



VERWALTUNGSGERICHT STUTTGART

Im Namen des Volkes Urteil

In der Verwaltungsrechtssache

prozessbevollmächtigt:

- Klägerin -

gegen

Bundesrepublik Deutschland,
vertreten durch das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge,
vertreten durch den Leiter/die Leiterin der Außenstelle Reutlingen des Bundesamtes,
Arbachtalstr. 6, 72800 Eningen U.A., Az: 5163350-262

- Beklagte -

wegen

Feststellung von Abschiebungsverboten

hat das Verwaltungsgericht Stuttgart - 8. Kammer - auf die mündliche Verhandlung vom
10. März 2010 durch die Richterin am Verwaltungsgericht Zeitler als Einzelrichterin

am **10. März 2010**

für R e c h t erkannt:

Die Beklagte wird verpflichtet, festzustellen, dass bei der Klägerin ein Abschiebungsverbot
nach § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG in Bezug auf Kamerun vorliegt.

Der Bescheid des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge vom 11.03.2009 wird aufge-
hoben, soweit er dem entgegensteht.

Die Beklagte trägt die Kosten des - gerichtskostenfreien - Verfahrens.

Tatbestand

Die Klägerin ist Staatsangehörige von Kamerun. Sie reiste nach ihren Angaben am 04.08.1999 in die Bundesrepublik Deutschland ein, wo sie am 10.08.1999 Asyl beantragte. Zur Begründung trug sie unter anderem vor: Sie habe eine Ausbildung als Schneiderin gemacht und in diesem Beruf auch gearbeitet. Sie habe in gearbeitet, das 9 km von entfernt sei. Mit Bescheid vom 22.09.1999 lehnte das Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge (heute: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge) den Antrag der Klägerin auf Anerkennung als Asylberechtigte als unbegründet ab und stellte fest, dass die Voraussetzungen des § 51 Abs. 1 AusIG und Abschiebungshindernisse nach § 53 AusIG nicht vorliegen. Die Klägerin wurde aufgefordert, die Bundesrepublik Deutschland innerhalb eines Monats nach Bekanntgabe dieser Entscheidung zu verlassen. Für den Fall der Nichteinhaltung der Ausreisefrist wurde ihr die Abschiebung nach Kamerun angedroht unter dem Hinweis darauf, dass sie auch in einen anderen Staat abgeschoben werden kann, in den sie einreisen darf oder der zu ihrer Rückübernahme verpflichtet ist. Die Klägerin erhob hiergegen Klage beim Verwaltungsgericht Karlsruhe, das den Rechtsstreit an das erkennende Gericht verwies. Im Rahmen des gerichtlichen Verfahrens machte die Klägerin ergänzend geltend: Sie könne ihre Tätigkeit als Geschäftsfrau nicht mehr aufnehmen, da ihr Laden mittlerweile zerstört sei. Ihr Vater sei verschwunden und ihre Mutter gestorben, so dass sie auch keine Unterstützung ihrer Familie erwarten könne. Weiter legte sie ärztliche Bescheinigungen von Dr. , vom 16.08.2000 und 10.05.2001 vor, wonach sie an einer HIV-Infektion in bereits fortgeschrittenem Entwicklungsstadium leide und in Kürze eine antiretrovirale medikamentöse Therapie notwendig werde. Die Kosten für eine medikamentöse Therapie in Kamerun betrage umgerechnet ca. 250 DM im Monat. Selbst wenn sie ihre Tätigkeit als Geschäftsfrau wieder aufnehme, so würde sie damit lediglich ein Einkommen von umgerechnet zwischen 300 bis 600 DM erzielen, weshalb die medikamentöse Therapie nicht gewährleistet sei. In der mündlichen Verhandlung am 14.05.2001 trug die Klägerin weiter vor, ihre Mutter sei 1997 an Bluthochdruck gestorben. Sie habe in Kamerun als Schneiderin gearbeitet und einen kleinen Raum am Markt gehabt, der anlässlich ihrer zweiten Verhaftung zerstört worden sei. Sie habe damals etwa 600 DM im Monat verdient. Mit Urteil vom 14.05.2001 wies das Verwaltungsgericht Stuttgart die Klage der Klägerin ab (A 17 K 10204/01).

Mit Schreiben vom 11.05.2005, eingegangen beim Bundesamt am 12.05.2005, beantragte die Klägerin das Wiederaufgreifen des Verfahrens zu § 60 Abs. 2 bis 7 AufenthG. Sie trug vor: Ausweislich des ärztlichen Attestes von Dr. vom 09.05.2005 leide sie an einer bereits fortgeschrittenen HIV-Erkrankung mit HCV-Koinfektion. Es werde seit geraumer Zeit bereits eine antiretrovirale Behandlung mit den Medikamenten Combivir und Kaletra durchgeführt. Diese für die Behandlung erforderlichen Medikamente seien in Kamerun nicht ohne Weiteres erhältlich. Aus dem Attest ergebe sich weiter, dass ohne diese Medikation sich die Grunderkrankung rasch weiterentwickle und ein vorzeitiger Tod zu erwarten sei.

Bei ihrer informatorischen Anhörung vor dem Bundesamt am 16.03.2006 trug die Klägerin weiter vor: Sie habe als Schneiderin, was sie gelernt habe, und als Frisörin gearbeitet und nebenher noch ein Geschäft gehabt. Sie habe neue Bekleidung und Kosmetik aufgekauft von Leuten aus Nigeria und diese Sachen weiterverkauft. Dieses Geschäft habe sie in gehabt Sie nehme jeden Tag die Medikamente Combivir, Kaletra und Cotrimoxazol. Alle zwei Monate müsse sie einen Bluttest machen. Hier in Deutschland habe sie die begonnene Behandlung mit den Medikamenten aus finanziellen Gründen unterbrochen. Sie habe sich die Medikamente selbst kaufen müssen und aufgrund ihrer Duldung habe sie sechs Wochen lang nicht arbeiten können, bevor sie die Verlängerung bekommen habe. Die Medikamente, die sie jetzt habe, habe ihr Anwalt bezahlt. Von ihrem Arzt habe sie ein Rezept bekommen, das sie in der Apotheke einlöse und den Eigenanteil in Höhe von 35 € bis 50 € selbst bezahlen müsse. Sie habe drei Monate lang die Behandlung mit diesen Medikamenten ausgesetzt. Sie habe sich in dieser Zeit genau so gefühlt wie sonst. Ihr Arzt habe ihr gesagt, wenn sie die Medikamente nicht regelmäßig einnehme, würde ihre Gesundheit sich verschlechtern und sie würde AIDS bekommen. Eine solche Behandlung könne sie in Kamerun nicht bekommen. Sie habe dort keine Unterkunft und dort auch niemanden. Sie habe ein Kind, das 1990 zur Welt gekommen sei. Wo es sich aufhalte wisse sie nicht. Mit Schreiben vom 03.03.2006 legte die Klägerin ein weiteres fachärztliches Attest von Dr. vom 10.02.2006 vor, wonach bei der Klägerin eine HIV-Infektion (CDC: A3) und eine chronische Hepatitis C diagnostiziert wurde. Weiter wird in dem Attest ausgeführt, die Klägerin habe vorübergehend eine antiretrovirale Therapie erhalten, die Medikamente doch wohl seit unbestimmter Zeit nicht mehr eingenommen, was zu den genannten Laborergebnissen geführt habe. Angesichts der niedrigen CD4-Zellzahl sei mit dem Ausbruch AIDS-definierender Krankheitsereignisse zu rechnen, die

Koinzidenz mit der ebenfalls diagnostizierten chronischen Hepatitis C führe zu einer lebensbedrohlichen Prognose. Die 30-Tage-Therapiekosten betrügen derzeit 1.313,-- €. Die aktuelle wieder neu begonnene Medikation erfolge durch Combivir, Kaletra und Cotrimoxazol. Mit Schreiben vom 15.02.2008 legte die Klägerin eine weitere ärztliche Bescheinigung von Dr. _____ vom 06.02.2008 vor, wonach sie an einer HIV-Infektion A2 und chronischer Hepatitis C leidet. Die Klägerin werde aktuell mit Truvada (1 x täglich) und Kaletra 200 mg/59 mg, Filmtabletten (2/0/2/0) therapiert. Aktuell werde mit einer Therapie mit Interferon und Ribavirin begonnen.

Mit Bescheid vom 11.03.2009 lehnte das Bundesamt den Antrag auf Abänderung des nach altem Recht ergangenen Bescheides vom 22.09.1999 bezüglich der Feststellung zu § 53 Abs. 1 bis 6 AuslG ab. Zur Begründung wurde im Wesentlichen ausgeführt, aufgrund der vorgelegten Unterlagen lasse sich der erforderliche Schweregrad für die HIV-Erkrankung, Kategorie A2, die zu einer erheblichen Gefahr für Leib und Leben bei einer Rückkehr führen könnte, nicht feststellen. Nach den vorliegenden Auskünften sei eine HIV-Erkrankung in Kamerun behandelbar. Der Bescheid wurde zur Zustellung an den Klägervertreter als Einschreiben am 12.03.2009 zur Post gegeben.

Die Klägerin hat am 25.03.2009 Klage erhoben und zur Begründung weiter ausgeführt: Sie sei HIV infiziert und eine Behandlung der Krankheit im Heimatland sei kaum möglich. In Kamerun würden jährlich viele Menschen sterben, weil sie aufgrund ihrer HIV-Infektion nicht behandelt werden könnten. Daher lägen zumindest Abschiebungsverbote nach § 60 Abs. 7 AufenthG vor. Sollte sich die Krankheit weiterhin verschlechtern, wäre sie dem Tod ausgeliefert. Am 09.03.2010 legte die Klägerin eine weitere ärztliche Bescheinigung von Dr. _____ vom 03.03.2010 vor. Danach leidet die Klägerin an einer HIV-Infektion A 3 und chronischer Hepatitis C (Non-Resp.) und wird mit Truvada (1/0/0/0), Kaletra (2/0/2/0) sowie Cotrimoxazol (1Tbl. Mo/Mi/Fr) behandelt. Wegen weiterer Einzelheiten wird auf die Feststellungen in dem vorgelegten Attest verwiesen.

Im Termin der mündlichen Verhandlung wurde die Klägerin zu ihrem Klagebegehren angehört. Sie führte im Wesentlichen aus: In Kamerun lebe nur noch ihr Sohn; sie wisse nicht, wo er sei. Es gebe noch eine Stiefschwester, die sie zuletzt vor zehn Jahren gesehen habe. Sie habe keine Eltern mehr. In Kamerun habe sie ein kleines Geschäft gehabt und im Monat 50,-- € verdient. Die derzeitige Therapie koste monatlich ca. 1.700,- €.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verpflichten, festzustellen, dass bei ihr ein Abschiebungsverbot nach § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG in Bezug auf Kamerun vorliegt, und den Bescheid des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge vom 11.03.2009 aufzuheben, soweit er dem entgegensteht.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie beruft sich zur Begründung auf den Inhalt der angefochtenen Entscheidung.

Mit Beschluss der Kammer vom 26.01.2010 ist der Rechtsstreit auf die Berichterstatterin als Einzelrichterin übertragen worden.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf die Gerichtsakte, die beigezogene Gerichtsakte A 17 K 10204/01 sowie die vom Bundesamt vorgelegten Behördenakten Bezug genommen. Gegenstand des Verfahrens waren auch die den Beteiligten bekannt gegebenen Erkenntnisquellen zur Lage in Kamerun.

Entscheidungsgründe

Die Einzelrichterin konnte trotz Ausbleibens von Beteiligten über die Sache verhandeln und entscheiden, da in der Ladung auf diese Möglichkeit hingewiesen worden ist (§ 102 Abs. 2 VwGO).

Die Klage ist zulässig und begründet.

Die Klägerin hat im maßgeblichen Beurteilungszeitpunkt, dem Zeitpunkt der gerichtlichen Entscheidung (§ 77 Abs. 1 Satz 1, 2. Halbsatz AsylVfG) Anspruch auf die Feststellung ei-

nes - 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) in Bezug auf Kamerun. Der angefochtene Bescheid war daher aufzuheben, soweit er dem entgegen steht und die Beklagte zu verpflichten, diese Feststellung zu treffen (§113 Abs. 5 Satz 1, Abs. 1 Satz 1 VwGO).

Dabei kann offen bleiben, ob die Klägerin einen Anspruch auf das Wiederaufgreifen des abgeschlossenen Asylverfahrens hat (§ 51 Abs. 1 bis 3 VwVfG). Denn die Beklagte hat das Verfahren zugunsten der Klägerin jedenfalls im Ermessenswege wieder aufgegriffen (§ 51 Abs. 5 i.V.m. §§ 48, 49 VwVfG). Dabei ist das Bundesamt in eine inhaltliche Prüfung eingetreten und hat das Vorliegen des geltend gemachten Abschiebungshindernisses in der Sache verneint. Hierdurch hat die Beklagte den Weg auch für eine erneute Sachprüfung durch das Gericht frei gemacht (BVerwG, Urteil vom 21.03. 2000 - 9 C 41/99 - E 111, 77 ff; s. auch OVG NRW, Beschluss vom 26. 02. 2002 - 8 A 2664/00.A -, juris).

Im Falle der Klägerin ist vom Vorliegen eines das Ermessen zu ihren Gunsten reduzierenden Abschiebungsverbotes nach § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG hinsichtlich Kamerun auszugehen. Die Voraussetzungen dieser Vorschrift sind für die Person der Klägerin auf Grund ihrer Erkrankungen und unter Berücksichtigung ihrer persönlichen sowie der im Zielstaat bestehenden Verhältnisse gegeben.

Nach § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG kann von der Abschiebung abgesehen werden, wenn für den Ausländer im Zielstaat eine erhebliche konkrete Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit besteht (sog. individuelle Gefahren). Insoweit kann die Gefahr, dass sich eine vorhandene Krankheit eines ausreisepflichtigen Ausländers aufgrund der Verhältnisse im Abschiebzielstaat alsbald nach der Rückkehr wesentlich oder gar lebensbedrohend verschlechtert, ein - zielstaatsbezogenes - Abschiebungsverbot im Sinne des § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG darstellen, ohne dass es darauf ankommt, ob die Gesundheitsgefahr sich ausschließlich aus einem Eingriff, einem störenden Verhalten oder aus einem Zusammenwirken mit anderen - auch anlagebedingten - Umständen ergibt. Mit dem Begriff der

Gefahr wird insoweit der allgemeine Prognosemaßstab der beachtlichen Wahrscheinlichkeit zugrundegelegt (vgl. BVerwG, Urteile vom 17.10. 2006- 1 C 18/05 AuAS 2007 S. 30 und vom 18.07.2006 - 1 C 16.05 -, juris, sowie bereits zu § 53 Abs. 6 Satz 1 AuslG: Urteile vom 25.11.1997 - 9C 58.96-, BVerwG E 195, S. 383 und vom 21. 09.1999 - 9 C 8.99-, AuAS 2000 S. 14 und zum Prognosemaßstab: Urteil vom 05.11.1991 - 9 C 118.90, BVerwGE 89, 162). Die Annahme eines Abschiebungsverbot nach § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG kann in Betracht kommen, wenn wegen der Verhältnisse im Zielstaat - geringer Versorgungsstandard - eine notwendige ärztliche Behandlung oder Versorgung mit Arzneimitteln für die betreffende Krankheit dort generell nicht verfügbar ist. Zum anderen kann eine zielstaatsbezogene Gefahr i.S.d. § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG bestehen, wenn zwar eine vom Ausländer benötigte medizinische Versorgung allgemein zur Verfügung steht, aber die notwendige ärztliche Behandlung und Medikation für den Ausländer aus individuellen Gründen - z.B. u.a. finanzielle Gründen - nicht zugänglich ist (vgl. etwa BVerwG, Urteile vom 25.11.1997 - 9 C 58.96 a.a.O., 21.09.1999 - 9 C 8.99 -, a.a.O. und vom 29.10. 2002 - 1 C 1.02 -, DVBl. 2003 S. 463). Eine Gefahr für Leib und Leben wegen drohender Gesundheitsbeeinträchtigung kann auch bestehen, wenn dem betroffenen Ausländer die Inanspruchnahme des dort vorhandenen und für ihn auch verfügbaren Gesundheitssystems aus neu hinzutretenden gesundheitlichen Gründen - z.B. wegen einer infolge der Einreise zu befürchtenden schwerwiegenden Verschlimmerung einer psychischen Erkrankung wie im Falle einer Retraumatisierung - nicht zuzumuten ist (vgl. OVG NRW, Urteile vom 27.06.2002 - 8 A 4782/99.A -). Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung ist die Zubilligung eines Abschiebeschutzes nach § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG im Falle einer Erkrankung schließlich nicht auf Fälle der fehlenden Behandlungsmöglichkeiten im Zielstaat beschränkt. Vielmehr sind sämtliche zielstaatsbezogenen Umstände, die zu einer Verschlimmerung der Erkrankung führen können, in die Beurteilung bzw. Gefahrenprognose einzubeziehen (vgl. BVerwG, Urteil vom 17.10.2006 - 1 C 18.05 a.a.O.)

Nach diesen Maßstäben besteht für die Klägerin auf Grund ihrer HIV-Infektion und chronischen Hepatitis C eine erhebliche konkrete Gefahr für Leib und/oder Leben, weil nach den besonderen Umständen ihres Falles beachtlich wahrscheinlich ist, dass es bei einer Rückkehr nach Kamerun in naher Zukunft zu einer schwerwiegenden und wesentlichen Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes kommt.

Die Annahme eines Abschiebeverbotes ist zudem nicht nach § 60 Abs. 7 Satz 3 AufenthG gesperrt, wonach Gefahren, denen die Bevölkerung oder Bevölkerungsgruppe, der der Ausländer angehört, allgemein ausgesetzt ist, bei Anordnungen nach § 60 a Abs. 1 Satz 1 AufenthG zu berücksichtigen sind (sog. allgemeine Gefahr bzw. Gruppengefahr). Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung kommt eine Qualifizierung einer Krankheit als allgemeine Gefahr nur in Betracht, wenn es - wie etwa bei AIDS - um eine große Anzahl Betroffener im Zielstaat geht und deshalb ein Bedürfnis für eine ausländerpolitische Leitentscheidung nach § 60 a Abs. 1 Satz 1 AufenthG besteht (vgl. zu AIDS als einer in Afrika weit verbreiteten Krankheit: BVerwG, Urteil vom 27.04.1998 - 9 C 13/97 -, a.a.O, sowie zu § 60 Abs. 7 Satz 2 AufenthG: Urteil vom 18.07.2006 - 1 C 16/05 -, juris, und vom 18.10.2006 - 1 C 18/05 -, juris).

Von einer derartigen allgemeinen Gefahr dürfte zwar nach den vorliegenden Erkenntnissen mit Blick auf die hohe Rate von HIV-Infizierten in Kamerun auszugehen sein. Im Jahr 1985 wurde in Kamerun der erste Fall von AIDS diagnostiziert. Seit dieser Zeit hat sich die Krankheit weit ausgebreitet mit einer Rate von 4,8 - 9,8 % bei den Erwachsenen (vgl. World Health Organization - WHO -, cameroon - summary country profile for HIV/AIDS treatment scale up -, Dezember 2005 und epidemiological fact sheets, Dezember 2006, <http://who.int> - countries). Im Jahr 2001 waren schätzungsweise 920.000 Personen mit dem HIV-Virus infiziert. Davon gehörten 860.000 zur der Altersgruppe der 15-49 Jährigen, das entsprach 11,8 % dieses Bevölkerungsanteils. Nach Schätzung von UNAIDS lebten im Jahr 2007 etwa 540.000 HIV-infizierte Personen in Kamerun, dies entsprache ungefähr 5,5 % der Gesamtbevölkerung. Allerdings ist die Schätzung der Einwohnerzahl von 18.467.692 Personen von UNAIDS explizit mit dem Vermerk versehen, dass die AIDS-bedingte hohe Sterberate in diesem Land die Schätzungen der Einwohnerzahl unerwartet stark beeinflussen kann. Mehr als 108.000 HIV- infizierte Personen benötigten danach eine antiretrovirale Behandlung. Die HIV- Prävalenz wird landesweit mit 5 - 8% angegeben (vgl. Schweizerischen Flüchtlingshilfe (SFH), Kamerun /Behandlungsmöglichkeiten von HIV/Aids, vom 22.05.2008 und Bundesamt, Kamerun/Gesundheitswesen, Juli 2008, S. 5, 6, jeweils m.w.N. zu den Angaben von UNAIDS; Auswärtiges Amt, Länderinformation - Kamerun - Reise- und Sicherheitshinweise, Stand: 06. Juli bzw. 04. März 2009, medizinische Hinweise, <http://www.auwaertiges-amt.de>). Ebenso weist das Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung zur Situation in Kamerun darauf hin, dass die hohe HIV-Infektionsrate im Land ein großes

Problem ist und geht von einer Infektionsrate der Erwachsenen zwischen 15 und 49 Jahren von etwa 5% aus (vgl. <http://www.bmz.de> - Länder und Regionen - Partnerländer - Kamerun, zuletzt bearbeitet: Januar 2009). Die Ausbreitungsrate von AIDS wird als beunruhigend eingestuft (vgl. Bundesamt, Kamerun/Gesundheitswesen, Juli 2008, S. 6). Nach einer Information der International Organisation for Migration (Wien) - IRRICO -, Information über die Rückkehr und Wiedereingliederung in den Herkunftsländern - Kamerun - vom 01.12.2007 wird AIDS als Volkskrankheit angesehen und beträgt der Prozentsatz der HIV-Infizierten in der Gruppe der 15- bis 49-Jährigen derzeit 12 %. Angesichts dieser Erkenntnislage ist im Hinblick auf den hohen Anteil der HIV- Infizierten an der Gesamtbevölkerung bzw. des sexuell aktiven Bevölkerungsanteils von einer allgemeine Gefahr auszugehen (vgl. auch VG Karlsruhe, Urteil vom 08.08.2006 - A 8 K 10097/05 -, m.w.N., juris).

Allerdings darf nach ständiger Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts im Einzelfall Ausländern, die zwar einer allgemein gefährdeten Gruppe im Sinne des § 60 Abs. 7 Satz 3 AufenthG angehören, ausnahmsweise Schutz vor der Durchführung der Abschiebung in verfassungskonformer Handhabung des § 60 Abs. 7 AufenthG zugesprochen werden, wenn die Abschiebung wegen einer extremen Gefahrenlage im Zielstaat Verfassungsrecht verletzen würde. Dies ist der Fall, wenn der Ausländer gleichsam sehenden Auges dem sicheren Tod oder schwersten Verletzungen ausgeliefert würde (vgl. BVerwG zu der gleichlautenden Vorschrift des § 53 Abs. 6 AuslG: Urteile vom 16.06.2004 - 1 C 27.03 - juris, vom 12.07.2001 - 1 C 5.01 -, NVwZ 2002, 101, vom 27.04.1998 - 9 C 13.97- , NVwZ 1998, 973, vom 18.07.2006 - 1 C 16.05 -, juris, und vom 18.10.2006 - 1 C 18.05 -, juris).

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

Ausgehend von der Unterteilung der HIV-Erkrankung nach der anerkannten internationalen CDC-Klassifikation in drei klinische Kategorien - A, B, C - und einer zusätzlichen Einteilung in drei Laborkategorien - 1, 2, 3 -, befindet sich die HIV- Infektion der Klägerin ausweislich der aktuellen ärztlichen Bescheinigung von Dr. vom 03.03.2010 im Stadium A 3. Während die klinische Kategorie A das asymptomatische Stadium der HIV- Infektion bezeichnet, wird die klinische Kategorie C auf Grund des schweren Immundefekts von den AIDS-definierenden Erkrankungen, von lebensbedrohenden opportunistischen Infekti-

onen und malignen Erkrankungen gekennzeichnet. Das symptomfreie Stadium der HIV-Infektion kann Monate bis viele Jahre dauern. Bei einer HIV-Infektion der klinischen Kategorie B fehlt es noch an den die AIDS- Erkrankung definierenden Erkrankungen, gleichwohl können in diesem Stadium sog. assoziierte Erkrankungen, d.h. Erkrankungen, die auf eine Störung der zellulären Immunität hinweisen, auftreten. Die Laborkategorien werden nach der Anzahl der T- Helferzellen, den sog. CD4-Zellen oder CD4-Lymphozyten, im Blut eingeteilt (für die CD4-Zellen gelten folgenden Kategorien: 1: > 500/ μ l, 2: 200-499/ μ l, 3: < 200/ μ l). Sie geben Auskunft über das Maß der Zerstörung des Immunsystems, wobei im Stadium 1 von einem wünschenswerten Normalzustand und im Stadium 3 von einem schweren Immundefekt auszugehen ist.

Bei der Klägerin, bei der nach der ärztlichen Bescheinigung vom 03.03.2010 wegen der Verschlechterung der Immunkompetenz mit drohendem Ausbruch von AIDS-assoziierten Komplikationen im Jahr 2004 mit einer HAART begonnen wurde und die an einer HIV-Infektion derzeit im Stadium A 3 leidet, liegt die Zahl der CD4-Zellen zwischen 200 und 300/ μ l und damit konstant unter 500/ μ l. Aktuell wird sie mit Truvada (1/0/0/0), Kaletra (2/0/2/0) sowie Cotrimoxazol (1 Tbl. Mo/Mi/Fr) behandelt. Die bisherige Entwicklung der HIV-Infektion der Klägerin, die sich nicht mehr im Anfangsstadium befindet, erfordert eine lebenslange virushemmende Therapie ohne Unterbrechung, begleitet von regelmäßigen medizinischen Kontrolluntersuchungen im Abstand von drei Monaten zur Überprüfung des Immunsystems, der Virusbelastung und etwaiger Resistenzbildungen. Es ist gerichtsbekannt, dass es sich bei einer HIV-Infektion um eine lebenslange persistierende Infektion handelt, die, wenn sie unbehandelt bleibt, zu einem kontinuierlichen Absinken der CD4-Helferzellen führt und im Durchschnitt nach 9-11 Jahren nach der Erstinfektion zwangsläufig zu einem schweren Immundefekt mit den i.d.R. AIDS-definierenden Erkrankungen führt (s.o. Klassifikation CDC 3). Vor diesem Hintergrund ist die Klägerin dauerhaft auf eine antiretrovirale Therapie angewiesen, auch wenn sich ihr Immunsystem derzeit auf Grund der Kombinationstherapie wohl stabilisiert hat. Ein Abbruch der begonnenen antiretroviralen Therapie würde dazu führen, dass innerhalb weniger Wochen wieder der Ausgangsstatus vor Behandlungsbeginn erreicht würde, d.h. die Virusbelastung auf das Ausgangsniveau ansteigen und das Immunsystem sich wieder bedrohlich verschlechtern würde. Hinzu kommt, dass die Klägerin zudem an einer chronischen Hepatitis C leidet, die nach den Ausführungen von Dr. _____ in der ärztlichen Bescheinigung vom 03.03.2010 im Jahr 2008 erfolglos behandelt wurde. Bei einer Co-Infektion mit dem Hepatitis-C-Virus,

so Dr. , steigt statistisch die Mortalität deutlich an, bedingt durch Komplikationen vor allem der Leber. Die Klägerin ist auf eine ununterbrochene und konsequente virus-hemmende Therapie mit derzeit drei Kombinationspräparaten angewiesen, die täglich bzw. dreimal wöchentlich eingenommen werden müssen. Bereits das Weglassen einzelner Medikamentendosen und erst recht eine Therapieunterbrechung für einzelne Tage können zu einem Wirkungsverlust der Medikamente bzw. Resistenzbildungen führen (vgl. dazu im Übrigen auch Leitlinien zur antiretroviralen Therapie der HIV-Infektion, Deutsch-Österreichische Empfehlung, Stand: September 2008, über das Robert-Koch-Institut, <http://www.rki.de>). Ebenso kann die Verzögerung eines evtl. notwendigen Therapiewechsels Nachteile für die gesamte Behandlung bewirken. Durch das Auftreten von Resistenzen gegenüber den eingesetzten wirksamen Medikamenten können sich sog. Kreuzresistenzen gegen bisher noch nicht eingesetzte Medikamente entwickeln, die nach bisherigen Erkenntnisstand irreversibel im Viruspool der Körpers gespeichert werden. Durch ein frühzeitiges Erkennen von Resistenzen und entsprechenden frühzeitigen Therapiewechsel kann der Entwicklung von mehrfachresistenten Viren vorgebeugt werden.

Der Klägerin ist es nicht möglich, eine ununterbrochene Fortsetzung der allein lebenserhaltenen antiretroviralen Therapie in Kamerun dauerhaft sicherzustellen (vgl. auch für den Fall einer HIV-Infektion im Stadium CDC A 2 : VG Düsseldorf, Urteil vom 22.05.2007 - 3 K 5382/06.A -; Stadium CDC C 3: VG Göttingen, Urteil vom 02.04.2008 - 3 A 462/07 -; a.A. für eine HIV-Infektion im Stadium CDC A 2 mit Therapiebeginn: VG Münster, Urteil vom 28.01.2008 - 9 K 45/06.A -; im Stadium CDC A 1: VG Karlsruhe, Urteil vom 08.08. 2006 - 8 K 10097/05 -; alle Entscheidung in juris).

Zwar besteht nach der derzeitigen Auskunftslage in Kamerun grundsätzlich die Möglichkeit, eine antiretrovirale Therapie (ART) zu beginnen bzw. eine im Ausland begonnen Therapie in Kamerun weiterzuführen. Seit März 2006 gibt es in Kamerun einen nationalen Strategieplan für die Zeit von 2006 - 2010, wonach bis zum Jahr 2010 75 % der Erwachsenen und 100 % der Kinder, die ART benötigen, kostenlosen Zugang erhalten sollen. Als Teil dieses Strategieplans sind seit Mai 2007 grundsätzlich die Behandlungskosten und Medikamente im nationalen HIV/AIDS - Programm, zu dem jedermann Zugang hat, frei. Bei der Registrierung wird einmalig eine Gebühr von 3.000 CFA (fester Wechselkurs: 1 EUR = 655,957 CFA) erhoben. Seit Mai 2007 wird ART landesweit kostenlos und in öffentlichen und akkreditierten privaten Krankenhäusern, aber auch von kirchlichen Anbietern

zur Verfügung gestellt. Laut offiziellen Statistiken gibt es in ganz Kamerun etwa 100 Einrichtungen, die Medikamente zur ART abgeben, bzw. landesweit 109 Behandlungszentren (vgl. Auskünfte der Deutschen Botschaft in Jaunde - Regionalarzt - an das VG Stuttgart vom 28.09.2007 und an das Bundesamt vom 15.10.2007; Bundesamt, Kamerun /Gesundheitswesen, Juli 2008, S.5 ff und Situation der Frauen und Kinder -, Juni 2007, S. 17; SFH, Kamerun: Behandlungsmöglichkeiten von HIV/AIDS, Auskunft vom 22.05.2008; Austrian Centre for Country of Origin & Asylum Research (ACCORD), Behandlungsmöglichkeiten für HIV/AIDS und Hepatitis B/C, Auskunft vom 30. 01. 2008).

Jedoch sind die Angaben zur Finanzierung des nationalen HIV/AIDS-Programms widersprüchlich. Zusammenfassend kann aber davon ausgegangen werden, dass jedenfalls die sog. "First-Line-Medikamente" in Kamerun kostenlos abgegeben werden. Allerdings müssen alle Laboruntersuchungen (etwa zur Bestimmung der CD4-Zellen, der Viruslast, etc.) von den Patienten selbst bezahlt werden. Die Kosten für die halbjährigen Laboruntersuchungen (zur Feststellung der Erforderlichkeit und Wirkung von ART bzw. der Viruslast) wurden zwar im Januar 2006 auf 7.000 CFA (d.h. ca. 10,68 EUR bzw. nach Auskunft der Deutschen Botschaft vom 28.09.2007 auf 6.000 CFA) festgesetzt, allerdings würden verschiedenen Berichten nach häufig noch höhere Kosten berechnet. Test für die Leber- und Nierenfunktion kosten nach den vorliegenden Informationen etwa 42 US-Dollar. Der Patient muss ferner im Halbjahr 40 EUR für die Behandlung und Nachuntersuchung nach Therapiebeginn bezahlen. Auch die Medikamente zur Behandlung der opportunistischen Infektionen sind nicht kostenlos. Nach der Auskunftslage führen die im Land bestehende Korruption im Gesundheitswesen, die Überlastung des medizinischen Personals und deren schlechter Bezahlung zu ernsthaften Probleme bei der Umsetzung des staatlichen Programms. Auch sind die Versorgungseinrichtung nicht ausreichend dezentralisiert, so dass Patienten in ländlichen Gebieten oftmals auf Transporte angewiesen sind und zusätzlich bis zu 15.000 CFA Transportkosten tragen, sowie längere Reisen bewältigen müssen. Wichtigste Hindernisse zum Zugang der Behandlung sind u.a. mithin, die hohen Kosten der Diagnoseuntersuchungen und Mangel an leistbaren und geeigneten Transportmöglichkeiten zu den Behandlungszentren (vgl. Bundesamt, Kamerun/Gesundheitswesen, Juli 2008, S.5 ff; SFH, Kamerun: Behandlungsmöglichkeiten von HIV/AIDS, Auskunft vom 22. Mai 2008; Austrian Centre for Country of Origin & Asylum Research (ACCORD), Behandlungsmöglichkeiten für HIV/AIDS und Hepatitis B/C, Auskunft vom 30.01. 2008). Soweit HIV-infizierte Personen Resistenzen gegen ihre Medika-

mente entwickeln, sind sie oftmals auf teurere, in Kamerun nicht erhältliche Medikamente angewiesen (vgl. Bundesamt; Kamerun/Gesundheitswesen, Juli 2008, S.7).

Abgesehen davon würde es der Klägerin nicht gelingen, über das nationale HIV/AIDS-Programm die derzeit neben Cotrimoxazol verabreichten Medikamente Truvada und Kaletra oder Medikamente mit deren Wirkstoff zu erhalten. Nach Auskunft der Botschaft der Bundesrepublik in Jaunde vom 27.09.2005 an das VG Stuttgart ist das Kombi-Präparat Truvada nicht in Kamerun erhältlich. Ebenso verhält es sich mit dem der Klägerin verordneten Medikament Kaletra, bestehend aus den Wirkstoffen Lopinavir und Ritonavir. Diese Wirkstoffe sind in Kamerun nicht verfügbar (Bundesamt, Kamerun/Gesundheitswesen, Juli 2008, S. 9; vgl. SFH, Kamerun; Behandlungsmöglichkeiten von HIV/AIDS, Auskunft vom 22.05.2008). Die Klägerin würde somit bei einer Rückkehr nach Kamerun die notwendige Therapie nicht effektiv fortsetzen können. Ihr Immunstatus würde sich binnen weniger Monate massiv verschlechtern und der Ausbruch von AIDS alsbald drohen (vgl. auch VG Potsdam, Urteil vom 20.08.2004 - 14 K 714/02.A -juris, Stadium A 3). Darüber hinaus ist auch nicht erkennbar, dass sich die Klägerin die zwingend notwendigen Kontrollen, ggfs. die Transportkosten zu den Behandlungszentren und die individuellen Medikamente würde überhaupt finanziell leisten können. Auch wenn der Vortrag der Klägerin zur Höhe ihres in Kamerun erzielten monatlichen Einkommen im Laufe der Verfahren wechselte, so ist ihr doch abzunehmen, dass sie im Heimatland nicht über ausreichende finanzielle Mittel verfügen würde, um sich die notwendige Behandlung zu sichern. Vor ihrer Ausreise hat die Klägerin zwar als Schneiderin und Frisörin gearbeitet und nebenher noch ein Geschäft gehabt. Im Hinblick darauf, dass die Klägerin bereits im August 1999 ihr Heimatland verlassen hat, wird ihr jedenfalls das Geschäft nicht mehr zur Verfügung stehen. Im Übrigen haben HIV-Infizierte, deren Krankheit bekannt ist, in Kamerun große Schwierigkeiten, eine Arbeit zu finden. Arbeitgeber lassen zudem ohne Einverständnis der Angestellten HIV/AIDS-Tests durchführen und entlassen ihre Arbeitnehmer im Falle einer HIV-Erkrankung (vgl. Bundesamt, Kamerun/Gesundheitswesen, Juli 2008, S.11 ff; SFH, Kamerun: Behandlungsmöglichkeiten von HIV/AIDS, Auskunft vom 22.05.2008). HIV-Infizierte in Kamerun sind häufig isoliert und von der Gesellschaft ausgegrenzt. Staatliche Unterstützung in sozialer Not gibt es in Kamerun nicht. Eintretende Notlagen müssen in der Regel von funktionierenden sozialen Netzen (Großfamilie) aufgefangen werden. Familiäre Bindungen im Heimatland bestehen jedoch bei der Klägerin (bis auf einen Sohn, dessen Aufenthaltsort sie nicht kennt) nicht. Im Ergebnis ist deshalb davon

auszugehen, dass es bei der Klägerin auf Grund der bei ihr gegebenen individuellen Besonderheiten bei einem Absetzen der notwendigen Medikation alsbald zu einer lebensgefährlichen Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes kommen würde und deshalb die Voraussetzungen des § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG im Bezug auf Kamerun vorliegen.

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

Rechtsmittelbelehrung:

Gegen dieses Urteil steht den Beteiligten die Berufung zu, wenn sie von dem Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg zugelassen wird. Die Zulassung der Berufung ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils zu beantragen. Der Antrag ist beim Verwaltungsgericht Stuttgart, Augustenstraße 5, 70178 Stuttgart oder Postfach 105052, 70044 Stuttgart, zu stellen. Er muss das angefochtene Urteil bezeichnen. In dem Antrag sind die Gründe, aus denen die Berufung zuzulassen ist, darzulegen. Die Berufung ist nur zuzulassen, wenn die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat oder das Urteil von einer Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts, des Bundesverwaltungsgerichts, des Gemeinsamen Senats der Obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts abweicht und auf dieser Abweichung beruht oder ein in § 138 VwGO bezeichneter Verfahrensmangel geltend gemacht wird und vorliegt.

Lässt der Verwaltungsgerichtshof die Berufung zu, wird das Antragsverfahren als Berufungsverfahren fortgesetzt.

Vor dem Verwaltungsgerichtshof muss sich jeder Beteiligte, außer in Prozesskostenhilfungsverfahren, durch Prozessbevollmächtigte vertreten lassen. Dies gilt auch für Prozesshandlungen, durch die ein Verfahren vor dem Verwaltungsgerichtshof eingeleitet wird. Als Bevollmächtigte sind Rechtsanwälte oder Rechtslehrer an einer deutschen Hochschule im Sinn des Hochschulrahmengesetzes mit Befähigung zum Richteramt oder die in § 67 Absatz 2 Satz 2 Nr. 3 bis 7 VwGO bezeichneten Personen und Organisationen zugelassen. Behörden und juristische Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse können sich durch eigene Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt oder durch Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt anderer Behörden oder juristischer Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse vertreten lassen.

Zeitler