

VG Karlsruhe

Urteil vom 8.8.2006

Tenor

1. Die Klage wird abgewiesen.
2. Die Klägerin trägt die Kosten des gerichtskostenfreien Verfahrens.

Tatbestand

Im vorliegenden Verfahren beehrt die Klägerin die Verpflichtung des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge zur Feststellung eines auf die HIV-Erkrankung der Klägerin gestützten Abschiebungshindernisses.

Nach ihren eigenen Angaben ist die Klägerin im Jahre 1976 in Bamenda/Kamerun geboren und dort aufgewachsen. Nach ihrer Einreise nach Deutschland stellte sie im November 2001 einen Antrag auf Gewährung politischen Asyls. Diesen lehnte das Bundesamt mit Bescheid vom 20.02.2002 ab. Der Bescheid enthält ferner die Feststellung, dass weder die Voraussetzungen des § 51 AuslG noch Abschiebungshindernisse nach § 53 AuslG vorliegen; außerdem wurde der Klägerin die Abschiebung nach Kamerun angedroht. Die hiergegen gerichtete Klage wurde mit rechtskräftigem Urteil des Verwaltungsgerichts Karlsruhe vom 07.11.2003 - A 8 K 10583/02 - abgewiesen.

Am 22.03.2004 stellte die Klägerin einen (ersten) Asylfolgeantrag, der ebenfalls erfolglos blieb. Die von der Prozessbevollmächtigten gegen den ablehnenden Bescheid des Bundesamtes vom 22.04.2004 erhobene Klage - A 8 K 11074/04 - sowie ein zugleich gestelltes einstweiliges Rechtsschutzbegehren - A 8 K 11075/04 - nahm die Klägerin Ende Mai 2004 zurück. Weder im Asylerstverfahren noch in diesem (ersten) Asylfolgeverfahren wurde die HIV-Erkrankung der Klägerin mitgeteilt.

Mit Schriftsatz ihrer Prozessbevollmächtigten vom 02.12.2004 beantragte die Klägerin beim Bundesamt die Feststellung, dass die Voraussetzungen des § 53 AuslG vorliegen. Hierzu führte sie aus, dass sie HIV-infiziert sei. Ab Januar 2005 werde mit einer antiretroviralen Therapie, durch die allein das Fortschreiten der Erkrankung unter Erhaltung der CD4+-Zellen gebremst werden könne, begonnen werden. Eine entsprechende medikamentöse Therapie sei in Kamerun für sie praktisch unmöglich. Denn sie könne die Behandlung in ihrer Heimat nicht finanzieren.

Nach Aufforderung des Bundesamts legte die Prozessbevollmächtigte ein Attest des Internisten ... Pforzheim, vom 04.01.2005 vor, in dem Folgendes berichtet ist: Die Infektion sei anlässlich eines von der LAST in Karlsruhe im Februar 2002 veranlassten HIV-Tests festgestellt worden. Die Klägerin zeige keine Krankheitszeichen. Bezüglich der Laborwerte zeige sich folgender Verlauf der Viruslast (Virusnachweis im Blut) und CD4-Helferzellzahl (Zustand des Immunsystems):

	Viruslast (Kopie/ml)	CD4-Helferzellen (Zellen/ μ l)
02/02	8998	429
05/04	24800	466
09/04	19050	363
12/04	16059	491

Aktuell erfolge noch keine medikamentöse Therapie. Aufgrund neuer klinischer Studien erscheine dies aber in Kürze erforderlich, da eine persistierende relevante Virusbelastung festgestellt worden und dies schlecht für die Prognose sei. Es liege somit ein Stadium I nach CDC vor.

Mit Bescheid vom 11.01.2005 lehnte das Bundesamt den Antrag auf Abänderung des Bescheids vom 20.02.2002 bezüglich der Feststellung zu § 53 AuslG ab und führte zur Begründung im Wesentlichen aus: Die Voraussetzungen für ein Wiederaufgreifen des Verfahrens, das hier allein die nach neuem Recht betroffenen Abschiebungsverbote des § 60 Abs.2 - 7 AufenthG (vormals: § 53 AuslG) angehe, seien nicht gegeben. Auf § 51 VwVfG könne der Antrag erfolgreich nicht gestützt werden. Denn die Klägerin sei nicht ohne grobes Verschulden außerstande gewesen, den Wiederaufgreifensgrund bereits in früheren Verfahren geltend zu machen. Außerdem habe sie die in § 51 Abs.3 VwVfG vorgeschriebene 3-Monats-Frist, die nach Kenntniserhalt vom Wiederaufgreifensgrund zu laufen beginne, nicht eingehalten. Insbesondere habe sie ihre Erkrankung im Rahmen des ersten Folgeverfahrens nicht mitgeteilt, obwohl seinerzeit - dies betreffe den Monat Mai 2004 - eine nicht unerhebliche Verschlechterung der Viruslast vorgelegen habe. Ein Wiederaufgreifen des Verfahrens nach § 51 Abs.5 mit §§ 48, 49 VwVfG, über das nach pflichtgemäßem Ermessen zu entscheiden sei, werde abgelehnt. Denn es bestehe kein Anlass, die frühere (zu § 53 AuslG ergangene Entscheidung) zurückzunehmen oder zu widerrufen. Denn Gründe, die unabhängig von den § 51 Abs.1 bis 3 VwVfG innewohnenden Voraussetzungen eine Abänderung der bisherigen Entscheidung rechtfertigten, seien nicht gegeben.

Der Bescheid vom 11.01.2005 wurde der Prozessbevollmächtigten der Klägerin durch Einschreiben, aufgegeben zur Post am 18.01.2005, zugestellt.

Mit Anwaltfax hat die Klägerin am 27.01.2005 Klage erhoben, zu deren Begründung sie unter Hinweis auf sukzessive vorgelegte weitere Bescheinigungen des Internisten ... Folgendes vorträgt: Unter dem Eindruck der immer noch deutlich erhöhten Viruslast sei nunmehr mit einer antiretroviralen Therapie begonnen worden. Diese bestehe aus Combivir 2 x 1 und Sustiva 600 1 x 1. Im Gegensatz zu den Ausführungen im angefochtenen Bescheid seien die dort im Einzelnen dargelegten Behandlungskosten für eine mittellose allein stehende Frau in Kamerun nicht finanzierbar. Hinzu komme, wie vom VG Düsseldorf in einem gleich gelagerten Fall dargelegt worden sei, dass es bezüglich der in Frage stehenden Medikamente in Kamerun regelmäßig zu Lieferungsengpässen und Verzögerungen gekommen sei. Bei Unterbrechung der Medikation müsse mit einem Anstieg der Viruslast und einer weiteren Verschlechterung des Immunsystems gerechnet werden. Dies führe zu einer Verkürzung der Lebenserwartung durch möglichen Übergang in das AIDS-Stadium.

Die Klägerin stellt den Antrag,

den Bescheid des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge vom 11.01.2005 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten festzustellen, dass ein Abschiebungshindernis gemäß § 60 Abs.7 AufenthG vorliegt.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie nimmt zur Begründung auf die angefochtene Entscheidung Bezug.

Wegen des Vorbringens der Beteiligten im Einzelnen wird auf die im gerichtlichen Verfahren gewechselten Schriftsätze und wegen des Sachverhalts im Übrigen auf die zum Asylverfahren und zum jetzigen Verfahren vorgelegten Akten des Bundesamts (2 Bände) sowie auf die Gerichtsakten der Verfahren - A 8 K 10583/02 -, - A 8 K 11074/02 -, und - A 8 K 11075/04 -, die sämtlich dem Gericht in der mündlichen Verhandlung und bei seiner Entscheidung vorlagen, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Im Einverständnis der Beteiligten konnte der Berichterstatter anstelle der Kammer entscheiden (vgl. § 87 a Abs.2 u. 3 VwGO).

Das Gericht konnte verhandeln und entscheiden, obwohl die Beklagte in der mündlichen Verhandlung nicht vertreten war, denn sie ist in der Ladung auf die Rechtsfolge ihres Ausbleibens hingewiesen worden (§ 102 Abs.2 VwGO).

Die zulässige Klage ist nicht begründet. Das Bundesamt hat es in gerichtlich nicht zu beanstandender Weise (vgl. § 114 S.1 VwGO) abgelehnt, seine frühere, zu § 53 AuslG ergangene Entscheidung auf dem Ermessenswege abzuändern. Die Klägerin hat nämlich, wie das Bundesamt ebenfalls zu Recht dargelegt hat, keinen Anspruch auf Feststellung eines auf § 60 Abs.7 AufenthG gegründeten Abschiebungshindernisses. Von daher muss zugleich ihr auf § 51 Abs.1 - 3 VwVfG gestützter Wiederaufgreifensantrag - jedenfalls in der Sache - erfolglos bleiben, weswegen es hier letztlich auch nicht darauf ankommt, ob das Bundesamt Wiederaufgreifensgründe nach § 51 VwVfG zu Recht verneint hat (vgl. zur Pflicht des Verwaltungsgerichts, in der Sache durchzuentscheiden: BVerwG, Urt.v. 10.02.1998, BVerwGE 106, 171).

Nach § 60 Abs.7 S.1 AufenthG kann von der Abschiebung eines Ausländers in einen anderen Staat abgesehen werden, wenn dort für diesen Ausländer eine erhebliche konkrete Gefahr für Leib, Leben und Freiheit besteht. Dabei kann die drohende Verschlimmerung einer Krankheit wegen ihrer nur unzureichenden medizinischen Behandlung im Zielstaat der Abschiebung ein Abschiebungshindernis nach § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG sein (vgl. zur gleichlautenden Vorläufervorschrift des § 53 Abs.6 S.1 AuslG : BVerwG, Urt. vom 27.04.1998, - 9 C 13.97 - InfAuslR 1998, 409 = AuAS 1998, 243 = Buchholz 402.240 § 53 AuslG 1990 Nr 12). Trotz bestehender konkreter erheblicher Gefahr kann die Anwendbarkeit des § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG im Verfahren eines einzelnen Ausländers aber nach Satz 2 gesperrt sein. Satz 2 ordnet nämlich an, dass Gefahren im Zielstaat der Abschiebung, denen die Bevölkerung oder die Bevölkerungsgruppe, der der Ausländer angehört, allgemein ausgesetzt ist, bei

der Entscheidung nach § 60 a Abs.1 S.1 AufenthG berücksichtigt werden. In diesem Fall entspricht es allein dem Gesetzeszweck, dass über die Aufnahme oder Nichtaufnahme im Bundesgebiet nicht im Einzelfall durch das Bundesamt und durch eine nachfolgende Ermessensentscheidung der Ausländerbehörde, sondern für die gesamte Gruppe der potenziell Betroffenen einheitlich durch eine politische Leitentscheidung des Innenministeriums befunden werden soll. Diese Entscheidung des Bundesgesetzgebers haben die Verwaltungsgerichte zu respektieren (BVerwG, Urt. vom 17.10.1995 - 9 C 9.95 - BVerwGE 99, 324 = Buchholz 402.240 § 53 AuslG 1990 Nr.1 = InfAuslR 1996, 149; Urt. v. 27.04.1998, a.a.O.); sie dürfen daher im Einzelfall Ausländern, die einer gefährdeten Gruppe angehören, für die ein Abschiebestopp nach § 60a Abs.1 AufenthG aber nicht besteht, nur dann ausnahmsweise Schutz vor der Durchführung der Abschiebung in verfassungskonformer Anwendung des § 60 Abs. 7 AufenthG zusprechen, wenn keine anderen Abschiebungshindernisse nach § 60 AufenthG gegeben sind und eine Abschiebung Verfassungsrecht verletzen würde. Das ist nur bei einer extremen Gefahrenlage der Fall, nämlich dann wenn der betroffene Ausländer im Falle seiner Abschiebung in sein Heimatland gleichsam sehenden Auges dem sicheren Tod oder schwersten Verletzungen ausgeliefert sein würde. Nur dann gebieten es die Grundrechte aus Art. 1 Abs. 1 und Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG, ihm trotz Fehlens einer Ermessensentscheidung nach § 60 Abs. 7 Satz 2, § 60a AufenthG Abschiebungsschutz nach § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG zu gewähren (st. Rspr zu § 53 AuslG: vgl. BVerwG, Urteile vom 17. 10.1995, a.a.O.; 27.04.1998, a.a.O. und vom 12. 07.2001, - 1 C 5.01 - BVerwGE 115, 1 = Buchholz 402.240 § 53 AuslG Nr 49 = InfAuslR 2002, 52 = NVwZ 2002, 101).

Vorliegend ist die unmittelbare Anwendung des § 60 Abs.7 S.1 AufenthG wegen Satz 2 der Bestimmung ausgeschlossen. Denn angesichts des sich aus den eingeführten Erkenntnismitteln ergebenden Anteils der HIV-Infizierten an der Gesamtbevölkerung bzw. an dem sexuell aktiven Bevölkerungsteil Kameruns ist davon auszugehen, dass HIV-Infizierte im Sinne des Satzes 2 eine Bevölkerungsgruppe bilden, die, wie die Vorschrift weiter fordert, in Kamerun einer allgemeinen Gefahrenlage ausgesetzt ist (vgl. Urteile der Kammer vom 17.01.2003 - A 8 K 11401/02, vom 27.09.2005 - A 8 K 10254/05 - und vom 29.06.2004 - A 8 K 11603/03 -, bestätigt durch VGH Bad.-Württ., Beschl.v. 20.09.2004 - A 9 S 1025/04 -; VG Potsdam, Urt. v. 07.05.2004, AuAS 2004, 189; allgemein zur Bedeutung einer HIV-Infektion im Blick auf die Vorläuferbestimmung des § 53 Abs.6 AuslG : BVerwG, Urt. v. 27.04.1998, a.a.O.).

Nach Auskunft der Botschaft der Bundesrepublik Deutschland in Yaounde (vom 01.02.2000 an VGH Baden-Württemberg), die sich auf eine Schätzung der Weltgesundheitsorganisation stützt, sollen ca. 5 v. H. der sexuell aktiven Bevölkerung Kameruns HIV-infiziert sein. Das Institut für Afrikakunde (vom 10.01.2000 an VGH Baden-Württemberg) benennt mit 6,5 v. H. sogar einen auf die Gesamtbevölkerung Kameruns bezogenen höheren Anteil. In dieser Größenordnung halten sich in etwa auch die vom Bundesamt (vgl. Merkmalskatalog Kamerun vom März 2004, dort S.10, m.w.N.; ebenso: Kamerun-Online-Loseblattwerk-, 9.Gesundheitswesen, Dezember 2002 S. 18 f., im Folgenden zitiert: Bundesamt, Gesundheitswesen) mitgeteilten, in ihrer größeren Differenzierung noch aufschlussreicheren Zahlen. Denn hiernach lag - einer Ende 2001 vorgenommenen Schätzung zufolge - die HIV-Infektionsrate bei 920.000 Personen; 860.000 Personen davon zählten zur Altersgruppe der 15 - 49-Jährigen, das entspricht 11,8 % dieses Bevölkerungssegments; Frauen dieser Alterskategorie seien mit einem Anteil von 58 % überproportional betroffen. 42 % seien - laut Stand 2003 - unter 15 Jahre alt. Die HIV/AIDS-Todesrate liege (Schätzung 2001) bei 53.000 Personen. Nach alledem kann der Klägerin, da bislang eine

humanitäre Ermessensregelung für HIV-infizierte und/oder AIDS-kranke Ausländer fehlt, Abschiebungsschutz in verfassungskonformer Auslegung des § 60 Abs.7 AufenthG nur dann zuerkannt werden, wenn sie im Falle ihrer Abschiebung in ihr Heimatland gleichsam sehenden Auges dem sicheren Tod oder schwersten Verletzungen ausgeliefert wäre.

Dabei ist zum rechtlichen Ansatz, unter dem diese Formel steht, noch Folgendes hervorzuheben: Während die auf unmittelbare Anwendung des § 60 Abs.7 S.1 AufenthG gerichtete Subsumtion die Feststellung einer am Einzelfall orientierten konkreten Gefahr erfordert und die Prognose zur Art und Schwere der drohenden Rechtsgutsverletzung anhand des im Asylrecht grundsätzlich verbindlichen Maßstabs der beachtlichen Wahrscheinlichkeit zu treffen ist (BVerwG, Urt. v. 05.07.1994, InfAuslR 1995, 24, 26 im Anschluss an Urt.v. 05.11.1991, BVerwGE 89, 162; Urt. v. 17.10.1995 - 9 C 9.95 -, BVerwGE 99, 324, 330), ist in der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts (vgl. zuletzt Urt. v. 12.07.2001, a.a.O.) zugleich geklärt, dass - für die verfassungsrechtlich gebotene Überwindung der von Satz 2 ausgehenden Sperrwirkung mit der Folge einer auf Abschiebungsschutz gerichteten, gebundenen Entscheidung - eine extreme Gefährdung, die durch das Merkmal der Unmittelbarkeit gekennzeichnet ist, vorliegen muss und hierfür insgesamt von einem Prognosemaßstab auszugehen ist, der eine hohe Wahrscheinlichkeit erfordert.

Diese Voraussetzungen sind im Fall der Klägerin nicht gegeben.

Dies folgt schon daraus, dass sich deren HIV-Infektion noch in einem recht frühen Stadium befindet. Dies steht der Prognose entgegen, dass die Klägerin infolge der Abschiebung in ihr Herkunftsland dem sicheren Tod oder schwersten Verletzungen ausgeliefert würde. Eine solche Prognose ließe sich selbst dann nicht rechtfertigen, wenn eine fehlende oder mangelhafte Weiterbehandlung der HIV-Infektion in Kamerun unterstellt würde. Dem steht vor allem das Merkmal der Unmittelbarkeit, welches die dem Gastland obliegende Verantwortung in zeitlicher Hinsicht begrenzt, aber auch der voranstehend erörterte Prognosemaßstab entgegen. Nichts anderes würde übrigens auch dann gelten, wenn hierbei lediglich auf eine beachtliche Wahrscheinlichkeit abzustellen wäre.

Nach gängiger CDC-Klassifikation werden die HIV-Krankheitsstadien unter zwei gedanklichen Ausgangspunkten, die zur differenzierteren Einstufung des akuten Krankheitsbildes kombiniert werden, kategorisiert.

Zum einen ist dies die klinische Kategorie, die vom asymptomatischen Stadium A, in dem der HIV-Infizierte klinisch gesund ist, über das Stadium B, in dem es noch an den die Krankheit AIDS definierenden Erkrankungen fehlt, gleichwohl aber sog. assoziierte Erkrankungen auftreten können, bis zum Stadium C, in dem wegen Außerkräftsetzung des Immunsystems insbesondere typische eigenständige Infektionskrankheiten, ggf. mit tödlicher Wirkung, in Erscheinung treten (Vollausbruch der AIDS-Krankheit), reicht. Zum anderen gibt es die Labor-kategorie, die nach der Anzahl der CD4-Lymphozyten (sog. Helferzellen), bezogen auf eine Raumeinheit Blut, beurteilt werden. Dabei repräsentiert die Kategorie I den an sich wünschenswerten Normalzustand, der ab 500 CD4-Zellen/ μ l aufwärts, anzusetzen ist, während im Bereich unterhalb 500/ μ l bis 200/ μ l die Kategorie II und bei weniger CD4-Zellen die Kategorie III gegeben ist (vgl. <http://66.249.03.104/search?q=cache:T1DkgDg7O84J :de.wikipedia.org/wiki/Aids+HI>, und <http://64.233.183.104/search?q=cache:>

Gegenwärtig ist davon auszugehen, dass das Krankheitsbild der Klägerin der - am wenigsten nachhaltigen - Kategorie A I zuzuordnen ist.

Dass klinisch von der Kategorie A auszugehen ist, ergibt sich daraus, dass die Klägerin laut Attest des Internisten ... vom 04.01.2005 keine Krankheitszeichen zeigt, sich mithin der dortige ausdrückliche Hinweis auf die Kategorie I wohl auf den klinischen Aspekt beziehen dürfte und es in den weiteren Attesten vom 01.02.2005, 10.05.2005, 07.10.2005, 16.05.2006 und 02.08.2006 an einer gegenteiligen Äußerung gänzlich fehlt. Was den Labor aspekt anbelangt, so dürfte das vor Beginn der medikamentösen Behandlung erreichte Krankheitsbild der Klägerin nach Maßgabe der im Attest vom 04.01.2005 mitgeteilten Entwicklung der Zahl der sog. Helferzellen der Kategorie II zuzuordnen gewesen sein. Gleichwohl ist, wie die ab 10.05.2005 verfassten ärztlichen Atteste mit einer Anzahl von durchweg weit über 500 Helferzellen/ μ l zeigen, seither eine Rückkehr in die Kategorie I festzustellen, wobei gegenwärtig mit 631 Helferzellen/ μ l (vgl. Attest vom 02.08.2006) noch eine weitere deutliche Verbesserung eingetreten ist. Lediglich bezüglich der Viruslast hat es - gegenüber einer zwischenzeitlichen Verbesserung - laut Attest vom 16.05.2006 eine Verschlechterung gegeben, ohne dass bislang eine weitere Veränderung eingetreten ist. Dies ist aber nicht dahingehend zu verstehen, dass die Viruslast insgesamt über den im Attest vom 04.01.2005 für die Zeit vor Beginn der Behandlung mitgeteilten Werten lag.

Von dem Ausgangspunkt, dass das Krankheitsbild der Klägerin der geringsten (vom Vollbild der Krankheit AIDS am weitesten entfernten) Kategorie zuzuordnen ist, aus betrachtet, lässt sich weder mit hoher noch mit beachtlicher Wahrscheinlichkeit die Prognose treffen, die Klägerin werde, selbst im Falle einer mit einem Abbruch der Behandlung verbundenen Rückkehr in den Herkunftsstaat - in einem absehbaren Zeitraum in einen ihr Leben bedrohenden Zustand geraten oder durch Ausbruch einer auf das volle Krankheitsbild AIDS hinweisenden Infektion einem besonders schweren gesundheitlichen Rückschlag ausgesetzt sein. Bei dieser Prognose kann namentlich nicht außer Acht gelassen werden, dass zwischen dem Zeitpunkt der Aufdeckung der HIV-Infektion (Februar 2002) und der Aufnahme einer medikamentösen Behandlung, die erst nach Stellung des streitgegenständlichen Folgeantrags einsetzte, ein behandlungsfreier (beschwerdefreier) Zeitraum von drei Jahren lag und laut statistischer Zahlen immerhin für etwa ein Drittel der HIV-Infizierten eine über 15 Jahre hinausreichenden Zeitspanne, in der der Patient das Syndrom AIDS nicht erreicht, belegt ist (vgl. <http://64.233.183.104/search?q=cache:KDWjf4CHMIJ :info. multimedica.de/public/h.>). Dass der Internist ... in seinen ab dem 16.05.2005 ausgestellten Attesten die eingeschlagene medikamentöse Therapie für die Klägerin als "lebensnotwendig" bezeichnet, vermag an der dargelegten Prognose nichts zu ändern. Erkennbar knüpft der ärztlicherseits gebrauchte Ausdruck an die doch relativierende Sichtweise an, dass es darum gehe, den bestehenden Zustand zu bessern oder zu halten. Ersichtlich sollte damit die Möglichkeit oder Wahrscheinlichkeit eines plötzlichen Umschlagens der HIV-Infektion in ein kritisches, klinisch erhebliches Stadium nicht angedeutet werden. Auffällig ist ferner, dass noch vor Beginn der medikamentösen Therapie, nämlich mit Attest vom 01.02.2005 lediglich die Formel "der Therapiebeginn war notwendig, um weiteren gesundheitlichen Schaden von der Patientin abzuwenden", verwendet, und erst im weiteren Verlaufe des gerichtlichen Verfahrens - und dies trotz (zwischenzeitlicher) Verbesserung der Helferzellen (und der Viruslast) - die dramatischer klingende

Wendung von der Lebensnotwendigkeit benutzt wurde. Was das neueste, in der mündliche Verhandlung vorgelegte Attest vom 02.08.2006 anbelangt, so kann sicherlich mit dem Arzt davon ausgegangen werden, dass bei Unterbrechung der Medikation mit einer Verschlechterung des Immunsystems gerechnet werden muss. Die weitere Prognose des Arztes, dass dies ein gehäuftes Auftreten von opportunistischen Infektionen bewirkt, ist jedoch ohne jegliches Zeitmaß getroffen worden und damit nicht als schlüssiger Beleg dafür geeignet, dass sich die Klägerin innerhalb eines der Abschiebung nachfolgenden absehbaren Zeitraums einer schweren, namentlich lebensbedrohlichen Verschlechterung ihres Gesundheitszustands gegenübersehen wird. Denn, wie bereits dargelegt, sind bei der Klägerin bislang nicht einmal Anzeichen für sog. assoziierte (das Stadium B kennzeichnende) Erkrankungen festzustellen, wohingegen opportunistische Erkrankungen, wie sie im Attest vom 02.08.2006 bezeichnet sind, erst das Stadium C mit der vom Vollbild Aids ausgehenden akuten Lebensgefährdung definieren.

Im Zusammenhang mit dem Prognoseergebnis weist das Gericht des weiteren auf die Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs für Menschenrechte hin, in der für den Erfolg einer auf Verletzung des Art.3 EMRK gestützten Rüge maßgeblich darauf abgestellt wird, ob die HIV-Infektion im konkreten Falle bereits ein fortgeschrittenes Stadium erreicht hat (vgl. Entscheidung vom 15.02.2000, InfAuslR 2000, 421 mit Hinweisen der Bearbeiterin auf weitere einschlägige Entscheidungen des Gerichtshofs; vgl. ferner: OVG Lüneburg, Beschl.v. 20.03.2003, AuAS 2003, 126, das für das Stadium A II eine extreme Gefahrenlage und zugleich die Unmittelbarkeit der Rechtsgutsverletzung bei Abschiebung verneint).

Unabhängig von dem Voranstehenden (im Sinne eines weiteren tragenden Grundes) scheidet eine extreme Gefahrenlage aber auch deshalb aus, weil eine HIV-Behandlung in Kamerun gewährleistet und - mangels gegenteiliger durchgreifender Anhaltspunkte - für die Klägerin als noch erschwänglich angesehen werden darf.

Aufgrund der Auskunftslage geht das Gericht hinsichtlich der Therapiemöglichkeiten für HIV-Infizierte und der dabei anfallenden Kosten für Kamerun von folgender Lage aus: Seit März 2002 hat die Regierung ein Dreijahresprogramm zur Bekämpfung von AIDS begonnen. Ziel ist es, den Anteil der HIV-positiven Personen in der Altersgruppe zwischen 15 und 49 Jahren auf unter 10 Prozent zu senken. Im Rahmen des Programms wurden mit verschiedenen Herstellern von antiretroviralen Medikamenten Abkommen geschlossen, die es dem Staat ermöglichen, die Medikamente zu einem massiv verbilligten Preis einzukaufen (Bundesamt, Gesundheitswesen, S.19). Dass eine erhebliche Senkung der Kosten für antiretrovirale Medikamente erreicht werden konnte, spiegelt sich in den Auskünften des Auswärtigen Amtes wider. Geht der bereits erwähnte Botschaftsbericht vom 01.02.2000 für die Durchführung einer sog. Dreifach-Therapie in Yaounde noch von monatlichen Kosten in Höhe von 250 DM aus, so ist der entsprechende Betrag laut Botschaftsbericht vom 01.04.2003 (an VG Stuttgart) deutlich geringer, wobei - je nach Medikamentenkombination - Preise zwischen 23 und 62 € monatlich genannt werden. Dies ist sicherlich das weitreichende Ergebnis der zugunsten ärmerer Länder in den Handel gebrachten Generika, für die kennzeichnend ist, dass sie als Fertigarzneimittel nicht unter einem eingetragenen Warenzeichen vertrieben werden (vgl. Roche, Lexikon-Medizin, 5. Aufl. 2003 S.691). Im erwähnten Bericht, das Gesundheitswesen betreffend, legt sich das Bundesamt, was den monatlichen Kostenansatz für eine ausschließlich auf Generika basierenden Drei-Komponenten-Therapie angeht, im Minimalfalle sogar auf nur 10 € fest. In seiner

neuesten Auskunft vom 16.01.2004 (an VG Potsdam) gibt das Auswärtige Amt für ein HIV-Kombinationspräparat oder Vergleichbares die monatliche Kostenpauschale mit 41 € an, zuzüglich zwischen 45 und 76 € liegender Beträge, die für die notwendigen viertel- bis halbjährlichen Kontrolluntersuchungen aufzubringen sind; die jährlichen Therapiekosten werden auf 670 bis 793 € beziffert. Bei dieser Entwicklung der Dinge vermag das Gericht auch nicht von derselben Situation auszugehen, die das Verwaltungsgericht Düsseldorf seinem von der Klägerseite vorgelegten Urteil vom 16.12.2003 - 3 K 88/03.A zugrunde legte und hierbei entsprechend einer noch aus dem Jahre 2000 herrührenden Auskunft auf darin berichtete Engpässe und Verzögerungen bei der Lieferung der Medikamente abstellte. Dies gilt ganz abgesehen davon, dass selbst bei wiederholter Verzögerung der Medikamentengabe durchgreifende Zweifel daran bestehen, dass die hier vorgegebenen Prüfungsmaßstäbe, nämlich eine bezüglich des Negativerfolges zu prognostizierende hohe Wahrscheinlichkeit im Blick auf einen absehbaren Zeitraum im Anschluss an die Abschiebung, erfüllt sind.

Ferner ist nach der Auskunftslage davon auszugehen, dass sich, was Diagnose und Behandlung von HIV-Patienten angeht, zumindest in den beiden größten Städten Kameruns, Yaounde und Douala, eine anspruchsvollere Praxis durch auf AIDS spezialisierte Ärzte entwickelt hat. In Yaounde existieren mehrere Krankenhäuser, in denen HIV-Kranke - dies auch ambulant - behandelt werden (vgl. zu alledem Bundesamt, Gesundheitswesen, S.20). Dies gilt - wohl allerdings in geringerem Umfang - auch für Douala (vgl. die im Urteil des VG Potsdam vom 07.07.2004, a.a.O. aufgeführten Erkenntnisquellen). Nach der Auskunft des Auswärtigen Amtes vom 16.01.2004 (an VG Potsdam) zu urteilen, existieren außerhalb der beiden größten Städte des Landes noch weitere Behandlungsstationen.

Allerdings tritt für die nach alledem im Heimatstaat der Klägerin mögliche Therapie - im Gegensatz zu den hiesigen Verhältnissen - keine Institution als Leistungsträger für die Klägerin ein. Denn in Kamerun gibt es kein staatlich organisiertes Krankenversicherungssystem (vgl. Botschaftsbericht vom 01.02.2000, a.a.O.) und damit auch kein staatlich finanziertes Sozialsystem, das die Krankenkosten übernehmen würde. Von daher haben die Patienten grundsätzlich die Finanzierung der Behandlung aus privaten Mitteln sicherzustellen. Insoweit kann jedoch nicht dem von der Klägerin rein pauschal erhobene Einwand gefolgt werden, wonach sie über keinerlei eigene Mittel verfüge. Soweit dies gleichwohl der Fall sein sollte, so ist die Betrachtungsweise auch darauf zu erstrecken, ob bei der (engeren) Verwandtschaft der Klägerin Mittel zur Bezahlung der notwendigen HIV-Therapie vorhanden sind (vgl. dazu VG Karlsruhe, Urt.v. 17.06.2006 - A 4 K 10267/04 -).

Nach ihren eigenen im Asylverfahren gemachten Angaben zu ihren persönlichen Verhältnissen, die in der Niederschrift des Bundesamtes vom 16.01.2002 (vgl. S.2 ff.) enthalten sind, ist die Familie der Klägerin im Bereich der Provinzhauptstadt Bamenda ansässig. Die Klägerin will dort immerhin das Abitur abgelegt haben und berichtete davon, dass sowohl der Vater als auch die Mutter ein Geschäft betrieben, wobei sie sich als Tochter vor ihrer Ausreise in beiden Geschäften durch Aushilfstätigkeiten ausreichend viel Geld habe verdienen können. Ihren weiteren Angaben zufolge muss ihr Vater bei der die Klägerin nach Deutschland führenden Reise nicht nur die maßgebende organisatorische Rolle gespielt, sondern hierfür auch die finanziellen Mittel bereitgestellt haben. Er soll nämlich von Kamerun aus bis Lagos/Nigeria, wo die Klägerin das Flugzeug nach Europa nahm, mitgereist sein und die Klägerin über eine dritte Person an einen weißen Begleiter vermittelt haben, der sie dann hierher

verbracht haben soll. Zwar behauptete die Klägerin vor dem Bundesamt (vgl. S.3 unten der Niederschrift), sie wisse nicht, ob für die Ausreise Geld bezahlt worden sei. Abgesehen davon, dass diese Version der seinerzeit (2001) bereits 25 Jahre alten Klägerin einer realistischen Betrachtungsweise kaum standhalten kann, vermittelt doch die nachfolgende Bemerkung, der Vater habe die Angelegenheiten erledigt, mit ziemlicher Eindeutigkeit, namentlich mangels Benennung anderer hierfür in Betracht kommender Personen, den Eindruck, dass es der Vater war, der die für die Reise erforderlichen Mittel bereitgestellt hat.

Darüber hinaus gehört es, worüber immer wieder in den Massenmedien berichtet wird und was deshalb als allgemeinkundig gelten darf, zu den typischen Gepflogenheiten von Migranten aus vielfältigen, insbesondere auch afrikanischen Ländern, dass die Familie die für die Reise- und sonstigen Verbringungskosten der Migranten ins Ausland erforderlichen Mittel gemeinschaftlich aufbringt. Derartige Kosten können sich, zumal wenn, was auch im Fall der Klägerin nahe liegt, ein sog. Schlepper eingeschaltet wird, betragsmäßig leicht auf ein Mehrfaches desjenigen belaufen, was nach den voranstehenden Ausführungen für die Behandlung eines HIV-Infizierten als Jahresbetrag aufzuwenden ist. Ein derartiges Kapital selbst aufzubringen ist, zumal im Herkunftsstaat der Klägerin, Angehörigen der unteren Einkommensschicht nicht möglich. Auch von daher liegt es auf der Hand, dass die Klägerin einer Familie angehört, die der besitzenden Schicht zuzurechnen ist. Zu dieser Schlussfolgerung trägt auch der Eindruck urbaner Gewandtheit, den die Klägerin vermittelt, maßgeblich bei.

Dem Einwand der Klägerin, ihre Familie sei vollkommen verarmt, vermag das Gericht nicht zu folgen. Zwar hat die Klägerin persönlich in der mündlichen Verhandlung zu dieser zunächst anwaltlich rein pauschal erhobenen Behauptung Einzelheiten vorgetragen. Diese waren aber ersichtlich von dem am Verfahrenserfolg orientierten Bemühen getragen, den im Erstverfahren in Bezug auf die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit der Familie erweckten günstigen Eindruck zu verwischen. Auffällig sind insbesondere die in Bezug auf den wirtschaftlichen Verfall geradezu "flächendeckenden" Behauptungen, die im Übrigen ohne zeitliche Abfolge und in ihrer Entwicklung insgesamt ohne jegliche Einzelheiten geschildert wurden. Offen bleibt danach insbesondere auch, zu welchem Zeitpunkt und auf welche Weise die Klägerin von den einzelnen Ereignissen erfahren hat. Überdies sind grundlegende Zweifel deswegen angebracht, weil die Klägerin andererseits vorträgt, bereits seit etwa zwei Jahren den Kontakt zu ihrer Familie verloren zu haben. Schließlich muss sich die Klägerin an das im Erstverfahren ergangene Urteil vom 07.11.2003 und die dort erhobenen massiven gegen ihre persönliche Glaubwürdigkeit gerichteten Bedenken erinnern lassen, wo insbesondere von einem zielgerichteten und konstruierten Aufbau ihres Vorbringens durch Auswendiglernen die Rede ist. Der erkennende Einzelrichter vermag nicht zu verhehlen, dass sich derselbe Eindruck auch bei der nunmehrigen Darstellung zum wirtschaftlichen Niedergang der Familie aufdrängte.

Nach alledem war die Klage mit der sich aus § 154 Abs.1 VwGO ergebenden Kostenfolge abzuweisen. Der Hinweis auf die Gerichtskostenfreiheit ergibt sich aus § 83 b AsylVfG.