

Verwaltungsgericht Aachen

Urteil vom 13.11.2008

T e n o r :

Soweit die Kläger die Klage zurückgenommen haben, wird das Verfahren eingestellt.

Die Beklagte wird unter teilweiser Aufhebung der Ziffer 3 des Bescheides des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge vom 2. Januar 2006 verpflichtet, festzustellen, dass im Falle der Klägerin zu 1. hinsichtlich Nigeria ein Abschiebungsverbot nach § 60 Abs. 7 des Aufenthaltsgesetzes vorliegt. Ziffer 4 des Bescheides vom 2. Januar 2006 wird aufgehoben, soweit damit die Abschiebung nach Nigeria angedroht wird.

Die Kosten des Verfahrens, in dem Gerichtskosten nicht erhoben werden, tragen die Kläger zu 3/4 und die Beklagte zu 1/4.

Das Urteil ist hinsichtlich der Kosten vorläufig vollstreckbar. Der jeweilige Vollstreckungsschuldner kann die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung oder Hinterlegung in Höhe des vollstreckbaren Betrages abwenden, wenn nicht der jeweilige Vollstreckungsgläubiger zuvor Sicherheit in gleicher Höhe leistet.

T a t b e s t a n d :

Die Klägerin zu 1. ist ihren Angaben zufolge am ... 1975 geboren, nigerianische Staatsangehörige, ledig und gehört dem Volksstamm der Ihe an. Sie wurde bereits am 13. August 1998 unter dem Namen S. und am 2. September 2003 unter dem Namen X. erkennungsdienstlich in B. erfasst. Am 20. Dezember 2005 wurde die Klägerin zu 1. zusammen mit dem Kläger zu 2. am Flughafen E. festgenommen, da sie sich am Flughafenschalter für (Flug nach Toronto) mit einem gestohlenen französischen Reisepass auf den Namen D. , bzw. für den Kläger zu 2. unter dem Namen E. , ausgewiesen hatte. Bei ihrer polizeilichen Vernehmung gab sie u.a. an, dass sie sich seit zwei Wochen in Deutschland aufhalte und ihr Heimatland zum Schutz ihrer Zwillinge, die in Nigeria beschnitten worden seien, mit Hilfe der Kirche verlassen habe. Ihre Tochter sei aufgrund der Beschneidung gestorben. Sie sei von Beruf Gemüsehändlerin gewesen und beide Eltern lebten noch in Nigeria. Die Klägerin führte eine Geburtsbescheinigung vom 26. November 2004 des "Mushin Local Government" sowie eine Geburtserklärung von November 2005 mit sich, wonach die Eltern der Klägerin zu ... und ..., Händler aus ..., Lagos, ... seien.

Der Kläger zu 2. wurde den Angaben der Klägerin zu 1. zufolge am ... 2004 in ... geboren und ist nigerianischer Staatsangehöriger. Ausweislich einer von der Klägerin zu 1. gegenüber der Ausländerbehörde vorgelegten niederländischen Geburtsbescheinigung wurde der Kläger am ... 2004 in ... unter dem Namen ..., geboren.

Bei ihrer Anhörung vor dem Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Bundesamt) am 27. Dezember 2005 führte die Klägerin zu 1. zu ihrem Asylbegehren u.a. Folgendes aus: Sie sei zirka 1999/2000 aus Nigeria ausgereist. An das genaue Datum erinnere sie sich nicht mehr. Sie habe in der Folgezeit in B. gelebt und dort als Prostituierte gearbeitet. Sie habe versucht, von ihrem Zuhälter wegzukommen und in den Niederlanden einen Asylantrag gestellt. Auf dem Weg nach Deutschland sei sie festgenommen worden und in den Niederlanden im Gefängnis gewesen. Sie sei schwanger gewesen und habe dort ihr Kind bekommen. In Nigeria habe sie die Grundschule besucht und in ihrem Dorf ihren Lebensunterhalt mit dem Verkauf von Tomaten und Pfeffer verdient. Ihr Vater sei Pensionär und ihre Mutter habe nicht gearbeitet. Die Eltern und ihre Geschwister lebten noch in Nigeria. Ihr nigerianischer Pass befinde sich bei ihrer Schwester/Mutter in Nigeria. Die Schwester heiße ... und wohne in Benin City, ... , und ihre Mutter heiße ... , die zuletzt in Benin City, ... , gewohnt habe. Den Kontakt zu ihnen habe sie verloren. Sie selbst habe zuletzt in ... im Bundesstaat Edo gelebt. Sie sei nicht verheiratet und habe ein Kind. Ihre Angaben bei der polizeilichen Vernehmung entsprächen nicht der Wahrheit. Der Vater ihres Sohnes sei ein ... , zu dem sie keinen Kontakt mehr habe. Ihr Vater heiße ... , der in ... lebe.

Mit Bescheid vom 2. Januar 2006 - zugestellt am 5. Januar 2006 - lehnte das Bundesamt die Asylanträge der Kläger als offensichtlich unbegründet ab und stellte fest, dass die Voraussetzungen des § 60 Abs. 1 des Aufenthaltsgesetzes (AufenthG) offensichtlich nicht vorlägen. Ebenfalls stellte das Bundesamt fest, dass Abschiebungsverbote nach § 60 Abs. 2 bis 7 AufenthG nicht vorlägen, und forderte die Kläger zugleich unter Fristsetzung zur Ausreise auf; ihnen wurde für den Fall der Nichtausreise die Abschiebung unter anderem nach Nigeria angedroht.

Die Klägerin zu 1. befindet seit dem 27. April 2006 wegen einer HIV-Infektion in ärztlicher Behandlung.

Mit der am 12. Januar 2006 erhobenen Klage verfolgten die Kläger zunächst ihr Begehren weiter. Die Klägerin zu 1. führte weiter aus, sie sei zusammen mit sechs Geschwistern - vier

Brüdern und einer Schwester - in Nigeria aufgewachsen. Sie habe die .. -School in ..., Nigeria, besucht. Ende Dezember 1999 sei sie von einem Mann angesprochen worden, der ihr in Deutschland Arbeit versprochen habe. Von ihm sei sie nach Aachen gebracht worden und dort der Prostitution nachgegangen. Sie sei dort bis September 2003 tätig gewesen und dann von der niederländischen Polizei verhaftet worden, als sie versucht habe, sich der nigerianischen Mafia zu entziehen. In den Niederlanden sei sie bis zum 25. Mai 2004 in Haft gewesen und anschließend nach Deutschland abgeschoben worden. Der Mann, der sie nach Deutschland gebracht habe, habe gedroht, sie und ihre gesamte Familie zu töten und ihren Sohn zu verkaufen, falls sie sich ihm entziehen sollte. Die Klägerin legte zu ihrer HIV-Infektion ärztliche Bescheinigungen des Facharztes für Innere Medizin - HIV-Schwerpunktpraxis -, Dr. ... vom 3. Mai und 5. Oktober 2006 sowie vom 6. November 2007 und vom 8. August 2008 vor. Danach lag bei der Klägerin in der zweiten Jahreshälfte 2006 eine relevante Abwehrschwäche infolge einer HIV-Infektion vor, die sich im Stadium B2 befand. Seit dem 27. Dezember 2007 wird eine antiretrovirale Therapie durchgeführt. Ende Februar/Anfang März 2008 musste wegen einer Medikamentenunverträglichkeit die Therapie auf die Medikamente "Truvada" und "Reyataz 150" umgestellt werden. Die Klägerin zu 1. legte ergänzend dar, dass sie in ihrem Heimatland nicht in der Lage sei, die finanziellen Mittel für die Medikamente aufzubringen. Sie habe in ihrem Heimatland lediglich die ersten vier Klassen der Grundschule besucht und könne nicht ausreichend schreiben und lesen. In ihrem Heimatland habe sie Gemüse verkauft und damit gerade ihre Grundbedürfnisse befriedigen können. Ihre Eltern lebten noch in einem kleinen Dorf im Süden Nigerias. Sie hätten dort Land bestellt, was sie nach einigen Jahren hätten abgeben müssen. Die Eltern selber lebten nunmehr mehr oder weniger von Almosen und Unterstützung der Nachbarn und den Kindern. Einzelheiten seien ihr aber nicht bekannt, da sie seit 1999 keinen Kontakt mehr zu ihren Eltern oder auch zu ihren Geschwistern habe. Ihr letzter Kenntnisstand sei, dass damals zwei Geschwister nach Benin gegangen seien und der Rest der Familie bei den Eltern lebe. Die weiteren Verwandten ihrer Familie seien ihr nicht bekannt.

Nach teilweiser Zurücknahme der Klageanträge der Klägerin zu 1. sowie der Klage des Klägers zu 2. insgesamt beantragt die Klägerin zu 1. nunmehr,

die Beklagte unter teilweiser Aufhebung der Ziffern 3 und 4 des Bescheides des Bundesamtes vom 2. Januar 2006 zu verpflichten, festzustellen, dass ein Abschiebungsverbot nach § 60 Abs. 7 AufenthG für die Klägerin zu 1. vorliegt.

Die Beklagte hat schriftsätzlich beantragt,

die Klage abzuweisen.

Eine erhebliche und konkrete Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Klägerin zu 1. könne nach einer Rückkehr in das Heimatland ausgeschlossen werden. Die Beklagte legte diesbezüglich eine Erklärung des Sozialamtes der Stadt ... vom 20. Dezember 2007 bzw. vom 18. Januar 2008 vor, wonach im Falle einer Rückkehr der Klägerin zu 1. die erforderlichen Medikamente für einen Zeitraum von maximal 12 Monaten verordnet werden können. Danach könne im Falle der Rückkehr in das Heimatland eine alsbaldige, lebensbedrohliche Gefährdungslage der Klägerin zu 1. im Sinne des § 60 Abs. 7 AufenthG ausgeschlossen werden. Dem stehe nicht entgegen, dass die Zusage zeitlich begrenzt sei. Aus § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG ergebe sich kein über einen überschaubaren Zeitraum hinausgehender Schutz von Leib und Leben. Das Zeitfenster von zwölf Monaten schließe die Annahme einer konkreten als auch alsbaldigen, lebensbedrohenden Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Klägerin zu 1. aus.

Die Kammer hat in den gerichtlichen Eilverfahren 2 L 24/06.A und 2 L 335/06.A mit Beschluss vom 2. Februar 2006 zunächst den Antrag der Kläger auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage gegen den Bescheid des Bundesamtes abgelehnt und mit Beschluss vom 31. August 2006 die aufschiebende Wirkung der Klage gegen die Abschiebungsandrohung in dem Bescheid des Bundesamtes vom 2. Januar 2006 unter Abänderung des Beschlusses vom 2. Februar 2006 angeordnet. Mit Beschluss vom 28. September 2007 hat die Kammer Prozesskostenhilfe bewilligt, soweit Abschiebungsschutz nach § 60 Abs. 7 AufenthG erstrebt wird, und im Übrigen den Antrag abgelehnt.

Die Klägerin zu 1. wurde in der mündlichen Verhandlung angehört; wegen des Ergebnisses wird auf die Sitzungsniederschrift verwiesen. Sie legte noch eine ärztliche Bescheinigung vom 4. November 2008 vor.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakte und der hierzu überreichten Verwaltungsvorgänge des Bundesamtes und der zuständigen Ausländerbehörde. Ferner wird verwiesen auf die mit der Ladung übersandte Liste der Auskünfte, Stellungnahmen und Gutachten über die Lage in Nigeria (sog. Erkenntnisliste).

## Entscheidungsgründe:

Das Gericht konnte trotz Ausbleibens der Beklagten zur mündlichen Verhandlung über den Rechtsstreit entscheiden, da die Beteiligten darauf bei der Ladung hingewiesen worden sind, § 102 Abs. 2 der Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Soweit der Kläger zu 2. die Klage insgesamt und die Klägerin zu 1. die Klage teilweise (hinsichtlich des Antrags auf Gewährung von Asyl, der Feststellung der Voraussetzungen des § 60 Abs. 1 AufenthG - Flüchtlingseigenschaft - und von Abschiebeverboten nach § 60 Abs. 2 - 6 AufenthG) zurückgenommen haben, war das Verfahren gemäß § 92 Abs. 3 Satz 1 VwGO einzustellen.

Die noch anhängige Klage der Klägerin zu 1. ist begründet.

Der Ablehnungsbescheid des Bundesamtes vom 2. Januar 2006 ist rechtswidrig, soweit mit Ziffer 3 des Bescheides das Vorliegen eines Abschiebungsverbotes nach § 60 Abs. 7 des Aufenthaltsgesetzes - AufenthG - für die Person der Klägerin zu 1. verneint wird und verletzt die Klägerin zu 1. in ihren Rechten, § 113 Abs. 5 Satz 1 VwGO. Die Abschiebungsandrohung in Ziffer 4 des Bescheides ist rechtswidrig und verletzt die Klägerin zu 1. in ihren Rechten, soweit der Klägerin zu 1. darin die Abschiebung in das Zielland Nigeria angedroht wird. Sie ist daher in diesem Umfang aufzuheben, § 113 Abs. 1 Satz 1 VwGO.

Die Klägerin zu 1. hat nach der im Zeitpunkt der Entscheidung maßgeblichen Sach- und Rechtslage (§ 77 Abs. 1 des Asylverfahrensgesetzes - AsylVfG -) einen Anspruch auf Feststellung eines Abschiebungsverbotes nach § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG hinsichtlich Nigeria. Die Voraussetzungen dieser Vorschrift sind für die Person der Klägerin zu 1. auf Grund ihrer HIV-Infektion und unter Berücksichtigung ihrer persönlichen Verhältnisse sowie der im Zielstaat bestehenden Situation für alleinstehende Frauen mit kleinen Kindern gegeben.

Danach kann von der Abschiebung abgesehen werden, wenn für den Ausländer im Zielstaat eine erhebliche konkrete Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit besteht (sog. individuelle Gefahren). Insoweit kann die Gefahr, dass sich eine vorhandene Krankheit eines ausreisepflichtigen Ausländers aufgrund der Verhältnisse im Abschiebzielstaat alsbald nach der Rückkehr wesentlich oder gar lebensbedrohend verschlechtert, ein - zielstaatsbezogenes -

Abschiebungsverbot im Sinne des § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG darstellen, ohne dass es darauf ankommt, ob die Gesundheitsgefahr sich ausschließlich aus einem Eingriff, einem störenden Verhalten oder aus einem Zusammenwirken mit anderen - auch anlagebedingten - Umständen ergibt. Mit dem Begriff der Gefahr wird insoweit der allgemeine Prognosemaßstab der beachtlichen Wahrscheinlichkeit zugrundegelegt. Vgl. Bundesverwaltungsgericht (BVerwG), Urteile vom 17. Oktober 2006 - 1 C 18/05 -, AuAS 2007 S. 30 und vom 18. Juli 2006 - 1 C 16/05 -, juris, Rz. 17 sowie bereits zu § 53 Abs. 6 Satz 1 AuslG: Urteile vom 25. November 1997 - 9 C 58/96 -, BVerwGE 195, S. 383 und vom 21. September 1999 - 9 C 8/99 -, AuAS 2000 S. 14 und zum Prognosemaßstab: Urteil vom 5. November 1991 - 9 C 118/90, BVerwGE 89, 162.

Die Annahme eines Abschiebungsverbot nach § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG kann in Betracht kommen, wenn wegen der Verhältnisse im Zielstaat - geringer Versorgungsstandard - eine notwendige ärztliche Behandlung oder Versorgung mit Arzneimitteln für die betreffende Krankheit dort generell nicht verfügbar ist. Zum anderen kann eine zielstaatsbezogene Gefahr i.S. d. § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG bestehen, wenn zwar eine vom Ausländer benötigte medizinische Versorgung allgemein zur Verfügung steht, aber die notwendige ärztliche Behandlung und Medikation für den Ausländer aus individuellen Gründe - z.B. u.a. finanzielle Gründe - nicht zugänglich ist. vgl. etwa BVerwG, Urteile vom 25. November 1997 - 9 C 58/96 -, a.a.O., 21. September 1999 - 9 C 8/99 -, a.a.O. und vom 29. Oktober 2002 - 1 C 1/02 -, DVBl. 2003 S. 463.

Eine Gefahr für Leib und Leben wegen drohender Gesundheitsbeeinträchtigung kann auch bestehen, wenn dem betroffenen Ausländer die Inanspruchnahme des dort vorhandenen und für ihn auch verfügbaren Gesundheitssystems aus neu hinzutretenden gesundheitlichen Gründen - z.B. wegen einer infolge der Einreise zu befürchtenden schwerwiegenden Verschlimmerung einer psychischen Erkrankung wie im Falle einer Retraumatisierung - nicht zuzumuten ist, vgl. OVG NRW, Urteile vom 27. Juni 2002 - 8 A 4782/99.A - S. 110 des Abdruckes, vom 18. Januar 2005 - 8 A 1242/03.A - S. 15 des Abdruckes und vom 19. April 2005 - 8 A 273/04.A - S. 127 des Abdruckes.

Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung ist die Zubilligung eines Abschiebeschutzes nach § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG im Falle einer Erkrankung schließlich nicht auf Fälle der fehlenden Behandlungsmöglichkeiten im Zielstaat beschränkt. Vielmehr sind sämtliche zielstaatsbezogenen Umstände, die zu einer Verschlimmerung der Erkrankung führen können,

in die Beurteilung bzw. Gefahrenprognose einzubeziehen, vgl. BVerwG, Urteil vom 17. Oktober 2006 - 1 C 18/05 -, a.a.O..

Nach diesen Maßstäben besteht für die Klägerin zu 1. zunächst auf Grund ihrer HIV-Infektion eine erhebliche konkrete Gefahr für Leib und/oder Leben, weil nach den besonderen Umständen ihres Falles beachtlich wahrscheinlich ist, dass es bei einer Rückkehr nach Nigeria in naher Zukunft zu einer schwerwiegenden und wesentlichen Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes kommt. Die Annahme eines Abschiebeverbotes ist zudem nicht nach § 60 Abs. 7 Satz 3 AufenthG gesperrt, wonach Gefahren, denen die Bevölkerung oder Bevölkerungsgruppe, der der Ausländer angehört, allgemein ausgesetzt ist, bei Anordnungen nach § 60 a Abs. 1 Satz 1 AufenthG zu berücksichtigen sind (sog. allgemeine Gefahr bzw. Gruppengefahr). Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung kommt eine Qualifizierung einer Krankheit als allgemeine Gefahr nur in Betracht, wenn es - wie etwa bei AIDS - um eine große Anzahl Betroffener im Zielstaat geht und deshalb ein Bedürfnis für eine ausländerpolitische Leitentscheidung nach § 60 a Abs. 1 Satz 1 AufenthG besteht, vgl. zu AIDS als einer in Afrika weit verbreiteten Krankheit: BVerwG, Urteil vom 27. April 1998 - 9 C 13/97 -, a.a.O., sowie zu § 60 Abs. 7 Satz 2 AufenthG: vom 18. Juli 2006 - 1 C 16/05 -, juris und vom 18. Oktober 2006 - 1 C 18/05 -, juris.

Zwar dürfte nach den vorliegenden Erkenntnissen mit Blick auf die hohe Rate von HIV-Infizierten in Nigeria von einer allgemeinen Gefahr auszugehen sein. Nach offiziellen Schätzungen sind ca. 5 % der Bevölkerung mit HIV infiziert bzw. an AIDS erkrankt, wobei die Gruppe der jungen Frauen stärker betroffen ist. Seit dem ersten diagnostizierten Fall von AIDS im Jahr 1986 hat sich die Krankheit in Nigeria erheblich - epidemieartig - ausgebreitet. Nach Angaben der World Health Organization (WHO) und UNAIDS leben über 3,5 Millionen Menschen in Nigeria mit HIV/AIDS. Nach Indien und Südafrika leben in Nigeria in absoluten Zahlen die meisten Menschen mit HIV/AIDS weltweit, vgl. Auswärtiges Amt (AA), Lagebericht Nigeria vom 6. November 2007, S. 23; WHO - Nigeria -, HIV/AIDS und SUMMARY COUNTRY PROFILS FOR HIV/AIDS TREATMENT SCALE-UP 2005, <http://www.who.int/countries/nga/areas/hiv>; Schweizerische Flüchtlingshilfe (SFH), Nigeria: Behandlungsmöglichkeiten für Personen mit HIV/AIDS, Gutachten vom 12. Juli 2006.

Allerdings darf jedoch nach ständiger Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts im Einzelfall Ausländern, die zwar einer allgemein gefährdeten Gruppe im Sinne des § 60 Abs. 7 Satz 3 AufenthG angehören, ausnahmsweise Schutz vor der Durchführung der Abschiebung

in verfassungskonformer Handhabung des § 60 Abs. 7 AufenthG zugesprochen werden, wenn die Abschiebung wegen einer extremen Gefahrenlage im Zielstaat Verfassungsrecht verletzen würde. Dies ist der Fall, wenn der Ausländer gleichsam sehenden Auges dem sicheren Tod oder schwersten Verletzungen ausgeliefert würde, vgl. BVerwG zu der gleichlautenden Vorschrift des § 53 Abs. 6 AuslG: Urteile vom 16. Juni 2004 - 1 C 27/03 - juris web, vom 12. Juli 2001 - 1 C 5/01 -, NVwZ 2002 S. 101, vom 27. April 1998 - 9 C 13/97 -, NVwZ 1998 S. 973, vom 18. Juli 2006 - 1 C 16/05 -, juris und vom 18. Oktober 2006 - 1 C 18/05 -, juris.

Die Klägerin zu 1. wäre im Falle ihrer Rückkehr mit hoher Wahrscheinlichkeit auch einer derartigen extremen Gefahrenlage ausgesetzt.

Ausgehend von der Unterteilung der HIV-Erkrankung nach der anerkannten internationalen CDC-Klassifikation in drei klinische Kategorien - A, B, C - und einer zusätzlichen Einteilung in drei Laborkategorien - 1, 2, 3 -, befand sich die HIV- Infektion der Klägerin zu 1. ausweislich der ausführlichen ärztlichen Bescheinigungen vom 6. November 2007 und 4. November 2008 bereits in der 2. Jahreshälfte 2007 im Stadium B 2. Während die klinische Kategorie A das asymptomatische Stadium der HIV-Infektion bezeichnet, wird die klinische Kategorie C auf Grund des schweren Immundefekts von den AIDS-definierenden Erkrankungen, von lebensbedrohenden opportunistischen Infektionen und malignen Erkrankungen gekennzeichnet. Das symptomfreie Stadium der HIV-Infektion kann Monate bis viele Jahre dauern. Bei einer HIV-Infektion der klinischen Kategorie B fehlt es noch an den die AIDS- Erkrankung definierenden Erkrankungen, gleichwohl können in diesem Stadium sog. assoziierte Erkrankungen, d.h. Erkrankungen, die auf eine Störung der zellulären Immunität hinweisen, auftreten. Die Laborkategorien werden nach der Anzahl der T- Helferzellen, den sog. CD4-Zellen oder CD4-Lymphozyten, im Blut eingeteilt (für die CD4-Zellen gelten folgenden Kategorien: 1:  $> 500/\mu\text{l}$ , 2:  $200-499/\mu\text{l}$ , 3:  $> 200/\mu\text{l}$ ). Sie geben Auskunft über das Maß der Zerstörung des Immunsystems, wobei im Stadium 1 von einem wünschenswerten Normalzustand und im Stadium 3 von einem schweren Immundefekt auszugehen ist. Die quantitative Bestimmung der CD4-Zellen und die Bestimmung der Viruslast (Kopien der HIV-RNA im Blut) dienen ferner als wichtige prognostische Entscheidungshilfe für die Einleitung und Überwachung einer antiretroviralen Therapie. vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 260. Auflg. 2004, HIV- Erkrankung; Robert Koch-Institut, Merkblatt für Ärzte - HIV/AIDS -, Stand: 27.1.2006 - über: <http://www.rki.de> ; "Aids" und "Humanes Immundefizienz-Virus" aus Wikipedia - <http://de.wikipedia.org/> .

Bei der Klägerin zu 1. lag die Zahl der CD4-Zellen bereits damals konstant unter  $500/\mu\text{l}$  und die Klägerin zu 1. litt unter immer wiederkehrenden Fieberschüben, körperlicher Schwäche, chronischer Abgeschlagenheit, ohne dass zum damaligen Zeitpunkt eine opportunistische Infektion nachzuweisen war. Zwar war die Zahl der CD4-Zellen absolut nur mäßig reduziert, prozentual war sie allerdings mit Werten zwischen 15,0% und 17,8% massiv erniedrigt. Ebenso war das Verhältnis zwischen den CD4 und CD8 Zellen mit 0,2 massiv reduziert. Ende Oktober 2007 war ferner ein Anstieg der Virusmenge auf 90.279 Kopien/ml festzustellen. Daraufhin wurde Ende Dezember 2007 eine antiretrovirale Therapie eingeleitet, die jedoch wegen einer Unverträglichkeit abgebrochen werden musste. Da die Medikamente vorübergehend abgesetzt werden mussten, machte die Klägerin eine Gürtelrose mit starker Schwäche durch, die stationär behandelt werden musste. Nach Umstellung der virushemmenden Medikation kam es zu einem Anstieg der CD4-Zellen auf aktuell  $566/\mu\text{l}$  mit einem prozentualen Anteil von 23,5% und das Verhältnis von CD4 und CD8 Zellen stieg auf 0,4. Die Viruslast lag aktuell unter der Nachweisgrenze von 40 Kopien/ml. Nach der ärztlichen Stellungnahme spricht dies für eine gute virologische Wirksamkeit und konsequente Einnahme der Medikation.

Soweit auf Grund der positiven Entwicklung nach der Umstellung der Medikation in der ärztlichen Bescheinigung vom 8. August 2008 eine Einstufung in das Stadium A 2 erfolgte, hat Dr. L. in seiner ärztlichen Stellungnahme vom 4. November 2008 klargestellt, dass eine Rückstufung nach der internationalen Klassifikation nicht erfolgt und jeweils der schlechteste Stand genannt wird. Dies entspricht auch dem Kenntnisstand des Gerichts. Die Rückstufung sei lediglich versehentlich im Hinblick auf eine anonymisierte Meldung an das Dokumentationssystem der RKI und die Einstufung in das dortige Meldesystem in die Bescheinigung vom 8. August 2008 aufgenommen worden.

Die bisherige Entwicklung der HIV-Infektion der Klägerin zu 1., die sich nicht mehr im Anfangsstadium befindet, erfordert eine lebenslange virushemmende Therapie ohne Unterbrechung, begleitet von regelmäßigen medizinischen Kontrolluntersuchungen im Abstand von drei Monaten zur Überprüfung des Immunsystems, der Virusbelastung und etwaiger Resistenzbildungen. Es ist gerichtsbekannt, dass es sich bei einer HIV-Infektion um eine lebenslange persistierende Infektion handelt, die, wenn sie unbehandelt bleibt, zu einem kontinuierlichen Absinken der CD4-Helferzellen führt und im Durchschnitt nach 9 - 11 Jahren nach der Erstinfektion zwangsläufig zu einem schweren Immundefekt mit den i.d.R. AIDS-definierenden Erkrankungen führt (s.o. Klassifikation CDC 3). Vor diesem Hintergrund ist die

Klägerin zu 1. dauerhaft auf eine antiretrovirale Therapie angewiesen, auch wenn sich ihr Immunsystem derzeit auf Grund der Kombinationstherapie stabilisiert hat. Ein Abbruch der begonnenen antiretroviralen Therapie würde ausweislich der ärztlichen Bescheinigungen vom 6. November 2007 und 4. November 2008 dazu führen, dass innerhalb weniger Wochen wieder der Ausgangsstatus vor Behandlungsbeginn erreicht würde, d.h. die Virusbelastung auf das Ausgangsniveau ansteigen und das Immunsystem sich wieder bedrohlich verschlechtern würde. Die Klägerin zu 1. hätte in diesem Fall innerhalb weniger Wochen schwerste - lebensbedrohliche - Beeinträchtigungen zu erwarten. Ihre Lebenserwartung wäre erheblich auf Monate oder wenige Jahre reduziert. Bereits das Absetzen der zuerst verabreichten Kombinationspräparate hatte im März 2008 zum Ausbruch einer ausgeprägten Gürtelrose mit erheblicher Schwäche bei der Klägerin zu 1. geführt und damit die gravierende Verschlechterung des Immunsystems im Falle der Unterbrechung der antiretroviralen Therapie verdeutlicht. Die Klägerin zu 1. ist auf eine ununterbrochene und konsequente virushemmende Therapie mit derzeit drei Kombinationspräparaten angewiesen, die täglich eingenommen werden müssen. Bereits das Weglassen einzelner Medikamentendosen und erst recht eine Therapieunterbrechung für einzelne Tage können nach den genannten ärztlichen Bescheinigungen zu einem Wirkungsverlust der Medikamente bzw. Resistenzbildungen führen. Ebenso kann die Verzögerung eines evt. notwendigen Therapiewechsels Nachteile für die gesamte Behandlung bewirken. Durch das Auftreten von Resistenzen gegenüber den eingesetzten wirksamen Medikamenten können sich sog. Kreuzresistenzen gegen bisher noch nicht eingesetzte Medikamente entwickeln, die nach bisherigem Erkenntnisstand irreversibel im Viruspool der Körpers gespeichert werden. Durch ein frühzeitiges Erkennen von Resistenzen und entsprechenden frühzeitigen Therapiewechsel kann der Entwicklung von mehrfach-resistenten Viren vorgebeugt werden. Die Klägerin zu 1. wäre es auf Grund ihrer persönlichen Situation nicht möglich eine ununterbrochene Fortsetzung der allein lebenserhaltenden antiretroviralen Therapie in Nigeria dauerhaft sicherzustellen. Die Gesundheitsversorgung, vor allem auf dem Lande ist in Nigeria mangelhaft. Eine allgemeine Krankenversicherung gibt es nur für Beschäftigte im "formalen Sektor" und kommt nur 10% der Bevölkerung zu Gute. Rückkehrer finden in den Großstädten zwar eine ausreichende medizinische Versorgung vor, da es sowohl staatliche als auch zahlreiche privat betriebene Krankenhäuser gibt. Aufwendigere Behandlungsmethoden, wie die Behandlung von HIV, sind zwar möglich, können von dem Großteil der Bevölkerung aber nicht finanziert werden. Hilfsorganisationen, die Kosten für Not leidende Patienten übernehmen, sind nicht bekannt, vgl. AA, Lagebericht Nigeria vom 6. November 2007, S. 23; SFH, Nigeria: Behandlungsmöglichkeiten für Perso-

nen mit HIV/AIDS, Gutachten vom 12. Juli 2006; Deutsche Botschaft Lagos, Auskunft an das VG Stuttgart vom 27. April 2006.

Zwar wurde in Nigeria im Jahr 2001 ein HIV-Behandlungsprogramm mit 25 Behandlungszentren eingeführt und gibt es heute in ganz Nigeria an 74 bzw. derzeit wohl 210 Orten, die Möglichkeit einer antiretroviralen Behandlung. Seit Anfang 2006 werden die Medikamente auch kostenlos zur Verfügung gestellt. Das bestehende Angebot reicht aber weiterhin nicht aus, um den tatsächlichen Bedarf zu decken. So erhielten nach Angaben von UNAIDS und der WHO Ende Dezember 2005 ca. 30.000 - 40.000 Personen eine antiretrovirale Therapie gegenüber einem Bedarf bei ca. 520.000 Personen, vgl. WHO - Nigeria -, HIV/AIDS und SUMMARY COUNTRY PROFILS FOR HIV/AIDS TREATMENT SCALE-UP 2005, <http://www.who.int/countries/nga/areas/hiv>; SFH, Nigeria: Behandlungsmöglichkeiten für Personen mit HIV/AIDS, Gutachten vom 12. Juli 2006.

Nach Auskunft von ACCORD (Austrian Centre for Country of Origin and Asylum Research and Documentation) vom 12. Februar 2008, soll einer Studie zufolge lediglich eine von fünf Personen, die eine virushemmende Therapie benötigen, tatsächlich Zugang haben. Im März 2007 hätten von den geschätzten 555.000 Personen, die einer antiretroviralen Therapie bedurften, nur rund 124.572 Erwachsene und 5.279 Kinder diese erhalten.

Ungeachtet der angesichts dieser Umstände bereits offenen Frage, ob es der Klägerin zu 1. überhaupt gelingen würde, eine kostenlose antiretrovirale Therapie zu erlangen und dabei auch die von ihr derzeit benötigten Präparate zu bekommen (nach dem bisherigen Kenntnisstand sind in Nigeria Lamivudine, Stavudine, Nevirapine und Zidovudine sowie Kaletra erhältlich; es herrscht aber ein Mangel an neuen lebensverlängernden antiretroviralen Medikamenten, vgl. SFH, Nigeria: Behandlungsmöglichkeiten für Personen mit HIV/AIDS, Gutachten vom 12. Juli 2006; WHO - Nigeria -, HIV/AIDS und SUMMARY COUNTRY PROFILS FOR HIV/AIDS TREATMENT SCALE-UP 2005, <http://www.who.int/countries/nga/areas/hiv>.)

könnte sie die ebenfalls dauerhaft und regelmäßig erforderlichen Laboruntersuchungen nicht finanzieren. Die erforderlichen Laboruntersuchungen (wohl ca. 128.- EUR jährlich) und die Behandlung der Begleiterkrankungen sowie die dafür erforderlich Medikamente sind nicht kostenfrei. Zudem müssen die Patienten die Reisekosten zu den Behandlungszentren und evt. Aufenthaltskosten an dem Behandlungsort selbst finanzieren. Die Behandlung von HIV/AIDS

ist weiterhin für viele Nigerianer angesichts der geringen Einkommen unbezahlbar und führt dazu, dass Therapien unterbrochen bzw. abgebrochen werden. HIV-Infektionen bzw. AIDS führen zu einer teilweisen ruinösen sozioökonomischen Belastung für die Familienhaushalte, vgl. ACCORD, Auskunft vom 12. Februar 2008 und SFH, Nigeria: Behandlungsmöglichkeiten für Personen mit HIV/AIDS, Gutachten vom 12. Juli 2006.

Die Klägerin zu 1. wäre im Falle einer Rückkehr als alleinstehende Frau und eines kleinen Kindes, mit lediglich geringer Schulbildung und ohne familiäre Unterstützung gezwungen, für sich und ihren Sohn eigenständig eine wirtschaftliche Existenz in Nigeria aufzubauen und daneben die Kosten für ihre Behandlung aufzubringen. Sie verfügt ihren insoweit glaubhaften Angaben zufolge lediglich über eine geringe Schulbildung und keine Berufsausbildung. Ihren Lebensunterhalt hat sie vor ihrer Ausreise als Gemüsehändlerin bestritten. Das Gericht geht ferner davon aus, dass die Klägerin zu 1. nicht auf eine vorhandene - sie unterstützende - Familienstruktur in ihrem Heimatland zurückgreifen kann. Zwar sind die Angaben der Klägerin zu ihren näheren Familienangehörigen nicht frei von Ungereimtheiten und ist davon auszugehen, dass noch ihre Eltern und zumindestens ein Teil der sechs Geschwister in Nigeria leben. Das Gericht geht jedoch davon aus, dass die Klägerin zu 1., die ihren Angaben in der mündlichen Verhandlung zufolge schon im Teenageralter von zu Hause weggelaufen sein will, und die bereits vor etwa 10 Jahren ihr Heimatland verlassen hat, keinen Kontakt mehr zu ihren Familienangehörigen hat und diesen im Falle einer Rückkehr als HIV-infizierte Frau mit einem Kind auch nicht in einem ausreichenden Maß erneut aktivieren könnte. Die Klägerin zu 1. wäre im Falle einer Rückkehr auf sich selbst gestellt. Nach der derzeitigen Erkenntnislage ist jedoch die Situation für alleinstehende Frauen mit Kleinkindern in Nigeria besonders schwierig. Sie finden meist nur schwer eine Unterkunft und eine berufliche Tätigkeit in Nigeria; dies umso weniger, je geringer die Schul- bzw. Berufsausbildung ist. Zwar ist es auch für den Personenkreis der alleinstehenden Frauen mit Kleinkindern nicht unmöglich bzw. ausgeschlossen, sich eine wirtschaftliche Grundexistenz zu schaffen, so etwa im Südwesten des Landes und in den Städten, in denen alleinstehende Frauen eher akzeptiert werden. So existieren dort z.B. auch Hilfseinrichtungen bei verschiedenen Kirchengemeinden oder Nicht-Regierungs-Organisationen, die verschiedene Hilfestellungen anbieten. Deren Inanspruchnahme ist jedoch abhängig von dem persönlichen Engagement der betroffenen Frau. Auch in Lagos hängt die Situation alleinstehender Frauen mit oder ohne Kleinkind ganz erheblich von deren persönlichen Voraussetzungen und existierenden Beziehungen zu Verwandten, Freunden, Kirche, etc. ab., vgl. dazu auch Urteil VG Aachen vom 11. Juni 2007 - 2 K 1093/06.A und VG E. vom 17. Januar 2008 - 1 K 1584/07.A sowie AA, Lagebericht Nigeria vom 6. Mai

2006, Ziff. I 5., S. 11 und Ziffer II 1.6, S. 27 und vom 6. November 2007 S. 15, 16; Auskünfte des Auswärtigen Amtes vom 14. Februar 2005 an das VG Berlin und vom 28. März 2003 an das VG E. sowie Auskunft an das VG Aachen vom 24. November 2006 die auf die Auskunft vom 14. Februar 2005 verweist; Auskunft des Institutes für Afrika-Kunde vom 28. März 2003 an das VG E. ; Kurzinformation des Bundesamtes vom April 2002 zur Lage der Frauen in Nigeria.

Schließlich steht der Annahme einer extremen Gefahr für die Klägerin zu 1. nicht die von der Beklagten vorgelegten Erklärungen des Sozialamtes der Stadt X2. vom 20. Dezember 2007 bzw. vom 18. Januar 2008 entgegen, wonach im Falle einer Rückkehr der Klägerin zu 1. die erforderlichen Medikamente für einen Zeitraum von maximal 12 Monaten verordnet werden können. Ungeachtet der Frage der Verbindlichkeit dieser Erklärung ist auch nach Ablauf von 12 Monaten nach den obigen Ausführungen nicht zu erwarten, dass die Klägerin zu 1. dauerhaft eine antiretrovirale Behandlung erlangen kann. Der Eintritt schwerster - lebensbedrohender - Erkrankungen würde lediglich verschoben. Darüber hinaus stellt sich vorliegend nicht nur die Frage nach der notwendigen Medikation, sondern auch nach der Erforderlichkeit der regelmäßigen Kontrolluntersuchungen. Wie bereits oben ausgeführt muss die virushemmende Therapie durch begleitende Blutuntersuchungen mindestens alle drei Monate überprüft werden und ggfs. die antiretrovirale Therapie den Untersuchungsergebnissen angepasst werden. Bereits die Finanzierung dieser regelmäßigen Laboruntersuchungen wird der Klägerin zu 1. jedoch in Nigeria nach den obigen Ausführungen nicht möglich sein. Nach den genannten ärztlichen Bescheinigungen kann die bisherige Medikation nicht über einen längeren Zeitraum ohne Kontrolluntersuchungen eingenommen werden, ohne die Wirksamkeit der gesamten antiretroviralen Therapie zu gefährden.

Vgl. zur Zusicherung einer Medikamentenmitgabe ins Heimatland auch: Bayerischer VGH, Urteil vom 6. März 2007 - 9 B 06.30682 -, AuAS 2007, 118 und Beschluss vom 24. November 2006 - 25 ZB 06.30892 -, juris; VG Ansbach Urteil vom 25. April 2007 - AN 15 K 06.30367 -, juris und VG Stuttgart, Urteil vom 15. November 2006 - 7 K 295/06, juris;

Die nach der Sach- und Rechtslage im Zeitpunkt der Entscheidung zu beurteilende Abschiebungsandrohung im Bescheid des Bundesamtes ist rechtswidrig, soweit der Klägerin zu 1. die Abschiebung nach Nigeria angedroht wird. Im übrigen ist sie rechtmäßig. Dies ergibt sich aus der ab dem 1. Januar 2005 geltenden Rechtslage. Gemäß § 34 Abs. 1 Satz 1 AsylVfG erlässt das Bundesamt nach den §§ 59 und 60 Abs. 10 AufenthG die Abschiebungsandrohung, wenn

der Ausländer nicht als Asylberechtigter anerkannt ist und keinen Aufenthaltstitel besitzt. Die Vorschrift des § 59 Abs. 3 Satz 1 AufenthG sieht zunächst vor, dass das Vorliegen von Abschiebungsverboten dem Erlass der Abschiebungsandrohung nicht entgegensteht - so auch im Ergebnis zuvor § 50 Abs. 3 Satz 1 AuslG -. Anders als die Vorgängervorschrift des § 50 Abs. 3 Satz 2 AuslG bestimmt jedoch § 59 Abs. 3 Satz 2 AufenthG nunmehr, dass in der Androhung der Staat zu bezeichnen ist, in den der Ausländer nicht abgeschoben werden darf. Die Bestimmung des § 50 Abs. 3 Satz 2 AuslG enthielt noch die Einschränkung auf Abschiebungshindernisse nach § 51 und 53 Abs. 1 - 4 AuslG, d.h. die dem heutigen § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG entsprechende Vorschrift des § 53 Abs. 6 Satz 1 AuslG war nicht genannt und damit ausgenommen, vgl. auch BVerwG, Urteil vom 5. Februar 2004 - 1 C 7/03 -, InfAuslR 2004 S. 323, wonach auf Grund von § 50 Abs. 3 Satz 2 AuslG eine im Asylverfahren ergangene Abschiebungsandrohung grundsätzlich auch dann rechtmäßig war, wenn hinsichtlich des Zielstaates Abschiebungshindernisse nach § 53 Abs. 6 Satz 1 AuslG festgestellt wurden.

Nach der Vorschrift des nunmehr gültigen § 59 Abs. 3 Satz 2 AufenthG ist jedoch jedes Abschiebungsverbot - auch eines nach § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG - ausdrücklich in der Abschiebungsandrohung zu bezeichnen. Die Rechtmäßigkeit der Abschiebungsandrohung im Übrigen bleibt bei Feststellung des Vorliegens eines Abschiebungsverbotes durch das Verwaltungsgericht unberührt, § 59 Abs. 3 Satz 3 AufenthG.

Die Kostenentscheidung folgt aus §§ 154 Abs. 1 VwGO i. V. m. § 83 b AsylVfG.

Die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit ergibt sich aus § 167 VwGO i. V. m. §§ 708 Nr. 11, 711 ZPO.