



VERWALTUNGSGERICHTSHOF BADEN-WÜRTTEMBERG

Im Namen des Volkes Urteil

In der Verwaltungsrechtssache

vertreten durch die Eltern

prozessbevollmächtigt:
Rechtsanwälte

- Kläger -
- Berufungskläger -

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: 5140169-246

- Beklagte -
- Berufungsbeklagte -

wegen Abschiebungsverbots gemäß § 60 Abs. 7 AufenthG

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

für Recht erkannt:

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Verwaltungsgerichts Stuttgart vom 20. Juni 2005 - A 18 K 10445/05 - wird zurückgewiesen.

Der Kläger trägt die Kosten des - gerichtskostenfreien - Berufungsverfahrens.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

Der in Crailsheim geborene Kläger ist nach seinen 1967 bzw. 1970 in Kinshasa/Demokratische Republik Kongo (D. R. Kongo) geborenen Eltern, deren Asylanträge im November 2004 rechtskräftig abgelehnt wurden (vgl. VGH Bad.-Württ., Beschl. v. 23.11.2004 - A 5 S 1396/04 -) und die lediglich im Besitze von Duldungen sind, ebenfalls Staatsangehöriger der D. R. Kongo.

Am 17.12.2004 wurde für den Kläger erstmals Asylantrag sowie Antrag auf Abschiebungsschutz gestellt. Die von seinen Eltern geltend gemachten Gründe bestünden nach wie vor fort und bedrohten mittelbar auch seine Existenz. Zumindest seien - hilfsweise - Abschiebungshindernisse nach § 53 Abs. 6 AuslG festzustellen. Bei einer erzwungenen Ausreise geriete die gesamte Familie in erhebliche Not und Elend, was für ihn zu einer konkreten Lebensgefahr führte. Für ein in Deutschland aufgewachsenes Kind bestünden ganz erhebliche gesundheitliche Risiken. Infolge einer fehlenden Immunisierungsvorbereitung träfe ihn dies besonders, zumal er und seine Eltern völlig mittellos wären. Insofern könnte er weder mit ausreichender Nahrung noch mit medizinischer Versorgung rechnen.

Mit Bescheid vom 22.02.2005 lehnte das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge den Asylantrag des Klägers ab (Ziff. 1 u. 2), stellte gleichzeitig fest, dass auch Abschiebungsverbote nach § 60 Abs. 2 bis 7 AufenthG nicht vorlägen (Ziff. 3) und forderte den Kläger auf, die Bundesrepublik Deutschland innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe bzw. nach (negativem) unanfechtbaren Abschluss des Asylverfahrens zu verlassen, widrigenfalls er in die Demokratische Republik Kongo abgeschoben werde. Ein Abschiebungsverbot gemäß § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG bestehe aufgrund der aktuellen Entwicklung derzeit nicht, zumindest dann, wenn sich der Kläger in die von der Regierung gehaltenen Gebiete, insbesondere nach Kinshasa begeben. Dort habe sich die

Sicherheits- und Versorgungslage inzwischen beruhigt und stabilisiert. Zumindest in der Region Kinshasa werde auch versucht, durch eine urbane Mikrowirtschaft die Grundversorgung der Bevölkerung zu sichern; auch herrsche keine allgemeine Hungersnot mit Todesfällen. Nach Verschlechterung der wirtschaftlichen Situation seit Ausbruch der kriegerischen Auseinandersetzungen im Mai 1997 unternahme die Regierung mit Unterstützung verschiedener Hilfsorganisationen, Kirchen und Hilfsfonds erhebliche Anstrengungen, dort die Grundversorgung der Bevölkerung zu sichern. Nach einer 2001 veröffentlichten Untersuchung der landwirtschaftlichen Fakultät der Universität Kinshasa zur Ernährungssituation in der Hauptstadt sei die Versorgung mit Lebensmitteln für die Bevölkerung vor Ort zwar schwierig, dank verschiedener „Überlebensstrategien“ herrsche jedoch keine akute Unterversorgung. Diese Einschätzung sei Ende September 2001 auch von der Welternährungsorganisation (FAO) in Kinshasa geteilt worden. Darüber hinaus sei zu berücksichtigen, dass es in innerhalb einer (Groß-)Familie in wechselseitiger Unterstützung möglich sei, besondere Härten für einzelne Familienmitglieder aufzufangen. Hinzu kämen Initiativen auf dem informellen Sektor, mit denen versucht werde, die schwersten Härten zu mildern und die Grundversorgung mit Lebensmitteln zu sichern. Danach sei dem Kläger der Aufenthalt in von der Regierung gehaltenen Gebieten, vor allem in Kinshasa und Umgebung, möglich und zumutbar, da sich sowohl die Sicherheits- als auch die Versorgungslage im Lande stabilisierten und alle Anstrengungen unternommen würden, um einen dauerhaften Frieden herbeizuführen. Zurückkehrende allein stehende (männliche) Erwachsene, komplette Familien, Personen, die auch nach unter Umständen langjähriger Abwesenheit in familiäre/verwandtschaftliche Strukturen vor Ort zurückkehren könnten sowie finanziell leistungsfähige Rückkehrer gerieten danach durch ihre Abschiebung regelmäßig nicht in eine extreme Gefahrenlage. Der Kläger könne auch unter dem Aspekt der schlechten medizinischen Versorgungslage, insbesondere auch nicht im Hinblick auf eine etwaige Ansteckungsgefahr mit Infektionskrankheiten wie Malaria, ein 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 jedoch 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. Jedenfalls im Großraum Kinshasa gebe es hinreichende Möglichkeiten ärztlicher Hilfe und in ausreichender Menge Medikamente gegen Malaria. Es gebe ein Netz von Krankenhäusern und Behandlungszentren, insbesondere auch von Nicht-Ärzten, die in die Diagnostik und Behandlung eingewiesen seien. Auch würden alle Krankheitszeichen als Malaria betrachtet und entsprechend unverzüglich behandelt. Auch Kranke, die nicht über die finanziellen Mittel verfügten, würden nicht ohne medizinische Behandlung entlassen. Auch könne mit einem entsprechenden Impfschutz Vorsorge getroffen werden.

Gegen diesen am 24.02.2005 als Einschreiben zur Post gegebenen Bescheid hat der Kläger am 02.03.2005 Klage zum Verwaltungsgericht Stuttgart erhoben, mit der er sein Begehren weiterverfolgt. Würde er mit seinen Eltern in deren Heimatland abgeschoben, nähme er dort durch lebensbedrohliche Krankheiten erheblichen Schaden. Dabei drohe ihm eher Lebensgefahr als der vergleichbaren einheimischen Bevölkerung, weil er keine Teilimmunität gegen die dort verbreiteten Krankheiten habe entwickeln können. Auch hätten seine Eltern dort weder Arbeit noch Unterkunft und damit keine ausreichende Versorgungsbasis. Rückkehrer würden schließlich bei der Grenzkontrolle nach etwaigen Geldmitteln durchsucht. Der Vater des Klägers, der seinen Angaben in seinem eigenen Asylverfahren zufolge Wirtschaftswissenschaften studiert und in Kinshasa zuletzt selbständig im Holzverarbeitenden Gewerbe tätig war, dort noch zwei weitere - 1988 bzw. 1992 geborene - Kinder sowie Geschwister hat, machte in der mündlichen Verhandlung geltend, dass seine kranke Mutter in lebe und er zu seinem Bruder in Kinshasa keinen Kontakt mehr habe. Die Mutter des Klägers gab an, dass ihre Eltern weiterhin in der Provinz Equateur lebten.

Das Verwaltungsgericht hat die Klage mit Urteil vom 20.06.2005 - A 18 K 10445/05 - abgewiesen. Es liege auch kein Abschiebungsverbot nach § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG vor. Eine grundrechtliche Mitverantwortung des deutschen Staates für Sachverhalte, die im Ausland einträten, komme nur insoweit in Betracht, als sie dem staatlichen Handeln noch zugerechnet werden

könnten. Eine extreme Gefährdung i. S. der Rechtsprechung bestehe zunächst nicht wegen unzureichender Versorgung mit Lebensmitteln. So herrsche in der Region keine allgemeine Hungersnot, bei der einem großen Teil der Bevölkerung „mangels jeglicher Lebensgrundlage“ der baldige sichere Hungertod drohte. Es sei auch nicht erkennbar, dass gerade im Großraum Kinshasa eine besonders schlechte Lebensmittelversorgung bestünde. Im Gegenteil herrsche dort 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. Völlig Mittellose würden in „Volkskantinen“ mit dem Nötigsten versorgt. Teils kirchliche, teils mit internationalen Hilfsorganisationen kooperierende private Vereine übernahmen für allein stehende Frauen mit Kindern Betreuungsfunktionen und gewährten Eingliederungshilfen, um für den notwendigen Lebensunterhalt sorgen zu können. Eine Extremgefahr infolge der schlechten Lebensbedingungen lasse sich auch unter Berücksichtigung der Gefährdung durch eine eventuelle Erkrankung an Malaria, welche der ganzen Bevölkerung drohe, für Rückkehrer nicht feststellen. Selbst wenn man davon ausginge, dass die einmal erworbene „Semi“-Immunität nach längerem Aufenthalt außerhalb eines Malaria-Übertragungsgebietes wieder verloren gehe, und - wie bei Kindern in der Altersgruppe von 0 bis 4 Jahren - eine Sterblichkeitsrate von 1 % zugrundegelegt, könne eine Extremgefahr für Erwachsene ausgeschlossen werden. Auch gebe es wirksame und kostengünstige Möglichkeiten einer Prophylaxe, wie etwa das imprägnierte Moskitonetz, welches das Infektionsrisiko um etwa 50 % senke. Auch werde nahezu jede Infektionserkrankung sofort als Malaria behandelt. Da in Kinshasa gesundheitliche Hilfe rasch zu erreichen sei, könne auch nahezu umgehend mit einer Behandlung begonnen werden. Eine sofortige Einleitung der Behandlung sichere aber mit nahezu 100%iger Wahrscheinlichkeit, dass ein tödlicher Verlauf vermieden werde. Zwar erhöhe sich vor allem für Kleinkinder bis zu fünf Jahren, die von außen in das Erregergebiet kämen, ggf. das malariaspezifische Sterberisiko, wenn noch Durchfallerkrankungen aufgrund verseuchten Wassers hinzukämen. Auch für die Gruppe der Kleinkinder sei jedoch nicht ersichtlich, dass sich die malariaspezifische

Sterblichkeitsrate von ca. 1 % der Vergleichsgruppe durch zusätzliche Krankheitsrisiken derart erhöhte, dass eine „Extremgefahr“ zu bejahen wäre. Ausgehend von einer Kindersterblichkeit für Kinder bis zu fünf Jahren von landesweit 17 % sei schließlich zu berücksichtigen, dass diese Zahl für die vorliegend maßgebliche Region Kinshasa von vornherein deutlich reduziert werden müsse. In der Region Kinshasa seien schließlich im Bereich der medizinischen Versorgung häufig Organisationen der großen Kirchen tätig, die auch Kranke, die über keine ausreichenden finanziellen Mittel verfügten, bereits aus ethischen Gründen nicht ohne medizinische Erstversorgung ließen.

Auf den am 04.07.2005 rechtzeitig gestellten Antrag des Klägers hat der Senat mit dem Kläger am 18.01.2008 zugestellten Beschluss vom 07.01.2008 - A 5 S 659/05 - die Berufung gegen dieses Urteil zugelassen, soweit der Kläger die Feststellung begehrt, 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. Sie sei auch ungeachtet dessen erheblich, dass der Kläger bereits 5 Jahre alt sei. Denn auch für Kinder diesen Alters sei die allgemeine Sterblichkeit dort noch sehr hoch; auch für sie bestehe, wenn sie von außen in das Erregergebiet kämen, wegen fehlender Gewöhnung an die Keimflora noch ein gegenüber Erwachsenen gesteigertes Risiko, an Durchfallerkrankungen und Malaria zu sterben.

Am 21.01.2008 hat der Kläger zur Begründung seiner Berufung auf die Begründung seines Zulassungsantrags vom 01.07.2005 Bezug genommen, der zum Inhalt der Berufungsbegründung gemacht werde. Dort hatte der Kläger u. a. geltend gemacht: Aus verschiedenen Erkenntnismitteln ergäben sich weitere, bislang nicht gewürdigte Erkenntnisse (katastrophale Gesamtsituation, äußerst beschränkte Vorbeugemöglichkeit gegenüber (Tropen-)Erkrankungen, zu erwartende „Malnutrition“, dramatisch verschlechterte Ernährungs-, Hygiene- und Gesundheitsversorgung, fehlende medizinische Versorgung für die Bevölkerungsmehrheit, äußerst beschränkte Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten, Verkauf gefälschter Medikamente, verstärkte gesundheitliche Ge-

fährdung von Kleinkindern), welche für die Würdigung des vorliegenden Sachverhalts wesentlich seien. Im Hinblick auf eine malariaspezifische extreme Gefährdung infolge fehlender „Semi“-Immunität seien ferner u. a. zu berücksichtigen die Sicherheit des Eintritts einer schweren Erkrankung, die Notwendigkeit einer kurzfristigen Behandlung, nicht vorhandene ausreichende Diagnose und Therapie, weitgehender Ausschluss einer Behandlungsmöglichkeit für große Teile der Bevölkerung, das Sterberisiko von 20 - 30 % bei nicht rechtzeitiger oder fachgerechter Behandlung, Hepatitis- und HIV-Gefährdung durch Blutübertragung bzw. Spritzeneinsatz, kumulative Risiken durch Darmerkrankungen, Typhus, Hepatitis E, Mangelernährung und schließlich das malariabedingte Folgeerkrankungsrisiko. Das Sterberisiko könne dabei sprunghaft ansteigen, wenn weitere Faktoren, insbesondere Durchfallerkrankungen aufgrund verseuchten Wassers hinzukämen. Daraus folge letztlich, dass er infolge des Nichterwerbs der „Semi“-Immunität im Falle einer Abschiebung einer extremen Gefährdung ausgesetzt wäre. Dabei wäre er auch im Großraum Kinshasa einer schwierigen Versorgungs- und Sicherheitslage sowie aufgrund seiner nichterworbenen „Semi“-Immunität der sicheren Gefahr ausgesetzt, an Malaria zu erkranken. § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG finde freilich bei hier geborenen und/oder aufgewachsenen Kindern bezüglich zielstaatsbezogener Gefahren ohnehin unmittelbare Anwendung. Die Anwendung des § 60 Abs. 7 Satz 2 AufenthG widerspräche bei dieser Personengruppe dem Menschenrechtsschutz aus Art. 1 Abs. 1 bis 3, Art. 2 Abs. 1 u. 2, Art. 3 Abs. 3 GG in Verbindung mit dem Rechtsstaatsprinzip. Die staatliche Verantwortung sei insofern nicht auf das menschenrechtliche Mindestmaß beschränkt. Es dürfe daher auch nicht darauf abgehoben werden, dass er nach einer Abschiebung zur Bevölkerung des Herkunftslandes seiner Eltern gehörte. Die uneingeschränkte staatliche Verantwortlichkeit für die Menschenrechtssituation folge aus der Verfassung, verschiedenen gesetzlichen Regelungen, etwa aus § 4 Abs. 3 StAG i. V. m. Art. 3 GG, den §§ 1666 ff BGB und dem Übereinkommen über die Rechte des Kindes vom 20.11.1989. Hier aufgewachsene und geborene Kinder hätten insofern auch nicht dem Aufenthaltsstatus ihrer Eltern zu folgen. Aus den Elternrechten lasse sich die Möglichkeit einer Abschiebung nicht herleiten, da jenen durch Art. 6 Abs. 3 GG verfassungsrechtlich absolute Grenzen gezogen seien, wenn dabei das Kin-

deswohl gefährdet sei. Es entspreche auch der westlichen Kultur, hier geborenen und aufgewachsenen Kindern unabhängig vom Status ihrer Eltern erhöhten rechtlichen Schutz angedeihen zu lassen. Insofern habe sich der Staat auch bei einer Abschiebung am Kindeswohl zu orientieren.

Am 30.11. bzw. 02.12.2009 trägt der Kläger Im Wesentlichen noch vor: Als in Deutschland geborenes Kind einer inzwischen sechsköpfigen Familie habe er keine realistische Chance dem Tode oder schwersten Gesundheitsschäden zu entgehen. Die an die Lebensverhältnisse in Kinshasa angepassten Menschen lebten am oder unter dem Existenzminimum. Auch dort betrage die allgemeine Unterernährungsrate trotz verschiedener Überlebensstrategien bis zu 20 %. Die Ernährungs-, Hygiene- und Gesundheitsversorgungssituation habe sich seit Wiederausbruch des Bürgerkriegs im Sommer 1998 bis heute dramatisch verschlechtert. Auch innerhalb der Großfamilie gelinge es nicht immer, Härten durch wechselseitige Unterstützung aufzufangen. Die allgemeine Arbeitslosigkeit auf dem sog „formellen“ Bereich betrage weiterhin über 90 %. Der informelle Sektor sei „überfüllt“ und praktisch nicht erweiterbar. Ein Großteil der Bevölkerung könne nicht hinreichend medizinisch versorgt werden. Besonders bei Kindern zeige das Gesundheitsversorgungssystem im Hinblick auf Mortalität und Erreichbarkeit eine nach internationalen Standards katastrophale Situation (in 2005 Mortalitätsraten von bis zu 6,2 Kinder von 10.000 in einer Zone). Die Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten in Kinshasa und Umgebung seien hinsichtlich der Kindern drohenden Tropenkrankheiten äußerst beschränkt. Nur wenn Geldmittel zur Verfügung stünden, könnten die meisten dort vorkommenden Krankheiten diagnostiziert und mit Einschränkungen behandelt werden. Für die fachgerechte Behandlung von Malaria, Darm- und insbesondere von Atemwegserkrankungen fehle es weiterhin an der notwendigen Infrastruktur. Insofern werde auf die aktuellen Reisehinweise des Auswärtigen Amtes verwiesen. In Deutschland geborene und/oder aufgewachsene Kleinkinder seien auch bei Rückkehr mit ihren langjährig in der Bundesrepublik lebenden Eltern ohne Anknüpfung an einen wohlhabenden Familienverband einer erheblichen konkrete Gefahr für Leib und Leben in Form des Verhungerns ausgeliefert. Die Eltern könnten weder im formellen noch im informellen Bereich eine Erwerbsmöglichkeit zur Lebensunterhaltssi-

cherung erlangen. Auch fänden sie keine Wohnverhältnisse mit Elektrizität, fließendem Trinkwasser und Kochmöglichkeiten vor. Jene könnten auch nicht die Fertigkeiten zu städtischer Kleinstlandwirtschaft und Kleinviehhaltung entwickeln. Allgemein zugängliche öffentliche Versorgungsmöglichkeiten wie „Volksküchen“, die eine Versorgungsmöglichkeit gewährleisten könnten, gebe es nicht. Auch die Möglichkeiten internationaler Hilfsorganisationen zur Gewährleistung des nahrungsmäßigen Existenzminimums seien begrenzt. Schließlich seien die Eltern angesichts der allgemeinen Unsicherheitslage durch den notwendigen Schutz der Kinder eingeschränkt. Langjährig in Deutschland lebende Familien oder Elternteile mit kleinen Kindern könnten aufgrund des Lebens in absoluter Armut (Einkommen von 0,30 \$/Tag/Person) weder eine sachgerechte Ernährung ihrer Kinder noch die Behandlung der Krankheiten gewährleisten, die zu den häufigsten Todesursachen gehörten wie etwa Malaria, Durchfall und Atemwegserkrankungen. Unabdingbare Voraussetzung für die Abwendung schwerwiegender Schäden und Tod sei bei allen Erkrankungen der Zugang zu den Versorgungsressourcen (Trinkwasser, Nahrung, Gesundheitseinrichtungen). Nach jahrelanger Abwesenheit und Auflösung des sozialen Netzwerkes entbehrten Abgeschobene meist zusätzlich den kollektiven Schutz und die Hilfeleistung etablierter Gruppen, z.B. der erweiterten Familie. Damit erhöhe sich die Gefahr schwerwiegender Gesundheitsstörungen evtl. mit Todesfolge vor allem zu Beginn der Wiederaufnahme der Lebensfäden im eigenen Land drastisch. Seit 8 Jahren in der Bundesrepublik lebende Eltern von vier (2000, 2002, 2003 und 2008 geborenen) Kindern zwischen 1 und 9 Jahren könnten den Schutz und das Überleben ihres Kindes im Rückkehrfall nicht gewährleisten. In Deutschland geborenen und/oder aufgewachsenen Kindern (auch von über 6 Jahren) drohten bei einer Rückkehr nach Kinshasa in nahem zeitlichen Zusammenhang mit der Abschiebung mit hoher Wahrscheinlichkeit schwerwiegende gesundheitliche Schäden (sog. Morbidität) und ein erhöhtes Sterberisiko. Dies gelte umso mehr, als das Erkrankungs- und Sterberisiko durch Infektionserkrankungen, Atemwegserkrankungen, Mangelernährung und Fremdgewalteinwirkung um ein Vielfaches erhöht sei. Die im Bereich der Infektionserkrankungen, der Mangelernährung und der Fremdgewalteinwirkung besonders drastischen Mortalitätsunterschiede gingen als wesentlichste Determinante in die globale

Sterbewahrscheinlichkeit ein. Ein Junge habe derzeit in der D. R. Kongo bis zu einem Alter von 5 Jahren ein um ein 28-fach höheres globales Sterberisiko als in Deutschland. Bei der Altersgruppe 15-59 Jahre bestehe demgegenüber lediglich ein 7- bzw. 4-fach höheres Risiko. Das erhöhte Risiko einer Erkrankung mit schwerwiegenden Gesundheitsschäden oder Todesfolge bezieht sich zunächst auf Erkrankungen, die nach Rückkehr unmittelbar und mit außerordentlich großer Wahrscheinlichkeit einträten, nämlich Malaria, Schlafkrankheit und Vitamin-A-Mangel. Bei den sog. Vektor-übertragenen Erkrankungen, d.h. Erkrankungen die - wie Malaria und Schlafkrankheit von Stechmücken bzw. -fliegen übertragen würden, könne die Übertragung auch bei bestem Schutz gegen Stiche letztlich nicht verhindert werden. Auch in Deutschland vorkommende Erkrankungen träten nach einer Rückkehr mit vielfach höherer Wahrscheinlichkeit ein. Auch bestünden hinsichtlich des Sterbe- und Morbiditätsrisikos bzw. der Morbiditätsbürde erhebliche Unterschiede. Daraus resultierende Gesundheitsschäden entwickelten sich rasch; verlaufe die Erkrankung schwer und kompliziert, sei in kürzester Zeit mit dem Tod zu rechnen. Auf Grund der Geburt und des Aufwachsens in Deutschland sei das Krankheits- und Sterberisiko und/oder das Erleiden schwerwiegender gesundheitlicher Folgeschäden aufgrund des derzeitigen Erkrankungsrisikos in der D. R. Kongo signifikant erhöht. Komme ein Kind erst einige Jahre nach seiner Geburt in ein Malariagebiet, sei der Aufbau der sog. „Semi“-Immunität sehr unsicher oder gar unmöglich. Vorbeugende Maßnahmen könnten das Abschiebungsrisiko nur beschränkt vermindern. Das Sterberisiko für abgeschobene Personen, die außerhalb von Malariaübertragungsgebieten aufgewachsen seien, sei damit entsprechend höher anzusetzen. Auch bei einer strengen Malariaphylaxe ließe sich eine „Semi“-Immunität in demselben Umfang nicht aufbauen. Auch die Verwendung eines (imprägnierten) Moskitonetzes könne das Erkrankungsrisiko nur beschränkt um 44 % reduzieren; unter „realen Lebensbedingungen“ sei freilich mit einem noch niedrigeren Schutzeffekt zu rechnen. Entsprechende Studien bei Personen, die aus Gebieten stammten, in denen keine Malaria übertragen werde (z.B. Deutschland), und in Malaria-Übertragungsgebiete eingereist seien und dort blieben, gebe es allerdings nicht. Bei der Malaria tropica genüge im Übrigen ein einzelner infektiöser Stich, um eine tödlich endende Malaria auszulösen. Auch

durch die vorbeugende Einnahme von Medikamenten (sog. Malaria-Chemoprophylaxe) lasse sich das Risiko einer Erkrankung nur theoretisch und beschränkt reduzieren. Insoweit seien bereits Grenzen gesetzt durch die mangelnde Verfügbarkeit geeigneter Medikamente, die Preis- und Resistenzsituation, die Nebenwirkungsproblematik sowie die mangelnde Verlässlichkeit („Compliance“), mit der das Medikament über lange Zeit eingenommen werde sowie die Interferenz mit der „Semi“-Immunitätsentwicklung. Bei Einnahme der allenfalls in Betracht kommenden prophylaktischen Medikamente träten erhebliche gesundheitsschädliche Nebenwirkungen auf (negative Auswirkung auf die Blutbildung, schwere Hautnebenwirkungen bzw. Wirkungen auf das zentrale Nervensystem). Eine wirkungsvolle Behandlung im Falle des Ausbruchs der Krankheit sei für abgeschobene Kinder nicht garantiert. Eine wirkungsvolle Behandlung bestehe regelmäßig nicht nur in der Verabreichung spezifischer, d.h. gegen den jeweiligen, die akute Erkrankung verursachenden Malariaerreger gerichteter Medikamente. Ausreichend sei dies lediglich dann, wenn das Vorliegen einer Malariainfektion frühzeitig erkannt werde, was aufgrund der unspezifischen Beschwerden häufig nicht der Fall sei. Dann komme es rasch zu einer Progredienz der Erkrankung, die vor allem beim nicht „semi“-immunen Kind bereits innerhalb von 12 bis 24 Stunden zu einem schweren Krankheitsbild führen könne. Selbst unter den besten klinischen Versorgungsbedingungen (Verfügbarkeit von Medikamenten, intensivmedizinische Krankenhausversorgung) steige die Letalität auf 20-30 % an. Die rechtzeitige und korrekte Diagnose einer Malaria sei zudem durch mangelnde bzw. qualitativ unzureichende Laboreinrichtungen erschwert, die für die definitive Diagnose mit Hilfe einer Blutuntersuchung jedoch erforderlich seien. Aber auch dann, wenn eine Malaria rechtzeitig und korrekt diagnostiziert werde, sei die Therapie nicht „semi“-immuner Personen problematisch, da die lokalen Gesundheitseinrichtungen nicht damit vertraut seien, dass sie in einem solchen Falle „untypisch“ verlaufen könne. Auch unterschieden sich die jeweiligen Applikationsformen (Tabletten bzw. Infusionen) und die weiter erforderlichen Begleitmaßnahmen. Ein großes Problem stelle auch die häufig mangelnde Arzneimittelqualität dar. Der reine Medikamentenpreis könne schließlich nicht mit den Gesamtkosten einer Behandlung gleichgesetzt werden. Da in den Krankenhäusern regelmäßig auch die für eine Applikation er-

forderliche Ausstattung fehle, müsse diese hinzugekauft werden. Da seine Eltern nicht an die Überlebensbedingungen in der D. R. Kongo angepasst seien, habe er als Kind einer inzwischen sechsköpfigen, seit 1992 in Deutschland lebenden Familie keine realistische Chance, dem Tod oder schwersten Schäden ihrer körperlichen und seelischen Gesundheit zu entgehen. Seine Eltern, die in Kinshasa Ökonomie studiert hätten, hätten auch keine versorgungsfähigen Angehörigen in der D. R. Kongo, die eine sechsköpfige Familie aufnehmen, ernähren und gesundheitlich absichern könnten. Seine Großmutter väterlicherseits sei inzwischen „multimorbid“ und könne ihren Handel nicht mehr ausüben. Sie werde nunmehr von seinem Vater durch finanzielle Zuwendungen aus Deutschland am Leben gehalten. Seine Mutter habe seit 1999 keinen Kontakt mehr zu ihren zuletzt im Bereich Equateur lebenden Eltern. Inzwischen habe sich die Situation noch verschärft. So gehe das Auswärtige Amt nunmehr davon aus, dass die Sicherung einer Existenzgrundlage für Rückkehrer ohne familiäre Bindung oder sonstige Unterstützung schwierig bis unmöglich sein könne. In der mündlichen Verhandlung führt sein Vater noch aus, nach seinem Studium nicht berufstätig gewesen zu sei; er sei von seiner seinerzeit noch aktiven Mutter unterstützt worden. Die vor dem Bundesamt angegebene Tätigkeit habe er nur zur privaten Nutzung ausgeübt. Seine kranke Mutter lebe in Kinshasa zur Miete. Seine Schwester lebe weiterhin in Großbritannien; sein Bruder lebe nicht mehr. In Deutschland arbeite er seit ca. 6 ½ Jahren als Maschinenführer. Gleichwohl sei es schwierig, bei vier Kindern etwas zu sparen; Kindergeld erhielten sie als lediglich geduldete Ausländer nicht. Seine 1988 bzw. 1992 geborenen Kinder seien 2006 zusammen mit seinem Bruder bei einem Schiffsunglück gestorben. Sodann führt seine Mutter noch aus, zu ihrer Mutter seit ihrer Eheschließung keinen Kontakt mehr gehabt zu haben. Ihre Brüder lebten ebenfalls in Deutschland bzw. in Österreich. Einer ihrer Cousins lebe in Angola; doch habe sie weder zu ihm noch zu den anderen Cousins Kontakt. Gearbeitet habe sie nie; sie habe lediglich 1997 ein dreimonatiges Praktikum bei der Flughafenverwaltung absolviert. Sie habe bei Freunden ihrer Eltern in Kinshasa gelebt; auch zu ihnen habe sie seit langem keinen Kontakt mehr.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Verwaltungsgerichts Stuttgart vom 20.06.2006 - A 18 K 10445/05 - zu ändern und den Bescheid des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge vom 22.02.2005 hinsichtlich seiner Ziff. 3 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, bei ihm 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 ihrem 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. Für die studierten, arbeitsfähigen Eltern des Klägers sei in der D. R. Kongo durchaus ein Neubeginn möglich; dabei sei die Großmutter des Klägers lediglich eine erste Anlaufstelle, um dann selbst wieder Fuß zu fassen. Schließlich seien in der D. R. Kongo verschiedene Hilfsorganisationen tätig.

Dem Senat liegen die Akten des Bundesamts und des Verwaltungsgerichts - auch die das Verfahren seiner Eltern betreffenden Akten A 17 K 12545/03 - vor. Auf diese wird wegen der Einzelheiten des Sach- und Streitstands ebenso verwiesen wie auf die im Berufungsverfahren gewechselten Schriftsätze und die unter Bezugnahme auf den Schriftsatz vom 02.12.2009 gestellten Hilfsbeweisangebote. 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. Insofern 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. Das Verwaltungsgericht hat zu Recht entschieden, dass der Kläger 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 beim Kläger 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 beim Kläger nicht festgestellt werden, da er sich nicht auf individuelle, gerade ihm drohende Gefahren, sondern lediglich auf solche beruft, denen die dortige Bevölkerung bzw. die Bevölkerungsgruppe, der er angehört, allgemein ausgesetzt ist, und insoweit die Sperrwirkung des § 60 Abs. 7 Satz 3 AufenthG eingreift. So begehrt der Kläger 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 vom Kläger 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 der Kläger geltend macht, einer Bevölkerungsgruppe in der D. R. Kongo schon deshalb nicht anzugehören, weil er 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 der Kläger 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 dem Kläger bislang auch 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 Kläger - offenbar im Anschluss an verschiedene Urteile des Bayerischen Verwaltungsgerichts 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. Jene Auffassung über-

sieht, 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 vom Kläger herangezogenen 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, Kammerbeschi. 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 Wahrscheinlich-

keit 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 AusIG 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, Kammerbeschi. 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, Kammerbeschi. v. 25.09.1986, InfAusIR 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 AusIG 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, Konkretheit 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 den Kläger 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 konkrete 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 der Kläger keinen Anspruch auf Gewährung von Abschiebungsschutz.

Jene Voraussetzungen einer extremen Gefahrenlage liegen im Falle des Klägers 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 Eltern des Klägers auch zuletzt wohnhaft waren. 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 angolansische 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, wenn gleich 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 - wie der Kläger behauptet - 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, So-

zialhilfe) als „schwierig bis unmöglich“ gestaltete. Insofern könnten insbesondere Minderjährige - wie der Kläger - ihre Versorgung nicht alleine sicherstellen. Bei der vorliegend anzustellenden Gefahrenprognose ist jedoch von einer (hier nur in Betracht kommenden) Abschiebung im Familienverband 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. Der Kläger übersieht in diesem Zusammenhang, dass es hier 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.

Den von der Klägerseite zur allgemeinen Versorgungslage unter Bezugnahme auf den Schriftsatz vom 02.12.2009 gestellten Hilfsbeweisanträgen brauchte der Senat nicht nachzugehen. Mit diesen werden im Wesentlichen Tatsachen unter Beweis gestellt, von denen im Grundsatz, soweit sie entscheidungserheblich sind, auch der erkennende Senat aufgrund der verschiedenen im wesentlichen gleichlautenden Lageberichte des Auswärtigen Amtes (v. 23.03.2000, 05.05.2001, 02.08.2002, 04.08.2003, 28.05.2004, 09.05.2005, 14.12.2005, 05.09.2006, 01.02.2008, 14.05.2009) ausgeht und seinen Feststellungen zugrunde gelegt hat; insoweit besteht kein Anlass, hierzu ein wei-

teres Sachverständigengutachten einer anderen sachverständigen Stelle einzuholen (vgl. §§ 98 VwGO, 412 Abs. 1 ZPO). Soweit der Kläger freilich unter Beweis gestellt hat, der informelle Sektor sei „überfüllt“ und praktisch nicht erweiterbar, handelt es sich lediglich um einen Beweisermittlungsantrag, der dem Senat auch keine Veranlassung gibt, den Sachverhalt von Amts wegen weiter aufzuklären (vgl. § 86 Abs. 1 VwGO). So hat der Kläger für seine Einschätzung, für deren Richtigkeit sich auch den dem Senat vorliegenden Erkenntnismitteln keine Anhaltspunkte entnehmen lassen, keine Begründung gegeben.

Ausgehend von den obigen Feststellungen fehlt indes die Grundlage für die Prognose, gerade der Kläger werde mit hoher Wahrscheinlichkeit alsbald nach seiner Einreise in die D. R. Kongo der notwendigen Lebensgrundlage entbehren. Besondere auf eine entsprechende Gefährdung führende Umstände bzw. Risikofaktoren liegen bei ihm nicht vor. Insbesondere fehlt es nicht an jedem familiären Rückhalt in Kinshasa. Zwar soll die Schwester seines Vaters inzwischen in Großbritannien leben und sollen dessen 1988 bzw. 1992 geborenen Kinder gemeinsam mit dessen Bruder 2006 tödlich verunglückt sein, doch wohnt inzwischen jedenfalls seine, wenn auch kranke Großmutter in Kinshasa, sodass auch sie durchaus als erste „Anlaufstelle“ in Betracht kommt, seine Eltern bei der Kinderbetreuung entlasten und erforderlichenfalls vorübergehend Wohnraum zur Verfügung stellen kann. Im Übrigen erscheint es in hohem Maße unwahrscheinlich, dass der Kläger, dessen Eltern beide aus Kinshasa stammen, 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 kann der Kläger auch mit der Unterstützung durch seine Eltern und älteren Geschwister rechnen (kritisch insoweit VGH Bad.-Württ, Beschl. v. 20.10.2009 - 13 S 1887/09 -). Warum der Kläger bzw. seine Familie die erforderliche Unterstützung im oben verstandenen Sinne - jedenfalls durch seine Großmutter väterlicherseits - entbehren sollte, obwohl diese bislang von seinem Vater finanziell unterstützt wurde, und insbesondere seine Eltern trotz eines Studienabschlusses noch nicht einmal Zugang zum informellen Sektor finden bzw. sich die in Kinshasa üblichen „Überlebensstrategien“ nicht nutzbar machen können sollten, vermag

der Senat nicht zu erkennen. Letzteres mag sich bei alleinstehenden Frauen mit minderjährigen Kindern anders darstellen (vgl. hierzu UNHCR, Stellungnahme v. 22.04.2002 an VG Gelsenkirchen), da sich diese dann vorrangig selbst um ihre Kinder kümmern müssten. Dies bedarf hier jedoch schon deshalb keiner weiteren Vertiefung, da von einer gemeinsamen Rückkehr des Klägers mit beiden Eltern auszugehen ist. Auch fehlende anderweitige familiäre Bindungen im Heimatland dürften 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, während dem sie - wie hier zumindest der Vater des Klägers - gearbeitet haben, 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. Dafür, dass Rückkehrern bei ihrer Einreise die Ersparnisse abgenommen würden, lassen sich schließlich 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, wie dies offenbar auch der Vater des Klägers tat, um von Deutschland aus seine kranke Mutter zu unterstützen. Hinzukommt, dass die Eltern des Klägers in Kinshasa studiert haben, sodass ihnen die für ein Überleben in Kinshasa erforderlichen Kontakte ohnehin bekannt sein dürften, zumal sein Vater auf Erfahrungen als selbstständiger Gewerbetreibender zurückgreifen kann. Dass dieser nunmehr lediglich zur eigenen Nutzung im Holzverarbeitenden Gewerbe tätig gewesen sein will, glaubt ihm der Senat angesichts der eindeutigen Angaben in seinem Erstverfahren nicht.

b) Der Senat vermag auch nicht zu erkennen, dass der sich mit ca. 7 ¼ Jahren noch im Kindesalter befindliche Kläger noch im unmittelbaren Zusammenhang mit seiner Rückkehr mit hoher, nicht nur beachtlicher Wahrscheinlichkeit insbesondere an Malaria erkranken und infolgedessen mit ebenfalls hoher Wahrscheinlichkeit sterben oder doch zumindest schwerste Verletzungen er-

leiden 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 1/2 Jahre alten Tochter; HessVGH, Urt. v. 09.11.2006 - 3 UE 3238/03.A -; Hess VGH, 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 Yz 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 1/2, 3 und 7 Jahren, Urt. v. 17.02.2004 - M 21 K 02.51921 - für 7 1/2 u. 9 1/4 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 Subsistenzwirtschaft 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. BAFI., 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 Auslandsaufenthalt 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).

Auch den zur medizinischen Versorgung gestellten Hilfsbeweisunterlagen brauchte der Senat nicht zu entsprechen. Auch die in diesem Zusammenhang angeführten und, soweit erheblich, auch vom Senat seinen Feststellungen zugrunde gelegten Tatsachen lassen sich bereits den verschiedenen Lageberichten des Auswärtigen Amtes, den Gutachten von Dr. Junghanss vom 09.02.2001, 15.10.2001 und 17.01.2010 (jeweils an VGH Bad.-Württ.) sowie den allgemeinkundigen medizinischen Reisehinweisen des Auswärtigen Amtes (www.auswaertiges-amt.de) entnehmen. Mit den weiteren Sachverständigenutachten zur allgemeinen Rückkehrgefährdung von Kindern sowie zur Rückkehrsituation des Klägers soll schließlich eine dem Senat vorbehaltene und insofern einer Beweiserhebung nicht zugängliche tatsächliche und rechtliche Würdigung eines komplexen Sachverhalts unter Beweis gestellt werden, weshalb auch den hierauf gerichteten Anträgen nicht zu entsprechen war. Soweit zur gesundheitlichen Rückkehrgefährdung von Kindern wegen Malariaerkrankung die Einholung eines weiteren Sachverständigenutachtens von Dr. Junghanss beantragt wird, bestand aufgrund der bereits vorliegenden Gutachten dieses Sachverständigen und dem vom Senat auch anlässlich des

vorliegenden Verfahrens eigens eingeholten Ergänzungsgutachten vom 17.01.2010 hierzu keine Veranlassung mehr. Deren tatsächliche und rechtliche Würdigung obliegt schließlich dem erkennenden Senat und kann nicht Gegenstand eines Sachverständigengutachtens sein.

Ausgehend von den zuvor getroffenen Feststellungen kann indes für den Kläger, der zudem bereits dem Kleinkindalter entwachsen ist, nicht von einer „Extremgefahr“ im Sinne der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts ausgegangen werden. Dass er 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 seinen zudem finanziell besser gestellten Eltern nicht zuletzt aufgrund der Verbindungen seiner bereits dort lebenden Großmutter und der aufgrund ihrer beruflichen Qualifikation aller Voraussicht nach reaktivierbaren Kontakte gelingen, zumindest eine Wohnung mit „leichtem“ Zugang zum Trinkwasser zu finden, mag diese mglw. auch über keinen Anschluss an die öffentliche Abwasserkanalisation verfügen.

Allerdings ist auch beim Kläger im Hinblick auf eine ihm in der D. R. Kongo drohende Malariaerkrankung ungeachtet dessen, dass er dem Kleinkindalter entwachsen ist, 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. Junghanss, 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. Junghanss, 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 der in Deutschland geborene und aufgewachsene Kläger 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 träge, 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 indessen - 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 zumutba-

res 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 genug 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 indes 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 %). Die vom Kläger angeführten weiteren Risikofaktoren bei einer Malariabehandlung (u. a. das von gefälschten Medikamenten ausgehende Risiko), liegen auch 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 geborene und aufgewachsene (Klein-)Kinder feststellen, da insbesondere sie bzw. ihre Eltern im Zusammenhang mit der Gewährung von Abschiebungsschutz darauf zu verweisen sind, dass für sie namentlich aufgrund von Durchfallerkrankungen (lediglich für Kleinkinder erheblich) erhöhte malariaspezifische Risiko durch vorbeugende Maßnahmen 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 des Klägers aufgrund ihres Aufenthalts in der Bundesre-

publik 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 dem Kläger 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. Deutschen 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 Auslandstätigen 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 Notfallselftbehandlung, 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 geeigne-

ten 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 beim Kläger, der zudem dem Kleinkindalter entwachsen ist, nicht davon ausgegangen werden, gerade er werde im Falle seiner Abschiebung alsbald mit hoher Wahrscheinlichkeit an Malaria sterben. Ebenso wenig lässt sich feststellen, dass er malariabedingt zumindest mit hoher Wahrscheinlichkeit schwerste Verletzungen erleiden würde. Zwar verkennt auch der Senat nicht, dass auch der nicht „semi“-immune Kläger durchaus innerhalb der ersten Wochen seines 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 Junghans, Gutachten v. 09.02.2001, S. 10, Niederschrift, a.a.O., S. 5, Ergänzungsgutachten v. 17.01.2010, S. 11).

Soweit für den Kläger darüber hinaus auf weitere Risikofaktoren verwiesen wird, die bislang noch nicht tatrichterlich gewürdigt worden seien, handelt es sich um solche, denen die Vergleichsgruppe der in der D. R. Kongo aufgewachsenen Kleinkinder gleichermaßen ausgesetzt sind, sodass diese bei der Gruppe der in die D. R. Kongo „zurückkehrenden“ (Klein-)Kinder auf keine weitere Risikoerhöhung und demzufolge auch auf keine Extremgefahr zu führen geeignet sind.

Nach alledem kann die Beklagte nicht verpflichtet werden, beim Kläger ein Abschiebungsverbot nach § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG hinsichtlich der D. R. Kongo festzustellen.

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 AusIG Nr. 68).

Rechtsmittelbelehrung

Die Nichtzulassung der Revision kann durch Beschwerde angefochten werden.

Die Beschwerde ist beim Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg, Schubertstraße 11, 68165 Mannheim oder Postfach 10 32 64, 68032 Mannheim, innerhalb eines Monats nach Zustellung dieses Urteils einzulegen und innerhalb von zwei Monaten nach Zustellung dieses Urteils zu begründen.

Die Beschwerde muss das angefochtene Urteil bezeichnen.

In der Begründung der Beschwerde muss die grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache dargelegt oder die Entscheidung, von der das Urteil abweicht, oder der Verfahrensmangel bezeichnet werden.