jusline®
»» Recht. Schnell

Sie können die QR Codes nützen um später wieder auf die neuste Version eines Gesetzestexts zu gelangen.

TE Bvwg Erkenntnis 2020/2/12 I403 1411815-3

JUSLINE Entscheidung

Veröffentlicht am 12.02.2020

Entscheidungsdatum

12.02.2020

Norm

AsylG 2005 §10 Abs1 Z3
AsylG 2005 §57
AsylG 2005 §8
AsylG 2005 §8 Abs1 Z1
AsylG 2005 §8 Abs2
AsylG 2005 §8 Abs3
AsylG 2005 §8 Abs4
AsylG 2005 §9 Abs2
AVG §74 Abs1
AVG §74 Abs2
BFA-VG §18 Abs1 Z2
BFA-VG §18 Abs5
BFA-VG §21 Abs7
BFA-VG §9
B-VG Art133 Abs4
EMRK Art2
EMRK Art3
EMRK Art8
FPG §46
FPG §50
FPG §52 Abs2 Z2
FPG §52 Abs9
FPG §53 Abs1
FPG §53 Abs3 Z1
FPG §55 Abs4
VwGVG §17
VwGVG §24
VwGVG §28 Abs1
VwGVG §28 Abs2

VwGVG §28 Abs5
VwGVG §31 Abs1

Spruch

I403 1411815-3/4E

IM NAMEN DER REPUBLIK!

Das Bundesverwaltungsgericht erkennt durch die Richterin MMag. Birgit ERTL als Einzelrichterin über die Beschwerde von XXXX, geb. XXXX, StA. Nigeria, vertreten durch Rechtsanwalt Mag. Martin WAKOLBINGER, gegen Spruchpunkt II. bis VIII. des Bescheides des Bundesamtes für Fremdenwesen und Asyl vom 18.12.2019, Zl. 494974603/180958799, zu Recht:

A)

I. Der Beschwerde gegen Spruchpunkt II. wird stattgegeben und XXXX wird gemäß§ 8 Abs. 1 AsylG 2005 der Status eines subsidiär Schutzberechtigten in Bezug auf den Herkunftsstaat Nigeria zuerkannt.

II. Gemäß § 8 Abs. 4 AsylG 2005 wird XXXX eine befristete Aufenthaltsberechtigung als subsidiär Schutzberechtigter für die Dauer von 12 Monaten erteilt.

III. In Erledigung der Beschwerde werden die sonstigen Spruchpunkte ersatzlos behoben.

B)

Die Revision ist gemäß Art. 133 Abs. 4 B-VG zulässig.

BESCHLUSS

Das Bundesverwaltungsgericht beschließt durch die Richterin MMag. Birgit ERTL als Einzelrichterin über das Kostenbegehren von XXXX, geb. XXXX, StA. Nigeria, vertreten durch Rechtsanwalt Mag. Martin WAKOLBINGER, in Bezug auf die Beschwerde gegen Spruchpunkt II. bis VIII. des Bescheides des Bundesamtes für Fremdenwesen und Asyl vom 18.12.2019, Zl. 494974603/180958799:

A)

Das Kostenbegehren wird gemäß § 17 VwGVG iVm. § 74 Abs. 2 AVG als unzulässig zurückgewiesen.

B)

Die Revision ist gemäß Art. 133 Abs. 4 B-VG nicht zulässig.

Text

ENTSCHEIDUNGSGRÜNDE:

I. Verfahrensgang:

Zum ersten Asylverfahren

Der Beschwerdeführer reiste (spätestens) am 25. Juli 2009 illegal in das Bundesgebiet ein und brachte am selben Tag einen Antrag auf internationalen Schutz im Sinne des § 2 Abs. 1 Ziffer 13 AsylG ein. Mit Bescheid des Bundesasylamtes vom 12. Februar 2010 wurde der Antrag des Beschwerdeführers auf internationalen Schutz bezüglich der Zuerkennung des Status des Asylberechtigten gemäß § 3 Abs. 1 iVm § 2 Abs. 1 Z 13 AsylG 2005 abgewiesen. In Spruchpunkt II. wurde der Antrag auf internationalen Schutz bezüglich der Zuerkennung des Status des subsidiär Schutzberechtigten in Bezug auf den Herkunftsstaat Nigeria gemäß § 8 Abs. 1 iVm § 2 Abs. 1 Z 13 AsylG abgewiesen und der Beschwerdeführer in Spruchpunkt III. gemäß § 10 Abs. 1 AsylG aus dem österreichischen Bundesgebiet nach Nigeria ausgewiesen. In seinem Bescheid ging das Bundesasylamt von der Unglaubwürdigkeit des vom Beschwerdeführer erstatteten Vorbringens aus und traf Feststellungen zur Lage in Nigeria.

Gegen diesen Bescheid wurde innerhalb offener Frist Beschwerde an den zu diesem Zeitpunkt zuständigen Asylgerichtshof erhoben. Die gegen den Bescheid vom 12. Februar 2010 erhobene Beschwerde wurde mit Erkenntnis des Bundesverwaltungsgerichtes vom 30. Juli 2014, Zl. W168 1411815-1/18E, gemäß § 3 Abs. 1 und § 8 Abs. 1 AsylG als unbegründet abgewiesen und das Verfahren gemäß § 75 Abs. 20 AsylG zur Prüfung der Zulässigkeit einer Rückkehrentscheidung an das Bundesamt für Fremdenwesen und Asyl zurückverwiesen.

Am 3. Dezember 2014 wurde der Beschwerdeführer durch das Bundesamt für Fremdenwesen und Asyl einvernommen.

Der Beschwerdeführer wurde mit Urteil des Landesgerichts XXXX vom 9. April 2015, Zl. XXXX, in eine Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher eingewiesen.

In der Folge wurde am 12. November 2015 eine Anfrage bei der Staatendokumentation in Auftrag gegeben. Das Ergebnis vom 5. Jänner 2016 wurde dem Beschwerdeführer zur Kenntnis gebracht; eine Stellungnahme des zu diesem Zeitpunkt bevollmächtigten rechtsfreundlichen Vertreters langte am 1. Februar 2016 beim Bundesamt ein.

Mit Bescheid des Bundesamtes für Fremdenwesen und Asyl (BFA) vom 3. Oktober 2016 wurde dem Beschwerdeführer kein Aufenthaltstitel aus berücksichtigungswürdigen Gründen gemäß § 57 Asylgesetz 2005 erteilt. Gegen den Beschwerdeführer wurde gemäß § 10 Absatz 1 Z. 3 Asylgesetz iVm § 9 BFA-Verfahrensgesetz eine Rückkehrentscheidung gemäß § 52 Absatz 2 Ziffer 2 Fremdenpolizeigesetz erlassen. Es wurde gemäß § 52 Absatz 9 FPG festgestellt, dass die Abschiebung des Beschwerdeführers nach Nigeria gemäß § 46 FPG zulässig sei (Spruchpunkt I.). Gemäß § 55 Abs. 4 FPG wurde eine Frist für die freiwillige Ausreise nicht gewährt (Spruchpunkt II.). Gemäß § 18 Absatz 2 Ziffer 1 BFA-VG wurde einer Beschwerde gegen diese Rückkehrentscheidung die aufschiebende Wirkung aberkannt (Spruchpunkt III.). Es wurde unter IV. festgestellt, dass der Beschwerdeführer sein Recht zum Aufenthalt im Bundesgebiet ab dem 1. Jänner 2014 verloren habe. Gemäß § 53 Abs. 1 iVm Abs. 3 Z. 1 FPG wurde gegen ihn ein auf die Dauer von 10 Jahren befristetes Einreiseverbot erlassen (Spruchpunkt V.). Im angefochtenen Bescheid wurde unter anderem festgestellt, dass der Beschwerdeführer an paranoider Schizophrenie leide.

Der Bescheid wurde am 5. Oktober 2016 dem zu diesem Zeitpunkt bevollmächtigten rechtsfreundlichen Vertreter und am 6. Oktober 2016 dem Beschwerdeführer zugestellt.

Gegen den Bescheid wurde fristgerecht am 17. Oktober 2016 Beschwerde erhoben und eine Vollmacht für die Vertretung durch die "Diakonie Flüchtlingsdienst gem. GmbH" und "Volkshilfe Flüchtlings- und MigrantInnenbetreuung GmbH" (ARGE Rechtsberatung) vorgelegt. Inhaltlich wurde ausgeführt, dass der Beschwerdeführer mehrere Jahre lang mit einer österreichischen Staatsbürgerin und ihren Kindern ein Familienleben geführt habe. Er habe sich um die Selbsterhaltungsfähigkeit bemüht, als Zeitungskolporteur und Gebrauchtwagenhändler gearbeitet. Er sei religiös und sozial engagiert, beherrsche Deutsch auf A2-Niveau und sei sozial integriert. Die aktuelle Verurteilung aus dem Jahr 2015 sei der Erkrankung an paranoider Schizophrenie geschuldet. Der Beschwerdeführer führe daher ein schützenswertes Privatleben in Österreich, das einer Rückkehrentscheidung entgegenstehe. Das Einreiseverbot sei darüber hinaus unverhältnismäßig, insbesondere da die der genannten Verurteilung vom 9. April 2015 zugrundeliegende Straftat nicht auf die Gesinnung, sondern auf die psychische Erkrankung des Beschwerdeführers zurückzuführen sei. Das angefochtene Einreiseverbot würde zudem erst mit Ablauf des Tages der Ausreise zu laufen beginnen; zugleich komme eine Entlassung aus der Unterbringung in der Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher erst in Frage, wenn kein Gefährdungspotential mehr vorliege. Daher wäre das Einreiseverbot in dieser Konstellation rechtswidrig. Die 10jährige Befristung sei darüber hinaus willkürlich gewählt.

Am 21. Oktober 2016 unterzeichnete der zu diesem Zeitpunkt in dem Forensischen Zentrum XXXX der Justizanstalt XXXX befindliche Beschwerdeführer ein Formular für die freiwillige Rückkehr.

Beschwerde und Verwaltungsakt wurden dem Bundesverwaltungsgericht (BVwG) am 9. November 2016 vorgelegt. Mit Beschluss des Bundesverwaltungsgerichtes vom 11. November 2016, GZ. I403 1411815-2/3Z, wurde der Beschwerde die aufschiebende Wirkung zuerkannt.

Die Bereitschaft zur freiwilligen Rückkehr wurde am 7. Dezember 2016 seitens des Beschwerdeführers widerrufen. Am 19. Dezember 2016 langte beim Bundesverwaltungsgericht die Zustimmung des Beschwerdeführers zur Einholung ärztlicher Befunde ein.

Das Bundesverwaltungsgericht richtete am 20. Dezember 2016 ein erstes Auskunftsersuchen an das Forensische Zentrum XXXX; dieses blieb unbeantwortet. Aufgrund einer Urgenz am 27. Februar 2017 langte am 1. März 2017 folgende Stellungnahme einer Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin beim Bundesverwaltungsgericht ein: "Herr I. [der Beschwerdeführer] war nicht in der Lage selbst gegen den Bescheid vorzugehen. Die Prozessführung wurde von der ARGE Rechtsberatung der Volkshilfe, Stockhofstraße 40, 4020 Linz, Mag. XXXX übernommen. Herr I. ist aus fachärztlicher Sicht nicht dazu in der Lage einer Gerichtsverhandlung in ihrer

Komplexität zu folgen. Herr I. leidet unter einer paranoiden Schizophrenie mit wahnhaftem Störungsbild. Es stehen vor allem Verfolgungsideen, Vergiftungsängste und eine Veränderung seiner Wahrnehmung im Vordergrund. Derzeit verhält sich Herr I. ruhig und angepasst und ist im Stationsalltag gut integriert. Herr I. erhält folgende Medikation: Haldol 10mg 1-0-0-1 14, Akineton 4mg retard 1-0-0-0, Nozinan 25mg 0-0-0-1, Quetiapin easy 100mg 0-0-0-1/2, Quetiapin Krka 200mg 0-0-0-2. Dabei handelt es sich um eine umfangreiche und hochpotente neuroleptische Abschirmung, um die psychotischen Symptome einzudämmen. Diese Medikation sollte auch in seinem Heimatstaat erhältlich sein, damit eine weiterführende Behandlung erfolgen kann. Darauf wurde bereits bei der Verordnung Rücksicht genommen. Falls Herr I. in seiner Heimat keiner weiteren Behandlung zustimmt, würde es dort zu einer Verschlechterung der Symptome kommen. Dies würde aber auch bei Behandlungsabbruch seinerseits auf die hierortigen Bedingungen zutreffen."

Das Bundesverwaltungsgericht regte mit Schreiben vom 3. März 2017 aufgrund von Zweifeln an der Prozessfähigkeit des Beschwerdeführers ein Verfahren zur Bestellung eines Sachwalters an. Mit Beschluss des Bezirksgerichtes XXXX vom 10. Oktober 2017, Zl. XXXX, wurde Rechtsanwalt Mag. Martin Wakolbinger gemäß § 268 ABGB zum Sachwalter bestellt; der folgende Kreis von Angelegenheiten ist von ihm zu besorgen: Vertretung vor Gerichten, Behörden und Sozialversicherungsträgern; Verwaltung von Einkünften, Vermögen und Verbindlichkeiten; Vertretung bei Rechtsgeschäften, die über Geschäfte des täglichen Lebens hinausgehen.

Mit Beschluss vom 6. November 2017, Zl. I403 1411815-2/3Z, wies das Bundesverwaltungsgericht die Beschwerde gegen den angefochtenen Bescheid des BFA vom 3. Oktober 2016, welcher mit Beschluss vom 11. November 2016 die aufschiebende Wirkung zuerkannt worden war, als unzulässig zurück, da der angefochtene Bescheid nicht rechtswirksam erlassen worden sei. Dazu stellte das Bundesverwaltungsgericht fest, der Beschwerdeführer "war im Zeitpunkt der Zustellung des angefochtenen Bescheides des Bundesamtes nicht in der Lage, die Bedeutung und Tragweite des Verfahrens und die sich aus ihm ereignenden prozessualen Vorgänge zu erkennen, zu verstehen und sich den Anforderungen eines derartigen Verfahrens entsprechend zu verhalten". Aus Sicht des Bundesverwaltungsgericht war - auf Basis des im Strafverfahren gegen den Beschwerdeführer erstatteten psychiatrisch-neurologischen Sachverständigengutachtens vom 6. Februar 2015 und der fachärztlichen Stellungnahme vom 1. März 2017 - davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer, bei dem bereits Anfang 2015 eine paranoide Schizophrenie diagnostiziert worden war und der sich seither in einer Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher befand, auch zum Zeitpunkt der Zustellung des angefochtenen Bescheides des BFA nicht prozessfähig gewesen war. Diese Ansicht wurde auch durch die Bestellung eines Sachwalters für den Beschwerdeführer gestützt. Die an den Beschwerdeführer erfolgte Zustellung des angefochtenen Bescheides sei daher aufgrund der bei ihm zu diesem Zeitpunkt nicht vorgelegenen Prozessfähigkeit rechtsunwirksam gewesen, was zur Folge habe, dass der angefochtene Bescheid des BFA rechtlich nicht existent geworden sei.

Gegen den Beschluss des Bundesverwaltungsgerichtes vom 6. November 2017 erhob das BFA Amtsrevision an den VwGH mit der Argumentation, dass der angefochtene Bescheid vom 3. Oktober 2016 nicht nur dem Beschwerdeführer, sondern auch seinem bevollmächtigten Vertreter zugestellt worden sei. Es komme daher nicht darauf an, ob der Beschwerdeführer im Zeitpunkt der Erlassung des angefochtenen Bescheides prozessfähig gewesen sei, sondern darauf ob diese Voraussetzung im Zeitpunkt der Vollmachtserteilung vorgelegen sei. Der (nachträgliche) Verlust der Handlungsfähigkeit berühre ein gültig zustande gekommenes Vollmachtsverhältnis nicht.

Der Beschluss des Bundesverwaltungsgerichtes vom 6. November 2017 wurde mittels Erkenntnis des VwGH vom 15. März 2018, Zl. Ra 2017/21/0254-9, aufgehoben. Der VwGH teilte die Rechtsansicht des BFA dahingehend, dass eine seitens des Bundesverwaltungsgerichtes unterstellte Unwirksamkeit der Zustellung des Bescheides nur dann gegeben wäre, wenn die Handlungsfähigkeit des Beschwerdeführers bereits im Zeitpunkt der Bevollmächtigung seines gewillkürten Vertreters im Oktober 2013 dahingehend eingeschränkt gewesen wäre, dass er das Wesen einer solchen Bevollmächtigung, somit deren Bedeutung und Tragweite, nicht zu verstehen vermochte.

Mit Schreiben vom 08. Mai 2018 an das Bundesverwaltungsgericht erteilte der bestellte Sachwalter des Beschwerdeführers, Rechtsanwalt Mag. Martin Wakolbinger, im Hinblick auf das gegenständliche Verfahren seine nachträgliche Genehmigung betreffend eine Beschwerdeerhebung gegen den angefochtenen Bescheid im Sinne der bereits durch die "ARGE Rechtsberatung" eingebrachten Beschwerde vom 17. Oktober 2016.

Mit Erkenntnis des Bundesverwaltungsgerichtes vom 9. August 2018 zu I403 1411815-2/29E wurde der Beschwerde stattgegeben und der Bescheid vom 3. Oktober 2016 behoben, da die Erlassung einer Rückkehrentscheidung aufgrund des zwischenzeitlich gestellten Folgeantrages auf internationalen Schutz rechtswidrig wäre.

Zum gegenständlichen Asylverfahren

Am 1. August 2018 brachte der Beschwerdeführer, vertreten durch seinen bestellten Sachwalter, Rechtsanwalt Mag. Martin Wakolbinger, einen Folgeantrag auf internationalen Schutz ein.

Die belangte Behörde gab ein neurologisch-psychiatrisches Gutachten in Auftrag, welches am 14. November 2018 von einem Sachverständigen für Psychiatrie und Neurologie erstattet wurde und zum Parteiengehör versandt wurde.

Mit Bescheid der belangten Behörde vom 19. Dezember 2019, zugestellt am 23. Dezember 2019, wurde der Antrag des Beschwerdeführers auf Zuerkennung des Status des Asylberechtigten gemäß § 3 Absatz 1 iVm § 2 Absatz 1 Ziffer 13 AsylG 2005 abgewiesen (Spruchpunkt I.) und ebenso der Antrag des Beschwerdeführers auf Zuerkennung des Status des subsidiär Schutzberechtigten in Bezug auf seinen Herkunftsstaat Nigeria gemäß § 8 Absatz 1 iVm § 2 Absatz 1 Ziffer 13 AsylG 2005 abgewiesen (Spruchpunkt II.). Ein Aufenthaltstitel aus berücksichtigungswürdigen Gründen gemäß § 57 AsylG 2005 wurde nicht erteilt (Spruchpunkt III.) und gemäß § 10 Absatz 1 Ziffer 3 AsylG 2005 iVm § 9 BFA-Verfahrensgesetz eine Rückkehrentscheidung gemäß § 52 Absatz 2 Ziffer 2 Fremdenpolizeigesetz (FPG) erlassen (Spruchpunkt IV.). Es wurde gemäß § 52 Absatz 9 FPG festgestellt, dass die Abschiebung des Beschwerdeführers nach Nigeria gemäß § 46 FPG zulässig sei (Spruchpunkt V.). Gemäß § 53 Abs. 1 iVm Abs. 3 Z 1 FPG wurde gegen ihn ein auf die Dauer von 10 Jahren befristetes Einreiseverbot erlassen (Spruchpunkt VI.). Es wurde ihm keine Frist für die freiwillige Ausreise gewährt (Spruchpunkt VI.) und einer Beschwerde gegen diese Entscheidung die aufschiebende Wirkung aberkannt (Spruchpunkt VII.). Die belangte Behörde kam zum Schluss, dass das Fluchtvorbringen des Beschwerdeführers nicht glaubhaft sei und dass laut Informationen der Staatendokumentation die vom Beschwerdeführer benötigten Medikamente oder entsprechende Ersatzmedikamente zur Verfügung stünden. Der Beschwerdeführer werde bei einer Rückkehr nach Nigeria in Lagos ankommen, wo er eine medizinische Grundversorgung vorfinden werde. Der Beschwerdeführer sei ein junger und arbeitsfähiger Mann, so dass nicht davon auszugehen sei, dass er in Nigeria in eine aussichtslose Lage geraten würde.

Gegen Spruchpunkte II. bis VIII. des Bescheides (In der Beschwerde wird zunächst zwar nur von einer Anfechtung der Spruchpunkte II. bis V. gesprochen, auf S. 5 der Beschwerde ist dagegen die Rede von einem Anfechtungsumfang, der auch die Spruchpunkte VI. bis VIII. inkludiert.) wurde am 20. Jänner 2020 Beschwerde erhoben und darauf hingewiesen, dass in Nigeria die Kosten für die Behandlung psychischer Erkrankungen selbst getragen werden müssten. Bei einer unzureichenden psychiatrischen und medikamentösen Versorgung bestehe beim Beschwerdeführer eine hohe Selbst- und Fremdgefährdung. Der Beschwerdeführer verfüge in Nigeria auch über keinen "sozialen Empfangsraum, um seine Situation zu stabilisieren". Es wurde beantragt, dem Beschwerdeführer subsidiären Schutz zuzuerkennen, in eventu die Angelegenheit an das BFA zurückzuverweisen, in eventu eine mündliche Verhandlung anzuberaumen, in eventu die Dauer des Einreiseverbotes herabsetzen und der Beschwerde die aufschiebende Wirkung zuzuerkennen. Der Zuspruch von Kosten in der Höhe von 1.106,40 Euro wurde beantragt.

Die Beschwerde wurde dem Bundesverwaltungsgericht am 7. Februar 2020 vorgelegt.

II. Das Bundesverwaltungsgericht hat erwogen:

1. Feststellungen:

1.1. Zur Person des Beschwerdeführers:

Die Identität des Beschwerdeführers steht nicht fest. Er ist Staatsangehöriger Nigerias und stammt aus Imo State. Der Vater des Beschwerdeführers ist verstorben, zu seiner Mutter und seiner Schwester bzw. zu sonstigen Verwandten in Nigeria hat er seit 2007 keinen Kontakt mehr. Der Beschwerdeführer besuchte die Grundschule und arbeitete vor seiner Ausreise in der Landwirtschaft.

Der Beschwerdeführer wird durch den gerichtlichen Erwachsenenvertreter Rechtsanwalt Mag. Martin Wakolbinger vertreten. Am 1. August 2018 stellte der Beschwerdeführer - im Wege seines Erwachsenenvertreters - einen Folgeantrag auf internationalen Schutz. Der Beschwerdeführer ist zum Zeitpunkt der gegenständlichen Entscheidung nach wie vor auf Grundlage des § 21 Abs. 2 StGB im forensischen Zentrum Asten (Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher) untergebracht.

Der Beschwerdeführer befindet sich seit dem Jahr 2009 (mit Unterbrechung, da er sich etwa von 2012 bis 2014 in Spanien aufhielt) in Österreich, seit April 2015 im Maßnahmenvollzug. Er wurde fünfmal strafrechtlich verurteilt:

* Mit Urteil des Landesgerichts XXXX vom 01. Oktober 2009, XXXX wegen § 27 Abs. 1/1 achter Fall und Abs. 3 SMG zu einer bedingten Freiheitsstrafe von 5 Monaten (bedingte Nachsicht der Strafe wurde in weiterer Folge widerrufen)

* Mit Urteil des Landesgerichts XXXX vom 04. Dezember 2009, XXXX wegen § 27 Abs. 1/1 achter Fall und Abs. 3 SMG zu einer Freiheitsstrafe von 9 Monaten

* Mit Urteil des Bezirksgerichts XXXX vom 4. Juli 2011, XXXX wegen § 83 Abs. 1 StGB zu einer bedingten Freiheitsstrafe von 4 Wochen

* Mit Urteil des Bezirksgerichts XXXX vom 13. Februar 2015, XXXX wegen § 83 Abs. 1 StGB zu einer bedingten Freiheitsstrafe von 3 Wochen

* Mit Urteil des Landesgerichts XXXX vom 09. April 2015, XXXX zu einer Einweisung in eine Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher gemäß § 21 Abs. 1 StGB

Die Einweisung in eine Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher erfolgte, weil der Beschwerdeführer, der an Halluzinationen litt und einen religiösen Wahn hatte, am 31.12.2014 Kerzen aus dem Stephansdom holte und mit diesen nach stundenlangem Gebet in der Flüchtlingsunterkunft einen Polster in Brand setzte. Er holte einen Mitbewohner zu sich und sagte ihm, dass seine Gebete erhört worden seien. Dieser forderte ihn auf, den Brand zu löschen und ging wieder zu seinem Zimmer zurück. Der vom Beschwerdeführer verursachte Brand breitete sich aus und erfasste das gesamte Dachgeschoß der Flüchtlingsunterkunft. Das Feuer führte zu einem Schaden von 360.000 Euro und zu Verletzungen bei drei Asylwerbern, die aus dem Fenster sprangen. Der Beschwerdeführer befand sich zum Zeitpunkt, als er den Brand verursachte, unter dem Einfluss der bei ihm bestehenden paranoiden Schizophrenie und hatte Wahnvorstellungen. Bei der beschriebenen und zum Tatzeitpunkt vorgelegenen paranoiden Schizophrenie handelt es sich um eine geistige oder seelische Abartigkeit von höherem Grad. Seine Diskretions- und Dispositionsfähigkeit war zum Tatzeitpunkt aufgehoben. Nach der Person des Beschwerdeführers, nach seinem Zustand und nach der Art seiner Tat waren zum Zeitpunkt der Urteilsverkündung im April 2015 weitere Vorfälle, die in der Art und im Schweregrad dem verfahrensgegenständlichen Vorfall gleichzuhalten wären, nämlich weitere Brandstiftungen wahrscheinlich.

1.2. Zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers

Der Beschwerdeführer leidet an einer paranoiden Schizophrenie. Er wurde in eine Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher eingewiesen, da er unter dem Einfluss der Grunderkrankung der paranoiden Schizophrenie eine Straftat beging.

Der Beschwerdeführer nimmt die folgenden Medikamente ein: Akineton retard, Dominal, Haldol, Novalgin (bei Bedarf), Nozinan, Parkemed (bei Bedarf), Quetiapin, Voltaren (bei Bedarf). Eine regelmäßige Einnahme dieser Medikamente ist für den Beschwerdeführer notwendig.

1.3. Zur Behandlung einer paranoiden Schizophrenie in Nigeria

1.3.1. Anfragebeantwortung der Staatendokumentation vom 4. Jänner 2016, "Paranoide Schizophrenie" (soweit entscheidungsrelevant)

Ist eine Behandlung von paranoider Schizophrenie in Nigeria möglich?

MEDCOI berichtet, dass ambulante und stationäre Behandlung durch einen Psychiater in Nigeria verfügbar ist, etwa im Federal neuro-psychiatric Hospital Yaba in Lagos. Es handelt sich dabei um ein öffentliches Spital.

(...)

Ist die Behandlung für den Patienten kostenlos?

MEDCOI berichtet, dass medizinische Behandlung im psychiatrischen Bereich mit folgenden Kosten verbunden ist: Ambulante Behandlung kostet pro Arztbesuch USD 41 und die stationäre Behandlung USD 56 pro Tag (Informationen Stand 2012). Eine stationäre Aufnahme (inkl. Medikamente und Laboruntersuchungen) bedeutet Kosten in der Höhe

von durchschnittlich USD 3.675. Das staatliche Sozialversicherungssystem deckt die Kosten für Behandlung psychischer Leiden nicht an. Patienten müssen somit für die Kosten selbst aufkommen bzw. von ihrer Familie Unterstützung erhalten.

MEDCOI berichtet, dass es im Jahr 2014 in Nigeria etwa 1.7 Mio an Schizophrenie erkrankte Personen gab. Das Land verfügt hingegen über weniger als 200 Psychiater. Die medizinischen Einrichtungen zur Betreuung psychisch Kranker konzentrieren sich in den größeren Städten.

MEDCOI berichtet, dass es nirgendwo in Nigeria ein Programm zur Kostendeckung der Behandlung bei psychischen Erkrankungen gibt.

Medikamentenpreise: Haloperidol decanoate pro Injektion NGN 630 (etwa EUR 2,89)

1.3.2. Anfragebeantwortung der Staatendokumentation vom 22. Februar 2019

Medikation: Akineton retard 4 mg (Biperidenhydrochlorid), Dominal Filmtabletten 80 mg (Prothipendyl-Hydrochloridmonohydrat), Haldol 10 mg (Haloperidol), Nozinan 100 mg (Levomepromazin), Quetiapin 200mg (Quetiapin)

Frage: Ist die o.a. Medikation in Nigeria erhältlich?

Der VA der OB Abuja berichtet:

Akineton retard 4 mg (Biperidenhydrochlorid) ist derzeit nicht erhältlich, lediglich als Injektionin 1 mg-Am pullen

Dominal Filmtabletten 80 mg (Prothipendylhydrochloridmonohydrat) sind derzeit nicht erhältlich

Haldol 10 mg (Haloperidol) ist nicht erhältlich, allerdings als 5mg Tablette

Nozinan 100mg (Levomepromazin) ist zwar zugelassen, aber derzeit nicht erhältlich, aus der Stoffgruppe ist lediglich Chlorpromazin verfügbar.

Quetiapin 200 mg ist nicht erhältlich.

Angemerkt werden muss hierzu, dass gewisse private Einrichtungen für den unmittelbaren Bedarf teilweise auch Medikamente in kleinen Mengen sozusagen halblegal importieren, die nicht zugelassen oder erhältlich sind.

Frage: Welche Kosten würden anfallen?

Der VA der OB Abuja berichtet:

4 Ampullen Akineton 1 mg kosten 4700 Naira, das sind ca. 11 Euro nach derzeitigem Parallelmarktwechselkurs

28 Tabletten Haloperidol 5 mg kosten 3220 Naira, das sind ca. 4 Euro nach derzeitigem Parallelmarktwechselkurs

Rechtliche Situation:

Der rechtliche Umgang mit hilflosen Personen, respektive mit Personen, die aufgrund einer psychiatrischen/psychischen Erkrankung sich nicht selbst versorgen können und/oder bei denen eine Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt, ist in Nigeria in einem noch aus der Kolonialzeit stammenden Gesetz aus dem Jahr 1958 dem "Lunacy Act", das auf dem britischen Recht basiert und auf die sog. "Lunacy Ordinance" aus Großbritannien aus dem Jahr 1916 zurückgeht, geregelt. Seitdem hat es mehrere Versuche gegeben, dieses Gesetz zu modernisieren, im Jahre 2003 wurde eine Neuregelung im Parlament vorgelegt, dann 2009 zurückgezogen und erneut im Jahr 20143 vorgelegt, aber bis heute nicht verabschiedet. Nach dem bis heute geltenden Gesetz ist die Definition des psychisch Kranken ("lunatic") sehr weit gefasst, respektive sehr unspezifisch: "lunatic" includes an idiot and any other person of unsound mind". (Lunacy Act (1958) Cap. (112). §2 (Nigeria).)

Für eine Zwangseinweisung in eine stationäre Einrichtung müssen ein Magistrat (eine Art Amtsrichter) und ein Arzt (der kein Psychiater sein muss, es kann ein Allgemeinmediziner sein), gemeinsam feststellen, dass es sich bei der Person um einen "lunatic" handelt, für eine Einweisung bis zu sieben Tagen genügt die Aussage des Arztes. Allerding kann auch der Richter eine Zwangsunterbringung bis zu sieben Tagen genügt die Aussage des Arztes. Allerding kann auch der Richter eine Zwangsunterbringung bis zu einem Monat verordnen, wenn er der Ansicht ist, dass sich die entsprechende Person der Vorstellung bei Gericht zur Prüfung entziehen will. Das Institut der Vormundschaft oder Sachwalterschaft ist im Gesetz nicht vorgesehen.

Reale Situation:

Psychische/psychiatrische Erkrankungen werden in der großen Mehrheit der Bevölkerung immer noch als spiritueller Natur entspringend angesehen. Dementsprechend werden die entsprechenden Patienten besonders im ländlichen Bereich spirituellen Heilern unterschiedlicher Couleur (traditionell, christlich) zugeführt. Bei den Yoruba arbeiten die traditionellen Heiler teilweise auch mit pflanzlichen Substanzen wie Rauwolfia. Betreut werden sie in der Regel in der Familie, wenn vorhanden. Viele psychisch Kranke leben auf der Straße, in abgelegenen Regionen werden als gefährlich angesehene Personen in den Dörfern auch gelegentlich noch angekettet.

Für die stationäre Unterbringung gibt es in ganz Nigeria acht staatliche psychiatrische Kliniken, die einen stationären Langzeitbereich haben, außerdem sind zahlreiche psychisch Langzeitkranke in gesonderten Bereich in Gefängnissen untergebracht. Im Wesentlichen findet dort eine reine Verwahrung unter ausgesprochen ärmlichen Bedingungen statt.

Insgesamt gibt es für die inzwischen annähernd 200 Millionen Einwohner 100 Hospitäler mit psychiatrischer Abteilung. Die Bettenzahl in psychiatrischen Hospitälern betrug 2014 13 Betten pro 1 Million Einwohner (gegenüber 25 im Jahr 2011), hier dürfte sich die Situation inzwischen eher weiter verschlechtert haben.

Private Hospitäler mit Psychiatrie gibt es ebenfalls, diese sind aber für die große Mehrheit unerschwinglich.

Die Weltgesundheitsorganisation rechnet in Nigeria mit 1 Psychiater pro einer Million Einwohner, diese Zahlen stammen allerdings von 2014, aufgrund des rapiden Bevölkerungswachstums hat sich das Verhältnis seither drastisch verschlechtert, derzeit kann man mit etwa 130 Psychiatern für 200 Millionen Einwohnern rechnen. (Die Zahlen schwanken je nach Quelle, Literatur beim Verfasser).

Bei den Psychologen ist die Lage noch schlechter, hier kamen 2014 auf 10 Millionen Einwohner 2 Psychologen. Aufgrund dieser personellen Situation ist eine regelrechte psychologische/psychiatrische Versorgung für die große Mehrheit nicht möglich, neben einer basalen Medikation werden die stationären Fälle in den öffentlichen Einrichtungen im Wesentlichen "aufbewahrt".

Die Auswahl an Psychopharmaka ist sehr begrenzt aufgrund der mangelnden Nachfrage, so ist zum Beispiel das oben angesprochene Levomepromazin von der staatlichen Arzneimittelbehörde NAFDAC zwar zugelassen, wird aber wegen mangelnder Nachfrage derzeit nicht importiert.

1.3.3. Anfragebeantwortung der Staatendokumentation vom 16. Oktober 2019, "Behandlung von Paranoider Schizophrenie F20.0 in Nigeria":

Sind folgende Medikamente bzw. Wirkstoffe in Nigeria verfügbar: AKINETON 4mg [Biperidene], HALDOL DECAN AMP 50mg [Haloperidol], NOZINAN FTBL 100mg [Levome-promazine] und QUETIAPIN SAN FTBL 300mg [Quetiapine]?

Den nachfolgend zitierten Quellen ist zu entnehmen, dass die angefragten Medikamente bzw. Wirkstoffe und alternative Wirkstoffe zur Verfügung stehen, mit Ausnahme vom Wirkstoff Levomepromazine. Dieser ist in Nigeria nicht verfügbar, aber alternative Wirkstoffe wie Oxazepam und Clorazepate sind in der Pharmacy of Neuro Psychiatric Hospital, in Uselu, in Benin City Nigeria verfügbar (BMA 12095)..

Die Wirkstoffe Biperidene [AKINETON] und Haloperidol [HALDOL DECAN] sind in der Federal Neuro-Psychiatric Centre Pharmacy in Lagos verfügbar (BMA 12767). Der Wirkstoff Quetiapine ist ist in der Amino Kano University Teaching Hospital Pharmacy, in Kano erhältlich (BMA 12726).

Des Weiteren sind in den Anfragebeantwortungen von MedCOI unterschiedliche Behandlungen durch einen Psychiater, sowie auch Therapien bei psychischen Leiden wie Schizophrenie angeführt (BMA 12726 und BMA 12767). Langfristige Behandlungen bei chronisch-psychotischen Patienten durch einen Psychiater oder in einer geschlossenen Einrichtung, bei Bedarf auch mittels psychiatrischer Zwangseinweisung stehen beispielsweise im Lehrkrankenhaus der Universität Amino Kano, in Kano (BMA 12726) und/oder im Federal Neuro-Psychiatric Centre, in Lagos (BMA 12767) zur Verfügung. Psychiatrische Langzeitbehandlungen sind auch (z.B. bei chronisch psychotischen Patienten) durch einen Psychiater in Benin City verfügbar (BMA 12095).

Psychiatrische Behandlungen in Form von betreutem Wohnen (z.B. für chronisch psychotische Patienten) sind meist privat möglich, wie z.B. im Synapse Mustard Centre, 10, in Abuja (BMA 12095).

Fernerhin werden in BMA 9681 einige Psychiater, bzw. Lehrkrankenhäuser sowie staatliche Psychiatrischen Krankenhäuser aufgelistet.

Einzelquellen:

? Local Doctor via MedCOI (15.6.2017): BMA-9681, Zugriff 15.10.2019

? Local Doctor via MedCOI (11.3.2019): BMA-12095, Zugriff 15.10.2019

? Local Doctor via MedCOI (27.8.2019): BMA-12726, Zugriff 15.10.2019

? Local Doctor via MedCOI (6.9.2019): BMA-12767, Zugriff 15.10.2019

1.3.4. Länderinformationsblatt der Staatendokumentation vom 12.04.2019

Insgesamt kann die Gesundheitsversorgung in Nigeria als mangelhaft bezeichnet werden (GIZ 4.2019b). Zwischen Arm und Reich sowie zwischen Nord und Süd besteht ein erhebliches Gefälle: Auf dem Land sind die Verhältnisse schlechter als in der Stadt (GIZ 4.2019b); und im Norden des Landes ist die Gesundheitsversorgung besonders prekär (GIZ 4.2019b; vgl. ÖB 10.2018). Die medizinische Versorgung ist vor allem im ländlichen Bereich vielfach technisch, apparativ und/oder hygienisch problematisch. In den großen Städten findet man jedoch einige Privatkliniken mit besserem Standard (AA 12.4.2019). Rückkehrer finden in den Großstädten eine medizinische Grundversorgung vor (AA 10.12.2018).

Es gibt sowohl staatliche als auch zahlreiche privat betriebene Krankenhäuser (AA 10.12.2018). Krankenhäuser sind bezüglich Ausstattung, Qualifikation des Personals und Hygiene nur in städtischen Zentren vereinzelt mit europäischem Standard vergleichbar. In größeren Städten ist ein Großteil der staatlichen Krankenhäuser mit Röntgengeräten ausgestattet, in ländlichen Gebieten verfügen nur einige wenige Krankenhäuser über moderne Ausstattung. Religiöse Wohltätigkeitseinrichtungen und NGOs bieten kostenfrei medizinische Versorgung (ÖB 10.2018).

In den letzten Jahren hat sich die medizinische Versorgung in den Haupt- und größeren Städten allerdings sowohl im öffentlichen als auch im privaten Sektor deutlich verbessert. So ist mittlerweile insbesondere für Privatzahler eine gute medizinische Versorgung für viele Krankheiten und Notfälle erhältlich. Es sind zunehmend Privatpraxen und -kliniken entstanden, die um zahlungskräftige Kunden konkurrieren. Die Ärzte haben oft langjährige Ausbildungen in Europa und Amerika absolviert und den medizinischen Standard angehoben. In privaten Kliniken können die meisten Krankheiten behandelt werden (AA 10.12.2018).

Die Gesundheitsdaten Nigerias gehören zu den schlechtesten in Afrika südlich der Sahara und der Welt (ÖB 10.2018). Mit 29 Todesfällen pro 1.000 Neugeborenen hat Nigeria weltweit die elfthöchste Todesrate bei Neugeborenen (GIZ 2.2019). Die aktuelle Sterberate für Kinder unter fünf Jahren beträgt 109 Todesfälle pro 1.000 Lebendgeburten. Die Prozentsätze der Unterernährung (Global Acute Malnutrition) liegen in den nördlichen Staaten konstant über der Alarmschwelle von 10 Prozent. Gemäß Schätzungen von UNICEF unterliegen mehr als 1,3 Millionen Kinder unter fünf Jahren in Nordnigeria einem hohen Risiko von schwerer akuter Unterernährung (ÖB 10.2018).

Psychische bzw. psychiatrische Erkrankungen werden in der großen Mehrheit der Bevölkerung immer noch als spiritueller Natur entspringend angesehen. Dementsprechend werden die entsprechenden Patienten besonders im ländlichen Bereich spirituellen Heilern zugeführt. Betreut werden sie in der Regel in der Familie, wenn vorhanden. Viele psychisch Kranke leben auf der Straße, in abgelegenen Regionen werden als gefährlich angesehene Personen in den Dörfern auch gelegentlich noch angekettet. Für die stationäre Unterbringung gibt es in ganz Nigeria acht staatliche psychiatrische Kliniken, die einen Langzeitbereich haben, außerdem sind zahlreiche psychisch Langzeitkranke in gesonderten Bereichen in Gefängnissen untergebracht. Im Wesentlichen findet dort eine reine Verwahrung unter ausgesprochen ärmlichen Bedingungen statt (WPA o.D.). Es existiert also kein mit westlichen Standards vergleichbares Psychiatriewesen, sondern allenfalls Verwahreinrichtungen auf sehr niedrigem Niveau. Dort werden Menschen mit psychischen Erkrankungen oft gegen ihren Willen untergebracht, können aber nicht adäquat behandelt werden (AA 10.12.2018).

Insgesamt gibt es für die inzwischen annähernd 200 Millionen Einwohner 100 Hospitäler mit psychiatrischer Abteilung (VAÖB 23.1.2019). Laut anderen Angaben gibt es psychiatrische Abteilungen in 15 Universitätskliniken, acht staatlichen psychiatrischen Spitälern und sechs Allgemeinen Spitälern sowie 15 psychiatrischen Privatkrankenhäusern (WPA o.D.). Das in Lagos befindliche Federal Neuro Psychiatric Hospital Yaba bietet sich als erste Anlaufstelle für die Behandlung

psychisch kranker Rückkehrer an. Die Kosten für einen Empfang durch ein medizinisches Team direkt am Flughafen belaufen sich auf ca. 195.000 Naira (ca. 570 Euro). Zudem ist an diesem Krankenhaus auch die stationäre Behandlung psychischer Erkrankungen mit entsprechender Medikation möglich (AA 10.12.2018).

Nigeria verfügt über 110 registrierte Psychiater (WPA o.D.); nach anderen Angaben sind es derzeit 130 für 200 Millionen Einwohner (Österreich 2011: 20 Psychiater/100.000 Einwohner). Bei Psychologen ist die Lage noch drastischer, hier kamen im Jahr 2014 auf 100.000 Einwohner 0,02 Psychologen (Österreich 2011: 80 Psychologen/100.000 Einwohner). Aufgrund dieser personellen Situation ist eine regelrechte psychologische/psychiatrische Versorgung für die große Mehrheit nicht möglich, neben einer basalen Medikation werden die stationären Fälle in öffentlichen Einrichtungen im Wesentlichen "aufbewahrt". Die Auswahl an Psychopharmaka ist aufgrund der mangelnden Nachfrage sehr begrenzt (VAÖB 23.1.2019).

Es gibt eine allgemeine Kranken- und Rentenversicherung, die allerdings nur für Beschäftigte im formellen Sektor gilt. Die meisten Nigerianer arbeiten jedoch als Bauern, Landarbeiter oder Tagelöhner im informellen Sektor. Leistungen der Krankenversicherung kommen schätzungsweise nur zehn Prozent der Bevölkerung zugute (AA 10.12.2018). Nur weniger als sieben Millionen der 180 Millionen Einwohner Nigerias sind beim National Health Insurance Scheme leistungsberechtigt (Punch 22.12.2017). Eine Minderheit der erwerbstätigen Bevölkerung ist über das jeweils beschäftigende Unternehmen mittels einer Krankenversicherung abgesichert, die jedoch nicht alle Krankheitsrisiken abdeckt (VAÖB 27.3.2019).

Wer kein Geld hat, bekommt keine medizinische Behandlung (GIZ 4.2019b). Selbst in staatlichen Krankenhäusern muss für Behandlungen bezahlt werden (AA 10.12.2018). Die Kosten medizinischer Betreuung müssen im Regelfall selbst getragen werden. Die staatlichen Gesundheitszentren heben eine Registrierungsgebühr von umgerechnet 10 bis 25 Cent ein: Tests und Medikamente werden unentgeltlich abgegeben, sofern vorhanden (ÖB 10.2018). Eine basale Versorgung wird über die Ambulanzen der staatlichen Krankenhäuser aufrechterhalten, jedoch ist auch dies nicht völlig kostenlos, in jedem Fall sind Kosten für Medikamente und Heil- und Hilfsmittel von den Patienten zu tragen, von wenigen Ausnahmen abgesehen (VAÖB 27.3.2019).

Die staatliche Gesundheitsversorgung gewährleistet keine kostenfreie Medikamentenversorgung. Jeder Patient - auch im Krankenhaus - muss Medikamente selbst besorgen bzw. dafür selbst aufkommen (AA 10.12.2018). In der Regel gibt es fast alle geläufigen Medikamente in Nigeria in Apotheken zu kaufen, so auch die Antiphlogistika und Schmerzmittel Ibuprofen und Diclofenac sowie die meisten Antibiotika, Bluthochdruckmedikamente und Medikamente zur Behandlung von neurologischen und psychiatrischen Leiden (AA 10.12.2018). Medikamente gegen einige weit verbreitete Infektionskrankheiten wie Malaria und HIV/AIDS können teilweise kostenlos in Anspruch genommen werden, werden jedoch nicht landesweit flächendeckend ausgegeben. Schutzimpfaktionen werden von internationalen Organisationen finanziert, stoßen aber auf religiös und kulturell bedingten Widerstand, überwiegend im muslimischen Norden (ÖB 10.2018).

Die Qualität der Produkte auf dem freien Markt ist jedoch zweifelhaft, da viele gefälschte Produkte - meist aus asiatischer Produktion - vertrieben werden (bis zu 25% aller verkauften Medikamente). Diese wirken aufgrund unzureichender Dosisanteile der Wirkstoffe nur eingeschränkt. Es gibt zudem wenig zuverlässige Kontrollen hinsichtlich der Qualität der auf dem Markt erhältlichen Produkte (AA 10.12.2018). Gegen den grassierenden Schwarzmarkt mit Medikamenten gehen staatliche Stellen kaum vor (ÖB 10.2018).

Der Glaube an die Heilkräfte der traditionellen Medizin ist nach wie vor sehr lebendig. Bei bestimmten Krankheiten werden eher traditionelle Heiler als Schulmediziner konsultiert (GIZ 4.2019b). Gerade im ländlichen Bereich werden "herbalists" und traditionelle Heiler aufgesucht (ÖB 10.2018).

Quellen:

- AA - Auswärtiges Amt (10.12.2018): Bericht über die asyl- und abschieberelevante Lage in der Bundesrepublik Nigeria (Stand Oktober 2018)

- AA - Auswärtiges Amt (12.4.2019): Nigeria - Reise- und Sicherheitshinweise, https://www.auswaertiges-amt.de/de/aussenpolitik/laender/nigeria-node/nigeriasicherheit/ 205788#content_6, Zugriff 12.4.2019

- ÖB - Österreichische Botschaft Abuja (10.2018): Asylländerbericht Nigeria

- GIZ - Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (4.2019b): Nigeria - Gesellschaft,

https://www.liportal.de/nigeria/gesellschaft/, Zugriff 10.4.2019

- Punch (22.12.2017): NHIS: Health insurance still elusive for many Nigerians, https://punchng.com/nhis-health-insurance-still-elusive-for-many-nigerians/, Zugriff 3.4.2019

- VAÖB - Vertrauensarzt der ÖB Abuja (23.1.2019): medizinische Stellungnahme

- VAÖB - Vertrauensarzt der ÖB Abuja (27.3.2019): medizinische Stellungnahme

- WPA - World Psychiatric Association (o.D.): Association of Psychiatrists in Nigeria (APN), http://www.wpanet.org/detail.php?section_id=5&content_id=238, Zugriff 3.4.2019

1.4. Zur Rückkehrgefährdung des Beschwerdeführers:

Der Beschwerdeführer verfügt über kein soziales oder familiäres Netzwerk in Nigeria. Er hält sich seit mehr als zehn Jahren in der Europäischen Union auf. Aufgrund seiner Erkrankung an paranoider Schizophrenie und deren schwerer Ausformung, die dazu führt, dass er sich seit beinahe fünf Jahren in einer Anstalt für geistig abnorme Rechtsbrecher befindet, ist der Beschwerdeführer im Falle einer Rückkehr nach Nigeria nicht in der Lage, für sich selbst zu sorgen und sich eine - zumindest grundlegende - Existenz zu sichern. Dadurch wäre es ihm nicht möglich, die notwendigen Medikamente zu besorgen, so dass mit einer lebensbedrohlichen Verschlechterung seines Gesundheitszustandes zu rechnen wäre.

2. Beweiswürdigung:

2.1. Zum Sachverhalt:

Zur Feststellung des für die Entscheidung maßgebenden Sachverhaltes wurden im Rahmen des Ermittlungsverfahrens Beweise erhoben durch die Einsichtnahme in den Akt der belangten Behörde unter zentraler Berücksichtigung der Gutachten, ärztlichen Stellungnahmen und Anfragebeantwortungen, in den bekämpften Bescheid und in den Beschwerdeschriftsatz sowie in das "Länderinformationsblatt der Staatendokumentation" zu Nigeria. Auskünfte aus dem Strafregister, dem Zentralen Melderegister (ZMR) sowie der Grundversorgung (GVS) wurden ergänzend zum vorliegenden Akt eingeholt.

2.2. Zur Person des Beschwerdeführers:

Die Feststellungen zu seiner Familiensituation in Nigeria ergeben sich aus dem angefochtenen Bescheid (S. 77) und dem "Antragsformular für unterstützte freiwillige Rückkehrhilfe" vom 21. Oktober 2016. Aus letzterem ergeben sich auch die Feststellungen zu seiner Schulbildung und seinem Herkunftsort.

Die Bestellung von Rechtsanwalt Mag. Wakolbinger zum Erwachsenenvertreter ergibt sich aus dem Beschluss des Bezirksgerichtes XXXX vom 24. August 2017.

Die strafgerichtlichen Verurteilungen des Beschwerdeführers ergeben sich aus einer Abfrage des Strafregisters der Republik Österreich. Die Feststellungen zu der von ihm verursachten Brandstiftung ergeben sich aus dem Urteil des Landesgerichts XXXX vom 09. April 2015, XXXX.

2.3. Zum Gesundheitszustand des Beschwerdeführers:

Die gesundheitliche Situation des Beschwerdeführers ergibt sich insbesondere aus den neurologisch-psychiatrischen Gutachten eines Facharztes vom 21. Mai 2017 (im Auftrag des BG XXXX hinsichtlich der Überprüfung der Notwendigkeit einer Sachwalterschaft) und vom 14. November 2018 (im Auftrag der belangten Behörde) und aus dem Arztbrief der Justizanstalt XXXX vom 17. Juni 2019.

Im neurologisch-psychiatrischen Gutachten des Facharztes vom 14. November 2018 wird festgehalten:

"Die Erkrankung einer paranoiden Schizophrenie stellt eine chronisch psychotische Störung und somit überdauernde Erkrankung dar. Eine dauerhafte Behandlungsbedürftigkeit des Krankheitsbilds ist erforderlich. Im Falle einer Überstellung des Untersuchten und im Falle eines weiteren Verbleibes im Ankunftland ist nicht von einer derartigen Verschlechterung des Gesundheitszustandes auszugehen, dass der Asylwerber in einen lebensbedrohlichen Zustand gerät oder sich die Krankheit in einem lebensbedrohlichen Ausmaß verschlechtert. Dies setzt aber voraus, dass die nun eingeleitete medikamentöse neuroleptische Therapie auch im Heimatland weitergeführt werden kann.(...)"

Im Arztbrief der Justizanstalt XXXX vom 17. Juni 2019 wird festgehalten:

"Der oben genannte Klient befindet sich seit 22.07.2015 in unserer Betreuung. Bei XX liegt eine paranoide Schizophrenie vor. Derzeit befindet sich die paranoide schizophrene Symptomatik unter antipsychotischen Depotmedikation in Remission. Die etablierte Dosierung soll unbedingt beibehalten werden. Unter dieser neuroleptischen Medikation sind keine floriden psychotischen Phänomene präsent. Der Antrieb ist leicht gesunken. Die Stimmung ist stabil, die Behandlungscompliance und Adhärenz sind vorhanden. Während des gesamten Aufenthaltes konnten keine Selbst- oder fremdaggressiven Handlungen beobachtet werden. Die Medikation soll bis auf weiteres unverändert beibehalten werden. Dzt. befindet sich der Klient zur umfangreichen Rehabilitation (psychiatrische, psychologische und soziotherapeutische Behandlung) in Form von Einzel- und Gruppensitzungen in der JA XXXX. XX zeigt leichte Einschränkungen in der kognitiven Leistungsfähigkeit, der Aufmerksamkeit und der Konzentration bei prämorbid durchschnittlichen Intelligenzniveau. Weiters bestehen Einschränkungen in der Realitätseinschätzung sowie unreife Persönlichkeitsanteile. Es kam bis dato zu keinem weiteren Auftreten von Rezidiven. Die Belastungsfähigkeit ist insgesamt herabgesetzt. Im Kontakt ist XX jedoch freundlich und zugänglich. Die Krankheitseinsicht ist soweit gegeben, dass der Klient bereitwillig Medikamente nimmt und an der Tagesstruktur und am Therapieangebot teilnimmt."

Folgende Medikation wird im Arztbrief der Justizanstalt XXXX vom 17.06.2019 festgehalten:

Akineton retard, Dominal, Haldol, Novalgin (bei Bedarf), Nozinan, Parkemed (bei Bedarf), Quetiapin, Voltaren (bei Bedarf)

Haldol Decanoat ist ein Neuroleptikum, ein Arzneimittel, das insbesondere zur Behandlung von Schizophrenie herangezogen wird und als Depotinjektion alle 30 Tage verabreicht wird. Akineton wird zur Behandlung von Parkinsonerkrankungen eingesetzt. Nozinan ist ein Neuroleptikum (Antipsychotikum), ein Arzneimittel mit Wirkung auf das zentrale Nervensystem zur Behandlung bestimmter geistig-seelischer Erkrankungen. Nozinan wirkt bei Erregung stark dämpfend und führt zur Lösung von Angst- und Unruhezuständen. Dominal sind Schlaftabletten. Quetiapin ist ebenfalls ein Antipsychotika zur Behandlung von Schizophrenie (vgl. dazu https://medikamio.com/de-at/medikamente/quetiapin-ratiopharm-25-mg-filmtabletten/pil; Zugriff am 10.02.2020).

2.4. Zu den Behandlungsmöglichkeiten in Nigeria

Die Feststellungen zu den Behandlungsmöglichkeiten ergeben sich aus dem aktuellen Länderinformationsblatt der Staatendokumentation vom 12. April 2019 und den Anfragebeantwortungen der Staatendokumentation zur Behandlung von paranoider Schizophrenie in Nigeria vom 16. Oktober 2019 bzw. vom 4. Jänner 2016 und der Anfragebeantwortung der Staatendokumentation zur Behandlung psychischer Erkrankungen in Nigeria vom 22. Februar 2019. Nachdem auf die Frage der Kosten einer Behandlung in der aktuellen Anfragebeantwortung nicht mehr eingegangen wurde, wird diesbezüglich auf die Feststellungen der Anfragebeantwortung aus dem Jahr 2016, welche sich im Akt findet und auch vom Erwachsenenvertreter eingebracht wurde, zurückgegriffen. Die im Bescheid (allerdings ohne Angabe von Quellen) zitierte Anfragebeantwortung vom 22. Februar 2019 findet sich weder im Akt noch konnte sie in der Datenbank von ecoi.net gefunden werden, nachdem ihr aber auch vom Beschwerdeführer nicht entgegengetreten wurde, wurde sie ebenfalls für das gegenständliche Erkenntnis herangezogen.

2.5. Zur Situation für den Fall einer Rückkehr nach Nigeria

Bei seiner Einvernahme durch die belangte Behörde am 11.04.2019 erklärte der Beschwerdeführer, dass er sich bei einer Rückkehr nach Nigeria, auch aufgrund des Umstandes, dass er keine Ausbildung habe, die notwendigen Medikamente nicht werde leisten könne. Er habe Angst, dass seine Krankheit zurückkehre und das wäre gefährlich für ihn selbst und die anderen Menschen.

Die belangte Behörde stellte zur Frage der Rückkehr des Beschwerdeführers nach Nigeria nur fest: "Betreffend Ihrer paranoiden Schizophrenie sind laut Staatendokumentation vom 16.10.2019 Ihre täglich benötigten Medikamente vorhanden. Sollte ein Medikament nicht vorhanden sein, wird ein Ersatzmedikament mit dem gleichen Wirkstoff ausgegeben. Sie können Reintegrationsprogramme (...) in Anspruch nehmen, wo unter anderem Menschen medizinisch und psychologisch versorgt werden. Bei Ihrer Rückkehr nach Nigeria werden Sie in Lagos ankommen. Bei Lagos handelt es sich um eine Großstadt, somit finden Sie eine medizinische Grundversorgung vor." In der Beschwerde wurde dazu zu Recht festgehalten, dass von der belangten Behörde hierbei weder die besondere Schwere der Erkrankung des Beschwerdeführers noch die Frage des Zugangs zur Medikation berücksichtigt wurden.

Der Beschwerdeführer befindet sich seit fast fünf Jahren im Maßnahmenvollzug, weil aufgrund seiner Krankheit die Gefährdung anderer Personen nicht ausgeschlossen werden kann. Seiner letzten Verurteilung lag zugrunde, dass er Kerzen aus dem Stephansdom holte, diese anzündete und damit aufgrund von Stimmen, die er hörte, seine Unterkunft in Brand setzte. 2017 wurde er unter Sachwalterschaft gestellt, da er nicht in der Lage ist, seine Geschäfte selbst zu führen. Von einer entscheidenden Verbesserung seines Krankenbildes kann nicht ausgegangen werden. Laut Bericht der JA XXXX zeigt der Beschwerdeführer leichte Einschränkungen in der kognitiven Leistungsfähigkeit, der Aufmerksamkeit und der Konzentration und ist seine Belastungsfähigkeit insgesamt herabgesetzt.

Auch die belangte Behörde scheint davon auszugehen, dass der aktuelle Zustand des Beschwerdeführers eine Bewältigung des Alltages nicht erlaubt, hält sie doch im angefochtenen Bescheid fest, dass er nur aus der Unterbringung entlassen werde, wenn eine erhebliche Verbesserung des Gesundheitszustandes eingetreten sei.

Selbst bei Fortführung der medikamentösen Therapie erscheint die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit aufgrund dieses Befundes stark erschwert, zumal der Beschwerdeführer auch nur über eine geringe Schulbildung und keine familiäre Unterstützung verfügt; er weiß gar nicht, ob bzw. wo seine Mutter und seine Schwester leben. Das Führen einer eigenständigen Existenz in Nigeria, das er vor über zehn Jahren verlassen hat, würde dadurch, dass er die letzten fünf Jahre im Maßnahmenvollzug verbrachte, nicht erleichtert. Das Bundesverwaltungsgericht geht aufgrund der beim Beschwerdeführer vorliegenden Erkrankung von einer starken Einschränkung der Leistungsfähigkeit bzw. Arbeitsfähigkeit des Beschwerdeführers aus.

Doch selbst wenn es dem Beschwerdeführer möglich wäre, eine einfache Hilfstätigkeit zu finden, ist unklar, wie er damit eine regelmäßige Versorgung mit Medikamenten sicherstellen soll. Auch wenn die Medikamentenpreise in Nigeria nicht hoch sind, ist der Zugang beschränkt und bedeuten selbst Preise, die nach österreichischem Standard nieder sind, für einen nur eingeschränkt leistungsfähigen Mann ohne Netzwerk ein Hindernis. Zur Behandlungsmöglichkeit paranoider Schizophrenie in Nigeria ist festzuhalten, dass verschiedene Medikamente erhältlich sind, dass die Kosten dafür aber von den PatientInnen selbst zu tragen sind. 2012 waren für einen Arztbesuch 41 USD und für eine stationäre Aufnahme durchschnittlich 3.675 USD zu bezahlen (Anfragebeantwortung vom 4. Jänner 2016).

Im konkreten Fall ist zu berücksichtigen, dass psychiatrische Erkrankungen in Nigeria immer noch als spiritueller Natur entspringend behandelt werden, dass in den acht vorhandenen psychiatrischen Kliniken eine stationäre Unterbringung sich als "eine reine Verwahrung unter ausgesprochen ärmlichen Bedingungen statt" und dass auf eine Million Einwohner weniger als ein Psychiater kommt sowie dass die Auswahl an Psychopharmaka aufgrund der mangelnden Nachfrage sehr begrenzt ist (Anfragebeantwortung vom 22. Februar 2019). In einzelnen Städten, konkret Lagos, Kano oder Benin City, ist eine psychiatrische Langzeitbehandlung theoretisch möglich (Anfragebeantwortung vom 16. Oktober 2019), doch stammt der Beschwerdeführer aus Imo State und entspricht dies, wie bereits dargelegt, einer reinen Verwahrung.

Im gegenständlich Fall liegen konkrete Anhaltspunkte dahingehend vor, dass eine Rückführung in den Herkunftsstaat für den Beschwerdeführer zu einer drastischen Verschlechterung seines Gesundheitszustandes führen und sein Überleben bzw. andere Personen gefährden würde. So wurde von der belangten Behörde das von ihr selbst beauftragte neurologisch-psychiatrische Gutachten eines Facharztes vom 14.11.2018 im angefochtenen Bescheid nicht berücksichtigt. Dieser hatte festgestellt, dass im Falle einer Überstellung des Beschwerdeführers nach Nigeria nicht von einer derartigen Verschlechterung des Gesundheitszustandes auszugehen sei, dass er in einen lebensbedrohlichen Zustand gerät oder sich die Krankheit in einem lebensbedrohlichen Ausmaß verschlechtert - wenn seine medikamentöse neuroleptische Therapie auch im Heimatland weitergeführt werden kann. Im Umkehrschluss bedeutet dies aber, dass ein lebensbedrohlicher Zustand bei einer Unterbrechung der Therapie wahrscheinlich ist.

Nachdem das Bundesverwaltungsgericht davon ausgeht, dass es dem Beschwerdeführer aufgrund der besonderen Schwere seiner Erkrankung nicht möglich ist, sich eine eigene Existenz aufzubauen und die Versorgung mit Medikamenten zu sichern, wird er bei einer Rückkehr nach Nigeria in eine aussichtslose, die Existenz bedrohende Notlage geraten.

3. Rechtliche Beurteilung:

3.1. Zum Erkenntnis über den Antrag auf internationalen Schutz

Die gegen den Bescheid erhobene Beschwerde richtete sich nicht gegen Spruchpunkt I., mit dem der Status eines Asylberechtigten nicht zuerkannt worden war worden war. Spruchpunkt I. des angefochtenen Bescheides erwuchs daher in Rechtskraft. Gegenständlich ist daher nur über die sonstigen Spruchpunkte des angefochtenen Bescheides abzusprechen.

3.1.1. Zum Status des subsidiär Schutzberechtigten (Spruchpunkt II. des angefochtenen Bescheides):

§ 8 Abs. 1 AsylG 2005 lautet:

Der Status des subsidiär Schutzberechtigten ist einem Fremden zuzuerkennen,

1. der in Österreich einen Antrag auf internationalen Schutz gestellt hat, wenn dieser in Bezug auf die Zuerkennung des Status des Asylberechtigten abgewiesen wird oder

2. dem der Status des Asylberechtigten aberkannt worden ist,

wenn eine Zurückweisung, Zurückschiebung oder Abschiebung des Fremden in seinen Herkunftsstaat eine reale Gefahr einer Verletzung von Art. 2 EMRK, Art. 3 EMRK oder der Protokolle Nr. 6 oder Nr. 13 zur Konvention bedeuten würde oder für ihn als Zivilperson eine ernsthafte Bedrohung des Lebens oder der Unversehrtheit infolge willkürlicher Gewalt im Rahmen eines internationalen oder innerstaatlichen Konfliktes mit sich bringen würde.

In einem aktuellen Erkenntnis hält der Verwaltungsgerichtshof an seiner Rechtsprechung fest, wonach eine reale Gefahr einer Verletzung von Art. 2 und 3 EMRK durch eine Zurückweisung, Zurückschiebung oder Abschiebung des Fremden in seinen Herkunftsstaat - auch wenn diese Gefahr nicht durch das Verhalten eines Dritten (Akteurs) bzw. die Bedrohungen in einem bewaffneten Konflikt verursacht wird - die Zuerkennung subsidiären Schutzes nach § 8 Abs. 1 AsylG 2005 begründen kann (VwGH, 21.05.2019, Ro 2019/19/0006).

Gegenständlich war daher zu klären, ob im Falle der Rückführung des Beschwerdeführers nach Nigeria Art. 2 EMRK (Recht auf Leben), Art. 3 EMRK (Verbot der Folter), das Protokoll Nr. 6 zur EMRK über die Abschaffung der Todesstrafe oder das Protokoll Nr. 13 zur EMRK über die vollständige Abschaffung der Todesstrafe verletzt werden würden bzw. eine reale Gefahr einer solchen Verletzung besteht oder die Rückführung für den Beschwerdeführer als Zivilperson mit einer ernsthaften Bedrohung des Lebens oder der Unversehrtheit infolge willkürlicher Gewalt im Rahmen eines internationalen oder innerstaatlichen Konflikts verbunden wäre.

Bei außerhalb staatlicher Verantwortlichkeit liegenden Gegebenheiten im Herkunftsstaat kann nach der ständigen Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofes für Menschenrechte (EGMR) die Außerlandesschaffung eines Fremden nur dann eine Verletzung des Art. 3 EMRK darstellen, wenn im konkreten Fall außergewöhnliche Umstände ("exceptional circumstances") vorliegen (EGMR 02.05.1997, D. gg. Vereinigtes Königreich, Zl. 30240/96; 06.02.2001, Bensaid, Zl. 44599/98; vgl. auch VwGH 21.08.2001, Zl. 2000/01/0443).

Der EGMR geht allgemein davon aus, dass aus Art. 3 EMRK grundsätzlich kein Bleiberecht mit der Begründung abgeleitet werden kann, dass der Herkunftsstaat gewisse soziale, medizinische oder sonstige unterstützende Leistungen nicht biete, die der Staat des gegenwärtigen Aufenthaltes bietet. Nur unter außerordentlichen, ausnahmsweise vorliegenden Umständen kann diesbezüglich die Entscheidung, den Fremden außer Landes zu schaffen, zu einer Verletzung des Art. 3 EMRK führen (vgl für mehrere. z. B. Urteil vom 2.5.1997, EGMR 146/1996/767/964 ["St. Kitts-Fall"], oder auch Application no. 7702/04 by SALKIC and Others against Sweden oder S.C.C. against Sweden v. 15.2.2000, 46553 / 99).

So hat der EGMR im Fall Paposhvili v. Belgium (no. 41738/10) vom 20.04.2015 weitere grundsätzliche Ausführungen zu diesem Thema getätigt:

"(183) Die "anderen sehr außergewöhnlichen Fälle" im Sinne des Urteils N./GB, die eine Angelegenheit unter Art. 3 EMRK aufwerfen können, sollten nach Ansicht des GH so verstanden werden, dass sie sich auf die Ausweisung einer schwer kranken Person betreffende Situationen beziehen, in denen stichhaltige Gründe für die Annahme aufgezeigt wurden, dass sie, obwohl sie nicht in unmittelbarer Lebensgefahr ist, mit einem realen Risiko konfrontiert würde, wegen des Fehlens angemessener Behandlung im Empfangsstaat oder des fehlenden Zugangs zu solcher Behandlung einer ernsten, raschen und unwiederbringlichen Verschlechterung ihres Gesundheitszustands ausgesetzt zu werden, die zu intensivem Leiden oder einer erheblichen Verkürzung der Lebenserwartung führt. Der GH betont, dass diese Situationen einer hohen Schwelle für die Anwendung von Art. 3 EMRK in Fällen entsprechen, welche die Ausweisung

von an einer schweren Erkrankung leidenden Fremden betreffen. Gemäß Art. 1 EMRK liegt die primäre Verantwortung für die Umsetzung der garantierten Rechte und Freiheiten bei den nationalen Behörden, die daher vom Standpunkt des Art. 3 EMRK die Ängste der Bf. beurteilen und die Risiken einschätzen müssen, denen diese im Fall der Abschiebung in den Empfangsstaat ausgesetzt wären."

Ergänzend wurde vom EuGH im Urteil vom 24. 04. 2018, in der Rs C-353/16, MP festgehalten, dass Art. 4 und Art. 19 Abs. 2 GRC der Ausweisung entgegenstehen würden, wenn diese Ausweisung dazu führen würde, dass sich die psychischen Störungen, an denen der Drittstaatsangehörige im damaligen Ausgangsfall litt, erheblich und unumkehrbar verschlimmern. Dies gelte in besonderem Maße, wenn die Verschlimmerung sogar sein Überleben gefährden würde, so der EuGH. In solchen Ausnahmefällen würde die Ausweisung eines an einer schweren Krankheit leidenden Drittstaatsangehörigen in ein Land, in dem keine angemessenen Behandlungsmöglichkeiten vorhanden sind, gegen den Grundsatz der Nichtzurückweisung verstoßen. Art 3 EMRK könnte daher einer Rückkehr entgegenstehen.

Es wird vom Bundesverwaltungsgericht nicht verkannt, dass in Nigeria generell eine Behandlung paranoider Schizophrenie möglich ist und dieses Krankheitsbild daher nicht "automatisch" zur Gewährung subsidiären Schutzes für den Herkunftsstaat Nigeria führt, sondern dass eine entsprechende Überprüfung der Umstände des Einzelfalls notwendig ist.

Wie bereits dargelegt wurde, ist aufgrund der vorliegenden Schwere der Erkrankung, der langen Abwesenheit von Nigeria und dem damit einhergehenden Verlust seines familiären Netzwerkes davon auszugehen, dass der Beschwerdeführer nicht in der Lage wäre, die notwendigen Medikamente zu erwerben, wodurch sich sein Gesundheitszustand immer weiter verschlechtern würde. Es ist davon auszugehen, dass es ihm nicht möglich wäre, für die Sicherung seiner grundlegendsten Bedürfnisse (Nahrung, Unterkunft)

Quelle: Bundesverwaltungsgericht BVwg, https://www.bvwg.gv.at

© 2025 JUSLINE

JUSLINE® ist eine Marke der ADVOKAT Unternehmensberatung Greiter & Greiter GmbH.

www.jusline.at