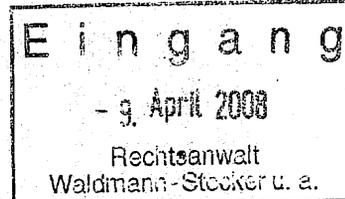


Abschrift

VERWALTUNGSGERICHT GÖTTINGEN



Az.: 3 A 462/07

IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

In der Verwaltungsrechtssache

Staatsangehörigkeit: kamerunisch,

Klägers,

Proz.-Bev.: Rechtsanwälte Waldmann-Stockert und andere,
Papendiek 24 - 26, 37073 Göttingen, - 349/07BW09 CS j -

g e g e n

die Bundesrepublik Deutschland,
vertreten durch das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge,
Boeselagerstraße 4, 38108 Braunschweig, - 5272556-262 -

Beklagte,

Streitgegenstand: Feststellung des Vorliegens der Voraussetzungen
des § 60 Abs. 7 AufenthG

hat das Verwaltungsgericht Göttingen - 3. Kammer - auf die mündliche Verhandlung
vom 2. April 2008 durch den Richter am Verwaltungsgericht Pardey als Einzelrichter
für **Recht** erkannt:

Die Beklagte wird unter Aufhebung des Bescheides des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge vom 20. November 2007 verpflichtet, im Falle des Klägers ein Abschiebeverbot nach § 60 Abs. 7 AufenthG bezüglich Kameruns festzustellen.

Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens; insoweit ist das Urteil vorläufig vollstreckbar.

Die Beklagte kann die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung in Höhe des gegen sie festzusetzenden Kostenerstattungsbetrages

abwenden, wenn nicht der Kläger vor der Vollstreckung Sicherheit in gleicher Höhe leistet.

Tatbestand

Der am [REDACTED] 1983 in [REDACTED] geborene, ledige Kläger ist Staatangehöriger Kameruns katholischer Glaubenszugehörigkeit. Er reiste nach eigenen Angaben am 24. Oktober 2004 von Douala aus auf dem Seeweg in die Bundesrepublik Deutschland ein.

Der Kläger beantragte am 12. November 2004 seine Anerkennung als Asylberechtigter. Zur Begründung führte er in seiner Anhörung beim Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge am 16. November 2004 im Wesentlichen aus, außer Englisch spreche er noch den afrikanischen Dialekt Bayangi. Personalpapiere besitze er nicht. Auch in der Heimat habe er keine besessen. Bekundo sei die nächstgrößere Stadt entfernt von Massaka. Seine Eltern seien verstorben, er habe nur noch seine Großmutter. Er habe in der Landwirtschaft gearbeitet und keinen Wehrdienst geleistet. Seine Volkszugehörigkeit sei Bakondo. Seine Eltern habe er nie gekannt. Er sei bei seiner Großmutter aufgewachsen. Das Leben sei hart gewesen. Sie hätten Kakao angebaut. Wegen der vielen Härten sei er ausgereist, weil es in den Lebensumständen nicht auszuhalten gewesen sei. Er sei einmal von Soldaten geschlagen und mitgenommen worden, habe jedoch von dem Lastwagen flüchten können. Sie hätten zwar auf ihn geschossen, aber er sei weitergerannt. Hinsichtlich des ärmlichen Lebens seien alle dort in der gleichen Situation gewesen wie er. Die SDF sei eine zugelassene oppositionelle Partei in seiner Heimat. Am 12. Oktober 2004 hätten die Soldaten die Tür aufgebrochen und ihn mitgenommen. Einen Verhaftungsgrund habe man ihm nicht gesagt. Sie hätten nur nach Stempel und Akte gefragt und ihn dann mitgenommen. Da er keine Familie gehabt habe, habe er flüchten müssen. Sonst hätte später keiner nach ihm gesucht und ihm helfen können. Er wolle nicht zurückkehren wegen des harten Lebens dort. Weil er geflüchtet sei, würde er bei einer Rückkehr eventuell auch eingesperrt werden. Ein Freund habe ihm die 1,5 Millionen Franc für die Schlepperhilfe gegeben. Dem habe er auf der Flucht von seinen Problemen erzählt gehabt. Von der Verhaftung bis zur Ausreise sei er bei seinem Freund in Kumba gewesen.

Mit Bescheid vom 24. November 2004 lehnte das Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge den Antrag des Klägers auf Anerkennung als Asylberechtigter als offensichtlich unbegründet ab und stellte fest, dass die Voraussetzungen des § 51 Abs. 1 AuslG offensichtlich nicht und Abschiebungshindernisse nach § 53 AuslG nicht vorliegen. Zur Begründung führte das Bundesamt im Wesentlichen aus, sein allgemeines Vorbringen hinsichtlich der ärmlichen Situation und der nicht für ein besseres Leben ausreichenden Ernteerträge vermöge einen Anerkennungsanspruch wegen fehlender Asylrelevanz nicht zu begründen. Der Kläger habe in seinem Heimatland völlig unbehelligt als Bürger in einem Umfeld leben können, das er in seinem Heimatdorf mit allen dort lebenden Mitbewohnern geteilt habe. Wenn er darauf verweise, dass außer ihm auch andere junge Männer einmal mitgenommen worden seien, so vermöge auch dies eine politische Verfolgung nicht zu begründen. Im Übrigen habe er die geschilderten Ereignisse nicht glaubhaft machen können. Da die Voraussetzungen des § 51 Abs. 1 AuslG nicht vorlägen, scheidet auch ein Anspruch nach Artikel 16 a Abs. 1 GG aus. Darüber hinaus sei davon auszugehen, dass der Kläger aus einem sicheren Drittstaat eingereist sei, und bereits

deshalb kein Asylanspruch bestehe. Auch aufgrund seiner Asylantragsstellung habe der Kläger bei einer Rückkehr keine Schwierigkeiten zu erwarten. Ebenso wenig lägen Abschiebungshindernisse nach § 53 AuslG vor. Die dagegen erhobene Klage wies das Verwaltungsgericht Oldenburg (2 A 4680/04) mit Urteil vom 01. Juli 2005 ab.

Gemäß Beschluss des Amtsgerichts Northeim - Vormundschaftsgericht - vom 31. August 2007 wurde eine Betreuerin, Frau [REDACTED] für den Kläger betreffend die Sorge für die Gesundheit, Vermögenssorge, Wohnungsangelegenheiten, Geltendmachung von öffentlichen und privaten Leistungen, Entgegennehmen, Öffnen und Anhalten der Post, soweit es sich nicht erkennbar um Privatpost handelt, Vertretung in Asylangelegenheiten und Vertretung gegenüber der Ausländerbehörde bestellt.

Bereits am 16. August 2007 stellte der Kläger beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge einen Wiederaufgreifensantrag mit dem Ziel, das Vorliegen eines Abschiebungsverbots gemäß § 60 Abs. 7 AufenthG festzustellen. Zur Begründung führte er im Wesentlichen aus, nach einem vorläufigen Arztbericht des Zentrums Innere Medizin der Universitätsklinik Göttingen vom 04. April 2007 sei er mit HIV infiziert (Vollbild Aids), befinde sich in einem Zustand nach einer intestinalen Tuberkulose 2005; ebenso liege ein Ekthyma im Rima ani vor. Bei ihm sei eine antiretrovirale Therapie unter Berücksichtigung der geringen Helferzahl in seinem Blutbild eingeleitet worden. Angesichts der medizinischen Versorgungslage in Kamerun müsse man zwar davon ausgehen, dass grundsätzlich die Möglichkeit bestehe, eine HIV-Infektion und Aids-Erkrankung auch in Kamerun antiretroviral zu behandeln. Hier bestehe jedoch ein krasses Missverhältnis zwischen dem Personenkreis, der eine solche Therapie benötige und den vorhandenen Therapiemöglichkeiten. Das ergebe sich aus einem Urteil des VG Münster vom 19. März 2007 (Asylmagazin 7 - 8/2007, Seite 21). Selbst wenn er in das Programm aufgenommen werde, sei eine Behandlung nicht ohne Weiteres gesichert. Auch im staatlichen Programm mit subventionierten Medikamenten- und Behandlungskosten seien von einem HIV-Erkrankten eigene finanzielle Mittel aufzubringen. Darüber hinaus seien zahlreiche Medikamente in diesem Programm nicht erhältlich, die üblicherweise in Europa zur Verfügung stünden und Anwendung fänden bzw. finden müssten. Teilweise müsse sogar bezahlt werden, um überhaupt eine Vorlassung zur Behandlung zu bekommen. Aus Europa zurückkehrende Patienten könnten keine Privilegien bei der Behandlung erwarten; ihre Chancen würden sich eher noch verschlechtern. Den Arztbericht vom 04. April 2007 habe er ebenso beigefügt wie das Urteil des VG Münster.

Im Falle einer Rückkehr habe er keine Verwandten mehr, die ihn finanziell bei der medizinischen Versorgung unterstützen könnten. In einem Arztbrief des Zentrums Innere Medizin der Universitätsklinik Göttingen vom 02. November 2007 wird ausgeführt, dass die Diagnose HIV im Stadium C3 (AIDS) 2005 im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes bei intestinaler TBC gestellt worden sei. Die zunächst eingeleitete retrovirale Therapie sei nicht fortgesetzt worden. Im März 2007 sei der Kläger wegen anhaltender Diarrhoe und einer atypischen Pneumonie nach neuerlichem Absetzen der Therapie in stationärer Behandlung gewesen. Einen Monat nach Einleiten der Therapie sei am 24. April 2007 ein gutes Ansprechen festgestellt worden. Eine dauerhafte Fortführung sei unbedingt erforderlich. Bei einer gewissenhaften Fortsetzung sei eine langfristige Normalisierung des Immunsystems durchaus möglich. Bei weiteren Diskontinuitäten der Therapie sei mit rascher Resistenzentwicklung und damit auch mit beträchtlich höheren Behandlungskosten zu rechnen. Weiter seien rezidivierende und bei stark eingeschränkter Immunkompetenz sicherlich dann schwer zu behandelnde Infektionen vorprogrammiert, die

schließlich lebenslimitierend seien. Aufgrund der hygienischen Verhältnisse im Herkunftsland dürfte dies schnell der Fall sein. Derzeit werde Combivir, Kaletra und Cotrim forte mit Kosten von 564,59 Euro für 30 Tage bzw. 757,85 Euro für 30 Tage und 11,39 Euro für 20 Tabletten verordnet.

Mit Bescheid vom 20. November 2007 lehnte das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge den Antrag des Klägers auf Abänderung des nach altem Recht ergangenen Bescheid vom 24. November 2004 bezüglich der Feststellung zu § 53 Abs. 1 AuslG ab und führte zur Begründung im Wesentlichen aus, die Voraussetzungen des § 51 Abs. 1 Nr. 1 - 3 i. V. m. Abs. 2 u. 3 VwVfG lägen nicht vor, da der Kläger seinen Antrag erst am 16. August 2007 und damit mehr als 3 Monate, nachdem er von dem Grund für das Wiederaufgreifen Kenntnis erlangt habe, gestellt habe. Allerdings sei nach pflichtgemäßen Ermessen zu entscheiden, ob das Verfahren gleichwohl wieder eröffnet werde. Gründe, die unabhängig von den Voraussetzungen des § 51 Abs. 1 - 3 VwVfG eine Abänderung der bisherigen Entscheidung zu § 60 Abs. 2 - 7 AufenthG nach § 49 VwVfG rechtfertigen würden, lägen jedoch ebenfalls nicht vor. Gründe sich die von einem Ausländer geltend gemachte Furcht auf Gefahren, die die ganze Bevölkerung oder eine Bevölkerungsgruppe, der der Kläger angehöre, allgemein betreffen, so sei grundsätzlich § 60 Abs. 7 Satz 3 AufenthG anzuwenden. Eine solche allgemeine Gefahr liege vor, wenn ein Missstand im Zielstaat der Abschiebung die Bevölkerung insgesamt oder eine Bevölkerungsgruppe so treffe, dass grundsätzlich jedem, der der Bevölkerung oder Gruppe angehöre, deshalb mit beachtlicher Wahrscheinlichkeit eine Gefahr im Sinne von § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG drohe. Trotz bestehender erheblicher Gefahr sei in diesen Fällen die Anwendbarkeit dieser Norm im Verfahren des einzelnen Ausländers beim Bundesamt gesperrt, wenn die selbe Gefahr zugleich einer Vielzahl weiterer Personen im Abschiebezielstaat drohe, da dieser Personenkreis bei Entscheidungen der obersten Landesbehörde nach § 60 a AufenthG zu berücksichtigen sei. Ein Schutz vor der Durchführung der Abschiebung sei durch eine verfassungskonforme Auslegung der Norm jedoch ausnahmsweise dann zu gewähren, wenn keine anderen Abschiebungsverbote gegeben seien, die Abschiebung jedoch Verfassungsrecht verletzen würde. Ergebe die Prüfung des Einzelfalls, dass die oberste Landesbehörde trotz einer extremen allgemeinen Gefährdungslage von der ihr nach § 60 Abs. 7 Satz 3 AufenthG zustehenden Ermessensermächtigung aus § 60 a AufenthG keinen Gebrauch gemacht habe, und daher jeder einzelne Ausländer im Fall seiner Abschiebung gleichsam sehenden Auges dem sicheren Tod oder schwersten Verletzungen ausgeliefert sein würde, so sei in diesen Fällen von Verfassungs wegen eine Einzelfallentscheidung geboten und Abschiebungsschutz zu gewähren. Eine erhebliche konkrete Gefahr im Sinne von § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG könne auch dann vorliegen, wenn die in dem Zielstaat drohende Beeinträchtigung in der Verschlimmerung einer Krankheit bestehe, unter der der Ausländer bereits in Deutschland leide. Die Gefahr sei erheblich, wenn sich der Gesundheitszustand wesentlich oder sogar 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 könne. Es sei davon auszugehen, dass aufgrund der Infektionsraten in Kamerun die Verschlimmerung einer HIV/Aids-Erkrankung wegen unzureichender Behandlungsmöglichkeiten im Heimatland eine allgemeine Gefahr im Sinne von § 60 Abs. 7 Satz 3 AufenthG darstelle, so dass auf den strengen Gefährdungsmaßstab der extremen Gefahr abzustellen sei. Die Intensität einer extremen Gefahrenlage, die Voraussetzung für die Durchbrechung der Sperrwirkung sei, werde im Fall einer HIV-Infektion im

Allgemeinen in deren Stadium III (Aids) nach der CDC-Klassifikation erwogen. Der Kläger habe nach vorliegenden ärztlichen Stellungnahmen dieses Stadium erreicht. Gleichwohl könne aufgrund der beschriebenen Maßstäbe unter Berücksichtigung der Situation in Kamerun und des Akteninhalts das Vorliegen der extremen Gefahr nicht bejaht werden. Grundsätzlich sei festzustellen, dass insbesondere in den Großstädten Yaoundé und Douala die Infrastruktur zur Behandlung von HIV/Aids-Patienten vorhanden sei. Die medizinische Versorgung dort entspreche jedoch nicht dem mitteleuropäischen Standard. Es gebe keine freie Heilfürsorge für jedermann in Kamerun. Patienten müssten oftmals für Behandlungen und Medikamente selbst aufkommen. In größeren Städten gebe es ausreichend Apotheken, die in der Regel alle wichtigen Medikamente aus französischer Produktion führten. Bei der Therapie durch Generika seien monatlich zwischen 10 bis 121,50 Euro aufzuwenden. Originalmedikamente würden wesentlich teurer. Im Rahmen eines Regierungsprogramms zur Bekämpfung von Aids seien seit 2002 die Kosten für eine komplette Dreikomponenten-Therapie kontinuierlich gesenkt worden. Seit Mai 2007 würden HIV/Aids-Patienten in Kamerun kostenlos behandelt. Es sei nicht erkennbar, dass die Therapie des Klägers mit den von ihm benötigten antiretroviralen Medikamenten im Falle einer Rückkehr nach Kamerun unterbrochen werde. Die Schweizerische Flüchtlingshilfe führe aus, wenn eine Person nach Kamerun einreise, die im Ausland bereits eine Behandlung begonnen habe, könne ihre Behandlung im nationalen HIV-Aids-Programm fortgeführt werden und die Person könne von den subventionierten Medikamenten und Behandlungskosten profitieren. Für den unwahrscheinlichen Fall einer Verzögerung wäre es ratsam, einen Medikamentenvorrat für einige Wochen mitzunehmen. Danach wäre es dem Kläger also selbst für den Fall, dass sich die bereits in Deutschland begonnene Therapie nicht nahtlos bei einer Rückkehr in das Heimatland fortsetzen lasse, zumutbar, einen Medikamentenvorrat für einige Wochen mitzunehmen. Eine extreme Gefahrenlage im Falle einer Rückkehr des Klägers in sein Heimatland sei deshalb nicht ersichtlich. Eine Wiederaufnahme des Verfahrens komme deshalb nicht in Betracht.

Der Kläger hat am 27. November 2007 Klage erhoben. Zur Begründung bezieht er sich auf sein bisheriges Vorbringen und führt ergänzend aus, ihm sei nicht nur die Betreuerin mit einem sehr umfassenden Aufgabengebiet zur Seite gestellt worden, vielmehr sei ihm zwischenzeitlich eine häusliche Krankenpflege durch den Fachbereich Soziales des Landkreises [REDACTED] mit Bescheid vom 4. März 2008 bewilligt worden. Diese Pflege sei erforderlich geworden, um seine täglich regelmäßige Medikamenteneinnahme sicherzustellen, zu der er sich aufgrund seiner begrenzten intellektuellen Fähigkeiten nicht in der Lage sehe. Er sei Analphabet. Nach einem beigefügten ärztlichen Kurzbericht von [REDACTED] aus [REDACTED] liege die Zahl der CD-4-Helferzellen bei 9, der Normalwert betrage mehr als 270. Die Viruslast betrage 13.677 cop./ml. Zur Zeit werde er mit Combivir, Kaletra, Cotrim und Eskaole behandelt; dabei handele es sich um eine sog. hochaktive antiretrovirale Therapie (HAART), die speziell auf ihn und seinen aktuellen Gesundheitszustand ausgerichtet sei. [REDACTED] gebe das Stadium seiner Erkrankung mit CDC C3(?) an. Die Nichteinnahme oder schon die unregelmäßige Einnahme seiner Medikamente würde bei ihm zu einer lebensbedrohlichen Verschlechterung seiner Erkrankung führen. Derzeit fänden ärztliche Untersuchungen mindestens einmal monatlich statt, wobei in letzter Zeit häufiger das Aufsuchen des Arztes notwendig gewesen sei, weil er von schwersten Durchfall-Attacken einhergehend mit Schwächeanfällen heimgesucht werde. Aus diesem Grunde sei er zuletzt für 11 Tage im Februar 2008 stationär im Klinikum Göttingen versorgt worden. Die individuelle, auf ihn ausgerichtete notwendige Medikamententherapie sei in Kamerun für ihn nicht möglich, die konkret von ihm benötigten Medikamente seien dort nicht erhältlich. Sie seien

auch nicht ohne Gefährdung des Therapieerfolgs durch andere Medikamente zu ersetzen, denn die medikamentöse Einstellung hänge maßgeblich von seiner individuellen Konstitution ab. Insbesondere in seinem schweren Krankheitsstadium wäre ein Absetzen der konkret verordneten Medikamente bei Ersatz durch andere mit einem ganz erheblichen gesundheitlichen Risiko verbunden. Nach der Stellungnahme von ACCORD vom 30. Januar 2008 ergäben sich unabhängig von der Frage der Verfügbarkeit der für ihn notwendigen Medikamente ganz grundsätzliche Zweifel an der praktischen Umsetzung des angeblich kostenlosen Therapieprogramms bei HIV bzw. Aids. Er habe in Kamerun keine familiären Beziehungen mehr. Die Großmutter, bei der er aufgewachsen sei, sei zwischenzeitlich verstorben. Andere intensive soziale Beziehungen mit der Möglichkeit einer Unterstützung bestünden ebenfalls nicht. Er selbst sei nicht bzw. nur äußerst eingeschränkt erwerbsfähig und könne zur Sicherstellung des Lebensunterhalts nicht mit staatlicher Unterstützung rechnen. Die notwendigen Kosten für Untersuchungen und Medikamente könne er erst recht nicht aufbringen. Die Frage der Kosten für Untersuchungen und Behandlungen sog. opportunistischer Infektionen sei überhaupt nicht geklärt. Die Mitgabe von Medikamenten sei auch keine Lösung. Die Einfuhr sei reglementiert und er benötige täglich eine Krankenpflege, um die notwendige regelmäßige Medikamenteneinnahme zu gewährleisten. Auch dies koste Geld; Mittel dafür habe er nicht und werde sie auch nicht haben.

In der mündlichen Verhandlung hat der Kläger u. a. ausgeführt, er habe in der Vergangenheit die nötigen Tabletten auch mal nicht eingenommen, weil er den Eindruck gehabt habe, dass es ihm gut gehe. Das sei jedoch nur eine Illusion gewesen. Er wisse grundsätzlich schon, dass er die Tabletten ständig weiter nehmen müsse. Vor seiner Ausreise habe er noch nie etwas von HIV oder von Aids gehört gehabt. Wenn er nicht nach Deutschland gekommen wäre, würde er vielleicht nie erfahren haben, dass er sich infiziert habe. Er habe in einem sehr kleinen Dorf gelebt. Er könne nicht lesen. Er sei so ungefähr bis zur 2. Klasse in die Schule gegangen.

Der Kläger beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge vom 20. November 2007 zu verpflichten, in seinem Falle ein Abschiebeverbot nach § 60 Abs. 7 AufenthG festzustellen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen,

und bezieht sich zur Begründung auf den angefochtenen Bescheid.

Die Kammer hat den Rechtsstreit nach Anhörung der Beteiligten dem Berichterstatter als Einzelrichter zur Entscheidung übertragen.

Wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten wird auf die zwischen ihnen gewechselten Schriftsätze und den Inhalt der Gerichtsakte in diesem Verfahren sowie in dem Verfahren 3 B 499/05 und in den Verfahren 2 A 4680/04 und 2 B 4678/04 des VG Oldenburg sowie die Verwaltungsvorgänge der Beklagten und die Ausländerakte des Landkreises Northeim Bezug genommen. Diese Unterlagen sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung und der Entscheidungsfindung gewesen.

Entscheidungsgründe

Die zulässige Klage ist begründet.

Der Kläger einen Anspruch gegen die Beklagte festzustellen, dass für ihn ein Abschiebeverbot nach § 60 Abs. 7 AufenthG bezüglich Kameruns besteht. Der angefochtene Bescheid des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge vom 20. November 2007 ist rechtswidrig und verletzt den Kläger in seinen Rechten.

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. Wird die Gefahr für Leib und Leben durch eine Krankheit des Ausländers hervorgerufen, stellt sich eine in diesem Sinne drohende Gesundheitsgefahr für ihn dann als erheblich dar, wenn die gesundheitlichen Beeinträchtigungen von besonderer Intensität sind, wenn also eine wesentliche bzw. lebensbedrohliche Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Ausländers bei einer Rückkehr in sein Heimatland zu besorgen ist. Dabei werden durch § 60 Abs. 7 AufenthG auch solche Gefahren erfasst, die mit der Verschlimmerung einer Krankheit einhergehen, unter welcher der Ausländer bereits in Deutschland leidet. Ob die Gefahr der Verschlechterung der Gesundheit durch die individuelle Konstitution des Ausländers bedingt oder mitbedingt ist, kommt es nicht an. Konkret besteht diese Gefahr dann, wenn die Verschlechterung der Gesundheit alsbald nach der Rückkehr des Ausländers in sein Heimatland eintritt (vgl. BVerwG, Urt. v. 29.07.1999 - 9 C 2.99 -).

Dasselbe gilt auch dann, wenn die medizinische Behandlungsmöglichkeit zwar grundsätzlich vorhanden, für den von der Krankheit betroffenen Ausländer im speziellen Fall aber aus finanziellen oder persönlichen Gründen nicht erreichbar ist (BVerwG, Urt. v. 29.10.2002 - 1 C 1.02 -, DVBl. 2003, 463, und BVerwG, Urt. v. 17.10.2006 - 1 C 18.05 -, AuAS 2007, 30). Bei Gefahren in einem Land, denen die gesamte Bevölkerung oder die Bevölkerungsgruppe, welcher der Ausländer angehört, allgemein ausgesetzt ist, wird Abschiebeschutz allerdings ausschließlich durch eine generelle Regelung der obersten Landesbehörde nach § 60 a AufenthG gewährt (§ 60 Abs. 7 Satz 2 AufenthG). Diese grundlegende Entscheidung des Bundesgesetzgebers haben auch die Verwaltungsgerichte bei der Auslegung und Anwendung der §§ 60 und 60 a AufenthG zu respektieren (BVerwG, Urt. v. 17.10.1995 - 9 C 9.95 -, BVerwGE 99, 324-331).

Die Regelung des § 60 Abs. 7 Satz 2 AufenthG steht dem Abschiebungshindernis jedoch aufgrund verfassungskonformer Auslegung dann nicht entgegen, wenn durch die Abschiebung der Ausländer, dem ein anderweitiger Abschiebungsschutz nicht zur Verfügung steht, einer extremen Gefahrenlage ausgesetzt würde.

Wenn somit dem einzelnen Ausländer kein Abschiebeschutz nach § 60 Abs. 2 bis 5 und Abs. 7 Satz 1 AufenthG zusteht, er aber gleichwohl nicht abgeschoben werden darf, weil die Grundrechte aus Art. 1 Abs. 1 und Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG wegen einer extremen Gefahrenlage die Gewährung von Abschiebeschutz unabhängig von einer Ermessensentscheidung nach § 60 Abs. 7 Satz 2 und § 60 a AufenthG gebieten, ist nach der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts § 60 Abs. 7 Satz 2 AufenthG verfassungskonform einschränkend dahin auszulegen, dass eine Entscheidung nach § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG nicht ausgeschlossen ist (BVerwG, Urt. v. 17.10.1995, aaO., Leitsatz 3). Eine extreme Gefahrenlage im Sinne dieser Rechtsprechung liegt dann vor, wenn der betroffene Ausländer sehenden Auges alsbald nach der Abschiebung in sein Heimatland dem sicheren Tod oder schwersten Gesundheitsbeein-

trächtigungen ausgesetzt wäre (BVerwG, Urt. v. 17.10.1995, aaO., S. 328). Dabei wird allerdings nicht vorausgesetzt, dass im Falle der Abschiebung der Tod oder schwerste Verletzungen sofort eintreten (vgl. BVerwG, Beschl. v. 26.01.2005 - 9 B 617/98 - zu § 53 AuslG, NVwZ 1999, 668-669).

Es mag auf sich beruhen, ob eine allgemeine Gefahrenlage im Sinne dieser Vorschrift anzunehmen ist, weil nach Schätzungen der Weltgesundheitsorganisation ungefähr 5 % der sexuell aktiven Bevölkerung Kameruns HIV-Infizierte sind (vgl. VG Düsseldorf, Urteil vom 22.05.2007 - 3 K 5382/06.A -, Juris, Rn. 17 m. w. N.), denn der Kläger erfüllt die vorgenannten Voraussetzungen.

Der Kläger leidet an einer chronischen HIV-Infektion und bedarf regelmäßiger und engmaschiger ärztlicher Betreuung. Eine hochaktive antiretrovirale Therapie (HAART) unter entsprechenden regelmäßigen Kontrollen der Immunparameter ist beim Kläger erforderlich. Unter Therapie fanden sich bei letzter Bestimmung am 27. März 2008 nur 9 CD4-Zellen/ μ l (Normwert: >270). Der Kläger wird zurzeit nach HAART behandelt. Die Therapie, welche der Kläger in Deutschland erhält, kann nach dem gegenwärtigen Stand der ärztlichen Kunst zwar die Immunschwäche nicht heilen, aber sie kann das Leben des Klägers um viele Jahre verlängern (vgl. wikipedia: hochaktive antiretrovirale Therapie – HAART -).

Im Falle einer Therapieunterbrechung wäre mit einer raschen Verschlechterung der Immunparameter und dem Auftreten vital gefährdender opportunistischer Krankheiten zu rechnen (vgl. Attest vom 27.03.2008). Die Viruslast würde in kurzer Zeit ansteigen und die Zahl der CD4-Helferzellen abfallen. Eine zusätzliche Vermehrung der resistenten Virus-Stämme würde eintreten. Die HIV-Infektion nähme ihren natürlichen Verlauf. Der immungeschwächte Körper könnte den immer vorhandenen Krankheitserregern nicht mehr widerstehen. In Kamerun sind die Krankheitserreger wegen der unhygienischen Verhältnisse noch zahlreicher als in Deutschland. Der Tod träte mit hoher Wahrscheinlichkeit typischer Weise durch eine der folgenden Krankheiten ein: Chronische Hepatitis B und C, Tuberkulose, Pneumocystis-carinii-Pneumonie (eintreten der Infektion bei 20 bis 30 % der Fälle, Tod in 80 % der Fälle), cerebrale Toxoplasmose (eintreten bei 20 bis 30 % der Fälle; Tod in 80 % der Fälle), Soorbefall des Verdauungstrakts (eintreten in 100 % der Fälle), CMV-Retinitis (Erblindung in 100 % der Fälle), Mycobakteriose (Tod in 100 % der Fälle; vgl. insgesamt: Dr. Götz - „Basis-Information zu HIV und Aids in Abschiebepfaden“ Asylmagazin 2000, 13, und zsf: VGH München, Urteil vom 06.03.2007 - 9 B 06.30682 -, Juris, Rn. 24).

Diese schwersten Gesundheitsbeeinträchtigungen und der Tod würden bei einer Abschiebung des Klägers alsbald nach Eintreffen in Kamerun, innerhalb von Monaten, eintreten. Denn der Kläger ist im Stadium CDC C3 des Krankheitsverlaufs. Eine adäquate Gesundheitsversorgung ist für ihn nicht erreichbar.

Der Kläger würde in Kamerun keine auch nur ansatzweise dem Ausprägungsgrad in Gestalt des Vollbildes Aids angemessene Behandlung seiner HIV-Infektion erhalten. Zwar weist das Bundesamt im angefochtenen Bescheid zutreffend darauf hin, dass es seit Mai 2007 in Kamerun ein Programm gibt, nach dem HIV/Aids-Patienten in Kamerun kostenlos behandelt werden, jedoch beschränkt sich der angefochtene Bescheid vollständig auf die theoretische Darstellung der Möglichkeiten, die im optimalen Fall wohl gegeben sein könnten. Jegliches Eingehen auf die persönliche spezielle Situation des Klägers fehlt jedoch im angefochtenen Bescheid. Es liegt auf der Hand, dass bei der Bekämpfung so schwerwiegender Erkrankungen sowie Aids im Vollbild

nicht schematisch auf (vielleicht sogar zuverlässig in Kamerun erhältliche) irgendwelche Medikamente zur Behandlung abgestellt werden kann. Vielmehr ist individuell nach dem jeweiligen Gesundheitszustand des Klägers insbesondere auch unter Berücksichtigung der sog. opportunistischen Infektionen ggf. auch sehr kurzfristig die Medikation umzustellen bzw. zu ändern. Dafür ist vorliegend aus den Erkenntnismitteln nichts zu entnehmen. Das Gericht ist vielmehr nach der Auswertung der vorliegenden Erkenntnismittel sowie der fachärztlichen Stellungnahmen zum Gesundheitszustand des Klägers und aufgrund des persönlichen Eindrucks vom Kläger in der mündlichen Verhandlung davon überzeugt, dass der Kläger bei der Rückkehr nach Kamerun - wenn er denn überhaupt reisefähig wäre - kurzfristig mit schwersten Gesundheitsbeeinträchtigungen, wenn nicht gar mit dem Tod zu rechnen hat. In dem Einzelfall des Klägers trägt zu dieser Einschätzung maßgeblich bei, dass der Kläger, der Analphabet und bereits mit der täglichen Organisation seiner Medikamenteneinnahme hoffnungslos überfordert ist, nach Überzeugung des Gerichts nicht ansatzweise dazu in der Lage wäre, in den Verhältnissen in seinem Heimatland sein tägliches Überleben und noch dazu zu organisieren, dass seine Aids-Erkrankung von den zur Behandlung möglicherweise bereiten Stellen auch nur erkannt, beachtet und er auch nur überhaupt mit irgendwelchen Medikamenten ausgestattet wird. Es liegt für das Gericht auf der Hand, dass der Kläger, der in einem kleinen Dorf auf dem Lande aufgewachsen und noch nicht einmal 2 Jahre zur Schule gegangen ist, intellektuell gar nicht in der Lage ist, sich im turbulenten Alltag einer kamerunischen Großstadt, wie etwa Yaoundé oder Doula zurecht zu finden und zu überleben. Nur in diesen großen Zentren gäbe es überdies überhaupt die Möglichkeit, sich um eine allgemeine Standardtherapie bezüglich der Aids-Erkrankung zu bemühen. Nach dem Eindruck, den das Gericht von dem Kläger in der mündlichen Verhandlung gewonnen hat, ist es bereits in der relativ „geschützten“ Umgebung des Klägers in der Bundesrepublik Deutschland erforderlich, dass er durch Dritte (wie etwa durch Pflegekräfte) täglich dazu angehalten wird, die für ihn überlebenswichtigen Medikamente in richtiger Art und Zahl und zum richtigen Zeitpunkt einzunehmen. Auch auf dringendes Nachfragen des Gerichts konnte der unter umfassender Betreuung stehende Kläger nicht den Eindruck vermitteln, dass er gegenwärtig oder in naher Zukunft seinen Tagesablauf so strukturieren oder organisieren könnte, dass er selbständig auch nur diese Medikamenteneinnahme bewältigen könnte. Die rechtzeitige Wiederbeschaffung von verbrauchten Arzneimitteln oder die Organisation von Untersuchungsterminen, wie sie für den Kläger zwingend erforderlich sind, dürften ihn nach dem Eindruck des Gerichts bei Weitem überfordern, so dass er diesbezüglich dringend auf Dauer auf Hilfe Dritter angewiesen ist. Angesichts der aus den Arztberichten ersichtlichen Rückschläge in der Therapie des Klägers verstärkt sich der Eindruck, dass er den vorgenannten Anforderungen in keiner Weise genügen konnte und kann, so dass es (zuletzt im Februar 2008) zu erheblichen Verschlechterungen seines Gesundheitszustandes mit wiederholten Klinikeinweisungen kam.

Irgendwelche Hilfe im Alltag oder auch nur gesundheitlichen Bereich hat der Kläger, der nach seinen glaubhaften Angaben ohne jegliche nahe Verwandtschaft in Kamerun ist, nach seiner Rückkehr nicht zu erwarten. Er wäre vollständig auf sich allein gestellt, so dass - selbst wenn irgendeine Medikation für ihn verfügbar wäre - er diese Hilfe mangels irgendwelcher Betreuung nicht erreichen könnte. Abgesehen davon erscheint es für das Gericht ausgeschlossen, dass der Kläger auch nur ansatzweise die Kosten aufbringen könnte, um die zwangsläufig eintretenden sog. opportunistischen Infektionen behandeln zu lassen. Nach der Anfragebeantwortung von ACCORD vom 30. Januar 2008 zu den Behandlungsmöglichkeiten für HIV/Aids und Hepati-

tis B/C bezüglich Kamerun (www.ecoi.net) ergibt sich aufgrund der darin genannten, ausgewerteten Quellen, dass die Behandlung der opportunistischen Infektionen teuer sei und manche Patienten nicht behandelt würden, wenn sie sich das nicht leisten könnten. Zwar gebe es Behandlungszentren, eine Analyse der Viruslast sei jedoch nur in Yaoundé und Douala möglich. Diese Analyse kostet jedoch 68 Dollar. Auch die Bestimmung der Zahl der Helferzellen kostet 42 Dollar. Es erscheint deshalb ausgeschlossen, dass ohne regelmäßige Bestimmung dieser Basiswerte auch nur eine ansatzweise angemessene antiretrovirale Behandlung der Aids-Erkrankung des Klägers erfolgen kann, selbst wenn sie tatsächlich für ihn kostenlos wäre. Nach den Informationen in der genannten ACCORD-Anfragebeantwortung erhielten im Juni 2007 überdies nur rund 37.000 Personen eine Behandlung, bereits im Dezember 2006 jedoch hat die Weltgesundheitsorganisation die Zahl der Erwachsenen, die eine solche Behandlung benötigten, für das Jahr 2005 auf 75.000 bis 100.000 geschätzt.

Hinzu kommt vorliegend, dass mit einer bloßen antiretroviralen Behandlung dem Kläger nicht adäquat geholfen wäre, denn er befindet sich und benötigt nach fachärztlicher Stellungnahme eine sog. hochaktive antiretrovirale Therapie (HAART), die strikt an die individuellen aktuellen Gesundheitszustände des Patienten anzupassen ist (vgl. www.wikipedia.de zu hochaktive antiretrovirale Therapie).

Aufgrund der Notwendigkeit der individuellen und aktuellen Abstimmung der Therapie auf den Gesundheitszustand des Klägers scheidet von vornherein die Möglichkeit aus, ihm - selbst wenn das entgegen den kamerunischen Einfuhrbestimmungen zugelassen würde - Medikamente für einen gewissen Zeitraum mitzugeben. Jedwede Therapie-Reaktion auf Änderungen der Umgebung mit der Folge, dass nicht die in Deutschland „typischen“, sondern die für Kamerun typischen Infektionen den Kläger befallen, dessen Immunsystem nach den aktuellen Unterlagen nahezu vollständig zusammengebrochen ist, wäre dann nach Überzeugung des Gerichts ausgeschlossen, denn weder stünde hinreichend Technik und Geld zur Bestimmung der notwendigen medizinischen Parameter zu einer auch nur ansatzweise adäquaten Behandlung zur Verfügung, noch ist ersichtlich, dass ggf. erforderliche und theoretisch zur Verfügung stehende Medikamente für den Kläger kostenlos und rechtzeitig beschafft werden könnten. Darüber hinaus ist der Kläger - wie bereits ausführlich dargelegt - nicht nur aufgrund seines derzeit extrem reduzierten Gesundheitszustandes, sondern auch und insbesondere wegen seiner verminderten intellektuellen Fähigkeiten in einer für ihn völlig fremden Umgebung (denn er müsste sich in einer der Großstädte Kameruns aufhalten) nicht in der Lage, sich auch nur um das Notwendigste zuverlässig selbst zu kümmern.

Mithin besteht die konkrete Gefahr einer lebensbedrohlichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Klägers bei einer Rückkehr in sein Heimatland.

Vor diesem Hintergrund ist es unerheblich, dass die Erkrankung des Klägers nicht neu im Sinne von § 51 VwVfG ist. Der Kläger darf nicht sehenden Auges einer konkreten Todesgefahr ausgesetzt werden.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 154 Abs. 1 VwGO.

Die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit beruht auf §§ 167 VwGO, 708 Nr. 11, 711 ZPO.