

Oberverwaltungsgericht NRW

Urteil vom 18.05.2021

T e n o r :

Das angefochtene Urteil wird teilweise geändert.

Die Klage wird in vollem Umfang abgewiesen.

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

Die Kostenentscheidung ist vorläufig vollstreckbar. Die Klägerin darf die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe des Vollstreckungsbetrages abwenden, wenn nicht die Beklagte vor der Vollstreckung in entsprechender Höhe Sicherheit leistet.

Die Revision wird nicht zugelassen.

T a t b e s t a n d :

Die Klägerin ist nach Angaben ihrer Mutter am ... in Italien geboren, nigerianische Staatsangehörige und reiste mit dieser angeblich am 3. Mai 2018 nach Deutschland ein. Am 25. Mai 2018 stellte die Mutter für sich und für sie einen Asylantrag.

Ihre Mutter trug für die Klägerin in ihrer ergänzenden Anhörung bei dem Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (im Folgenden: Bundesamt) am 28. Februar 2019 vor, dass sie für ihre Tochter eine Zwangsbeschneidung befürchte.

Mit Bescheid des Bundesamts vom 1. April 2019 wurden die Anträge der Klägerin und ihrer Mutter auf Zuerkennung der Flüchtlingseigenschaft (Nr. 1), auf Asylanerkennung (Nr. 2) sowie auf Zuerkennung subsidiären Schutzes (Nr. 3) abgelehnt. Ferner stellte das Bundesamt fest, dass Abschiebungsverbote nach § 60 Abs. 5 und 7 Satz 1 AufenthG nicht vorlägen (Nr. 4), und drohte der Klägerin und ihrer Mutter unter Setzung einer Ausreisefrist von 30 Tagen die Abschiebung nach Nigeria an (Nr. 5). Das gesetzliche Einreise- und Aufenthaltsverbot wurde auf 30 Monate befristet (Nr. 6). Zur Begründung der Ablehnung der Feststellung von Abschiebungsverboten führte das Bundesamt im Wesentlichen aus, die derzeitigen humanitären Bedingungen in Nigeria führten nicht zu der Annahme, dass bei Abschiebung der Klägerin eine Verletzung von Art. 3 EMRK vorliege. Die hierfür vom Europäischen Gerichtshof für Menschenrechte geforderten hohen Anforderungen an den Gefahrenmaßstab seien nicht erfüllt. Zwar sei die wirtschaftliche Situation in Nigeria prekär. Soweit ein Rückkehrer über ein soziales Geflecht verfüge, könne jedoch davon ausgegangen werden, dass er aufgrund der sozialen Strukturen in Nigeria, die durch den starken Zusammenhalt der Großfamilien geprägt seien, nach seiner Rückkehr die notwendige finanzielle und

wirtschaftliche Unterstützung erhalte, die es ihm ermögliche, in Nigeria ein zumutbares Existenzminimum zu erlangen. Auch unter Berücksichtigung der individuellen Umstände der Klägerin liege keine beachtliche Wahrscheinlichkeit einer Verletzung von Art. 3 EMRK durch die Abschiebung vor. Anhaltspunkte dafür, dass die Mutter der Klägerin nicht in der Lage sei, für diese eine zumindest existenzsichernde Grundlage zu schaffen, lägen nicht vor. Darüber hinaus drohe der Klägerin keine individuelle Gefahr für Leib oder Leben, die zur Feststellung eines Abschiebungsverbots nach § 60 Abs. 7 AufenthG führe. Individuelle Gefahren bezüglich der Klägerin seien weder geltend gemacht, noch lägen solche nach Erkenntnissen des Bundesamts vor. Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Bescheid Bezug genommen.

Die Klägerin hat am 12. April 2019 Klage erhoben. Zur Begründung hat sie geltend gemacht, ihr drohe bei einer Rückkehr nach Nigeria mit beachtlicher Wahrscheinlichkeit eine Malariaerkrankung.

Die Klägerin hat sinngemäß beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids des Bundesamts vom 1. April 2019 zu verpflichten,
sie als Asylberechtigte anzuerkennen,
ihr die Flüchtlingseigenschaft zuzuerkennen,
hilfsweise ihr subsidiären Schutz zuzuerkennen,
weiter hilfsweise festzustellen, dass Abschiebungsverbote gemäß § 60 Abs. 5 und Abs. 7 AufenthG vorliegen.

Die Beklagte hat schriftsätzlich beantragt, die Klage abzuweisen.

Zur Begründung hat sie ausgeführt, die Feststellung eines Abschiebungsverbots für die Klägerin komme nicht in Betracht. Es sei keine beachtliche Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung an Malaria anzunehmen. Das Infektionsrisiko mit Malaria tropica sei eine allgemeine, allen Einwohnern Nigerias gleich drohende Gefahr, die nur bei Bejahung einer extremen Gefahrenlage auf ein Abschiebungsverbot führen könne. Für eine solche extreme Gefahr sei hier nichts ersichtlich. Auch bestünden keine Anhaltspunkte für eine weitere Gefahrerhöhung aufgrund individueller Umstände. Zudem sei eine Malariaerkrankung in Nigeria behandelbar. Insoweit sei die Klägerin auf die allgemeine Gesundheitsversorgung im Zielstaat zu verweisen. Schließlich sei davon auszugehen, dass die Familie der Klägerin etwaige Behandlungskosten finanzieren könne. Ihre Mutter sei ausgebildete Schneiderin und als solche bereits in Nigeria selbstständig tätig gewesen. Diese Tätigkeit könne sie bei Rückkehr wiederaufnehmen.

Mit Urteil vom 18. November 2019 hat das Verwaltungsgericht die Beklagte unter Aufhebung von Nr. 4 des Bescheids des Bundesamts vom 1. April 2019 verpflichtet, zugunsten der Klägerin ein Abschiebungsverbot gemäß § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG hinsichtlich Nigeria festzustellen; Nr. 5 des Bescheids hat es insoweit aufgehoben, als die Abschiebung der Klägerin nach Nigeria angedroht wird. Im Übrigen hat es die Klage abgewiesen. Der Klägerin drohten bei Rückkehr nach Nigeria mit beachtlicher Wahrscheinlichkeit erhebliche

Gesundheitsgefahren, die Voraussetzungen eines zielstaatsbezogenen Abschiebungsverbots seien gegeben. Für den Fall der Rückkehr der Klägerin nach Nigeria sei mit beachtlicher Wahrscheinlichkeit von einer Infektion mit Malaria auszugehen. Unbehandelt drohe hierbei eine ernsthafte Erkrankung mit schweren bis schwersten bleibenden gesundheitlichen Schäden, sogar bis hin zum Tod. Rückkehrer und insbesondere in Europa geborene Kleinkinder seien einem höheren Risiko ausgesetzt als Einheimische, an Malaria zu erkranken. Insbesondere in Europa geborene und aufgewachsene Kleinkinder könnten keine Semi-Immunität und damit keinen soliden Schutz gegen die Infektion aufbauen. Die notwendige Medikation und ärztliche Behandlungsmöglichkeiten stünden der Klägerin in Nigeria nicht verlässlich zur Verfügung. Ihr drohe eine "Extremgefahr". Die Klägerin müsse mangels finanzieller Mittel in dürftigsten Wohnverhältnissen leben und sei von der gesundheitlichen Versorgung ausgeschlossen. Die Kosten für notwendige Medikamente zur Behandlung einer Malariaerkrankung könnten von der Familie der Klägerin nicht aufgebracht werden. Zwar könne sie Moskitonetze verwenden, ein verlässlicher Schutz sei damit aber nicht zu erzielen. Es sei auch zu berücksichtigen, dass es ihrer Familie nach der Rückkehr voraussichtlich nicht besser gehen werde als dem überwiegenden Teil der Bevölkerung. Diese wirtschaftliche Situation habe Auswirkungen auf die gesundheitlichen Risiken für Rückkehrer.

Wegen der weiteren Begründung des Urteils, insbesondere soweit die Klage abgewiesen worden ist, wird auf dessen Entscheidungsgründe Bezug genommen.

Am 5. Dezember 2019 hat die Beklagte die Zulassung der Berufung gegen den stattgebenden Ausspruch des Urteils beantragt. Mit ihrer vom Senat mit Beschluss vom 5. August 2020 zugelassenen Berufung macht die Beklagte weiterhin die vollständige Abweisung der Klage geltend. Sie bezieht sich zur Begründung auf die Rechtsprechung des erkennenden Senats zur fehlenden Extremgefahr aufgrund einer drohenden Malariaerkrankung.

Die Beklagte beantragt schriftsätzlich sinngemäß, das angefochtene Urteil teilweise zu ändern und die Klage in vollem Umfang abzuweisen.

Die Klägerin beantragt schriftsätzlich, die Berufung zurückzuweisen.

Zur Begründung verweist sie auf das angefochtene Urteil und hält unter Bezugnahme auf eine aktuelle gutachterliche Stellungnahme vom 4. September 2020 die Feststellung eines Abschiebungsverbots für die Klägerin für geboten. Die Gesamtzahl der an Malaria erkrankten Kinder unter fünf Jahren in Nigeria sei angesichts hoher Dunkelziffern offen. Auch seien die neben die Sterblichkeitsrate tretenden schwersten gesundheitlichen Folgeschäden zu berücksichtigen. Ebenfalls sei zu berücksichtigen, dass die Klägerin nicht die Möglichkeit einer zeitnahen und effektiven Behandlung im Krankheitsfall habe. Auch scheide eine Chemoprophylaxe für die Klägerin aus.

Die Beteiligten haben übereinstimmend ihr Einverständnis mit einer Entscheidung durch den Berichterstatter und ohne mündliche Verhandlung erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf den Inhalt der Gerichtsakten des vorliegenden Verfahrens und des Verfahrens betreffend ihre Mutter (Az. 5 K 1041/19.A VG Münster) sowie der beigezogenen Verwaltungsvorgänge des Bundesamts Bezug genommen.

E n t s c h e i d u n g s g r ü n d e :

Der Senat entscheidet durch den Berichterstatter ohne mündliche Verhandlung, weil sich die Beteiligten damit einverstanden erklärt haben (§ 87a Abs. 2 und 3, § 101 Abs. 2, § 125 Abs. 1 VwGO).

Streitgegenstand der Berufung der Beklagten ist ausschließlich der stattgebende Teil des angefochtenen Urteils, mit dem das Verwaltungsgericht zum einen die Beklagte unter Aufhebung von Nr. 4 des angefochtenen Bescheids der Sache nach zur Feststellung eines nationalen Abschiebungsverbots in verfassungskonformer Anwendung des § 60 Abs. 7 Sätze 1 und 6 AufenthG verpflichtet und zum anderen die Zielstaatsbestimmung Nigeria in der Abschiebungsandrohung in Nr. 5 des Bescheids aufgehoben hat. Hingegen ist das angefochtene Urteil rechtskräftig geworden, soweit das Verwaltungsgericht die Klage im Übrigen abgewiesen hat, d. h. hinsichtlich der Ablehnung des Antrags der Klägerin auf Asylenerkennung, auf Zuerkennung der Flüchtlingseigenschaft, auf Zuerkennung subsidiären Schutzes sowie der Klage gegen die Abschiebungsandrohung im Übrigen und gegen die Befristung des Einreise- und Aufenthaltsverbots.

Die so konkretisierte Berufung der Beklagten ist zulässig und begründet.

Das Verwaltungsgericht hat der Klage zu Unrecht teilweise stattgegeben. Das gilt sowohl für die Verpflichtung der Beklagten zur Feststellung eines nationalen Abschiebungsverbots (A.) als auch für die Aufhebung der Zielstaatsbestimmung Nigeria in der Abschiebungsandrohung (B.).

A. Hinsichtlich der Verpflichtung der Beklagten zur Feststellung nationalen Abschiebungsschutzes ist die Klage als Verpflichtungsklage statthaft, aber unbegründet. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf die Feststellung nationalen Abschiebungsschutzes. Die Versagung dieser Feststellung durch das Bundesamt ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten (§ 113 Abs. 5 Satz 1 VwGO).

Die Feststellung eines nationalen Abschiebungsverbots nach § 60 Abs. 5, 7 Sätze 1 und 6 AufenthG einschließlich der Feststellung eines Abschiebungsverbots in verfassungskonformer Anwendung des § 60 Abs. 7 Sätze 1 und 6 AufenthG ist ein einheitlicher, nicht weiter teilbarer Streitgegenstand (BVerwG, Urteile vom 19. April 2018 - 1 C 29.17 -, BVerwGE 162, 44, juris, Rn. 44, vom 8. September 2011 - 10 C 14.10 -,

BVerwGE 140, 319, juris, Rn. 17, und vom 24. Juni 2008 - 10 C 43.07 -, BVerwGE 131, 198, juris, Rn. 15; OVG NRW, Urteil vom 24. März 2020 - 19 A 4470/19.A -, juris, Rn. 28).

Die Klägerin hat keinen Anspruch auf die Feststellung von Abschiebungsverboten nach § 60 Abs. 5 AufenthG (I.). Für sie besteht in Nigeria auch keine erhebliche konkrete Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit in direkter Anwendung des § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG (II.). Ebenso wenig kann sie Abschiebungsschutz in verfassungskonformer Anwendung des § 60 Abs. 7 Sätze 1 und 6 AufenthG wegen einer extremen Gefahrenlage beanspruchen (III.). Diese unter Zugrundelegung der nach – auch nach verfassungsrechtlichen Maßstäben (vgl. dazu zuletzt BVerfG, Beschluss vom 9. Februar 2021 - 2 BvQ 8/21 -, juris, Rn. 5 ff. m. w. N.) gebotenen "tagesaktuellen" – Erfassung entscheidungsrelevanter Erkenntnisse getroffenen Bewertungen gelten auch unter Berücksichtigung der Auswirkungen der Coronavirus-Pandemie in Nigeria.

I. Gemäß § 60 Abs. 5 AufenthG darf ein Ausländer nicht abgeschoben werden, soweit sich aus der Anwendung der Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten (Europäische Menschenrechtskonvention – EMRK) ergibt, dass die Abschiebung unzulässig ist. Ohne Hinzutreten besonderer Umstände im Einzelfall kann hier kein von Art. 3 EMRK vorausgesetztes sehr hohes Gefährdungsniveau angenommen werden. Nach den hierfür anzulegenden Maßstäben (1.) ist ein Abschiebungsverbot im konkreten Fall nicht, und zwar auch nicht unter Berücksichtigung der mit der Coronavirus-Pandemie verbundenen Auswirkungen anzunehmen (2.).

1. Nach Art. 3 EMRK ergibt sich die Verpflichtung, einen Ausländer nicht abzuschieben, wenn er für diesen Fall tatsächlich Gefahr läuft, im Aufnahmeland einer unmenschlichen oder erniedrigenden Behandlung ausgesetzt zu werden. Bei Verneinung sowohl der Voraussetzungen des Flüchtlingsstatus (vgl. § 3a Abs. 2 AsylG) als auch des subsidiären Schutzes (§ 4 Abs. 1 Nr. 2 AsylG) scheidet in der Regel aus denselben tatsächlichen und rechtlichen Erwägungen auch ein Abschiebungsverbot nach § 60 Abs. 5 AufenthG in Bezug auf Art. 3 EMRK aus. Als Auffangtatbestand kommt § 60 Abs. 5 AufenthG nur dann in Betracht, wenn die unmenschliche oder erniedrigende Behandlung keinem der Akteure im Sinne von § 3c AsylG (i. V. m. § 4 Abs. 3 Satz 1 AsylG) zugeordnet werden kann.

Der Schutz vor unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung im Aufnahmeland umfasst jedoch nicht das Recht auf Verbleib in einem Konventionsstaat, um dort weiter medizinische, soziale oder andere Hilfe und Unterstützung zu erhalten. Der Umstand, dass im Fall einer Aufenthaltsbeendigung die Lage des Betroffenen einschließlich seiner Lebenserwartung erheblich beeinträchtigt würde, reicht allein nicht aus, einen Verstoß gegen Art. 3 EMRK anzunehmen. Anderes kann nur in besonderen Ausnahmefällen gelten, in denen humanitäre Gründe zwingend gegen die Aufenthaltsbeendigung sprechen. Die sozioökonomischen und humanitären Verhältnisse im Bestimmungsland sind hingegen nicht notwendig für die Frage bedeutend und erst recht nicht dafür entscheidend, ob der Betroffene in diesem Gebiet wirklich der Gefahr einer Misshandlung unter Verstoß gegen Art. 3 EMRK ausgesetzt wäre. Denn die Konvention zielt hauptsächlich

darauf ab, bürgerliche und politische Rechte zu schützen. Die grundlegende Bedeutung von Art. 3 EMRK macht aber eine gewisse Flexibilität erforderlich, um in sehr ungewöhnlichen Fällen eine Abschiebung zu verhindern. In ganz außergewöhnlichen Fällen können daher auch (schlechte) humanitäre Verhältnisse Art. 3 EMRK verletzen, wenn die humanitären Gründe gegen die Aufenthaltsbeendigung zwingend sind (vgl. BVerwG, Urteil vom 20. Mai 2020 - 1 C 11.19 -, NVwZ 2021, 327, juris, Rn. 10, und Beschluss vom 13. Februar 2019 - 1 B 2.19 -, juris, Rn. 6, 10; OVG NRW, Urteile vom 24. März 2020, a.a.O., Rn. 32 f., und vom 18. Juni 2019 - 13 A 3930/18.A -, juris, Rn. 111, 289 m.w.N.).

Eine Verletzung des Art. 3 EMRK kommt daher in besonderen Ausnahmefällen auch bei "nichtstaatlichen" Gefahren aufgrund prekärer Lebensbedingungen in Betracht, bei denen ein "verfolgungsmächtiger Akteur" (§ 3c AsylG) fehlt, wenn die humanitären Gründe gegen die Aufenthaltsbeendigung "zwingend" sind mit Blick auf die allgemeine wirtschaftliche Lage und die Versorgungslage betreffend Nahrung, Wohnraum und Gesundheitsversorgung. Die einem Ausländer im Zielstaat drohenden Gefahren müssen hierfür jedenfalls ein "Mindestmaß an Schwere" (minimum level of severity) aufweisen; es kann erreicht sein, wenn er am Zielort der Abschiebung (vgl. BVerwG, Urteil vom 31. Januar 2013 - 10 C 15.12 -, BVerwGE 146, 12, juris, Rn. 38) seinen existentiellen Lebensunterhalt nicht sichern kann, kein Obdach findet oder keinen Zugang zu einer medizinischen Basisbehandlung erhält. Das wirtschaftliche Existenzminimum des Ausländers muss unter Berücksichtigung sowohl der allgemeinen Lebensverhältnisse vor Ort als auch seiner persönlichen Umstände gewährleistet sein. Erforderlich, aber auch ausreichend hierfür ist die Sicherung der Existenz auf einem Mindestniveau, das eine Verletzung des Art. 3 EMRK vermeidet (vgl. BVerwG, Urteil vom 18. Februar 2021 - 1 C 4.20 -, Rn. 27 ff., 33 ff., 65, 67, Beschluss vom 22. September 2020 - 1 B 39.20 -, juris, Rn. 6, und Urteil vom 4. Juli 2019 - 1 C 45.18 -, BVerwGE 166, 113, juris, Rn. 12 m. w. N. aus der Rechtsprechung von EuGH und EGMR).

Hiervon ausgehend ist es der Klägerin zumutbar, mit ihrer Mutter in Nigeria ihren Aufenthalt zu nehmen und eine den Mindestanforderungen genügende Lebensgrundlage zu finden. Ein "ganz außergewöhnlicher Fall" liegt mit Blick auf die Klägerin nicht vor. Insoweit wird auf die Ausführungen im angefochtenen Bescheid des Bundesamts und die Feststellungen im rechtskräftigen Urteil des Verwaltungsgerichts vom 18. November 2019 betreffend die Mutter der Klägerin (Az. 5 K 1041/19.A) verwiesen.

2. Auch die globale Coronavirus-Pandemie führt nicht auf humanitäre Gründe, die eine Ausreise der Klägerin und gegebenenfalls ihre Abschiebung nach Nigeria mit Blick auf die allgemeine wirtschaftliche Lage und die Versorgungslage betreffend Nahrung, Wohnraum und Gesundheitsversorgung zwingend als ausgeschlossen erscheinen lassen.

Ausweislich der aktuell zugänglichen Quellen gibt es in Nigeria im maßgeblichen Entscheidungszeitpunkt 165.702 bestätigte Corona-Fälle, von denen 156.412 Personen wieder als genesen gelten. Die Zahl der Todesfälle wird mit 2.066 angegeben (vgl. NCDC – Nigeria Centre for Disease Control, Quelle:

<http://covid19.ncdc.gov.ng/>; Africa CDC, Quelle: <https://africacdc.org/covid-19/>; WHO, Coronavirus (Covid-19) Dashboard, Quelle: <https://covid19.who.int/region/afro/country/ng> (alle zuletzt abgerufen: 17. Mai 2021)), wobei die Dunkelziffer von Infektionen und auf Coronainfektionen zurückzuführende Todesfällen hoch sein mag (vgl. Bundesamt für Fremdenwesen und Asyl (BFA), Länderinformation der Staatendokumentation, Nigeria, zuletzt geändert 23. November 2020, S. 5, 75; USAID/iMMAP, Situation Analysis – Nigeria, February 2021, S. 11, Quelle: <https://reliefweb.int/report/nigeria/nigeria-immmapdfs-covid-19-situation-analysis-february-2021>; NZZ vom 13. März 2021, Quelle: <https://www.nzz.ch/international/corona-in-afrika-drei-millionen-infizierte-allein-in-lagos-ld.1603834> (alle zuletzt abgerufen: 17. Mai 2021)).

49-52 Die wirtschaftliche Situation in Nigeria hat sich aufgrund der Coronavirus-Pandemie und ihrer Auswirkungen – wie etwa die Beeinträchtigung internationaler Importbeziehungen, stark fallende Ölpreise, die zwischenzeitliche Schließung der Grenzen sowie Ausgangssperren – verschlechtert (vgl. Auswärtiges Amt, Bericht über die asyl- und abschieberelevante Lage in der Bundesrepublik Nigeria, vom 5. Dezember 2020 (Stand September 2020), S. 23; BAMF – Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Länderinformation COVID-19-Pandemie, Die Gesundheitssysteme in den Top-10-Herkunftsländern, Stand: Juni 2020, S. 29; BFA, a.a.O., S. 6, 69; GTAI – Germany Trade & Invest, Bericht vom 15. Februar 2021, Quelle: <https://www.gtai.de/gtai-de/trade/wirtschaftsumfeld/special/nigeria/konjunktur-und-wichtigste-branchen-237396>; IFC – International Finance Corporation, World Bank Group, Covid-19 Rapid Assessment, Impact on the Nigerian Private Sector and Perspectives on Accelerating the Recovery, September 2020, S. 5, 7 f., Quelle: https://www.ifc.org/wps/wcm/connect/publications_ext_content/ifc_external_publication_site/publications_listing_page/covid-19-rapid-assessment-nigeria (alle zuletzt abgerufen: 17. Mai 2021)), hat aber weder ein Niveau erreicht noch ist das Erreichen eines Niveaus zu erwarten, welches mit beachtlicher Wahrscheinlichkeit derart schlechte wirtschaftliche und soziale Verhältnisse widerspiegelt, die aus zwingenden humanitären Gründen eine Abschiebung als ausgeschlossen erscheinen lassen (vgl. VG Würzburg, Urteile vom 24. Februar 2021 - W 8 K 20.30328 -, juris, Rn. 42 ff., und vom 2. Dezember 2020 - W 1 K 20.31090 -, juris, Rn. 42 ff.; VG Cottbus, Urteil vom 11. Januar 2021 - 9 K 1516/18.A -, juris, Rn. 28 ff.).

Zu berücksichtigen ist neben allgemeinen, jedenfalls vorsichtig als positiv zu bewertenden Entwicklungen wie etwa dem zu erwartenden wirtschaftlichen Wachstum (vgl. etwa die Wirtschaftsdaten des Internationalen Währungsfonds (IWF), Quelle: <https://www.imf.org/en/Countries/NGA>; BFA, a.a.O., S. 6, 69 f.; USAID/iMMAP, Situation Analysis – Nigeria, a.a.O., S. 5 (alle zuletzt abgerufen: 17. Mai 2021)), dabei unter anderem, dass der nigerianische Staat den Auswirkungen insbesondere auf den für die Existenzsicherung vieler Nigerianer wichtigen informellen Arbeits- und Wirtschaftssektor nicht tatenlos zusieht, sondern aktiv gegensteuernd eingreift. Die ergriffenen Maßnahmen, deren Wirksamkeit nicht zu bezweifeln ist, reichen von Hilfen aus Notfallfonds über Konjunkturpakete bis hin zur Verteilung von Nahrungsmitteln (vgl. GTAI – Germany Trade & Invest, Bericht vom 23. Februar 2021, Quelle: <https://www.gtai.de/gtai->

de/trade/wirtschaftsumfeld/special/nigeria/konjunktur-und-hilfsprogramme-237398; IFC – International Finance Corporation, a.a.O., S. 5, 9 (alle zuletzt abgerufen: 17. Mai 2021); BAMF, a.a.O., S. 29).

Auch internationale Hilfe erreicht das Land und trägt dazu bei, die wirtschaftlichen Auswirkungen der pandemiebedingten Notsituation in Nigeria zu mildern (vgl. GTAI – Germany Trade & Invest, Bericht vom 23. Februar 2021, a. a. O.).

Auch bestehen angesichts der nach zwischenzeitlichen Reise-, Freizügigkeits- und Ausgangsbeschränkungen wieder festzustellenden Lockerungen keine Anhaltspunkte dafür, dass die Möglichkeit, innerhalb Nigerias seinen Aufenthalts- oder Tätigkeitsort zu verlegen, nachhaltig eingeschränkt ist. So gelten für den Inlandsflugverkehr unter Beachtung der Hygieneregeln keine COVID-bedingten Einschränkungen. Dabei ist insgesamt zu berücksichtigen, dass die als Reaktion auf das Infektionsgeschehen in Nigeria getroffenen Schutzmaßnahmen sich landesweit unterscheiden. Die Bundesstaaten können auf Grundlage von Empfehlungen der nigerianischen Bundesregierung über das Ausmaß COVID-bezogener Beschränkungen selbstständig entscheiden. Einzelne Bundesstaaten haben Bewegungsbeschränkungen und Auflagen innerhalb der Bundesgrenzen verhängt. Im Hauptstadtbezirk Federal Capital Territory sowie in Lagos gilt eine nächtliche Ausgangssperre von 0 bis 4 Uhr. Beschäftigte in systemrelevanten Sektoren und aus dem Ausland nachts Einreisende sind von der nächtlichen Ausgangssperre ausgenommen. Geschäfte, Banken, Märkte, Hotels und Unternehmen sind unter Einhaltung von strengen Hygienemaßnahmen geöffnet, in manchen Bundesstaaten dürfen Restaurants nur im Außenbereich bewirten, Bars und Nachtclubs sind geschlossen. Menschenansammlungen mit mehr als 50 Personen bleiben grundsätzlich untersagt. Einzelne Bundesstaaten können religiöse Versammlungen von mehr als 50 Personen unter Einhaltung von Hygienemaßnahmen zulassen (vgl. Auswärtiges Amt, Nigeria: Reise- und Sicherheitshinweise (Teilreisewarnung) (unverändert gültig seit 5. Mai 2021), Quelle: <https://www.auswaertiges-amt.de/de/aussenpolitik/laender/nigeria-node/nigeriasicherheit/205788>; USAID/iMMAP, Situation Analysis – Nigeria, a. a. O., S. 15 f. (alle zuletzt abgerufen: 17. Mai 2021)).

Der Senat ist überzeugt, dass die Mutter der Klägerin – nach den obigen Feststellungen zu ihrer früheren beruflich selbstständigen Tätigkeit als Schneiderin – bei einer Rückkehr nach Nigeria in der Lage sein wird, zumindest ein Existenzminimum durch Arbeit zu erwirtschaften.

Die allgemeine Versorgungslage betreffend Nahrung, Wohnraum und Gesundheitsversorgung (vgl. zur Implementierung von Teststrategien und dem Bemühen um die Ausweitung der Behandlungsinfrastruktur: NCDC, One Year After: Nigeria’s COVID-19 Public Health Response, February 2020 – January 2021, S. 11 ff., 19 ff., Quelle: <https://covid19.ncdc.gov.ng/media/files/COVIDResponseMarch1.pdf>; zur Betroffenheit privater Haushalte USAID/iMMAP, Situation Analysis – Nigeria, a. a. O., S. 19 ff. (alle zuletzt abgerufen: 17. Mai 2021)) ist zur Überzeugung des Senats, die auf den genannten sowie den weiter unten (dazu III.2.a) näher dargelegten Erkenntnissen beruht, nicht in einer derart massiven Weise durch die andauernde

Coronavirus-Pandemie in Nigeria beeinträchtigt, dass die Klägerin und ihre Mutter nicht mehr ihren existentiellen Lebensunterhalt sichern, Obdach finden oder Zugang zu einer medizinischen Basisbehandlung erhalten können. Dabei ist bereits in Rechnung gestellt, dass die Gesundheitsversorgung in Nigeria als mangelhaft bezeichnet werden muss, und nicht nur regional, sondern auch je nach Einkommensverhältnissen erhebliche Unterschiede bestehen (vgl. BAMF, a.a.O., S. 25 f.; BFA, a.a.O., S. 73 ff.; UK Home Office, Country Policy and Information Note, Nigeria: Medical and Healthcare issues, January 2020, S. 6 ff.).

Insbesondere ist festzustellen, dass – soweit dies einer generalisierenden Tatsachenfeststellung überhaupt zugänglich ist – eine Niederlassung nicht zuletzt in den urbanen Zentren und Metropolen der südlichen Landesteile Nigerias auch für eine Familie mit versorgungsbedürftigen Kleinkindern und ohne unterstützende Familien- und Sozialstrukturen am Ort ihres Aufenthalts nach den einschlägigen aktuellen Erkenntnisquellen nicht mit beachtlicher Wahrscheinlichkeit zu einer Gefahr der Verelendung führen wird; die Sicherung ihrer Grundbedürfnisse wie z. B. Unterkunft, Nahrung und Hygiene ist – wenn auch unter prekären Bedingungen – gewährleistet (vgl. Auswärtiges Amt, Bericht über die asyl- und abschieberelevante Lage in der Bundesrepublik Nigeria, a.a.O., S. 17, 24 f.; BFA, a.a.O., S. 53 ff., 66, 69 ff., 77 f.; zur – schlechteren – humanitären Situation insbesondere im Norden Nigerias: UNICEF, Nigeria Humanitarian Situation Report No. 12 (January – December 2020), Quelle: <https://reliefweb.int/report/nigeria/unicef-nigeria-humanitarian-situation-report-no-12-january-december-2020>, und UNICEF, Humanitarian Action for Children 2020 – Nigeria, Quelle: <https://reliefweb.int/report/nigeria/humanitarian-action-children-2020-nigeria-0>; BFA, a.a.O., S. 71, 77; USAID/iMMAP, Situation Analysis – Nigeria, a.a.O., S. 18 (alle zuletzt abgerufen: 17. Mai 2021)).

Dies gilt unter Berücksichtigung der für Rückkehrer bei freiwilliger Ausreise nach Nigeria erhältlichen finanziellen Unterstützung deutscher wie internationaler Hilfs- und Reintegrationsprogramme (siehe dazu unten) sowie der in Nigeria tätigen Hilfsorganisationen sogar für alleinerziehende Frauen mit Kleinkindern, wobei nicht verkannt wird, dass die bereits allgemein schwierige soziale und ökonomische Lage für diese Personen prekär ist. Zu berücksichtigen sind jeweils die individuellen Umstände, wobei Bildung, berufliche Fähigkeiten, die familiäre und psychologische Situation, der ökonomische Status und etwaige Kontakte in Nigeria von Bedeutung sein können. (vgl. Auswärtiges Amt, Bericht über die asyl- und abschieberelevante Lage in der Bundesrepublik Nigeria, a. a. O., S. 16 f.; BFA, a.a.O., S. 53 ff., 71 f.; Immigration and Refugee Board of Canada, Response to Information Requests, NGA106362.E, 20. November 2019, Nr. 1.2, 1.4, 2.1, 2.2, Quelle: <https://irb-cisr.gc.ca/en/country-information/rir/Pages/index.aspx?doc=457961> (zuletzt abgerufen: 17. Mai 2021)).

II. Auch aus § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG in direkter Anwendung folgt kein Verbot, die Klägerin nach Nigeria abzuschieben.

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. Gemäß § 60 Abs. 7 Satz 6 AufenthG sind Gefahren nach Satz 1, denen die Bevölkerung oder die Bevölkerungsgruppe, der der Ausländer angehört, allgemein ausgesetzt ist, bei Anordnungen nach § 60a Abs. 1 Satz 1 AufenthG zu berücksichtigen. Nach § 60a Abs. 1 Satz 1 AufenthG kann die oberste Landesbehörde aus völkerrechtlichen oder humanitären Gründen oder zur Wahrung politischer Interessen der Bundesrepublik Deutschland anordnen, dass die Abschiebung von Ausländern aus bestimmten Staaten oder von in sonstiger Weise bestimmten Ausländergruppen allgemein und in bestimmte Staaten für längstens drei Monate ausgesetzt wird. Der Gesetzgeber beabsichtigte mit der Ausklammerung allgemeiner Gefahren gemäß § 60 Abs. 7 Satz 6 AufenthG, 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 durch eine Ermessensentscheidung der Ausländerbehörde, sondern für die ganze Gruppe der potentiell Betroffenen einheitlich durch eine politische Leitentscheidung der obersten Landesbehörde, gegebenenfalls im Einvernehmen mit dem für Inneres zuständigen Bundesministerium, befunden wird. Diese Entscheidung des Bundesgesetzgebers haben die Verwaltungsgerichte aus Gründen der Gewaltenteilung zu respektieren. Sie dürfen daher im Einzelfall Ausländern, die einer gefährdeten Gruppe angehören, für die – wie hier – kein Abschiebestopp besteht, nur dann ausnahmsweise Schutz vor der Durchführung der Abschiebung in verfassungskonformer Anwendung des § 60 Abs. 7 Sätze 1 und 6 AufenthG zusprechen, wenn dies zur Vermeidung einer verfassungswidrigen Schutzlücke erforderlich ist (BVerwG, Urteil vom 13. Juni 2013 - 10 C 13.12 -, BVerwGE 147, 8, juris, Rn. 13, zur Vorgängernorm § 53 Abs. 6 Satz 2 AuslG 1991 BVerwG, Urteile vom 12. Juli 2001 - 1 C 5.01 -, BVerwGE 115, 1, juris, Rn. 11, und vom 17. Oktober 1995 - 9 C 9.95 -, BVerwGE 99, 324, juris, Rn. 12; OVG NRW, Urteil vom 24. März 2020, a. a. O., Rn. 38).

Nach diesen Maßstäben droht der Klägerin keine erhebliche konkrete Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit in direkter Anwendung des § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG.

1. Insbesondere ist die vom Verwaltungsgericht angenommene Gefahr einer Malariaerkrankung keine ausschließlich der Klägerin individuell drohende konkrete Gesundheitsgefahr, sondern eine allgemeine Gefahr im Sinn des § 60 Abs. 7 Satz 6 AufenthG, welcher die Bevölkerungsgruppe der in Europa geborenen und nach Nigeria zurückgekehrten Kleinkinder allgemein ausgesetzt ist. Ebenso stellen die nach den eingeführten Erkenntnisquellen prekäre Lage von Kindern, die Benachteiligung von Frauen, die problematische Sicherheitslage in Teilen der Bundesrepublik Nigeria (vgl. nur Auswärtiges Amt, Bericht über die asyl- und abschieberelevante Lage in der Bundesrepublik Nigeria, a. a. O., S. 14 ff.) sowie die unzureichende Versorgungslage in Nigeria (vgl. nur Auswärtiges Amt, Bericht über die asyl- und abschieberelevante Lage in der Bundesrepublik Nigeria, a. a. O., S. 23 ff.) allgemeine Gefahren dar, die aufgrund der Sperrwirkung des § 60 Abs. 7 Satz 6 AufenthG die Feststellung eines Abschiebungsverbots nach § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG grundsätzlich nicht rechtfertigen können.

2. Auch die Gefahr einer Infektion der Klägerin mit dem Erreger SARS-CoV-2 und einer hierdurch hervorgerufenen Erkrankung an COVID-19 ist keine ihr individuell drohende konkrete Gesundheitsgefahr, sondern eine allgemeine Gefahr im Sinn des § 60 Abs. 7 Satz 6 AufenthG, welcher die Klägerin bereits in Deutschland, aber auch – wie alle Rückkehrer – in Nigeria allgemein ausgesetzt ist. Dass die Klägerin aktuell an einer COVID-19-Erkrankung leidet, ist nicht festzustellen.

III. Entgegen der sinngemäßen Auffassung des Verwaltungsgerichts kann die Klägerin auch keinen nationalen Abschiebungsschutz in verfassungskonformer Anwendung des § 60 Abs. 7 Sätze 1 und 6 AufenthG wegen einer extremen Gefahrenlage beanspruchen.

1. Die Sperrwirkung des § 60 Abs. 7 Satz 6 AufenthG kann nur dann im Wege einer verfassungskonformen Auslegung eingeschränkt werden, wenn für den Schutzsuchenden ansonsten eine verfassungswidrige Schutzlücke besteht (BVerwG, Beschluss vom 8. August 2018 - 1 B 25.18 -, NVwZ 2019, 61, juris, Rn. 13, Urteile vom 8. September 2011 - 10 C 14.10 -, BVerwGE 140, 319, juris, Rn. 20, und vom 24. Juni 2008 - 10 C 43.07 -, BVerwGE 131, 198, juris, Rn. 32; OVG NRW, Urteil vom 24. März 2020, a.a.O., Rn. 46).

Eine solche Schutzlücke liegt nur dann vor, wenn der Schutzsuchende bei einer Rückkehr in das Aufnahme-land mit hoher Wahrscheinlichkeit einer extremen Gefahrenlage ausgesetzt wäre. Nur dann gebieten es die Grundrechte aus Art. 1 Abs. 1 und Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG, dem Ausländer trotz einer fehlenden politischen Leitentscheidung nach § 60a Abs. 1 Satz 1 i. V. m. § 60 Abs. 7 Satz 6 AufenthG Abschiebungsschutz nach § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG zu gewähren. Wann danach allgemeine Gefahren zu einem Abschiebungsverbot führen, hängt wesentlich von den Umständen des Einzelfalls ab und entzieht sich einer rein quantitativen oder statistischen Betrachtung. Die drohenden Gefahren müssen nach Art, Ausmaß und Intensität von einem solchen Gewicht sein, dass sich daraus bei objektiver Betrachtung für den Ausländer die begründete Furcht ableiten lässt, selbst in erheblicher Weise ein Opfer der extremen allgemeinen Gefahrenlage zu werden. Bezüglich der Wahrscheinlichkeit des Eintritts der drohenden Gefahren ist von einem im Vergleich zum Prognosemaßstab der beachtlichen Wahrscheinlichkeit erhöhten Maßstab auszugehen. Diese Gefahren müssen dem Ausländer daher mit hoher Wahrscheinlichkeit drohen. Dieser Wahrscheinlichkeitsgrad markiert die Grenze, ab der seine Abschiebung in den Heimatstaat verfassungsrechtlich unzumutbar erscheint. Dieser hohe Wahrscheinlichkeitsgrad ist – ohne Unterschied in der Sache – in der früheren Formulierung mit umschrieben, dass die Abschiebung dann ausgesetzt werden müsse, wenn der Ausländer ansonsten "gleichsam sehenden Auges dem sicheren Tod oder schwersten Verletzungen ausgeliefert würde". Schließlich müssen sich diese Gefahren alsbald nach der Rückkehr realisieren. Das bedeutet nicht, dass im Falle der Abschiebung der Tod oder schwerste Verletzungen sofort, gewissermaßen noch am Tag der Abschiebung, eintreten müssen. Vielmehr besteht eine extreme Gefahrenlage beispielsweise auch dann, wenn der Ausländer mangels jeglicher Lebensgrundlage dem baldigen sicheren Hungertod ausgeliefert werden würde (zu alledem BVerwG, Urteile vom 29. September 2011 - 10 C 24.10 -, NVwZ 2012, 451, juris, Rn. 20, vom 8. September 2011, a. a. O., Rn. 23, und vom 29. Juni 2010 - 10 C 10.09 -, BVerwGE 137, 226, juris, Rn. 15;

OVG NRW, Urteile vom 24. März 2020, a. a. O., Rn. 48, vom 4. September 2019 - 11 A 605/15.A -, juris, Rn. 42, und vom 18. Juni 2019 - 13 A 3930/18.A -, juris, Rn. 313).

2. Nach diesen Maßstäben steht in Europa geborenen Kindern bis zum Alter von fünf Jahren (Kleinkindern), die von nigerianischen Eltern abstammen, nationaler Abschiebungsschutz in verfassungskonformer Anwendung des § 60 Abs. 7 Sätze 1 und 6 AufenthG nicht deshalb zu, weil sie bei einer Rückkehr nach Nigeria wegen der Gefahr, an Malaria zu erkranken, mit hoher Wahrscheinlichkeit einer extremen allgemeinen Gefahrenlage ausgesetzt wären. Die Gefahr, dass sich diese Kleinkinder bei Rückkehr nach Nigeria mit Malaria infizieren, ist erheblich (a). Ohne Hinzutreten besonderer Umstände des Einzelfalls ergibt sich aus dieser allgemeinen Gefahr hingegen keine Extremgefahr im vorbezeichneten Sinn (b). Die hierzu vom Senat getroffenen generalisierenden Tatsachenfeststellungen beziehen sich auf den Personenkreis sämtlicher Kleinkinder (Kinder im Alter von 0 bis 59 Monaten).

a) Nigeria ist ein Hochrisikogebiet für Malariaerkrankungen. Das Risiko einer Erkrankung besteht ganzjährig im ganzen Land einschließlich der Städte (vgl. Deutsche Gesellschaft für Tropenmedizin (DTG), Malaria-prophylaxe – Empfehlungen des Ständigen Ausschusses Reisemedizin (StAR) der DTG, August 2020, S. 195).

Eine Malaria-Tropica-Erkrankung, die häufigste der Malaria-Erkrankungen, kann unbehandelt einen schweren bis tödlichen Verlauf nehmen. Grundsätzlich sind Kinder bis zu fünf Jahren wegen der noch nicht vollständigen Ausbildung ihres Immunsystems besonders gefährdet (OVG NRW, Urteile vom 24. März 2020, a. a. O., Rn. 53; VG Düsseldorf, Urteil vom 6. August 2019 - 27 K 7387/18.A -, juris, Rn. 41 ff.).

Die Gesundheitsversorgung in Nigeria ist insgesamt mangelhaft. Zwischen Arm und Reich sowie zwischen Nord und Süd besteht ein erhebliches Gefälle: Auf dem Land sind die Verhältnisse schlechter als in der Stadt und im Norden des Landes ist die Gesundheitsversorgung besonders prekär. Die medizinische Versorgung vor allem im ländlichen Raum ist vielfach technisch, apparativ und hygienisch problematisch (vgl. BFA, a.a.O., S. 73; EASO, Country of Origin Information Report, Nigeria – Key socio-economic indicators, November 2018, S. 47 ff.).

Gleichwohl hat sich die medizinische Versorgung in der Metropole Lagos und in den größeren Städten Nigerias sowohl im öffentlichen als auch im privaten Sektor in den letzten Jahren deutlich verbessert. Rückkehrer finden in den Großstädten eine medizinische Grundversorgung vor, allerdings in der Regel unter europäischem Standard. Es gibt sowohl staatliche als auch zahlreiche privat betriebene Krankenhäuser und Privatpraxen. Die medizinischen Behandlungen müssen selbst bezahlt werden (vgl. Auswärtiges Amt, Bericht über die asyl- und abschieberelevante Lage in der Bundesrepublik Nigeria, a.a.O., S. 24 f.; BFA, a.a.O., S. 73 f.).

In der Regel gibt es fast alle geläufigen Medikamente in Nigeria in Apotheken zu kaufen. Medikamente gegen einige weit verbreitete Infektionskrankheiten wie Malaria und HIV/AIDS können teilweise kostenlos in Anspruch genommen werden, werden jedoch nicht landesweit flächendeckend ausgegeben. Schutzimpfaktionen werden von internationalen Organisationen finanziert, stoßen aber religiös und kulturell bedingt mitunter auf Widerstand, überwiegend im muslimisch geprägten Norden (vgl. Auswärtiges Amt, Bericht über die asyl- und abschieberelevante Lage in der Bundesrepublik Nigeria, a.a.O., S. 25; BFA, a.a.O., S. 75).

Problematisch ist zum Teil die Qualität der Medikamentenprodukte auf dem freien Markt, da viele gefälschte Produkte vertrieben werden. Kontrollen sind wenig zuverlässig (vgl. Auswärtiges Amt, Bericht über die asyl- und abschieberelevante Lage in der Bundesrepublik Nigeria, a. a. O., S. 25).

Ein Indikator konkret für die Kleinkindern trotz der verbesserten medizinischen Versorgung drohenden erheblichen Gefahren ist die Kindersterblichkeitsrate (OVG NRW, Urteile vom 24. März 2020, a. a. O., Rn. 63; vgl. hierzu und zum Nachfolgenden: VG Arnsberg, Urteil vom 5. November 2019 - 9 K 3325/17.A -, S. 23 ff. des Urteils).

In dieser Rate drücken sich statistische Erkenntnisse über die Gefährdungen für eine bestimmte Bevölkerungsgruppe – Kinder im Alter von Geburt bis zum Erreichen des fünften Lebensjahres – aus (OVG NRW, Urteile vom 24. März 2020, a. a. O., Rn. 65; vgl. Bay. VGH, Beschluss vom 17. Februar 2009 - 9 B 08.30225 -, juris, Rn. 9; United Nations Development Programme, Human Development Reports – Mortality rate, under-five (per 1,000 live births) 1990-2018, Quelle: <http://hdr.undp.org/en/indicators/57506> (zuletzt abgerufen: 17. Mai 2021)).

Daneben lässt sich anhand der Kleinstkindersterblichkeitsrate die statistische Wahrscheinlichkeit ablesen, zwischen Geburt und dem ersten Lebensjahr zu versterben (vgl. United Nations Development Programme, Human Development Reports – Mortality rate, infant (per 1,000 live births) 1990-2018, Quelle: <http://hdr.undp.org/en/indicators/57206> (zuletzt abgerufen: 17. Mai 2021)).

Die vorhandenen Erkenntnismittel lassen eine weitere Differenzierung zwischen den Sterblichkeitsraten, die allein auf eine Infektion mit Malaria zurückzuführen sind, und den Sterblichkeitsraten, denen auch alle anderen Todesursachen zugrunde liegen, zu. Die aktuelle Sterblichkeitsrate bezüglich aller Todesursachen für Kinder unter fünf Jahren beträgt 100,2 Todesfälle pro 1.000 Lebendgeburten (vgl. BFA, a. a. O., S. 73) oder liegt nach anderem Zahlenmaterial bei 119,9 Todesfällen pro 1.000 Lebendgeburten (vgl. United Nations Development Programme, Human Development Reports – Mortality rate, under-five (per 1,000 live births) 1990-2018, Quelle: <http://hdr.undp.org/en/indicators/57506> (zuletzt abgerufen: 17. Mai 2021) oder bei 117 Todesfällen pro 1.000 Lebendgeburten (vgl. UNICEF, Levels & Trends in Child Mortality, Report 2020, Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation, S. 44, Quelle:

<https://www.unicef.org/reports/levels-and-trends-child-mortality-report-2020> (zuletzt abgerufen: 17. Mai 2021)).

Die Kleinstkindersterblichkeitsrate – bezogen auf Kinder zwischen der Geburt und der Vollendung des ersten Lebensjahres – liegt bei 75,7 Todesfällen pro 1.000 Lebendgeburten (vgl. United Nations Development Programme, Human Development Reports – Mortality rate, infant (per 1,000 live births) 1990-2018, Quelle: <http://hdr.undp.org/en/indicators/57206> (zuletzt abgerufen: 17. Mai 2021)) bzw. nach anderen Zahlen bei 74 Todesfällen pro 1.000 Lebendgeburten (vgl. UNICEF, a. a. O., S. 45; WHO, World Health Data Platform, Infant mortality rate, Quelle: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/infant-mortality-rate-\(probability-of-dying-between-birth-and-age-1-per-1000-live-births\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/infant-mortality-rate-(probability-of-dying-between-birth-and-age-1-per-1000-live-births)) (zuletzt abgerufen 17. Mai 2021)).

Ein wesentlicher Anteil der Todesfälle insgesamt geht – insbesondere südlich der Sahara – auf Infektionskrankheiten zurück. Für die weltweite Kleinkindersterblichkeit zeichnen zu 15 Prozent Lungenentzündung, zu 8 Prozent Durchfall und zu 5 Prozent Malaria verantwortlich, und damit für rund ein Drittel aller Todesfälle. Mangel- und Unterernährung sind hierbei verstärkende Faktoren (vgl. bereits UNICEF, Levels & Trends in Child Mortality, Report 2019, Estimates developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation, S. 15 f., Quelle: <https://www.unicef.org/reports/levels-and-trends-child-mortality-report-2019> (zuletzt abgerufen: 17. Mai 2021)).

Die erhöhte Kindersterblichkeit ist u. a. darauf zurückzuführen, dass das Immunsystem im Kindesalter noch nicht vollständig ausgebildet und der Krankheitsverlauf insbesondere im Falle einer Infektion in den ersten fünf Lebensjahren komplizierter ist als bei älteren Kindern und Erwachsenen. Episoden von Durchfallerkrankungen sind im Kindesalter besonders häufig und bedrohen Kinder stark, weil sie deren Körper stark austrocknen. Man geht davon aus, dass Kinder bis zum Alter von fünf Jahren ungefähr 20 lebensbedrohliche Durchfallinfektionen durchmachen. Auch ist zu berücksichtigen, dass Personen, die bisher nicht in ihrem Heimatland gelebt haben oder sich dort viele Jahre nicht mehr aufgehalten haben, sich erst (wieder) an die dortige Keimflora gewöhnen müssen (OVG NRW, Urteile vom 24. März 2020, a. a. O., Rn. 81 unter Verweis auf OVG NRW, Urteil vom 1. Dezember 2010 - 4 A 1731/06.A -, juris, Rn. 149 m. w. N.; VG Arnsberg, Urteil vom 5. November 2019, a. a. O., S. 24 f. des Urteils).

Nach den für 2017 verfügbaren Statistiken für die Klein- und Kleinstkindersterblichkeit macht die Gruppe der an Malaria verstorbenen unter Fünfjährigen acht bis knapp zehn Prozent der Gesamttodesfälle in der Altersgruppe aus. Auszugehen ist für diese Berechnung von einer Gesamtzahl von Todesfällen 2017 in der Altersgruppe von 874.496 (bzw. nach Addition der jeweiligen Einzelkategorien von Todesfällen je nach Ursache von 718.581); die Zahl der an Malaria verstorbenen Kleinkinder beträgt rund 70.336 (vgl. WHO, Maternal, newborn, child and adolescent health and ageing – Data portal, Quelle: <https://www.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/indicator-explorer-new/mca/number-of-under-five-deaths---by->

cause und <https://www.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/indicator-explorer-new/mca/number-of-under-five-deaths> (beide zuletzt abgerufen: 17. Mai 2021)).

Nach anderen verfügbaren Statistiken für 2017 wird für die Gruppe der an Malaria verstorbenen Kinder von 1 bis 59 Monaten ein Anteil von 15 Prozent der Gesamttodesfälle in der Altersgruppe genannt und für die Gruppe der Kinder von null bis vier Jahren ein Anteil von 9,8 Prozent, wobei die absoluten Zahlen nicht merklich von den soeben zu 2017 genannten Zahlen abweichen (vgl. WHO, World Health Data Platform, Distribution of causes of death among children aged < 5 years (%), [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/distribution-of-causes-of-death-among-children-aged-5-years-\(-\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/distribution-of-causes-of-death-among-children-aged-5-years-(-)) und <https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/number-of-deaths> (beide zuletzt abgerufen: 17. Mai 2021)).

Aus allen verfügbaren Daten lässt sich außerdem die Erkenntnis ziehen, dass die malariabedingten Todesfälle in Nigeria seit mehreren Jahrzehnten stark rückläufig sind.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass in Nigeria – auch und insbesondere – die Gesundheitsdaten ein Nord-Süd-Gefälle verzeichnen. So sind fast alle gesundheitsbezogenen und sozioökonomischen Indikatoren im Süden Nigerias wesentlich besser als im Norden. Allgemein lässt sich beobachten, dass die Sterblichkeitsrate für Kleinkinder im Norden des Landes etwa 1,5-mal höher ist als im Süden. Der Südwesten Nigerias weist die niedrigste Sterblichkeitsrate in dieser Altersgruppe aus (vgl. USAID, U.S. President's Malaria Initiative, Nigeria – Malaria Operational Plan FY 2019, S. 11, Quelle: <https://www.pmi.gov> (zuletzt abgerufen: 17. Mai 2021)).

Auch gibt es beträchtliche regionale Unterschiede beim Risiko, den Erregern ausgesetzt zu sein (vgl. USAID, a. a. O., S. 12; Federal Republic of Nigeria, 2018 Nigeria Demographic and Health Survey, October 2019, S. 305 f., Quelle: <https://dhsprogram.com> (zuletzt abgerufen: 17. Mai 2021)).

Der Senat verkennt dabei nicht, dass das Risiko, an Malaria – insbesondere auch der schweren Form der Malaria (Malaria tropica) – zu erkranken, in Nigeria insgesamt sehr hoch ist. Ohne dass es hier darauf ankäme, spricht indes viel dafür, dass die statistische Sterbehäufigkeit infolge einer Malariainfektion nach Vollendung des ersten Lebensjahres signifikant zurückgeht, wie sich an den jeweiligen Gesamtsterblichkeitsraten ablesen lässt (vgl. OVG NRW, Urteile vom 24. März 2020, a. a. O., Rn. 88, und vom 1. Dezember 2010, a. a. O., Rn. 178; VG Arnsberg, Urteil vom 5. November 2019, a. a. O., S. 26 des Urteils).

Der Senat macht sich ferner die Feststellung des Verwaltungsgerichts zu eigen, dass in Europa geborene und aufgewachsene Kinder keine Teilimmunität haben, die ansonsten in der Kindheit ab ca. dem 5. Lebensjahr erworben wird und einen gewissen Schutz gegen einen schweren, gegebenenfalls zum Tode führenden Verlauf der Malaria bewirkt (vgl. OVG NRW, Urteile vom 24. März 2020, a. a. O., Rn. 92, und vom 1.

Dezember 2010, a. a. O., Rn. 156 m. w. N.; VG Arnsberg, Urteil vom 5. November 2019 a. a. O., S. 27 f. des Urteils; DTG, a. a. O., S. 164, 177; Ramharter/Mischlinger, Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin, Gutachten vom 4. September 2020 an VG Münster (5 K 2052/19.A), Ad 3).

Unabhängig davon lässt sich die Gefahr, an einer Malariainfektion zu erkranken, durch Vorsorgemaßnahmen, wie zum Beispiel imprägnierte Moskitonetze, Kleidung, Moskitorepellents oder Medikamente zur Malariaphylaxe nicht unerheblich reduzieren (vgl. OVG NRW, Urteile vom 24. März 2020, a.a.O., Rn. 94, und vom 1. Dezember 2010, a.a.O., Rn. 163 ff.; DTG, a.a.O., S. 165, 174 f.; Robert Koch Institut, RKI-Ratgeber Malaria, Stand: 23. April 2015, Quelle: https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber_Malaria.html (zuletzt abgerufen: 17. Mai 2021)).

Denn in Nigeria sind fast alle geläufigen Medikamente käuflich erhältlich. Auch wenn sie nicht landesweit flächendeckend ausgegeben werden, können nicht zuletzt Medikamente gegen Malaria teilweise kostenlos in Anspruch genommen werden. Die Verwendung von Moskitonetzen, insbesondere mit Imprägnierung, ist für die konsequente Vermeidung von Insektenstichen in der Dämmerung und nachts und damit zur Senkung des Malariarisikos von großer Bedeutung (vgl. DTG, a.a.O., S. 165, 174 f.; Auswärtiges Amt – Gesundheitsdienst, Merkblatt für Beschäftigte und Reisende, Malaria – Empfehlungen zur Vorbeugung und Notfallselftbehandlung, Juni 2020, S. 16 ff.

Die möglichst flächendeckende Verbreitung derartiger Netze zur Vorsorge ist erklärtes Ziel von Regierung wie Hilfsorganisationen. In Apotheken und Supermärkten sind Moskitonetze genauso erhältlich wie bei Routineuntersuchungen oder speziellen Verteilungskampagnen (vgl. USAID, a. a. O., S. 6; Federal Republic of Nigeria, 2018 Nigeria Demographic and Health Survey, a. a. O., S. 297 ff.; Federal Republic of Nigeria, 2015 Malaria Indicator Survey, Final Report, August 2016, S. 60 ff., Quelle: <https://dhsprogram.com> (beide zuletzt abgerufen: 17. Mai 2021)).

b) Für in Europa geborene Kinder bis zum Alter von fünf Jahren ergibt sich ohne Hinzutreten besonderer Umstände allein aus der allgemeinen Gefahr, in Nigeria an Malaria zu erkranken, keine ein Abschiebungsverbot begründende Extremgefahr. Nach Maßgabe der obigen Feststellungen lässt sich im Hinblick auf diese Personengruppe nicht mit der gebotenen hohen Wahrscheinlichkeit eine extreme Gefahrenlage annehmen, die das Unterbleiben eines Abschiebungsstopps durch eine politische Leitentscheidung der obersten Landesbehörden nach § 60a AufenthG als Verstoß gegen die Grundrechte aus Art. 1 Abs. 1 und Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG erscheinen ließe und deshalb die Sperrwirkung des § 60 Abs. 7 Satz 6 AufenthG beseitigen könnte. Denn die allgemeine Gefahr, sich mit Malaria zu infizieren und daran zu sterben oder einen schweren Gesundheitsschaden davonzutragen, ist für in Europa geborene Kleinkinder nigerianischer Eltern, die nach Nigeria zurückkehren, nach Art, Ausmaß und Intensität auf der Grundlage der vorstehenden Feststellungen von keinem solchen Gewicht, dass sich daraus bei objektiver Betrachtung für diese Kinder generell die begründete Furcht ableiten lässt, selbst in erheblicher Weise Opfer zu werden.

aa) Hiergegen spricht zunächst das Ausmaß dieser allgemeinen Gefahr, welches sich vor allem an der Sterblichkeitsrate in dieser Altersgruppe ablesen lässt. Dieses Ausmaß bleibt unterhalb des Grades der hohen Wahrscheinlichkeit, der hier als Wahrscheinlichkeitsmaßstab zugrunde zu legen ist und der vom Bundesverwaltungsgericht mit der früher verwendeten Formulierung umschrieben wird, dass ein Ausländer "gleichsam sehenden Auges dem sicheren Tod oder schwersten Verletzungen" ausgeliefert wird (zum Maßstab BVerwG, Urteile vom 29. September 2011 - 10 C 24.10 -, NVwZ 2012, 451, juris, Rn. 20, vom 8. September 2011 - 10 C 14.10 -, BVerwGE 140, 319, juris, Rn. 23, und vom 29. Juni 2010 - 10 C 10.09 -, BVerwGE 137, 226, juris, Rn. 15; OVG NRW, Urteile vom 4. September 2019 - 11 A 605/15.A -, juris, Rn. 42, und vom 18. Juni 2019 - 13 A 3930/18.A -, juris, Rn. 313).

Nach den oben näher bezeichneten Erkenntnissen für das Jahr 2017 macht die Gruppe der an Malaria verstorbenen unter Fünfjährigen 8 bis 15 Prozent der Gesamttodesfälle dieser Altersgruppe aus. Die allgemeine Kindersterblichkeitsrate für diese Altersgruppe beträgt, je nach herangezogenem Zahlenmaterial, zwischen zehn und zwölf Prozent (100,2 bzw. knapp 120 Todesfälle pro 1.000 Lebendgeburten). Daraus ergibt sich eine Sterblichkeitsrate speziell für die Todesursache Malaria zwischen 0,8 und 1,8 Prozent.

Die Gefahr schwerster Gesundheitsbeeinträchtigungen ist ebenfalls vergleichsweise gering. Bei bestimmten Verlaufsformen, etwa der zerebralen Malaria, sind neurologische oder andere Folgeschäden unterschiedlicher Schwere und Dauer möglich, doch wird auch das Risiko eines derartigen Krankheitsverlaufs durch die verfügbare medizinische Versorgung gemindert (vgl. Ramharter/Mischlinger, a.a.O., Ad 7 und 8, Ad 9; White/Pukrittayakamee u. a., Malaria, in: The Lancet, Vol. 383, issue 9918, Feb. 2014, S. 723-735, Quelle: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(13\)60024-0/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(13)60024-0/fulltext) (zuletzt abgerufen: 17. Mai 2021); Robert Koch Institut, a. a. O.).

Damit erreicht die Gefahr einer tödlichen oder mit schwersten Gesundheitsschäden verbundenen Malariaerkrankung auch vor dem Hintergrund, dass ohne Zweifel in Nigeria ein ganzjähriges hohes Infektionsrisiko besteht (vgl. Auswärtiges Amt, Nigeria: Reise- und Sicherheitshinweise (Teilreisewarnung), a. a. O.) und dass ein Aufenthalt von Kleinkindern und von Schwangeren in Malariahochrisikogebieten wie Nigeria aufgrund ihrer höheren Gefährdung grundsätzlich nicht zu empfehlen ist (vgl. DTG, a. a. O., S. 178, 195), nicht ein solches Gewicht, dass man eine extreme Gefahrenlage im Sinne der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts annehmen kann.

bb) Auch an der generalisierenden Tatsachenfeststellung des Senats, dass das Fehlen einer Teilimmunität bei in Europa geborenen Kleinkindern keine Annahme einer Extremgefahr rechtfertigt (vgl. OVG NRW, Urteil vom 24. März 2020, a. a. O., Rn. 110), ist unter Einbeziehung neuerer Erkenntnisse festzuhalten. Danach ist nunmehr sogar schon ein Unterschied für in Europa und in Nigeria aufgewachsene Kleinkinder zu verneinen. Denn die malariabezogene Semi-Immunität bildet sich erst ab etwa dem 5. Lebensjahr aus, so dass ein

Unterschied für in Europa und in Nigeria aufgewachsene Kleinkinder nicht besteht (vgl. Ramharter/Mischlinger, a. a. O., Ad 3).

Den Eltern in Europa geborener Kleinkinder ist zuzumuten, sich in den urbanen Zentren im Süden Nigerias anzusiedeln, wo nicht nur das Risiko einer Erkrankung mit Malaria generell niedriger ist als im ländlichen Raum oder im Norden des Landes, sondern wo sich auch die allgemeine medizinische Versorgung in den letzten Jahren deutlich verbessert hat. Die gesundheitliche Versorgungslage für Rückkehrer ist in den Großstädten zwar nicht mit europäischen Standards zu vergleichen, erreicht aber dennoch ein die existentiellen Bedürfnisse sicherndes Niveau (vgl. Auswärtiges Amt, Bericht über die asyl- und abschieberelevante Lage in der Bundesrepublik Nigeria, a. a. O., S. 24).

Dass die allgemeine medizinische Versorgung dennoch weit unter dem zentraleuropäischen Standard liegt, ist dabei unerheblich. Auch geht die Sterblichkeitsrate mit Vollendung des ersten Lebensjahres signifikant zurück, was für die meisten der betroffenen Kleinkinder risikosenkend zu berücksichtigen ist. Den betroffenen Kleinkindern ist auch konkret zuzumuten, sich mit ihren Eltern in den urbanen Zentren im Süden Nigerias anzusiedeln; dies hat das Verwaltungsgericht nicht durchgreifend in Frage gestellt.

Risikosenkend für in Europa geborene Kinder wirkt sich ferner aus, dass gerade ihre Geburt in Europa und das Verbringen ihrer ersten Lebensjahre hier ihre allgemeinen gesundheitlichen Lebensumstände verbessern. So gibt es keinerlei Anhaltspunkte für eine akute Mangel- oder Unterernährung hier geborener Kinder, von der indes mehr als 2 Millionen Kinder unter fünf Jahren in Nordnigeria bedroht sind (vgl. BFA, a. a. O., S. 70; OVG NRW, Urteil vom 24. März 2020, a. a. O., Rn. 112).

Nach Nigeria rückkehrenden Familien mit Kleinkindern ist es auch zumutbar, sich durch Vorsorgemaßnahmen vor einer Malariainfektion zu schützen. Das Verwaltungsgericht trifft insoweit nicht den anzuwendenden Wahrscheinlichkeitsmaßstab, wenn es darauf abstellt, ob sich mit einem imprägnierten Moskitonetz ein "verlässlicher Schutz" erzielen lässt. Dass mit einem imprägnierten Moskitonetz, dessen Verfügbarkeit nach den vorliegenden Erkenntnissen nicht zweifelhaft ist, eine signifikante Risikosenkung möglich ist, steht zur Überzeugung des Senats fest. Bei Kindern sollte die Malariavorbeugung primär in einer konsequenten Expositionsprophylaxe bestehen (insbesondere Moskitonetze über Betten und Spielflächen, geeignete Kleidung, Repellents auf unbedeckten Hautstellen) (vgl. Robert Koch Institut, a. a. O.).

Dies zu gewährleisten, ist Familien möglich und zumutbar. Der Gefahr einer gleichzeitigen Infektion mit anderen Krankheiten kann durch spezifische infektionssenkende Maßnahmen, wie etwa das Abkochen von Trinkwasser, begegnet werden. Darüber hinaus können sich in Europa geborene Kleinkinder nigerianischer Eltern noch in Deutschland gegen verbreitete Infektionskrankheiten impfen lassen (vgl. OVG NRW, Urteil vom 24. März 2020, a. a. O., Rn. 114 unter Hinweis auf OVG NRW, Urteil vom 1. Dezember 2010, a. a. O., juris, Rn. 176).

Schließlich ist zu berücksichtigen, dass Rückkehrer bei der freiwilligen Ausreise nach Nigeria auf die finanzielle Unterstützung etwa des REAG/GARP-Programms der Internationalen Organisation für Migration (IOM) in Zusammenarbeit u. a. mit der Bundesregierung zählen können; des Weiteren werden für Nigeria zusätzliche Reintegrationsprogramme angeboten (vgl. die Nachweise im Internetauftritt: <https://www.returningfromgermany.de/de/countries/nigeria> (zuletzt abgerufen: 17. Mai 2021)).

Auch für medizinische Unterstützung werden Geldmittel bereitgestellt, so dass jedenfalls möglich ist, in der ersten Zeit des Aufenthalts von Kleinkindern in Nigeria Medikamente zur Malariaphylaxe einzunehmen und sich über die nächsten Diagnostik- und Behandlungsmöglichkeiten vor Ort zu informieren. Auch für den Fall der Abschiebung geht das Gericht davon aus, dass die zuständigen Ausländerbehörden erforderlichenfalls bei der Beschaffung der Medikamente behilflich sind (vgl. schon OVG NRW, Urteile vom 24. März 2020, a. a. O., Rn. 116, und vom 1. Dezember 2010, a. a. O., Rn. 167).

Auch für minderjährige Rückkehrer, die unzweifelhaft bereits in Deutschland ärztliche Behandlung und medizinische Leistungen in Anspruch nehmen können, steht danach zur Überzeugung des Senats fest, dass diese wirksam mit Medikamenten (vgl. DTG, a. a. O., S. 174 f.) ausgestattet werden können, um dem Risiko einer Malariainfektion nach Rückkehr zu begegnen und dieses erheblich zu reduzieren.

Dabei verkennt der Senat nicht, dass die Frage, ob allgemeine Gefahren zu einem Abschiebungsverbot führen, wesentlich von den Umständen des Einzelfalls abhängt und sich einer rein quantitativen oder statistischen Betrachtung entzieht. Bezüglich der Wahrscheinlichkeit des Eintritts der drohenden Gefahren ist jedoch von einem im Vergleich zum Prognosemaßstab der beachtlichen Wahrscheinlichkeit erhöhten Maßstab auszugehen, diese Gefahren müssen dem Ausländer mit hoher Wahrscheinlichkeit drohen (vgl. BVerwG, Urteile vom 29. September 2011, a.a.O., Rn. 20, vom 8. September 2011, a.a.O., Rn. 23, und vom 29. Juni 2010, a.a.O., Rn. 15; OVG NRW, Urteile vom 24. März 2020, a. a. O., Rn. 48, vom 4. September 2019, a. a. O., Rn. 42, und vom 18. Juni 2019, a. a. O., Rn. 313).

Die nach diesen vom Senat zugrunde gelegten Maßstäben erforderliche Gesamtbetrachtung beschränkt sich gerade nicht auf die Bezugnahme etwaiger statistischer Daten zur Kleinkindersterblichkeit, sondern beruht – anders als die Vorinstanz dies dem Senat wohl unterstellt – (vgl. VG Münster, Beschluss vom 24. September 2020 - 5 L 783/20.A -, juris, Rn. 8 ff.) auf einer Berücksichtigung sowohl des Gesundheitssystems in Nigeria als auch den allgemeinen wirtschaftlichen, politischen und sozialen Rahmenbedingungen, die Rückkehrer im Zielland vorfinden werden. Die insgesamt mangelhafte medizinische Versorgung begründet bei dieser Gesamtbetrachtung genauso wenig wie die sonstigen – altersbedingten oder wirtschaftlich-strukturellen – Schwierigkeiten bei Prophylaxe und Behandlung von Malaria die hohe Wahrscheinlichkeit einer extremen Gefahrenlage. Denn daraus ergeben sich für die in Europa geborenen Kleinkinder keine risikoe erhöhenden Umstände. Vielmehr ist die Gefahr für sie im Vergleich zu den statistischen Daten zur landesweiten

Kindersterblichkeit sogar vermindert, weil es ihnen zuzumuten ist, sich mit ihren Eltern in den urbanen Zentren im Süden Nigerias anzusiedeln, in denen die medizinische Versorgung besser und das Infektionsrisiko geringer ist.

cc) Weiterer Aufklärungsbedarf in Bezug auf die generalisierende Tatsachenfeststellung des Senats, dass sich für in Europa geborene Kleinkinder ohne Hinzutreten besonderer Umstände allein aus der allgemeinen Gefahr, in Nigeria an Malaria zu erkranken, keine ein Abschiebungsverbot begründende Extremgefahr ergibt, folgt auch nicht aus dem Gutachten von Prof. Dr. Michael Ramharter und Dr. Johannes Mischlinger (Department of Tropical Medicine, Bernhard Nocht Institut) vom 4. September 2020, welches das Verwaltungsgericht Münster in einem (noch) anhängigen Klageverfahren (5 K 2052/19.A) eingeholt hat. Entgegen der sinngemäßen Auffassung der Vorinstanz ergeben sich aus diesem Gutachten auch keine ernstlichen Zweifel im Sinn des § 36 Abs. 4 Satz 1 AsylG an der Richtigkeit dieser Feststellung (VG Münster, Beschluss vom 24. September 2020 - 5 L 783/20.A -, juris, Rn. 5).

Im Gegenteil bestätigen die Gutachter die tatsächlichen Feststellungen des Senats zur fehlenden malariaspezifischen Extremgefahr (so auch VG Arnsberg, Urteil vom 2. März 2021 - 9 K 819/18.A -, S. 10 f. des Urteils (nicht veröffentlicht)).

Nach den Daten des Gutachtens nahmen im Jahr 2018 0,17 Prozent der Malariaerkrankungen in Nigeria einen tödlichen Verlauf bzw. gab es in absoluten Zahlen 95.844 Verstorbene in allen Altersklassen. Nimmt man mit den Gutachtern an, dass Kleinkinder ca. 80 bis 85 Prozent der (globalen) Malariatoten ausmachen, käme man auf eine Zahl an Malaria verstorbenen Kleinkinder in Nigeria in einer Bandbreite von 76.675 bis 81.467, die in etwa den obigen Erkenntnissen entspricht und nicht auf die Annahme einer Extremgefahr führt.

Nichts anderes folgt aus den gutachterlichen Ausführungen zur Ausbildung der Semi-Immunität für im Endemiegebiet Nigeria aufgewachsenen Kindern. Die Gutachter stellen die tatsächliche Annahme des Senats, wonach ein Aufwachsen von Kleinkindern in Europa – und insbesondere in Deutschland – zu einem allgemein besseren Gesundheitszustand führt, nicht zuletzt was den Ernährungsstatus und die bisherige Gesundheitsvorsorge einschließlich Schutzimpfungen betrifft, nicht in Abrede. Diese Feststellung wird durch die Aussage der Gutachter, das Aufwachsen in Europa könne nicht als risikosenkend bezeichnet werden, nicht erschüttert. Diese Aussage bezieht sich vielmehr auf das spezifische Risiko, an Malaria zu erkranken. Dass dieses für in Europa geborene Kinder nicht niedriger ist als für in Nigeria geborene Kinder, entspricht den Feststellungen des Senats. Aus der gutachterlichen Stellungnahme folgt aber auch, dass sich, wie bereits erwähnt, die Semi-Immunität gegen eine Malariaerkrankung erst ab dem 5. Lebensjahr ausbilde. Danach macht es für Kleinkinder unter fünf Jahren hinsichtlich dieses Gesichtspunkts keinen messbaren Unterschied, ob sie in Nigeria oder in Europa geboren werden und die ersten Lebensjahre verbringen. Insofern bleiben die bisherigen Feststellungen des Senats zutreffend, wonach das Ergreifen allgemeiner hygienischer Vorsichts-

maßnahmen sowie eine entsprechende Impfvorsorge in Deutschland das allgemeine Gesundheitsrisiko der rückkehrenden Kleinkinder senken können, wenngleich diese für die individuelle Gefahr einer Malariaerkrankung unerheblich sind.

Ergeben sich danach entgegen der Auffassung des Verwaltungsgerichts aus dem zitierten Gutachten Ramharter/Mischlinger keine aufklärungsbedürftigen konkreten Anhaltspunkte dafür, dass die in den Kernpunkten seit März 2020 unverändert gebliebenen generalisierenden Tatsachenfeststellungen des Senats unzutreffend sein könnten (vgl. zu diesem Maßstab OVG NRW, Beschlüsse vom 29. März 2021 - 19 A 552/20.A -, juris, Rn. 9, vom 26. Februar 2021 - 19 A 1360/20.A -, juris, Rn. 7, vom 1. April 2020 - 19 A 3476/18.A -, juris, Rn. 7, und vom 12. März 2020 - 19 A 4739/19.A -, juris, Rn. 27, jeweils m. w. N.), besteht kein Anlass für den Senat, den Eingang der vom Verwaltungsgericht hierzu angefragten Auskunft des Auswärtigen Amtes abzuwarten.

dd) Auf der Grundlage der generalisierenden Tatsachenfeststellungen liegt auch bei der im März 2017 in Deutschland geborenen Klägerin keine ein Abschiebungsverbot begründende Extremgefahr vor. Sie hat im maßgeblichen Zeitpunkt dieser Senatsentscheidung mit mehr als vier Jahren bereits ein Alter erreicht, in dem die Sterblichkeitsrate signifikant zurückgegangen ist. Auch die allgemeine Sterblichkeitsrate und die besondere Gefährdung durch eine Malariainfektion in der Altersgruppe bis zu fünf Lebensjahren lässt nicht die Annahme einer Extremgefahr zu. Ihrer Familie ist zuzumuten, die Klägerin noch in Deutschland gegen verbreitete Infektionskrankheiten impfen zu lassen, sich mit ihr in den urbanen Zentren im Süden Nigerias anzusiedeln und sie durch die oben im Einzelnen angesprochenen Vorsorgemaßnahmen vor einer Malariainfektion zu schützen.

3. Diese Bewertungen gelten auch unter Berücksichtigung der Auswirkungen der Coronavirus-Pandemie in Nigeria. Dies gilt sowohl für die mit einer Erkrankung an COVID-19 selbst verbundenen Gefahren (a) als auch für die mit der Coronavirus-Pandemie verbundenen Auswirkungen die allgemeine Wirtschafts-, Versorgungs- und Gesundheitslage in Nigeria (b).

a) Für Rückkehrer nach Nigeria ergibt sich ohne Hinzutreten besonderer Umstände allein aus der allgemeinen Gefahr, in Nigeria an COVID-19 zu erkranken, keine ein Abschiebungsverbot begründende Extremgefahr. Es lässt sich nicht mit der gebotenen hohen Wahrscheinlichkeit eine extreme Gefahrenlage annehmen, die das Unterbleiben eines Abschiebungsstopps durch eine politische Leitentscheidung der obersten Landesbehörden nach § 60a AufenthG als Verstoß gegen die Grundrechte aus Art. 1 Abs. 1 und Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG erscheinen ließe und deshalb die Sperrwirkung des § 60 Abs. 7 Satz 6 AufenthG beseitigen könnte. Denn die allgemeine Gefahr, sich mit dem Erreger SARS-CoV-2 zu infizieren und daran zu sterben oder einen schweren Gesundheitsschaden davonzutragen, ist für sämtliche Rückkehrer nach Nigeria nach Art, Ausmaß und Intensität auf der Grundlage der obigen sowie der nachstehenden Fest-

stellungen von keinem solchen Gewicht, dass sich daraus bei objektiver Betrachtung für Rückkehrer generell die begründete Furcht ableiten lässt, selbst in erheblicher Weise Opfer zu werden.

Die vier Jahre alte Klägerin ohne relevante Vorerkrankungen gehört nicht zu einer der Personengruppen mit einem höheren Risiko für einen schweren, möglicherweise lebensbedrohlichen Verlauf einer COVID-19-Erkrankung (vgl. umfassend Robert Koch Institut (RKI), Epidemiologischer Steckbrief zu SARS-CoV-2 und COVID-19, Quelle: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Steckbrief.html (zuletzt abgerufen: 17. Mai 2021)).

Unter Berücksichtigung der bereits genannten aktuellen Fall- und Infektionszahlen betreffend das Coronavirus in Nigeria und auch der insoweit bestehenden Dunkelziffer gibt es keinerlei Anhaltspunkte für eine Infektionslage in Nigeria, die aufgrund des üblichen Ansteckungsrisikos für die Infektionskrankheit eine hohe Wahrscheinlichkeit eines schweren oder tödlichen Verlaufs der Erkrankung für die Klägerin nahelegen würde. Im Bedarfsfall ist die Klägerin wie alle Rückkehrer auf die allgemeine Versorgung im nigerianischen Gesundheitssystem zu verweisen. Dass diese medizinische Versorgung in Nigeria nicht nur insgesamt, sondern auch für an COVID-19 erkrankte Patienten der entsprechenden Versorgung in der Bundesrepublik nicht gleichwertig ist, ist irrelevant (vgl. § 60 Abs. 7 Satz 4 AufenthG).

Unabhängig davon ist der Klägerin zuzumuten, wie auch in anderen von der Coronavirus-Pandemie betroffenen Ländern wie Deutschland, individuell persönliche Schutzmaßnahmen zu ergreifen, wozu etwa die Wahrung von Abstand zu anderen Personen und – mit zunehmendem Alter der Klägerin – auch das Tragen einer Mund-Nase-Bedeckung gehört.

b) Eine extreme Gefahrenlage ergibt sich auch nicht aus den Auswirkungen der Coronavirus-Pandemie auf die allgemeine Wirtschafts-, Versorgungs- und Gesundheitslage in Nigeria und insbesondere auch nicht im Hinblick auf die Gefahr für in Europa geborene Kleinkinder, in Nigeria an Malaria zu erkranken. Aus den bereits getroffenen Feststellungen folgt bezogen auf die wirtschaftliche Situation und die allgemeine gesundheitliche Versorgung in Nigeria nicht, dass insoweit eine auf ein Abschiebungsverbot führende Extremgefahr anzunehmen wäre. Unter anderem besteht der für die Existenzsicherung – und damit den Erwerb etwa von Medikamenten und das Aufsuchen von Einrichtungen des Gesundheitswesens – vieler Nigerianer (nicht zuletzt von allein stehenden Frauen mit kleinen Kindern) wichtige informelle Arbeits- und Wirtschaftssektor weiterhin; auch gibt es keinerlei aktuelle Anhaltspunkte dafür, dass die hierfür bedeutsame Möglichkeit, innerhalb Nigerias den Aufenthalts- oder Tätigkeitsort zu verlegen, nachhaltig eingeschränkt wäre. Es ist Rückkehrern nach wie vor möglich, Zugang zu einer medizinischen Basisbehandlung zu erhalten. Dies gilt, wie auch vor Beginn der Coronavirus-Pandemie, in gleicher Weise für Rückkehrer, die über keinerlei familiäre Unterstützung und Netzwerke am Ort der Rückkehr verfügen. Die Unterstützung finanzielle oder sonstige Hilfestellung durch Familienangehörige stellt nach der allgemeinen Erkenntnislage einen wichtigen Faktor bei der Wiedereingliederung in das Gesellschafts- und Wirtschaftssystem Nigerias

dar. Damit ist jedoch nicht verbunden, dass das Fehlen dieser Unterstützungsnetzwerke ausschließt, als Rückkehrer aus eigenen Mitteln und Initiative, gegebenenfalls unter aktiver Nachsuche von Hilfe bei Hilfsorganisationen, staatlichen Einrichtungen, etwaigen Freunden und Bekannten oder sonstigen Dritten die erforderliche Grundversorgung in den zentralen Bereichen des täglichen Lebens zu sichern.

Unabhängig davon ist festzustellen, dass selbst in den Zeiten, in denen die Generierung eigenen Einkommens im informellen Sektor durch Ausgangssperren und Reisebeschränkungen nur bedingt möglich war, Hilfsprogramme (darunter die Verteilung von Lebensmitteln) seitens der nigerianischen Regierung und durch Hilfsorganisationen die wirtschaftliche Situation abmilderten (vgl. BAMF, a.a.O., S. 29; GTAI – Germany Trade & Invest, Bericht vom 23. Februar 2021, a. a. O.).

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt der Entscheidung des Senats gibt es auch keine Anhaltspunkte dafür, dass die Erreichbarkeit von Medikamenten, die für eine Behandlung von Malaria erforderlich sind, in wesentlicher Weise eingeschränkt wäre. Das Gleiche gilt für wesentliche Vorsorgehilfsmittel wie zum Beispiel imprägnierte Moskitonetze, Kleidung und Moskitorepellents. Dabei sind insbesondere für den Beginn der globalen Coronavirus-Pandemie im Jahr 2020 disruptive Auswirkungen auf Lieferketten sowohl im Bereich von Medikamenten als auch im Bereich von sonstigen Hilfsmitteln zu verzeichnen. Dem konnten in globaler Perspektive jedoch nationale Regierungen und Hilfsorganisationen in einer Weise entgegen treten, die für eine gewisse Stabilisierung der Zustände nicht zuletzt in den von Malaria besonders betroffenen Regionen Afrikas gesorgt haben (vgl. WHO, World Malaria Report 2020, S. 92 ff., 112 f., Quelle: https://www.who.int/docs/default-source/malaria/world-malaria-reports/9789240015791-double-page-view.pdf?sfvrsn=2c24349d_5 (zuletzt abgerufen: 17. Mai 2021)).

Allgemein sind länderbezogene Feststellungen hierbei schwierig zu treffen, die Auswirkungen auf die lokale Versorgungslage sind zu unterschiedlich. Immerhin ist festzustellen, dass es in Afrika (Zeitraum: Mai bis September 2020) in 16 von 27 Staaten zu teilweisen Störungen (partial disruptions) bei Diagnose und Behandlung von Malariaerkrankungen gekommen ist (vgl. WHO, World Malaria Report 2020, a.a.O., S. 101).

Bezogen konkret auf Nigeria ist jedenfalls für 2020 eine im Vergleich zu 2019 niedrigere Zahl von ambulanten Behandlungen von Malaria bzw. des Aufsuchens von entsprechenden Behandlungsmöglichkeiten zu konstatieren (vgl. WHO, World Malaria Report 2020, a. a. O., S. 102 f.).

Zum maßgeblichen Zeitpunkt der Entscheidung des Senats bestehen auch unter Berücksichtigung dieser für 2020 zu verzeichnenden Probleme aktuell keine belastbaren tatsächlichen Anhaltspunkte für eine erhebliche Verschlechterung der Versorgungslage in Bezug auf Medikamente und andere Hilfsmittel. Im Gegenteil legt der zitierte Bericht nahe, dass sich insbesondere die internationalen Initiativen zur Bekämpfung von Malaria auf die Coronavirus-Pandemie "eingestellt" haben, und dass zu erwarten ist, dass sich zukünftige Reaktionen

auf Krisensituationen wie die noch andauernde Pandemielage zielgenauer adaptieren werden, um Störungen der Versorgungsinfrastruktur zu minimieren (vgl. WHO, World Malaria Report 2020, a. a. O., S. 113 ff.).

Diese Feststellungen und Annahmen berücksichtigen bereits die in der Forschung vereinzelt angestellten Prognosemodelle, die die theoretischen Auswirkungen der Coronavirus-Pandemie auf die Malaria-bekämpfung in Afrika pessimistisch beschreiben (vgl. Weiss/u.a., Indirect effects of the COVID-19 pandemic on malaria intervention coverage, morbidity, and mortality in Africa: a geospatial modelling analysis, in: The Lancet, Infectious Diseases, Vol. 21, issue 1, Jan. 2021, S. 59-69, Quelle: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1473309920307003?via%3Dihub> (zuletzt abgerufen: 17. Mai 2021)).

Das dort für Nigeria angestellte "worst case" ("most extreme") Szenario geht von einem Anstieg der malariabedingten Todeszahlen um 96.500 aus, mithin von einer ungefähren Verdoppelung gegenüber etwa dem Datenmaterial von 2018 (siehe oben) (vgl. Weiss/u.a., a. a. O., S. 68).

Selbst eine solche – rein hypothetische – Verdoppelung der Sterblichkeitsrate auch bei Kleinkindern führt aber nach den obigen Maßstäben nicht zur Annahme einer ein Abschiebungsverbot begründenden Extremgefahr.

B. Die Klage gegen die Zielstaatsbestimmung Nigeria in der Abschiebungsandrohung in Nr. 5 des angefochtenen Bescheids ist als Anfechtungsklage statthaft, aber ebenfalls unbegründet. Diese Zielstaatsbestimmung ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten (§ 113 Abs. 1 Satz 1 VwGO). Hierzu wird wiederum auf die Ausführungen im angefochtenen Bescheid verwiesen.

206 Die Kostenentscheidung folgt aus § 154 Abs. 1 VwGO. Die Gerichtskostenfreiheit ergibt sich aus § 83b AsylG.

207 Die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit beruht auf § 167 VwGO i. V. m. den § 708 Nr. 10, § 711 ZPO.

208 Der Senat lässt die Revision nicht zu, weil die Voraussetzungen des § 132 Abs. 2 VwGO nicht vorliegen.

Vorinstanz: Verwaltungsgericht Münster, Urteil vom 18.11.2019, Az. 5 K 1123/19.A