

Arrest

nr. 201 924 van 30 maart 2018
in de zaak RvV X / II

In zake: X

**Gekozen woonplaats: ten kantore van advocaat S. MICHOLT
Maria van Bourgondiëlaan 7 B
8000 BRUGGE**

tegen:

**de Belgische staat, vertegenwoordigd door de staatssecretaris voor Asiel en Migratie
en Administratieve Vereenvoudiging.**

DE WND. VOORZITTER VAN DE IIde KAMER,

Gezien het verzoekschrift dat X, die verklaart van Bengalese nationaliteit te zijn, op 15 april 2015 heeft ingediend om de schorsing van de tenuitvoerlegging en de nietigverklaring te vorderen van de beslissing van de gemachtigde van de staatssecretaris voor Asiel en Migratie en Administratieve Vereenvoudiging van 17 februari 2015, waarbij de aanvraag om machtiging tot verblijf op basis van artikel 9^{ter} van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen onontvankelijk wordt verklaard.

Gezien titel I *bis*, hoofdstuk 2, afdeling IV, onderafdeling 2, van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen.

Gezien de nota met opmerkingen en het administratief dossier.

Gelet op de beschikking van 14 december 2017, waarbij de terechtzitting wordt bepaald op 15 januari 2018.

Gehoord het verslag van rechter in vreemdelingenzaken C. DE GROOTE.

Gehoord de opmerkingen van advocaat M. KALIN, die *loco* advocaat S. MICHOLT verschijnt voor de verzoekende partij en van advocaat I. FLORIO, die *loco* advocaat C. DECORDIER verschijnt voor de verwerende partij.

WIJST NA BERAAD HET VOLGENDE ARREST:

1. Nuttige feiten ter beoordeling van de zaak

Op 29 januari 2015 dient de verzoeker een aanvraag in om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9^{ter} van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen (hierna: de vreemdelingenwet).

Op 17 februari 2015 beslist de gemachtigde van de bevoegde staatssecretaris (hierna: de gemachtigde) deze aanvraag onontvankelijk te verklaren.

Het betreft de thans bestreden beslissing. Zij werd aan de verzoeker ter kennis gebracht op 25 maart 2015 en is als volgt gemotiveerd:

“Mijnheer de Burgemeester,

Onder verwijzing naar de aanvraag om machtiging tot verblijf die per aangetekend schrijven van 29.01.2015 bij onze diensten werd ingediend door:

*M., S. (R.R.: ...)
Geboren te C. op (...) 1979
Nationaliteit: Bangladesh
Adres: (...)*

in toepassing van artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen, zoals vervangen door Artikel 187 van de wet van 29 december 2010 houdende diverse bepalingen zoals gewijzigd door de wet van 08.01.2012 (BS 06.02.2012) deel ik u mee dat dit verzoek onontvankelijk is.

Reden:

Artikel 9ter §3 – 4° van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen (hierna Vreemdelingenwet), zoals vervangen door Art. 187 van de wet van 29 december 2010 houdende diverse bepalingen, zoals gewijzigd door de wet van 08.01.2012 (BS 06.02.2012); de in § 1, vijfde lid, vermelde ambtenaar-geneesheer of geneesheer aangewezen door de minister of zijn gemachtigde heeft in een advies vastgesteld dat de ziekte kennelijk niet beantwoordt aan een ziekte zoals voorzien in § 1, eerste lid, die aanleiding kan geven tot het bekomen van een machtiging tot verblijf in het Rijk.

Uit het medisch advies van de arts-adviseur d.d. 16.02.2015 (zie gesloten omslag in bijlage) blijkt kennelijk niet dat betrokkene lijdt aan een aandoening die een reëel risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit van betrokkene, noch een aandoening die een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen behandeling is in het land van herkomst of het land waar hij verblijft.

De onontvankelijkheid van deze aanvraag wordt vastgesteld onverminderd de eerbiediging van de andere voorwaarden tot ontvankelijkheid, voorzien in Artikel 9ter §3.”

2. Over de rechtspleging

Aan de verzoeker werd het voordeel van de kosteloze rechtspleging toegestaan.

3. Onderzoek van het beroep

In een enig middel voert de verzoeker de schending aan van de artikelen 9ter en 62 van de vreemdelingenwet, van artikel 3 van het Europees Verdrag tot bescherming van de Rechten van de Mens en de Fundamentele Vrijheden, ondertekend te New York op 4 november 1950 en goedgekeurd bij wet van 13 mei 1995 (hierna: het EVRM), van de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 betreffende de uitdrukkelijke motivering van de bestuurshandelingen (hierna: de wet van 29 juli 1991), van de materiële motiveringsplicht, van het zorgvuldigheidsbeginsel en van het redelijkheidsbeginsel. Verder betoogt de verzoeker nog dat er sprake is van machtsmisbruik.

Het enig middel wordt als volgt uiteengezet:

“IN RECHTE

EERSTE EN ENIGSTE MIDDEL:

- SCHENDING VAN ARTIKEL 9TER VAN DE WET BETREFFENDE DE TOEGANG TOT HET GRONDGEBIED, HET VERBLIJF, DE VESTIGING EN DE VERWIJDERING VAN VREEMDELINGEN VAN 15 DECEMBER 1980, B.S. 31 DECEMBER 1980 (AFGEKORT VREEMDELINGENWET);**
- SCHENDING VAN ARTIKEL 62 VAN DE VREEMDELINGENWET;**
- SCHENDING VAN ARTIKEL 3 E.V.R.M.;**

- SCHENDING VAN ARTIKEL 2 EN 3 VAN DE WET VAN 29 JULI 1991 BETREFFENDE DE UITDRUKKELIJKE MOTIVERING VAN DE BESTUURSHANDELINGEN;
- SCHENDING VAN HET ALGEMEEN BEGINSSEL VAN DE MATERIËLE MOTIVERINGSPLICHT;
- SCHENDING VAN DE ZORGVULDIGHEIDSP LICHT;
- SCHENDING VAN HET REDELIJKHEIDSBEGINSEL;
- MACHTSMISBRUIK.

4.1.

De verwerende partij stelt in de bestreden beslissing dd. 17 februari 2015 (kennisgeving 25 maart 2015) dat "Artikel 9ter, § 3 – 4 ° van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen (hierna vreemdelingenwet), zoals vervangen door Art. 187 van de wet van 29 december 2010 houdende diverse bepalingen, zoals gewijzigd door de wet van 08.01.2012 (B.S. 06.02.2012; de in § 1, vijfde lid, vermelde ambtenaar – geneesheer of geneesheer aangewezen door de minister of zijn gemachtigde heeft in een advies vastgesteld dat de ziekte kennelijk niet beantwoordt aan een ziekte zoals voorzien in § 1, eerste lid, die aanleiding kan geven tot het bekomen van een machtiging tot verblijf in het Rijk" (stuk 1).

De bestreden beslissing werd door de verwerende partij gesteund op het medisch advies van de arts – adviseur dd. 16 februari 2015 (stuk 3).

4.2.

Overeenkomstig artikel 9 ter, § 3, 4 ° van de Vreemdelingenwet (ingevoegd door de Wet van 08.01.2012 (B.S. 06.02.2012) kan de ambtenaar – geneesheer of geneesheer aangewezen door de minister of zijn gemachtigde die in zijn advies vaststelt dat de ziekte kennelijk niet beantwoordt aan de voorwaarden voorzien in § 1, eerste lid van artikel 9 ter van de Vreemdelingenwet de aanvraag onontvankelijk verklaren.

De bestreden beslissing is een schoolvoorbeeld van steeds terugkomende onwil in hoofde van de verwerende partij.

Immers, het gaat hier om een prima facie beoordeling waarbij de bedoeling bestaat de aanvraag reeds onontvankelijk te verklaren wanneer de ambtenaar – geneesheer vaststelt dat de ziekte een manifest gebrek aan ernst vertoont. De gedachte van de wetgever bestaat erin om bijvoorbeeld 'een ontstoken teennagel' of 'banale neusverkoudheid' van de medische regularisatie procedure uit te sluiten. (<http://www.kruispuntmi.be/vreemdelingenrecht/detailnieuwsbr.aspx?id=16244#1>).

Er kan opgemerkt worden dat de verwerende partij de lat van de ontvankelijkheid op de allerhoogste sport legt die denkbaar is: de E.H.R.M. rechtspraak die de uiterste grenzen bepaalt van bescherming die absoluut moet geboden worden. Artikel 9ter VW vereist zelf geen "directe" levensbedreiging wegens "kritieke" gezondheidstoestand of "vergevoerd stadium" van de ziekte. Vraag die zich hier dus bij stelt is dus of de motivering van de verwerende partij geen voorwaarde toevoegt aan artikel 9ter VW, en daardoor artikel 9ter VW miskent.

Een recent arrest van de Raad van State (arrest nr. 223.961 van 19 juni 2013), te consulteren op www.raadvanstate.be) stelt dat een ruimere bescherming in de interne wetgeving aanwezig is:

"Hoe dan ook vormt de omstandigheid dat artikel 3 van het EVRM als hogere norm ten aanzien van de Vreemdelingenwet geldt en mogelijkerwijze een lagere vorm van bescherming voorziet, geen beletsel voor de toepassing van artikel 9ter, § 1, eerste lid, van die wet zoals hierboven beschreven. Het EVRM bevat immers minimumnormen en belet geenszins een ruimere bescherming in de interne wetgeving van de verdragspartijen.

(...)

Zoals eveneens hierboven is uiteengezet, is de verwijzing in het bestreden arrest naar artikel 3 van het EVRM als hogere norm dan de Vreemdelingenwet absoluut niet dienstig, alleen al omdat die verdragsbepaling geen ruimere bescherming in de nationale wetgeving verbiedt."

De arts – attaché van de verwerende partij mag dus alleen 9ter aanvragen medisch onontvankelijk verklaren als zij kennelijk (= manifest, overduidelijk) geen enkel reëel risico inhouden. Het kan absoluut niet de bedoeling zijn dat de verwerende partij de aanvragen "medisch onontvankelijk" verklaren terwijl zij misschien "medisch ongegrond" zijn.

In casu is er geenszins sprake van ziektes die een manifest gebrek aan ernst vertonen. De verwerende partij heeft slechts een héél oppervlakkige prima facie toets uitgevoerd.

Bij de diagnose werd door dokter E., psychiater in het AZ Oudenaarde, vastgesteld dat de verzoekende partij lijdt aan ernstige mentale problemen:

“posttraumatische stressstoornis en majeure depressie. Betrokkene heeft dit in heel ernstige mate waardoor hij niet normaal kan functioneren.”

(stuk 4, standaard medisch getuigschrift dd. 16 december 2014 ingevuld door dokter E.)

Een posttraumatische stressstoornis is een ernstige psychische aandoening en kan als volgt omschreven worden:

“De posttraumatische stressstoornis (PTSS) is een psychische aandoening die in het DSM-IV is ingedeeld bij de angststoornissen. De aandoening ontstaat als gevolg van ernstige stressgevende situaties, waarbij sprake is van levensbedreiging, ernstig lichamelijk letsel of een bedreiging van de fysieke integriteit. Deze situaties zijn voor de persoon traumatisch.

Voorbeelden zijn:

- oorlog, burgeroorlog en andere gewapende conflicten (shell-shock (W.O.I), battle fatigue en concentratiekampsyndroom (W.O.II))*
- gewelddadige aanvallen of bedreigingen (bijv. huiselijk geweld, overvallen, berovingen, martelingen)*
- verkrachting, seksueel misbruik of incest*
- kindermishandeling in de vroege jeugd of tot op heden (bijv. lichamelijk misbruik, verwaarlozing of emotionele/psychische mishandeling)*
- verkeersongeval*

De symptomen zijn herbeleving (nachtmerries of flashbacks), vermijding van herinneringen of emotionele uitschakeling hiervan, ernstige prikkelbaarheid en slaapstoornissen, extreme spanning als gevolg van bepaalde prikkels, irritatie en hevige schrikreacties. Het is ook mogelijk dat de persoon symptomen van andere psychische aandoeningen vertoont zoals een klinische depressie. Van PTSS is sprake wanneer de symptomen langer dan een maand duren. Wanneer deze korter dan een maand duren, spreekt men van acute stressstoornis. PTSS is met behandeling te genezen of verbeteren. Soms kan dit ook spontaan gebeuren.”

Eveneens blijkt uit objectieve informatie dat de aandoening van de verzoekende partij niet zo eenvoudig of snel te behandelen:

“De geijkte behandeling bestaat uit trauma gerichte cognitieve gedragstherapie (CGT), waarin onder andere gewerkt wordt aan het oplossen en verminderen van de angstklachten door middel van imaginaire exposure aan de herinneringen van de traumatische gebeurtenis en blootstelling door middel van exposure in vivo. Verder wordt een divers spectrum aan medicatie voorgeschreven om de symptomen van angst te onderdrukken; antidepressiva, slaapmiddelen en angstremmers (benzodiazepines).

Naast CGT met imaginaire exposure zijn andere psychologische behandelingen werkzaam gebleken. Alle werkzame behandelingen voor PTSS zijn traumagericht en komen overeen dat men in gedachten teruggaat naar de traumatische gebeurtenis. BEPP (Beknopte Eclectische Psychotherapie voor PTSS) en EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) zijn alternatieven voor CGT. Bij BEPP wordt naast imaginaire exposure ook tijd besteed aan informatie over het ziektebeeld PTSS. Na het meemaken van een traumatische gebeurtenis wordt men nooit meer de persoon als voorheen. Men leert namelijk van de gebeurtenis. Daarom wordt in BEPP ook aandacht besteed aan hoe de traumatische gebeurtenis het zelfbeeld en de kijk op de wereld heeft veranderd. BEPP is oorspronkelijk ontwikkeld voor de behandeling van politiemensen met een PTSS. Deze behandelmethode bleek ook werkzaam bij anderen [1][2]. EMDR is naast de behandeling van PTSS bij volwassenen[3][4] ook effectief bij behandeling van kinderen[5][6]. Er wordt wel gezegd dat EMDR sneller werkt dan andere psychologische therapieën voor PTSS. Hier is echter geen onomstotelijk wetenschappelijk bewijs voor. Wel blijkt dat de behandeltijd per sessie verschilt tussen de therapieën. Meestal vinden therapieessies eenmaal per week plaats en is de duur per sessie bij EMDR 1,5 uur en bij andere therapieën 45 minuten tot een uur. Bij verschillende wetenschappelijke instituten wordt geëxperimenteerd of behandeling van PTSS versneld kan worden door meer sessies per week aan te bieden.”

De verzoekende partij krijgt volgende medicamenteuze behandeling:

“Sipralaxa
FormeXXX”

(stuk 4, standaard medisch getuigschrift dd. 16 december 2014 ingevuld door dokter E.)

Ook heeft dokter E. in het standaard medisch getuigschrift de gevolgen en de mogelijke complicaties indien de behandeling wordt stopgezet beschreven.

“Toename na de symptomatologie met verhoogd risico op suicidaliteit”

(stuk 4, standaard medisch getuigschrift dd. 16 december 2014 ingevuld door dokter E.)

Het blijkt duidelijk dat de verzoekende partij een gepaste behandeling moet krijgen. Niet alleen zijn medicijnen noodzakelijk, maar dient de verzoekende partij eveneens psychotherapie te volgen.

Niettegenstaande de verwerende partij enkel een prima facie beoordeling dient uit te voeren, heeft verwerende partij wel de plicht om omzichtig en zorgvuldig te werk te gaan.

De verzoekende partij heeft bijzondere medische zorg nodig. Een strikte en adequate medische opvolging is noodzakelijk. Dit teneinde ernstige complicaties te vermijden.

Bijgevolg is ook medische mantelzorg vereist.

“mogelijkheid tot residentiële behandeling moet voorhanden zijn.”

(stuk 4, standaard medisch getuigschrift dd. 16 december 2014 ingevuld door dokter E.)

Met grote verbazing leest de verzoekende partij het medisch verslag van de arts – attaché (stuk 3). Niettegenstaande uit het standaard medisch attest blijkt dat de verzoekende partij een intense medische begeleiding dient te volgen, is er volgens de arts – attaché niets aan de hand. Immers, volgens het verslag van de arts – attaché blijkt: “deze psychologische problematiek houdt evenwel, met of zonder behandeling, geen gevaar in voor het leven en de fysieke integriteit van betrokkene. (...) Wat betreft het vermelde zelfmoordgevaar: het risico op zelfdoding is inherent aan elke depressie, zelfs bij behandeling.” (stuk 3)

Het is voor de verzoekende partij niet alleen een raadsel, doch ook zeer kwetsend op te moeten lezen hoe de arts – attaché de medische problematiek van de verzoekende partij geen gevaar voor zijn leven zou kunnen inhouden.

Nochtans stelt het standaard medisch getuigschrift, dat bij de medische regularisatieaanvraag van de verzoekende partij werd gevoegd, duidelijk dat de verzoekende partij lijdt aan een posttraumatische stressstoornis en een majeure depressie. Verder staat ook zonder betwisting vast dat de “de betrokkene heeft dit in heel ernstige mate waardoor hij niet normaal kan functioneren.” (stuk 4, standaard medisch getuigschrift dd. 16 december 2014 ingevuld door dokter E.). Ook zijn de risico's bij stopzetting van de behandeling ernstig (stuk 4).

Bovendien dient te worden opgemerkt dat het standaard medisch getuigschrift werd opgesteld door dokter E., psychiater. Bijgevolg is de arts – attaché van de verwerende partij een totaal andere mening toegedaan dan hetgeen door de behandelende geneesheer, specialist, wordt geattesteerd. De motieven waarop de arts – attaché zich baseert om tot een andersluidend oordeel te komen dienen dus des te concreter en pertinenter te zijn. Dergelijk andersluidend oordeel van een met een adviserende functie beklede arts impliceert immers dat hij besluit dat de beoordeling van de gespecialiseerde arts onjuist is, wat betekent dat hij van oordeel is dan deze gespecialiseerde arts zich vergiste, een medische problematiek overdreef of een tegenaangewezen behandeling heeft voorgeschreven in de door hem opgestelde medische attesten. Er moet dus duidelijk gepreciseerd worden op welke gronden hij zich steunt om te oordelen dat de aandoening van de verzoekende partij – in casu een posttraumatisch stresssyndroom en een majeure depressie, en waarbij de arts het heeft over een verhoogd risico op suicidaliteit – zowel zonder of met behandeling, geen gevaar zou inhouden voor het leven en de fysieke integriteit van de verzoekende partij.

Echter kan alleen maar worden vastgesteld dat de arts – attaché zich enkel beperkt tot het verwijzen naar het standaard medisch getuigschrift dd. 16 december 2014. In het advies van de arts – attaché

wordt geen enkel element aangereikt voor het oordeel van de ambtenaar – geneesheer, m.n. dat de psychologische problematiek, met of zonder behandeling, geen gevaar zou inhouden voor het leven en de fysieke integriteit van de verzoekende partij. De ambtenaar – geneesheer licht op geen enkele wijze concreet toe op welke basis hij de duidelijke vaststellingen van de behandelende geneesheer naast zich neer legt.

De verzoekende partij verwijst in deze instantie ook naar de rechtspraak van de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen:

“De beoordelingsvrijheid van de ambtenaar – geneesheer bij het geven van zijn advies ten spijt, dient te worden vastgesteld dat de motieven in het advies van 19 september 2013 niet volstaan opdat de verzoekster zou kunnen nagaan op welke gronden de haar aanbelangende beslissing is gesteund en waarom de door haar aangevoerde concrete en pertinente medische elementen en prognoses uit het voorgelegde standaard medisch getuigschrift – waarin met name wordt gewezen op een psychotische aandoening die een medicamenteuze behandeling vereist en waarbij bij stopzetting van de behandeling er een verder psychotische ontwikkeling met een toename van opstoten kan zijn – niet worden aanvaard (cfr. RvS 18 september 2013, nr. 224.723).”
(stuk 17, RvV nr. 121 375 van 24 maart 2014 in de zaak RvV 139 729/II)

Dit arrest kan naar analogie worden toegepast. Rekening houdende met bovenvermelde gegevens dient dan ook besloten te worden dat in het beslissende advies van de arts – attaché (stuk 3) niet afdoende werd gemotiveerd. Het vastgestelde motiveringsgebrek in het beslissende advies van de arts – attaché leidt ipso facto tot de vernietiging van de onontvankelijkheidsbeslissing gesteund op artikel 9ter, § 3, 4 ° van de vreemdelingenwet die in dit advies haar noodzakelijke grondslag vindt. De werkwijze die de verwerende partij hier heeft toegepast strookt niet met het de zorgvuldigheidsplicht die op haar rust.

Door de medische regularisatieaanvraag dd. 29 januari 2015 van de verzoekende partij onontvankelijk te verklaren op grond van het feit dat uit het voorgelegde medisch attest niet blijken dat verzoekende partij niet zou lijden aan de medische aandoeningen die een reëel risico inhouden, blijkt dat de verwerende partij niet in alle objectiviteit alle inhoudelijke elementen die in het standaard medisch getuigschrift werden aangehaald, heeft onderzocht.

Evenmin heeft de arts – adviseur van de verwerende partij de medische aandoeningen van de verzoekende partij geëvalueerd en heeft de gevolgen van een mogelijk gebrek aan behandeling in het land van herkomst niet onderzocht.

De verwerende partij kan dan ook, gelet op bovengaande vaststellingen, onmogelijk voorhouden dat de ziekte waar de verzoekende partij aan lijdt kennelijk niet beantwoordt aan een ernstige ziekte. De bestreden beslissing dd. 17 februari 2015 (kennisgeving 25 maart 2015) druist in tegen de bedoeling van de wetgever om ziektes, die een manifest gebrek vertonen aan ernst, uit te sluiten van de mogelijkheid om een medische regularisatieaanvraag in te dienen.

Dergelijke redenering is onredelijk en in strijd met artikel 9 ter van de Vreemdelingenwet.

Bovendien wordt er niet in concreto uiteengezet waarom de aangehaalde medische situatie van de verzoekende partij niet in overeenstemming is met artikel 9ter van de Vreemdelingenwet. Er staat enkel dat:

“Artikel 9ter § 3 – 4 ° van de wet van 15 december 1980 betreffende de toegang tot het grondgebied, het verblijf, de vestiging en de verwijdering van vreemdelingen (hierna Vreemdelingenwet), zoals vervangen door Art. 187 van de wet van 29 december 2010 houdende diverse bepalingen, zoals gewijzigd door de wet van 08.01.2012 (B.S. 06.02.2012); de in § 1, vijfde lid, vermelde ambtenaar – geneesheer of geneesheer aangewezen door de minister of zijn gemachtigde heeft in een advies vastgesteld dat de ziekte kennelijk niet beantwoordt aan een ziekte zoals voorzien in § 1, eerste lid, die aanleiding kan geven tot het bekomen van een machtiging tot verblijf in het Rijk.

Uit het medisch advies van de arts – adviseur dd. 16.02.2015 (zie gesloten omslag in bijlage) blijkt kennelijk niet dat betrokkene lijdt aan een aandoening die een reëel risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit van betrokkene, noch een aandoening die een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen behandeling is in het land van herkomst of het land waar hij verblijft.

*De onontvankelijkheid van deze aanvraag wordt vastgesteld onverminderd de eerbiediging van de andere voorwaarden tot ontvankelijkheid, voorzien in Artikel 9ter, § 3.
Een eventuele onmogelijkheid tot reizen zal bij de uitvoering van een verwijdering onderzocht worden.”
(stuk 1)*

Volgens het RvV arrest 83.956 van 29 juni 2012 miskent deze DVZ motivering artikel 9ter van de Verblijfwet en de formele motiveringsplicht. Artikel 9ter beschermt niet alleen tegen directe levensbedreigingen, maar ook tegen een reëel risico wanneer er geen adequate behandeling is in het land naar waar de aanvrager zou moeten terugkeren. Voor toepassing van de medische filter moet de verwerende partij beide elementen nagaan en motiveren.

Dit wordt ook nog eens expliciet bevestigd door het RvV arrest nr. 92.863 van 4 december 2012:

“Aldus blijkt dat de ambtenaar-geneesheer door enkel te onderzoeken of de aandoeningen direct levensbedreigend zijn, in de zin dat er sprake is van een kritieke gezondheidstoestand of een vergevorderd stadium van de ziekte, zonder verder onderzoek naar de mogelijkheden van een behandeling in het land van herkomst of zonder aan te geven dat het slechts een banale ziekte betreft, de rechtspraak van het EHRM inzake artikel 3 van het EVRM bij de verwijdering van zieke vreemdelingen, te beperkend interpreteert.”

En het RvV arrest nr. 93.285 van 11 december 2012:

“De bestreden beslissing steunt op een deductie van de arts-adviseur die geen steun vindt in artikel 9ter, § 1, eerste lid van de vreemdelingenwet. Er werd in strijd met artikel 9ter, 61, eerste lid van de vreemdelingenwet niet nagegaan of er geen sprake is van een ziekte of aandoening die een reëel risico inhoudt op onmenselijke en vernederende behandeling doordat er geen adequate behandeling beschikbaar is in het land van bestemming. De zorgvuldigheidsplicht en materiële motiveringsplicht werden geschonden in het licht van artikel 9ter, § 1, eerste lid van de vreemdelingenwet.”

Deze rechtspraak van de RvV werd bevestigd door de Raad van State in het arrest nr. 223.961 van 19 juni 2013 (terug te vinden op de website van de Raad van State: www.raadvanstate.be).

“Anders dan de verwerende partij voorhoudt, houdt deze laatste bepaling duidelijk twee mogelijkheden in wat betreft de ziekte van de betrokkene: de ziekte houdt een reëel risico voor zijn leven of fysieke integriteit in, of zij houdt een reëel risico op een onmenselijke of vernederende behandeling door een gebrek aan adequate behandeling in het land van herkomst in. De duidelijke bewoordingen van deze bepaling, waarin de twee mogelijkheden naast elkaar zijn geplaatst, vergen geen nadere interpretatie en laten geenszins toe te besluiten dat de” tweede mogelijkheid, zijnde een reëel risico op een onmenselijke of vernederende behandeling door een gebrek aan adequate behandeling in het land van herkomst, afhankelijk is van de eerste mogelijkheid, met name een reëel risico voor het leven of de fysieke integriteit van de betrokkene.”

Een motivering zoals de verwerende partij hier heeft gebruikt is niet voldoende. In casu is de formele motiveringsverplichting geschonden waardoor de RvV arresten 83.956 van 29 juni 2012, 92.863 van 4 december 2012 en 93.285 van 11 december 2012 naar analogie kan worden toegepast!

4.3.

Overeenkomstig artikel 62 van de Vreemdelingenwet moeten alle administratieve beslissingen met redenen omkleed worden.

Artikelen 2 en 3 van de Wet van 29 juli 1991 bepalen dat de bestuurshandelingen uitdrukkelijk moeten worden gemotiveerd en dat de opgelegde motivering in de akte de juridische en feitelijke overwegingen moeten vermelden die aan de beslissing ten grondslag liggen en dat motivering afdoende moet zijn.

Bovendien mag er niet vergeten worden dat artikel 9ter, § 3, 4 ° van de Vreemdelingenwet de verwerende partij enkel toelaat om de medische filter toe te passen rekening houdend met alle elementen van artikel 9ter, § 1, eerste lid VW.

Artikel 9ter VW beschermt zieken die een reëel risico lopen voor het leven of de fysiek integriteit, of op een onmenselijk of vernederende behandeling, in het geval er geen adequate (beschikbare en toegankelijke) behandeling is in het land van herkomst of het buitenland waar betrokkene naar zou moeten terugkeren na afwijzing van de 9ter aanvraag.

Er dient op gewezen te worden dat de bestreden beslissing dd. 17 februari 2015 (kennisgeving 25 maart 2015) GEEN enkel motivering bevat over het tweede en derde deel van de definitie van artikel 9ter: of er geen van de genoemde risico's is in het geval dat de verzoekende partij geen adequate behandeling meer zou krijgen na terugkeer.

Bijgevolg is de materiële motiveringsplicht geschonden.

4.4.

Uit het standaard medische attest bijgevoegd bij de medische regularisatie aanvraag dd. 29 januari 2015 blijkt duidelijk aan dat de verzoekende partij lijdt aan medische aandoeningen waarbij een adequate behandeling noodzakelijk is.

De verzoekende partij is afkomstig van Bangladesh. De publieke gezondheidszorg in Bangladesh is ondermaats. Voornamelijk de armen kunnen geen adequate gezondheidszorg genieten.

"Bangladesh Perspective' in the capital jointly organised by Brac, International Centre for Diarrhoeal Disease Research, Bangladesh (ICDDR,B), the Centre of Excellence for Universal Health Coverage made certain observations, as reported in the press, and mentioned that the government should give special attention to ensure quality healthcare for the poor who become the worst victims of weak governance in the health sector. A study by icddr,b showed that around 6.4 million or 4 percent people of the country scale down the poverty line by income poverty Index every year due to excessive costs of healthcare. The Executive Director of Power and Participation Research Centre (PPRC) disclosed that with poor health, our workforce cannot contribute to a dynamic economy and even though Bangladesh has achieved many of the Millennium Development Goals (MDGs), but a stronger commitment is needed to achieve the Universal Health Coverage (UHC).

Thus, the per capita national productivity is declining gradually and thereby the economy is losing competitiveness on the one hand which is conversely lowering the life expectancy on the other. Reports added that catastrophic health expenditure in Bangladesh is nearly 16 percent, which higher than the neighbouring countries. In Bangladesh, 64 percent of the total health expenditure comes from private source, while 26 percent comes from public fund and 10 percent from external funding by NGOs and development partners, according to the icddr,b. Experts added that inadequate and inefficient public healthcare and profiteering in the private healthcare sector are the two major factors behind such private spending. The ground reality is that people in the remote areas and urban slums are heavily deprived of healthcare. These poorest of the poor are dipping down in the poverty scale in the process. To add to these existing ills, lack of proper government intervention and awful public healthcare services mean that the poor have to compete with one another to get meager medical assistance and pay a significant chunk of their earnings to avail the services. It is understandable that Bangladesh cannot create a medical platform free of charge for citizens overnight, but it can take steps to sincerely improve the ill-equipped public hospitals and employ more efficient service. What is more important is to design a pro-poor health care delivery system so as to ensure the bottom half get easy access to facilities needed to attain/retain a minimum physical capability conducive to work at minimum national productivity level. A government is needed more for the poor to be taken care of. That realisation is lacking."

(stuk 11: The New Nation (Bangladesh), "High health care costs pushing people into desparation", dd. 25 december 2014, verzoekende partij zet vet)

"With public healthcare being sorely inadequate, it is estimated that about 6.4million get poorer due to the excessive cost borne by them for medi-care from the private sector.

This was revealed in a discussion by healthcare experts jointly organised by BRAC, ICDDR,B and PPRC.

Despite the fact that Bangladesh has made great strides in healthcare where life expectancy in Bangladesh surpasses that of India and Pakistan and a lower mortality rate than either of those countries, the concept of universal health care has not truly taken root.

Of the total expenditure that an average patient must pay for getting health services, it is estimated that about 64 per cent goes into paying for expensive healthcare from the profit-oriented private healthcare providers.

While it is desirable to make public health facilities more effective, the concept of social health insurance is yet to be explored. It has become imperative that the government seriously look into "universal health coverage" because the poor are literally being pauperised by spending enormous amounts of money for healthcare.

What has become abundantly clear is that the present system is not working and it is highly unlikely that the country will be able to develop a social welfare model that exists in some Scandinavian countries where the health insurance scheme is based on tax money.

It is, however, possible to work on poor governance that plagues our public health sector which could pave the way for greater health coverage with the poorer sections of society receiving health service at an affordable price."

(stuk 12: ANN – Asia News Network, "Healthcare inordinately expensive", dd. 24 december 2014, verzoekende partij zet vet)

"Absence of a well-thought-out government policy and strict monitoring over the health care system has encouraged private hospitals and clinics to be in a mad rush to charge exorbitantly.

Data showed that different service charges between public and private hospitals and clinics vary even to the extent of 30 times depending on their brands and locations.

Besides, charges in private hospitals, clinics and diagnostic centres also vary widely due to the same reason.

(...)

However, charges for diagnosis and other medical services in these hospitals and clinics and other diagnostic centres are also similarly sky-high and vary among them abnormally.

Meanwhile, relatives of many patients of these clinics have complained to the authorities that some these hospitals and clinics on occasions refused to hand over the dead bodies to them for non-payment of dues.

Such a case happened recently in the city's United Hospital where the authority had kept a dead body for a couple of days as their relatives could not pay the hospital's abnormal charges on time.

(...)

However, experts and different medical association leaders blamed the government's loose monitoring for the sufferings of the helpless patients and their families.

"All types of activities relating to the public interest should be under control and strict monitoring of the state, but in our country, the government has virtually no control over the private medicare system. This has encouraged the dishonest businessmen to mint money in medical services," former Pro-Vice Chancellor of Bangladesh Sheikh Mujib Medical University (BSMMU) Prof MA Mannan told the FE.

He also said the government should immediately take steps to set a uniform standard in medical services and its charges. (...)"

(stuk 13: The Financial Express (Bangladesh), "Private hospitals, clinics fleece helpless patients", dd. 6 september 2014, verzoekende partij zet vet)

"Private medical service was not deeply rooted and, therefore, the accompanying malpractices were also not there. But those days are gone. Now, except a few, most doctors rely heavily on tests -- pathological, radiological, biochemical etc., and give less time on meticulous review of the patient's condition. And in the process very often they forget the financial condition of the patients and compromise moral and ethical values with business consideration.

Before independence of Bangladesh, receiving commission by doctors from pathological and other tests was not even heard of. In Dhaka city, the unholy practice started in early nineties, according to reliable sources. It is an open secret that these days almost all private diagnostic centers and clinics, except very few, lure the doctors to send their patients for tests. Besides, owners of some hospitals have set up their own plants for producing medicines, saline, drinking water etc., and force patients to buy these when they are admitted in those hospitals. These medicines and other products are not well reputed but the patients have no choice but to buy those.

The most alarming and stunning information came from a recent report published in a widely circulated Bengali daily about the latest trend of this commission business in medical profession. It was pointed out that in some of the well known private hospitals in Dhaka city some serving doctors are not employed on monthly salary basis. Instead, they are paid commissions on pathological, radiological and other sophisticated tests and hospital charges collected from patients staying in hospital beds including intensive care unit or on life support, on the basis of their prescriptions. At the end of the month, it comes to a good figure and doctors are satisfied with it. Just think how serious the implication of this evil system is. If the report is correct, it is not only very much disturbing for the patients but also disastrous for the whole medical profession and medical services of the country.

It will be a matter of great relief if the report is found not true but if not, this dangerous sliding down must be checked to stop further deterioration of an already deteriorated medical service. One should not forget that medical service must be treated as a humanitarian service and not as a trading commodity.

Ministry of Health and others concerned must examine the actual position and act promptly to heal the wound before it is too late. Otherwise, the whole medical service will be in disarray."

(stuk 14: The Financial Express (Bangladesh), "Health care: Sliding down must be checked", dd. 29 augustus 2014, verzoekende partij zet vet)

"The Financial Express on August 10 quoted the health minister as advising newly-recruited 6,221 doctors to serve rural people at least for the first two years of their service life with full dedication. Unauthorised absence of on-duty physicians from the government-run rural hospitals is a major challenge to the objective of ensuring the basic health care services to the common people living in remote areas. When doctors are reluctant to stay in villages to render services to the poor and helpless people, health centres like community clinics and union health and family welfare centres are of no use. The MBBS and the specialist doctors are reluctant to serve in the rural areas mostly owing to less opportunity to earn money from private practice. (...)"

(stuk 15: The Financial Express (Bangladesh), "Why not a rural medical service cadre?", dd. 12 augustus 2014, verzoekende partij zet vet)

Het is duidelijk dat de kosten van de gezondheidszorg in Bangladesh zeer hoog zijn waardoor mensen met beperkte financiële middelen niet betaald worden. Ook viert corruptie in Bangladesh hoogtij, waardoor er smeergeld dient betaald te worden om toch maar de noodzakelijke zorgen te kunnen krijgen.

"Bribes of up to Tk10 lakh change hands during the recruitment, transfer and promotion of personnel in the health sector, according to the latest Transparency International Bangladesh (TIB) report.

The anti-corruption NGO said the bribes were taken by health department officials, officials from the civil surgeon's office and by leaders of the ruling party.

The report titled "Challenge and Possible Solutions for the Health Sector," prepared by TIB programme manager Taslima Akter, was unveiled yesterday morning at a press conference at a city hotel with TIB executive director Iftekharuzzaman present.

In its National Household Survey in 2012, TIB found that 40.2% households seeking government medical services were victims of irregularities and corruption worth an estimated monetary value of Tk70.3 crore.

Health and Family Welfare Minister Mohammed Nasim rejected the report's findings saying: "TIB always works to deliberately blame different sectors. They should show where the corruption took place as people are now getting free medical treatment and medicine as well."

The minister, speaking at another program last evening at the capital's Sasakawa auditorium at ICDDR,B, said action would be taken if a specific allegation was proven.

According to the study, Tk3-5 lakh is paid in bribes during the recruitment of ad hoc doctors while Tk1-5 lakh is exchanged in bribes during 3rd and 4th class employee recruitment, the report said. To transfer one's posting, it costs administrative officials based in and near Dhaka Tk5-10 lakh.

Doctors pay Tk1-2 lakh to be transferred from the upazilas to the capital.

To remain in a preferred posting for a long time it costs Tk2.5 lakh or more, while a promotion requires Tk5-10 lakh.

(...)

It also highlighted the lack of regulation in the private health care sector saying doctors earned money on commission agreements with diagnostic centres, driving up costs of care, while brokers did a brisk trade in wooing patients.

Commission rates for doctors accounted for as much as 30-50% of treatment prices, and brokers bagged 10-30% in commissions.

The TIB executive director, Iftekharuzzaman, said: "We are concerned that the country's budget allotment for the health sector has been gradually decreased. While it should be a minimum 5% of GDP according to international standards, we see that 0.84% of GDP was allotted in Bangladesh in FY2013-14."

The report points out that the World Health Organisation (WHO) recommends Bangladesh's annual per capita expenditure on health care to be Tk2652 which is currently a mere Tk390.

"The development expenditure has also been decreased from 42.2% in FY2008-09 to 38.3% in FY2013-14," he said.

"It is our observation that due to a lack of sufficient budget allotments and infrastructural development, irregularities and corruption levels are quite high," he said.

Iftekharuzzaman said: "People are gradually losing faith in the country's health services. Rich people are going abroad for medical treatment while the rest of the people are suffering from poor health services.""

(stuk 16: EMBIN - Emerging Markets Business Information News, "Health sector sickened with bribery and corruption", dd. 7 november 2014, verzoekende partij zet vet)

Uit deze objectieve informatie kan afgeleid worden dat het voor de verzoekende partij uiterst moeilijk tot quasi onmogelijk zal zijn om de noodzakelijke zorgen te krijgen in zijn land van herkomst. De verzoekende partij behoeft een intense medische behandeling die in zijn land van herkomst duidelijk niet voorhanden is aangezien de mentale gezondheidszorg er onbestaande is.

De preciaire veiligheidssituatie in Bangladesh heeft nefaste gevolgen op de gezondheidszorg in Bangladesh. De vraag die dient gesteld te worden is of een persoon met een grote nood aan gespecialiseerde zorgen, zoals de verzoekende partij, al dan niet deze zorgen zal kunnen krijgen in het land van herkomst, op heden, aldus rekening houdende met de specifieke situatie waarin een land verkeert, i.e. Bangladesh.

Er heerst op heden nog altijd een algemene onveiligheidsituatie in Bangladesh. De situatie is er ernstig en precair, ook de situatie van de burgers is in het algemeen ernstig.

"Bangladesh is een risicobestemming. (...) Het land kent aanzienlijke politieke en socio-economische spanningen. Alle straatmanifestaties en politieke samenkomsten moeten absoluut gemedend worden. Bovendien kunnen terroristische aanslagen niet uitgesloten worden. Een verhoogde waakzaamheid is geboden omwille van een toename van kleine criminaliteit, vooral in de hoofdstad Dhaka."

(stuk 5: Buitenlandse Zaken, Buitenlandse Handel en Ontwikkelingssamenwerking, "Reisadvies Bangladesh", dd. 24 juni 2014, geldig op 16 januari 2015, te consulteren op http://diplomatie.belgium.be/nl/Diensten/Op_reis_in_het_buitenland/reisadviezen/azie/bangladesh/ra_bangladesh.jsp, verzoekende partij zet vet)

Ook voor de terreurorganisaties is het land niet veilig.

"India/Bangladesh/Myanmar

Al-Qaeda establishes branch

In a video message Al-Qaeda leader Ayman al-Zawahiri declared on 03 September 2014 that everything would be done to liberate the Muslims on the Indian subcontinent from injustice and oppression. The objective would be the establishment of a Caliphate in Myanmar, Bangladesh, and in the largely Muslim populated Indian regions of Assam, Gujarat, Jammu and Kashmir. This organization called "Kaidat al-Jihad" and led by the Pakistani Asim Umar should tear down the "artificial borders" drawn between the Muslim communities. The Indian interior ministry said that it was concerned and alerted by these threats. Experts of terrorism interpret the message as Al-Qaeda's attempt to regain some of the attention it had recently lost to the terrorist militia Islamic State (IS). Both organizations used to be allies until the spring of 2014 when they fell out, because IS expanded its activities from Iraq to Syria against the will of the Al-Qaeda leadership."

(stuk 6: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, "Group 22 – Information Centre Asylum and Migration, Briefing Notes", dd. 8 september 2014, p. 5, te consulteren op http://www.ecoi.net/file_upload/4232_1411724385_deutschland-bundesamt-fuer-migration-und-fluechtlinge-briefing-notes-08-09-2014-englisch.pdf, verzoekende partij zet vet)

"A report published by BBC News in March 2014 points out that:

"Bangladesh spent 15 years under military rule and, although democracy was restored in 1990, the political scene remains volatile. Analysts say antagonism between the main parties - the Awami League and Bangladesh Nationalist Party - reflects personal animosity between leaders rather than substantial ideological differences. Political tensions have spilled over into violence; hundreds of people have been killed in recent years. Attacks have targeted opposition rallies and public gatherings. Senior opposition figures have also been targeted." (BBC News (17 March 2014) Bangladesh profile)

A report issued in April 2014 by the United Kingdom Foreign and Commonwealth Office notes that:

"NGOs suggest over 500 people lost their lives in political violence in Bangladesh in 2013, with many more seriously injured. 215 were reportedly shot dead by law enforcers." (United Kingdom Foreign and Commonwealth Office (10 April 2014) Human Rights and Democracy Report 2013 - Country case study: Bangladesh – political violence)

In April 2014 Human Rights Watch states in a report that:

"Parliamentary elections in Bangladesh in January 2014 were the most violent in the country's history. Months of political violence before and after the elections left hundreds dead and injured across the

country.” (Human Rights Watch (29 April 2014) *Democracy in the Crossfire, Opposition Violence and Government Abuses in the 2014 Pre- and Post- Election Period in Bangladesh*, p.1)

A report issued in September 2014 by Amnesty International states:

“The government of Prime Minister Sheikh Hasina continued in office after her party, the Awami League, was declared the winner in the 5 January 2014 elections. The elections were boycotted by the opposition party, the Bangladesh Nationalist Party, and its allies. The opposition protests against elections were frequently violent resulting in more than 100 people killed, most of whom died in violent clashes between the police and protestors, and some in clashes between rival political party supporters.” (Amnesty International (2 September 2014) *Bangladesh: Stop enforced disappearances, torture and restrictions on freedom of expression*, p.1)

This document also points out that:

“Amnesty International has reported on a catalogue of human rights violations in Bangladesh in recent years, which are ongoing and have not been addressed. These include enforced disappearances, torture, restricting the right to freedom of expression, extrajudicial executions, violence against minorities, violence against women, the situation of the indigenous people of the Chittagong Hill Tracts, and the death penalty.” (ibid, p.1)

A report issued in January 2014 by Bertelsmann Stiftung points out that:

“Low-intensity conflict with radical leftist and Islamist militant groups has continued, although the incidence of open battle has subsided.” (Bertelsmann Stiftung (1 January 2014) *Bangladesh Country Report*)

In May 2014 a publication released by Jane’s Intelligence Review notes that:

“Bangladesh faces growing security threats from a range of radical Islamist interests, including entrenched Deobandi militants, newly emergent jihadist groups, and even transnational operations such as Al-Qaeda.” (Jane’s Intelligence Review (1 May 2014) *Radical thinking - Transnational jihadists eye Bangladesh*)

The Jamestown Foundation in January 2014 notes:

“Widespread violence, marked by protest rallies, hartals (general shutdowns), group clashes and bombings have led to massive confrontations between secular and Islamist forces in Bangladesh over the last year. Now, al-Qaeda leader Dr. Ayman alZawahiri has issued a call for jihad in Bangladesh, the fourth largest Muslim nation in the world. The radical Islamist Jamaat-e-Islami (Jel) and activists of its student wing, Islami Chhatra Shibir, have raised the standard of revolt by aligning themselves with the radical Hefajat-e-Islam (Hel) in violent opposition across the country against the International Crimes Tribunal (ICT - a domestic creation) verdicts in the trials of senior Jamaat leaders accused of war crimes during the 1971 liberation struggle.” (Jamestown Foundation (23 January 2013) *Al-Qaeda Leader al-Zawahiri Urges Jihad Against the "Anti-Islamic" Government of Bangladesh*)

This report also states:

“The direct implication of the ongoing crisis in Bangladesh is that it has reinvigorated dormant Islamist militant groups. Outlawed and decimated militant groups see opportunities to reorganize and consolidate in the current religiously-charged environment. The February 2013 standoff between secularists/atheists and pro-Islamist groups at Dhaka’s Shahabag intersection sparked the emergence of banned clandestine militant groups that came forward in support of mainstream Islamist organizations like Jel and Hel. Proscribed militant groups like Hizb ut-Tahrir, Harakatul-Jihad-i-Islami Bangladesh (HuJI-B), Jamaat-ul-Mujahideen Bangladesh (JMB) and the newly-formed Ansarullah Bangla Team (ABT) surfaced with a jihadist agenda. Existing militant groups like HuJI-B and JMB have tried to restructure themselves under the names Tanjim e-Tamiruddin and BEM...” (ibid)

A report published by IRIN News in March 2014 states:

“Violence broke out after supporters of Bangladesh’s largest Islamist political party, Jamaat-e-Islami, took to the streets in early March after Delwar Hossain Sayede, a top party leader, was sentenced to death for crimes against humanity during the country’s liberation war with Pakistan in 1971. The unrest has killed at least 98 people, including civilians, according to civil society estimates. Analysts say it is among the worst violence since independence...” (IRIN News (27 March 2014) *Time to reconcile in Bangladesh?*)

A document released in May 2014 by the Internal Displacement Monitoring Centre notes that the:

“The 1997 peace agreement between the government and the United People’s Party of the Chittagong Hill Tracts (PCJSS) has still not been fully implemented. The accord ended 24 years of conflict that broke out in 1973 in the south-eastern Chittagong Hill Tracts (CHT) region after the government rejected demands for greater autonomy from non-Bengali indigenous people known collectively as Pahari or Jumma. The conflict forced Paharis to flee to the forests and to neighbouring India, while the government supported the settlement of Bengalis, Bangladesh’s majority community, including on Pahari land, as a counterinsurgency measure. Some settlers were then also displaced as a result of the fighting. Tensions between Paharis and Bengalis have continued, with clashes displacing more people

and preventing others from returning to their homes.” (Internal Displacement Monitoring Centre (14 May 2014) Global Overview 2014: people internally displaced by conflict and violence – Bangladesh)

In July Odhikar published a report which includes noting:

“According to information gathered by Odhikar, a reported total of 108 persons were extra judicially killed, between January and June 2014.” (Odhikar (1 July 2014) Human rights monitoring report: January – June 2014, p.3)

In September 2014 a report issued by Odhikar states:

“According to information gathered by Odhikar, in August 2014, six persons were killed and 497 were injured in political violence.” (Odhikar (1 September 2014) Human rights monitoring report: August 2014)

In July 2014 IRIN News notes that:

“The recent violent attack on Urdu-speaking Biharis in the Bangladeshi capital highlights this minority’s ongoing protection needs: Community leaders allege political collusion in the attack. Clashes broke out on 14 June between Biharis and Bengalis, who make up the majority of Bangladesh’s population, in Mirpur on the outskirts of Dhaka. Ten Biharis were killed and houses were torched; no arrests have been made to date.” (IRIN News (21 July 2014) Biharis in Bangladesh seek protection, justice)”

(stuk 7: Refugee Documentation Centre (Ireland) Legal Aid Board, “Bangladesh – Researched and compiled by the Refugee Documentation Centre of Ireland on 16 September 2014”, dd. 16 september 2014, p. 1 tot en met 3, te consulteren op http://www.ecoi.net/file_upload/1930_1418735103_q18627-bangladesh.pdf)

Ook de regering van het land kan niet ingeroepen worden om de rust te doen wederkeren aangezien ook van hen uit excessief geweld gebruikt wordt.

“The Bangladesh government should immediately end its use of excessive force, stop arbitrary arrests of members of opposition parties, and lift restrictions on the media, Human Rights Watch said today. Hundreds of opposition activists, including from the Bangladesh Nationalist Party (BNP) and the Jamaat-e-Islami Party, have been rounded up and arrested across the country in recent days. The government crackdown has come in response to opposition protests on the anniversary of controversial national polls in January 2014, which the BNP boycotted and from which Jamaat was excluded.

“The government’s indiscriminate use of force, arbitrary arrests, and censorship will only inflame an already tense situation,” said Brad Adams, Asia director. “Authorities have an obligation to protect the public, but need to do it in a way that doesn’t throw human rights and the rule of law out the window.”

Khaleda Zia, the leader of the BNP, has been effectively detained in her office premises in Dhaka since January 3, 2015. Although the government claims she is not under arrest, a heavy security presence is in place, the gates are locked, and she has been denied exit. Information Minister Hasanul Huq announced that the government was preparing murder charges against Zia for an arson attack. A corruption trial against Zia began this week which she has been unable to attend due to the security cordon around her.

On January 6, Mirza Fakhrul Islam Alamghir, the acting secretary general of the BNP, was arrested as he left the press club in Dhaka, for allegedly organizing a protest the previous day that led to the deaths of four people and dozens of injuries. Two activists were shot dead in clashes between activists from the ruling party and security forces. Another two died the same day at the hands of security forces. Several other BNP leaders have been arrested as well.

The authorities have also targeted media perceived to be sympathetic to the opposition. Abdus Salam, chairman of Ekushey TV (ETV), was arrested and detained on January 7, allegedly for charges of broadcasting pornography. His arrest came one day after ETV’s broadcast of an anti-government speech by Tarique Rahman, a senior member of the BNP and the son of Zia. Shortly after the speech was broadcast, the government announced a ban on any further public dissemination, by any medium, of any political speeches by Rahman, without citing any reason.

The government has alleged that opposition leaders and supporters have planned violence and arson attacks. While it has not produced any facts to support this assertion, opposition supporters have engaged in violence.

Opposition leaders should call on party workers to refrain from violence during the protests.

The 2014 election period was marred by severe violence, leaving hundreds dead and injured. In response to often violent opposition protests, the government unleashed a crackdown during which law enforcement officials carried out extra-judicial executions, enforced disappearances, and arbitrary arrests.

“The space for speech critical of the government was already under threat before this recent clampdown,” Adams said. “The arrest of the owner and closure of a TV station is not acceptable from a government that claims to be democratic.””

(stuk 8: HRW - Human Rights Watch, "Crackdown on Opposition, Media", dd. 8 januari 2015, te consulteren op http://www.ecoi.net/local_link/294101/414934_en.html, verzoekende partij zet vet)
"Bangladeshi opposition leader Khaleda Zia has called on her supporters to enforce a transport blockade after four protesters were killed in clashes with police and pro-government crowds. She urged members of her Bangladesh Nationalist Party (BNP) to halt road, rail and river transport indefinitely.

The deaths came on the first anniversary of disputed general elections won by the Awami League. Both parties have called for rallies despite a ban on demonstrations.

(...)

Deadly violence

Thousands of riot police have been patrolling almost deserted streets in the capital. Authorities had cancelled bus, rail and ferry services into the city to prevent mass rallies.

Violence broke out in various parts of the country. Two BNP activists were killed in the northern town of Natore, police said.

In nearby Kansat another protester was killed in clashes with police. A fourth died when police fired live rounds at crowds in northern Rajshahi district.

A number of people have been injured in clashes in the capital and about half a dozen other towns, reports say.

The BNP and other opposition parties boycotted last year's election, saying it would be rigged.

They were angry that Sheikh Hasina, who has been in power since 2009, refused to stand aside to make way for a neutral caretaker administration to oversee the election.

Dozens of BNP workers have disappeared since last year's election, with human rights groups blaming the government - although it denies this.

An adviser to the prime minister insisted on Sunday that Ms Zia had not been locked up but had been given "enhanced security protection".

The two leaders have alternated in power for most of the last two decades when the army has not been in government."

(stuk 9: BBC News Asia, "Bangladesh opposition leader Zia calls for blockade", dd. 5 januari 2015, te consulteren op <http://www.bbc.com/news/world-asia-30678474>, verzoekende partij zet vet)

"Professor killed by suspected Islamists

On 15.11.14, a professor of Rajshahi University in western Bangladesh was killed allegedly for having prohibited his female students to wear face veils in the lecture hall. A previously unknown group named 'Ansar al Islam Bangladesh-2' assumed responsibility for the attack."

(stuk 10: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, "Group 22 – Information Centre Asylum and Migration, Briefing Notes", dd; 17 november 2014, te consulteren op http://www.ecoi.net/file_upload/4232_1416470977_deutschland-bundesamt-fuer-migration-und-fluechtlinge-briefing-notes-17-11-2014-englisch.pdf, verzoekende partij zet vet)

Het is opmerkelijk dat de verwerende partij op heden negatieve beslissingen velt in het kader van de medische regularisatieaanvragen van burgers afkomstig uit Bangladesh, die een gedwongen terugkeer van deze personen tot gevolg hebben. Personen die een medische regularisatieaanvraag indienen zijn immers vaak nog meer kwetsbaar dan de "modale" asielzoeker.

De verzoekende partij naar het land van herkomst terugsturen om aldaar de noodzakelijke gespecialiseerde zorgen te kunnen krijgen, wetende dat er geen behandeling beschikbaar is, maakt een schending uit van artikel 3 E.V.R.M.

4.5.

Bovendien kan ook het arrest M.S.S. tegen België en Griekenland van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens vermeld worden.

Dit arrest stelt dat, indien 'reliable sources' getuigen van 'practices resorted to or tolerated by the authorities which are manifestly contrary to the principles of the Convention', de nationale autoriteiten zich niet zonder meer kunnen beroepen op het vertrouwensbeginsel ten opzichte van de andere lidstaat. In concreto dient de Dienst Vreemdelingenzaken na te gaan hoe een andere lidstaat zijn internationale verplichtingen en de EU-richtlijnen in de praktijk brengt en individuele garanties eisen.

Naar analogie kan dit arrest toegepast worden voor wat betreft de verantwoordelijkheid van de Dienst Vreemdelingenzaken bij de beoordeling van de vraag of iemand op een efficiënte manier de noodzakelijke gezondheidszorgen in land van herkomst zal kunnen krijgen.

Hierboven werd reeds meer dan genoegzaam aangetoond dat de gezondheidszorg in het land van herkomst van de verzoekende partij NIET voldoende is. Er is voor de verzoekende partij geen adequate behandeling in Bangladesh voorhanden. Bij gedwongen terugkeer naar het land van herkomst is er een reëel risico op schending van artikel 3 E.V.R.M.

4.6.

Tot slot kan, gelet op voorgaande uiteenzetting, geconcludeerd worden dat er in casu sprake is van machtsmisbruik uitgaande van de verwerende partij.

Immers, uit de voorgelegde medische attesten blijkt duidelijk dat de verzoekende partij lijdt aan een aandoening die ernstig is en die zonder de noodzakelijke medische behandelingen, een reëel risico voor het leven of de fysieke integriteit inhoudt.

De beslissing van verwerende partij dd. 17 februari 2015 (kennisgeving 25 maart 2015) om de medische regularisatie aanvraag van de verzoekende partij, ingediend op 29 januari 2015, onontvankelijk te verklaren is dan ook niet redelijk.

De bovenstaande rechtsregels worden dan ook in de bestreden beslissing zonder meer geschonden.”

3.1. De formele motiveringsplicht, zoals vervat in de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 en artikel 62 van de vreemdelingenwet, houdt in dat in de akte de juridische en feitelijke overwegingen moeten worden opgenomen die aan de beslissing ten grondslag liggen en dit op een afdoende wijze. Het afdoende karakter van de motivering betekent dat de motivering pertinent moet zijn, dit wil zeggen dat ze duidelijk met de beslissing te maken moet hebben, en dat ze draagkrachtig moet zijn, met name dat de aangehaalde redenen moeten volstaan om de beslissing te dragen.

De belangrijkste bestaansreden van deze uitdrukkelijk motiveringsplicht bestaat erin dat de betrokkene in de hem of haar aanbelangende beslissing zelf de motieven moet kunnen aantreffen op grond waarvan ze werd genomen, derwijze dat blijkt, of minstens kan worden nagegaan, of de overheid is uitgegaan van de juiste feitelijke gegevens, of zij die correct heeft beoordeeld en of zij op grond daarvan binnen de perken van de redelijkheid tot haar beslissing is gekomen, opdat de betrokkene met kennis van zaken zou kunnen uitmaken of het aangewezen is de beslissing met een annulatieberoep te bestrijden (cf. RvS 30 oktober 2014, nr. 228.963; RvS 17 december 2014, nr. 229.582).

Artikel 9ter van de vreemdelingenwet bepaalt als volgt:

“§ 1. De in België verblijvende vreemdeling die zijn identiteit aantoont overeenkomstig § 2 en die op zodanige wijze lijdt aan een ziekte dat deze ziekte een reëel risico inhoudt voor zijn leven of fysieke integriteit of een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen adequate behandeling is in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft, kan een machtiging tot verblijf in het Rijk aanvragen bij de minister of zijn gemachtigde.

De aanvraag moet per aangetekende brief worden ingediend bij de minister of zijn gemachtigde en bevat het adres van de effectieve verblijfplaats van de vreemdeling in België.

De vreemdeling maakt samen met de aanvraag alle nuttige en recente inlichtingen over aangaande zijn ziekte en de mogelijkheden en de toegankelijkheid tot een adequate behandeling in zijn land van herkomst of in het land waar hij verblijft.

Hij maakt een standaard medisch getuigschrift over zoals voorzien door de Koning bij een besluit vastgesteld na overleg in de Ministerraad. Dit medisch getuigschrift dat niet ouder is dan drie maanden voorafgaand aan de indiening van de aanvraag vermeldt de ziekte, haar graad van ernst en de noodzakelijk geachte behandeling.

De beoordeling van het in het eerste lid vermelde risico, van de mogelijkheden van en van de toegankelijkheid tot behandeling in zijn land van herkomst of het land waar hij verblijft, en van de in het medisch getuigschrift vermelde ziekte, haar graad van ernst en de noodzakelijk geachte behandeling, gebeurt door een ambtenaar-geneesheer of een geneesheer aangeduid door de minister of zijn gemachtigde die daaromtrent een advies verschaft. Deze geneesheer kan, indien hij dit nodig acht, de vreemdeling onderzoeken en een bijkomend advies inwinnen van deskundigen.

§ 1/1. (...)

§ 2. (...)

§ 3. De gemachtigde van de minister verklaart de aanvraag onontvankelijk :

(...)

4° indien de in § 1, vijfde lid, vermelde ambtenaar-geneesheer of geneesheer aangewezen door de minister of zijn gemachtigde in een advies vaststelt dat de ziekte kennelijk niet beantwoordt aan een ziekte zoals voorzien in § 1, eerste lid, die aanleiding kan geven tot het bekomen van een machtiging tot verblijf in het Rijk;

(...)

§ 4. (...)

§ 5. (...)

§ 6. (...)

§ 7. (...)"

Deze bepaling houdt duidelijk twee onderscheiden mogelijkheden in wat betreft de ziekte, voorgelegd door betrokkene, met name:

- de ziekte houdt een reëel risico in voor het leven of voor de fysieke integriteit, of;
- de ziekte houdt een reëel risico in op onmenselijke of vernederende behandeling doordat er geen adequate behandeling beschikbaar is in het land van herkomst of het land van verblijf.

Deze twee verschillende mogelijkheden moeten onafhankelijk van elkaar worden getoetst (cf. RvS 19 juni 2013, nr. 223.961, RvS 28 november 2013, nrs. 225.632, 225.633 en RvS 16 oktober 2014, nr. 228.778).

Uit artikel 9ter, §1, vijfde lid, van de vreemdelingenwet volgt voorts dat de beoordeling van het in artikel 9ter, §1, van de vreemdelingenwet vermelde risico toekomt aan de ambtenaar-geneesheer die door de minister c.q. staatssecretaris is aangesteld en uit het bepaalde in artikel 9ter, §3, 4°, van de vreemdelingenwet blijkt dat de gemachtigde van de minister c.q. staatssecretaris de aanvraag onontvankelijk verklaart indien de ambtenaar-geneesheer in een advies vaststelt dat de ziekte kennelijk niet beantwoordt aan een ziekte, zoals voorzien in artikel 9ter, §1, van de vreemdelingenwet, die aanleiding kan geven tot het bekomen van een verblijfsmachtiging om medische redenen.

Uit het bepaalde in artikel 9ter, §3, 4°, van de vreemdelingenwet blijkt zodoende dat de beslissing houdende de onontvankelijkheid van de aanvraag om machtiging tot verblijf op grond van artikel 9ter van de vreemdelingenwet haar noodzakelijke rechtsgrond vindt in het advies van de ambtenaar-geneesheer waarin deze vaststelt dat de ziekte van de betrokkene kennelijk niet beantwoordt aan een ziekte, zoals voorzien in artikel 9ter, §1, van de vreemdelingenwet.

In het licht van de formele motiveringsvereiste kan een uitdrukkelijke verwijzing naar een advies een afdoende motivering vormen indien de inhoud van dit advies aan de betrokkene werd ter kennis gebracht en dat dit advies zelf ook afdoende is gemotiveerd (RvS 2 december 2013, nr. 225.659; RvS 18 juni 2012, nr. 219.772; RvS 19 mei 2011, nr. 213.636). Bovendien is het, in het kader van beslissende adviezen, toegelaten om de onwettigheden, die aan dergelijk advies kleven, aan te voeren tegen de uiteindelijk door de gemachtigde genomen beslissing waarbij de verblijfsaanvraag als ongegrond wordt geweigerd (cf. RvS 13 oktober 2006, nr. 163.590; RvS 5 juli 2007, nr. 173.201; RvS 28 juni 2011, nr. 214.213).

In casu blijkt dat de bestreden beslissing uitdrukkelijk verwijst naar het advies van de ambtenaar-geneesheer van 16 februari 2015. Dit advies werd samen met de bestreden beslissing aan de verzoeker ter kennis gebracht. Zodoende maken de motieven van het advies van 16 februari 2015 integraal deel uit van uitdrukkelijke motivering van de thans bestreden beslissing, die er haar noodzakelijke grondslag in vindt.

Het medisch advies van 16 februari 2015 luidt als volgt:

“artikel 9ter §3 – 4°

Ik kom terug op uw vraag om evaluatie van het standaard medisch getuigschrift voorgelegd voornoemde persoon in het kader van zijn aanvraag om machtiging tot verblijf, bij onze diensten ingediend op 29.01.2015.

Uit het standaard medisch getuigschrift (SMG) d.d. 16/12/2014 blijkt dat betrokkene lijdt aan posttraumatische stoornis en majeure depressie. Deze psychologische problematiek houdt evenwel, met of zonder behandeling, geen gevaar, in voor het leven en de fysieke integriteit van betrokkene. Het betreft hier geen kritieke gezondheidstoestand en evenmin een zeer vergevorderd stadium van ziekte.

Er is geen nood aan hospitalisatie met permanent medisch toezicht. De aandoening vereist geen dringende maatregelen zonder dewelke er acuut levensgevaar zou kunnen ontstaan. Wat betreft het vermelde zelfmoordgevaar: het risico op zelfdoding is inherent aan elke depressie zelfs bij behandeling, maar wordt in het dossier niet concreet gemaakt. Het blijft m.a.w. een veralgemeende veronderstelling die we niet kunnen weerhouden in het kader van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet. Derhalve moet vastgesteld worden dat het medisch dossier, zoals het voorligt, momenteel niet aantoonde dat er een risico bestaat voor een onmenselijke en vernederende behandeling wanneer er geen adequate medische zorgen zouden zijn in het land van herkomst of het land waar betrokkene verblijft.

Uit de voorliggende attesten blijkt dan ook geenszins een tegenaanwijzing voor terugkeer naar het land van herkomst of het land waar betrokkene verblijft.

Ik stel bijgevolg vast dat de ziekte kennelijk niet beantwoordt aan een ziekte zoals voorzien in §1, eerste lid van Artikel 9ter van de wet van 15 december 1980 en die aanleiding kan geven tot het bekomen van een machtiging tot verblijf in het Rijk op grond van genoemd Artikel.”

De Raad voor Vreemdelingenbetwistingen (hierna: de Raad) merkt vooreerst op dat in artikel 9ter van de vreemdelingenwet geenszins een algemene verplichting kan worden gelezen om de beschikbaarheid van de toegankelijkheid tot deze of gene behandeling in het land van herkomst of verblijf concreet te onderzoeken. Een beoordeling en een concreet onderzoek naar de beschikbaarheid en de toegankelijkheid is slechts nodig indien een ziekte voorligt die daadwerkelijk een behandeling vergt, waarbij deze behandeling werkelijk noodzakelijk is en waarbij zonder adequate behandeling een reëel risico optreedt op een onmenselijke of vernederende behandeling. Artikel 9ter van de vreemdelingenwet kan dan ook niet zo worden begrepen dat de verweerder steeds, en ongeacht de concrete aard van de aandoening en het al dan niet noodzakelijk karakter van de verdere behandeling, dient na te gaan of bepaalde medische zorgen in het land van herkomst van een vreemdeling die verzoekt om op medische gronden tot een verblijf te worden gemachtigd beschikbaar en (financieel) toegankelijk zijn. Er kan dan ook niet worden voorgehouden dat de ambtenaar-geneesheer steeds uitdrukkelijk dient te motiveren omtrent de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van deze of gene medische zorgen in het land van herkomst.

De Raad stelt verder vast dat de bestreden beslissing, door de verwijzing naar het bijbehorende advies van de ambtenaar-geneesheer, in tegenstelling tot hetgeen de verzoeker voorhoudt, wel degelijk een motivering bevat omtrent het tweede toepassingsgeval van artikel 9ter, §1, eerste lid, van de vreemdelingenwet. De ambtenaar-geneesheer beperkt zich immers niet tot de vaststelling dat de in de aangeleverde medische getuigschriften vermelde gezondheidstoestand geen risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit van de verzoeker. Evenmin kan uit dit advies of uit de bestreden akte zelf blijken dat er enkel zou zijn nagegaan of verzoekers aandoening direct levensbedreigend is. De ambtenaar-geneesheer heeft namelijk tevens op duidelijke en onderbouwde wijze gemotiveerd dat verzoekers gezondheidstoestand geen gevaar inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit en dat zij momenteel evenmin een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling in zijn land van herkomst. Ter ondersteuning van deze vaststellingen geeft de ambtenaar-geneesheer het volgende weer: *“Het betreft hier geen kritieke gezondheidstoestand en evenmin een zeer vergevorderd stadium van ziekte. Er is geen nood aan hospitalisatie met permanent medisch toezicht. De aandoening vereist geen dringende maatregelen zonder dewelke er acuut levensgevaar zou kunnen ontstaan. Wat betreft het vermelde zelfmoordgevaar: het risico op zelfdoding is inherent aan elke depressie zelfs bij behandeling, maar wordt in het dossier niet concreet gemaakt. Het blijft m.a.w. een veralgemeende veronderstelling die we niet kunnen weerhouden in het kader van artikel 9ter van de Vreemdelingenwet. Derhalve moet vastgesteld worden dat het medisch dossier, zoals het voorligt, momenteel niet aantoonde dat er een risico bestaat voor een onmenselijke en vernederende behandeling wanneer er geen adequate medische zorgen zouden zijn in het land van herkomst of het land waar betrokkene verblijft.”* De verzoeker maakt niet aannemelijk dat deze concrete vaststellingen geen afdoende motivering zouden vormen.

Een schending van de formele motiveringsplicht, van de artikelen 2 en 3 van de wet van 29 juli 1991 of van artikel 62 van de vreemdelingenwet is niet aangetoond.

3.2. Waar de verzoeker een inhoudelijk kritiek uitoefent op de motieven van het voormelde medisch advies van 16 februari 2015 en op het onderzoek dat werd gevoerd door de ambtenaar-geneesheer, beroept de verzoeker zich in wezen op een schending van de materiële motiveringsplicht en de zorgvuldigheidsplicht.

De materiële motiveringsplicht houdt in dat iedere administratieve rechtshandeling moet steunen op deugdelijke motieven. Dit zijn motieven waarvan het feitelijk bestaan naar behoren bewezen is en die in rechte ter verantwoording van die handeling in aanmerking genomen kunnen worden (RvS 14 juli 2008, nr. 185.388; RvS 20 september 2011, nr. 215.206; RvS 5 december 2011, nr. 216.669).

Het zorgvuldigheidsbeginsel houdt in dat het bestuur zijn beslissing op zorgvuldige wijze moet voorbereiden. Dit impliceert dat de beslissing dient te steunen op werkelijk bestaande en concrete feiten die met de vereiste zorgvuldigheid werden vastgesteld. De zorgvuldigheidsplicht legt de overheid onder meer op om zorgvuldig te werk te gaan bij de voorbereiding van de beslissing en ervoor te zorgen dat de feitelijke en juridische aspecten van het dossier deugdelijk onderzocht worden, zodat zij met kennis van zaken kan beslissen (RvS 22 november 2012, nr. 221.475).

Zowel bij het beoordelen van de zorgvuldigheidsplicht als bij de beoordeling van de materiële motiveringsplicht, treedt de Raad niet op als rechter in hoger beroep die de ware toedracht van de feiten gaat vaststellen. Hij onderzoekt enkel of de overheid in redelijkheid is kunnen komen tot de door haar gedane feitenvaststelling en of er in het dossier geen gegevens voorhanden zijn die met die vaststelling onverenigbaar zijn. Verder toetst de Raad in het kader van zijn wettigheidstoezicht of het bestuur is uitgegaan van de juiste feitelijke gegevens, of het de feitelijke vaststellingen correct heeft beoordeeld en of het op grond daarvan niet onredelijk tot zijn besluit is gekomen (cf. RvS 7 december 2001, nr. 101.624).

Ook het redelijkheidsbeginsel staat de Raad niet toe het oordeel van het bestuur over te doen, maar enkel dat oordeel onwettig te bevinden wanneer het tegen alle redelijkheid ingaat doordat de door het bestuur geponeerde verhouding tussen de motieven en het dispositief volkomen ontbreekt (RvS 20 september 1999, nr. 82.301).

De verzoeker verwijst naar het medisch attest van zijn behandelend psychiater Dr. C. E. van 16 december 2014. Dit medisch attest bevindt zich in het administratief dossier en vermeldt onder meer het volgende:

“Diagnose: (...):posttraumatische stressstoornis en majeure depressie. Betrokkene heeft dit in heel ernstige mate waardoor hij niet normaal kan functioneren.”, “Wat zouden de gevolgen en mogelijke complicaties zijn indien de behandeling wordt stopgezet? Toename van de symptomatologie met verhoogd risico op Suïcidaliteit”, “Evolutie en prognose van de aandoeningen waarvan sprake onder rubriek B: Blijvende medicamenteuze en psychotherapie wordt noodzakelijk om zijn problematiek te stabiliseren”, en “Indien van toepassing: zijn er specifieke noden in verband met de medische opvolging? Is mantelzorg medisch vereist? Mogelijkheid tot residentiële behandeling moet voorhanden zijn”.

De verzoeker betoogt dat het advies van de ambtenaar-geneesheer lijnrecht ingaat tegen de informatie in het medisch attest van de behandelende psychiater. De Raad stelt evenwel vast dat de ambtenaar-geneesheer de aandoeningen van de verzoeker, zoals vastgesteld door de psychiater, niet betwist. De ambtenaar-geneesheer besliste niet dat de aandoeningen van de verzoeker geen enkele behandeling vereisen. Hij besliste wel dat het gebrek aan behandeling geen gevaar inhoudt voor het leven en de fysieke integriteit van de verzoeker en dat er momenteel uit het medische dossier evenmin een risico blijkt voor een onmenselijke en vernederende behandeling wanneer er geen adequate medische zorgen zouden zijn in het land van herkomst of het land van gewoonlijk verblijf. Nergens in het medisch attest van de behandelende psychiater kan gelezen worden dat hij een tegenovergestelde mening toegedaan is. Ook het feit dat de psychiater stelt dat de verzoeker in ernstige mate een PTSS en majeure depressie heeft en daardoor niet normaal kan functioneren, houdt niet per definitie in dat het niet behandelen van deze aandoeningen wel een van de voornoemde risico's met zich mee zou brengen. De verzoeker maakt verder niet aannemelijk en ook de Raad kan niet inzien dat de vaststelling van de ambtenaar-geneesheer dat er geen nood aan hospitalisatie is met permanent medisch toezicht op één of andere wijze ingaat tegen de bevindingen van de behandelende psychiater. De behandelende psychiater stelde voorts dat een mogelijkheid tot residentiële behandeling voorhanden moet zijn, maar hij heeft het expliciet over een 'mogelijkheid'. Hij stelt met andere woorden niet dat de verzoeker absoluut residentieel moet behandeld worden, en al evenmin dat een afwezigheid van een dergelijke behandeling een gevaar zou inhouden voor het leven of de fysieke integriteit van de verzoeker, noch dat er bij gebrek aan residentiële behandeling een risico zou optreden op een onmenselijke of vernederende behandeling.

De verzoeker maakt verder ook niet aannemelijk dat de vaststelling van de ambtenaar-geneesheer, dat het suïciderisico *in casu* op geen enkele wijze concreet gemaakt wordt, kennelijk onredelijk zou zijn of dat zij in strijd zou zijn met de voorliggende gegevens. De verzoeker maakt toont niet aan, en de Raad kan niet vaststellen, dat de behandelende psychiater dit (verhoogde) suïciderisico op enige wijze geconcretiseerd heeft. Verder stelt de Raad vast dat de psychiater vaststelde dat blijvende medicamenteuze behandeling en psychotherapie noodzakelijk wordt om de problematiek van de verzoeker te stabiliseren. De ambtenaar-geneesheer concludeerde dat de problematiek van de verzoeker met of zonder behandeling geen gevaar inhoudt voor het leven en de fysieke integriteit van betrokkene. De Raad merkt op dat het 'stabiliseren van de problematiek' of een gevaar inhouden voor het leven of de fysieke integriteit van de betrokkene vanzelfsprekend niet hetzelfde is.

De verzoeker maakt met zijn betoog dan ook niet concreet aannemelijk dat de bevindingen van de ambtenaar-geneesheer in zijn advies van 16 februari 2015 de bevindingen van de behandelende psychiater in het attest van 16 december 2014 zouden tegenspreken. Bijgevolg kan de verzoeker ook niet dienstig voorhouden dat de ambtenaar-geneesheer uitdrukkelijk en precies moet motiveren waarom hij er een totaal andere mening op nahoudt dan hetgeen door de behandelende psychiater werd geattesteerd.

De verzoeker beschrijft in zijn enig middel verder wat PTSS volgens hem juist is, hoe het tot stand komt, en hoe het behandeld moet worden. Hiermee maakt hij echter niet aannemelijk dat een dergelijke behandeling ook in zijn specifieke geval nodig is om de in artikel 9ter, §1, eerste lid, van de vreemdelingenwet vermelde risico's te vermijden. Ook met dit algemene en louter beschrijvende betoog toont de verzoeker dus niet aan dat de opgegeven motieven en de concrete evaluatie van het voorgelegde medisch dossier niet zou volstaan om te besluiten dat er kennelijk geen sprake is van een ziekte, zoals voorzien in artikel 9ter, §1, eerste lid, van de vreemdelingenwet.

Verder dient te worden opgemerkt dat de ambtenaar-geneesheer, gelet op de hoger besproken motieven van het advies van 16 februari 2015, duidelijk de door de verzoeker aangehaalde medische problematiek in rekening neemt en dat hij deze op concrete wijze heeft afgetoetst aan de beide toepassingsgevallen van artikel 9ter, §1, eerste lid, van de vreemdelingenwet. Het enkele feit dat de verzoeker niet akkoord gaat met de bevindingen van de ambtenaar-geneesheer, betreft een loutere opportunitetskritiek waarop de Raad als annulatierechter niet kan ingaan. De Raad treedt immers niet op als feitenrechter zodat hij de ware toedracht van de feiten niet kan onderzoeken en hij evenmin kan overgaan tot een herbeoordeling van de voorgelegde medische attesten.

De verzoeker stelt tevens dat een gebrek aan levensbedreigend karakter de toepassing van artikel 9ter van de vreemdelingenwet niet verhindert en dat het Europees Hof voor de Rechten van de Mens (hierna: het EHRM) het voorhanden zijn van een acute levensbedreiging niet vooropstelt als absolute voorwaarde opdat een schending van artikel 3 van het EVRM kan worden vastgesteld. De loutere verwijzing naar artikel 3 van het EVRM zou dan ook de draagwijdte van artikel 9ter, dat een ruimer toepassingsgebied heeft, miskennen.

Dienaangaande verwijst de Raad naar het hierboven geciteerde advies van de ambtenaar-geneesheer en naar hetgeen hoger werd besproken. Hieruit blijkt dat de ambtenaar-geneesheer, in tegenstelling tot hetgeen de verzoeker voorhoudt, zich geenszins beperkt heeft tot het aftoetsen van de medische problematiek van verzoekster aan het criterium van de levensbedreigende ziekte in de rechtspraak van het EHRM omtrent de uitwijzing van ernstig zieke vreemdelingen. De ambtenaar-geneesheer heeft op duidelijke wijze geoordeeld omtrent beide afzonderlijke toepassingsgevallen van artikel 9ter van de vreemdelingenwet zelf en de verzoeker slaagt er niet in aan te tonen dat de concrete evaluatie van de voorgelegde medische gegevens, evaluatie die is opgenomen in het medisch advies van 16 februari 2015, niet in redelijkheid zou volstaan om te besluiten dat: *“Uit het medisch advies van de arts-adviseur d.d. 16.02.2015 (zie gesloten omslag in bijlage) kennelijk niet (blijkt) dat betrokkene lijdt aan een aandoening die een reëel risico inhoudt voor het leven of de fysieke integriteit van betrokkene, noch een aandoening die een reëel risico inhoudt op een onmenselijke of vernederende behandeling wanneer er geen behandeling is in het land van herkomst of het land waar hij verblijft”*.

Het gegeven dat de verzoeker van mening is dat zijn ziekte wel degelijk dermate ernstig is dat hij, bij gebrek aan behandeling, een reëel risico loopt voor de fysieke integriteit of het leven, waarmee hij aangeeft dat hij het niet eens is met de beoordeling door de ambtenaar-geneesheer, kan op zich niet leiden tot de nietigverklaring van de bestreden beslissing. Wanneer een verblijfsaanvraag in toepassing van artikel 9ter van de vreemdelingenwet wordt afgewezen, is dit immers veelal het geval omdat het

advies van de ambtenaar-geneesheer inhoudelijk anders is dan de door de aanvrager ter ondersteuning van de aanvraag neergelegde medische attesten (RvS 31 mei 2011, nr. 213.594). De Raad wijst zo ook op het verschillend toetsingscriterium dat door de behandelende arts en de ambtenaar-geneesheer wordt gehanteerd. De behandelende arts oordeelt welke medische ondersteuning zijn patiënt in België nodig heeft om een medisch probleem zo snel mogelijk op te lossen of de hinder die een medisch probleem veroorzaakt zo veel mogelijk te beperken en de ambtenaar-geneesheer oordeelt of is voldaan aan de in artikel 9ter, § 1, eerste lid, van de vreemdelingenwet gestelde vereisten.

Wanneer de controlearts oordeelt dat er redenen zijn om te besluiten dat een ingeroepen medische problematiek, ook bij ontbreken van een adequate behandeling in het land van herkomst van een vreemdeling, geen aanleiding kan geven tot de vaststelling van het bestaan van een reëel risico, zoals bedoeld in artikel 9ter, § 1, eerste lid, van de vreemdelingenwet, dan dient hij uiteraard geen standpunt in te nemen omtrent de beschikbaarheid en de toegankelijkheid van de medische zorgverstrekking in dat land.

De verzoeker geeft met zijn uitgebreid betoog in wezen aan niet akkoord te kunnen gaan met de door de ambtenaar-geneesheer gedane vaststellingen, doch zonder dat hij concreet aannemelijk maakt dat deze ambtenaar-geneesheer niet met voldoende kennis van zaken en niet op oordeelkundige en op correcte wijze tot zijn advies is gekomen.

Waar de verzoeker verwijst naar rechtspraak van de Raad en de Raad van State, merkt de Raad op dat deze rechtspraak geen precedentenwerking kent.

Een schending van de materiële motiveringsplicht, van het zorgvuldigheidsbeginsel of van artikel 9ter van de vreemdelingenwet kan niet worden vastgesteld.

Nu geen kennelijke wanverhouding werd aangetoond tussen de overwegingen die de bestreden beslissing onderbouwen en het dispositief van deze beslissing, kan de verzoeker ook niet worden gevolgd waar hij stelt dat het redelijkheidsbeginsel werd geschonden (RvS 20 september 1999, nr. 82.301).

3.3. Machtsmisbruik of machtsafwendig veronderstelt dat de overheid de haar toegekende bevoegdheid, die haar bij wet tot het bereiken van een bepaald oogmerk van algemeen belang is gegeven, gebruikt tot het nastreven van een ander doel (A. MAST, J. DUJARDIN, M. VAN DAMME, J. VANDE LANOTTE, *Overzicht van het Belgisch administratief recht*, Wolters Kluwer, Mechelen, 2014, nr. 1154). De verzoeker beperkt zich op dit punt tot een loutere bewering, zonder uiteen te zetten op welke wijze de verweerder zijn bevoegdheid zou hebben "misbruikt" met het oog op het bereiken van een ander doel.

3.4. De verzoeker voert tot slot nog een schending aan van artikel 3 van het EVRM. Dienaangaande gaat hij, met verwijzing naar tal van bronnenmateriaal, uitgebreid in op de gebrekkige beschikbaarheid en toegankelijkheid van de medische zorgen in het land van herkomst.

De Raad merkt evenwel op dat de verzoeker niet heeft aangetoond dat de ambtenaar-geneesheer met miskennis van de voorliggende feiten of op kennelijk onredelijke wijze zou hebben besloten dat zijn psychologische problematiek, met of zonder behandeling, geen gevaar inhoudt voor het leven en de fysieke integriteit van betrokkene en dat het medisch dossier, zoals het voorligt, momenteel niet aantoonde dat er een risico bestaat voor een onmenselijke en vernederende behandeling wanneer er geen adequate medische zorgen zouden zijn in het land van herkomst of het land waar betrokkene verblijft. De gemachtigde diende de eventuele beschikbaarheid en toegankelijkheid van de medische zorgen in het land van herkomst dan ook niet na te gaan aangezien hij zelf reeds heeft vastgesteld dat een gebrek aan behandeling geen risico met zich meebrengt voor het leven of de fysieke integriteit of op een onmenselijke of vernederende behandeling.

Bovendien verbindt de verzoeker de aangevoerde schending van artikel 3 van het EVRM aan een (gedwongen) terugkeer naar zijn land van herkomst, terwijl de bestreden beslissing aan de verzoeker geenszins een terugkeerverplichting oplegt. De bestreden beslissing houdt enkel in dat de door de verzoeker geambieerde verblijfsmachtiging om medische redenen niet wordt verleend. Dit middelenonderdeel betreft dan ook niet de wettigheid van de thans bestreden beslissing, zodat het niet ontvankelijk is.

3.5. Het enig middel is, voor zover ontvankelijk, niet gegrond.

4. Korte debatten

De verzoeker heeft geen gegrond middel aangevoerd dat tot de nietigverklaring van de bestreden beslissing kan leiden. Aangezien er grond is om toepassing te maken van artikel 36 van het koninklijk besluit van 21 december 2006 houdende de rechtspleging voor de Raad voor Vreemdelingenbetwistingen, wordt de vordering tot schorsing, als *accessorium* van het beroep tot nietigverklaring, samen met het beroep tot nietigverklaring verworpen. Er dient derhalve geen uitspraak gedaan te worden over de exceptie van onontvankelijkheid van de vordering tot schorsing, opgeworpen door de verwerende partij.

OM DIE REDENEN BESLUIT DE RAAD VOOR VREEMDELINGENBETWISTINGEN:

Enig artikel

De vordering tot schorsing en het beroep tot nietigverklaring worden verworpen.

Aldus te Brussel uitgesproken in openbare terechtzitting op dertig maart tweeduizend achttien door:

mevr. C. DE GROOTE,

wnd. voorzitter, rechter in vreemdelingenzaken,

dhr. K. VERKIMPEN,

griffier.

De griffier,

De voorzitter,

K. VERKIMPEN

C. DE GROOTE