



Bundesamt
für Migration
und Flüchtlinge

Bundesamt für Migration und
Flüchtlinge

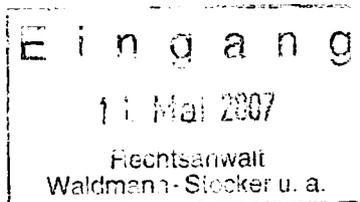
Ort: 26135 Oldenburg

Datum: 08.05.2007

Gesch.-Z.: 5226393 - 262

bitte unbedingt angeben

Anerkennungsverfahren



BESCHIED

In dem Asylverfahren des Kindes

[REDACTED]

geb. am [REDACTED] 2005 in Göttingen / Deutschland

wohnhaft:

[REDACTED]

vertreten durch: Rechtsanwalt
Bernd Waldmann-Stocker
Papendiek 24-26
37073 Göttingen

ergeht folgende Entscheidung:

1. Unter Abänderung des Bescheides vom 24.02.2006 (Az.: 5198242-262) zu Ziffer 3 wird festgestellt, dass ein Abschiebungsverbot nach § 60 Abs. 7 Satz 1 des Aufenthaltsgesetzes hinsichtlich Kamerun vorliegt. Im Übrigen liegen Abschiebungsverbote nach § 60 Abs. 2, 3 und 5 des Aufenthaltsgesetzes nicht vor.
2. Die mit Bescheid vom 24.02.2006 (Az.: 5198242-262) erlassene Abschiebungsandrohung wird aufgehoben.

Begründung:

Der Antragsteller ist kamerunischer Staatsangehöriger und hat bereits unter Aktenzeichen 5198242-262 Asyl in der Bundesrepublik Deutschland beantragt.

Im Asylerstverfahren wurde auf die an die Mutter ergangene Aufforderung zur Stellungnahme vom 18.01.2006 nicht geantwortet. Es wurden keine eigenen individuellen Gründe für das Kind geltend gemacht, auch die Erkrankung des Kindes wurde dem Bundesamt nicht zur Kenntnis gegeben. Der Asylantrag wurde am 08.03.2006 durch Bescheid des Bundesamtes vom 24.02.2006 unanfechtbar abgelehnt. Es wurde festgestellt, dass Abschiebungsverbote gem. § 60 Abs. 2 bis 7 Aufenthaltsgesetz (AufenthG) nicht vorliegen.

Am 08.09.2006 wurde für den Antragsteller, einem Kleinstkind, mit Schreiben des Bevollmächtigten vom 07.09.2006 ein auf die Feststellung eines Abschiebungsverbotes nach § 60 Abs. 2 bis 7 Aufenthaltsgesetz (AufenthG) beschränkter Antrag gestellt.

Zur Begründung wurde im Wesentlichen auf die durch etliche Atteste nachgewiesene Erkrankung des Kindes verwiesen:

Im Bericht zur stationären Behandlung seit dem 26.09.2002 wurde am 23.12.2005 von der Georg-August-Universität Göttingen an die Zentrale Anlaufstelle für Asylbewerber in Oldenburg mitgeteilt, dass eine Notaufnahme im Krankenhaus am 01.12.2005 zur Operation erfolgt sei. Es handele sich um ein Neugeborenes mit komplexer Hirnfehlbildung, Makrocephalus bei Hydrocephalus internus. Der Zustand sei potentiell lebensbedrohlich, da ein zunehmender Hirndruck und zunehmende Kreislauf/Atemdepression bestehe. Die Mutter sei HIV positiv, das Kind potentiell HIV positiv.

Mit Schreiben des Klinikums Oldenburg vom 23.01.2006 wurde mitgeteilt, dass das Kind am 18.01.2006 notfallmäßig in der Notfallambulanz behandelt worden sei und am 19.01.2006 in der neuropädiatrische Sprechstunde des Klinikums Oldenburg vorgestellt worden sei. Folgende Diagnosen werden aufgeführt:

- Hirnfehlbildung mit Balkenagenesie, lokalisierter Pachygyrie und multizystischer Fehlbildung
- Zustand nach (Zn) Verschlusshydrocephalus
- Zustand nach Zystenfensterung und Anlage einer Rickham-Kapsel am 13.12.2005 in Göttingen.
- Zystische Veränderung der rechten Niere und des Pankreas (MRT-gesichert, Leber frei).
- Zustand nach einmal transfusionsbedürftiger Anämie
- Zustand nach Retrovir-Therapie bei HIV-positiver Mutter.

Im Arztbericht heißt es weiter, dass ein deutlich erweiterter III. Ventrikel festzustellen sei. Die Spitze des Ventrikel-Katheters lasse sich rechts in einer Zyste darstellen, wohl ohne Kommunikation zur zentralen, deutlich balloniert wirkenden Zyste. Es wird vorgeschlagen, wöchentlich den Kopfumfang zu messen. Für den 28.03.2006 wird ein stationärer Aufnahme Termin zur erneuten Durchführung einer cerebralen Kernspintomographie in Narkose am 29.03.2006 vorgemerkt.

In einem Arztbericht des Klinikums Oldenburg vom 13.02.2006 heißt es u. a., dass der Kopfumfang des Kindes perzentilenparallel oberhalb der 97. Perzentile wachse, die Schädelsonographie zeige einen unveränderten Befund.

Im ärztlichen Bericht des Klinikums Oldenburg vom 25.04.2006 wird u. a. ausgeführt, dass der Befund hinsichtlich der Hirnsonographie unverändert sei. Es gebe größere Zysten im Sagittalschnitt. Das Kind sei wie geplant zur MRT-Kontrolle aufgenommen worden. Die Befunde seien zur Mitbeurteilung an die Neurochirurgie in Göttingen verschickt worden. Eine polyzystische Nierenveränderung im Bereich des oberen Nierenpols auf der rechten Seite liege vor. Es werde eine Funktionsprüfung der Nieren in Form eines Isotopennephrogramms vorgeschlagen. Eine HIV-bedingte angeborene Fehlbildung der Nieren werde ausgeschlossen sowie auch nach Rücksprache mit dem Tropeninstitut in Hamburg die polyzystischen Veränderungen aufgrund einer Tropenkrankheit. Während des stationären Aufenthaltes habe das Kind Zeichen einer obstruktiven Bronchitis entwickelt.

Im ärztlichen Bericht des Klinikums Oldenburg vom 15.05.2006 kommen folgende Diagnosen zu den bereits bekannten (s. ärztlichen Bericht vom 13.02.2006) *hinzu*:

- Verdacht auf polyzystische Nierenerkrankung
- Leichte linksventrikuläre Hypertrophie
- Atopisches Ekzem.

Im Bericht heißt es u. a., dass die bekannte Balkenagenesie sowie die zystische Fehlbildung im Bereich der rechten Hemisphäre, unverändert erweiterter dritter Ventrikel, keine Mittellinienverschiebung bestehe. Hinsichtlich der Zystennieren könne durchaus ein autosomal dominanter syndromaler Komplex vorliegen. Im Moment würden Ultraschallkontrollen und der klinische Verlauf zur weiteren Beurteilung ausreichen. Sollten sich erneut Hirndruckäquivalente oder sonographische Veränderungen ergeben, müsste noch mal zur Klärung einer weiteren operativen Indikation ein MRT erfolgen. Bei den komplexen Zysten sei dies durchaus vorstellbar. Es gebe eine diskret eingeschränkte Funktionsleistung der rechten Niere bei nachgewiesenen zystischen Veränderungen. Ursächlich bestehe ein Zusammenhang zwischen den in verschiedenen Organen nachgewiesenen Zysten, die am ehesten durch eine autosomal dominante polyzystische Nierenerkrankung zu erklären sei. Der weitere Verlauf bleibe beim Kind abzuwarten. Eine erneute MRT-Kontrolluntersuchung sollte mit einer Angiosequenz durchgeführt werden.

In der Bescheinigung der Fachärzte für Kinder und Jugendmedizin Dr. _____, Dr. _____ vom 27.03.2007 heißt es im Wesentlichen, dass bei akut auftretendem Hirndruck eine neurochirurgische Intervention notwendig sei. Engmaschige Kontrollen des Kopfwachstums und der möglichen Veränderung der Hirnfehlbildung hinsichtlich Drucksymptomatik sei notwendig, um über chirurgische Maßnahmen zu entscheiden. Ambulante und stationäre Kontrollen seien notwendig, die das Niveau eines neuropädiatrischen Zentrums wie z. B. in Göttingen aufweisen. Die Erkrankungen des Kindes hätten absolut gravierende Auswirkungen auf den kindlichen Entwicklungsprozess. Das Kind sei erheblich entwicklungsverzögert und brauche deshalb und wegen einer muskulären Schwäche regelmäßig spezialisierte Krankengymnastik.

Zusätzlich zu den am 23.01.2006 und 25.04.2006 attestierten Diagnosen wird nunmehr eine

- Psychomotorische Retardierung
- Intermittierender Strabismus convergens beidseits
- Pathologisches Schlaf-EEG.
- aktuell bestehe im Verlauf eine positive Echinokokken-Serologie

durch das Zentrum Kinderheilkunde und Jugendmedizin an der Universität Göttingen vom 28.03.2007 festgestellt. In dem medizinischen Schreiben heißt es weiter, dass es sich bei dem Kind um eine ätiopathogenetisch unklare Erkrankung mit multiplen Zysten im Gehirn handele. Eine Hirndrucksymptomatik mit Vigilanzminderungen, cerebralen Krampfanfällen, Verlust von motorischen Funktionen und Verlust lebensnotwendiger Funktionen des Herz-Kreislaufsystems seien möglich. Die Erkrankung erfordere regelmäßige, strenge klinische Verlaufskontrollen, die durch den Kinderarzt und eine neuropädiatrische Ambulanz erfolgen sollte sowie durch regelmäßige stationäre Aufenthalte zur weiteren apparativen Diagnostik.

Weiterhin wurde diagnostiziert:

Bei operativer Manipulation an Zysten der Niere, des Pankreas (Bauchspeicheldrüse), des Gehirns solle vorher eine Therapie mit Mebendazol durchgeführt werden.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird auf den Akteninhalt verwiesen.

1.

Dem Antrag wird insofern entsprochen, als festgestellt wird, dass die Voraussetzungen gemäß § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG bezüglich Kamerun vorliegen.

Hat das Bundesamt im ersten Asylverfahren bereits unanfechtbar festgestellt, dass Abschiebungsverbote nach § 60 Abs. 2 bis 7 AufenthG nicht bestehen, so ist im Rahmen einer erneuten Befassung mit § 60 Abs. 2 bis 7 AufenthG im Wiederaufgreifensverfahren zunächst zu prüfen, ob die Voraussetzungen des § 51 Verwaltungsverfahrensgesetz (VwVfG) vorliegen. Insoweit besteht ein Anspruch auf erneute Prüfung und Entscheidung.

Hierzu müssen sich gemäß § 51 Abs. 1 Nr. 1 bis 3 VwVfG die Sach- oder Rechtslage zu Gunsten des Betroffenen geändert haben (Nr. 1), neue Beweismittel vorliegen, die eine für den Betroffenen günstigere Entscheidung herbeigeführt haben würden (Nr. 2), oder Wiederaufnahmegründe entsprechend § 580 der Zivilprozessordnung (Nr. 3) gegeben sein.

Um seinen Anspruch auf eine erneute Sachprüfung zu begründen, ist ein schlüssiger Sachvortrag des Antragstellers ausreichend, der nicht von vornherein nach jeder vertretbaren Betrachtung ungeeignet sein darf, zur Asylberechtigung oder Flüchtlingsanerkennung zu verhelfen (BVerfG, Beschluss vom 03.03.2000, DVBl 2000, 1048-1050); § 51 Abs. 1 VwVfG fordert somit für das Wiederaufgreifen des Verfahrens nicht zwingend, dass eine günstigere Entscheidung für den Antragsteller zu treffen ist. Es ist vielmehr ausreichend, dass eine solche auf Grund seines schlüssigen Vortrages möglich erscheint.

Zudem ist erforderlich, dass die Zulässigkeitsvoraussetzungen des § 51 Abs. 2 und 3 VwVfG erfüllt sind, d. h., der Antragsteller muss ohne grobes Verschulden außer Stande gewesen sein, den Wiederaufgreifensgrund bereits im früheren Verfahren geltend zu machen, und den Folgeantrag binnen drei Monaten, nachdem ihm der Wiederaufgreifensgrund bekannt geworden war, gestellt haben.

Nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichtes sind bei der Erfolgsprüfung grundsätzlich nur solche Gründe berücksichtigungsfähig, die zulässigerweise, insbesondere fristgerecht, geltend gemacht worden sind. Einzelne neue Tatsachen, die zur Begründung nachgeschoben

werden, brauchen - ausnahmsweise - allerdings nicht innerhalb der Ausschlussfrist vorgetragen zu werden, wenn sie lediglich einen bereits rechtzeitig geltend gemachten Wiederaufgreifensgrund bestätigen, wiederholen, erläutern oder konkretisieren (vgl. BVerwG, Urteil vom 10.02.1998, EZAR 631 Nr. 45).

Der Wiederaufgreifensgrund der Sachlagenänderung nach § 51 Abs. 1 Nr. 1 VwVfG ist im vorliegenden Fall gegeben.

Eine Änderung der Sachlage im Sinne des § 51 Abs. 1 Nr. 1 VwVfG erfordert, dass sich der der früheren Entscheidung zugrunde gelegte entscheidungserhebliche Sachverhalt nachträglich tatsächlich zu Gunsten des Betroffenen geändert hat.

Hierfür ist nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (Beschluss vom 03.03.2000, DVBl 2000, 1048-1050) ein schlüssiger und objektiv geeigneter Sachvortrag erforderlich aber auch ausreichend, um das Vorliegen der Wiederaufgreifensvoraussetzungen nach § 51 Abs. 1 Nr. 1 VwVfG zu bejahen. Soweit das Gesetz verlangt, dass eine Änderung der Sachlage zu Gunsten des Betroffenen vorliegt, beinhaltet dies nicht die zusätzliche Voraussetzung, dass auch die neue Entscheidung zu Gunsten des Betroffenen ergehen muss. Ausreichend ist vielmehr, dass die Änderung der Sachlage geeignet ist, sich möglicherweise zu Gunsten des Betroffenen auszuwirken.

Wegen der beim Antragsteller festgestellten Erkrankungen und deren Verlauf ist bei Rückkehr nach Kamerun von einer alsbaldigen konkreten Gefahr für Leib und Leben auszugehen. Die Behandlung der Erkrankung des Kindes ist nicht ausreichend in Kamerun möglich, zudem wird es der Mutter des Kindes mit beachtlicher Wahrscheinlichkeit finanziell nicht möglich sein, die zudem nicht adäquaten Behandlungsmöglichkeiten, die in Kamerun bestehen, überhaupt in Anspruch nehmen zu können. Bei Rückkehr des Kindes nach Kamerun besteht alsbald akute Lebensgefahr.

Die nach § 51 Abs. 1 Nr. 1 VwVfG erforderliche Änderung der Sachlage ist somit im vorliegenden Fall gegeben.

Die für den Wiederaufgreifensantrag angegebene Begründung führt zu einer für den Antragsteller günstigeren Entscheidung, weil nunmehr vom Vorliegen der Voraussetzungen nach § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG bezüglich Kamerun auszugehen ist.

Von einer Abschiebung soll gemäß § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG abgesehen werden, wenn dem Ausländer eine erhebliche, individuelle und konkrete Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit droht, wobei es hier nicht darauf ankommt, von wem die Gefahr ausgeht und wodurch sie hervorgerufen wird. Es muss jedoch über die Gefahren hinaus, denen die Bevölkerung allgemein ausgesetzt ist, eine besondere Fallkonstellation gegeben sein, die als gravierende Beeinträchtigung die Schwelle der allgemeinen Gefährdung deutlich übersteigt (vgl. BVerwG, Urteil vom 23.08.1996, Az.: 9 C 144.95; BVerwG, Urteil vom 17.10.1995, BVerwGE 99, 324).

Eine erhebliche konkrete Gefahr i. S. von § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG kann auch dann vorliegen, wenn die im Zielstaat drohende Beeinträchtigung in der Verschlimmerung einer Krankheit besteht, unter der der Ausländer bereits in der Bundesrepublik Deutschland leidet. Die drohende Gefahr kann in diesem Fall auch durch die individuelle Konstitution des Ausländers bedingt sein. Der Beg-

riff der „Gefahr“ in § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG ist hinsichtlich seines Entstehungsgrundes nicht einschränkend auszulegen, und es ist deshalb unerheblich, ob sich die Gefahr aus einem Eingriff, einem störenden Verhalten oder aus einem Zusammenwirken mit anderen, auch anlagebedingten Umständen ergibt (BVerwG, Urteil vom 25.11.1997, BVerwGE 105, 383).

Die Gefahr ist „erheblich“ i. S. von § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG, wenn sich der Gesundheitszustand wesentlich oder gar lebensbedrohlich verändern würde und "konkret", wenn der Asylbewerber alsbald nach seiner Rückkehr in den Abschiebestaat in diese Lage käme, weil er auf die dortigen unzureichenden Möglichkeiten der Behandlung seines Leidens angewiesen wäre und auch anderswo wirksame Hilfe nicht in Anspruch nehmen könnte (BVerwG, Urteil vom 25.11.1997, a. a. O.).

Der maßgebliche Anknüpfungspunkt bei der Feststellung des Vorliegens eines Abschiebungsverbotes gem. § 60 Abs. 7 AufenthG ist die diagnostizierte zystische Fehlbildung des Gehirns, mit Balkenagenesie und Makrocephalus, lokalisierte Pachygyrie sowie die zystischen Veränderungen der rechten Niere und des Pankreas.

Eine wesentliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes ist bei außergewöhnlich schweren körperlichen oder psychischen Zuständen und/oder existenzbedrohenden Zuständen anzunehmen (vgl. OVG NRW, Beschluss vom 20.09.2006, Az.: 13 A 1740/05.A). Vorliegend ist dieser Sachverhalt gegeben.

Balkenagenesie (Corpus-callosum-Agenesie) ist eine angeborene Fehlbildung des Gehirns, die dadurch gekennzeichnet ist, dass die Verbindungen zwischen der rechten und der linken Hirnhälfte, das Corpus callosum, fehlt oder stark unterentwickelt ist.

Pachygyrie (Vergrößerung der Oberflächenstruktur des Gehirns) führt zu schweren Behinderungen. Folge dieser Störung ist eine glatte (Lissos) Ausprägung der Oberfläche der Großhirnrinde (Kortex). Die betroffenen Kinder bleiben fast alle auf der Entwicklungsstufe eines Säuglings stehen. Ihre Lebenserwartung ist trotz intensiver Betreuung deutlich reduziert. Sie bleiben lebenslang schwere Pflegefälle mit starken intellektuellen und körperlichen Defiziten. Die Entwicklungsprognose für Kinder mit Balkenagenesie bewegt sich im Rahmen von schweren körperlichen und kognitiven Behinderungen (u. U. auch mit z. B. Epilepsie, Ataxie, Störung der Perloregulation) und dem weitgehenden Fehlen einer besonderen Symptomatik. Begleiterscheinungen des ballonartig aufgetriebenen Schädelknochens aufgrund seiner Unfestigkeit bei Säuglingen, können z. B. Kopfschmerzen, Erbrechen, Doppelbilder und Epilepsie sein. Hirndruck- und Ausfallerscheinungen können auftreten. Wegen des Sitzes lebenswichtiger Zentren (Herz-Kreislauf-Zentrum, Atem- und Brechzentrum) kann es zur so genannten Einklemmung und in der Folge zu Herz-, Kreislauf und Atemstillstand kommen (www.onmedia.de/Krankheiten/lissenzephalie.html).

Für die Krankheitsbilder Pachygyrie (klassische Lissenzephalie - Lissenzephalie ist der Oberbegriff für eine Reihe von Entwicklungsstörungen des Gehirns, die zu schweren Behinderungen der Neugeborenen führen) wird eine Lebenserwartung von maximal 2 Jahren eingeschätzt. Eine vollständige Heilung und eine normale Entwicklung des Kindes sind kaum zu erwarten. Kinder mit diesem Typ der Lissenzephalie leiden meist unter einer globalen Retardierung mit schweren kognitiven Störungen und einer ausgeprägten Muskelhypotonie, die sich zu einer spastischen Tetraparese entwickeln kann, einer früh einsetzenden schwer behandelbaren Epilepsie sowie einer ausgepräg-

ten Ernährungsstörung als Folge von Fütterungsproblemen (s. „Klinik, Genetik und Pathogenese der Lissenzephalien“ von Deborah Morris-Rosendahl, Gerhard Wolff im Deutschen Ärzteblatt, Heft 19 vom 09. Mai 2003).

Laut ärztlicher Aussage vom 27.03.2007 ist eine engmaschige Kontrolle des Kopfwachstums und der möglichen Veränderungen der Hirnfehlbildung hinsichtlich der Drucksymptomatik notwendig, um über chirurgische Maßnahmen zu entscheiden. Von der Unterzeichnerin wird unter Beachtung aller eingereichten ärztlichen Atteste es als *überlebensnotwendig* für das Kind angesehen, dass eine ständige in kurzen Abständen durchzuführende Kontrolle auf hohem medizin-technischen Niveau gewährleistet ist. Denn nur so können akut auftretende Erkrankungen, ein akut auftretender Hirndruck neurochirurgisch behandelt werden und Herz- und/oder Atemstillstand, die den sofortigen Tod des Kindes zur Folge hätten, verhindert werden. Diese überlebensnotwendige Überwachung und Behandlung steht dem Kind in Kamerun nicht in der vorliegend erforderlichen Qualität zur Verfügung.

Nach den dem Bundesamt vorliegenden Aussagen gibt es in Kamerun für Kinder lokale staatliche Krankenhäuser und eine begrenzte Anzahl von Ärzten in den Schulen. In den größeren Städten gibt es über 20 Krankenhäuser. So gibt es in Douala, der Herkunftsstadt der Mutter des Antragstellers, z. B. die Krankenhäuser: Hospital General de Douala, Hospital Laquintinie de Douala. Fachärzte sind insbesondere in Douala und Yaounde präsent. In den Kliniken auf dem Land ist grundsätzlich ein 24 Stunden-Dienst eingerichtet, so dass jederzeit Hilfe gewährt werden kann. In den größeren Städten gibt es ausreichend Apotheken, die im Regelfall alle wichtigen Medikamente aus französischer Produktion führen. Die medizinische Versorgung wird für Douala und Yaounde besser eingeschätzt, jedoch entspricht sie nicht mitteleuropäischem Standard. Insbesondere kommt es in staatlichen Krankenhäusern immer wieder zu Engpässen in der Versorgung mit Medikamenten, Verbands- und anderem medizinischen Verbrauchsmaterial (vgl. Informationszentrum Asyl und Migration des Bundesamtes, Kamerun, Gesundheitswesen, März 2006).

Nach anderslautenden Informationen wird die medizinische Versorgung in Kamerun weit schlechter bewertet. Generell wird die medizinische Versorgung als ungenügend eingeschätzt. Große Unterschiede gibt es zwischen städtischen und ländlichen Gebieten. Insbesondere die Notfallversorgung und die Behandlungsmöglichkeiten in Krankenhäusern wird als stark eingeschränkt bewertet, auch in den Städten. Die hygienischen Bedingungen werden als schlecht bewertet und es mangelt an Ärzten und Pflegepersonal. Die medizinischen Einrichtungen des öffentlichen Sektors, der 83 % der staatlich erbrachten Dienstleistungen im Gesundheitsbereich abdeckt, wird mit Ausnahme des für kamerunische Verhältnisse auf hohem Standard funktionierenden Universitätsspitals von Douala als schlecht ausgerüstet und nur in ungenügender Zahl vorhanden eingeschätzt. Notfallversorgung, Hospitalisierungsmöglichkeiten und Operationen sind wegen Mangels an Pflegepersonal, Spezialisten, modernen technischen Ausrüstungen und angesichts schlechter hygienischer Bedingungen, veralteter Infrastrukturen und unzureichender Ausbildung selbst in den Städten stark eingeschränkt.

Die Mutter des Antragstellers stammt aus Douala. Selbst wenn man von einem hohen Standard des Universitätshospitals in Douala ausgeht, wird es nur mit langen Wartezeiten der Mutter möglich sein, ihr Kind überhaupt erst einmal als Patient anzumelden. Die ständig durchzuführenden engmaschigen Kontrolluntersuchungen, die einen sehr hohen technischen Standard erfordern,

sind aber überlebensnotwendig. Sind solche Kontrollmaßnahmen nicht vorhanden, wird es nicht möglich sein, eine akute behandlungsbedürftige Verschlechterung im Gesundheitszustand des Kleinstkindes überhaupt zu erkennen, geschweige denn rechtzeitig im akuten Notfall. Damit besteht allein schon wegen der Wartezeit um Aufnahme im Universitätshospital akute Lebensgefahr für das schwerst erkrankte Kind.

Abgesehen von dem Standard der medizinischen Einrichtungen und der beschränkten Kapazitäten wird es der Mutter des Kindes mit beachtlicher Wahrscheinlichkeit auch aus finanziellen Gründen nicht möglich sein, dass das Kind überhaupt als Patient angenommen wird und darüber hinaus in ständiger geforderter ärztlicher Kontrolle überwacht wird.

Denn medizinische Leistungen müssen vor Beginn der Behandlung bezahlt werden. Bei fehlender oder unzureichender Bezahlung werden Patienten schlechter oder mitunter überhaupt nicht behandelt. Aber nur sehr wenige privilegierte Menschen verfügen in Kamerun über eine Krankenversicherung. Zu diesem Personenkreis ist die Mutter des Antragstellers nicht zu zählen. Die Mutter ist vielmehr den 85 bis 90 % der Bevölkerung zuzuordnen, die im Verlauf einer Behandlung zu begleichenden Kosten für Medikamente, Labortests und Hospitalisierung auch mit Unterstützungsbeiträgen von internationalen Nichtregierungsorganisationen nicht im Stande sind, aufzubringen. Es ist bekannt, dass in Krankenhäusern häufig den Patienten eine bessere Behandlung zukommt, die den Ärzten und auch dem Pflegepersonal einen zusätzlichen Geldbetrag zukommen lassen. Ein Krankenhausaufenthalt kostet pro Bett und Tag für ein Einzelzimmer je nach Standard des Krankenhauses zwischen 4,60 und 18,30 Euro (3 000 und 12 000 CFA). Ein Mehrbettzimmer kostet weniger als 3 000 CFA pro Tag, wobei die Versorgung mit Mahlzeiten die Familie eines Kranken organisieren muss.

Eine gemäß § 60 Abs. 7 AufenthG zu berücksichtigende zielstaatsbezogene Gefahr kann sich trotz an sich verfügbarer medikamentöser und ärztlicher Behandlung auch aus sonstigen Umständen im Zielstaat ergeben, die dazu führen, dass der betroffene Ausländer die benötigte medizinische Versorgung tatsächlich nicht erlangen kann. Denn eine zielstaatsbezogene Gefahr für Leib und Leben besteht auch dann, wenn die notwendige Behandlung oder Medikation zwar allgemein zur Verfügung steht, dem betroffenen Ausländer individuell jedoch aus finanziellen oder sonstigen Gründen tatsächlich nicht zugänglich ist (BVerwG, Urteil vom 29.10.2002, EZAR 043 Nr. 56 und vom 25.11.1997, BVerwGE 105, 383 m. w. N.).

Nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts ist es unerheblich, welche Ursache der im Herkunftsland bestehenden Gefahr zu Grunde liegt (BVerwG, Urteil vom 25.11.1997 a. a. O.).

Auch das VG Oldenburg sieht ein zielstaatsbezogenes Abschiebungshindernis im Sinne des § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG, wenn sich die Krankheit des Ausländers im Heimatstaat verschlimmert, weil die Behandlungsmöglichkeiten dort unzureichend sind, da eine notwendige ärztliche Behandlung oder Medikation für die betreffende Krankheit in dem Herkunftsstaat wegen des geringeren Versorgungsstandards generell nicht verfügbar ist, oder weil trotz an sich verfügbarer medikamentöser und ärztlicher Behandlung sonstige Umstände im Zielstaat dazu führen, dass der betroffene Ausländer diese medizinische Versorgung tatsächlich nicht erlangen kann. Denn eine zielstaatsbezogene Gefahr für Leib und Leben besteht auch dann, wenn die notwendige Behandlung oder Medikation zwar allgemein zur Verfügung steht, den betroffenen Ausländer individuell jedoch aus

finanziellen oder sonstigen Gründen nicht zugänglich ist (VG Oldenburg, Urteil vom 10.10.2006, Az.: 2 A 766/00).

Aufgrund der familiären Verhältnisse der Mutter des Antragstellers ist vorliegend mit beachtlicher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, dass es ihr nicht möglich sein wird, die für die überlebensnotwendigen intensiv medizinischen Überwachungsmaßnahmen anfallenden immens hohen Kosten aufzubringen, geschweige denn die Kosten für eine neurochirurgische Intervention oder andere im akut auftretenden Notfall erforderlichen medizinischen Maßnahmen. Aus den ärztlichen Attesten ergibt sich, dass jederzeit mit lebensbedrohlichen Komplikationen aufgrund der Schwere und Vielfältigkeit der Erkrankungen des Kleinstkindes zu rechnen ist. Diese können jedoch nur durch einen hohen technischen Aufwand an ständigen medizinischen Kontroll- und Überwachungsmaßnahmen rechtzeitig erkannt und behandelt werden.

Mit Bescheid vom 11.08.2005 wurde im Asylverfahren der Mutter (Az.: 5171689-262) festgestellt, dass sie nicht glaubhaft gemacht hat, dass ihr eine asylrelevante Existenzgefährdung oder gar Existenzvernichtung droht. Es wurde darauf verwiesen, dass ihre in Douala lebende Tante ihre Tochter während ihrer Abwesenheit betreut und sie auch weitere Familienangehörige wie Geschwister in Kamerun hat. Ihre Eltern seien verstorben. Die Ausführungen der Mutter zur innerfamiliären Situation bei der Tante, bei deren Familie habe sie gelebt, wurden als unsubstantiiert bewertet. So gab sie an, von seiten des Ehemannes der Tante mit Vergewaltigung bedroht worden zu sein. Diese Ausführungen und auch die Erklärung, der Onkel habe sie mit dem Tode bedroht, wurden mit Beschluss des VG Oldenburg vom 23.08.2005 (Az.: 2 B 3412/05) als unglaubhaft bewertet. Das Gericht führte aus, dass die Mutter des Antragstellers nicht glaubhaft gemacht hat, dass sie im Falle ihrer Rückkehr nach Kamerun nicht ausreichend durch Angehörige unterstützt werden würde.

Von dieser Bewertung des Sachverhaltes ist vorliegend jedoch nicht mehr auszugehen. Aufgrund der Schwersterkrankung ihres Sohnes und der für die Mutter festgestellten HIV-Infektion ist nicht mehr davon auszugehen, dass der zurückkehrenden Mutter mit ihrem Sohn ausreichende familiäre Unterstützung zuteil werden wird.

Dass die Mutter bereits finanzielle Schwierigkeiten vor Antritt der Ausreise aus Kamerun hatte, wurde ihr in deren Asylverfahren geglaubt; auch dass die Familie der Tante es als Belastung empfunden hat, für die Mutter und deren Tochter zu sorgen. Nun würde die Mutter jedoch mit einem schwerstkranken Kleinkind zurückkehren. Wie bereits oben festgestellt, erfordert die Komplexität der Erkrankung des Antragstellers eine ständige Überwachung durch Spezialärzte mit Hilfe einer hohen medizin-technischen Ausrüstung. Demzufolge wird die überlebensnotwendige medizinische Kontrolle immense finanzielle Kosten von der Mutter des Antragstellers abverlangen.

Durch die Familie aber auch die unmittelbare Nachbarschaft wird die Rückkehr der Antragstellerin aus Europa als Versagen bewertet werden. Schon allein deshalb ist beachtlich wahrscheinlich, dass sie aus der Gemeinschaft ausgegrenzt werden wird. Hinzu kommt, dass sie mit einem „kopfkranken“ Kind zurückkehren würde. Psychisch auffällige oder kranke Personen laufen in afrikanischen Ländern Gefahr, Opfer von staatlicher sowie gesellschaftlicher Diskriminierung und sozialer Ausgrenzung auch durch die eigene Familie zu werden. In den vergangenen Jahren wurden psychisch Kranke von staatlichen Sicherheitskräften mangels angemessener Behandlung und Unter-

bringungsmöglichkeiten und zur „Wahrung der öffentlichen Ordnung“ eingesperrt (vgl. UK Home Office, Country Report Cameroon, Oktober 2003). Durch die Entwicklungsstörungen des Gehirns und die durch die Erkrankungen bedingten Behinderungen wird das Kind sicherlich als „abnormal“ abgewertet und aus der Gesellschaft verstoßen werden. Die Verwandten und die Nachbarschaft werden z.B. aus Aberglauben ihre Familien vor einem Anstecken zu schützen suchen. Was auch für die Mutter des Kindes Ausgrenzung, Verstoß bedeutet.

Erschwerend kommt für die Mutter des Antragstellers noch hinzu, dass sie selbst HIV-infiziert ist.

Es ist deshalb mit Sicherheit festzustellen, dass ihr Verachtung und Ausgrenzung nach Rückkehr nach Kamerun seitens ihrer eigenen Familienmitglieder widerfahren wird.

Krankheitsbedingt kommt es zu Entwicklungsstörungen und -verzögerungen beim Antragsteller. Er ist damit auf intensivste tägliche Betreuung seitens seiner Mutter angewiesen, wie es sich aus den ärztlichen Unterlagen ergibt. Aufgrund dessen wird es ihr unmöglich sein, selbständig und allein für den Lebensunterhalt für sich und ihr schwerstkrankes Kind aufzukommen. Darüber hinaus ist es durchaus möglich, dass ihr von seiten der Familie auch wieder die Verantwortung für die bereits in Kamerun lebende Tochter übertragen wird. Dass sie wie vor Antritt der Ausreise ein eigenes kleines Geschäft betreiben kann, ist vor der Betreuungsbedürftigkeit ihres Sohnes nicht anzunehmen. Selbst wenn sie damit ein Auskommen (Existenzminimum) hätte, ist davon auszugehen, dass die ständige überlebensnotwendige medizinische Überwachung und Behandlung ihres Sohnes weit über ihre finanziellen Möglichkeiten hinausgehen wird.

Damit ist festzustellen, dass es der Mutter des Antragstellers mit beachtlicher Wahrscheinlichkeit nicht möglich sein wird, die finanziellen Kosten für eine überlebensnotwendige medizinische Kontrolle der Erkrankungen des Kindes aufzukommen. Damit wird aber ein akuter Notfall nicht rechtzeitig erkannt werden können, was zum sofortigen Tod des Kindes führen kann.

Somit ist aus den ärztlichen Unterlagen und der gegebenen familiären Situation der Mutter des Antragstellers ersichtlich, dass gegenwärtig bei Rückkehr die Gefahr droht, den Antragsteller – wie vom BVerwG definiert – „sehenden Auges dem Tode oder schwersten Beeinträchtigungen der körperlichen Unversehrtheit“ zu überantworten.

Mithin ist festzustellen, dass die Voraussetzungen des § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG im konkreten Einzelfall gegeben sind.

Weitere Abschiebungsverbote auch in Bezug auf andere Staaten sind nicht ersichtlich.

2.

Die mit Bescheid vom 24.02.2006 (Az.: 5198242-262) erlassene Abschiebungsandrohung war aufzuheben, weil dem Antragsteller auf Grund der Feststellung des Abschiebungsverbotes nach § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG gem. § 25 Abs. 3 Satz 1 AufenthG eine Aufenthaltserlaubnis erteilt werden soll und weder ein anderer Abschiebestaat konkret benannt werden kann, noch Hinweise auf sonstige Ausschlussgründe des § 25 Abs. 3 AufenthG vorliegen.

3.

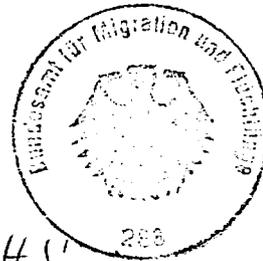
Die positive Feststellung zu § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG wird mit dem Zeitpunkt der Bekanntgabe der Entscheidung bestandskräftig.

Die beigefügte Rechtsbehelfsbelehrung ist Bestandteil dieses Bescheides.

Im Auftrag

Vester

Ausgefertigt am 09.05.2007 in Außenstelle Oldenburg



Rechtsbehelf, R45