

Verwaltungsgericht Aachen
Urteil vom 06.07.2009

Tenor:

Die Beklagte wird unter teilweiser Aufhebung der Ziffer 3 des Bescheides des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge vom 20. Juni 2006 verpflichtet, festzustellen, dass im Falle des Klägers hinsichtlich Kamerun ein Abschiebungsverbot nach § 60 Abs. 7 des Aufenthaltsgesetzes vorliegt. Ziffer 4 des Bescheides vom 12. April 2006 wird aufgehoben, soweit damit die Abschiebung nach Kamerun angedroht wird.

Die Kosten des Verfahrens, in dem Gerichtskosten nicht erhoben werden, trägt die Beklagte.

Das Urteil ist hinsichtlich der Kosten vorläufig vollstreckbar. Die Beklagte kann die Vollstreckung durch Sicherheitsleistung oder Hinterlegung in Höhe des vollstreckbaren Betrages abwenden, wenn nicht der Kläger zuvor Sicherheit in gleicher Höhe leistet.

Tatbestand:

Der am ... 1970 im L. geborene Kläger ist kamerunischer Staatsangehöriger, ledig und Angehöriger des Volkes der Bayang. Seinen Angaben zufolge verließ er Anfang Mai 2006 sein Heimatland, reiste am 4. Juni 2006 in das Bundesgebiet ein und meldete sich am nächsten Tag als Asylsuchender. Bei seiner Anhörung zu seinem Asylantrag am 8. Juni 2006 führte er u.a. aus:

In seinem Heimatland habe er als Grundschullehrer gearbeitet. Er habe das Gymnasium besucht, abgeschlossen und anschließend zwei Jahre an der Universität studiert. Nach Abbruch des Studiums habe er ein Jahr eine Lehrerausbildung am College im L. absolviert. Seine Mutter sei vor einigen Monaten gestorben, zwei seiner Brüder lebten in den USA und ein jüngerer Bruder studiere an der Uni in Z. . Seine letzte offizielle Anschrift im Heimatland sei die Q. D. , N. -N1. , Südwest Provinz, gewesen. Er selbst habe noch zwei Kinder (ein Jahr und vier Jahre alt), die bei ihren Müttern lebten. Er habe sein Heimatland verlassen, weil er als aktives Mitglied des SCNC verfolgt worden sei.

Mit Bescheid vom 20. Juni 2006 - zugegangen am 27. Juni 2006 - lehnte das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge den Asylantrag des Klägers ab und stellte fest, dass die Voraussetzungen des § 60 Abs. 1 des Aufenthaltsgesetzes nicht vorlägen. Ferner stellte das Bundesamt fest, dass Abschiebungsverbote nach § 60 Abs. 2-7 des Aufenthaltsgesetzes nicht vorliegen und

forderte den Kläger unter Fristsetzung zur Ausreise auf. Ihm wurde für den Fall der Nichtausreise die Abschiebung nach Kamerun angedroht.

Der Kläger hat am 6. Juli 2006 Klage unter dem Aktenzeichen 2 K 1132/06.A erhoben und sich auf sein bisheriges Vorbringen berufen. Ergänzend legte der Kläger ein ärztliches Attest vom 11. August 2006 über den Bruch des rechten Handgelenkes vor. Ferner bestehe aufgrund seines Gesundheitszustandes ein Abschiebungshindernis nach § 60 Abs. 7 des Aufenthaltsgesetzes (AufenthG). Im September 2006 sei eine HIV-Infektion festgestellt und im Mai 2007 sei ein Nierentumor links diagnostiziert worden. Der Kläger legte dazu ärztliche Atteste des Universitätsklinikums N2. vom 22. September 2006, 23. August 2007 und 29. April 2008 vor.

Das Gericht hat mit Beschluss vom 17. Juni 2008 das vorliegende Verfahren des Klägers abgetrennt, soweit der Kläger unter Aufhebung des Bescheides vom 20. Juni 2006 die Feststellung begehrt, dass ein Abschiebungsverbot nach § 60 Abs. 7 AufenthG vorliegt. Mit rechtskräftigem Urteil vom 25. Mai 2008 hat das Gericht die unter dem Aktenzeichen 2 K 1132/06.A verbliebene Klage betreffend die Feststellung der Voraussetzungen des § 60 Abs. 1 AufenthG bzw. § 60 Abs. 2-6 AufenthG abgewiesen.

In dem vorliegenden Verfahren hat der Kläger weitere ärztliche Atteste des Universitätsklinikums N2. vom 16. Juni, 5. August, 15. September, 11. Dezember 2008 und vom 26. Februar 2009 vorgelegt. Danach befindet sich die HIV-Infektion des Klägers seit Juni 2008 im Stadium CDC-Klassifikation B2 und wurde eine antiretrovirale Therapie eingeleitet. Ferner hat der Kläger auf Nachfrage des Gerichts seine Angaben zu den in Kamerun lebenden Familienangehörigen ergänzt.

Der Kläger beantragt in diesem Verfahren noch sinngemäß,

die Beklagte unter teilweiser Aufhebung der Ziffern 3 und 4 des Bescheides vom 20. Juni 2006 zu verpflichten, festzustellen, dass ein Abschiebungsverbot nach § 60 Abs. 7 des Aufenthaltsgesetzes vorliegt.

Die Beklagte hat schriftsätzlich beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie verweist darauf, dass in den großen Städten Kameruns eine HIV-Infektion behandelbar sei und führt dies eingehend aus. Im Übrigen lasse die von dem Kläger vorgelegte Bescheinigung

über den Bruch des rechten Handgelenkes keinen Rückschluss auf die Glaubhaftigkeit seines bisherigen Vorbringens zu.

Der Rechtsstreit ist auf die Berichterstatterin als Einzelrichterin übertragen worden. Diese hat den Kläger in der mündlichen Verhandlung vom 29. Mai 2008 angehört. Wegen des Ergebnisses der Anhörung wird auf die Sitzungsniederschrift verwiesen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakten 2 K 1132/06.A und 2 K 1278/08.A sowie der hierzu überreichten Verwaltungsvorgänge des Bundesamtes und der zuständigen Ausländerbehörde. Ferner wird verwiesen auf die in dem Verfahren 2 K 1132/06.A übersandte Liste der Auskünfte, Stellungnahmen und Gutachten über die Lage in Kamerun (so genannte Erkenntnisliste).

Entscheidungsgründe:

Das Gericht konnte gemäß § 102 Abs. 2 der Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) ohne mündliche Verhandlung entscheiden, da die Beteiligten auf eine Durchführung der mündlichen Verhandlung verzichtet haben.

Die Klage ist begründet.

Der Ablehnungsbescheid des Bundesamtes vom 20. Juni 2006 ist rechtswidrig, soweit mit Ziffer 3 des Bescheides das Vorliegen eines Abschiebungsverbotes nach § 60 Abs. 7 des Aufenthaltsgesetzes - AufenthG - für die Person des Klägers verneint wird und verletzt den Kläger in seinen Rechten, § 113 Abs. 5 Satz 1 VwGO. Die Abschiebungsandrohung in Ziffer 4 des Bescheides ist rechtswidrig und verletzt den Kläger in seinen Rechten, soweit dem Kläger darin die Abschiebung in das Zielland Kamerun angedroht wird. Sie ist daher in diesem Umfang aufzuheben, § 113 Abs. 1 Satz 1 VwGO.

Der Kläger hat nach der im Zeitpunkt der Entscheidung maßgeblichen Sach- und Rechtslage (§ 77 Abs. 1 des Asylverfahrensgesetzes - AsylVfG -) einen Anspruch auf Feststellung eines Abschiebungsverbotes nach § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG hinsichtlich Kamerun. Die Voraussetzungen dieser Vorschrift sind für die Person des Klägers auf Grund seiner Erkrankung und unter Berücksichtigung seiner persönlichen sowie der im Zielstaat bestehenden Verhältnisse gegeben.

Danach 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. Bundesverwaltungsgericht (BVerwG), Urteile vom 17. Oktober 2006 - 1 C 18/05 -, AuAS 2007 S. 30 und vom 18. Juli 2006 - 1 C 16/05 -, juris, Rz. 17 sowie bereits zu § 53 Abs. 6 Satz 1 AuslG: Urteile vom 25. November 1997 - 9 C 58/96 -, BVerwGE 195, S. 383 und vom 21. September 1999 - 9 C 8/99 -, AuAS 2000 S. 14 und zum Prognosemaßstab: Urteil vom 5. November 1991 - 9 C 118/90, BVerwGE 89, 162).

Die Annahme eines Abschiebungsverbotes 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 Gründe - z.B. u.a. finanzielle Gründe - nicht zugänglich ist (vgl. etwa BVerwG, Urteile vom 25. November 1997 - 9 C 58/96 -, a.a.O., 21. September 1999 - 9 C 8/99 -, a.a.O. und vom 29. Oktober 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. Juni 2002 - 8 A 4782/99.A - S. 110 des Abdruckes, vom 18. Januar 2005 - 8 A 1242/03.A - S. 15 des Abdruckes und vom 19. April 2005 - 8 A 273/04.A - S. 127 des Abdruckes).

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. Oktober 2006 - 1 C 18/05 -, a.a.O.).

Nach diesen Maßstäben besteht für den Kläger auf Grund seiner HIV-Infektion eine erhebliche konkrete Gefahr für Leib und/oder Leben, weil nach den besonderen Umständen seines Falles beachtlich wahrscheinlich ist, dass es bei einer Rückkehr nach Kamerun in naher Zukunft zu einer schwerwiegenden und wesentlichen Verschlechterung seines 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. April 1998 - 9 C 13/97 -, a.a.O., sowie zu § 60 Abs. 7 Satz 2 AufenthG: vom 18. Juli 2006 - 1 C 16/05 -, juris und vom 18. Oktober 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 entspreche 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. Mai 2008 und Bundesamt, Kamerun/Gesundheitswesen, Juli 2008, S. 5, 6, jeweils m.w. Nw. zu den Angaben von UNAIDS; Auswärtiges Amt, Länderinformation -

Kamerun - Reise- und Sicherheitshinweise (Stand: 6. Juli bzw. 4. 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: Dezember 2007).

Die Ausbreitungsrate von AIDS wird als beunruhigend eingestuft (vgl.: Bundesamt, Kamerun/Gesundheitswesen, Juli 2008, S. 6, m.Hw. auf Angaben von IOM. Nach einer Information der International Organisation for Migration (Wien) - IRRICO (vgl. International Organisation for Migration (Wien) - IRRICO -, Information über die Rückkehr und Wiedereingliederung in den Herkunftsländern - Kamerun - vom 1. Dezember 2007) wird AIDS als Volkskrankheit angesehen und beträgt der Prozentsatz der HIV- Infizierten in der Gruppe der 15 - 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 8. August 2006 - A 8 K 10097/05 -, m.w.Nw., juris; VG N2. , Urteil vom 28. Januar 2008 - 9 K 45/06.A -, 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. Juni 2004 - 1 C 27/03 - juris web, vom 12. Juli 2001 - 1 C 5/01 -, NVwZ 2002 S. 101, vom 27. April 1998 - 9 C 13/97 -, NVwZ 1998 S. 973, vom 18. Juli 2006 - 1 C 16/05 -, juris und vom 18. Oktober 2006 - 1 C 18/05 -, juris).

Der Kläger wäre im Falle seiner 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 des Klägers ausweislich der ärztlichen Bescheinigungen des Universitätsklinikums N2. (UKM) vom 16. Juni, 5. August, 15. September, 11. Dezember 2008 und vom 26. Februar sowie 5. Mai 2009 seit Juni 2008 im Stadium B 2. 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 Infektionen 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: $> 500/\mu\text{l}$, 2: $200-499/\mu\text{l}$, 3: $< 200/\mu\text{l}$). 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. Die quantitative Bestimmung der CD4-Zellen und die Bestimmung der Viruslast (Kopien der HIV-RNA im Blut) dienen ferner als wichtige prognostische Entscheidungshilfe für die Einleitung und Überwachung einer antiretroviralen Therapie (vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 260. Auflg. 2004, HIV- Erkrankung; Robert Koch-Institut, Merkblatt für Ärzte - HIV/AIDS -, Stand: 27.1.2006 - über: <http://www.rki.de> ; "Aids" und "Humanes Immundefizienz-Virus" aus Wikipedia - <http://de.wikipedia.org/>).

Bei dem Kläger lag die Zahl der CD4-Zellen bereits im Juni 2008 konstant unter $500/\mu\text{l}$. Es bestand eine HIV-assoziierte Allgemeinsymptomatik mit anhaltendem Nachtschweiß, Abgeschlagenheit und immer wieder auftretenden Phasen von Diarrhoe sowie eine auffällige Blutbildveränderungen mit Neutropenie und leichter Anämie. Die Viruslast lag bei 1.562 Kopien/ml Plasma (b-DNA). Vor dem Hintergrund der klinischen Symptomatik und dem eingeschränkten Immunstatus musste ausweislich der ärztlichen Bescheinigung vom 16. Juni 2008 eine antiretrovirale Therapie eingeleitet werden, zunächst mit Combivir und Sustiva. Diese Therapie wurde in der Folgezeit wegen der Neutropenie auf die Medikamente Kivexa und Sustiva umgestellt (ärztliche Bescheinigungen des UKM vom 5. August und 15. September 2008). In der Folgezeit kam es zunächst zu einer Verbesserung des Immunstatus des Klägers, der sich dann jedoch wieder verschlechterte und den Verdacht einer Resistenzbildung bzw. unregelmäßiger Medikamenteneinnahme nahe legte (ärztliche Bescheinigungen des UKM vom 11. Dezember 2008 und 26. Februar 2009). Dies führte zur einer erneuten Therapieerläuterung gegenüber dem Kläger. Nach der zuletzt eingereichten ärztlichen Bescheinigung des UKM vom 5. Mai 2009 ist der Immun-

status des Klägers stabil und die Viruslast liegt unter der Nachweisgrenze (< 50 Kopien/ml Plasma). Die eingeleitete Therapie kann fortgesetzt werden.

Die bisherige Entwicklung der HIV-Infektion des Klägers, 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 der Kläger dauerhaft auf eine antiretrovirale Therapie angewiesen, auch wenn sich sein Immunsystem derzeit auf Grund der Kombinationstherapie 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. Der Kläger hätte auf Grund der bereits HIV-assoziierten Allgemeinsymptomatik und Neutropenie in diesem Fall innerhalb weniger Wochen schwerste - lebensbedrohliche - Beeinträchtigungen zu erwarten. Seine Lebenserwartung wäre erheblich auf Monate oder wenige Jahre reduziert. Bereits die wahrscheinlich unregelmäßige Einnahme der verabreichten Kombinationspräparate hatte im Winter 2008/09 eine Verschlechterung des Immunstatus des Klägers zur Folge. Der Kläger ist auf eine ununterbrochene und konsequente virushemmende Therapie mit derzeit zwei Kombinationspräparaten angewiesen, die täglich eingenommen werden müssen. Bereits das Weglassen einzelner Medikamentendosen und erst recht eine Therapieunterbrechung für einzelne Tage können nach den ärztlichen Bescheinigungen 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 evt. 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 bisherigem 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.

Dem Kläger ist es nicht möglich, eine ununterbrochene Fortsetzung der allein lebenserhaltenden antiretroviralen Therapie in Kamerun dauerhaft sicherzustellen (vgl. auch für den Fall einer HIV-Infektion im Stadium CDC A2 : VG Düsseldorf, Urteil vom 22. Mai 2007 - 3 K 5382/06.A -; Stadium CDC C3: VG Göttingen, Urteil vom 2. April 2008 - 3 A 462/07 -; a.A. für eine HIV-Infektion im Stadium CDC A2 mit Therapiebeginn: VG N2. , Urteil vom 28. Januar 2008 - 9 K 45/06.A -; im Stadium CDC A1: VG Karlsruhe, Urteil vom 8. August 2006 - 8 K 10097/05 -, juris; zum Stadium CDC B3: VG Oldenburg, Urteil vom 11. Oktober 2007 - 2 A 4899/02 - und Stadium CDC A3, VG Osnabrück, Urteil vom 2. Juni 2008 - 5 A 44/08 -; 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. September 2007 und an das Bundesamt vom 15. Oktober 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. Mai 2008; Austrian Centre for Country of Origin und Asylum Research (ACCORD), Behandlungsmöglichkeiten für HIV/AIDS und Hepatitis B/C, Auskunft vom 30. Januar 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. September 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 und Asylum Research (ACCORD), Behandlungsmöglichkeiten für HIV/AIDS und Hepatitis B/C, Auskunft vom 30. Januar 2008).

Soweit HIV-infizierte Personen Resistenzen gegen ihre Medikamente entwickeln, sind sie oftmals auf teurere, in Kamerun nicht erhältliche Medikamente angewiesen (vgl. IRIN, Bericht vom 6. Juli 2009, "Cameroon: Desperately seeking third-line medication", www.irinnews.org/report; Bundesamt; Kamerun/Gesundheitswesen, Juli 2008, S. 7).

Ungeachtet des Umstandes, ob es dem Kläger überhaupt gelingen würde, über das nationale HIV/AIDS-Programm die derzeit verabreichten Medikamente Kivexa und Sustiva oder Medikamente mit deren Wirkstoff zu erhalten (nach dem bisherigen Kenntnisstand kommen in Kamerun die Medikamentenkombinationen Zidovudine/ Lamivudine/Efavirenz; Zidovudine/Lamivudine/Nevirapine; Lamivudine/ Stavudine/Nevirapine; Lamivudine/Stavudine/Efavirenz bzw. in Bamenda Triomune; Duovir/Stocrin; Lamistav/Nevirapine; Lamistav/Stocrin; Zidovex zum Einsatz (vgl. Bundesamt, Kamerun/Gesundheitswesen, Juli 2008, S.9,10 ff; SFH, Kamerun: Behandlungsmöglichkeiten von HIV/AIDS, Auskunft vom 22. Mai 2008), könnte er die ebenfalls regelmäßig und dauerhaft anfallenden Kosten für die notwendigen Laboruntersuchungen, die Behandlung der Begleiterkrankungen und ggfs. die Transportkosten zu den Behandlungszentren nicht finanzieren, um eine ununterbrochene Therapie sicherzustellen. Es kann auch nicht davon ausgegangen werden, dass der Kläger die regelmäßig anfallenden Kosten - zeitnah - selbst auf Grund eigener Erwerbstätigkeit finanzieren kann. Zwar hat der Kläger nach eigenen Angaben eine Lehrerausbildung absolviert und sei bis 2005 an einer Privatschule in Z1. beschäftigt gewesen. HIV-Infizierte, deren Krankheit bekannt ist, haben jedoch 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. vgl. Bundesamt, Kamerun/Gesundheitswesen, Juli 2008, S.11 ff; SFH, Kamerun: Behandlungsmöglichkeiten von HIV/AIDS, Auskunft vom 22. Mai 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. Das Gericht jedoch davon aus, dass der Kläger nicht auf eine vorhandene - ihn unterstützende - Familienstruktur in seinem Heimatland zurückgreifen kann. Nach seinen glaubhaften Angaben ist sein noch in Kamerun lebender Vater bereits fortgeschrittenen Alters, in zweiter Ehe verheiratet und selber noch Vater von vier minderjährigen Kinder. Von seinen vier Brüdern aus der ersten Ehe seines Vaters leben noch drei an verschiedenen Orten in Kamerun. Sie sind teils verheiratet, Studenten oder unbekanntem Aufenthalts. Ein Bruder lebt in den USA. Der Kläger hat zu seinem Vater und teilweise gelegentlich noch zu seinen Brüdern telefonischen Kontakt. Zu seinen ehemaligen Lebensgefährtinnen und seinen Kindern hat der Kläger keinen Kontakt mehr. Es ist davon auszugehen, dass der Kläger, der bereits seit Mai 2006 ausgereist ist, im Falle einer Rückkehr als HIV-Infizierter die Familienkontakte nicht erneut in einem Umfang aktivieren kann, die eine Fortsetzung der antiretroviralen Therapie sicherstellen könnte. Eine längere Abwesenheit gefährdet nach der Auskunftslage die sozialen Netze in Kamerun (vgl. etwa AA, Lagebericht - Kamerun -, vom 23. Januar 2009, S. 14 und Bundesamt, Kamerun/Gesundheitswesen, Juli 2008, S.4, 5).

Schließlich steht der Annahme einer extremen Gefahr auch nicht entgegen, dass dem Kläger für einen gewissen Zeitraum die erforderlichen Medikamente mitgegeben werden könnten. Ungeachtet des Umstandes, dass eine derartige Übernahmeerklärung gar nicht vorliegt und der Frage, ob die Medikamente überhaupt eingeführt werden dürfen, ist auch nicht zu erwarten, dass der Kläger nach Ablauf des Zeitraumes dauerhaft eine antiretrovirale Behandlung erlangen kann. Der Eintritt schwerster - lebensbedrohender - Erkrankungen würde lediglich verschoben. Darüber hinaus stellt sich vorliegend nicht nur die Frage nach der notwendigen Medikation, sondern auch nach der Erforderlichkeit der regelmäßigen Kontrolluntersuchungen. Wie bereits oben ausgeführt muss die virushemmende Therapie durch begleitende Blutuntersuchungen mindestens alle drei Monate überprüft werden und ggfs. die antiretrovirale Therapie den Untersuchungsergebnissen angepasst werden. Bereits die Finanzierung dieser regelmäßigen Laboruntersuchungen wird dem Kläger jedoch in Kamerun nach den obigen Ausführungen nicht möglich sein. Eine Fortsetzung der bisherigen Medikation über einen längeren Zeitraum ohne Kontrolluntersuchungen kann zudem die Wirksamkeit der gesamten antiretroviralen Therapie gefährden.

Die nach der Sach- und Rechtslage im Zeitpunkt der Entscheidung zu beurteilende Abschiebungsandrohung im Bescheid des Bundesamtes ist rechtswidrig, soweit dem Kläger die Abschie-

bung nach Kamerun angedroht wird. Im übrigen ist sie rechtmäßig. Dies ergibt sich aus der ab dem 1. Januar 2005 geltenden Rechtslage. Gemäß § 34 Abs. 1 Satz 1 AsylVfG erlässt das Bundesamt nach den §§ 59 und 60 Abs. 10 AufenthG die Abschiebungsandrohung, wenn der Ausländer nicht als Asylberechtigter anerkannt ist und keinen Aufenthaltstitel besitzt. Die Vorschrift des § 59 Abs. 3 Satz 1 AufenthG sieht zunächst vor, dass das Vorliegen von Abschiebungsverboten dem Erlass der Abschiebungsandrohung nicht entgegensteht - so auch im Ergebnis zuvor § 50 Abs. 3 Satz 1 AuslG -. Anders als die Vorgängervorschrift des § 50 Abs. 3 Satz 2 AuslG bestimmt jedoch § 59 Abs. 3 Satz 2 AufenthG nunmehr, dass in der Androhung der Staat zu bezeichnen ist, in den der Ausländer nicht abgeschoben werden darf. Die Bestimmung des § 50 Abs. 3 Satz 2 AuslG enthielt noch die Einschränkung auf Abschiebungshindernisse nach § 51 und 53 Abs. 1 - 4 AuslG, d.h. die dem heutigen § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG entsprechende Vorschrift des § 53 Abs. 6 Satz 1 AuslG war nicht genannt und damit ausgenommen, vgl. auch BVerwG, Urteil vom 5. Februar 2004 - 1 C 7/03 -, InfAuslR 2004 S. 323, wonach auf Grund von § 50 Abs. 3 Satz 2 AuslG eine im Asylverfahren ergangene Abschiebungsandrohung grundsätzlich auch dann rechtmäßig war, wenn hinsichtlich des Zielstaates Abschiebungshindernisse nach § 53 Abs. 6 Satz 1 AuslG festgestellt wurden.

Nach der Vorschrift des nunmehr gültigen § 59 Abs. 3 Satz 2 AufenthG ist jedoch jedes Abschiebungsverbot - auch eines nach § 60 Abs. 7 Satz 1 AufenthG - ausdrücklich in der Abschiebungsandrohung zu bezeichnen. Die Rechtmäßigkeit der Abschiebungsandrohung im Übrigen bleibt bei Feststellung des Vorliegens eines Abschiebungsverbotes durch das Verwaltungsgericht unberührt, § 59 Abs. 3 Satz 3 AufenthG.

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

Die Entscheidung über die vorläufige Vollstreckbarkeit ergibt sich aus § 167 VwGO i. V. m. §§ 708 Nr. 11, 711 ZPO.