

Sachgebiet 1/1 Bundesverfassungsrecht
5/1/10 Abschiebungsverbot, Abschiebungshindernis
5/2/4 Aufenthaltsrecht Asylbewerber, Abschiebungsschutz Asylbewerber

Normen GG Art. 1 Abs. 1
GG Art. 2 Abs. 2 Satz 1
AufenthG § 60 Abs. 7 Satz 1
AufenthG § 60 Abs. 7 Satz 3
AufenthG § 60a Abs. 1

Schlagworte Abschiebungsschutz
Abschiebungsverbot
alleinstehend
allgemeine Gefahr
Erkrankung
extreme Gefahr
Gesundheitswesen
Kleinkind
Malaria
menschenrechtlicher Mindeststandard
Risiko
Rückkehrer
schlechte Lebensbedingungen
Semi-Immunität
verfassungskonforme Anwendung
Versorgung

Leitsatz

Ausländer aus der Demokratischen Republik Kongo geraten bei einer Rückkehr in den Raum Kinshasa aufgrund der dortigen schlechten Lebensbedingungen (allgemeine und medizinische Versorgungslage) auch im Hinblick auf eine ihnen drohende Malariaerkrankung nach derzeitiger Erkenntnislage nicht generell in eine extreme Gefahrenlage, welche die Gewährung von Abschiebungsschutz in verfassungskonformer Anwendung des § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG rechtfertigte; dies gilt auch für (Klein-)Kinder mit familiärem Rückhalt, die in Deutschland geboren und aufgewachsen sind und deswegen (noch) keine Semi-Immunität gegen Malaria erworben haben (im Anschluss an die Entscheidungen des Gerichtshofs vom 13.11.2002 - A 6 S 967/01 - und 24.07.2003 - A 6 S 971/01 -).

VGH Baden-Württemberg

Urteil vom 19.01.2010 A 5 S 63/08

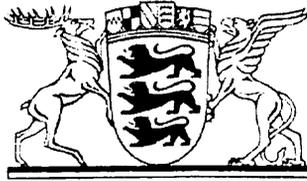
Vorinstanz VG Stuttgart

(Az. A 12 K 12941/05)

Rechtskraft nein

Vorblatt mit Leitsatz

VENZA-Blatt ohne Leitsatz



VERWALTUNGSGERICHTSHOF BADEN-WÜRTTEMBERG

Im Namen des Volkes Urteil

In der Verwaltungsrechtssache

prozessbevollmächtigt:

- Klägerin -
- Berufungsklägerin -

gegen

Bundesrepublik Deutschland,
vertreten durch den Bundesminister des Innern,
dieser vertreten durch den Leiter des Bundesamtes für Migration und Flücht-
linge, Frankenstraße 210, 90461 Nürnberg, Az: 5168208-246

- Beklagte -
- Berufungsbeklagte -

wegen Feststellung eines Abschiebungsverbots nach § 60 Abs. 7 AufenthG

hat der 5. Senat des Verwaltungsgerichtshofs Baden-Württemberg durch den
Vorsitzenden Richter am Verwaltungsgerichtshof Bölle und die Richter am
Verwaltungsgerichtshof Pfandler und Dr. Albrecht aufgrund der mündlichen
Verhandlung vom 19. Januar 2010

für Recht erkannt:

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Verwaltungsgerichts Stuttgart vom 10. November 2005 - A 12 K 12941/05 - wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des - gerichtskostenfreien - Berufungsverfahrens.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die am xx.xx.2005 in Wxxxxxxxxx geborene Klägerin ist nach ihrer 1971 in Kinshasa/Republik Zaire geborenen Mutter, die nach rechtskräftigem negativen Abschluss ihres Asylverfahrens (vgl. Senatsbeschluss v. 20.12.2004 - A 5 S 1502/04 -) nur mehr über eine Duldung verfügte, Staatsangehörige der Demokratischen Republik Kongo (D. R. Kongo). Die Mutter der Klägerin ist gelernte Schneiderin; deren Eltern, eine Tante, zwei Schwestern und drei Brüder lebten bzw. leben nach ihren Angaben vor dem Bundesamt in Kinshasa. Dort lebt inzwischen auch wieder der Vater der Klägerin. Die Geburt der Klägerin im Bundesgebiet wurde dem Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Bundesamt) am 09.06.2005 angezeigt. Ihr Prozessbevollmächtigter machte dabei geltend, dass zumindest Abschiebungshindernisse bestünden, da ihr als Kleinkind bei einer Rückkehr aufgrund der zu erwartenden Erkrankung an Malaria, Schlafkrankheit oder Hepatitis akute Gefahr für Leib und Leben drohe. Eine solche führe auch zu ihrem Tode, da eine medizinische Behandlung schwer erreichbar und auch mit Kosten verbunden sei, die ihre alleinerziehende mittellose Mutter (mit zwei Kleinkindern) nicht tragen könne. Für sie wurde eine ärztliche Bescheinigung einer Kinder- und Jugendärztin, Allergologie, vom 06.06.2005 vorgelegt, der zufolge sie in ihrer Abwehrlage „noch nicht so weit sei, einen Aufenthalt im Kongo ohne Gefährdung zu überstehen“. Ihre Immunität sei auf afrikanische Infektionen nicht eingestellt.

Mit Schreiben vom 17.06.2005 gab das Bundesamt der Klägerin Gelegenheit, sich zu etwa eigenen Asylgründen und sonstigen einer Rückkehr entgegenstehenden Gründen zu äußern.

Mit Bescheid vom 16.09.2005 lehnte das Bundesamt den als gestellt anzusehenden Asylantrag ab (Ziff. 1), stellte fest, dass die Voraussetzungen des § 60 Abs. 1 AufenthG (Ziff. 2) und auch Abschiebungsverbote gemäß § 60 Abs. 2 bis 7 AufenthG nicht vorlägen (Ziff. 3) und forderte die Klägerin auf, die Bundesrepublik Deutschland innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe bzw. unanfechtbarem (negativen) Abschluss ihres Asylverfahrens zu verlassen, widrigenfalls sie in die D. R. Kongo abgeschoben werde (Ziff. 4). Der Klägerin könne auch unter dem Aspekt der schlechten medizinischen Versorgungslage, insbesondere im Hinblick auf eine etwaige Ansteckungsgefahr mit Infektionskrankheiten wie Malaria, kein Abschiebungsverbot nach § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG geltend machen. Zwar sei eine ausreichende medizinische Versorgung für Teile der Bevölkerung noch immer nicht gewährleistet und sei das Risiko an Malaria zu erkranken, sehr hoch, vor allem, wenn keine Präventionsmaßnahmen ergriffen würden. In der Regel werde jedoch bis ins Kindesalter eine „Semi“-Immunität erreicht, welche allerdings durch einen Auslandsaufenthalt teilweise wieder verloren gehe. Durch die vorbeugende Einnahme von Medikamenten (sog. Malaria-Chemoprophylaxe) lasse sich das Risiko nur beschränkt herabsetzen, sodass viele zurückkehrende Asylbewerber an Malaria erkrankten. Ohne entsprechende Behandlung sei die Sterblichkeitsrate relativ hoch, bei rechtzeitiger Behandlung - bei gleichzeitiger Diagnostik - gehe sie indes gegen Null; dies gelte auch für Kleinkinder. Jedenfalls im Großraum Kinshasa, woher die Mutter der Klägerin stamme, gebe es hinreichende Möglichkeiten ärztlicher Hilfe und in ausreichender Menge Medikamente gegen Malaria. Auch Kranke, die nicht über finanzielle Mittel verfügten, würden nicht ohne medizinische Behandlung entlassen. Dem entsprechend sei im Falle ihres am 20.04.2004 geborenen Bruders auch vom Verwaltungsgericht (im Urteil vom 08.11.2004 - A 17 K 12694/04 -) keine „Extremgefahr“ festgestellt worden. Ihre Mutter habe in ihrem Asylverfahren auch nichts vorgetragen, was für ihre völlige Mittellosigkeit spräche. Es sei schließlich davon auszugehen, dass vor einer Rückkehr die von der Deutschen Botschaft im Bericht vom 28.10.2003 empfohlenen Schutzimpfungen gegen Kindertropenkrankheiten durchgeführt würden.

Gegen diesen am 19.09.2005 zur Post gegebenen Bescheid hat die Klägerin am 10.11.2005 Klage zum Verwaltungsgericht Stuttgart erhoben, mit der sie zuletzt nur noch ihr Abschiebungsschutzbegehren weiterverfolgt hat. Hierzu nahm sie noch auf die Rechtsprechung des erkennenden Gerichtshofes sowie einen Beschluss des Verwaltungsgerichts Stuttgart - 5 K 4958/04 - vom 24.05.2005 Bezug, wonach eine fehlende Immunität gegen Tropenkrankheiten bei Infekten und massiv geschwächtem Immunsystem einer Abschiebung entgegenstehe.

Mit Urteil vom 10.11.2005 - A 12 K 12941/05 - hat das Verwaltungsgericht die Klage abgewiesen. Die Klägerin habe insbesondere keinen Anspruch auf die Feststellung eines Abschiebungsverbots nach § 60 Abs. 7 AufenthG. Insoweit werde der entsprechenden ständigen Rechtsprechung der 17. (vgl. VG Stuttgart, Urt. v. 14.1.2004 - A 17 K 10176/01 -; Urt. v. 03.11.2004 - A 17 K 11195/03 -) bzw. 18. Kammer (vgl. VG Stuttgart, Beschl. v. 08.03.2005 - A 18 K 10242/05 -) gefolgt. Auf die Begründung des angefochtenen Bescheids werde Bezug genommen. Eine extreme Gefährdung bestehe zunächst nicht wegen unzureichender Versorgung mit Lebensmitteln. Ausweislich des Gutachtens Dr. Junghanss vom 09.02.2001 stürben in den Ländern der Kategorie 5 in Sub-Sahara-Afrika, zu denen die D. R. Kongo zähle, jedes Jahr 29 von 100.000 Einwohnern an Mangel- und Fehlernährung, sodass in dieser Region von keiner allgemeinen Hungersnot auszugehen sei, bei der einem großen Teil der Bevölkerung „mangels jeglicher Lebensgrundlage“ der baldige sichere Hungertod drohe. Es sei auch nicht erkennbar, dass gerade im Großraum Kinshasa eine besonders schlechte Lebensmittelversorgung bestünde. Im Gegenteil herrsche dort - im Unterschied zu den vom Krieg heimgesuchten Ostprovinzen - keine akute Unterversorgung; selbst in den Armutsvierteln von Kinshasa sei die Quote der unter akuter Unterernährung leidenden Kleinkinder unter fünf Jahren nicht höher als 2,6 %. Versorgungsengpässe würden vor allem durch die traditionelle Solidarität und gegenseitige Unterstützung im Familienverband aufgefangen. Es gebe in Kinshasa auch Volkskantinen, in denen die völlig Mittellosen mit dem Nötigsten versorgt würden, sowie teils kirchliche, teils mit internationalen Hilfsorganisationen kooperierende *private* Vereine, die gerade für allein stehende Frauen mit Kindern Betreuungsfunkti-

onen übernehmen und Eingliederungshilfen gewährten, um sie in die Lage zu versetzen, für den notwendigen Lebensunterhalt zu sorgen. Danach sei auch für Mütter mit minderjährigen Kindern von einer noch ausreichenden Versorgungslage auszugehen, die der Annahme eines mit hoher Wahrscheinlichkeit alsbald nach der Rückkehr nach Kinshasa drohenden Hungertods und damit der Überwindung der Sperrwirkung des § 60 Abs. 7 Satz 2 AufenthG entgegenstünden. Eine Extremgefahr infolge der schlechten Lebensbedingungen lasse sich für Rückkehrer auch unter Berücksichtigung der Gefährdung durch eine eventuelle Erkrankung an Malaria, die in der D. R. Kongo der ganzen Bevölkerung drohe, nicht feststellen (vgl. VGH Bad.-Württ., Urt. v. 13.11.2002 - A 6 S 967/01 - u. Urt. v. 20.04.2004 - A 9 S 929/03 -). Dr. Junghanss zufolge stürben zwar von 100.000 Menschen (bezogen auf die Gesamtbevölkerung) 143 pro Jahr an Malaria. Für Kinder bis zu 4 Jahren sei die malariaspezifische Mortalität wegen der fehlenden „Semi“-Immunität erhöht, sodass von 100.000 Kindern dieser Altersgruppe jährlich 940 an Malaria stürben. Dr. Ochel habe schließlich in seinem mündlichen Gutachten vor dem Verwaltungsgericht Frankfurt a. M. ausgeführt, die „Semi“-Immunität gegen Malaria, die die in afrikanischen Ländern geborenen Personen ab ca. dem fünften Lebensjahr erwürben, sinke nach wenigen Wochen Aufenthalt außerhalb der Malariagebiete. Nach einem halben Jahr sei von der früheren „Semi“-Immunität in aller Regel nichts mehr vorhanden. Diese biete freilich keinen kompletten, sondern nur einen graduellen Schutz, was bedeute, dass das Erkrankungsrisiko nur um ungefähr 30 % gemindert sei. Malaria werde in der D. R. Kongo mit Antibiotika behandelt. Es gebe im ganzen Land Gesundheitszentren, in denen die Ärzte und Schwestern in der Behandlung von Malaria, einer weit verbreiteten Krankheit, ausgebildet seien. Bei komplizierten Verlaufsformen behandle man mit Chinin. Die Behandlung dauere 3 bis 5 Tage. Die Kosten betrügen bei einem unkomplizierten Verlauf ambulant 1 bis 2 Euro, bei stationärer Behandlung einschließlich Arzneimittel 10 bis 20 Euro. Die Sterblichkeitsrate sei bei rechtzeitiger Behandlung gleich Null. Die Vorsorge mit Chemoprophylaxe sei Teil der routinemäßigen Gesundheitserziehung. Für einen Vorsorgezeitraum von drei Monaten entstünden hierfür Kosten von ca. 1 Euro. Außerdem seien Moskitonetze zum Preis von 2 bis 5 Euro erhältlich, die für 2 bis 3 Euro noch zusätzlich imprägniert werden könnten. Selbst wenn man daher davon

ausginge, dass eine einmal erworbene „Semi“-Immunität nach längerem Aufenthalt außerhalb eines Malaria-Übertragungsgebietes wieder verloren gehe und eine Sterblichkeitsrate von 1 % zugrunde lege, könne eine Extremgefahr für Erwachsene ausgeschlossen werden. Da in Kinshasa gesundheitliche Hilfe rasch zu erreichen sei, könne bei einer Infektion auch nahezu umgehend mit der Behandlung begonnen werden. Eine sofortige Einleitung der Behandlung gewährleiste nach den Ausführungen der Sachverständigen Dr. Ochel und Dr. Dietrich indes mit nahezu 100 %-iger Wahrscheinlichkeit, dass ein tödlicher Verlauf vermieden werde. Zwar sei das malariaspezifische Sterberisiko ggf. höher, wenn Durchfallerkrankungen aufgrund verseuchten Wassers hinzukämen, was vor allem für Kleinkinder bis zu fünf Jahren gelte, die von außen in das Erregergebiet kämen. Aber auch für Kleinkinder sei nicht hinreichend erkennbar, dass sich insbesondere die malariaspezifische Sterblichkeitsrate von ca. 1 % der Vergleichsgruppe durch zusätzliche Krankheitsrisiken derart erhöhe, dass eine Extremgefahr zu bejahen wäre. Bei der Kindersterblichkeit in dieser Altersgruppe von landesweit 17 % sei zu berücksichtigen, dass diese Zahl für die vorliegend allein maßgebliche Region Kinshasa keine Aussagekraft besitze und deutlich reduziert werden müsse. Eine extreme Gefahr folge auch nicht daraus, dass insbesondere Kleinkindern Durchfall- und Bronchialkrankheiten sowie Tropenkrankheiten drohten. Auch hier hänge das Risiko entscheidend davon ab, ob die Erkrankung frühzeitig erkannt und wie sie behandelt werde. Es sei indes davon auszugehen, dass ein Kleinkind, das nur mit einem Elternteil zurückkehren könne, von diesem betreut werde und in Kinshasa Zugang zu den dort bestehenden Möglichkeiten ärztlicher Hilfe habe und ein solcher auch nicht an Mittellosigkeit scheitere.

Auf den am 05.12.2005 rechtzeitig gestellten Antrag der Klägerin hat der Senat mit Beschluss vom 07.01.2008 - A 5 S 1113/05 - die Berufung gegen dieses Urteil zugelassen, soweit die Klägerin die Feststellung begehrt hat, dass ein Abschiebungsverbot gemäß § 60 Abs. 7 AufenthG hinsichtlich der D. R. Kongo vorliege. Die Frage, ob in Deutschland geborene und aufgewachsene Kleinkinder kongolesischer Herkunft wegen gesundheitlicher Risiken aufgrund der allgemeinen Lebensverhältnisse in der D. R. Kongo Abschiebungsschutz beanspruchen könnten, habe grundsätzliche Bedeutung.

Am 28.01.2008 hat die Klägerin zur Begründung ihrer Berufung zunächst in vollem Umfang auf ihre Zulassungsbegründung sowie ihr Vorbringen in erster Instanz Bezug genommen. In jener hatte sie im Wesentlichen ausgeführt: Für Kleinkinder bestehe auch in der Region Kinshasa akute Gefahr für Leib und Leben. Für sie habe bereits Dr. Junghanss insbesondere im Zusammenhang mit anderen Erkrankungen ein sehr großes Risiko gesehen. Bei der Kindersterblichkeit sei auch nicht auf alle in der D. R. Kongo geborenen Kleinkinder, sondern lediglich auf Kleinkinder abzustellen, die gerade aus Europa bzw. Deutschland dorthin zurückkehrten; jene seien medizinisch auch völlig anders zu behandeln. Deren Sterberisiko sei zudem aufgrund der Gefahr einer Mehrfacherkrankung drastisch erhöht. Ihre alleinstehende, mittellose Mutter könne ihr nach einer gemeinsamen Rückkehr auch keine ausreichende ärztliche Behandlung ermöglichen. Ergänzend hat sie noch ausgeführt, dass eine „Semi-Immunität“ auch nicht künstlich zu erlangen sei, weshalb sie bei einer Rückkehr wahrscheinlich unverzüglich erkranken und in Lebensgefahr geraten würde. Nachdem das Bundesamt offenbar in einem vergleichbaren Fall eine Abhilfeentscheidung getroffen habe, liege auch ein Verstoß gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz vor. In der mündlichen Verhandlung vor dem Senat trägt die Mutter der Klägerin noch vor, dass es für sie mit zwei 2004 und 2005 geborenen Kindern nicht einfach sei zu arbeiten. Seit 9 Jahren habe sie weder zu ihren Eltern noch ihren fünf Geschwistern Kontakt; diese hätten alle in Kinshasa gelebt. Auf ihre Briefe habe sie nie Antwort bekommen. Zuletzt habe sie in Kinshasa bei einem Onkel gewohnt, der bei der Stadtverwaltung angestellt gewesen sei. Verdient habe er in dieser Position allerdings nichts, sodass er Sachen habe kaufen und verkaufen müssen. Auch zu ihm habe sie seit ihrer Ausreise - ebenso wie zu ihrer Tante - keinen Kontakt mehr. Sie habe den Beruf einer Schneiderin erlernt, sei jedoch als solche nicht fest angestellt gewesen; es habe sich um eine „normale Hilfstätigkeit“ gehandelt. Zum Vater ihrer Kinder bestehe weiterhin telefonischer Kontakt, nachdem er Deutschland wieder habe verlassen müssen. Dieser wohne inzwischen wieder in Kinshasa; er rufe sie gelegentlich von dort an. Der Vertreter der Klägerin macht sodann noch geltend, dass das Verfolgungsschicksal ihrer Mutter offenbar doch zutreffen müsse. Dies zeige ihre weinerliche Verfassung, die augenscheinlich auf sog. „flash-backs“ zurückzuführen sei. Inso-

fern wäre sie nach einer Rückkehr in die D. R. Kongo psychisch nicht in der Lage, für ihre minderjährigen Kinder zu sorgen. Darüber hinaus drohe ihnen eine Malariaerkrankung.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Verwaltungsgerichts Stuttgart vom 10.11.2005 - A 12 K 12941/05 - zu ändern und den Bescheid des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge vom 16.09.2005 hinsichtlich seiner Ziff. 3 und 4 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, bei ihr hinsichtlich der D. R. Kongo ein Abschiebungsverbot nach § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG festzustellen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Hierzu führt sie im Wesentlichen aus, dass grundsätzlich von keiner extremen Gefahrenlage auszugehen sei. Hierbei gehe sie allerdings davon aus, dass die medizinische Versorgung bei vielen Krankheiten nicht gewährleistet oder für den Erkrankten nicht finanzierbar sei. Bei Rückkehrern sei das Fehlen oder der Verlust der Teilimmunität ein ernstes Problem. Dies gelte insbesondere für die in der D. R. Kongo weit verbreitete Malaria. Bei dem allgemein vorhandenen Risikobewusstsein der Bevölkerung könne jedoch grundsätzlich von einer rechtzeitigen Diagnose- und effektiven Behandlungsmöglichkeit ausgegangen werden. Einer gesteigerten Gefährdungslage seien Kleinkinder bis zu fünf Jahren ausgesetzt. Die Teilimmunität eines Kleinkindes und deren Auswirkungen hingen von seinem individuellen Gesundheits- und Entwicklungszustand und den Rahmenbedingungen bei der Rückkehr ab. Allerdings bedeute dies nicht, dass mit Erreichen des fünften Lebensjahres jedenfalls von einer ausreichenden Teilimmunität ausgegangen werden könnte.

Dem Senat liegen die Akten des Bundesamts - auch die die Mutter der Klägerin betreffenden - und des Verwaltungsgerichts vor. Auf diese wird wegen der Einzelheiten des Sach- und Streitstands ebenso verwiesen wie auf die im Berufungsverfahren gewechselten Schriftsätze und den als Anlage zur Sitzungsniederschrift genommenen Hilfsbeweis Antrag vom 19.01.2010. Jene waren auch Gegenstand der mündlichen Verhandlung vor dem Senat.

Entscheidungsgründe

Die Berufung ist zulässig. Sie ist insbesondere rechtzeitig durch gesonderten Schriftsatz entsprechend § 124a Abs. 3 Satz 4 VwGO begründet werden. In soweit durfte auf die erfolgreiche Begründung des Zulassungsantrags verwiesen werden (vgl. BVerwG, Urt. v. 18.07.2006 - 1 C 15.05 -, BVerwGE 126, 243 m.w.N.; Urt. v. 30.06.1998 - 9 C 6.98 -, BVerwGE 107, 117).

Die Berufung bleibt jedoch ohne Erfolg.

1. Das Verwaltungsgericht hat zu Recht entschieden, dass die Klägerin nicht die Feststellung eines – hier allein streitgegenständlichen (vgl. hierzu ausführlich VGH Bad.-Württ., Urt. v. 14.05.2009 – 11 S 983/06 -) - Abschiebungsverbots nach § 60 Abs. 7 Satz 1 des Gesetzes über den Aufenthalt, die Erwerbstätigkeit und die Integration von Ausländern im Bundesgebiet (- Aufenthaltsgesetz -) in der Fassung der Änderung durch das Gesetz zur Umsetzung aufenthalts- und asylrechtlicher Richtlinien der Europäischen Union vom 19.08.2007 (- Richtlinienumsetzungsgesetz -, in Kraft seit 28.08.2007, BGBl. I 1970) beanspruchen kann. Dabei umfasste die begehrte Feststellung des Bundesamtes nicht nur die tatbestandlichen Voraussetzungen des § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG, sondern nunmehr auch die durch die Soll-Regelung beschränkte Ermessensentscheidung über die Rechtsfolge (vgl. hierzu ausführlich BVerwG, Urt. v. 11.09.2007 – 10 C 8.07 -, BVerwGE 129, 251) -.

Im für die Beurteilung der Sach- und Rechtslage maßgeblichen Zeitpunkt der mündlichen Verhandlung vor dem Senat (§ 77 Abs. 1 AsylVfG) liegt bei der Klägerin hinsichtlich der D. R. Kongo kein Abschiebungsverbot nach § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG vor. Danach soll von der Abschiebung eines Ausländers in einen anderen Staat abgesehen werden, wenn für ihn dort eine erhebliche konkrete Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit besteht. Dies kann bei der Klägerin nicht festgestellt werden, da sie sich nicht auf individuelle, gerade ihr drohende Gefahren, sondern lediglich auf solche beruft, denen die dortige

Bevölkerung bzw. die Bevölkerungsgruppe, der sie angehört, allgemein ausgesetzt ist, und insoweit die Sperrwirkung des § 60 Abs. 7 Satz 3 AufenthG eingreift. So begehrt die Klägerin Abschiebungsschutz im Hinblick auf die typischen Folgen der schlechten wirtschaftlichen und sozialen Lebensbedingungen in der D. R. Kongo (mangelhafte Versorgungslage, unzureichendes Gesundheitssystem, Arbeitslosigkeit) wie Unterernährung, Krankheit und Tod. Derartige Gefahren sind indessen bei Anordnungen nach § 60a Abs. 1 Satz 1 AufenthG zu berücksichtigen. Insofern soll Raum sein für ausländerpolitische Entscheidungen, was die Anwendbarkeit von § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG selbst dann grundsätzlich sperrt, wenn solche Gefahren den einzelnen Ausländer zugleich in konkreter und individualisierbarer Weise betreffen (vgl. BVerwG, Urt. v. 17.10.1995 - 9 C 9.95 -, BVerwGE 99, 324). Aus diesem Zweck der Regelung folgt weiter, dass die „Allgemeinheit“ der Gefahr nicht davon abhängig ist, ob sie sich auf die Bevölkerung oder bestimmte Bevölkerungsgruppen gleichartig auswirkt, wie das bei Hungersnöten, Seuchen, Bürgerkriegswirren oder Naturkatastrophen der Fall sein kann. § 60 Abs. 7 Satz 3 AufenthG kann vielmehr auch bei eher diffusen Gefährdungslagen greifen, etwa dann, wenn Gefahren für Leib und Leben aus den allgemein schlechten Lebensverhältnissen (soziale und wirtschaftliche Missstände) im Zielstaat hergeleitet werden. Denn soweit es um den Schutz vor den einer Vielzahl von Personen im Zielstaat drohenden typischen Gefahren solcher Missstände wie etwa Lebensmittelknappheit, Obdachlosigkeit oder gesundheitliche Gefährdungen geht, ist die Notwendigkeit einer politischen Leitentscheidung in gleicher Weise gegeben (vgl. BVerwG, Urteil vom 12.07.2001 - 1 C 5.01 -, BVerwGE 115, 1). Insofern kann schließlich dahinstehen, ob als maßgebliche Bevölkerungsgruppe, der diese Gefahren generell mit beachtlicher Wahrscheinlichkeit drohten, (Klein-)Kinder bis zum Erreichen eines bestimmten ähnlichen Alters in der D. R. Kongo insgesamt oder lediglich die in Europa geborenen und zumindest in den ersten Lebensjahren dort aufgewachsenen (Klein-)Kinder anzusehen sind. Im erstgenannten Fall ergäbe sich die grundsätzlich jedem (Klein-)Kind aus der Gruppe drohende erhebliche Gefahr im Sinne des § 60 Abs. 1 Satz 1 AufenthG aus statistischen Erkenntnissen. Die von der Klägerin angenommene Verstärkung dieser Gefahr für aus *Europa* zurückkehrende (Klein-)Kinder änderte an der Sperrwirkung nichts, da es sich

auch insoweit nur um typische Auswirkungen einer allgemeinen Gefahr handelte (vgl. BVerwG, Urt. v. 08.12.1998, a.a.O., BVerwGE 108, 77 <82 f.>). Würde hingegen allein auf die Gruppe der aus Europa zurückkehrenden kongolesischen (Klein-)Kinder abgestellt, drohte diesen ebenfalls eine allgemeine Gefahr wegen der dortigen schlechten Lebensverhältnisse. Welche Folgerungen daraus für sämtliche in Deutschland geborenen (Klein-)Kinder kongolesischer Staatsangehörigkeit zu ziehen wären, bedürfte gleichfalls einer politischen Leitentscheidung nach § 60a Abs. 1 Satz 1 AufenthG. Soweit die Klägerin geltend macht, einer Bevölkerungsgruppe in der D. R. Kongo schon deshalb nicht anzugehören, weil sie in Deutschland geboren sei, geht dies fehl. § 60 Abs. 1 Satz 3 AufenthG zielt auf Gefahren, welche der Ausländer, würde er in den betreffenden Staat abgeschoben, dort ausgesetzt wäre; insofern gehörte die Klägerin dann aber ersichtlich der Bevölkerungsgruppe der (aus Europa zurückgekehrten) kongolesischen Kinder an.

Für diese Personengruppe gibt es keine Anordnung des Innenministeriums Baden-Württemberg. Auch für einen gleichwertigen Schutz vor Abschiebung (vgl. BVerwG, Urt. v. 12.07.2001 - 1 C 2.01 -, BVerwGE 114, 379 Rn. 14, auch Urt. v. 12.07.2001 - 1 C 5.01 -, BVerwGE 115, 1 Rn. 17) ist nichts ersichtlich, da der Klägerin bislang keine Aufenthaltserlaubnis erteilt worden ist. Die Sperrwirkung des § 60 Abs. 7 Satz 3 AufenthG wird hier auch nicht ausnahmsweise aus verfassungsrechtlichen Gründen überwunden.

Solches wäre nur der Fall, wenn der Ausländer im Zielstaat landesweit einer extrem zugespitzten allgemeinen Gefahr dergestalt ausgesetzt wäre, dass er „gleichsam sehenden Auges dem sicheren Tod oder schwersten Verletzungen ausgeliefert“ würde (st. Rspr. des BVerwG, vgl. Urt. v. 17.10.1995 - 9 C 9.95 -, BVerwGE 99, 324 u. v. 19.11.1996 - 1 C 6.95 -, BVerwGE 102, 249 zu § 53 Abs. 6 Satz 2 AuslG u. Beschl. v. 14.11.2007 - 10 B 47.07 - zu § 60 Abs. 7 Satz 3 AufenthG). Damit sind nicht nur Art und Intensität der drohenden Rechtsgutsverletzungen, sondern auch die Unmittelbarkeit der Gefahr und ihr hoher Wahrscheinlichkeitsgrad angesprochen (vgl. BVerwG, Urt. v. 19.11.1996 - 1 C 9.95 -, BVerwGE 102, 249).

Entgegen der vom Bayerischen Verwaltungsgericht München (vgl. Urt. v. 29.03.2007 - M 21 K 04.50084 u. a. -, Urt. v. 17.02.2004 - M 21 K 02.51921 -) vertretenen Auffassung genügen diese Anforderungen auch dem verfassungsrechtlich unabdingbar gebotenen Schutz insbesondere von Kindern. Die gegenteilige Auffassung übersieht, dass es allein um den Schutz vor Gefährdungen geht, die im Ausland eintreten und auf die der deutsche Staat naturgemäß keinen Einfluss nehmen kann. Insofern gelten aber nicht dieselben grundrechtlichen Schutzstandards wie bei Gefahren im Inland (vgl. VGH Bad.-Württ., Urt. v. 13.11.2002 - A 6 S 967/01 -). Insbesondere gelten auch aufgrund der Bestimmungen, aus denen sich eine staatliche Verantwortung für das Kindeswohl ergibt, keine anderen, weitergehenden Maßstäbe. Eine verfassungsrechtliche Verantwortung hat der deutsche Staat hinsichtlich auslandsbezogener Gefahrenlagen nur in Art. 16a Abs. 1 GG übernommen, der einen Anspruch auf Schutz vor politischer Verfolgung normiert. Ansonsten ist verfassungsrechtlich hinsichtlich auslandsbezogener Gefährdungen (lediglich) die Wahrung eines "menschenrechtlichen Mindeststandards" als "unabdingbarer Grundsatz der deutschen verfassungsrechtlichen Ordnung" geboten. Mit Blick auf Gefahren für Leib und Leben hat auch das Bundesverfassungsgericht die Voraussetzungen eines solchen zwingenden Schutzes unter Berufung auf Art. 1 Abs. 1 i.V.m. Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG nur für Fälle bejaht, in denen "greifbare Anhaltspunkte" bzw. "echte Risiken" dafür bestehen, dass der Ausländer im Zielstaat einer grausamen, unmenschlichen oder erniedrigenden Behandlung unterliegen oder in unmittelbarem Zusammenhang mit der Abschiebung Opfer eines Verbrechens werden wird (vgl. BVerfG, Beschl. v. 31.03.1987 - 2 BvM 2/86 -, BVerfGE 75, 1, 16 f.; BVerfG, Urt. v. 14.05.1996 - 2 BvR 1938/, 2 BvR 2315/93 -, BVerfGE 93 94, 49, 99; BVerfG, Kammerbeschl. v. 03. 04. 1992 - 2 BvR 1837/91 -, NVwZ 1992, 660, v. 22.06.1992 - 2 BvR 1901/91 - u. v. 31.05.1994 - 2 BvR 1193/93 -, NJW 1994, 2883; auch BVerwG, Urt. v. 12.07.2001 - 1 C 2.01 -, BVerwGE 114, 379, 382, Urt. v. 24.05.2000 - 9 C 34.99 -, 111, 223, 228 ff. m.w.N.). Mit der Beschränkung des Abschiebungsschutzes auf die Gefahr des Eintritts des "Todes und schwerster Verletzungen" wird mithin hinsichtlich der Intensität der Gefährdung zutreffend der Kern des menschenrechtlich zwingend gebotenen Schutzes von Leib und Leben bezeichnet.

Die weitere Einschränkung, dass die drohende Rechtsgutverletzung darüber hinaus in unmittelbarem (zeitlichem) Zusammenhang mit der Abschiebung stehen muss und ihr Eintritt mit hoher, nicht nur beachtlicher Wahrscheinlichkeit prognostiziert werden kann ("sehenden Auges"; vgl. BVerwG, Urt. v. 19.11.1996 - 1 C 6.95 -, BVerwGE 102, 249 <259>; Urt. v. 12.07.2001 - 1 C 5.01 -, a.a.O., S. 9 f.; auch Beschl. v. 26.01.1999 - 9 B 617.98 -, Buchholz 402.240 § 53 AuslG Nr. 14), ist schließlich geboten, um den verfassungsrechtlich zwingend gebotenen Abschiebungsschutz auf solche Gefahren für Leib und Leben zu begrenzen, die noch in einem Zurechnungszusammenhang mit der Abschiebung stehen, und auch, um die ausländerpolitische Handlungsfreiheit des deutschen Staates zu wahren (vgl. zur Bedeutung außenpolitischer Aspekte bei der Bestimmung des für den "menschenrechtlichen Mindeststandard" maßgeblichen Grades der Wahrscheinlichkeit des Gefahrenereignisses BVerfG, Kammerbeschl. v. 22.6.1992 - 2 BvR 1901/91 -). Eine grundrechtliche Mitverantwortung des deutschen Staates für auslandsbezogene Sachverhalte kommt - abgesehen von Art. 16a GG - nur insoweit in Betracht, als sie dem deutschen staatlichen Handeln noch zugerechnet werden können (vgl. BVerfG, Beschl. v. 16.12.1983 - 2 BvR 1160/83, 2 BvR 1565/83, 2 BvR 1714/83 -, BVerfGE 66, 39, 60 ff.; auch BVerfG, Kammerbeschl. v. 25.09.1986, InfAuslR 1987, 37<38>). Diese Voraussetzung ist in den oben genannten Fällen, in denen das Bundesverfassungsgericht einen zwingend gebotenen Schutz vor Abschiebung und Auslieferung bejaht hat, unproblematisch gegeben, weil der Ausländer unmittelbar einem bewusst und gezielt gegen ihn gerichteten Handeln ausgesetzt würde, dem er nicht ausweichen könnte. Die hier in Rede stehenden allgemeinen Risiken für Leib und Leben im Zielstaat stellen sich demgegenüber komplexer dar. Sie beruhen nicht auf zielgerichtetem Handeln, sondern treffen die Bevölkerung gleichsam schicksalhaft. Abgesehen von ganz extremen Ausnahmeständen wie schweren Seuchen oder Naturkatastrophen oder bestimmten, ohne ausreichende Behandlung unmittelbar tödlich verlaufenden "Volkskrankheiten" (vgl. hierzu etwa BVerwG, Urt. v. 27.04.1998, Buchholz 402.240 § 53 AuslG 1990 Nr. 12) wirken sie sich nicht gleichartig und in jeder Hinsicht zwangsläufig auf die Bevölkerung aus. Die Allgemeingefahr setzt sich vielmehr aus einer Vielzahl

verschiedener Risikofaktoren zusammen, denen der Einzelne in ganz unterschiedlicher Weise ausgesetzt ist und denen er gegebenenfalls auch ausweichen kann. Intensität, Konkretetheit und zeitliche Nähe der Gefahr für den einzelnen können nur unter Berücksichtigung aller Einzelfallumstände beurteilt werden (vgl. VGH Bad.-Württ., Urteil vom 13.11.2002 - A 6 S 967/01 – juris; auch BVerwG, Beschl. v. 23.03.1999 - 9 B 866.98 - juris). Entsprechend vielschichtig ist die Gefahrenprognose; das gilt in besonderer Weise für die hier maßgeblichen diffusen Gefährdungen infolge schlechter Lebensverhältnisse im Zielstaat. Allenfalls dann, wenn sich die komplexe allgemeine Gefahrenlage für den einzelnen Ausländer so zuspitzt, dass es mit hoher Wahrscheinlichkeit und unausweichlich bald nach der Abschiebung zur Rechtsgutverletzung kommen wird, kann von einem unmittelbaren Zusammenhang mit der Abschiebung die Rede sein, der dem Fall vergleichbar ist, dass der Ausländer gezielt gegen ihn gerichtetem Handeln ausgesetzt würde.

Eine Extremgefahr infolge der schlechten Lebensbedingungen in der D. R. Kongo lässt sich vor diesem Hintergrund für die Klägerin nicht feststellen. Sie lässt sich insbesondere nicht schon aus den - zudem gegenüber 2000 weiter rückläufigen - einschlägigen statistischen Sterberaten der Weltgesundheitsorganisation (vgl. World Health Statistics 2009, S. 37) für Kinder unter fünf Jahren (161/1.000 Lebendgeburten) bzw. Erwachsene (zwischen 15 und 60 Jahren, 357/1.000) herleiten, da diese lediglich belegen, dass die allgemeinen Lebensverhältnisse in einem Land sehr schlecht sind. Dies ist umso weniger gerechtfertigt, als die Sterberaten auf den Gesamtstaat bezogen sind, sich die Situation in den Städten, namentlich in Kinshasa, jedoch besser darstellt (vgl. AA, Bericht v. 14.05.2009). Die Einzelfallprognose, dass sich diese Situation für den einzelnen Ausländer im Sinne einer Extremgefahr für Leib und Leben zuspitzt, kann jedoch in aller Regel nicht allein auf rein statistische Aussagen gestützt werden (vgl. BVerwG, Urt. v. 19.11.1996, a.a.O.; Beschl. v. 23.03.1999, a.a.O.). Eine solche Prognose setzt vielmehr zunächst voraus, dass die unterschiedlichen Risikofaktoren, auf die sich die statistischen Daten zurückführen lassen, ermittelt und in ihrer Bedeutung für den Eintritt der Gefahr gewichtet werden. Es kommt dann entscheidend darauf an, welche Risikofaktoren mit welchem Gewicht und welcher Sicherheit gerade auf die kon-

krete Lebenssituation des einzelnen Ausländers zutreffen und ob gegebenenfalls Ausweichmöglichkeiten bestehen. Je geringer die auf eine spezifische Gefahrenlage bezogene statistische Sterbequote und je länger der Zeitraum ist, auf den sich die Aussage bezieht, desto eindeutiger muss die Feststellung möglich sein, dass gerade der einzelne Ausländer bestimmten, für die Sterberate ausschlaggebenden und für ihn unausweichlichen Risikofaktoren unterliegt und umgekehrt. Ausgehend von diesen Grundsätzen, die bereits den Urteilen des erkennenden Gerichtshofs vom 13.11.2002 – A 6 S 967/01 - und vom 24.07.2003 – A 6 S 971/01 -) zugrunde gelegt wurden, hat die Klägerin keinen Anspruch auf Gewährung von Abschiebungsschutz.

Jene Voraussetzungen einer extremen Gefahrenlage liegen im Falle der Klägerin weder im Hinblick auf die allgemeine Versorgungslage noch im Hinblick auf das Gesundheitswesen in der D. R. Kongo vor. Maßgeblich sind insoweit allein die (relativ günstigeren) Verhältnisse im Raum Kinshasa, wohin allein Abschiebungen vorgenommen werden und wo die Mutter der Klägerin auch zuletzt wohnhaft war. Auf die besonders schwierigen Verhältnisse in den vor allem seit August 2007 durch bürgerkriegsähnliche Zustände gekennzeichneten Ostprovinzen Nord- und Südkivu kommt es daher nicht an.

a) Eine extreme Gefahrenlage besteht zunächst nicht im Hinblick auf allgemeine Gefahren wegen unzureichender Versorgung mit Lebensmitteln (im Anschluss an VGH Bad.-Württ., Urt. v. 13.11.2002, a.a.O., Urt. v. 24.07.2003, a.a.O; OVG NW, Urt. v. 18.04.2002 - 4 A 3113/95.A -; SächsOVG, Urt. v. - 26.11.2003 - 5 B 1022/02.A -; HambOVG, Urt. v. 02.11.2001 - 1 Bf 242/98.A -; OVG NW, Beschl. v. 03.02.2006 - 4 A 4227/04.A - bei erwachsenen Einzelpersonen mit Kindern Frage des Einzelfalls; zweifelnd OVG NW, Beschl. v. 15.11.2002 - 17 B 993/02 -; VG Wiesbaden, Urt. v. 30.08.2004 - 6 E 174/04.A (v) -; anders noch Urt. v. 23.12.2002 - 6 E 1443/02.A (2) -, Urt. v. 12.05.2003 - 6 E 430/03 A(2) -; immer bzw. regelmäßig anders für allein stehende Kinder bzw. allein erziehende Mütter mit Kleinkindern OVG Saarland, Beschl. v. 12.07.2006 - 3 Q 45/05 u. v. 11.07.2007 - 3 Q 160/06 -; im Einzelfall einer auf sich allein gestellten Mutter mit einem minderjährigen Kind auch OVG SH, Urt. v. 16.04.2002 - 4 L 39/02 -; anders auch für angolanische

Kleinkinder unter fünf Jahren - VGH Bad.-Württ., Beschl. v. 24.02.1999 - 13 S 3092/95 -, InfAusIR 1999, 336 f.; dagegen NdsOVG, Urt. v. 01.03.2001 - 3 A 925/00 -: nur im Einzelfall).

Die von der WHO für die hohe Kindersterblichkeit angegebenen Ursachen lassen nicht erkennen, dass zurückkehrende (Klein-)Kinder nach einer Abschiebung alsbald den Hungertod oder sonstige schwerwiegende Folgen von Mangelerscheinungen erleiden könnten (vgl. Mortality Country Fact Sheet 2006: sonstige <Ursachen insgesamt> 6 %; WHO, World Health Statistics, 2009, S. 49: sonstige <Ursachen insgesamt> 14, 6 %). Die Versorgungslage in Kinshasa stellt sich vielmehr auch heute nach dem neuesten Bericht des Auswärtigen Amts vom 14.05.2009 über die asyl- und abschieberelevante Lage in der D. R. Kongo nicht grundsätzlich anders dar, als sie seinerzeit vom erkennenden Gerichtshof in seinen Urteilen vom 13.11.2002 und 24.07.2003 festgestellt worden war; auf die dortigen Ausführungen kann insoweit Bezug genommen werden. Nach wie vor wird die Versorgung mit Lebensmitteln für die Bevölkerung in der D. R. Kongo als schwierig bezeichnet; eine akute Unterversorgung besteht gleichwohl unverändert nicht, wenngleich das Auswärtige Amt nun davon ausgeht, dass der überwiegende Teil der Bevölkerung am Rande des Existenzminimums lebt, und es auch innerhalb der Großfamilie nicht immer gelingt, Härten durch wechselseitige Unterstützung aufzufangen (vgl. hierzu allerdings UNHCR, Stellungnahme v. 22.04.2002 an VG Gelsenkirchen: Engpässe können nicht mehr aufgefangen werden). Jedenfalls die Stadtbevölkerung Kinshasas, auf die indes vorliegend abzustellen ist, ist nach wie vor in der Lage, mit städtischer Kleinstlandwirtschaft und Kleinviehhaltung die Grundversorgung mit Nahrungsmitteln zu sichern; dabei tragen weiterhin vor allem Frauen und Kinder mit Kleinhandel zum Familienunterhalt bei; damit sind ersichtlich die verschiedentlich im Anschluss an eine Studie der Universität Kinshasa von 2001 erwähnten „Überlebensstrategien“ im informellen Sektor angesprochen. Dafür, dass dieser inzwischen „überfüllt“ wäre, lassen sich den dem Senat vorliegenden Erkenntnisquellen keine Hinweise entnehmen. Allerdings hängt die Sicherung der Existenzgrundlage inzwischen mehr denn je davon ab (vgl. AA, Berichte v. 01.02.2008 u. 14.05.2009), dass Rückkehrer vor Ort Unterstützung durch ihre (Groß-)Familien oder den nach

wie vor dort tätigen Nichtregierungsorganisationen bzw. kirchlichen Institutionen (vgl. zu den Volkskantinen Auswärtiges Amt, Auskunft v. 16.06.2002 an BayVG München) erfahren, weil sie sich ansonsten mangels staatlicher Hilfe (Aufnahmeeinrichtungen, Wohnraum, Sozialhilfe) als „schwierig bis unmöglich“ gestaltete. Insofern könnten insbesondere Minderjährige – wie die Klägerin - ihre Versorgung nicht alleine sicherstellen. Bei der vorliegend anzustellenden Gefahrenprognose ist jedoch von einer (hier nur in Betracht kommenden) Abschiebung in Begleitung ihrer Mutter auszugehen (vgl. OVG NW, Beschl. v. 03.02.2006 - 4 A 3132/04.A -; auch BVerwG, Urt. v. 16.08.1993 - 9 C 7.93 -, Buchholz 402.25 § 1 AsylVfG Nr. 163), sodass daraus – ungeachtet einer möglichen anderweitigen Unterstützung elternloser Kinder - jedenfalls noch kein Abschiebungsverbot folgt. Der Senat verkennt nicht, dass gegenseitiger Beistand aufgrund knapper gewordenen Ressourcen heute nicht mehr denselben Stellenwert wie früher haben mag (vgl. Schweizerische Flüchtlingshilfe, D. R. Kongo - Update - v. 06.08.2006) und Rückkehrer nach langer Auslandsabwesenheit mglw. nicht mehr ohne weiteres auf die Hilfeleistung Dritter, auch der erweiterten Familie, zurückgreifen können (vgl. Junghanss, Gutachten v. 09.02.2001 an VGH Bad.-Württ.). Eine solche kann allerdings nicht bereits mit der Erwägung in Frage gestellt werden, dass jedenfalls eine mehrköpfige Familie nicht unterstützt werden könnte. Dabei würde übersehen, dass es um gegenseitige bzw. *w e c h s e l s e i t i g e* (vgl. AA, Bericht über die asyl- und abschieberelevante Lage v. 14.05.2009) Unterstützung im Familienverband, zunächst im Wesentlichen um vorübergehende Hilfe zur Selbsthilfe durch die im Heimatland verbliebenen Familienmitglieder bei der Unterbringung, bei der Übernahme von Beschäftigungen im informellen Sektor sowie bei der Kinderbetreuung und nicht etwa um andauernde einseitige Unterstützung durch die im Heimatland Verbliebenen geht.

Ausgehend von diesen Feststellungen fehlt indes die Grundlage für die Prognose, gerade die Klägerin werde mit hoher Wahrscheinlichkeit alsbald nach ihrer Einreise in die D. R. Kongo der notwendigen Lebensgrundlage entbehren. Besondere auf eine entsprechende Gefährdung führende Umstände bzw. Risikofaktoren liegen bei ihr nicht vor. Insbesondere fehlt es nicht an jedem familiären Rückhalt in Kinshasa. Zwar will ihre Mutter keinerlei Kontakt mehr

zu ihren zahlreichen Verwandten in Kinshasa haben, doch ist nicht zu erkennen, träge ihre Behauptung zu, warum diese im Falle einer Rückkehr nicht wieder hergestellt werden könnten. Im Übrigen erscheint es in hohem Maße unwahrscheinlich, dass sie in der dortigen Region ansonsten keine weiteren, wenn auch entfernteren Verwandten mehr haben sollte (vgl. hierzu AA, Auskunft v. 16.06.2002 an BayVG München). Schließlich lebt auch ihr Vater wieder in Kinshasa, sodass sie mit der Unterstützung durch beide Elternteile rechnen kann (kritisch insoweit VGH Bad.-Württ., Beschl. v. 20.20.2009 - 13 S 1887/09 -). Warum die Klägerin bzw. ihre Familie die erforderliche Unterstützung im oben verstandenen Sinne - durch Verwandte ihrer Eltern - entbehren sollte, obwohl ihre Mutter vor ihrer Ausreise bei ihrem Onkel hatte unterkommen können, vermag der Senat nicht zu erkennen. Kann ihre Mutter sonach mit einer Unterstützung bei der Kinderbetreuung rechnen, dürfte sie als gelernte und auch als solche tätige Schneiderin (vgl. Nds.OVG, Urt. v. 04.02.2002 - 1 L 3320/00 - zur Qualifikation als Fliesenleger) grundsätzlich Zugang zum informellen Sektor finden und sich die in Kinshasa üblichen „Überlebensstrategien“ nutzbar machen können. Anders mag es sich bei alleinstehenden Frauen mit minderjährigen Kindern darstellen (vgl. hierzu UNHCR, Stellungnahme v. 22.04.2002 an VG Gelsenkirchen), da sich diese dann vorrangig selbst um ihre Kinder kümmern müssten. Zu dieser Personengruppe gehört die Mutter der Klägerin jedoch nicht, da davon auszugehen ist, dass sie nach gemeinsamer Rückkehr wieder mit dem bereits nach Kinshasa zurückgekehrten Vater ihrer Kinder zusammenleben und auch wieder Anschluss an ihre Großfamilie finden wird. Insofern und aufgrund der zu erwartenden anderweitigen Unterstützung wäre die Klägerin freilich auch nicht auf eine entsprechende Tätigkeit ihrer Mutter im informellen Sektor angewiesen, sodass dahinstehen kann, ob sie hierzu psychisch in der Lage wäre. Vor diesem Hintergrund bedarf es auch keiner Auseinandersetzung mit der Rechtsprechung des Oberverwaltungsgerichts des Saarlandes (vgl. Beschl. v. 11.07.2007, a.a.O.), der zufolge für alleinstehende Mütter mit kleinen Kindern im Regelfall eine Extremgefahr zu bejahen sei. Auch fehlende anderweitige familiäre Bindungen im Heimatland dürften bei einer - wie hier - jedenfalls nicht alleinstehenden Mutter mit minderjährigen (Klein-)Kindern noch nicht zwingend den Hungertod oder sonstige schwerwiegende Folgen nach sich

ziehen, nachdem vor Ort noch Hilfsorganisationen tätig sind und sich Rückkehrer nach längerem Aufenthalt im Bundesgebiet finanziell besser stellen dürften als der Durchschnitt der dortigen Bevölkerung, womit die mit der längeren Auslandsabwesenheit verbundenen Nachteile bei der Schaffung einer neuen Existenzgrundlage zumindest ausgeglichen sein dürften. Dass es sich bei ihren Eltern anders verhielte, vermag der Senat nicht zu erkennen. Auch dafür, dass Rückkehrern bei ihrer Einreise die Ersparnisse abgenommen würden, lassen sich den dem Senat vorliegenden Erkenntnisquellen keine Hinweise entnehmen. So wussten Rückkehrer bei einer nachträglichen Befragung von keinen staatlichen Repressionen im Zusammenhang mit ihrer Wiedereinreise zu berichten (vgl. AA, Bericht über die asyl- und abschieberelevante Lage v. 14.05.2009). Auch dürfte es Rückkehrern möglich und zumutbar sein, Geldmittel ggf. in die D. R. Kongo zu überweisen.

b) Der Senat vermag auch nicht zu erkennen, dass die sich mit ca. 4 ¼ Jahren gerade noch im Kleinkindalter befindende Klägerin noch im unmittelbaren Zusammenhang mit ihrer Einreise in die D. R. Kongo mit hoher, nicht nur beachtlicher Wahrscheinlichkeit insbesondere an Malaria erkranken und infolgedessen mit ebenfalls hoher Wahrscheinlichkeit sterben oder doch zumindest schwerste Verletzungen erleiden könnte (ebenso BayVGH, Beschl. v. 08.11.2005 - 21 B 05.30254 - für ein 3 Jahre altes Kind; Beschl. v. 17.02.2009 - 9 B 30225 - für in Deutschland geborene angolische Kinder, Beschl. v. 27.10.2003 - 25 B 02.31192 - für 5 Jahre alte angolische Kinder; SächsOVG, Urt. v. 09.05.2005 - 5 B 477/04.A - für ein 7 jähriges Kind; OVG SH, Beschl. v. v. 10.02.2003 - 4 L 169/02 - für ein 13 Jahre altes Kind; OVG NW, Beschl. v. 03.02.2006 - 4 A 4227/04.A - für ein 14 jähriges, bereits in der D. R. Kongo geb. Mädchen; auch - allerdings für Erwachsene - VGH Bad.-Württ., Urt. v. 13.11.2002, a.a.O.; Beschl. v 24.07.2003 - A 6 S 971/01 -: offen gelassen jeweils für Kleinkinder; BayVGH, Urt. v. 21.09.2009 - 21 B 08.30221 - für eine alleinerziehende Mutter einer 5 ½ Jahre alten Tochter; HessVGH, Urt. v. 09.11.2006 - 3 UE 3238/03.A -; HessVGH, Urt. v. 15.08.2003 - 3 UE 2870/99.A -; SächsOVG, Beschl. v. 10.02.208 - A 5 B 627/05 - ; OVG NW, Urt. v. 18.04.2002, a.a.O. , v. 04.03.2005 - 4 A 3047/04.A - u. v. 03.02.2006 - 4 A 3132/04.A -; auch VGH Bad.-Württ., Urt. v.

20.04.2004 - A 9 S 929/03 - für einen Erwachsenen aus Togo; a. A. BayVGH, Beschl. v. 14.02.2007 - 21 B 06.31059 - für ein (allein stehendes?) 4 Jahre altes Kind; VG Sigmaringen, Urt. v. 10.11.2009 - A 5 K 250/09 - für ein 1 ½ Jahre altes Mädchen im Anschluss an BayVG Augsburg, Urt. v. 22.03.2007 - 1 K 06.30353 - für ein 9 Monate altes Mädchen, jeweils aufgrund einer Kumulation mehrerer zusammentreffender, erhöhter Risikofaktoren; BayVG München, Urt. v. 29.03.2007, a.a.O., für Kinder im Alter von 1 ½, 3 und 7 Jahren, Urt. v. 17.02.2004 - M 21 K 02.51921 - für 7 ½ u. 9 ¼ Jahre alte Kinder, a. Urt. v. 01.07.2004 - 21 K 00.506.16 - für ein 6 Jahre altes Kind; VG Stuttgart, Urt. v. 24.04.2009 - A 3 K 749/08 - für eine alleinstehende Mutter mit einem betreuungsbedürftigen Kleinkind).

Das im Hinblick auf wahrscheinliche Erkrankungen voraussichtlich in Anspruch zu nehmende Gesundheitswesen (vgl. hierzu IZAM, D. R. Kongo - Gesundheitswesen -, 2006; Schweizerisches BAFI, Focus: D. R. Kongo - Medizin. Infrastruktur und Behandlung in Kinshasa -, 05.10.2001) steht nach Einschätzung im neuesten Lagebericht vom 14.05.2009 nach wie vor in einem sehr schlechten Zustand; zwar spricht das Auswärtige Amt selbst nicht mehr von einem „katastrophalen“ bzw. „äußerst schlechten“ Zustand, allerdings ist nunmehr von einer „völlig unzureichenden“ Hygiene in den Krankenhäusern die Rede. Auch kann der Großteil der Bevölkerung weiterhin nicht hinreichend versorgt werden, wobei sich der Zugang zur medizinischen Versorgung in den – hier freilich nicht interessierenden - entlegenen Regionen im Landesinnern seit 2005 noch verschlechtert hat. Jedoch wird die Gesundheitsversorgung in einer Studie von Oktober 2005, die der Einschätzung der Botschaft entsprechen soll, im ganzen Land als katastrophal bezeichnet. Insofern dürfte sich an der medizinischen Versorgungslage im Wesentlichen nichts geändert haben (vgl. auch Junghanss, Ergänzungsgutachten v. 17.01.2010, S. 9). Von einer wesentlichen Verschlechterung dürfte freilich im Hinblick auf die gegenüber 2000 rückläufige Sterberate ebenso wenig auszugehen sein. Weiterhin existiert kein Krankenversicherungssystem und zahlen in der Regel die Arbeitgeber die Behandlungskosten. Verlässliche aktuelle Statistiken zu Armut und Arbeitslosigkeit gibt es zwar nicht, doch ist davon ausgehen, dass ein Großteil der Bevölkerung (ca. 90 %) im informellen Sektor oder in der Subsistenz-

wirtschaft beschäftigt ist (vgl. auch www.auswaertiges-amt.de; www.kongokinshasa.de). Insofern müssen die Behandlungskosten weiterhin regelmäßig unter erheblichen Anstrengungen von den Betroffenen selbst bzw. der Großfamilie aufgebracht werden. Das Fehlen jeglicher finanzieller Mittel und fehlende familiäre Bindungen erhöhen daher weiterhin das gesundheitliche Risiko (vgl. amnesty international, Stellungnahme v. 12.02.2001 an BayVG München). Davon, dass eine ärztliche Erstversorgung auch mittellosen Patienten gewährt wird, die keine Unterstützung durch die eigene Familie erlangen können, und ggf. auch die Möglichkeit der Kostenübernahme durch kirchliche oder sonstige karitativ tätige Organisationen besteht - 70% der Gesundheitszentren in Kinshasa gehören den Kirchen – kann nach wie vor ausgegangen werden (vgl. IZAM, a.a.O., sowie Schweizer. BAFl., a.a.O.).

Das Gesundheitsrisiko wird dabei wesentlich von dem jeweiligen sozialen Milieu bzw. den Wohnverhältnissen (normales Wohnviertel oder Slumviertel in Kinshasa oder in anderen Landesteilen) mitbestimmt (vgl. Ochel, Gutachten v. 27.06.2002 vor VG Frankfurt/M., S. 11 f.), insbesondere davon, inwieweit Zugang zum Trinkwasser und ein Anschluss an eine Abwasserkanalisation besteht. Ohne entsprechenden Zugang bzw. Anschluss erhöht sich das Risiko einer Malariainfektion und von Durchfallerkrankungen beträchtlich (vgl. Ochel, a.a.O., S. 3, 7 und 11; auch Institut für Afrika-Kunde vom 19.3.2002 an VG München). Nach Schätzungen eines Mitarbeiters der Abteilung für Sozialwesen der Universität Kinshasa (UNIKIN) sollen zwar nur etwa 60 % der Haushalte in Kinshasa direkten Zugang zum Trinkwasser haben und lediglich 10 % der Haushalte an eine Abwasserkanalisation angeschlossen sein. Doch haben die meisten Haushalte – auch in den eher ländlichen Stadtteilen – immerhin noch „leichten“ Zugang zum Trinkwasser, d.h. eine Trinkwasserquelle ist fußläufig in weniger als 15 Minuten zu erreichen (vgl. AA, Auskunft v. 14.04.2005 an OVG NW). Nach den Erhebungen der Weltgesundheitsorganisation hatten im Jahre 2006 gar 82 % der städtischen Bevölkerung Zugang zu verbesserten Trinkwasserquellen (vgl. World Health Statistics 2009, S. 84) und immerhin 42 % Zugang zu einer verbesserten Abwasser-/Abfallbeseitigung. Die Qualität der konkret verfügbaren Wohnung hängt dabei nicht zuletzt von der Finanzkraft der Wohnungssuchenden ab, wobei es für eine nach mehrjährigem Aus-

landsaufenthalt zurückkehrende Familie jedenfalls hilfreich sein wird, wenn bereits Familienangehörige oder Freunde bzw. Bekannte in Kinshasa wohnen.

Von einiger Bedeutung für das Ausmaß der gesundheitlichen Gefährdung ist schließlich das Lebensalter. Insofern besteht ein erhöhtes Risiko bei Kindern, insbesondere von solchen unter fünf Jahren (vgl. Institut für Afrika-Kunde, Stellungnahme v. 19.03.2002 an BayVG München; Deutsche Botschaft Kinshasa, Auskunft v. 09.02.2001 an Nds.OVG). So betrug die Kindersterblichkeit von Kindern bis zu diesem Alter in der D. R. Kongo im Jahre 2007 immer noch 161 (171 bzw. 152) von 1.000 Lebendgeburten gegenüber 179 (189 bzw. 168) in 2000 (vgl. WHO, a.a.O., S. 14 bzw. 37) bzw. 205 (217 bzw. 192) in 2004 (vgl. WHO, Mortality Country Fact Sheet 2006; hierzu auch Razum, Kindersterblichkeit und soziale Situation: Ein internationaler Vergleich, Deutsches Ärzteblatt, v. 26.10.2007, S. A2950 ff.; IZAM, D. R. Kongo - Situation der Frauen und Kinder, Februar 2007, S. 11). Häufigste Todesursachen in 2004 waren neben frühgeburtlichen Schädigungen (19,6 %) vor allem Durchfallerkrankungen (17,9 %), Lungenentzündung (23,9 %) und Malaria (16,8 %). Hierfür mag häufig auch eine Mangel- bzw. Fehlernährung mitverantwortlich sein, die sich in Kindesalter schädlicher auswirkt (vgl. Dietrich <Bernhard-Nocht Institut>, Stellungnahme v. 02.04.2002 an BAFI; Ochel, a.a.O., S. 7; Junghanss, Gutachten v. 09.02.2001, S. 15). Die erhöhte Kindersterblichkeit beruht nicht zuletzt wesentlich darauf, dass das sich bei Kindern erst entwickelnde Immunsystem noch nicht in gleichem Maße in der Lage ist, Infektionen abzuwehren, bevor es zu schwerwiegenden Schäden einschließlich einer Todesfolge kommt. Auch ist der Krankheitsverlauf insbesondere im Falle einer Infektion in den ersten fünf Lebensjahren komplizierter als bei älteren Kindern oder Erwachsenen (vgl. Junghanss vom 9.2.2001, S. 14; Ochel, a.a.O., S. 7 und 11). Episoden von Durchfallerkrankungen sind im Kindesalter besonders häufig und bedrohen die Kinder stark, weil sie stark austrocknen. Typischerweise machen Kinder bis zum Alter von fünf Jahren ungefähr 20 lebensbedrohliche Durchfallinfektionen durch (vgl. Ochel, a.a.O., S. 7 und 11). Hinsichtlich Magen-Darm-Infektionen besteht schließlich vor allem für Säuglinge und Kinder bis zu fünf Jahren auch ein gegenüber der einheimischen Bevölkerung erhöhtes Erkrankungsrisiko, weil Rückkehrer sich erst (wieder)

an die dortige Keimflora gewöhnen müssen (vgl. Ochel, a.a.O., S. 11; vgl. Institut für Afrika-Kunde vom 19.3.2002 an VG München, S. 3).

Ausgehend von diesen Feststellungen kann für die Klägerin gleichwohl nicht von einer „Extremgefahr“ im Sinne der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts ausgegangen werden. Dass sie nach Einreise in die D.R. Kongo mangels jeglicher familiärer Unterstützung oder finanzieller Mittel in gegenüber dem Durchschnitt der Bevölkerung Kinshasas hygienisch problematischeren Wohnverhältnissen - etwa in einem Slumviertel - leben müsste und von der gesundheitlichen Versorgung ausgeschlossen wäre, lässt sich nicht feststellen. Vielmehr dürfte es ihrer Mutter schon mit Rücksicht auf den wieder in Kinshasa lebenden Vater der Klägerin und ihrer anderweitigen Verbindungen gelingen, mit ihren Kindern zumindest in einer Wohnung mit „leichtem“ Zugang zum Trinkwasser unterzukommen, mag diese mglw. auch über keinen Anschluss an die öffentliche Abwasserkanalisation verfügen.

Allerdings ist bei der Klägerin auch im Hinblick auf eine ihr in der D. R. Kongo drohende Malariaerkrankung von einer erheblich gesteigerten Gefährdung auszugehen. So baut sich erst innerhalb des ersten Lebensjahrzehnts in Malaria-Übertragungsgebieten infolge der anhaltenden Exposition gegenüber Malaria-Erregern eine sog. „Semi“-Immunität auf, die das Erkrankungsrisiko mindert bzw. einen schweren Krankheitsverlauf verhindert (vgl. Junghans, Niederschrift, a.a.O.; ebenso Ochel, a.a.O., S. 4 und 8; Dietrich, a.a.O., S. 2). Deren Bedeutung erhellt nicht zuletzt daraus, dass die Mortalitätsrate von Kleinkindern (0 - 4 Jahre), mithin nicht-„semi“-immunen Kindern, in den Ländern Sub-Sahara-Afrikas „mit stabiler Übertragung“ ca. 940 von 100.000 beträgt (vgl. Junghans, ergänzende Stellungnahme v. 09.11.2002, Ergänzungsgutachten v. 17.01.2010 m. N.), womit die Altersklassen-spezifische Mortalität von ca. 1 % um das ca. 6-fache höher liegt als die für die Gesamtbevölkerung (158 von 100.000). Da auch die in Deutschland geborene und aufgewachsene Klägerin ohne jeglichen erworbenen Malaria-spezifischen Schutz in die D. R. Kongo einreist, kann die Gruppe der dort geborenen und aufgewachsenen, unter fünf Jahre alten Kinder im Wesentlichen als Referenzgruppe für die spezifische Malariagefährdung der Gruppe der Rückkehrer

herangezogen werden (vgl. Junghanss, ergänzende Stellungnahme v. 09.11.2002 u. Ergänzungsgutachten v. 17.01.2010). Deren besserer Ernährungszustand dürfte dadurch aufgewogen werden, dass auf in der D. R. Kongo geborene Säuglinge offenbar bereits über die Muttermilch Schutzstoffe gegen Malaria übertragen werden (vgl. Junghanss, Niederschrift über die mündliche Verhandlung vor dem VGH Bad.-Württ. vom 06.11.2001, S. 5; auch Dietrich, a.a.O., S. 3).

Anhaltspunkte dafür, dass die Gruppe der Rückkehrer grundsätzlich ein sehr viel höheres Risiko trafe, an Malaria zu sterben, als die Angehörigen jener Vergleichsgruppe, sind nicht erkennbar. Allerdings kann das malariaspezifische Sterberisiko insbesondere dann sprunghaft steigen, wenn Durchfallerkrankungen aufgrund verseuchten Wassers hinzukommen (vgl. Junghanss, Niederschrift vom 06.11.2002, S. 7). Ein entsprechendes Risiko aufgrund fehlender Gewöhnung an die Keimflora besteht – wie ausgeführt - vor allem für Kleinkinder, die von außen in das Erregergebiet kommen (vgl. Junghanss, Niederschrift, a.a.O., S. 7). Davon, dass eine Malaria-Erkrankung gerade bei Rückkehrern nicht adäquat behandelt würde, weil in den Gesundheitseinrichtungen irrig davon ausgegangen würde, die Betroffenen verfügten über eine „Semi“-Immunität, kann schließlich nicht ausgegangen werden. Abgesehen davon, dass dieser Gesichtspunkt schon deshalb von nur eingeschränktem Gewicht wäre, weil Diagnose und Therapie einer Malaria in der D. R. Kongo ohnehin als "komplett inadäquat" anzusehen sind (vgl. Junghanss, Niederschrift, a.a.O., S. 4; anders wohl Dietrich, a.a.O., und Ochel, a.a.O.), ist es Rückkehrern zumutbar, offen zu legen, sich längere Zeit im Ausland aufgehalten zu haben und daher möglicherweise nicht mehr über den Schutz einer „Semi“-Immunität zu verfügen; da hiervon das Überleben abhängen kann, steht dem nicht entgegen, dass die behandelnden Ärzte den Rückkehrer dann möglicherweise als vermögend ansehen (vgl. dazu Ochel, a.a.O., S. 15; zur Obliegenheit des Ausländers, drohende Gefahren durch zumutbares eigenes Verhalten abzuwenden BVerwG, Urt. v. 02.09.1997 - 9 C 40.96 - , BVerwGE 105, 187 <194>). Die für eine Malariatherapie notwendigen Medikamente sind schließlich in Kinshasa erhältlich und für eine nicht mittellose Familie wie hier auch verfügbar. Dass eine Malariaerkrankung möglicherweise nicht früh ge-

nug diagnostiziert würde, sodass diese nicht rechtzeitig behandelt werden könnte, was zur Vermeidung schwerwiegender Folgen indessen entscheidend ist (vgl. Dietrich, a.a.O.; Swiss Tropical Institute, Stellungnahme v. 17.07.2002: ca. 50 % Mortalitätsrisiko bei einer unbehandelten Malaria), gilt für die Referenzgruppe gleichermaßen. Auch dürfte sich dies kaum auswirken, weil in der D. R. Kongo alle fieberhaften Erkrankungen vorsorglich als Malaria behandelt werden (vgl. Dietrich, a.a.O.). Bei rechtzeitiger Diagnostik bzw. Behandlung geht die Sterblichkeitsrate indessen gegen Null (vgl. Dietrich, a.a.O.; IZAM, D. R. Kongo - Gesundheitswesen -, April 2006, S. 20) bzw. beläuft sich bei einer bereits erreichten schweren Malaria in Abhängigkeit von der jeweiligen Krankenhausversorgung auf 20 - 30 % (vgl. Junghanss, Gutachten v. 15.10.2001, S. 5; IZAM, D. R. Kongo - Gesundheitswesen -, April 2006, S.21: 25 %). Weitere Risikofaktoren bei einer Malariabehandlung (u. a. das von gefälschten Medikamenten ausgehende Risiko), liegen bei der Referenzgruppe gleichermaßen vor, so dass sie bei der Sterblichkeitsrate bereits Berücksichtigung gefunden haben und zu keiner weiteren Risikoerhöhung gerade für die Gruppe der Rückkehrer führten.

Eine Extremgefahr im Hinblick auf eine drohende Malariaerkrankung lässt sich auch nicht für in Deutschland (bzw. Europa) geborene und aufgewachsene (Klein-)Kinder feststellen, da insbesondere sie bzw. ihre Eltern im Zusammenhang mit der Gewährung von Abschiebungsschutz darauf zu verweisen sind, das für sie namentlich aufgrund von Durchfallerkrankungen (für Kleinkinder erheblich) erhöhte malariaspezifische Risiko durch vorbeugende Maßnahmen wieder erheblich zu senken, auch wenn eine entsprechende Vorsorge von der einheimischen Bevölkerung weithin nicht praktiziert wird (vgl. Junghanss, Ergänzungsgutachten v. 17.01.2010). Hierzu gehört zunächst eine (weitgehende) Entkeimung des Trinkwassers; entsprechende Verfahren dürften der Familie der Klägerin aufgrund ihres Aufenthalts in der Bundesrepublik Deutschland geläufig und zumindest teilweise verfügbar sein (notfalls Abkochen des Trinkwassers; vgl. zu den aus der schlechten Wasserqualität insbesondere für hier geborene Kinder erwachsenden Gefahren Institut für Afrika-Kunde, Stellungnahme v. 19.03.2002 an BayVG München). Auch kann ein sonstiges Infektionsrisiko durch vom Gesundheitsdienst des Auswärtigen

Amts bei Reisen in die D. R. Kongo empfohlene und auch der Klägerin zumutbare Präventionsmaßnahmen bzw. noch im Bundesgebiet durchzuführende Impfungen vermindert werden (vgl. hierzu AA, Auskunft v. 14.04.2005 an OVG Münster; IZAM, D. R. Kongo - Gesundheitswesen -, April 2006, S. 14 f.; Junghanss, Gutachten v. 09.02.2001, S. 11). Insbesondere zu ergreifen sind schließlich Maßnahmen der Expositionsprophylaxe bzw. des Mückenschutzes als wichtigste und wirksamste Vorbeugung gerade auch gegen Malaria (etwa Mücken abweisende Hautmittel <Repellentien>, Insektizide, Insektizid-imprägniertes Moskitonetz über dem Bett und der Spielfläche, vgl. AA - Gesundheitsdienst -, Merkblatt für Beschäftigte - Malaria; Dietrich <Bernhard-Nocht-Institut für Tropenmedizin>, Stellungnahme v. 2.4.2002). Insbesondere durch die Verwendung eines imprägnierten Moskitonetzes kann die Gefahr einer Malariaerkrankung gegenüber den Angehörigen der Referenzgruppe, von denen nur 1 % unter einem Insektizid-behandelten Bettnetz schlafen (vgl. World Health Statistics 2009, S. 29) entscheidend gemindert werden, wobei die Imprägnierung lediglich einmal im Jahr erneuert werden muss. Die Zahl infektiöser Stiche und damit das Risiko "klinisch relevanter Stadien der Malaria" kann dadurch - freilich nur unter Idealbedingungen - um etwa die Hälfte gesenkt werden (vgl. Junghanss, Gutachten v. 15.10.2001, S. 5; Niederschrift, a.a.O., S. 1 f.); das Risiko, eine schwere Malaria zu entwickeln, wird so um 44 % vermindert. Gerade Rückkehrer, die lange im Bundesgebiet gelebt und hier gearbeitet haben, können bei Kosten von etwa zwei bis fünf Euro für ein Mosquito-Netz und von zwei bis drei Euro für die Imprägnierung (vgl. Ochel, a.a.O., S. 14) ohne weiteres auf eine solche vorbeugende Maßnahme verwiesen werden; gleiches gilt für die vorerwähnten Repellentien. Nicht ohne weiteres zumutbar sein dürfte dagegen eine zunächst zwar naheliegende, den möglichen Aufbau einer Semi-Immunität begleitende Langzeit-Chemoprophylaxe (vgl. IZAM, D. R. Kongo - Gesundheitswesen -, April 2006, S. 22), insbesondere mit Mefloquin (Lariam) oder Doxycyclin bzw. Primaquin; das in der D. R. Kongo offenbar leicht verfügbare und preiswerte Malariamedikament "Fansidar" wäre zur Prophylaxe nicht geeignet (vgl. Deutsche Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit (DTG), Empfehlungen zur Malariavorbeugung, April 2009, S. 6; bereits Junghanss, Niederschrift, a.a.O., S. 3) und insofern auch nicht zumutbar. Zwar wird eine

Langzeit-Chemoprophylaxe von der Deutschen Gesellschaft für Tropenmedizin und Internationale Gesundheit (DTG) weiterhin nicht nur bei Auslandsstämmigen und deren Familien, die länger als drei Monate in der D. R. Kongo leben, sondern auch bei Migranten aus Malariagebieten und deren Kindern empfohlen, die in Deutschland leben bzw. hier geboren sind (vgl. Empfehlungen zur Malariavorbeugung, Stand April 2009; auch AA - Gesundheitsdienst -, Merkblatt für Beschäftigte u. Langzeitausreisende), bei letzteren freilich nur, wenn sie sporadisch für einige Monate in die D. R. Kongo zurückkehren (vgl. hierzu auch Junghanss, Ergänzungsgutachten v. 17.01.2010). Dem entsprechend besteht heute Konsens darüber, dass das Malariarisiko für Personen, die dauerhaft in Malariaübertragungsgebieten leben, nicht durch eine Chemoprophylaxe gelöst werden kann (vgl. Junghanss, Ergänzungsgutachten v. 17.01.2010, S. 11). Auf diese Weise würden auch die für die Malaria-Prophylaxe bedeutsamen Medikamente infolge Resistenzentwicklung in kurzer Zeit entwertet (vgl. Junghanss, Niederschrift, a.a.O, S. 3, Ergänzungsgutachten v. 17.01.2010, S. 11). Insofern dürfte eine solche für in der D.R. Kongo verbleibende Personen allenfalls zu Beginn ihres Aufenthalts (etwa für 3 Monate, vgl. AA - Gesundheitsdienst -, Merkblatt für Beschäftigte - Malaria - Empfehlungen zur Malariavorbeugung und Notfallselbstbehandlung, S. 15) sinnvoll sein, bis diese ihre Umgebung mit baulichen Schutzmaßnahmen (Fliegengitter, Sanierung von Mückenbrutplätzen etc.) versehen und Kenntnisse über die nächsten Diagnostik- und Behandlungsmöglichkeiten am Ort haben; für einen solchen Zeitraum wäre den Betroffenen auch die vorherige Beschaffung eines entsprechenden Medikamentenvorrats zumutbar. Eine Langzeit-Prophylaxe dürfte hingegen bei der Ausbildung einer wenn auch ggf. nur eingeschränkten „Semi“-Immunität eher hinderlich sein (vgl. Junghanss, Niederschrift, a.a.O., S. 3, Gutachten v. 15.10.2001, S. 4, Ergänzungsgutachten, S. 11; anders Ochel, a.a.O., S. 8 f. unter Hinweis auf Empfehlungen der WHO; Dietrich, a.a.O.). Nicht zuletzt sind auch die mit den allenfalls geeigneten Medikamenten verbundenen Nebenwirkungen, beschränkten Erfahrungen und anfallenden Kosten zu berücksichtigen (vgl. hierzu auch Junghanss, Ergänzungsgutachten, S. 11). Auf eine in der D. R. Kongo inzwischen praktizierte intermittierende Malariatherapie dürfte der Kläger ebenso wenig zu verweisen sein; diese mag bezogen auf die einheimische Bevölkerung als solche

sinnvoll sein, eine erhebliche Senkung des individuellen Erkrankungsrisikos lässt sich damit jedoch nicht erreichen.

Danach kann aber auch bei der Klägerin ungeachtet dessen, dass sie sich mit 4 $\frac{3}{4}$ Jahren gerade noch im Kleinkindalter befindet, zunächst nicht davon ausgegangen werden, gerade sie werde im Falle ihrer Abschiebung alsbald mit hoher Wahrscheinlichkeit an Malaria sterben. Insbesondere kann solches vor dem Hintergrund der zu erwartenden (nicht unterdurchschnittlich hygienischen) Wohnverhältnisse und der ohne weiteres möglichen Maßnahmen, mit denen das entsprechende Erkrankungsrisiko wieder erheblich gesenkt werden kann, nicht daraus hergeleitet werden, dass die hohe Sterblichkeit von Kleinkindern - von frühgeburtlichen Schädigungen einmal abgesehen - maßgeblich auf Durchfallerkrankungen, Lungenentzündung und Malaria zurückzuführen ist, sie hinsichtlich Magen-Darm-Infektionen gegenüber der einheimischen Bevölkerung besonders erhöht ist und insofern auch das malariaspezifische Sterberisiko sprunghaft ansteigen kann, wenn Durchfallerkrankungen hinzukommen. Dies gilt hier umso mehr, als die Klägerin für den Fall einer nach rechtskräftiger Entscheidung erfolgenden Abschiebung bereits dem Kleinkindalter entwachsen sein wird. Ebenso wenig lässt sich feststellen, dass sie malariabedingt zumindest mit hoher Wahrscheinlichkeit schwerste Verletzungen erleiden würde. Zwar verkennt auch der Senat nicht, dass auch die nicht „semi“-immune Klägerin durchaus innerhalb der ersten Wochen ihres Aufenthalts in der D. R. Kongo mit einer mglw. sogar schweren Malaria rechnen muss (vgl. Junghanss, Niederschrift, a.a.O., S. 6; ebenso Dietrich, S. 2; Swiss Tropical Institute, a.a.O.), welche ggf. auch bleibende Schäden zur Folge haben kann; insofern kann durchaus ein Stich genügen. Indessen liegt das Risiko von Spätschäden infolge einer schweren Malaria lediglich bei etwa 10 bis 20%, wobei es sich keineswegs stets um schwerwiegende Schäden wie etwa Erblindung und Lähmung handelt, zumal wenn man berücksichtigt, dass in einem Malaria-Gebiet jedes Kind einmal eine schwere Malaria durchmacht (vgl. Junghanss, Niederschrift, a.a.O., S. 5 u. 7). Sollte der nachträgliche Aufbau einer stabilen „Semi“-Immunität nicht zu erreichen sein, könnte dies zwar mglw. zur Folge haben, dass die Betroffenen weiterhin und immer wieder mit schweren Malariaerkrankungen zu rechnen hätten, doch kann davon, sollte

darin eine schwerste Verletzung zu sehen sein, jedenfalls nicht mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgegangen werden, nachdem hierzu keine Erkenntnisse vorliegen und teilweise ohne weiteres von einem nachträglichen (Wieder-)Aufbau einer (stabilen) „Semi“-Immunität ausgegangen wird (vgl. Ochel, a.a.O., S. 4 und 8 f.; Dietrich, a.a.O., S. 2; zweifelnd lediglich Junghanss, Gutachten v. 09.02.2001, S. 10, Niederschrift, a.a.O., S. 5, Ergänzungsgutachten v. 17.01.2010, S. 11).

Dem in der mündlichen Verhandlung gestellten Hilfsbeweisanspruch brauchte der Senat nicht nachzugehen, nachdem mit diesem lediglich die umfassende Würdigung eines komplexen Sachverhalts unter Beweis gestellt wird, welche indes allein dem Senat obliegt und insofern keinem Beweis zugänglich ist. Im Übrigen wäre die unter Beweis gestellte „akute Gefahr für Leib und Leben“ im Rahmen des hier zu prüfenden Abschiebungsschutzes ohnehin nicht erheblich gewesen.

Nach alledem kann die Beklagte nicht verpflichtet werden, bei der Klägerin ein Abschiebungsverbot nach § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG hinsichtlich der D. R. Kongo festzustellen. Auf eine entsprechende Abhilfeentscheidung zu ihren Gunsten bestand schließlich auch kein Anspruch aus Art. 3 Abs. 1 GG. Dass die Beklagte bei ihren Abhilfeentscheidungen willkürlich vorgegangen wäre, vermag der Senat nicht zu erkennen.

2. Die ebenfalls angefochtene Abschiebungsandrohung ist rechtlich nicht zu beanstanden (vgl. §§ 34 Abs. 1, 38 Abs. 1 AsylVfG, 59 Abs. 3 Satz 2 AufenthG).

Die Kostenentscheidung folgt aus § 154 Abs. 2 VwGO. Gerichtskosten werden nicht erhoben.

Die Revision ist nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des § 132 Abs. 2 VwGO nicht vorliegen (vgl. hierzu BVerwG, Beschl. v. 14.02.2003 - 1 B 273.02 -, Buchholz 402.240 § 53 AuslG Nr. 68).