

Az.: A 5 B 1021/02

M5674



**SÄCHSISCHES
OBERVERWALTUNGSGERICHT**

Im Namen des Volkes

Urteil

In der Verwaltungsrechtssache

des Herrn ■ ■

- Kläger -
- Berufungsbeklagter -

prozessbevollmächtigt:
Rechtsanwältin U. B.

gegen

die Bundesrepublik Deutschland
vertreten durch das Bundesamt für die
Anerkennung ausländischer Flüchtlinge
Frankenstraße 210, 90461 Nürnberg

- Beklagte -

beteiligt:
der Bundesbeauftragte für Asylangelegenheiten
Rothenburger Straße 29, 90513 Zirndorf

- Berufungskläger -

wegen

Abschiebungsschutzes nach § 53 Abs. 6 Satz 1 AuslG
hat der 5. Senat des Sächsischen Oberverwaltungsgerichts durch den Vorsitzenden Richter am
Oberverwaltungsgericht Raden, den Richter am Oberverwaltungsgericht Kober und den
Richter am Oberverwaltungsgericht Dr. Schaffarzik auf Grund der mündlichen Verhandlung
vom 26. April 2004

am 26. April 2004

für Recht erkannt:

Das Urteil des Verwaltungsgerichts Chemnitz vom 20. November 2000 - A 6 K 31320/98 -
wird geändert. Die Klage wird im Umfang der Berufungszulassung abgewiesen.

Der Kläger trägt die Kosten des gerichtskostenfreien Verfahrens in beiden Rechtszügen.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

Der am [REDACTED] geborene Kläger ist Staatsangehöriger der Demokratischen Republik Kongo.
Er verließ nach seinen eigenen Angaben am [REDACTED] seinen Heimatort [REDACTED], der an der
Grenze zu Angola liegt. Zu Fuß überquerte er am [REDACTED] die Grenze zu Angola. Dort hielt
er sich bis zum [REDACTED] auf. Mit gefälschten Papieren flog er am [REDACTED] nach [REDACTED] und
am selben Tage nach [REDACTED]

Am 14.4.1998 beantragte der Kläger seine Anerkennung als Asylberechtigter. Vor dem Bun-
desamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge gab er am 26.5.1998 u.a. an, dass er
seit [REDACTED] als ausgebildeter Krankenpfleger zunächst in [REDACTED] und ab dem [REDACTED] in
seinem Heimatort [REDACTED] gearbeitet habe. Seine Eltern wohnten in [REDACTED]. Er sei verheiratet
und habe drei Kinder. Seine Frau und die Kinder seien in [REDACTED] geblieben, als er seine
Arbeit in [REDACTED] aufgenommen habe. In diesem Ort gebe es keine Schule. Dies sei der Grund
dafür gewesen, dass seine Familie in [REDACTED] geblieben sei. Sie lebe bei den Schwieger-
eltern.

Das Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge lehnte mit Bescheid vom
21.10.1998 den Antrag des Klägers auf Anerkennung als Asylberechtigter ab, stellte fest, dass

Da sich am Behandlungsziel des Patienten, d.h. Verlegung nach Chemnitz, Leipzig oder Berlin, keine Veränderung ergeben hat, halte ich eine Therapie in unserer Einrichtung für wenig erfolgversprechend. Inwieweit eine medikamentöse Therapie mit [REDACTED] durchgeführt wurde, ist nicht zu eruieren.

Auf Anfrage an die Sächsische Landesärztekammer gibt es französisch sprechende Psychiater, Psychotherapeuten in Leipzig und ggf. Dresden.“

In der mündlichen Verhandlung des Verwaltungsgerichts Chemnitz am 7.11.2000 erklärte der Kläger u.a., dass er wegen seines Gesundheitszustandes nicht in die Demokratische Republik Kongo zurückkehren wolle. Wenn er nach Hause zurückkehren müsste, würde dies seiner Gesundheit entgegenstehen, da er die Behandlung nicht bezahlen könne. Er legte dem Gericht ein an das Landratsamt Chemnitzer Land gerichtetes Schreiben des Städtischen Klinikums [REDACTED] vor, in dem ausgeführt wird, dass es sich bei der Krankheit des Klägers um ein depressives Syndrom mit Somatisierungstendenzen handle. Der Kläger brauche eine regelmäßige psychotherapeutische Behandlung in seiner Muttersprache. Da diese Möglichkeit an seinem jetzigen Wohnort ([REDACTED]) nicht gegeben sei, wäre ein Wohnortswechsel empfehlenswert.

Das Verwaltungsgericht Chemnitz hob mit Urteil vom 20.11.2000 den Bescheid des Bundesamtes für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge insoweit auf, als mit ihm die Feststellung eines Abschiebungshindernisses nach § 53 Abs. 6 Satz 1 AuslG versagt wurde. Es verpflichtete die Beklagte festzustellen, dass hinsichtlich der Demokratischen Republik Kongo Abschiebungshindernisse nach § 53 Abs. 6 Satz 1 AuslG vorliegen. Im Übrigen wies es die Klage ab. Zur Begründung des stattgebenden Teils seines Urteils führte das Verwaltungsgericht im Wesentlichen aus: Im Falle einer Abschiebung in sein Heimatland wäre der Kläger mit hoher Wahrscheinlichkeit massiven Gefahren für Leib und Leben ausgesetzt. Nach den vorliegenden Erkenntnismitteln sei die Grundversorgung der Bevölkerung nicht gesichert. Die Arbeitslosigkeit liege bei über 80 v. H.. Aufgrund des im Lande weiterhin andauernden Konfliktes lasse sich die krisenhafte Zuspitzung der Wirtschaftslage nicht aufhalten. Bemühungen, eine funktionierende und rechtsstaatlichen Grundsätzen entsprechende Verwaltung und Justiz aufzubauen, seien über erste Ansätze nicht hinausgekommen. Der Sicherheitsapparat sei zersplittert und agiere willkürlich. Die Menschenrechtsslage im besetzten wie unbesetzten Teil des Landes habe sich stark verschlechtert. Im Laufe des Jahres 1999 seien über 100 Menschen aufgrund von Urteilen des Militärgerichtshofes exekutiert worden. Es gäbe weder ein funk-

tionierendes, rechtsstaatlichen Grundsätzen entsprechendes Polizeiwesen in Kinshasa noch in anderen Landesteilen der Demokratischen Republik Kongo. Es würden häufig Folterungen, unmenschliche bzw. grausame Behandlungen verübt. In den besetzten Gebieten komme es u.a. zu grausamen Verstümmelungen einheimischer Personen seitens der Angehörigen der Rebellenallianz RCD bzw. deren Alliierten. In Kinshasa und den von der Regierung kontrollierten Gebieten komme es immer wieder zu Folter und unmenschlicher Behandlung von Gefangenen. Neben den vom Militärgerichtshof verhängten Todesurteilen gebe es eine Anzahl von Fällen, in denen Militärangehörige offenbar ungestraft willkürlich Menschen getötet hätten. Die Haftbedingungen in den Gefängnissen sowie in den bekannten oder geheimen, oft überfüllten Arrestzellen, würden größtenteils als unmenschlich beschrieben. Die Versorgung mit Nahrungsmitteln sowie die medizinischen und hygienischen Verhältnisse seien vollkommen unzureichend. Die Verpflegung und die Versorgung mit Trinkwasser seien nicht sichergestellt. Die Versorgungslage in der 6-Mill.-Stadt Kinshasa sei sehr angespannt. Nach einer Studie von FAO und UNDP reichten die vorhandenen Lebensmittel derzeit nur zur Abdeckung von 55 v. H. des tatsächlichen Bedarfs der Bevölkerung aus. In vielen kongole-sischen Familien in der Hauptstadt könne derzeit nur noch eine Mahlzeit pro Tag eingenommen werden. Die Einkommen befänden sich auf einem historischen Tiefstand. In der Hauptstadt, aber auch in den Provinzen, werde zunehmend Unterernährung verzeichnet. Der Kläger würde deshalb bei einer Rückkehr in sein Heimatland Verhältnisse vorfinden, die der Führung eines Lebens unter menschenwürdigen Bedingungen entgegenstünden.

Auf Antrag des Bundesbeauftragten für Asylangelegenheiten hat der Senat mit Beschluss vom 19.12.2002 die Berufung gegen das Urteil des Verwaltungsgerichts Chemnitz wegen grundsätzlicher Bedeutung zugelassen, soweit es in Bezug auf die Demokratische Republik Kongo die Verpflichtung der Beklagten zur Feststellung von Abschiebungshindernissen nach § 53 Abs. 6 Satz 1 AuslG zum Gegenstand hat.

Der Bundesbeauftragte nimmt Bezug auf sein Vorbringen im Zulassungsverfahren und trägt unter Berufung auf obergerichtliche Rechtsprechung vor, dass die Voraussetzungen für die Annahme einer extremen Allgemeingefahr nicht vorlägen.

Der Bundesbeauftragte beantragt,

das Urteil des Verwaltungsgerichts Chemnitz vom 20. November 2000 - A 6 K 31320/98 - zu ändern und die Klage insgesamt abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Zur Begründung trägt er vor, dass für ihn bei einer Rückkehr in sein Heimatland erhebliche Gefahr für Leib und Leben bestehe. Er sei nachweislich schwer erkrankt. An seinem schlechten Gesundheitszustand habe sich gleichfalls nichts geändert. Er sei bei Herrn Dr. L. in ständiger ärztlicher Behandlung. Wie das Auswärtige Amt in seinem Bericht vom 23.11.2001 festgestellt habe, werde ein Großteil der Bevölkerung in der Demokratischen Republik Kongo nicht hinreichend medizinisch versorgt. Bei seiner Rückkehr sei die Gefahr der Erkrankung relativ hoch. Bei Nichtbehandlung dieser Erkrankung würden 25 % der Betroffenen sterben. Bei einer sicheren Todesquote von 25 % und einem extrem hohen Infektionsrisiko bei fehlender Behandlungsmöglichkeit bestehe eine konkrete individuelle Gefahrenlage nach § 53 Abs. 6 AuslG.

Der Kläger trägt weiter vor, dass sich sein gesamtes Heimatland im Chaos befinde. Die Grundversorgung sei nicht gewährleistet. Es bestünden schwere Gesundheitsgefahren, da fast niemand finanzielle Mittel für die medizinische Versorgung aufbringen könne. Selbst die Landbevölkerung habe kaum Chancen auf Arbeit, Wohnung und Brot, noch weniger die Abgeschobenen.

Der Kläger legt mehrere Bestellkarten der Fachärztin für [REDACTED] vor. Ferner legt er dem Senat ein Schreiben der Fachärzte für Allgemeinmedizin D [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] 0 an das Landratsamt Glauchau vor, in der die Notwendigkeit einer psychotherapeutischen Behandlung in der Heimatsprache des Klägers betont wird. Der Kläger legt weiter ein an das Landratsamt Chemnitzer Land gerichtetes Schreiben des Städtischen Klinikums [REDACTED] vor, in dem es u.a. heißt:

„Herr M. befindet sich seit dem [REDACTED] bei mir in Behandlung. Bei ihm handelt es sich um ein reaktiv ausgelöstes depressives Syndrom mit Somatisierungstendenzen.

Im Rahmen einer Gesprächstherapie wurden die Themen Verlusterlebnisse (Heimat, Familie, Beruf usw.), Erwartungshaltung und Zukunftsperspektive behandelt. [REDACTED]

Er ist überzeugt, dass u.a. eine Verlegung in eine große Stadt den besten Therapieeffekt haben würde. Daraus resultiert eine kämpferische Haltung mit „Behandlungsziel“ Verlegung nach Chemnitz, Leipzig, Berlin oder Dresden. Unter diesem Aspekt ist jegliche Behandlung (sogar in der Muttersprache des Patienten) mit wenig Aussicht auf Erfolg.

Der Patient schilderte, dass die Fahrten nach Leipzig für ihn eine außergewöhnliche Belastung darstellen.

Da sich in der nächsten Zeit höchstwahrscheinlich am Behandlungsziel des Patienten (Verlegung) wenig ändern wird, halte ich eine Therapie in unserer Einrichtung nicht für sinnvoll.

Der Kläger macht weiteren Vortrag im Sinne einer politischen Betätigung im Heimatland und einer exilpolitischen Betätigung in der Bundesrepublik Deutschland.

Am 7.8.2003 hat der Kläger ein ärztliches Attest der Fachärzte für Allgemeinmedizin dem Senat vorgelegt. Darin heißt es u.a.:

„Hiermit wird bestätigt, dass sich Herr M. wegen einer chronisch-rezidivierenden Erkrankung regelmäßig bei mir in Behandlung befindet.

Auch für die Zukunft stellt sich die Notwendigkeit einer medikamentösen Therapie sowie der geschäftstherapeutischen Aufarbeitung seiner Verlusterlebnisse und Zukunftsperspektiven.“

Die Beklagte hat sich nicht geäußert.

In der mündlichen Verhandlung trug die Prozessbevollmächtigte des Klägers vor, dass ihr Mandant wegen seines schlechten Gesundheitszustandes nicht erschienen sei. Er sei suizidgefährdet und nehme Medikamente ein. Er habe keinen Kontakt zu seiner Familie. Er lebe isoliert im Wohnheim in . Die Krankheit habe im begonnen. Auslöser sei die Belastung durch die den Asylantrag ablehnende Entscheidung des Bundesamtes gewe-

sen. Er sei enttäuscht darüber gewesen, dass ihm nicht geglaubt worden sei. Seit dieser Zeit sei alles auf ihn eingestürmt. Er könne nicht über seinen Schatten springen. Die im [REDACTED] in [REDACTED] begonnene Therapie sei zeitlich begrenzt gewesen.

Die Isolation im Heim in [REDACTED] sei sicherlich auch ein Auslöser für seine Krankheit gewesen.

Die starken Gesundheitsbeschwerden seien der Grund dafür, dass er nicht mehr politisch tätig sei.

Der Kläger benötige im Monat Arzneimittel für 200 - 300 €.

Dem Senat liegen die zur Sache gehörenden Akten der Beklagten (1 Heftung), die Akten des Verwaltungsgerichts Chemnitz in dem Verfahren (A 6 K 31320/98) sowie die Verfahrensakten des Sächsischen Obergerichtsverfahrens im Zulassungsverfahren (A 5 B 77/01) vor. Auf sie sowie auf die zwischen den Beteiligten gewechselten Schriftsätze im Berufungsverfahren wird wegen weiterer Einzelheiten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Der Senat konnte trotz Ausbleibens der Beklagten und des Beteiligten entscheiden, da sie in der ordnungsgemäßen Ladung darauf hingewiesen wurden (§ 125 Abs. 1, § 102 Abs. 2 VwGO).

Die Berufung des beteiligten Bundesbeauftragten für Asylangelegenheiten ist zulässig. Die Bezugnahme auf das Vorbringen im Zulassungsverfahren erfüllt die Anforderungen an eine ordnungsgemäße Begründung nach § 124a Abs. 3 Satz 4 VwGO (vgl. BVerwG, Beschl. v. 23.9.1999, NVwZ 2000, 67).

Die Berufung ist auch begründet. Das Verwaltungsgericht hat die Beklagte zu Unrecht verpflichtet, im Hinblick auf den Kläger das Vorliegen der Voraussetzungen von § 53 Abs. 6 Satz 1 AuslG festzustellen, weil eine extreme Gefahr für sein Leben und seine körperliche Unversehrtheit als allein geltend gemachte Tatsachengrundlage des im Berufungsverfahren

streitigen Anspruchs aus § 53 Abs. 6 Satz 1 AuslG im Falle seiner Rückkehr in die Demokratische Republik Kongo im gegenwärtigen Zeitpunkt nicht besteht.

Nach § 53 Abs. 6 Satz 1 AuslG kann von der Abschiebung eines Ausländers in einen anderen Staat abgesehen werden, wenn dort für ihn eine erhebliche konkrete Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit besteht. Die Vorschrift hebt allein auf das Bestehen einer konkreten, individuellen Gefahr für die genannten Rechtsgüter ab ohne Rücksicht darauf, ob sie vom Staat ausgeht oder ihm zuzurechnen ist. Macht der Ausländer geltend, von Gefahren betroffen zu sein, denen die Bevölkerung oder die Bevölkerungsgruppe, der er angehört, allgemein ausgesetzt ist, werden diese gem. § 53 Abs. 6 Satz 2 AuslG von § 53 Abs. 6 Satz 1 AuslG auch dann nicht erfasst, wenn sie einzelne Ausländer konkret und in individualisierbarer Weise betreffen. Nach § 53 Abs. 6 Satz 2 AuslG werden Gefahren, denen die Bevölkerung oder die Bevölkerungsgruppe, welcher der Ausländer angehört, in dem Staat allgemein ausgesetzt ist, bei Entscheidungen nach § 54 AuslG berücksichtigt. Nach dieser Bestimmung kann die oberste Landesbehörde aus völkerrechtlichen oder humanitären Gründen oder zur Wahrung politischer Interessen der Bundesrepublik Deutschland anordnen, dass die Abschiebung von Ausländern aus bestimmten Staaten oder von sonstigen Ausländergruppen allgemein oder in einzelne Zielländer für längstens sechs Monate ausgesetzt wird (Satz 1); für längere Aussetzungen bedarf es des Einvernehmens mit dem Bundesministerium des Innern (Satz 2). Berufte sich der einzelne Ausländer auf allgemeine Gefahren im Sinne des § 53 Abs. 6 Satz 2 AuslG, kann er Abschiebungsschutz regelmäßig also nur im Rahmen eines generellen Abschiebungsstopps nach § 54 AuslG erhalten.

Die „Allgemeinheit“ der Gefahr im Sinne des § 53 Abs. 6 Satz 2 AuslG hängt nicht davon ab, ob sie sich auf die Bevölkerung oder bestimmte Bevölkerungsgruppen gleichartig auswirkt, wie das etwa bei Hungersnöten, Seuchen, Bürgerkriegswirren oder Naturkatastrophen der Fall sein kann. Die Sperrwirkung kann 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. Soweit es um den Schutz vor den einer Vielzahl von Personen im Zielstaat drohenden typischen Gefahren solcher Missstände (etwa Obdachlosigkeit, Lebensmittelknappheit, gesundheitliche Gefährdungen) geht, ist die Notwendigkeit einer politischen Leitentscheidung in gleicher Weise gegeben (BVerwG, Urt. v. 8.12.1998, BVerwGE 108, 77 [82 f.]; Urt. v. 12.7.2001, BVerwGE 115, 1 [4, 6]).

Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts (Urt. v. 21.7.2001, NVwZ 2001, 1420; Beschl. v. 26.1.1999, NVwZ 1999, 668; Urt. v. 8.12.1998, BVerwGE 108, 77), der sich der Senat anschließt, dürfen das Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge und die Verwaltungsgerichte im Einzelfall Ausländern, die zwar einer gefährdeten Gruppe im Sinne des § 53 Abs. 6 Satz 2 AuslG angehören, für welche aber ein Abschiebestopp nach § 54 AuslG nicht besteht, ausnahmsweise Schutz vor der Durchführung der Abschiebung in verfassungskonformer Handhabung des § 53 Abs. 6 Satz 1 AuslG zusprechen, wenn die Abschiebung wegen einer extremen Gefahrenlage im Zielstaat Verfassungsrecht verletzen würde. Das ist der Fall, wenn der Ausländer gleichsam sehenden Auges dem sicheren Tod oder schwersten Verletzungen ausgeliefert würde. Nur dann gebieten es die Grundrechte aus Art. 1 Abs. 1, Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG, dem einzelnen Ausländer trotz Fehlens einer Ermessensentscheidung nach § 53 Abs. 6 Satz 2, § 54 AuslG Abschiebungsschutz nach § 53 Abs. 6 Satz 1 AuslG zu gewähren.

Ob eine aus einer allgemeinen Gefahr erwachsene extreme Gefahrenlage vorliegt, ist stets mit Blick auf sämtliche einem Ausländer drohenden Gefahren zu beurteilen. Dabei geht es allerdings nicht um eine „mathematische“ oder „statistische“ Summierung von Einzelgefahren; vielmehr ist jeweils eine einzelfallbezogene umfassende Bewertung der aus der allgemeinen Gefahr für den Ausländer folgenden Gesamtgefährdungslage vorzunehmen, um auf dieser Grundlage über das Vorliegen einer extremen Gefahrenlage entscheiden zu können (vgl. BVerwG, Beschl. v. 23.9.1999, Buchholz 402, 214 § 53 AuslG Nr. 17; Urt. v. 19.11.1996 NVwZ 1997, 685). Die drohenden Gefahren müssen nach Art, Ausmaß und Intensität von einem solchen Gewicht sein, dass sich daraus bei objektiver Betrachtung für den Ausländer die begründete Furcht ableiten lässt, selbst in erheblicher Weise ein Opfer der extremen allgemeinen Gefahrenlage zu werden. Bezüglich der erforderlichen Wahrscheinlichkeit des Eintritts der drohenden Gefahren ist gegenüber dem im Asylrecht entwickelten Prognosemaßstab der beachtlichen Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer extremen Gefahrenlage allerdings ein strengerer Maßstab anzulegen. Die allgemeine Gefahr muss sich für den jeweiligen Ausländer mit hoher Wahrscheinlichkeit verwirklichen. Nur dann rechtfertigt sich die Annahme eines aus den Grundrechten folgenden zwingenden Abschiebungshindernisses, das die gesetzliche Sperrwirkung des § 53 Abs. 6 Satz 2 AuslG beseitigen kann (vgl. BVerwG, Urt. v. 19.11.1996 aaO und Urt. v. 12.7.2001, BVerwGE 115, 1).

Geboten ist die verfassungskonforme Anwendung des § 53 Abs. 6 Satz 1 AuslG immer dann, wenn der einzelne extrem gefährdete Asylbewerber ansonsten gänzlich schutzlos bliebe, d.h. wenn seine Abschiebung in den Zielstaat ohne Eingreifen des Bundesamtes oder der Verwaltungsgerichte tatsächlich vollzogen würde. Die verfassungskonforme Anwendung ist mit Rücksicht auf das gesetzliche Schutzkonzept aber auch dann zulässig, wenn der Abschiebung zwar anderweitige - nicht unter § 53 Abs. 1, 2, 4 oder 6 Satz 1 oder § 54 AuslG fallende - Hindernisse entgegenstehen, diese aber dem Ausländer nach der Rechtswirkung keinen gleichwertigen Schutz bieten. Ein anderweitiger Schutz ist deshalb nur dann gleichwertig, wenn er dem entspricht, den der Ausländer bei Vorliegen eines Erlasses nach § 54 AuslG hätte oder den er bei Anwendung des § 53 Abs. 6 Satz 1 AuslG erreichen könnte. Die Zuerkennung von Abschiebungsschutz in verfassungskonformer Anwendung des § 53 Abs. 6 Satz 1 AuslG setzt somit neben dem Vorliegen einer extremen Gefahrenlage das Nichtbestehen eines anderweitigen gleichwertigen Abschiebungsschutzes voraus (vgl. BVerwG, Urt. v. 12.7.2001, aaO).

Der Kläger begehrt Abschiebungsschutz zum einen im Hinblick auf seine psychische Erkrankung. Für einen Asylbewerber, der bereits in Deutschland an einer Krankheit leidet, kann ein Abschiebungshindernis nach § 53 Abs. 6 Satz 1 AuslG in direkter Anwendung vorliegen, wenn nach den Umständen des Einzelfalles die drohende Verschlimmerung der Erkrankung im Zielstaat zu einer erheblichen konkreten Gefahr für Leib oder Leben führt. In der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts ist geklärt, dass die drohende Verschlimmerung einer bei dem Betroffenen bereits vorhandenen Krankheit wegen ihrer nur unzureichenden medizinischen Behandlung im Zielstaat der Abschiebung ein Abschiebungshindernis nach § 53 Abs. 6 Satz 1 AuslG begründen kann. Die Gründe für die unzureichende medizinische Betreuung im Zielstaat sind insoweit grundsätzlich ohne Belang. Sie können ihre Ursache auch in einer schlechten sozialen, wirtschaftlichen und gesundheitspolitischen Situation im Heimatland haben (BVerwG, Beschl. v. 27.4.1998, NVwZ 1998, 973 m.w.N.).

Beim Kläger steht nach den vorgelegten ärztlichen Stellungnahmen und den Ausführungen seiner Prozessbevollmächtigten in der mündlichen Verhandlung nicht mit der erforderlichen Sicherheit fest, dass es sich bei seiner Erkrankung um eine solche handelt, die ihn im Falle seiner Rückkehr in die Demokratische Republik Kongo bei unterstellter unzureichender medizinischer Versorgung dem Tod oder schwersten Beeinträchtigungen seiner körperlichen Unversehrtheit ausliefern würde. Die vom Kläger vorgelegten ärztlichen Stellungnahmen und

die Ausführungen seiner Prozessbevollmächtigten in der mündlichen Verhandlung vermitteln das Bild eines an einer psychischen Erkrankung leidenden Menschen, deren Ursache in seiner Vereinsamung in einer ihm bis heute fremden Umgebung zu suchen ist. Der Kläger kam aus einer Millionenmetropole des afrikanischen Kontinents mit zahlreichen familiären, politischen und sozialen Bindungen in ein ihm bis dahin unbekanntes Land mit völlig anderen sozialen Verhältnissen. Er wurde einer kleinen Stadt im ländlichen Raum zugewiesen und musste dort eine Unterkunft beziehen, in der er als einziger Staatsangehöriger der Demokratischen Republik Kongo keine sozialen Beziehungen aufbauen wollte oder konnte. Es waren maßgeblich diese Umstände, verstärkt durch die seinen Asylantrag ablehnende Entscheidung des Bundesamtes für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge, die zu der psychischen Erkrankung - einer reaktiven depressiven Verstimmung mit Somatisierungstendenzen - geführt haben. Eine Verlegung nach Leipzig, Chemnitz oder Berlin hätte für die Dauer seines Aufenthalts in der Bundesrepublik Deutschland zu einer deutlichen Verbesserung seines Gesundheitszustandes, wenn nicht sogar zu einer Heilung geführt. So ist in der ärztlichen Stellungnahme des Kreiskrankenhauses [REDACTED] und des Städtischen Klinikums [REDACTED] übereinstimmend vom „Behandlungsziel des Patienten“ Verlegung nach Chemnitz, Leipzig oder Berlin oder - nach der ärztlichen Stellungnahme vom [REDACTED] - Dresden die Rede. In beiden ärztlichen Stellungnahmen wird die Verlegung in eine Großstadt als eine die Gesundung des Klägers nicht nur begünstigende, sondern letztlich herbeiführende Maßnahme bezeichnet.

Der Senat geht deshalb davon aus, dass die Rückkehr des Klägers zu seiner Familie zumindest eine deutliche Verbesserung des Krankheitsbildes, wenn nicht sogar eine vollständige Heilung bringen wird.

Der Senat sieht seine Auffassung nicht durch die Stellungnahme der Fachärzte für Allgemeinmedizin [REDACTED] [REDACTED] [REDACTED] in Frage gestellt. Hier bestätigen die beiden Ärzte das Vorliegen einer chronisch-rezidivierenden Erkrankung sowie die Notwendigkeit einer medikamentösen Behandlung und der geschlechtstherapeutischen Aufarbeitung seiner Verlusterlebnisse und Zukunftsperspektiven.

Die ärztliche Stellungnahme zeigt zum einen, dass die Krankheit des Klägers in einem untrennbaren Zusammenhang mit seiner persönlichen Situation in der Bundesrepublik Deutschland steht, so wie sie der Senat oben beschrieben hat. Sie zeigt zum anderen aber

auch, dass eine fachärztliche, d.h. psychiatrische bzw. psychotherapeutische Behandlung offensichtlich nicht medizinisch notwendig ist. Seit [REDACTED] wird der Kläger nur noch durch einen Allgemeinarzt behandelt. Unabhängig von der vom Senat bejahten Frage, ob nicht bereits eine Rückkehr des Klägers zu seiner Familie zu einer Verbesserung seines Gesundheitszustandes wenn nicht sogar zu einer vollständigen Heilung führen wird, geht der Senat auf der Grundlage der von ihm zum Gegenstand gemachten Erkenntnismittel aus, dass die zurzeit in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführte Behandlung durch einen Allgemeinarzt auch in der Demokratischen Republik Kongo entsprechend, wenn auch unter Berücksichtigung der Probleme im Gesundheitswesen, fortgesetzt werden kann.

Die ärztliche Versorgung ist in Kinshasa grundsätzlich gewährleistet. Es gibt dort 1.500 medizinische Einrichtungen (Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement - Bundesamt für Flüchtlinge, aaO.). Viele dieser Einrichtungen sind ausschließlich profitorientiert. Der Großteil der medizinischen Einrichtungen in Kinshasa ist schlecht ausgerüstet und erhält - mit Ausnahme der konfessionellen medizinischen Einrichtungen - keine Hilfe vom Ausland. Andererseits sind im Bereich der medizinischen Versorgung häufig Organisationen der großen Kirchen, so der Heilsarmee, der katholischen Kirche, der Kirche von Christus im Kongo und der kimbuanguistischen Kirche tätig. Diesen gehören in Kinshasa mehr als 70 % der Gesundheitszentren sowie einige Krankenhäuser. Der Bericht des Eidgenössischen Justiz- und Polizeidepartements - Bundesamt für Flüchtlinge vom 5.10.2001 stellt zusammengefasst fest, dass die medizinische Infrastruktur in Kinshasa große Unterschiede aufweise, von rein profitorientierten Einrichtungen mit ungenügend ausgebildetem Personal bis hin zu gut geführten Krankenhäusern mit Spezialisten. Die meisten Krankheiten können in Kinshasa behandelt werden (Lagebericht des Auswärtigen Amtes vom 23.11.2001).

Der Kläger begehrt Abschiebungsschutz zum anderen im Hinblick auf die typischen Folgen der schlechten wirtschaftlichen und sozialen Lebensbedingungen in der Demokratischen Republik Kongo (mangelhafte Versorgungslage, unzureichendes Gesundheitssystem, Arbeitslosigkeit) wie Unterernährung, Krankheit und Tod.

Eine vom Verwaltungsgericht Chemnitz angenommene Extremgefahr infolge der schlechten Versorgungslage in der Demokratischen Republik Kongo lässt sich für den Kläger nicht feststellen. Er würde nicht unmittelbar nach seiner Rückkehr in die Demokratische Republik Kongo auf Grund der dort herrschenden, die allgemeinen Lebensbedingungen (§ 53 Abs. 6

Satz 2 AuslG) prägenden Versorgungslage, in eine extreme Gefährdungslage geraten, die ihn mit der erforderlichen hohen Wahrscheinlichkeit dem sicheren Tode oder schwersten Verletzungen ausliefern würde. Im Hinblick darauf, dass der Kläger aus Kinshasa stammt und im Übrigen eine Abschiebung nur auf dem Luftwege über den Flughafen von Kinshasa erfolgen kann, beschränkt der Senat die Prüfung der Lebensbedingungen auf den Großraum dieser Stadt, in der die Situation ohnehin besser ist als in den übrigen Landesteilen.

Der Senat vermag nicht festzustellen, dass ein abgeschobener Asylbewerber im Großraum Kinshasa mangels jeglicher Lebensgrundlage in eine extreme Gefahrenlage geriete und dem baldigen sicheren Hungertod ausgeliefert wäre. Diese Einschätzung gilt jedenfalls für den Normalfall eines im Wesentlichen gesunden Menschen, der sich nach seiner Abschiebung aufgrund seines längeren Aufenthalts in der Bundesrepublik Deutschland in einem gutem Ernährungszustand befindet und in seinem Heimatland über familiäre Bindungen verfügt.

Nach den dem Senat vorliegenden Erkenntnissen herrscht in der Region Kinshasa keine allgemeine Hungersnot, bei der einem großen Teil der Bevölkerung „mangels jeglicher Lebensgrundlage“ der baldige sichere Hungertod droht. Es ist auch nicht erkennbar, dass gerade im Großraum Kinshasa eine besonders schlechte Lebensmittelversorgung bestünde. Allerdings besteht eine angespannte Versorgungslage mit Lebensmitteln. Die Hauptursache hierfür ist das Fehlen hinreichender Transportmöglichkeit aus den fruchtbaren Agrarprovinzen in die Stadt. Die Verbindungsstraße in den Bandundu und zur Hafenstadt Matadi sowie die Eisenbahnverbindung dorthin sind in desolatem Zustand. Die Flussschifffahrt auf dem Kongo in die Ostprovinzen ist seit Jahren kriegsbedingt unterbrochen. Gegenwärtig gibt es verstärkte Bemühungen, den Kongo entsprechend einschlägiger VN-Sicherheitsrats-Resolutionen wieder für die Schifffahrt zu öffnen. Die MONUC (VN-Mission im Kongo) hat in geringem Umfang die Flussschifffahrt von Kinshasa in die Rebellengebiete zur humanitären Lebensmittelversorgung wieder eröffnet. Daneben verkehren regelmäßig kleinere Transportboote zwischen dem Bandundu und Kinshasa. In Ergänzung dazu versucht die Bevölkerung in Kinshasa, mit städtischer Kleinstlandwirtschaft und Kleinviehhaltung die Grundversorgung mit Nahrungsmitteln zu sichern. Die Versorgung mit Lebensmitteln ist für die Bevölkerung in Kinshasa schwierig. Dank verschiedener Überlebensstrategien herrscht jedoch keine akute Unterversorgung wie etwa in anderen Hungersgebieten in Afrika (Lagebericht des Auswärtigen Amtes vom 4.8.2003, Stand: Juli 2003).

Eine im September 2001 veröffentlichte Untersuchung der landwirtschaftlichen Fakultät der Universität Kinshasa zur Ernährungssituation in Kinshasa ergab u.a., dass z.B. von 611 Haushalten in Kinshasa in einem Untersuchungszeitraum von drei Monaten 22 % der Haushalte eine Mahlzeit, 61,1 % zwei und 16,1 % drei Mahlzeiten pro Tag zu sich nehmen konnten. Von 598 Haushalten hatten 14,1 % im Untersuchungszeitraum eine gesteigerte Menge Lebensmittel zur Verfügung gehabt, 59,1 % weniger, bei 26,8 % lag die Menge der konsumierten Lebensmittel über drei Monate gleich. Diese Studie kommt zu dem Ergebnis, dass die Versorgung mit Lebensmitteln für die Bevölkerung in Kinshasa im Herbst 2001 schwierig war, das aber dank verschiedener Überlebensstrategien keine akute Unterversorgung herrschte. In den Armutsvierteln von Kinshasa, Kimbanseke und Selemba waren im Februar 2001 12 % der Kinder unter fünf Jahren latent unterernährt, unter akuter Unterernährung litten 2,6 % (Auswärtiges Amt vom 16.5.2002 an VG München - 508 - 516.80/39442). OCHA, die humanitäre Koordinierungsorganisation der Vereinten Nationen, kam im Februar 2002 zu dem Ergebnis, dass dank der Anpassungsfähigkeit der Menschen im informellen Nahrungssektor eine befürchtete akute Mangelsituation im Großraum Kinshasa ausgeblieben ist. Hier variiert die allgemeine (zu unterscheiden von akuter/schwerer) Unterernährungsrate zwischen 10 und 20 %.

In Kinshasa gibt es Volkskantinen, in denen die völlig Mittellosen mit dem Nötigsten versorgt werden (Auswärtiges Amt vom 16.6.2001 an VG München). Versorgungsengpässe werden vor allem durch die traditionelle Solidarität und gegenseitige Unterstützung im Familienverband aufgefangen (UNHCR vom 22.4.2002 an VG Gelsenkirchen).

Ausgehend von den oben dargestellten Kriterien fehlt jede Grundlage für die Prognose, gerade der Kläger werde mit hoher Wahrscheinlichkeit mangels jeglicher Lebensgrundlage bald nach der Rückkehr an Hunger sterben.

Nach seinen vor dem Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge gemachten Angaben lebt seine Familie bei seinen Schwiegereltern in Kinshasa. Er hat nichts vorgetragen, was die Annahme rechtfertigen könnte, seiner Familie fehle es an jeglicher Lebensgrundlage. Er verfügt somit über einen familiären Rückhalt in Kinshasa, der nach den obigen Ausführungen die Gefahr des Hungertodes ausschließt.

Der Senat vermag auch ein extremes Krankheits- und Sterberisiko von in die Demokratische Republik Kongo zurückkehrenden Asylbewerbern nicht zu erkennen.

Es gibt keine Erkenntnisse über Seuchen oder Epidemien in der Demokratischen Republik Kongo mit einem akuten Sterberisiko für weite Teile der Bevölkerung. An den typischen Infektionskrankheiten und parasitären Erkrankungen in den der Demokratischen Republik Kongo vergleichbaren afrikanischen Ländern sterben pro Jahr 997 von 100.000 Einwohnern, also etwa 1 % (Gutachten von Dr. Thomas Junghans vom 9.2.2001). Hierbei ist zu beachten, dass mehr als die Hälfte der Sterbefälle - nämlich 514 von 100.000 Einwohnern pro Jahr - auf einer HIV-Infektion beruhen, also einer Krankheit, die nicht in vergleichbarem Maße unausweichlich ist wie die anderen im Gutachten Dr. Junghans genannten Krankheiten. Nach den vorliegenden Erkenntnissen bestehen - abgesehen von der individuellen körperlichen Konstitution und der malariaspezifischen Gefahr, für die Besonderheiten gelten - folgende typische Risikofaktoren:

In der Demokratischen Republik Kongo existiert kein Krankenversicherungssystem. Bei abhängig Beschäftigten zahlen in der Regel die Arbeitgeber die Behandlungskosten. Allerdings beträgt, wie der Senat bereits oben ausgeführt hat, die Arbeitslosenquote 90 %. In dieser Situation ist die finanzielle Lage und der Umstand von Bedeutung, ob Bindungen an eine Großfamilie bestehen, die ggf. doch die Kosten einer Behandlung übernehmen kann. Das gesundheitliche Risiko wird durch das Fehlen jeglicher finanzieller Mittel und fehlende familiäre Bindungen erhöht (Eidgenössisches Justiz- und Polizeidepartement - Bundesamt für Flüchtlinge vom 5.10.2001). Hierbei ist allerdings zu berücksichtigen, dass eine ärztliche Erstversorgung auch mittellosen Patienten gewährt wird, die keine Unterstützung durch die eigene Familie erlangen können und dass die Möglichkeit der Kostenübernahme durch kirchliche oder sonstige karitativ tätigen Organisationen besteht. 70 % der Gesundheitszentren in Kinshasa gehören den Kirchen (Dr. Clemens Ochel vom 27.6.2002, S. 15).

Das gesundheitliche Risiko wird wesentlich auch durch die Wohnverhältnisse bestimmt. In den Randgebieten Kinshasas bestehen schlechte hygienische Verhältnisse. Dort gibt es keine Entwässerung und keine Versorgung mit Wasser, das in etwa Trinkwasserqualität aufweist. Dadurch erhöht sich das Risiko einer Malariainfektion und von Durchfallerkrankungen beträchtlich (Dr. Ochel, aaO, S. 3, 7 und 11).

Weiter ist das Alter für das Ausmaß der gesundheitlichen Gefährdung von Bedeutung. Die Bevölkerung ab 50 Jahren ist von Infektionskrankheiten stärker betroffen, weil die Leistungsfähigkeit des Abwehrsystems zunehmend nachlässt (Dr. Ochel, aaO, S. 6). Besondere Risiken bestehen ferner für Kinder bis zum Alter von fünf Jahren. Ausweislich des Gutachtens Dr. Junghans vom 9.2.2001 sterben in Ländern der Kategorie 5 (einschließlich der Demokratischen Republik Kongo) von 1.000 Kindern bis zum Alter von fünf Jahren 170 (männlich) bzw. 153 (weiblich). Die Weltgesundheitsorganisation gibt speziell für die Demokratische Republik Kongo die Kindersterblichkeit bis zum Alter von fünf Jahren sogar mit 218 (männlich) bzw. 205 (weiblich) an. Für die hohe Sterbewahrscheinlichkeit sind nach den vorliegenden Erkenntnissen vor allem folgende Risikofaktoren von Bedeutung: Mangel- und Fehlernährung können sich in diesem Alter schädlicher auswirken (Dr. Ochel, aaO, S. 7; Dr. Junghans vom 9.2.2001, S. 15). Generell ist das sich erst entwickelnde Immunsystem von Kindern in diesem Alter nicht in gleichem Maße in der Lage, Infektionen abzuwehren, bevor es zu schwerwiegenden Schäden bis hin zum Tode kommt; der Krankheitsverlauf im Falle einer Infektion ist in den ersten fünf Lebensjahren komplizierter als bei älteren Kindern oder Erwachsenen (Dr. Junghans vom 9.2.2001, S. 14; Dr. Ochel, aaO, S. 7 und 11). Haupttodesursachen in den ersten Lebensjahren sind Atemwegs- und Durchfallerkrankungen. Episoden von Durchfallerkrankungen sind im Kindesalter besonders häufig und bedrohen die Kinder stark, weil sie sehr austrocknen. Man geht deshalb davon aus, dass Kinder bis zum Alter von fünf Jahren ungefähr 20 lebensbedrohliche Durchfallinfektionen durchmachen (Dr. Ochel, aaO, S. 7 und 11). Die Gefährdung Schwangerer ist wegen der schwangerschaftsbedingten Immunsuppression derjenigen von Kleinkindern vergleichbar (Dr. Junghans vom 6.11.2002).

Hiervon ausgehend kann für den Kläger nicht von einer Extremgefahr ausgegangen werden. Es gibt keine Anhaltspunkte dafür, dass er nach seiner Rückkehr gänzlich auf sich gestellt wäre oder mangels finanzieller Mittel in einem Slum wohnen müsste und von der gesundheitlichen Versorgung ausgeschlossen wäre. Auch kommen weitere Risikofaktoren von Bedeutung im vorliegenden Fall nicht in Betracht. Insbesondere besteht für den nunmehr 40-jährigen Kläger keine altersspezifische Gefährdung. Dem kann auch nicht entgegengehalten werden, dass Rückkehrer in die Demokratische Republik Kongo hinsichtlich Magen-Darm-Infektionen ein erhöhtes Risiko gegenüber der einheimischen Bevölkerung tragen, weil sie sich erst - wieder - an die dortige Keimflora gewöhnen müssen (Dr. Ochel, aaO, S. 11; Institut für Afrika-Kunde vom 19.3.2002 an VG München, S. 3). Dies vermag die Prognose einer

Extremgefahr nicht zu begründen. Wie der Senat bereits oben dargelegt hat, trifft dieses Risiko vor allem Kinder bis zu fünf Jahren, weniger dagegen Erwachsene.

Der Kläger kann für sich auch nicht mit Erfolg geltend machen, dass er als Rückkehrer mit hoher Wahrscheinlichkeit Gefahr laufe, alsbald an Malaria zu sterben, weil seine in der Demokratischen Republik Kongo erworbene Teilimmunität während des Auslandsaufenthaltes verloren gegangen sei. Der Senat vermag auch insoweit eine Extremgefahr nicht zu erkennen.

Bei fehlender Teilimmunität ist von einer um ein Mehrfaches gesteigerten Gefährdung auszugehen. Innerhalb des ersten Lebensjahrzehnts baut sich in Malaria-Übertragungsgebieten infolge der anhaltenden Exposition gegenüber Malaria-Erregern eine so genannte Semi-Immunität auf, die das Erkrankungsrisiko mindert bzw. einen schweren Krankheitsverlauf verhindert (Dr. Junghanss vom 6.11.2002, Dr. Ochel, aaO, S. 4 und 8). Dabei ist die Schutzwirkung der Semi-Immunität beträchtlich. Dies zeigt sich daran, dass 90 % aller Malaria-Toten Kinder sind, die noch nicht über eine - voll ausgebaute - Semi-Immunität verfügen (Dr. Junghanss, aaO). Die malariaspezifische Sterblichkeitsrate liegt für Kinder von ein bis vier Jahren mit etwa 1 % um das 6,6-fache höher als diejenige für die Gesamtbevölkerung (Dr. Junghanss vom 9.2.2001: Insgesamt 134 von 100.000 Einwohnern pro Jahr). Es ist weiter davon auszugehen, dass eine einmal erworbene Semi-Immunität nach längerem Aufenthalt außerhalb eines Malaria-Übertragungsgebietes - wie er hier vorliegt - wieder verloren geht (Dr. Junghanss vom 15.10.2001, S. 7 ff.; Dr. Ochel, aaO, S. 3 f. und 10 f.).

Die Altersgruppe der ein- bis vierjährigen in der Demokratischen Republik Kongo lebenden Kinder kann im Wesentlichen als Referenzgruppe für die spezifische Malaria-Gefährdung der Gruppe der Rückkehrer genommen werden (Dr. Junghanss vom 6.11.2002). Der bessere Ernährungszustand der Rückkehrer wird dadurch aufgewogen, dass auf die in der Demokratischen Republik Kongo geborenen Säuglinge über die Muttermilch Schutzstoffe gegen Malaria übertragen werden dürften (Dr. Junghanss, aaO, S. 5). Wie bereits oben dargelegt, beträgt die malariaspezifische Sterblichkeit der Altersgruppe von einem bis zu vier Jahren etwa 1 %. Im Hinblick darauf käme eine Extremgefahr allenfalls dann in Betracht, wenn es sichere und besonders gewichtige Anhaltspunkte dafür gäbe, dass gerade die Gruppe der Rückkehrer ein viel höheres Risiko trifft, an Malaria zu sterben, als die in der Demokratischen Republik Kongo lebenden Kinder im Alter von einem bis zu vier Jahren. Solche Anhaltspunkte sind aber

nicht erkennbar. Zwar kann das malariaspezifische Sterberisiko insbesondere dann sprunghaft steigen, wenn Durchfallerkrankungen aufgrund verseuchten Wassers hinzukommen (Dr. Junghanss, aaO, S. 7). Es besteht, wie der Senat bereits ausgeführt hat, insoweit aufgrund fehlender Gewöhnung an die Keimflora jedoch ein gesteigertes Risiko insbesondere für Kleinkinder, die von außen in das Erregergebiet kommen, nicht hingegen für Erwachsene (Dr. Junghanss, aaO, S. 7).

In die Demokratische Republik Kongo zurückkehrende Asylbewerber können sich auch nicht mit Erfolg darauf berufen, sie würden bei einer Malaria-Erkrankung nicht adäquat behandelt werden, weil in den Gesundheitseinrichtungen davon ausgegangen werde, dass sie über eine Semi-Immunität verfügen würden. Dieser Gesichtspunkt ist bereits deshalb nur von eingeschränktem Gewicht, weil die Diagnose und Therapie der Malaria in der Demokratischen Republik Kongo ohnehin als komplett inadäquat anzusehen ist (Dr. Junghanss, aaO, S. 4). Rückkehrern ist es zudem zuzumuten, offen zu legen, dass sie sich längere Zeit im Ausland aufgehalten haben und daher möglicherweise nicht mehr über den Schutz der Semi-Immunität verfügen. Da hiervon das Überleben abhängen kann, kann es nicht ausschlaggebend sein, dass die behandelnden Ärzte den Rückkehrer dann möglicherweise als vermögend ansehen (Dr. Ochel, aaO, S. 15; vgl. BVerwG, Urt. v. 2.9.1997, BVerwGE 105, 187 [194] zur Obliegenheit des Ausländers, drohenden Gefahren durch zumutbares eigenes Verhalten zu begegnen). Es kann deshalb nicht festgestellt werden, dass jeder Rückkehrer einem Sterberisiko unterliegt, welches gegenüber demjenigen der in der Demokratischen Republik Kongo lebenden Kleinkindern drastisch gesteigert wäre.

Es kommt hinzu, dass Rückkehrer im Zusammenhang mit der Gewährung von Abschiebungsschutz darauf verwiesen werden können, das malariaspezifische Risiko durch vorbeugende Maßnahmen nochmals erheblich zu senken, auch wenn eine solche Vorsorge von der einheimischen Bevölkerung weithin nicht praktiziert wird. Der Senat lässt dabei dahingestellt, ob Rückkehrer auf eine den (Wieder-)Aufbau der Semi-Immunität begleitende Malaria-Prophylaxe mit dem in der Demokratischen Republik Kongo leicht verfügbaren und preiswerten Medikament „Fansidar“ verwiesen werden könnten (in diese Richtung: Dr. Ochel, aaO, S. 8 f.). Der Gutachter Dr. Junghanss (aaO, S. 3) hält allerdings eine solche Prophylaxe für nicht verantwortbar, weil auf diese Weise das für die Malaria-Prophylaxe in der Demokratischen Republik Kongo bedeutsame Medikament infolge Resistenzentwicklung in kurzer Zeit entwertet würde. Entscheidend gemindert wird das Malaria-Risiko nach den Ausführungen

des Gutachters jedenfalls durch Verwendung eines imprägnierten Mosquito-Netzes, wobei die Imprägnierung etwa einmal jährlich erneuert werden muss, eine Maßnahme, die nach Angaben von Dr. Junghanss in der Demokratischen Republik Kongo häufig nicht befolgt wird. Die Zahl infektiöser Stiche und damit das Risiko „klinisch relevanter Stadien der Malaria“ kann dadurch um etwa die Hälfte gesenkt werden (Dr. Junghanss, aaO, S. 1 f.). Nach Überzeugung des Senats können gerade Rückkehrer, die lange im Bundesgebiet gelebt haben, bei Kosten von etwa zwei bis fünf Euro für ein Mosquito-Netz und von zwei bis drei Euro für die Imprägnierung (Dr. Ochel, aaO, S. 14) ohne weiteres auf eine solche vorbeugende Maßnahme verwiesen werden.

Nach allem fehlt hinsichtlich des Klägers die Grundlage für die Prognose, er werde im Falle der Abschiebung mit hoher Wahrscheinlichkeit an Malaria sterben.

Es besteht auch nicht die extreme Gefahr, der Kläger werde malariabedingt schwerste Verletzungen erleiden. Zwar ist sicher, dass Rückkehrer, die ihre Semi-Immunität verloren haben, in Malaria-Gebieten bald mit einer schweren Malaria rechnen müssen (Dr. Junghanss, aaO, S. 6). Eine schwere Malaria kann auch bleibende Schäden zur Folge haben. Das Risiko von Spätschäden infolge einer schweren Malaria liegt indessen etwa bei 10 bis 20 %. Dabei handelt es sich auch keineswegs stets um schwerwiegende Schäden, wie etwa Erblindung und Lähmung, zumal wenn berücksichtigt wird, dass jedes Kind in einem Malaria-Gebiet eine schwere Malaria durchmacht (Dr. Junghanss, aaO, S. 5 und 7).

Damit kann auch eine extreme Gefahr „schwerster Verletzungen“ nicht festgestellt werden.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 154 Abs. 2 VwGO. Gerichtskosten werden nicht erhoben (§ 83b Abs. 1 AsylVfG).

Die Revision ist nicht zuzulassen, da keine der Gründe des § 132 Abs. 2 VwGO vorliegen.

Rechtsmittelbelehrung

Die Nichtzulassung der Revision kann durch Beschwerde angefochten werden.

Die Beschwerde ist beim Sächsischen Oberverwaltungsgericht, Ortenburg 9, 02625 Bautzen, innerhalb eines Monats nach Zustellung dieses Urteils einzulegen. Die Beschwerde muss das angefochtene Urteil bezeichnen.

Die Beschwerde ist innerhalb von zwei Monaten nach Zustellung dieses Urteils zu begründen. Die Begründung ist bei dem oben genannten Gericht einzureichen.

In der Begründung der Beschwerde muss die grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache dargelegt oder die Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts, von der das Urteil abweicht, oder der Verfahrensmangel bezeichnet werden.

Für das Beschwerdeverfahren besteht Vertretungszwang; dies gilt auch für die Einlegung der Beschwerde und für die Begründung. Danach muss sich jeder Beteiligte durch einen Rechtsanwalt oder einen Rechtslehrer in einer Deutschen Hochschule als Bevollmächtigten vertreten lassen. Juristische Personen des öffentlichen Rechts und Behörden können sich auch durch Beamte oder Angestellte mit Befähigung zum Richteramt sowie Diplomjuristen im höheren Dienst vertreten lassen.

gez.:
Raden

Kober

Schaffarzik