin in der mündlichen Verhandlung gemacht hat, hat bestätigt, dass sie nur unter Aufbietung aller ihrer Kräfte und unter Tränen und Weinanfällen zu Andeutungen über den erlittenen sexuellen Missbrauch in der Lage ist.

Im Übrigen müsste auch dem Bundesamt bekannt sein, dass das Selbstbild der von sexualisierter Gewalt betroffenen Frauen aus der Türkei (gleiches gilt aber auch für Frauen aus dem Irak, aus Bosnien und aus dem Kosovo) geprägt ist vom Gedanken des Entehrtseins und deren Gefühlswelt von Scham, Wertlosigkeit, Selbstverurteilung und Schuld erfüllt ist. Um in der sozialen Gemeinschaft weiter existieren zu kön-

nen und aus Angst davor, vom Ehemann verstoßen zu werden, entschließen sich die meisten dieser Frauen, über die erlebten sexuellen Übergriffe durch Sicherheitskräfte nicht zu sprechen. Angaben über sexualisierte Gewalt stellen vor dem Hintergrund islamisch geprägter Traditionen nicht nur für die betroffene Frau, sondern auch für deren Ehemann und die gesamte Familie eine neuerliche Entehrung dar. Deshalb kommen Aussagen zu sexualisierten Gewalterfahrungen bei muslimischen Frauen erst unter größtem Druck, wenn beispielsweise die Abschiebung unmittelbar droht, zustande (vgl. zum Ganzen Haenel/Wenk-Ansohn, Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren, S. 160 ff.; Birck, ZAR 2002, 28, 31; Haenel/Birck, VBIBW 2004, 321, 323).

Gegen die Richtigkeit der in den Gutachten der Michael-Balint-Klinik vom 12.01.2007 und der Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Reutlingen vom 23.04.2007 gestellten Diagnose posttraumatische Belastungsstörung spricht auch nicht das späte Auftreten der von der Klägerin geschilderten Krankheitssymptome. Entgegen der vom Bundesamt häufig vertretenen Auffassung tritt die posttraumatische Be-

lastungsstörung nicht regelmäßig innerhalb von sechs Monaten nach dem traumatischen Ereignis auf. Diese Zeitspanne wird in der ICD-10 für F 43.1 nur als häufigste Latenz angegeben. In der (ausführlicheren) DSM-IV wird ausdrücklich auf eine PTBS mit verzögertem Beginn hingewiesen. Nach neueren wissenschaftlichen Erkenntnissen können traumabedingte Störungen einschließlich posttraumatischer Belastungsstörungen auch mit jahrelanger bis zum Teil jahrzehntelanger Latenz auftreten (vgl. Gierlichs, Asylmagazin 7-8/2003, 53 sowie in ANA-ZAR 5/2007, 33 m.w.N.). In der ergänzenden Stellungnahme an das Gericht vom 11.01.2008 hat auch Dr. N., der anerkanntermaßen ein ausgewiesener Fachmann auf dem Gebiet der Psychotraumatologie ist, dargelegt, dass der Ausbruch der Symptome der PTBS von vielfältigen Umgebungsfaktoren abhängen kann, die beispielsweise eine Kompensation ermöglichen oder Verdrängung/Verleugnung des Traumas erforderlich machen können.

Nach dem Gutachten der Michael-Balint-Klinik vom 12.01.2007 und der Fachklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Reutlingen vom 23.04.2007 ist bei einer erzwungenen Rückkehr der Klägerin in die Türkei aufgrund der Retraumatisierung mit Dekompensation mit massivster Verschlechterung der psychischen Erkrankung mit akuter Lebensgefährdung zu rechnen. Den ärztlichen Feststellungen zufolge leidet die Klägerin an Einschlaf- und Durchschlafstörungen, unter Gedankenkreisen und Grübeln und unter einem kompletten Libidoverlust; weiter traten bei den Explorationen Hitzewallungen, Kopfschmerzen, Schwindel und brennende Hände „wie Feuer“ auf. Schließlich wird in den Gutachten über massive Lebensunlust, Todessehnsucht und über vier Suizidversuche berichtet. Diese ärztlichen Feststellungen sind klar, eindeutig und überzeugend. Im Übrigen handelt es sich bei der Einschätzung des Krankheitsverlaufs und der gesundheitlichen Folgen wiederum um medizinische Fachfragen, für die es keine eigene Sachkunde der Behörde oder des Gerichts gibt (vgl. BVerwG, Beschl. v. 24.05.2006, NVwZ 2007, 345).

Unter dem Begriff der „Retraumatisierung“ wird die durch äußere Ursachen oder Bedingungen, die dem zugrundeliegenden traumatischen Erlebnis gleichen, ähneln oder auch nur Anklänge daran haben, ausgelöste Reaktualisierung der inneren Bilder des traumatischen Erlebens in der Vorstellung und den körperlichen Reaktionen des Betroffenen verstanden, die mit der vollen oder gesteigerten Entfaltung des Symptombildes der ursprünglichen traumatischen Reaktion auf der körperlichen, psychischen und sozialen Ebene einhergeht (vgl. Marx, InfAuslR 2000, 357, 360 m.w.N.). Die Folge davon kann eine akute Dekompensation wie z. B. schwere depressive Reaktion,

psychotische Dekompensation, suizidale Handlung und anderes sein und zu einer dauerhaften Verschlimmerung oder Chronifizierung des posttraumatischen Krankheitsprozesses führen (vgl. OVG Lüneburg, Beschl. v. 26.06.2007 – 11 LB 398/05 – juris -).

Bereits diese konkrete Gefahr der Retraumatisierung begründet ein zielstaatsbezogenes Abschiebungsverbot im Sinne des § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG (ebenso VGH München, Urt. v. 20.10.1999 – 23 B 98.30524; VGH Kassel, Urt. v. 26.02.2007 – 4 UE 1125/05.A – juris -; OVG Koblenz, Urt. v. 09.02.2007 – 10 A 10952/06.OVG -; OVG Schleswig, Beschl. v. 28.09.2006 – 4 LB/06 -; OVG Lüneburg, Beschl. v. 26.06.2007 – 11 LB 398/05 – juris – und Urt. v. 12.09.2007 – 8 LB 210/05 – juris -). Die Gefahr der Retraumatisierung lässt sich nicht auf den eigentlichen Ort eingrenzen, an dem die Verletzungshandlung erfolgte, denn auch andere Orte und Personen im Heimatland, die dem zugrundeliegenden traumatischen Erlebnis gleichen, ähneln oder auch nur Anklänge daran haben, führen zu einer Reaktualisierung der inneren Bilder des traumatischen Erlebens in der Vorstellung und den körperlichen Reaktionen des Betroffenen (vgl. OVG Lüneburg, Beschl. v. 28.02.2005 – 11 LB 121/04 und Beschl. v. 26.06.2007 – 11 LB 398/05 – juris -), so dass im Falle der Klägerin die Gefahr der Retraumatisierung konkret und landesweit gegeben ist.

Diese konkrete und landesweite Gefahr im Falle einer Abschiebung in die Türkei ist durch eine mögliche medikamentöse Behandlung im Zielstaat der Abschiebung nicht zu verhindern (vgl. Gierlichs/Wenk-Ansohn, ZAR 2005, 405, 408; Gierlichs u.a., ZAR 2005, 158, 163). Der erheblichen Gesundheits- und Lebensgefahr für die Klägerin kann auch nicht dadurch wirksam begegnet werden, dass sie sich unverzüglich nach der Rückkehr in ihr Heimatland in psychologische oder psychiatrische Behandlung begibt. Denn Menschen mit traumatogenen Störungen können in einer Umgebung, die Intrusionen stimuliert und kein Vermeidungsverhalten erlaubt, nicht behandelt werden (vgl. Venzlaff/Foerster, Psychiatrische Begutachtung, 4. Aufl., S. 753). Nach fachwissenschaftlichen Erkenntnissen ist eine erfolgreiche Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen nur in einer sicheren Umgebung und bei Schutz vor weiterer Traumaeinwirkung möglich (vgl. Stellungnahme der wissenschaftlichen Fachgesellschaften, veröffentlicht in: www.aerzteblatt.de; Koch in: Asylpraxis Band 9 S. 61, 78; Gierlichs/Wenk-Ansohn, ZAR 2005, 405, 408; Gierlichs, ZAR 2006, 277, 279; Bittenbinder in: Asylpraxis Band 9, S. 35, 54 ff.; Graessner u.a., Die Spuren von Folter, S. 77 ff.; ebenso OVG Koblenz, Urt. v. 23.09.2003, Asylmagazin 4/2004, 33; OVG Lüneburg, Beschl. v. 26.06.2007 – 11 LB 398/05 – juris).

Unabhängig hiervon wird die Klägerin vor dem Hintergrund der bei ihr bestehenden schweren Erkrankung und der schon heute gezeigten extremen Destabilisierung nicht in der Lage sein, in der Türkei im Anschluss an ihre Abschiebung und die damit für sie zwangsläufig verbundene Verschlimmerung ihres Gesundheitszustandes die für sie alsdann noch umso dringlicher gebotene medizinische Hilfe zu erfahren, zumal die hier vorliegende Traumatisierung durch Vergewaltigung einen Fall mit einer besonders ungünstigen Prognose, nämlich den Fall des sog. „man made disaster“ (vgl. Koch in: Asylpraxis Band 9 Seite 71) darstellt. Denn unabhängig von der Frage, ob posttraumatische Belastungsstörungen in der Türkei behandelbar sind und ob die Klägerin eine solche Behandlung unter finanziellen Gesichtspunkten erreichen könnte, gilt im vorliegenden Fall, dass die Klägerin nach ihrer Rückkehr aufgrund ihres Rückzugsverhaltens, ihrer Depressivität und ihrer Ängste nicht in der Lage sein wird, eine solche Behandlung aus eigener Kraft oder durch entsprechende Einwirkungen durch Verwandte mittels deren Hilfestellung anzutreten. Für die Klägerin besteht somit bei einer Rückkehr in die Türkei ungeachtet der vom Bundesamt behaupteten Behandlungsmöglichkeiten die ganz konkrete Gefahr eines psychischen Zusammenbruchs, wenn nicht gar des Suizids, und damit eine extreme individuelle Gefahrensituation.

Steht danach zur Überzeugung des Gerichts fest, dass sich der Krankheitszustand der Klägerin im Falle einer Abschiebung in ihr Herkunftsland alsbald nach ihrer Rückkehr wesentlich bzw. angesichts ihrer erheblichen Suizidalität sogar lebensbedrohlich verschlechtern würde, so steht ihr ein Anspruch auf die Feststellung des Vorliegens der Voraussetzungen des § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG hinsichtlich der Türkei zu. Die Anwendung des § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG wird nicht durch § 60 Abs. 7 Satz 3 AufenthG gesperrt. Angesichts des vielfältigen Symptombildes der posttraumatischen Belastungsstörung kann nicht angenommen werden, dass diesbezüglich ein Bedürfnis nach einer ausländerpolitischen Leitentscheidung nach § 60 a Abs. 1 AufenthG besteht (vgl. hierzu BVerwG, Urt. v. 18.07.2006 – 1 C 16/05 – Juris -). Im Übrigen ist inzwischen allgemein anerkannt, dass die an einer posttraumatischen Belastungsstörung erkrankten Personen, deren Erkrankung auf willentlich durch Menschen verursachte Traumata beruht, nicht Teil einer Bevölkerungsgruppe sind (vgl. OVG Münster, Beschl. v. 16.02.2004, Asylmagazin 6/2004, 30; OVG Koblenz, Urt. v. 23.09.2003, Asylmagazin 4/2004, 33 und Urt. v. 09.02.2007 – 10 A 10952/06.OVG-; VGH Kassel, Beschl. v. 09.01.2006 – 7 ZU 1831/05.A -).